

PA-ARF-951

**ESTUDIO DE DEMANDA POR
SERVICIOS DE SALUD EN
EL SALVADOR**

VOLUMEN II:

**DETERMINANTES DE LA DEMANDA POR
ATENCIÓN MÉDICA AMBULATORIA CURATIVA**

**Resources for
Child Health
Project**

REACH



John Snow, Inc.
1100 Wilson Boulevard, 9th Floor
Arlington, VA
22209 USA
Telex: 272896 JSIW UR
Telephone: (703) 528-7474

PN-NEF-951

ISN. 68001

**ESTUDIO DE DEMANDA POR SERVICIOS
DE SALUD EN EL SALVADOR**

VOLUMEN II:

**DETERMINANTES DE LA DEMANDA FAMILIAR POR ATENCION
MEDICA AMBULATORIA CURATIVA**

**Ricardo A. Bitran
Consultor de REACH
En Subcontrato con Abt Associates
Febrero 1990**

**The Resources for Child Health Project
1100 Wilson Blvd., Ninth Floor
Arlington, VA 22209**

AID Contract Number: DPE-5927-C-00-5068-00

PROLOGO

Las crecientes presiones económicas que enfrentan los países en desarrollo ha hecho cada vez más difícil generar los recursos financieros requeridos para atender las necesidades y demanda por servicios de salud. En respuesta a estas presiones, muchos países han empezado a evaluar sus estrategias de financiamiento y a buscar nuevas oportunidades para generar más apoyo financiero. En este proceso, a menudo se hace evidente la falta de conocimiento sobre los patrones de uso de los servicios para evaluar adecuadamente el potencial de nuevas iniciativas de financiamiento de la salud.

Este informe y el complementario, Volumen I, responden a este vacío de información en El Salvador. Ambos documentos presentan los resultados del estudio, Demanda por Servicios de Salud en El Salvador. El Volumen I, escrito por Luis Carlos Gómez, entrega una descripción completa de la metodología seguida en la encuesta de hogares y de los resultados de la misma. La encuesta identificó todos los servicios preventivos y curativos entregados en centros hospitalarios y ambulatorios a una vasta muestra de hogares urbanos y rurales. Dicho informe contiene una descripción completa de los patrones de utilización de los servicios de salud e importantes revelaciones sobre la importancia de los diferentes proveedores para responder a la demanda por servicios. Al mismo tiempo, entrega una descripción completa del uso de servicios de los distintos proveedores incluyendo médicos, enfermeras, curanderos y farmacéuticos.

Si bien el análisis descriptivo es esencial para identificar alternativas de financiamiento, un análisis adicional de los datos puede revelar información clave sobre la relación entre las características de la población estudiada y sus patrones de utilización. La comprensión de estas relaciones puede proveer una mejor base para "predecir" los efectos en el uso de los servicios como consecuencia de cambios en el financiamiento de la salud.

Este documento, Volumen II del estudio, fue escrito por Ricardo Bitran y presenta los resultados de este análisis. El informe se concentra exclusivamente en el análisis de la atención curativa ambulatoria entregada por médicos. Para estos servicios se examina los patrones de utilización en más profundidad que en el Volumen I y se investiga los factores asociados con diferencias en la demanda por servicios de salud. Especialmente, se examina la influencia de las características económicas, tales como precio e ingreso de los pacientes, en el uso de servicios de atención ambulatoria.

Es importante destacar la enorme diferencia que se encontró entre los patrones de utilización para la atención ambulatoria y para la atención hospitalaria. En el primer caso, los pacientes distribuyeron sus preferencias de tal forma que muchos de ellos prefirieron el sector privado y Seguro Social. En el caso de atención hospitalaria, sin embargo, se reveló una alta preferencia por los servicios del Ministerio de Salud, aun entre aquel segmento de población que tiene la alternativa de acudir al sector privado o a la seguridad social. El proceso de desarrollo y fortalecimiento de las bases financieras del sistema de servicios de salud, debe tomar en cuenta estos patrones de utilización y preferencias de consumo de los pacientes. Este estudio y su Volumen complementario fueron desarrollados como una contribución a ese objetivo.

Gerald Rosenthal, PhD
Director de la Unidad de Financiamiento de Servicios de Salud
Proyecto REACH

AGRADECIMIENTOS

Estoy agradecido a Keith Mcinnes por su excelente trabajo investigativo. También agradezco a Matilde Pinto de la Piedra, del Proyecto Resources for Child Health, por el apoyo logístico brindado en todo el proceso de investigación. Agradezco a Luis Carlos Gómez y a Alvaro Lopez por proveerme una base de datos bien documentada y de alta calidad. Este informe también se ha beneficiado de comentarios de Matilde Pinto de la Piedra, Luis Carlos Gómez, Philip Musgrove, Gerald Rosenthal, y Kevin Armstrong. Finalmente, agradezco a Beth Griffin por su excelente ayuda en tipear este informe. Como siempre, sólo yo soy responsable de cualquiera error.

Ricardo Bitran

Cambridge, Massachusetts

SIGLAS

| | |
|------|---|
| AMSS | Area Metropolitana de San Salvador |
| ISSS | Instituto Salvadoreño de Seguridad Social |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| PROLOGO..... | i |
| I. RESUMEN EJECUTIVO..... | 1 |
| II. INTRODUCCION..... | 5 |
| III. OBJETIVOS Y METODOLOGIA DEL ESTUDIO..... | 5 |
| A. Meta y Objetivos..... | 5 |
| B. La Toma Individual de Decisiones y la Demanda por Atención de de Salud..... | 6 |
| C. La Utilidad del Análisis de Determinantes de Demanda..... | 7 |
| D. La Encuesta de Utilización Familiar..... | 7 |
| E. Los Supuestos del Comportamiento..... | 8 |
| F. Las Limitaciones del Análisis Descriptivo y Ventajas de la Técnica de Regresión Múltiple..... | 9 |
| IV. PATRONES DE USO DE ATENCION A LA SALUD. | |
| A. La Decisión de Buscar Atención Fuera del Hogar..... | 11 |
| B. Opción del Subsector..... | 17 |
| C. Intensidad de Utilización..... | 28 |
| V. DETERMINANTES DE DEMANDA POR ATENCION DE SALUD. | |
| A. Como Leer las Tablas del Capítulo..... | 29 |
| B. La Interrupción de la Actividad Principal y Estadía en Cama, por Región..... | 30 |
| C. Accidentes por Región..... | 32 |
| D. Beneficiarios de Seguridad Social por Región..... | 32 |
| E. Edad y Sexo del paciente por Región..... | 33 |
| F. Educación del paciente por Región..... | 36 |
| G. Los Precios del MSP por Región..... | 36 |
| H. Precios de los Establecimientos Privados Con Fines de Lucro, Por Region..... | 39 |
| I. Precio del MSP y Nivel de Ingreso del Paciente..... | 42 |
| J. Precio de los Establecimientos Privados y Nivel de Ingreso de Paciente..... | 44 |
| K. Condición del Beneficiario de Seguridad Social y el Nivel de Pacientes..... | 44 |
| L. Tiempo de Viaje al Establecimiento, por Región..... | 44 |
| M. Las Diferenciales de Calidad Percibidas Implícitas, por Región y Sexo..... | 46 |
| N. Las Diferencias Regionales en Demanda..... | 46 |
| VI. IMPLICACIONES DE POLITICA..... | 50 |
| A. Mejoramiento de la Calidad de Servicios del MSP..... | 51 |
| B. Cambio de los Precios del MSP..... | 51 |
| C. Expansión del Papel del Sector Privado..... | 52 |
| D. Expansión de la Cobertura del ISSS y Mejoramiento de la Calidad de Servicio..... | 53 |

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| Apéndice A: Modelo de Comportamiento..... | 54 |
| Apéndice B: Resultados Estadísticos..... | 61 |
| Apéndice C: Resultados Adicionales..... | 66 |
| Bibliografía..... | 71 |

LISTADO DE TABLAS DEL TEXTO

TABLAS

- III.1 Utilización y Precio Promedio (en \$) por Subsector, Ejemplo Hipotético
- III.2 Utilización y Tiempo Promedio de Viaje (en minutos) Ejemplo Hipotético
- IV.1 Número y Distribución de Personas que Reportaron un Problema de Salud y Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria, por Región
- IV.2 Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria, por Area, Según Sexo
- IV.3 Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria, por Area, Según Edad
- IV.4 Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria, por Area, Según Nivel de Educación
- IV.5 Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria, por Area, Según Problema de Salud Auto-Diagnosticada
- IV.6 Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria, por Area, Según el Ingreso Anual Familiar
- IV.7 Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria, por Area, Según Condición de Beneficiario
- IV.8 Número y Distribución de Pacientes de Consulta Médica Ambulatoria, por Subsector y Area
- IV.9 Número y Distribución de Pacientes de Consulta Médica Ambulatoria, por Subsector e Ingreso
- IV.10 Promedio y Distribución de Tiempo de Espera en el Lugar de la Consulta por Subsector e Ingreso
- IV.11 Promedio y Distribución de Tiempo de Viaje al Lugar de la Consulta por Subsector y Area
- IV.12 Número y Distribución de Pacientes de Consulta Médica Ambulatoria, por Subsector y Edad
- IV.13 Número y Distribución de Pacientes de Consulta Médica Ambulatoria, por Subsector y Sexo
- IV.14 Número y Distribución de Pacientes de Consulta Médica Ambulatoria, por Subsector y Educación

- IV.15 Número y Distribución de Individuos que Buscaron Consulta Médica Ambulatoria por Subsector Usado, Area Total
- IV.16 Pago Directo por la Consulta Médica Ambulatoria por Subsector Usado, Area Total
- IV.17 Promedio y Distribución de Gastos por Paciente por Enfermedad Incluso Consultas, Exámenes, y Drogas Adquiridas del Proveedor y del Mercado
- IV.18 Promedio y Distribución de Gastos por Paciente por Enfermedad Incluso Consultas, Exámenes y Drogas Adquiridas del Proveedor
- IV.19 Promedio y Distribución de Pacientes de Consulta Médica Ambulatoria por Número de Visitas por Enfermedad y por Subsector
- V.1 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función de Interrupción de Actividad Principal y/o Estadía en Cama a causa de Enfermedad, por Región
- V.2 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función de Accidente, por Región
- V.3 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función del Estado Beneficiario de Seguridad Social, por Región
- V.4 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función de Edad, por Región
- V.5 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función de Educación, por Región
- V.7 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función de Precio del Establecimiento Privado con Fines de Lucro, por Región
- V.8 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función del Precio del MSP y el Ingreso Anual en la Vivienda (Area Metropolitana de San Salvador)
- V.9 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función del Precio de Facilidad Privada y el Ingreso Anual en la Vivienda (Area Metropolitana de San Salvador)
- V.10 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función del Estado Beneficiario de Seguridad Social e Ingreso Anual en la Vivienda (Area Metropolitana de San Salvador)
- V.11 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función de Tiempo de Viaje al Establecimiento del MSP, por Región

- V.12 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor cuando Precio, Tiempo de Viaje, y Tiempo de Espera son Iguales en los Subsectores, por Sexo y por Región
- B.1 Atención Médica Ambulatoria, Coeficientes Estimados de Nested Logit y t-estadísticas, Opción de Subsector y Decisión de Buscar Atención
- B.2 Regresiones Hedónicas de Precio de Atención Médica Ambulatoria, Estimaciones OLS
- B.3 Regresiones Hedónicas de Tiempo de Viaje al Lugar de Atención Médica Ambulatoria, Estimaciones OLS
- B.4 Regresiones Hedónicas de Tiempo de Espera en el Lugar de Atención Médica Ambulatoria, Estimaciones OLS
- C.1 Decisión de Buscar Atención Médica Fuera del Lugar de Atención y Opción de Proveedor como Función de Sexo e Interrupción de Actividad Principal y/o Estadía en Cama a causa de Enfermedad
- C.2 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función de Sexo, por Región
- C.3 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función de Tiempo de Viaje al Establecimiento Privado con Fines de Lucro, por Región
- C.4 Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Opción de Proveedor como Función de Tiempo de Viaje al Establecimiento de Seguridad Social, por Región

I. RESUMEN EJECUTIVO

Este informe presenta los resultados de un estudio de determinantes de demanda por atención de salud en El Salvador. La atención de salud se define como atención ambulatoria curativa suministrada por un médico. Los problemas metodológicos encontrados en estudios previos de demanda de atención de salud (Bitran, 1989a) nos disuadieron de conducir un estudio de determinantes de demanda por atención hospitalaria. Por lo tanto, los resultados y recomendaciones proveídas en este informe son aplicables solamente al caso de atención curativa ambulatoria y no debieran ser extrapolados a la atención hospitalaria. Como demuestra Gomez (1989) los patrones de utilización de los servicios hospitalarios en El Salvador se diferencian significativamente de aquellos de atención ambulatoria.

El estudio utiliza información recopilada por el equipo de investigación en El Salvador en enero y febrero de 1989. La encuesta reunió información de un total de 13,896 personas, en 2,885 viviendas del Area Metropolitana de San Salvador (AMSS), otras areas urbanas y areas rurales.

Un estudio de determinantes de demanda busca medir el efecto que tiene en la demanda por atención de salud una serie de variables que influyen o explican la demanda. Se incluyeron en el análisis tres tipos de variables explicativas: aquellos que caracterizan las personas, como sexo, edad, educación, beneficiario de seguridad social, e ingreso; y aquellos que caracterizan conjuntamente las personas y los proveedores, como región (i.e. urbano, otro urbano, o rural), precio, tiempo de viaje, y tiempo de espera.

Para evaluar el efecto de las variables explicativas sobre la demanda, se desarrolló un modelo teórico de comportamiento del consumidor y se utilizó las técnicas econométricas más avanzadas. Se usó los resultados estadísticos para analizar el efecto particular de cada variable determinante de demanda sobre la decisión de las personas de buscar atención médica ambulatoria y escoger un proveedor en particular.

Para los propósitos del estudio, se agrupó a los proveedores de atención médica en tres grupos: aquellos que pertenecen al Ministerio de Salud (MSP), aquellos que pertenecen o se asocian con el Instituto de Seguridad Social de San Salvador (ISSS), y aquellos que son privados. Se subdividieron los proveedores privados entre aquellos Con Fines de Lucro y aquellos Sin Fines de Lucro.

El informe presenta dos tipos de resultados: aquellos que son puramente descriptivos y que tabulan información de las encuestas para ilustrar los patrones de uso de atención médica; y aquellos que son analíticos derivados del estudio econométrico de determinantes de demanda, que muestra el efecto de precio, ingreso, pertenencia a la seguridad social, demografía, y otras variables explicativas sobre demanda

El resto de este resumen presenta los principales resultados enfocándose primero en los patrones de utilización observados y segundo en el análisis de los determinantes de demanda.

Patrones de Utilización

Aproximadamente 53% de la población del país, o cerca de 2.2 millones de personas, reportaron un problema auto-percibido de salud no-dental durante las dos semanas anteriores de la encuesta. De estos, solamente 14.9% buscaron atención ambulatoria curativa de todo tipo de proveedor de atención de salud. Aproximadamente 81% de aquellos que buscaron atención, o cerca del 12% de las personas con un problema de salud no-dental, consultaron a un médico.

La proporción de aquellos que buscaron atención médica ambulatoria fue más alta en el AMSS y más baja en las áreas rurales. Las mujeres buscaron atención en una mayor proporción que los hombres, y los niños menores de un año de edad constituyeron el grupo de edad con la más alta proporción de personas buscando atención, seguidos por los niños 2 a 5 años de edad. La gente más educada, gente de viviendas de mayor ingreso, y aquellos con cobertura de ya sea ISSS o seguro privado buscó con más frecuencia atención fuera del hogar.

Un hallazgo importante del capítulo descriptivo de este estudio es el papel mayor que jugó el sector privado como proveedor de servicios de atención de salud a todos los grupos de la población, incluso la gente rica y pobre, en áreas urbanas y rurales. Esto es un hallazgo interesante ya que los precios del sector privado eran en promedio 12 veces más altos que los del MSP, y cerca de 20 veces más altos que el precio promedio del ISSS. En el AMSS, el 58% del uso total tuvo lugar en establecimientos privados mientras solamente el 26% ocurrieron en establecimientos del MSP y 16% en establecimientos del ISSS. En otras áreas urbanas, el sector privado y el MSP tuvieron acciones similares de utilización total, con cerca del 43% del mercado para cada uno. Finalmente, en las áreas rurales, los proveedores del MSP tuvieron mayor participación en el mercado, con 58% de uso total, aunque el sector privado jugó un papel importante con cerca del 43% de todos los pacientes.

La gente cubierta por seguros de salud privados representó solamente 0.6% de aquellos con un problema de salud. Los beneficiarios del ISSS tuvieron una participación de 6.5% entre toda la gente enferma o herida y las personas con seguro privado y cobertura del ISSS simultáneamente, constituyeron solamente el 0.3% de todos aquellos con un problema de salud. Aproximadamente 2.4% estaban cubiertos por algún otro tipo de sistema de salud gubernamental. La gente sin ningún tipo de cobertura representó más de 90% de los enfermos o heridos.

A diferencia de la mayoría de los otros países de América Latina, donde se provee los servicios ambulatorios del MSP virtualmente gratis, en El Salvador cerca de 83% de los pacientes del MSP pagan por la atención recibida. A la mayoría de los usuarios de seguridad social, beneficiarios o no, se les brindó atención gratis en los establecimientos del ISSS. Finalmente, cerca del 47% de los pacientes con seguros privados hicieron algún pago directo por los servicios y cerca del 21% de los pacientes sin seguros que fueron a proveedores privados recibieron atención gratis. Aproximadamente 77% de todos los pacientes privados hicieron algún pago por la atención recibida. En global, cerca de 72% de todos los pacientes del subsector hicieron algún pago.

El promedio del gasto total por paciente asociado con un episodio de enfermedad tratado en un establecimiento del MSP era 14.4 colones en enero, 1989 (US\$ 2.88), del cual cerca de 5 colones constituyeron pagos hechos por el paciente directamente a los proveedores del MSP por las visitas, medicamentos, y exámenes, y la cantidad de aproximadamente 9.4 colones representa los gastos del paciente en medicamentos comprados fuera del establecimiento del MSP. Las cifras comparables para usuarios del ISSS eran 0.2 y 1.1 colones, para un gasto total de 1.3 colones (US\$ 0.26) y para usuarios de establecimientos privados con fines de lucro era de 29.4 y 43.9 colones, para un total de 73.3 colones (US\$ 14.66). En el MSP el promedio de gasto total asociado con un episodio de enfermedad representó cerca de 4.3% del promedio del ingreso anual por capita. La cifra correspondiente para pacientes del sector privado con fines de lucro era 11.7%, un porcentaje muy alto ya que muchos individuos pueden tener que tratar episodios múltiples de una enfermedad en un año.

Determinantes de Demanda

Unos de los hallazgos más importantes que surgió de este análisis es que la población percibió de muy baja calidad los establecimientos ambulatorios curativos del MSP. En contraste, se percibió los servicios de los proveedores privados con fines de lucro de la más alta calidad. Los servicios de seguridad social fueron percibidos como de calidad media. Por ejemplo, si cada uno tuviera acceso a establecimientos del ISSS y todos los subsectores cobrarán el mismo precio y tuvieran el mismo tiempo de viaje y tiempo de espera que los establecimientos del MSP, más de dos-tercios de todos los pacientes escogerían proveedores privados con fines de lucro, cerca de 30% irían a establecimientos de ISSS, y menos de 3% escogerían los servicios del MSP. Estas diferenciales de calidad percibidas por los pacientes son tan fuertes que a pesar de que los precios del sector privado son 12 veces más altos que los precios del MSP, el sector privado capturó casi el 60% del uso total en el AMSS, y más que 40% en otras áreas urbanas y rurales.

El análisis también ayuda a explicar diferencias en patrones de búsqueda de atención de salud entre las regiones. Los resultados implican que se puede atribuir diferencias en la probabilidad de buscar atención fuera del hogar y de elegir un subsector particular al hecho que, en relación a las personas en el AMSS y otras áreas urbanas, los habitantes rurales (a) tenían el nivel educacional más bajo; (b) tenían que viajar mayores distancias para llegar a un establecimiento privado; (c) tenían menores ingresos; (d) percibían de más baja calidad los establecimientos del ISSS; y (e) percibían de mejor calidad los establecimientos del MSP y los privados con fines de lucro.

El análisis de los determinantes de demanda también muestra que, a través de cada región y grupo de población, el ingreso, los años de educación, y los problemas de salud que resultaron en estadia en cama o interrupción de trabajo, tuvieron un efecto positivo e importante en la probabilidad de que una persona buscara atención fuera del hogar y escogiera el sector privado con fines de lucro.

Finalmente, el estudio evaluó el efecto sobre demanda de los precios pagados por el paciente. Como en otros estudios, se encontró que, siendo todo lo demás siendo constante, el precio de un subsector dado tuvo un efecto negativo en la probabilidad que una persona buscara atención fuera del hogar y que escogiera ese subsector si buscaba atención de salud. Al precio promedio observado en el sector privado, la elasticidad de precio de la demanda fue - 0.40, implicando así que un aumento (disminución) de 1% en el precio privado resultaría en una disminución (aumento) de 0.4% en la demanda por atención privada de los establecimientos con fines de lucro. El análisis también reveló que la gente de ingreso bajos era mucho más afectada por precios que las personas de mayor ingresos en su búsqueda de atención de salud, aunque este efecto no fue importante.

Implicaciones de Política

Se presentan las siguientes recomendaciones a los formuladores de política en El Salvador:

- (a) Si el MSP desea expandir el volumen de servicios proporcionados, tiene que buscar soluciones para mejorar la calidad de sus servicios. Como un primer paso, el MSP debería conducir estudios de pequeña-escala sobre las percepciones de calidad del consumidor.
- (b) Los aumentos de precio del MSP pueden ser utilizados para financiar mejoras de calidad en la atención del MSP. Sin embargo, para asegurar que los honorarios más altos resultaran efectivamente en mejor atención, el gobierno debería identificar primero las deficiencias existentes en la administración de sus establecimientos, particularmente en los sistemas gerenciales y de motivación de los empleados.
- (c) Si el objetivo del gobierno es promover el mayor uso de atención de salud ambulatoria, independiente de quien provee dicha atención, la solución más eficiente aparece ser la promoción de mayor uso de los servicios del sector privado. Esto se puede lograr a través de convenios por servicios entre el gobierno y los proveedores privados seleccionados o a través de un estímulo gubernamental a una participación privada mayor en la entrega de atención de salud. Ambas medidas requerirán subsidios del gobierno para los proveedores del sector privado.
- (d) Finalmente, el instituto de seguridad social debería también buscar mejorar la calidad de sus servicios. Aun más, podría analizar la alternativa de expandir su cobertura a otros grupos de la población, particularmente a los de bajos ingresos y a trabajadores independientes. Si bien este estudio provee las bases para evaluar la respuesta de la población, el estudio de factibilidad requiere una evaluación que investigue cuanto aumentarían los costos, tanto de inversión como de operación debido a aumentos de la cobertura. Esto permitiría al ISSS determinar las contribuciones mensuales de los beneficiarios necesarios para alcanzar una cobertura más alta.

II. INTRODUCCION

Los países en desarrollo han establecido objetivos de salud ambiciosos para sus poblaciones. Para lograr aquellos objetivos, la mayoría de los gobiernos han decidido establecer y operar una red de establecimientos de salud que abarca todo el país y que provee atención a precios bajos (en relación a costo). Cobrando precios bajos, los gobiernos expresan su creencia que los precios tienen un efecto importante en la demanda por atención de salud y que precios bajos resultarán en una mayor demanda.

En los últimos años los países en desarrollo han conducido varios estudios sobre la demanda por atención de salud (Gertler, Locay y Sanderson, 1987; Bitran, 1989). Estos estudios han mostrado que los precios sin duda tienen un efecto importante sobre la demanda. No obstante, los estudios también han mostrado que el precio no es el único factor que afecta la demanda, sino que otras variables, como las percepciones de los consumidores sobre la calidad de atención de salud, también tienen repercusiones críticas en la demanda. Por esto, puede que el mantenimiento de los precios a un nivel bajo no sea una medida efectiva para estimular demanda si los consumidores perciben los servicios de baja calidad.

El estudio intenta entregar a los formuladores de política en El Salvador un entendimiento más amplio sobre el comportamiento de la población en su búsqueda por servicios de salud. Se espera que el conocimiento obtenido con este estudio ayudará en último término a la población salvadoreña a tener acceso a servicios de salud de mejor calidad y, en consecuencia, a un mejor nivel de vida.

III. OBJETIVOS Y METODOLOGIA DEL ESTUDIO

A. Meta y Objetivos

El objetivo de este estudio es proveer a los tomadores de decisiones en El Salvador información que les permita diseñar políticas que contribuirán finalmente a mejorar la condición de salud de la población. Se busca explicar el comportamiento del consumidor con respecto al uso de los servicios de salud ambulatorios suministrados por doctores en El Salvador, con particular énfasis en diferencias del comportamiento entre los habitantes de los sectores urbano, otro urbano, y rural.

Se estudia el comportamiento del consumidor con un análisis de la toma de decisiones individual. Las personas que tienen un problema de salud se enfrentan con dos tipos de decisiones. Primero, tienen que decidir si buscar o no atención fuera del hogar, y segundo, si deciden buscar atención fuera del hogar tienen que decidir a cual proveedor visitar.¹

¹Se piensa aquí que el proceso de tomar decisiones es secuencial, o sea hecho a dos niveles, i.e., personas deciden primero si buscar o no atención fuera del hogar, y una vez que deciden buscar atención, escogen un proveedor. Otros autores, e.g., Mwabu (1984), suponen que se toma las dos decisiones al mismo nivel. El enfoque de este estudio, es que la toma de decisiones ocurre

Para el propósito de este estudio, los proveedores, si son instituciones o personas, se agrupan en tres grupos: aquellos que pertenecen al Ministerio de Salud Pública (MSP), aquellos que pertenecen o que están afiliados con el Instituto de Seguridad Social de El Salvador (ISSS), y aquellos en práctica privada.

Las decisiones de buscar atención y escoger un proveedor son afectadas por muchas variables como el ingreso del individuo, su educación, edad, sexo, el tipo de problema de salud, afiliación al seguro privado o al ISSS, la distancia entre el hogar del individuo y la ubicación del proveedor, los precios del proveedor, y la percepción de la persona de la calidad de atención de los distintos proveedores. Estas variables, que se cree influyen en la decisión de las personas en su búsqueda de atención de salud son llamadas en este estudio determinantes de demanda o variables explicativas.

B. La Toma Individual de Decisiones y la Demanda por Atención de Salud

La demanda por atención de salud es la cantidad de servicios de salud que la gente esta dispuesta a obtener como función de los precios de los servicios, dados las características socioeconómicas y demográficas de la población, su percepción de la calidad de servicios, la ubicación geográfica de la población en relación a la ubicación de los proveedores, y otros factores que caracterizan a las personas, los proveedores, y el ambiente.

La demanda por atención de salud de un proveedor dado se puede inferir si uno sabe cuantas personas buscarían atención fuera del hogar si tuvieran un problema de salud, cuantas escogerían el proveedor dado, y cuanta atención obtendría cada uno del proveedor. Por ejemplo, la encuesta de utilización de los servicios de salud de El Salvador conducida por este estudio, mostró que el 53% de la población estudiada, o cerca de 2.2 millones de personas, tenían un problema de salud durante las dos semanas anteriores de la encuesta. Aproximadamente el 12% de estas personas, o 272,000 individuos, buscaron atención de un doctor y cerca del 39% de ellos viendo un doctor, o 105,000 personas, lo hicieron en establecimientos del MSP. Finalmente, la mayoría que vió un doctor del MSP hizo solamente una visita durante el período de memoria de dos semanas. Así, la demanda por atención curativa de salud de doctores del MSP durante el período de la encuesta se puede calcular al multiplicar la población estudiada de 4.2 millones de personas (igual al 80-90% de la población total) por 0.53 (la proporción de personas con un problema de salud) por 0.12 (la proporción de ellos que vieron un doctor y que fueron a un establecimiento del MSP) por 1.0 (el número promedio de visitas por persona). El resultado del calculo anterior es igual a 105,000 visitas que corresponde aproximadamente a la demanda por servicios de salud del MSP. Así, si uno conoce la incidencia promedio de las enfermedades y accidentes de la población, uno puede inferir la demanda de la población, utilizando el conocimiento acerca del comportamiento de la gente en la búsqueda de atención

en dos pasos, es mas general y facilita la habilidad del investigador de probar la validez del supuesto de dos etapas.

fuera del hogar y de escoger un proveedor particular así como de la cantidad típica de servicios demandados por episodio de enfermedad.

C. La Utilidad del Análisis de los Determinantes de Demanda

Es importante para los formuladores de política comprender los determinantes de demanda. Con mostrar hasta que punto las características del hogar y del proveedor influyen el comportamiento del individuo, este estudio puede ayudar a los que toman decisiones en la identificación de las políticas necesarias para lograr los objetivos de salud pública deseados. Por ejemplo, este estudio puede mostrar como los precios afectan la demanda por atención de salud (i.e., la elasticidad precio de la demanda de la gente) a cualquier nivel de precio y a través de grupos de distinto ingreso. Con esta información, los oficiales del gobierno pueden anticipar el impacto probable sobre la demanda para atención de salud que tendrá medidas como aumentar la seguridad social o la cobertura de los seguros privados o subsidiar los precios del proveedor privado para gente pobre.

Muchas variables que son determinantes de demanda no pueden ser influenciadas en el corto plazo por los que toman decisiones. Por ejemplo, se ha comprobado que el ingreso familiar es un determinante importante de la demanda.² No obstante, las autoridades de salud pública no pueden hacer mucho para modificar la distribución del ingreso de la población y lograr los objetivos de salud deseados. Pero del punto de vista de política pública, es muy importante comprender el efecto que tiene el ingreso de una persona en su comportamiento al buscar atención de salud, ya que permite a los que toman decisiones dirigir mejor sus políticas a ciertos estratos de la población.

D. La Encuesta de Utilización Familiar

Para analizar los determinantes de demanda por atención de salud, se condujo una encuesta de hogares en El Salvador en enero y febrero 1989. En total, se entrevistó a cerca de 13,896 personas de 2,885 hogares, 3,200 personas del Area Metropolitana de San Salvador de (AMSS), 5,084 de otras areas urbanas, y 5,612 de areas rurales. Los hogares se seleccionaron utilizando un procedimiento de muestreo probabilístico descrito en detalle en Gómez (1989). Se reunió información acerca de todas las personas de cada familia. El cuestionario reunió información acerca del empleo, ingreso, edad, sexo, cobertura de seguro de salud y afiliación a seguridad social u otros sistemas de bienestar, la condición de salud, la ocurrencia de problemas de salud en las dos semanas anteriores de la encuesta, el uso de los servicios ambulatorios en el período de dos y seis semanas precedentes, y el uso de los servicios hospitalarios de atención de salud en los dos últimos años. También se pidió de los encuestados que identificaran los diferentes proveedores de atención de salud donde se habían atendido, si era el caso, y que especificaran la cantidad de dinero gastado con cada proveedor así como el tiempo de viaje y de espera en el establecimiento del proveedor.

²Ver, por ejemplo, Gertler, Locay, y Sanderson (1987) y Bitran (1989).

Basado en la utilización efectiva de los servicios de salud, encontrados por la encuesta, este estudio utilizó técnicas estadísticas para evaluar el efecto de cada variable explicativa sobre la demanda de salud incluyendo aquellos casos en que el paciente no acudió a un proveedor. Estas técnicas están descritas en el Apéndice A.

E. Los Supuestos del Comportamiento

Para decidir que variables incorporar en el análisis y como incorporarlas, se desarrolló un modelo de comportamiento del consumidor que está presentado formalmente en el Apéndice A. Los supuestos básicos detrás del modelo del comportamiento del Apéndice A.³ se presentan a continuación.

Un supuesto que se hace con frecuencia en la teoría económica, y que se adopta aquí, es que la gente toma sus decisiones de consumo maximizando utilidad. La utilidad no es una medida de riqueza o de ingreso, pero es más bien una medida del valor puesto por una persona al consumo de bienes y servicios o, en otros términos, la satisfacción recibida al consumir. El proceso de asignar utilidad al consumo varía entre personas. Por lo tanto, distintas personas obtienen distintos niveles de utilidad aun con el consumo del mismo bien o servicio (e.g. una visita al mismo doctor). Los rasgos demográficos, el tipo del problema de salud, y diferencias en percepciones y gustos son algunas de las diferencias que resultan en utilidad distinta y, por lo tanto, en diferentes decisiones de atención de salud, aun cuando se enfrente la mismas opciones.

Otro supuesto hecho en este tipo de análisis es que las personas toman sus decisiones de consumo bajo una restricción de presupuesto. En este caso, la restricción presupuestaria es el ingreso familiar. La restricción del presupuesto plantea simplemente que una persona no puede gastar más dinero en bienes y servicios que lo que tiene disponible. En este estudio, se tomó el ingreso mensual familiar como la restricción presupuestaria.

El último supuesto importante subyacente al modelo del comportamiento es que las personas toman decisiones racionales. El problema es decidir cuanta atención de salud y otros bienes y servicios deben consumir para lograr utilidad máxima y quedarse dentro de la restricción del presupuesto. En términos simples, el supuesto de racionalidad significa que, todo lo demás constante, la gente escogerá la alternativa que logra la utilidad máxima. Por ejemplo, una persona que visita a un doctor preferirá pagar menos más bien que pagar más por la visita, simplemente porque pagar menos significa que tendrá más para comprar más atención de salud u otros bienes. Igualmente, se espera que una persona que tiene que escoger entre dos doctores idénticos, uno ubicado en la esquina y el otro ubicado a 10 kilómetros, escogería el anterior

³Para los propósitos de este estudio, se considera importante una variable explicativa si cambios en la variable resultan en cambios de demanda que son comparables proporcionalmente, o que son mayor que el cambio en la variable. Se considera una variable estadísticamente significativa si el coeficiente estimado estadísticamente asociado con dicha variable es significativo al nivel de 5%.

a menos que no obtenga utilidad al viajar. Por supuesto, si los doctores no fueran idénticos en la opinión del paciente (i.e., otros elementos además del tiempo del viaje son distintos), entonces sería racional que el paciente escogiera el doctor más lejano si el individuo cree que el doctor a más distancia cobra menos o provee mejor calidad de atención de salud.

F. Las Limitaciones del Análisis Descriptiva y La Ventaja de Técnicas de Regresión Múltiple

La demanda por atención de salud está influenciada por una multitud de variables, como se ha presentado más arriba. Para aislar el efecto sobre demanda de cada una de estas variables, es necesario utilizar las técnicas estadísticas de regresión múltiple. Los estudios que presentan los datos sobre los patrones de demanda por medio de tablas de dos dimensiones sólo pueden proveer una descripción de lo que hace la gente; aquellos estudios pueden decir poco acerca de qué factores afectan la demanda y su importancia relativa. Esta limitación del análisis descriptivo está ilustrado más adelante a través de un ejemplo hipotético.

Supongamos que un investigador obtuvo de una encuesta los resultados hipotéticos mostrados en la Tabla III. 1. El investigador ingenuo tendría la tentación de inferir que existe una correlación positiva entre el precio y la utilización y, así, para aumentar el uso de los establecimientos del gobierno, se debe aumentar el precio. Pero si se calcula resultados adicionales, como el tiempo promedio de viaje al lugar de atención por subsector (Tabla III. 2) su conclusión podría ser diferente. En forma aislada, la Tabla III. 2 sugiere que hay una relación negativa entre el tiempo de viaje al establecimiento y la utilización, e.g., el subsector privado, que tiene el tiempo de viaje más corto, tiene la utilización más alta. Al mirar ambas tablas simultáneamente, el investigador podría concluir que tanto el tiempo de viaje como el precio tienen un efecto negativo en la utilización y que el tiempo de viaje al sector privado era lo suficiente corto como para traducirse en la mayor utilización a pesar de su precio alto. Por supuesto, el investigador no podría decir nada acerca de la importancia relativa del tiempo de viaje y del precio en la explicación del comportamiento.

Otras interpretaciones de los resultados anteriores serían posibles y todos serían igualmente arbitrarios. La conclusión que uno puede alcanzar del ejemplo anterior es que no se puede hacer inferencias del comportamiento sólo con mirar la correlación entre pares de variables cuando se deja fuera del análisis otras variables que supuestamente afectan el fenómeno estudiado. Las técnicas de regresión múltiple permiten al investigador medir el efecto independiente que tiene cada variable en el fenómeno estudiado (e. g., la utilización de servicios de salud).

Tabla III.1

Utilización y Precio Promedio (en \$) por Subsector,
Ejemplo Hipotético

| | Subsector del gobierno | Subsector seguridad social | Subsector privado | Total |
|------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|----------------------|-------|
| Utilización (%) | 30% | 10% | 60% | 100% |
| Precio promedio por visita (\$) | 5 | 2 | 80 | --- |

Tabla III.2

Utilización y Tiempo Promedio de Viaje (en minutos)
Ejemplo Hipotético

| | Subsector del gobierno | Subsector seguridad social | Subsector privado | Total |
|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|----------------------|-------|
| Utilización (%) | 30% | 10% | 60% | 100% |
| Tiempo promedio de viaje | 60 | 120 | 20 | --- |

IV. PATRONES DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El propósito de este capítulo es presentar una descripción de los patrones de utilización de los servicios ambulatorios curativos suministrados por doctores en El Salvador, por estrato geográfico o región (i.e., urbano, otro urbano y rural), basada en los resultados de la encuesta. Las Tablas de este capítulo muestran la cantidad de personas que buscan atención fuera del hogar y la cantidad de aquellos que van a un subsector particular (i.e., MSP, ISSS, o privado) de acuerdo con algunas variables que aparecen ser determinantes importantes de demanda.

A. La Decisión de Buscar Atención Fuera del Hogar

La Tabla IV.1 muestra que aproximadamente el 53% de la población del país, o cerca de 2.2 millones de personas, reportaron un problema auto-percibido de salud no-dental durante el período de dos semanas anteriores a la encuesta. La cifra anterior incluye la gente cuya enfermedad durante el período de referencia así como aquellas cuya enfermedad empezó antes del período de dos semanas. Así, el valor de 53% provee una medida de prevalencia de enfermedad auto-percibida en El Salvador. La percepción de 48% de prevalencia de enfermedad en el Area Metropolitana de San Salvador (AMSS) fue menor que en otras areas urbanas o rurales.

Entre aquellos que reportaron un problema de salud no-dental, solamente el 14.9% busca atención ambulatoria curativa de todo tipo de proveedor de atención de salud, incluso doctores de medicina, enfermeras, farmacéuticos, y curanderos tradicionales (no mostrados en la tabla). Esta figura contraste con un porcentaje mucho más alto de 31.3% observado en una encuesta similar conducida en Santo Domingo, República Dominicana (Ver Gómez, 1988 y Bitran, 1989a).

Aproximadamente el 81% de aquellos que buscan atención, o cerca del 12% de aquellos con un problema de salud, vieron un médico como se muestra en la parte inferior de la Tabla IV.1. El porcentaje de obtención de atención de un médico fue mucho mayor en el AMSS (17%) que en el area resto urbano (13%) o rural (9%).

Las Tablas IV.2 a IV.7 muestran entre aquellos con un problema de salud la proporción de gente buscando atención ambulatoria curativa del doctor según el sexo de la persona, la edad, educación, tipo del problema de salud auto-reportado, ingreso anual familiar, el seguro de la persona y el estado de beneficiario del ISSS.

La Tabla IV.2 indica que las mujeres buscaron atención con más frecuencia que los hombres en el AMSS y en las areas rurales. Esta diferencia, sin embargo, no fue importante. La última columna de la Tabla IV.2 demuestra que entre aquellos que buscaron atención no hubo una división uniforme entre los sexos: cerca del 56% de todos los pacientes eran mujeres y el 44% eran hombres, demostrando así que las mujeres tenían una tasa más alta de problemas de salud auto-percibidos y también que las mujeres buscaron atención de salud con más frecuencia que los hombres. Las cifras correspondientes obtenidas

Tabla IV.1

Número y Distribución de Personas que
Reportaron un Problema de Salud y
Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria

(Total en miles)

| | AMSS | | Otras Areas Urbanas | | Area Rural | | Total | |
|--|-------|------|---------------------|------|------------|------|-------|------|
| | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % |
| Personas que no reportaron un problema de salud | 542 | 52% | 700 | 46% | 742 | 46% | 1,984 | 47% |
| Personas que reportaron un problema de salud | 503 | 48% | 835 | 54% | 886 | 54% | 2,224 | 53% |
| Número total de personas entrevistadas | 1,045 | 100% | 1,535 | 100% | 1,628 | 100% | 4,208 | 100% |
| Personas que no buscaron atención médica ambulatoria | 417 | 83% | 730 | 87% | 805 | 91% | 1,952 | 88% |
| Personas que buscaron atención médica ambulatoria | 86 | 17% | 105 | 13% | 81 | 9% | 272 | 12% |
| Número total de personas que reportaron un problema de salud | 503 | 100% | 835 | 100% | 886 | 100% | 2,224 | 100% |

en el estudio de Santo Domingo citado anteriormente eran esencialmente las mismas, o 58% y 42% para mujeres y hombres, respectivamente.

Los niños menores de un año de edad constituyeron el grupo etéreo con la más alta proporción de personas que buscan atención, seguidos por los niños 1 a 4 años de edad, como se ve en La Tabla IV.3. Por el contrario, las personas en la categoría de 5 a 14 años de edad constituyeron el grupo menos probable de buscar atención. Estos resultados corroborarán hallazgos de estudios previos, incluso el estudio en Santo Domingo y los estudios en Perú (Gertler, Locay, y Sanderson, 1987) y Zaire (Bitran, 1989b). Los patrones relativos de la búsqueda de atención dentro de los grupos de edad fueron similares a través de las áreas, como se nota en la Tabla.

La Tabla IV.4 sugiere que, dentro de cada área geográfica, las personas con más educación buscaron atención con más frecuencia. La última columna de la tabla también muestra la estructura de educación de aquellos que tenían un problema de salud. Solamente el 4% de aquellos con un problema de salud habían estudiado más del nivel secundario y tres-cuartos habían estudiado hasta primaria.⁴

Se ha demostrado que el tipo del problema de salud percibido influencia tanto la decisión de buscar atención como la opción del proveedor (Bitran, 1989 a- b). La Tabla IV.5 parece confirmar los hallazgos de estudios previos que han mostrado que es mucho más probable para una persona herida buscar atención curativa que aquellos con otros problemas de salud. La gente con solamente una enfermedad respiratoria representó casi la mitad de toda la gente enferma o herida y tuvieron la probabilidad más baja de buscar atención. Cerca del 16% de todos aquellos enfermos o heridos afirmaron haber tenido simultáneamente un problema respiratorio y un problema intestinal y, después de los heridos, constituyeron el segundo grupo más probable de buscar atención de salud.

La Tabla IV.6 sugiere que, en general, fue más probable que las personas de hogares de mayor ingreso buscaran atención que los de bajos ingresos, aunque este hallazgo no es tan claro dentro de cada una de las tres áreas geográficas. El ingreso promedio familiar de aquellos que buscaron atención, dentro de cada área, era más alto que el de aquellos que no buscaron atención. También, la tabla revela que el ingreso promedio anual familiar en áreas rurales (7,300 colones o US\$ 1,460) fue cerca de 40% de la cifra comparable en el AMSS y aproximadamente el 64% del ingreso promedio familiar en las otras áreas urbanas.⁵ Como se mostrará posteriormente, aunque los ingresos son más

⁴Las decisiones de buscar atención de salud para los niños son tomadas generalmente por los padres o los guardianes. Considerando que el objetivo de este estudio es analizar la toma de decisión sobre la atención de salud, para los niños menores de quince años de edad, se usó el nivel de educación de la persona que tenía el nivel más alto del hogar, en vez de la educación de los niños.

⁵El cambio oficial durante la encuesta, i.e. en enero del 1989, era aproximadamente 5 colones por un dólar.

Tabla IV.2

Decisión de Buscar Atención Ambulatoria de un Médico
Por Area, Segun Sexo

| Sexo | AMSS | | Otras Areas Urbanas | | Areas Rurales | | Total | | Composición de Sexo de todos con un Problema de Salud |
|-----------|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|---|
| | No Buscó atención | Buscó atención | No Buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | |
| Masculino | 83.2% | 16.7% | 86.8% | 13.2% | 91.8% | 8.2% | 88.2% | 11.8% | 44.4% |
| Feminino | 82.5% | 17.5% | 87.0% | 13.0% | 89.5% | 10.5% | 86.9% | 13.1 | 55.6% |
| Total | 82.8% | 17.2% | 86.9% | 13.1% | 90.6% | 9.4% | 87.5% | 12.5% | 100.0% |

Tabla IV.3

Decisión de Buscar Atención Ambulatoria de un Médico,
por Area, Segun el Grupo de Edad

| Grupo de Edad | AMSS | | Otras Areas Urbanas | | Areas Rurales | | Total | | Composición de Edad de todos con un Problema de Salud |
|-----------------|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|---|
| | No buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | |
| Menor de un año | 62% | 38% | 71% | 29% | 76% | 24% | 72% | 28% | 3% |
| 1 - 4 | 81% | 19% | 85% | 15% | 91% | 8% | 28% | 13% | 12% |
| 5 - 14 | 90% | 10% | 92% | 8% | 94% | 6% | 93% | 7% | 23% |
| 15 - 44 | 81% | 19% | 87% | 13% | 90% | 10% | 87% | 13% | 38% |
| 45 y más | 83% | 17% | 85% | 15% | 90% | 10% | 86% | 14% | 23% |
| Total | 83% | 17% | 87% | 13% | 91% | 9% | 88% | 12% | 99% |

Nota: El porcentaje total puede ser distinto de 100 debido a redondeo.

Tabla IV.4

Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria,
Por Area, Según Nivel de Educación

| Educación de las personas (años) | AMSS | | Otras Areas Urbanas | | Areas Rurales | | Total | | Composición de Educación de todos con un Problema de Salud |
|----------------------------------|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|--|
| | No Buscó atención | Buscó atención | No Buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | |
| 0-6 | 85% | 15% | 87% | 13% | 91% | 9% | 89% | 11% | 76% |
| 7-12 | 81% | 19% | 86% | 14% | 89% | 11% | 85% | 15% | 20% |
| 13 o más | 73% | 27% | 87% | 13% | 100% | 0% | 80% | 20% | 4% |
| Total | 83% | 17% | 87% | 13% | 91% | 9% | 88% | 12% | 100.0% |

Nota: Para niños menores de 15 años, se consideró el nivel de educación más alto en el hogar.

Tabla IV.5

Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria, por Area, Según Problema de Salud Auto-Diagnosticada

| Problema de Salud Auto-Reportado | AMSS | | Otras Areas Urbanas | | Areas Rurales | | Total | | Composición de Problema Auto-Reportado de Salud |
|----------------------------------|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|---|
| | No buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | No buscó atención | Buscó atención | |
| Respiratorio | 26% | 14% | 90% | 10% | 92% | 8% | 90% | 10% | 46% |
| Intestinal | 79% | 21% | 88% | 12% | 89% | 11% | 87% | 13% | 7% |
| Accidente | 61% | 39% | 84% | 16% | 74% | 26% | 73% | 27% | 1% |
| Combinación de los dos | 79% | 21% | 83% | 17% | 90% | 10% | 85% | 15% | 16% |
| Los tres | 84% | 16% | 78% | 22% | 100% | 0% | 89% | 11% | 1% |
| Otros Problemas | 83% | 17% | 85% | 15% | 89% | 11% | 86% | 14% | 29% |
| Total | 83% | 17% | 87% | 13% | 91% | 9% | 88% | 12% | 100% |

Tabla IV.6
Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria,
Por Area, Segun el Ingreso Anual Familiar

| Ingreso Anual Familiar (Colones de Marzo, 1989) | AMSS | | Otras Areas Urbanas | | Areas Rurales | | Total | | Composición de Ingreso Familiar de ellos con un problema de salud |
|---|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|---|
| | No Busco atención | Buscó atención | No Buscó atención | Buscó atención | No Buscó atención | Buscó atención | No Buscó atención | Buscó atención | |
| 4,000 o menos | 82% | 18% | 90% | 10% | 92% | 8% | 91% | 9% | 28% |
| 4,001-7,500 | 88% | 12% | 90% | 10% | 91% | 9% | 90% | 10% | 23% |
| 7,501-15,000 | 82% | 18% | 82% | 18% | 93% | 7% | 85% | 15% | 24% |
| 15,000 o mas | 81% | 19% | 83% | 17% | 89% | 11% | 84% | 16% | 25% |
| Total | 83% | 17% | 86% | 14% | 91% | 9% | 87% | 13% | 100.0% |
| Ing. Promedio (miles) | 15.6 | 18.5 | 10.2 | 11.4 | 6.9 | 7.3 | 9.8 | 12.3 | 10.3 |
| Ing. Mediano (miles) | 12.1 | 12.6 | 6.2 | 7.8 | 4.2 | 4.6 | 5.5 | 7.8 | 6.0 |

16

Tabla IV.7
Decisión de Buscar Consulta Médica Ambulatoria, por Area, Según condición de Beneficiario

| Individuo Beneficiario del: | AMSS | | Otras Areas Urbanas | | Areas Rurales | | Total | | Composición de los Beneficiarios con un Problema de Salud |
|---------------------------------------|-------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|---|
| | No Buscó atención | Buscó atención | No Buscó atención | Buscó atención | No Buscó atención | Buscó atención | No Buscó atención | Buscó atención | |
| Solo Seguridad Social | 73% | 27% | 73% | 27% | 71% | 29% | 73% | 27% | 6.2% |
| Solo Seguro Privado | 90% | 10% | 67% | 33% | 73% | 27% | 78% | 22% | 0.6% |
| Seguridad Social y Seguro Privado | 76% | 24% | 52% | 48% | 100% | 0% | 65% | 35% | 0.3% |
| No seguridad Social ni Seguro Privado | 84% | 16% | 89% | 11% | 91% | 9% | 89% | 11% | 90.5% |
| Otro (*) | 87% | 13% | 73% | 27% | 91% | 9% | 81% | 19% | 2.4% |
| Total | 83% | 17% | 87% | 13% | 91% | 9% | 88% | 12% | 100% |

(*): Beneficiarios de otros sistemas de salud del gobierno.

bajos en las áreas rurales que en otras áreas urbanas o en el AMSS, los precios de atención de salud eran aproximadamente los mismos a través de las regiones. Esto sugiere que, en promedio, las personas en las áreas urbanas y rurales tenían que gastar una proporción mucho más alta de su ingreso para pagar la atención de salud. Esto puede explicar en parte su propensión más baja a buscar atención, particularmente servicios del sector privado.

Finalmente, la Tabla IV.7 muestra que, en general, las personas que eran beneficiarios de seguros privados o del ISSS tenían una probabilidad más alta de buscar atención fuera del hogar que las personas no-beneficiarias de ninguno de los dos. Esto es un resultado delicado ya que las personas no beneficiarias del ISSS tienen que pagar precios completos en el sector privado y, en principio, no tienen acceso a los servicios del ISSS. La última columna de la tabla muestra que más de 90% de la población del país que estaba enferma o herida no tenía seguro y tampoco pertenecía al ISSS. Los beneficiarios de la seguridad social constituyeron el 6.5% de la población del país (6.2% + 1.3%) y las personas cubiertas por seguros privados representaron solamente el 1.9% (0.6% + 0.3%) de la población total. Un tercio de los asegurados privadamente también eran beneficiarios del ISSS, explicando el 1.3% de la población total con un problema de salud.

B. Opción del Subsector

La Tabla IV.8 muestra que el 46% de los que buscaron atención de salud eligieron establecimientos privados; 42% eligieron establecimientos del MSP, y el 12% fueron a proveedores del ISSS. Varias conclusiones emergen de la tabla. Primero, ya que menos que 1% de la población del país tenía seguros privados, la mayoría de los que utilizó el sector privado no tenía seguro y tenía que pagar precios completos por la atención recibida (se tratará más sobre precios posteriormente). Segundo, aunque el MSP cobra honorarios relativamente bajos y los servicios están disponibles para todos los ciudadanos, fue responsable por menos de la mitad del uso total. Tercero, hubo diferencias importantes en la utilización del subsector entre las áreas. En el AMSS, el sector privado fue responsable del 53% de todos los pacientes, mientras el MSP capturó solamente el 26%, seguido por 16% del ISSS. En otras áreas urbanas y rurales, el sector privado jugó un papel importante como proveedor, aunque los establecimientos del MSP en esas áreas capturaron la mayor parte de los pacientes. Finalmente, los establecimientos del ISSS en las áreas rurales tenían una probabilidad de un-cuarto de ser elegido por los pacientes en comparación con el AMSS, capturando solamente el 4% del uso rural.

La distribución del ingreso anual familiar de los pacientes se muestra en la Tabla IV.9. El ingreso promedio fue más bajo entre los pacientes del MSP (8,000 colones) mientras el ingreso de los pacientes del sector privado fue casi el doble de esa cifra. Los usuarios de establecimientos del ISSS tenían el nivel de ingreso familiar más alto, o 18,000 colones anualmente. La porción baja de la Tabla IV.9 muestra que con el aumento del ingreso de las personas, así también sube la proporción de personas que buscan atención de salud de proveedores del ISSS y privados, y que dejan los establecimientos del MSP.

Tabla IV.8
Número y Distribución de Pacientes de Consulta
Médica Ambulatoria, por Subsector y Area

| Area | Ministerio de Salud | Seguridad Social | Privado | Total |
|--------------------------------------|------------------------|---------------------|------------|-------------|
| <hr/> | | | | |
| Número de Pacientes | | | | |
| AMSS | 20 | 12 | 45 | 77 |
| Otras Areas Urbanas | 45 | 15 | 44 | 104 |
| Areas Rurales | 43 | 3 | 34 | 80 |
| <hr/> | | | | |
| Total | 108 | 30 | 123 | 261 |
| <hr/> | | | | |
| Distribución de Pacientes (%) | | | | |
| AMSS | 26% | 16% | 58% | 100% |
| Otras Areas Urbanas | 43% | 14% | 42% | 99% |
| Areas Rurales | 54% | 4% | 43% | 101% |
| <hr/> | | | | |
| Total | 42% | 12% | 46% | 100% |
| <hr/> | | | | |

Nota: El porcentaje total puede ser distinto de 100 debido a redondeo.

Tabla IV.9
 Número y Distribución de Pacientes
 de Consulta Médica Ambulatoria
 por Subsector e Ingreso

| Ingreso anual (Colones de marzo, 1989) | Ministerio de Salud | Seguridad Social | Privado | Total |
|--|------------------------|---------------------|--------------|---------------|
| Número de Pacientes (miles) | | | | |
| 1 - 500 | 0.5 | 0.0 | 1.3 | 1.8 |
| 501 - 4000 | 32.9 | 0.6 | 16.7 | 50.2 |
| 4001 - 7500 | 25.1 | 2.0 | 20.8 | 47.9 |
| 7501 - 15000 | 27.0 | 12.0 | 35.2 | 74.2 |
| 15000 or more | 14.4 | 14.0 | 35.5 | 63.9 |
| TOTAL | 99.9 | 28.6 | 109.5 | 238.0* |
| Distribución de Pacientes | | | | |
| 1 - 500 | 28% | 0% | 72% | 100% |
| 501 - 4000 | 66% | 1% | 33% | 100% |
| 4001 - 7500 | 52% | 4% | 43% | 100% |
| 7501 - 15000 | 36% | 16% | 47% | 100% |
| 15000 or more | 23% | 22% | 56% | 100% |
| Total | 42% | 12% | 46% | 100% |
| Ing. Promedio (miles) | 8.0 | 18.0 | 15.1 | 12.3 |
| Ing. Mediano (miles) | 5.4 | 13.7 | 9.6 | 7.8 |

Nota: El porcentaje total puede diferir de 100 debido a redondeo.

(*)Total aquí es menos que los 261,000 reportados en otro lado a causa de ingresos no reportados.

Tabla IV.10
Promedio y Distribución de Tiempo de Espera
en el Lugar de Consulta por Subsector e Ingreso

| Tiempo de espera (minutos) | Ministerio de Salud | Seguridad Social | Privado |
|-------------------------------|------------------------|---------------------|-------------|
| Distribución | | | |
| 0 - 30 | 19% | 29% | 57% |
| 31 - 60 | 15% | 26% | 20% |
| 61 - 240 | 47% | 39% | 21% |
| 241 or more | 19% | 7% | 2% |
| Total | 100% | 101% | 100% |
| Promedio (minutos) | | | |
| AMSS | 158 | 124 | 62 |
| Otras Areas Urbanas | 157 | 95 | 57 |
| Areas Rurales | 169 | 71 | 62 |
| Total | 162 | 104 | 61 |

Tabla IV.11
Promedio y Distribución de Tiempo de
Viaje al Lugar de Consulta por Subsector y Area

| Tiempo de Viaje (Minutos) | Ministerio de Salud | Seguridad Social | Privado |
|------------------------------|------------------------|---------------------|-------------|
| Distribución (%) | | | |
| 0 - 20 | 35% | 36% | 46% |
| 21 - 40 | 24% | 26% | 20% |
| 41 - 60 | 25% | 27% | 17% |
| 61 y más | 17% | 12% | 17% |
| Total | 101% | 101% | 100% |
| Promedio (Minutos) | | | |
| AMSS | 40 | 47 | 40 |
| Otras Areas Urbanas | 51 | 42 | 53 |
| Areas Rurales | 69 | 55 | 82 |
| Total | 56 | 45 | 56 |

Nota: El porcentaje total puede diferir de 100 debido a redondeo.

Se ha comprobado también que el tiempo de viaje y el tiempo de espera en el establecimiento influyen la demanda por atención de salud.⁶ Las Tablas IV.10 y IV.11 muestran el tiempo de espera y el tiempo de viaje, respectivamente, por subsector. Las personas que utilizan establecimientos del MSP tuvieron que esperar más de dos horas y media para obtener atención, mucho más que la espera en los establecimientos de los otros dos subsectores (Tabla V.10). Por el contrario, los pacientes del sector privado esperaron un promedio de solamente una hora. La Tabla IV. 11 muestra que no había diferencias importantes en tiempo de viaje entre los pacientes de los distintos subsectores, con una variación en el tiempo de viaje de 45 minutos a una hora. Por supuesto, esto no significa que los establecimientos de los tres subsectores estaban, en promedio, equidistante de los hogares de las personas. Los estudios previos de demanda por atención de salud han mostrado que, todo lo demás constante, la gente tiende a escoger el establecimiento más cercano. Por lo tanto, es probable que el tiempo promedio de viaje presentado en la tabla, lo cual refleja las decisiones de la gente, subestime el tiempo de viaje enfrentado por las personas antes de tomar la decisión. La porción inferior de la Tabla IV.11 revela que las personas que escogen establecimientos privados en áreas rurales tuvieron que viajar el doble de tiempo que aquellos atendidos en el AMSS. Esto sugiere que los establecimientos privados son menos asequibles en las áreas rurales que en las áreas urbanas u otros urbanos.

La distribución de edad de los pacientes por subsector está presentada en la Tabla IV. 12. Los niños menores de un año de edad (19.500, en la última columna de la tabla) eran cerca del 7.5% de todos los pacientes (260.500). Con una tasa de nacimiento a nivel nacional del 3.6%, los niños menores de un año de edad estuvieron sobre-representados entre todos los pacientes.⁷ Esto se debe a que los niños menores de un año tienen doble probabilidad de buscar atención que personas en otras categorías de edad (Ver Tabla IV. 3). También, los niños menores de un año tienen una probabilidad mayor de enfermarse que el individuo promedio. La parte inferior de la Tabla IV.12 muestra que los niños menores de un año, y entre 1 y 4 años de edad asistieron con más frecuencia a establecimientos del MSP que a otro subsector, lo cual puede reflejar una preferencia por parte de los padres por los servicios pediátricos del MSP sobre aquellos del sector privado o del ISSS. Por lo contrario, las personas entre las edades de 15 y 44, y los mayores de 45 años de edad mostraron una preferencia por el sector privado. La mayoría de los usuarios de la seguridad social eran personas en el grupo entre 15 y 44 años de edad, posiblemente trabajadores afiliados al ISSS. Aunque los beneficiarios del ISSS representaron cerca del 6% de la población del país, los niños menores de un año beneficiarios del ISSS representan solamente el 1% de la utilización dentro de ese grupo de edad, debido al hecho que el ISSS cubre a los niños dependientes de afiliados hasta los 3 meses de edad.

⁶Ver, por ejemplo, Mwabu, 1984, Dor, Gertler, y van der Gaag, 1987, Gertler, Locay, y Sanderson, 1987, y Bitran, 1989a.

⁷Ver: El Banco Mundial, World Development Report, 1989.

Tabla IV.12
Número y Distribución de Pacientes de
Consulta Médica Ambulatoria, por Subsector y Edad

| Edad | Ministerio de Salud | Seguridad Social | Privado | Total |
|--------------------------------------|---------------------|------------------|--------------|--------------|
| Número de Pacientes (miles) | | | | |
| Menor de un año | 10.7 | 0.1 | 8.5 | 19.5 |
| 1-4 años | 18.4 | 0.0 | 15.0 | 33.4 |
| 5-14 años | 15.3 | 0.0 | 20.8 | 36.1 |
| 15-44 años | 40.6 | 24.1 | 42.8 | 107.5 |
| 45 años y más | 22.8 | 5.5 | 35.7 | 64.0 |
| Total | 107.7 | 29.9 | 122.9 | 260.5 |
| Distribución de Pacientes (%) | | | | |
| Menor de un año | 55% | 1% | 44% | 100% |
| 1-4 años | 55% | 0% | 45% | 100% |
| 5-14 años | 42% | 0% | 58% | 100% |
| 15-44 años | 38% | 22% | 40% | 100% |
| 45 años y más | 36% | 9% | 56% | 101% |
| Total | 41% | 11% | 47% | 99% |
| Edad Promedio | 25 | 36 | 29 | 28 |
| Edad Mediana | 19 | 34 | 26 | 25 |

Nota: El porcentaje total puede diferir de 100 debido a redondeo.

La Tabla IV. 13 sugiere que las mujeres tenían más preferencia por los servicios del MSP que los hombres. Puede que esto refleje la preferencia de las mujeres por los servicios obstétricos del MSP sobre aquellos del ISSS y del sector privado. Los programas de salud maternal e infantil del MSP de El Salvador están bien organizados y financiados.

Se ha demostrado que el nivel de educación alcanzado es un determinante importante de la demanda. La Tabla IV. 14 muestra que los usuarios del MSP tenían un promedio de años de educación menor que los pacientes del sector privado. También, los usuarios del ISSS constituyeron el grupo más educado. En la medida en que exista una correlación entre el ingreso y la educación, los resultados de esta tabla reflejan aquellos presentados en la Tabla IV. 9.

Se piensa que la condición de beneficiario es un determinante importante de demanda ya que refleja si el individuo tiene acceso al subsector o si el o ella puede obtener servicios a un precio más bajo que los no-beneficiarios. La selección del subsector según la condición de beneficiario del paciente se presenta en La Tabla IV. 15. Todos los ciudadanos son por definición beneficiarios del MSP como se muestra en la Tabla. A pesar de que se supone que el ISSS no provee atención a los no-beneficiarios del ISSS, la Tabla muestra que solo el 79% de los pacientes del ISSS eran beneficiarios y un alto porcentaje de 21% no lo eran. Un hallazgo similar emergió del estudio de Santo Domingo. La tercera fila de la Tabla indica que la mayoría (97%) de los pacientes del sector privado no tenía seguros como ya se mencionó antes.

A diferencia de la política de la República Dominicana, donde los servicios del MSP, en su mayoría, son gratis, en El Salvador más del 80% de los pacientes del MSP tenían que pagar por la atención recibida, como se muestra en la parte izquierda de La Tabla IV.16. Virtualmente todos los beneficiarios del ISSS recibieron atención gratis mientras cerca de la mitad de los pacientes privados asegurados tenían que hacer algún pago por la atención, sugiriendo así que estos pacientes tenían que hacer un co-pago o que los proveedores que visitaron no eran cubiertos por el plan de seguro del paciente. Al lado derecho de La Tabla IV.16 se documenta si la gente no beneficiaria del subsector que visitó pagó o no. La mayoría de los usuarios no-beneficiarios del ISSS estuvieron exentos del pago. Otro hallazgo interesante emerge del lado derecho de esta tabla y es que a casi un quinto de los pacientes no-asegurados del sector privado se les brindó atención gratis. Un análisis más profundo de los datos reveló un comportamiento caritativo por parte de ciertos doctores privados hacia los pacientes pobres.

El cuestionario de la encuesta fue diseñada para revelar los pagos directos por tratamiento del paciente al doctor por la visita, los medicamentos, y los exámenes (que aquí se refiere a los pagos internos), así como gastos por tratamientos complementarios hechos por los pacientes afuera de la oficina del doctor al comprar medicamentos (lo que llamamos pagos externos). Los gastos totales de los pacientes (internos más externos) están presentados en La Tabla IV.17, mientras que los gastos internos de los pacientes están presentado en La Tabla IV.18. Una comparación de la última fila de las dos tablas revela que los pacientes del MSP incurrieron un gasto total por tratamiento de un promedio de 14.4. colones, siendo el gasto externo de 9.4. colones (14.4.- 5.0.) casi el doble del pago interno de 5.0. colones.

Tabla IV.13
Número y Distribución de Pacientes de Consulta
Médica Ambulatoria, por Subsector y Sexo

| Sexo | Ministerio de Salud | Seguridad Social | Privado | Total |
|--------------------------------|---------------------|------------------|---------|-------|
| Número de Pacientes (en miles) | | | | |
| Masculino | 42 | 13 | 54 | 109 |
| Feminino | 66 | 16 | 69 | 151 |
| Total | 108 | 30 | 123 | 261 |
| Distribución de Pacientes | | | | |
| Masculino | 38% | 12% | 50% | 100% |
| Feminino | 44% | 11% | 45% | 100% |
| Total | 41% | 11% | 47% | 99% |

Nota: El porcentaje total puede diferir de 100 debido a redondeo.

Tabla IV.14
Número y Distribución de Pacientes de Consulta
Médica Ambulatoria, por Subsector y Educación

| Educación (años) | Ministerio de Salud | Seguridad Social | Privado | Total |
|--------------------------------|---------------------|------------------|---------|-------|
| Número de Pacientes (en miles) | | | | |
| 0-6 | 88.5 | 17.2 | 77.2 | 182.9 |
| 7-12 | 15.6 | 10.3 | 36.2 | 62.1 |
| 13 y más | 3.6 | 2.4 | 9.5 | 15.5 |
| Total | 107.7 | 29.9 | 122.9 | 260.5 |
| Distribución de Pacientes (%) | | | | |
| 0-6 | 48% | 9% | 42% | 99% |
| 7-12 | 25% | 17% | 58% | 100% |
| 13 y más | 23% | 15% | 61% | 99% |
| Total | 41% | 11% | 47% | 99% |
| Promedio de Educación | 3.7 | 6.8 | 5.7 | 4.8 |
| Mediana de Educación | 3.0 | 6.0 | 5.0 | 4.0 |

Nota: El porcentaje total puede diferir de 100 debido a redondeo.
Para niños menor a 15 años de edad, se consideró el nivel más alto de educación en el hogar.

Tabla IV.15
Número y Distribución de Individuos que Buscaron Consulta
Médica Ambulatoria por Subsector Usado, Total País

(Números en miles)

| Subsector Usado | Beneficiario del Subsector Usado | | No Beneficiario del Subsector Usado | | Beneficiarios y no beneficiarios | | Porcentaje de todos los usuarios del Subsector |
|---------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|----------------------------------|-------------|--|
| | Total | % | Total | % | Total | % | |
| Ministerio de Salud | 107.7 | 100% | n.a. | n.a. | 107.7 | 100% | 41.3% |
| Seguridad Social | 23.6 | 79% | 6.3 | 21% | 29.9 | 100% | 11.5% |
| Privado | 3.5 | 3% | 119.4 | 97% | 122.9 | 100% | 47.2% |
| Total | 134.8 | 52% | 125.7 | 48% | 260.5 | 100% | 100% |

n.a.: no se aplica

Tabla IV.16
Pago Directo por la Consulta Médica Ambulatoria
por Subsector Usado, Total País

| Subsector Usado | Beneficiario del Subsector Usado | | | No Beneficiario del Subsector Usado | | |
|---------------------|----------------------------------|------------|---------------|-------------------------------------|------------|---------------|
| | Pago Directo | | | Pago Directo | | |
| | No (%) | Si (%) | Total (miles) | No (%) | Si (%) | Total (miles) |
| Ministerio de Salud | 17% | 83% | 107.7 | n.a. | n.a. | n.a. |
| Seguridad Social | 99% | 1% | 23.6 | 85% | 15% | 6.3 |
| Privado | 53% | 47% | 3.5 | 21% | 79% | 119.4 |
| Total | 32% | 68% | 134.8 | 25% | 75% | 125.7 |

n.a.: no se aplica

Tabla IV.17
Promedio y Distribución de Gastos del Paciente por Enfermedad
Incluyendo Consultas, Exámenes, y Medicamentos Adquiridos
del Proveedor y del Mercado

| Gasto (Colones marzo, '89) | Ministerio de Salud | Seguridad Social | Privado |
|---|---------------------|------------------|---------|
| ----- | | | |
| Distribución (%) | | | |
| 0 | 16% | 88% | 19% |
| 1-5 | 48% | 5% | 10% |
| 6-20 | 21% | 4% | 14% |
| 21-100 | 15% | 2% | 31% |
| 101 y más | 0% | 0% | 26% |
| ----- | | | |
| Total | 100% | 99% | 100% |
| ----- | | | |
| Promedio (Colones) | | | |
| AMSS | 10.8 | 2.7 | 79.9 |
| Otras Areas Urbanas | 19.4 | 0.4 | 71.5 |
| Areas Rurales | 10.8 | n.a. | 67.3 |
| ----- | | | |
| Total | 14.4 | 1.3 | 73.3 |
| ----- | | | |
| Nota: El porcentaje total puede diferir de 100 debido a redondeo. n.a.: no se aplica | | | |

Tabla IV.18
Promedio y Distribución de Gastos por Paciente por Enfermedad
Incluyendo Consultas, Exámenes, y Medicamentos Adquiridos
del Proveedor

| Gasto (Colones marzo, '89) | Ministerio de Salud | Seguridad Social | Privado |
|---|---------------------|------------------|---------|
| ----- | | | |
| Distribución (%) | | | |
| 0 | 15% | 96% | 19% |
| 1-5 | 68% | 3% | 8% |
| 6-20 | 12% | 1% | 29% |
| 21-100 | 4% | 0% | 34% |
| 101 y más | 0% | 0% | 10% |
| ----- | | | |
| Total | 100% | 100% | 100% |
| ----- | | | |
| Promedio (Colones) | | | |
| AMSS | 3.6 | 0.3 | 52.5 |
| Otras Areas Urbanas | 6.4 | 0.2 | 37.6 |
| Areas Rurales | 4.1 | n.a. | 40.4 |
| ----- | | | |
| Total | 5.0 | 0.2 | 43.9 |
| ----- | | | |
| Nota: El porcentaje total puede diferir de 100 debido a redondeo. n.a.: no se aplica | | | |

Tabla IV.19
Promedio y Distribución de Pacientes de Consulta Médica
Ambulatoria por Número de Visitas por Enfermedad y por Subsector

(Total en miles)

| Número de Visitas | Ministerio de Salud | | Seguridad Social | | Privado | | Total | |
|-------------------------------|------------------------|------|---------------------|------|---------|------|-------|------|
| | Total | % | Total | % | Total | % | Total | % |
| 1 | 92.9 | 86% | 25.2 | 84% | 101.3 | 82% | 219.4 | 84% |
| 2 | 13.1 | 12% | 4.0 | 13% | 15.8 | 13% | 32.9 | 13% |
| 3 y más | 1.7 | 2% | 0.8 | 3% | 5.8 | 5% | 8.3 | 3% |
| Número Total de Pacientes | 107.7 | 100% | 30.0 | 100% | 122.9 | 100% | 260.6 | 100% |
| Número Promedio de Visitas | 1.16 | | 1.19 | | 1.23 | | 1.19 | |

Los pacientes privados también tuvieron que incurrir pagos externos muy altos en relación a sus gastos internos. En promedio, los pacientes privados gastaron 43.9 colones con el proveedor y 29.4 colones (73.3 - 43.9) adicionales afuera de la oficina del doctor. En términos absolutos, los pagos externos de los pacientes privados fueron mucho mayor que los de usuarios del MSP (29.4 colones contra 9.4 colones, respectivamente). En términos de porcentaje, los pagos externos del paciente privado representaron una porción más baja del gasto total que los pagos del usuario del MSP. Los usuarios del ISSS también incurrieron pagos externos aunque estos fueron muy bajos en comparación con los otros subsectores. El gasto total del paciente típico del MSP de 14.4 colones fue equivalente a US\$ 2.88 y representó alrededor del 4.3% del ingreso promedio anual per capita. La cifra correspondiente para los pacientes del sector privado fue del 11.7%, un porcentaje muy alto considerando que esas personas pueden tener que tratar episodios múltiples de una enfermedad en un año dado.⁸

C. Intensidad de utilización

Se mide aquí la intensidad de utilización de los servicios de atención de salud por la cantidad de visitas hechas por los pacientes durante el período de las dos semanas anteriores a la encuesta. La Tabla IV.19 muestra que en general, el 84% de los pacientes de los tres subsectores hizo solamente una visita durante las dos semanas cubiertas por la encuesta; el 13% hizo dos visitas y el 3% hizo tres o más visitas. No es sorprendente encontrar que esta gran proporción de todos los pacientes hizo solamente una visita. Primero, muchos episodios de enfermedad aguda se resuelven después de la primera visita al doctor. Segundo, mientras es concebible que una proporción mayor que el 16% (13% + 3%) de los pacientes hicieron más de una visita a lo largo del episodio de enfermedad, es posible que muchas de las visitas posteriores se hicieron después de la encuesta, por lo tanto no fueron reportadas. Se debe notar que la información pedida del paciente era solo para las visitas hechas durante las dos semanas estudiadas, y por esto, las visitas previas a las dos semanas no se reportaron. El número promedio de visitas durante las dos semanas, por subsector, fue lo siguiente (Ver la parte inferior de la Tabla IV.19): 1.16 para pacientes del MSP, 1.19 para usuarios del ISSS, y 1.23 para pacientes privados; el promedio general fue de 1.19 visitas.

⁸La estimación de los porcentajes se ha hecho dividiendo el gasto total por paciente de la Tabla IV.17 por el ingreso promedio del subsector presentado en la parte inferior de la Tabla IV.9 y multiplicado por el tamaño promedio del hogar de 4.8 miembros. El alto porcentaje obtenido para los usuarios del sector privado sugiere que (i) el ingreso fue sistemáticamente reportado bajo; (ii) puede que los hogares con un gasto alto en atención ambulatoria tengan que endeudarse; (iii) la ocurrencia de episodios múltiples de enfermedades en un período de tiempo corto dentro de un hogar puede ser obstáculo a la habilidad de algunos miembros del hogar de buscar atención en el sector privado.

V. DETERMINANTES DE DEMANDA POR ATENCION DE SALUD

Las Tablas en el Capítulo IV nos proveyeron con una presentación descriptiva de los patrones de uso de atención de salud de acuerdo con aquellas variables que se cree que son determinantes de la demanda. Las tablas descriptivas no se prestar a un análisis de los determinantes de la demanda. Por el contrario, este capítulo entrega un análisis de los determinantes de demanda; es decir, aísla el efecto que cada variable explicativa tiene sobre la demanda i.e., sobre la decisión de buscar atención fuera del hogar y sobre la elección del proveedor.

A. Como Leer las Tablas del Capítulo

El producto del análisis estadístico consiste en dos ecuaciones que relacionan las decisiones de buscar atención y escoger un proveedor con las variables que según se cree son determinantes de la demanda a través de una serie de coeficientes numéricos asociados con cada variable. Las ecuaciones consiguientes se encuentran en el Apéndice B.⁹

Los resultados directos del análisis estadístico mostrado en el Apéndice B son difíciles de interpretar. Para facilitar su interpretación, este capítulo utiliza los resultados estadísticos para proveer varias tablas que muestran la influencia de cada variable explicativa sobre la demanda. Para aislar el efecto de la variable sobre demanda es necesario fijar, o mantener constante, las otras variables. Por ejemplo, si uno necesita evaluar que influencia tiene el sexo sobre demanda, uno necesita fijar todo lo demás determinantes de la demanda, tales como la educación, edad, los precios, el tiempo de viaje y tiempo de espera, el ingreso, el ser beneficiario de la seguridad social o no, etc. Con fijar aquellas variables, uno puede asegurar que no contaminarán el análisis con su propio efecto sobre demanda. En todo este capítulo, se muestra el valor fijo de las otras variables en la parte inferior de cada tabla.

El ejemplo siguiente ilustra como se debe interpretar los resultados proporcionados en las tablas. La Tabla V.I muestra la variación de la demanda por atención ambulatoria de acuerdo a la interrupción o no de las actividades principales del paciente debido al problema de salud, o al tener que quedarse en cama debido al problema, o ambos.

La Tabla provee dos tipos de información. Primero, muestra las probabilidades de que la persona buscaría o no atención fuera del hogar de acuerdo a si se interrumpió la actividad principal o si la persona estaba postrada en cama, o ambos. (Las columnas (c) y (a), respectivamente). La columna (c) indica que una persona que no interrumpió su trabajo y no estaba postrada en cama, y vivía en el Area Metropolitana de San Salvador tuvo una probabilidad de 17.5% de buscar atención fuera del hogar y una probabilidad

⁹El lector técnico puede asumir el Diseño Simple de la Muestra Seleccionada al Azar para interpretar el significado estadístico de los t-estadísticos asintóticos.

de 82.5% (100.0% - 17.5%) de no buscar atención afuera.¹⁰ En contraste, la columna (a) muestra que si se interrumpió la actividad principal de la persona o tenía que permanecer en cama, o ambos, la probabilidad de buscar atención fuera del hogar era mucha más alta, o 39.5%, mientras que la probabilidad de no buscar atención fuera del hogar hubiera sido mucho más bajo, o 60.5% (100% - 39.5%).

Segundo, la tabla muestra la probabilidad que la persona escogiera un subsector en particular una vez que decidió buscar atención fuera del hogar. Estas probabilidades se presentan en las columnas (d) y (b). La columna (d) indica que si la persona no interrumpió su actividad principal ni permaneció en cama debido al problema de salud, la probabilidad de elegir un establecimiento del MSP hubiera sido del 43.8%; el ISSS de 5.5%; un establecimiento privado con fines de lucro de 44.9%; y un establecimiento privado sin fines de lucro de 5.9%. La columna (b) muestra las probabilidades correspondientes si fue interrumpido el trabajo o, si permaneció en cama, o ambos. Como se nota, la probabilidad de elegir un establecimiento del MSP bajaría a 32.2% del 43.8%.

B. La Interrupción de la Actividad Principal y Estadía en Cama, por Región

Por varias razones, se piensa que la interrupción de la actividad principal de una persona o la estadía en cama debido a una enfermedad son eventos que aumentan la probabilidad que una persona busque atención fuera del hogar. Primero, muchos adultos que trabajan, particularmente aquellos pagados por hora, pierden su ingreso normal mientras están en cama o inactivo debido a una enfermedad. Así, estar enfermo se vuelve un evento costoso para ellos y es más probable que ellos busquen atención de salud que las personas que no están forzados a dejar el trabajo. Segundo, las personas sin trabajo pagado, como amas de casa o estudiantes, también desempeñan actividades que contribuyen al bienestar familiar. Una ama de casa seriamente enferma puede ser incapaz de cocinar o cuidar a sus niños, y los niños enfermos al quedarse en casa pierden una educación valiosa. (Sobra decir que muchos estudiantes no estarían de acuerdo con esta declaración y preferirían quedarse en cama. Sin embargo, el que toma la decisión no es el estudiante sino uno de sus padres.) Así, será más probable para estas personas buscar atención de salud que aquellos que no tienen que interrumpir su actividad principal. Finalmente, aquellas enfermedades que dejan en cama o en casa a una persona, son percibidas como condiciones graves, especialmente si duran por muchos días. La percepción de severidad alta también guía las personas a buscar atención con más frecuencia que aquellas que continúan trabajando o que no están obligadas a quedarse en cama.

¹⁰Las probabilidades también se puede interpretar como proporciones o como el número de personas de cien personas tomando una decisión determinada. Por ejemplo, la probabilidad del 17% de buscar atención fuera del hogar se puede interpretar así: Entre 17 y 18 personas de un total de 100, quienes interrumpieron su trabajo o eran postrados en cama debido a un problema de salud, buscaron atención fuera del hogar.

Tabla V.1
Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y
Elección de Proveedor como Función de Interrupción
de Actividad Principal y/o Estadía en cama, por Región

| Región | Interrupción del Actividad Principal, o Estadía en cama, o Ambos | | | |
|-------------------------------|--|-------------------------------|---|-------------------------------|
| | Si Decisión de Buscar Atención (a) | Opción de Proveedor (b) | No Decisión de Buscar Atención (c) | Opción de Proveedor (d) |
| AMSS | | | | |
| No atención médica | 60.5% | | 82.5% | |
| Atención médica | 39.5% | | 17.5% | |
| Min. de Salud | | 32.2% | | 43.8% |
| Seguridad Social | | 3.8% | | 5.5% |
| Privado con fines de lucro | | 62.5% | | 44.9% |
| Privado sin fines de lucro | | 1.5% | | 5.9% |
| Otras Areas Urbanas | | | | |
| No atención médica | 65.4% | | 85.4% | |
| Atención médica | 34.6% | | 14.6% | |
| Min. de Salud | | 36.1% | | 49.6% |
| Seguridad Social | | 3.5% | | 5.1% |
| Privado con fines de lucro | | 60.0% | | 43.6% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.4% | | 1.8% |
| Areas Rurales | | | | |
| No atención médica | 66.7% | | 86.3% | |
| Atención médica | 33.3% | | 13.7% | |
| Min. de Salud | | 35.5% | | 47.4% |
| Seguridad Social | | 1.3% | | 2.0% |
| Privado con fines de lucro | | 64.6% | | 48.3% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.6% | | 2.4% |

SUPUESTOS

| | MSP | SS | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
|------------------------------------|---------------------|-----|--------------------------------|--------------------------------|
| Accidente: no | | | | |
| Benef de SS: no | | | | |
| Edad: 25-44 | Precio | 5 | 0.2 | 76.5 |
| Sexo: masculino | Tiempo de viaje | 56 | 45 | 52 |
| Educación: 3 años | Tiempo de espera | 162 | 104 | 56 |
| Ingreso: 6016 colones (anuales) | | | | 94 |

La Tabla V.1 indica cómo la interrupción de la actividad principal debido a una enfermedad influye en la demanda. Por ejemplo, un hombre enfermo que vive en el AMSS que no tuvo que interrumpir su trabajo ni quedarse en cama tuvo una probabilidad de buscar atención fuera del hogar del 17% más que el normal (ver la parte superior a la derecha de la tabla). En contraste, si la misma persona tuvo que estar en cama o dejar el trabajo, la probabilidad de buscar atención subiría al 39.5%, un aumento de casi el doble. La opción del subsector también está afectado por el hecho que la persona esté postrada en cama o sin poder trabajar. El mismo residente del AMSS escogería el sector privado con fines de lucro con una probabilidad del 44.9% si no tuviera que estar en cama ni dejar el trabajo como resultado de su condición. Por otro lado, si tenía que estar en cama y/o lejos del trabajo, la probabilidad (62.5%) de elegir el sector privado sería mucho más alta. Este resultado sugiere que se percibe el sector privado como una alternativa mejor para tratar a los problemas severos. Se observó un comportamiento similar en las personas que viven en las otras áreas urbanas y rurales, como indica la parte inferior de la Tabla V.1. La Tabla C.1 en Apéndice C compara el comportamiento de buscar atención de salud vis-a-vis la interrupción del trabajo o estadia en cama entre hombres y mujeres. Ninguna diferencia importante emergió de la comparación.

C. Accidentes por Región

La Tabla V.2 revela que los que tienen un accidente (en contraste con una enfermedad) tienen una probabilidad solo ligeramente más alta de buscar atención fuera del hogar pero tienen una probabilidad mayor que las personas con una enfermedad de ir a los establecimientos del MSP. Por ejemplo, la porción inferior de la tabla muestra que un hombre del área rural con un accidente tendría una probabilidad del 17.3% de buscar atención fuera del hogar en contraste a la cifra de 13.7% para el caso de una enfermedad. Además, si una persona tuviera un accidente, tendría una alta probabilidad de escoger un establecimiento del MSP para el tratamiento (82.7%) sobre los establecimientos de cualquier otro subsector, mientras que tendría casi la misma probabilidad de escoger el MSP (47.4%) o establecimientos privados (48.3%) si estuviera enfermo. Estos resultados reflejan que los establecimientos del MSP están mejor equipados para tratar emergencias que surgen de accidentes y son más capaces de proveer tratamiento más rápido que los establecimientos privados.

D. Beneficiario de Seguridad Social por Región

El capítulo IV demostró que no todos los usuarios del ISSS eran también sus beneficiarios. Además, Gómez (1989a) demuestra que no todos los beneficiarios del ISSS fueron a los establecimientos del ISSS cuando estuvieron enfermos o al tener un accidente. Qué influencia tiene el ser beneficiario del ISSS sobre las decisiones del paciente al buscar atención y al escoger un subsector? Esta pregunta se contesta la Tabla V.3. El lado izquierdo de la tabla muestra que ellos que son beneficiarios del ISSS tienen una probabilidad más alta -- sobre dos veces más probables que en el AMSS y en otras áreas urbanas-- de buscar atención cuando están enfermos, que aquellos que no son beneficiarios (el lado derecha de la Tabla). Esto refleja que,

relativo a la mayoría de los no-beneficiarios, los beneficiarios tienen establecimientos del ISSS como una opción adicional para su atención de salud. Los beneficiarios del ISSS también tienen una probabilidad mayor (sobre el 80% en AMSS y otras áreas urbanas y cerca del 64% en áreas rurales, contra menos del 5% para los no-beneficiarios) de buscar atención de los establecimientos del ISSS que aquellos no cubiertos por el ISSS. Esto, por supuesto, no es un hallazgo sorprendente. Lo raro es que cerca del 5% de los no-beneficiarios que buscan atención fuera del hogar en el AMSS y otras áreas urbanas van a establecimientos del ISSS, explicando cerca del 6% de todos los usuarios de ISSS en esas áreas, y aproximadamente el 3% en áreas rurales. Esto refleja que los establecimientos del ISSS no imponen estrictamente las reglas para evitar el acceso a los no-beneficiarios. La tabla también muestra que los de áreas rurales que son beneficiarios del ISSS tienen menor preferencia para los servicios del ISSS que aquellos del AMSS u otras áreas urbanas. Finalmente, la tabla indica que una porción importante de los beneficiarios del ISSS-- cerca del 18% en el AMSS y otras áreas urbanas y alrededor del 27% en las partes rurales-- escogen no obtener atención en los establecimientos del ISSS. Cerca de la mitad de los individuos renuncian a la atención gratis del ISSS y van al sector privado donde probablemente pagan por los servicios, y la mitad van a establecimientos del MSP, donde se provee atención a precios relativamente bajos.

E. Edad y Sexo del Paciente por Región

Estudios previos han demostrado que la edad del paciente tiene una influencia importante en la probabilidad de buscar atención de salud y de elegir un subsector. Los resultados de La Tabla V.4 confirman lo último pero no lo primero en el caso Salvadoreño. Se incluyó tres categorías de edad en la tabla para ilustrar este fenómeno. Aunque se hizo un intento de preservar los grupos de edad más desagregados utilizados en el Capítulo IV, por razones técnicas, es decir la carencia de pacientes del ISSS en el grupo de 5 a 24 años de edad, impidió el uso de las categorías de edad más estrechas en este capítulo. No obstante, los resultados mostrados en la tabla revelan que aunque la probabilidad de buscar atención fuera del hogar no varía en un modo importante a través de grupos de edad, la probabilidad de elegir proveedores privados crece con la edad. Este resultado concuerda con lo encontrado en el estudio de Santo Domingo citado anteriormente. Es digno de destacar que el aumento con la edad de la probabilidad de ir al sector privado es mayor en las áreas rurales y resto urbano que en el AMSS.

El efecto del sexo sobre la demanda se presenta en La Tabla C.2 del Apéndice C. Como se nota, la probabilidad de buscar atención fuera del hogar no varía de modo importante como una función del sexo. Más bien, el sexo aparece tener un efecto importante en la opción del subsector, ya que es más probable que una mujer asista a los establecimientos privados sin fines de lucro que un hombre. Sin embargo, es probable que este inquietante resultado no refleje el comportamiento real por parte de las mujeres en la población, como se muestra en la Tabla B.1 del Apéndice B, ya que no todos los coeficientes asociados con el sexo son estadísticamente importantes.

Tabla V.2
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y
Elección de Proveedor como Función de Accidente, por Región

| Región | Accidente | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | Sí Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | No Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | |
| AMSS | | | | | |
| No atención médica | 78.1% | | 82.5% | | |
| Atención médica | 21.9% | | 17.5% | | |
| Min. de Salud | | 78.4% | | 43.8% | |
| Seguridad Social | | 9.2% | | 5.5% | |
| Privado con fines de lucro | | 9.1% | | 44.9% | |
| Privado sin fines de lucro | | 3.2% | | 5.9% | |
| Otras Areas Urbanas | | | | | |
| No atención médica | 81.1% | | 85.4% | | |
| Atención médica | 18.9% | | 14.6% | | |
| Min. de Salud | | 82.9% | | 49.6% | |
| Seguridad Social | | 8.0% | | 5.1% | |
| Privado con fines de lucro | | 8.3% | | 43.6% | |
| Privado sin fines de lucro | | 0.9% | | 1.8% | |
| Areas Rurales | | | | | |
| No atención médica | 82.7% | | 86.3% | | |
| Atención médica | 17.3% | | 13.7% | | |
| Min. de Salud | | 85.5% | | 47.4% | |
| Seguridad Social | | 3.3% | | 2.0% | |
| Privado con fines de lucro | | 9.9% | | 48.3% | |
| Privado sin fines de lucro | | 1.3% | | 2.4% | |
| SUPUESTOS | | | | | |
| En Cama: no | | MSP | SS | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
| Benef de SS: no | | | | | |
| Edad: 25-44 | Precio | 5 | 0.2 | 76.5 | 11.7 |
| Sexo: masculino | Tiempo de viaje | 56 | 45 | 52 | 44 |
| Educación: 3 años | Tiempo de espera | 162 | 104 | 56 | 94 |
| Ingreso: 6016 colones (anuales) | | | | | |

Tabla V.3
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y
Elección de Proveedor como Función de Condición Beneficiario
de Seguridad Social, por Región

| Región | Condición de Beneficiario de Seguridad Social | | | | |
|------------------------------------|---|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | Sí Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | No Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | |
| AMSS | | | | | |
| No atención médica | 62.8% | | 82.5% | | |
| Atención médica | 37.2% | | 17.5% | | |
| Min. de Salud | | 7.8% | | 43.8% | |
| Seguridad Social | | 83.1% | | 5.5% | |
| Privado con fines de lucro | | 8.0% | | 44.9% | |
| Privado sin fines de lucro | | 1.1% | | 5.9% | |
| Otras Areas Urbanas | | | | | |
| No atención médica | 68.3% | | 85.4% | | |
| Atención médica | 31.7% | | 14.6% | | |
| Min. de Salud | | 9.4% | | 49.6% | |
| Seguridad Social | | 81.9% | | 5.1% | |
| Privado con fines de lucro | | 8.3% | | 43.6% | |
| Privado sin fines de lucro | | 0.3% | | 1.8% | |
| Areas Rurales | | | | | |
| No atención médica | 76.2% | | 86.3% | | |
| Atención médica | 23.8% | | 13.7% | | |
| Min. de Salud | | 18.0% | | 47.4% | |
| Seguridad Social | | 62.8% | | 2.0% | |
| Privado con fines de lucro | | 18.3% | | 48.3% | |
| Privado sin fines de lucro | | 0.9% | | 2.4% | |
| SUPUESTOS | | | | | |
| Accidente: no | | MSP | SS | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
| En cama: no | | | | | |
| Edad: 25-44 | Precio | 5 | 0.2 | 76.5 | 11.7 |
| Sexo: masculino | Tiempo de viaje | 56 | 45 | 52 | 44 |
| Educación: 3 años | Tiempo de espera | 162 | 104 | 56 | 94 |
| Ingreso: 6016 colones (anuales) | | | | | |

F. Educación del Paciente por Región

Estudios previos (e.g. 1989 Bitran...) han mostrado que la educación tiene una influencia positiva en la decisión de buscar atención afuera y en elegir un proveedor privado. La información en La Tabla V. 5 apoya lo último pero no el primer hallazgo en el caso de El Salvador. La Tabla indica que la probabilidad de que una persona busque atención fuera del hogar permanece virtualmente inalterada con cambios en el nivel de educación obtenido. Así, el estudio no revela que el nivel de educación afecte la probabilidad de buscar atención. Sin embargo, con un mayor nivel de educación, sube la preferencia por los proveedores privados, principalmente reduciendo la participación de los establecimientos del MSP. Este resultado se puede interpretar así: la gente más educada puede aprovechar mejor el tratamiento suministrado por los proveedores privados que la gente con menos educación. En términos equivalentes se puede afirmar que las personas más educadas perciben el sector privado como de mejor calidad. Es también importante destacar que los no- beneficiarios del ISSS con más educación tienden a utilizar los establecimientos del ISSS con más frecuencia, posiblemente porque es más fácil para ellos tener acceso a los establecimientos del ISSS aún sin ser beneficiarios.

G. Los Precios del MSP por Región

Para evaluar el efecto de los precios del MSP sobre la demanda, el promedio del gasto total asociado con una visita al MSP ha sido variado entre 0 y 10 colones, y se ha analizado su efecto sobre demanda manteniendo todo lo demás constante (Tabla V. 6). El gasto promedio del paciente de la muestra era de 5 colones o acerca de un US\$ dólar. Los efectos de los precios del MSP son como se esperaba: la gente que enfrenta precios más altos (más bajos) en el MSP tienen una probabilidad más baja (alta) de buscar atención fuera del hogar, y más baja (alta) de escoger servicios del MSP. El primer efecto, una probabilidad más baja o más alta de buscar atención fuera del hogar, es moderado, y esto tiene sentido: la gente siempre tiene la opción de cambiar fuera de (o hacia) los servicios del MSP mientras cambian los precios del MSP.

Los precios más altos del MSP tienen, por lo tanto, poca probabilidad de disuadir mucha gente de buscar atención fuera del hogar, particularmente dada la presencia de un sector privado sin fines de lucro que cobra precios bajos, aún por las normas del MSP.¹¹ En contraste, cambios en los precios del MSP tienen un efecto importante en la opción del subsector mientras el cambio de subsector toma lugar entre los pacientes. Por ejemplo, si se aumenta el precio promedio del MSP de 5 colones a 10 colones, la porción del paciente del MSP en el AMSS bajaría del 45.3% a 38.9% (la parte superior de la tabla). Esto, en combinación con una pequeña baja en la proporción de personas buscando atención fuera del hogar, del 17.2% a 16.5%, resultaría en una reducción neta de pacientes del MSP de 7.79% ($17.2\% \times 45.3\%$) de toda la gente enferma o herida a 6.42% ($16.5\% \times 38.9\%$).

¹¹Por supuesto, este argumento se invalida si aumenta substancialmente el precio del MSP, a un precio promedio del sector privado de 80 colones.

Tabla V.4
Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Elección
de Proveedor como Función de Edad, por Región

| Región | Edad | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | 0-24 | | 25-44 | | 44 y más | |
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor |
| AMSS | | | | | | |
| No atención médica | 83.2% | | 82.5% | | 81.6% | |
| Atención médica | 16.8% | | 17.5% | | 18.4% | |
| Min. de Salud | | 57.3% | | 43.8% | | 41.6% |
| Seguridad Social | | 1.4% | | 5.5% | | 1.7% |
| Privado con fines de lucro | | 34.0% | | 44.9% | | 46.7% |
| Privado sin fines de lucro | | 7.3% | | 5.9% | | 9.9% |
| Otras áreas Urbanas | | | | | | |
| No atención médica | 85.9% | | 85.4% | | 84.8% | |
| Atención médica | 14.1% | | 14.6% | | 15.2% | |
| Min. de Salud | | 64.0% | | 49.6% | | 48.5% |
| Seguridad Social | | 1.3% | | 5.1% | | 1.6% |
| Privado con fines de lucro | | 32.6% | | 43.6% | | 46.8% |
| Privado sin fines de lucro | | 2.2% | | 1.8% | | 3.1% |
| Áreas Rurales | | | | | | |
| No atención médica | 86.7% | | 86.3% | | 85.5% | |
| Atención médica | 13.3% | | 13.7% | | 14.5% | |
| Min. de Salud | | 60.7% | | 47.4% | | 45.0% |
| Seguridad Social | | 0.5% | | 2.0% | | 0.6% |
| Privado con fines de lucro | | 35.9% | | 48.3% | | 50.3% |
| Privado sin fines de lucro | | 2.9% | | 2.4% | | 4.0% |
| SUPUESTOS | | | | | | |
| | | | MSP | SS | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
| Accidente: no | | | | | | |
| Benef. de SS: no | | | | | | |
| En Cama: no | | Precio | 5 | 0.2 | 76.5 | 11.7 |
| Sexo: masculino | | Tiempo de viaje | 56 | 45 | 52 | 44 |
| Educación: 3 años | | Tiempo de espera | 162 | 104 | 56 | 94 |
| Ingreso: 6016 colones (anuales) | | | | | | |

Tabla V.5

Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y de Proveedor como Función de Educación, por Región

| Región | 1 año | | Educación 3 años | | 6 años | | 9 años | |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor |
| SSMA | | | | | | | | |
| No atención medica | 82.9% | | 82.5% | | 81.8% | | 81.0% | |
| Atención medica | 17.1% | | 17.5% | | 18.2% | | 19.0% | |
| Min. de Salud | | 47.6% | | 43.8% | | 38.7% | | 33.0% |
| Seguridad Social | | 4.7% | | 5.5% | | 6.7% | | 8.2% |
| Privado con fines de lucro | | 42.3% | | 44.9% | | 48.5% | | 51.7% |
| Privado sin fines de lucro | | 5.4% | | 5.9% | | 6.5% | | 7.1% |
| Otras Areas Urbanas | | | | | | | | |
| No atención medica | 85.7% | | 85.4% | | 84.8% | | 84.2% | |
| Atención medica | 14.3% | | 14.6% | | 15.2% | | 15.8% | |
| Min. de Salud | | 53.3% | | 49.6% | | 43.9% | | 38.4% |
| Seguridad Social | | 4.4% | | 5.1% | | 6.3% | | 7.8% |
| Privado con fines de lucro | | 40.7% | | 43.6% | | 47.8% | | 51.6% |
| Privado sin fines de lucro | | 1.6% | | 1.8% | | 2.0% | | 2.2% |
| Areas Rurales | | | | | | | | |
| No atención medica | 86.6% | | 86.3% | | 85.8% | | 85.2% | |
| Atención medica | 13.4% | | 13.7% | | 14.2% | | 14.8% | |
| Min. de Salud | | 51.0% | | 47.4% | | 42.0% | | 36.7% |
| Seguridad Social | | 1.7% | | 2.0% | | 2.4% | | 3.0% |
| Privado con fines de lucro | | 45.1% | | 48.3% | | 52.9% | | 57.3% |
| Privado sin fines de lucro | | 2.2% | | 2.4% | | 2.7% | | 2.0% |

SUPUESTOS

| | | | | | |
|----------------------------------|------------------|-----|-----|--------------------------|--------------------------|
| En Cama : no | | MSP | SS | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
| Accidente: no | | 5 | 0.2 | 76.5 | 11.7 |
| SS Benef.: no | Precio | 56 | 45 | 52 | 44 |
| Edad : 25-44 | Tiempo de viaje | 162 | 104 | 56 | 94 |
| Sexo : Masculino | Tiempo de espera | | | | |
| Ingreso : 6016 colones (anuales) | | | | | |

Es interesante explorar las consecuencias financieras de una medida como el aumento de precio del ejemplo anterior. Un cálculo rápido sugiere que, si todos los pacientes eran iguales al caracterizado en la Tabla V.6, el aumento en precio de 5 colones reduciría el uso de los establecimientos del MSP pero aumentaría la ganancia del MSP por 6.85 colones $([7.79 - 6.42] \times 5)$ por cada 100 personas enfermas o heridas, o por una cantidad anual de 3,918,000 colones (US\$ 7844,0000), en todo el país, basado en una cifra de prevalencia de enfermedad de 53% (ver el Capítulo IV, Sección A).¹² Un aumento del precio en los establecimientos del MSP no acompañado por mejoras en calidad y/o acceso puede ser una opción políticamente no viable aunque ciertamente ayuda a mejorar la situación financiera del MSP. Este tema se trata más a fondo en el Capítulo VI.

H. Precio de los Establecimientos Privados Con Fines de Lucro, por Región

Cambios en el precio de los establecimientos privados con fines de lucro tendrían efectos en términos de la dirección de la respuesta de los consumidores, en el nivel de uso e ingresos del sector privado análogos a los que el cambio en el precio del MSP provocaría en los establecimientos del MSP. La Tabla V. 7 ilustra el efecto de los cambios del precio en el sector privado con fines de lucro sobre la demanda por atención de salud. La primera columna de la tabla, con un precio de cero, refleja la situación de aquellas personas aseguradas que no tienen que hacer un pago al recibir atención privada. Como se presenta en la tabla, alrededor de un tercio de toda la gente en esta categoría buscaría atención si tuviera un problema de salud y la mayoría, cerca del 94%, escogerían establecimientos privados con fines de lucro. Estos resultados son muy similares a través de las tres áreas geográficas, como se puede ver al leer las primeras dos columnas de la tabla.

La gran mayoría de la población del país no tiene seguro de salud privado. El gasto promedio por paciente en los establecimientos privados con fines de lucro asociado con una visita fue de aproximadamente 77 colones, o cerca de US\$ 15. En relación a la gente completamente asegurada, las personas que enfrentan ese nivel de precio tienen una probabilidad igual a la mitad, de aquellos asegurados completamente, de buscar atención del sector privado con fines de lucro. En contraste a los resultados obtenidos del estudio en Santo Domingo, República Dominicana, la gente Salvadoreña aparece ser mucho más sensible a los precios, o, en términos técnicos, tienen elasticidades de precio de demanda más altas dentro de los rangos del precio de mercado observados. Se exploran las consecuencias políticas de este hallazgo más adelante y en el Capítulo VI.

¹²Por supuesto, no todas las personas con un problema de salud son como la caracterizada en la Tabla V.6 (ver la caracterización en la parte inferior de la tabla). Para obtener un cálculo más preciso, sería necesario reflejar la composición socioeconómica y demográfica de la población en el ejercicio. Sin embargo, para propósitos ilustrativos, la aproximación es aceptable.

Tabla V.6
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y Elección de Proveedor
como Función de Precio del Establecimiento del MSP

| Región | Precio de Establecimiento del MSP (colones, abril 1989) | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| | 0 | | 2.5 | | 5 (*) | | 7.5 | | 10 | |
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor |
| AMSS | | | | | | | | | | |
| No atención médica | 81.9% | | 82.3% | | 82.8% | | 83.2% | | 83.5% | |
| Atención médica Min. de Salud | 18.1% | 52.2% | 17.7% | 48.7% | 17.2% | 45.3% | 16.8% | 42.1% | 16.5% | 38.9% |
| Seguridad Social Privado con fines de lucro | | 5.0% | | 5.3% | | 5.7% | | 6.0% | | 6.4% |
| Privado sin fines de lucro | | 37.5% | | 40.3% | | 42.9% | | 45.5% | | 48.0% |
| | | 5.3% | | 5.7% | | 6.0% | | 6.4% | | 6.7% |
| Otras Areas Urbanas | | | | | | | | | | |
| No atención médica | 84.7% | | 86.1% | | 86.5% | | 86.9% | | 87.2% | |
| Atención méd. Min. de Salud | 14.3% | 58.1% | 13.9% | 54.7% | 13.5% | 51.3% | 13.1% | 47.9% | 12.8% | 44.7% |
| SS Priv. con fines de lucro | | 4.5% | | 4.9% | | 5.3% | | 5.6% | | 6.0% |
| Priv. sin fines de lucro | | 35.8% | | 38.8% | | 41.6% | | 44.5% | | 47.3% |
| | | 1.6% | | 1.7% | | 1.8% | | 4.9% | | 2.1% |
| Areas Rurales | | | | | | | | | | |
| No atención médica | 85.7% | | 86.1% | | 86.5% | | 86.9% | | 87.2% | |
| Atención méd. Min. de Salud | 14.3% | 56.0% | 13.9% | 52.6% | 13.5% | 49.2% | 13.1% | 45.9% | 12.8% | 42.9% |
| SS Priv. con fines de lucro | | 1.8% | | 1.9% | | 2.0% | | 2.2% | | 2.3% |
| Priv. sin fines de lucro | | 40.1% | | 43.2% | | 46.3% | | 49.4% | | 52.3% |
| | | 2.1% | | 2.3% | | 2.5% | | 2.6% | | 2.8% |

SUPUESTOS

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|------------------|--|----------|-----|-----------|-----------|--|--|
| Cama/Inter: no | | | | | | | | | | |
| Accidente : no | | | | | | | | | | |
| SS Benef. : no | | | | | | | | | | |
| Edad : 25-44 | | | | | | | | | | |
| Sexo : masculino | | | | | | | | | | |
| Educación : 3 años | | | | | | | | | | |
| Ingreso : 2876 colones (anuales) | | | | | | | | | | |
| (*) = Promedio de la muestra total | | | | | | | | | | |
| | | | Precio | | MSP | SS | Priv. con | Priv. sin | | |
| | | | Tiempo de viaje | | ver tab. | 0.2 | fines de | fines de | | |
| | | | Tiempo de espera | | 56 | 45 | lucro | lucro | | |
| | | | | | 162 | 104 | 76.5 | 11.7 | | |
| | | | | | | | 52 | 44 | | |
| | | | | | | | 56 | 94 | | |

Tabla V.7
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y Elección de Proveedor
como Función de Precio del Establecimiento Privado
con Fines de Lucro, por Región

Precio del Establecimiento con Fines de Lucro (colones de abril de 1989)

| | 0 | 38 | 77 (*) | 115 | | |
|----------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------|
| | Decisión de Buscar Atención | Elección de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Elección de Proveedor | Decisión de Buscar Aten. | Elec. de Proveed. |
| AMSS | | | | | | |
| No atención médica | 63.0% | | 77.7% | | 82.8% | 84.1% |
| Atención médica | 37.0% | | 22.3% | | 17.2% | 15.9% |
| Min. de Salud | | 4.9% | | 23.2% | 45.6% | 55.2% |
| Seguridad Social | | 0.6% | | 2.9% | 5.7% | 6.9% |
| Privado con fines de lucro | | 93.8% | | 71.2% | | 42.6% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.7% | | 3.1% | 6.1% | 7.3% |
| Otras Areas Urbanas | | | | | | |
| No atención médica | 68.1% | | 81.3% | | 85.6% | 86.7% |
| Atención médica | 31.9% | | 10.7% | | 14.4% | 13.3% |
| Min. de Salud | | 5.7% | | 26.2% | 51.5% | 62.0% |
| Seguridad Social | | 0.6% | | 2.7% | 5.3% | 6.4% |
| Privado con fines de lucro | | 93.5% | | 70.1% | 41.4% | 29.4% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.2% | | 0.9% | 1.8% | 2.2% |
| Areas Rurales | | | | | | |
| No atención médica | 68.7% | | 82.1% | | 86.6% | 87.7% |
| Atención médica | 31.3% | | 17.9% | | 13.4% | 12.3% |
| Min. de Salud | | 5.0% | | 23.9% | 49.4% | 60.9% |
| Seguridad Social | | 0.2% | | 1.0% | 2.0% | 2.5% |
| Privado con fines de lucro | | 94.6% | | 74.0% | 46.0% | 33.5% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.2% | | 1.2% | 2.5% | 3.0% |

SUPUESTOS

Ingreso : 2876 colones (anuales)
En cama : no
Accidente : no
SS : no
Edad : 25-44
Sexo : Masculino
Educación : 3 años

| | | | | |
|------------------|-----|-----|-----------------------------|-----------------------------|
| | MSP | SS | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
| Precio | 5 | 0.2 | ver tabla | 11.7 |
| Tiempo de viaje | 56 | 45 | 52 | 44 |
| Tiempo de espera | 162 | 104 | 56 | 94 |

(*) promedio de la muestra

I. Precio del MSP y Nivel de Ingreso del Paciente

La respuesta de la población al precio de atención tienden a variar con su ingreso. Por ejemplo, un gasto anticipado de 77 colones en un establecimiento privado será, todo lo demás constante, una fuerza disuasiva de demanda más importante para una persona cuyo ingreso mensual familiar es de 100 colones que para alguien con un ingreso de 10,000 colones. Esto se debe a lo siguiente: al pagar los 77 colones, la persona pobre tiene que renunciar mucha más utilidad (ver el Capítulo III) que la persona rica, con un sacrificio de consumo de otros bienes y servicios con un valor de 77 colones. Puede que la persona pobre no tenga con que comprar la comida necesaria que le llevaría a un nivel más alto de utilidad; la persona más pudiente, en cambio, tendrá que renunciar a consumo menos indispensable y que también le traería menos utilidad.

La Tabla V.8 ilustra como los cambios de precio en el MSP afectarían la demanda en los distintos grupos de ingreso. Si se lee la tabla verticalmente, se nota que con el aumento del ingreso de una persona, también aumenta la probabilidad de buscar atención y de escoger un proveedor privado. Se debe recordar al lector que este hallazgo no viene del hecho de que las personas con mayor ingreso tienen más probabilidad de tener seguros, ya que se presume que, aparte del precio del MSP y el ingreso de la persona, se tiene todo lo demás constante en el análisis de la Tabla V.8. Puede que las personas de mayor ingreso tengan una probabilidad más alta de buscar atención porque tienen más información sobre los beneficios de atención de salud. También es probable que la gente más pudiente pueda aprovechar mejor de la atención proporcionada por los doctores privados para mejorar su salud. Finalmente, como se ha discutido antes, las personas con un nivel más alto de ingreso tendrán una capacidad mayor de pagar por la atención recibida a cualquier nivel de precio. Por ejemplo, al precio promedio de la muestra del MSP de 5 colones, una familia que pertenece al quintil más bajo del ingreso buscara atención en el 17.1% de los casos. En contraste, la probabilidad equivalente para una persona cuya familia pertenece al quintil más alto de ingreso es 19.2%. Dado el tamaño de la muestra de la encuesta, puede que esta pequeña diferencia en la probabilidad no resulte estadísticamente importante.

Aunque las diferencias en la probabilidad de buscar atención fuera del hogar son pequeñas entre grupos de ingreso, diferencias más importantes existen en la opción del subsector, como se muestra en la tabla. Relativo al más pobre, la gente de ingreso más alto muestra una preferencia por los proveedores privados reduciendo la participación de los establecimientos del MSP. Por ejemplo, al mismo precio de 5 colones, la gente del quintil más bajo buscando atención escogerán los establecimientos del MSP en el 46.2% de los casos y los proveedores privados en el 41.9% de las instancias. Las cifras comparables para las personas en el grupo de mayor ingreso son 35.3% para los proveedores del MSP y 55.5% para los establecimientos privados.

J. Precio de los Establecimientos Privados y Nivel de Ingreso de Pacientes

La Tabla V. 9 muestra como los precios del sector privado afectan la demanda a través de los grupos de ingreso. Este análisis es similar al proveído en La Tabla V. 8 en el caso de los precios del MSP. Los hallazgos que surgen de la Tabla V. 9 de la atención del sector privado son homólogos a aquellos derivados en la Tabla V.8 de los precios del MSP. Primero, a cualquier nivel de precio, las personas más pobres tienen una probabilidad menor de buscar atención fuera del hogar que los más afluentes. Segundo, aquellos que pertenecen a grupos de ingreso más bajo tienen una probabilidad menor de ir a los establecimientos privados que aquellos con mayor ingreso. Se debe notar sin embargo, que si tanto el pobre como el rico estuvieran asegurados completamente en el sector privado (i.e., si todos enfrentaron un precio de cero, como se presenta en las primeras dos columnas de La Tabla V. 9), no sugería virtualmente ninguna diferencia en el comportamiento de buscar atención de salud entre el pobre y el rico: aproximadamente el 37% de aquellos enfermos o heridos buscarían atención y cerca del 94% de aquellos que buscan atención irían a proveedores privados.

K. Condición del Beneficiario de Seguridad Social y Nivel de Ingreso de Pacientes

La Tabla V. 3 muestra como la condición de beneficiario del paciente afecta su decisión de buscar atención y de escoger un subsector. Se mostró que los beneficiarios del ISSS que viven en el AMSS y otras áreas urbanas tenían una probabilidad doble que la de los no-beneficiarios de buscar atención fuera del hogar y una probabilidad de más del 80% de ir a los establecimientos del ISSS a buscar atención, comparado con cerca del 5% para los no-beneficiarios. Se observó contrastes grandes, aunque no tan dramáticos en el comportamiento de buscar atención de salud entre beneficiarios y no beneficiarios en las áreas rurales.

La Tabla V. 10 muestra como el comportamiento entre estos dos grupos de personas difiere según el grupo de ingreso. El resultado principal de las tablas es que los beneficiarios del ISSS que son de mayor ingreso tienen más probabilidad de buscar atención fuera del hogar y también menos probabilidad de escoger los establecimientos del ISSS. Por ejemplo, la tabla muestra que los beneficiarios que pertenezcan al quintil de ingreso más bajo tienen una probabilidad de 37.1% de buscar atención fuera del hogar y del 84.0% de ir a un establecimiento del ISSS. Las cifras correspondientes para los beneficiarios en el quintil de mayor ingreso son del 37.7% y 79.1%, respectivamente.

L. Tiempo de Viaje al Establecimiento, por Región

El tiempo de viaje, como se esperaba, tiene un efecto negativo en la probabilidad de buscar atención y de elegir un subsector, como se muestra en La Tabla V.11 en el caso del MSP. Por ejemplo, la tabla muestra que las personas con un establecimiento del MSP al lado de su casa (tiempo de viaje de cero minutos en la tabla) tienen una probabilidad de buscar atención de 19.2%

Tabla V.9
Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y Elección de Proveedor
como Función del Precio del Establecimiento Privado y el Ingreso Anual
en la Vivienda (Area Metropolitana de San Salvador)

| Quintil de Ingreso Familiar Anual (colones de abril 1989) | Precio del Establecimiento con Fines de Lucro | | | | | | | |
|---|---|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| | 0 | 38 | | 77 (*) | | 115 | | |
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor |
| I: 0-2876 Colones | | | | | | | | |
| No atención médica | 63.0% | | 77.9% | | 83.0% | | 84.2% | |
| Atención médica | 37.0% | | 22.1% | | 17.0% | | 15.8% | |
| Min. de Salud | | 4.9% | | 23.2% | | 46.4% | | 56.3% |
| Seguridad Social | | 0.6% | | 2.9% | | 5.8% | | 7.1% |
| Privado con fines de lucro | | 93.8% | | 70.8% | | 41.6% | | 29.1% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.6% | | 3.1% | | 6.2% | | 7.5% |
| III: 5181-7800 Colones | | | | | | | | |
| No atención médica | 62.9% | | 77.5% | | 82.5% | | 83.8% | |
| Atención médica | 37.1% | | 22.5% | | 17.5% | | 16.2% | |
| Min. de Salud | | 4.9% | | 22.2% | | 43.9% | | 53.0% |
| Seguridad Social | | 0.6% | | 2.8% | | 5.5% | | 6.6% |
| Privado con fines de lucro | | 93.8% | | 72.0% | | 44.7% | | 33.3% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.7% | | 3.0% | | 5.9% | | 7.1% |
| V: 14801-176400 Colones | | | | | | | | |
| No atención médica | 62.9% | | 76.0% | | 80.8% | | 81.8% | |
| Atención médica | 37.1% | | 24.0% | | 19.2% | | 18.2% | |
| Min. de Salud | | 5.1% | | 19.2% | | 35.4% | | 40.5% |
| Seguridad Social | | 0.6% | | 2.3% | | 4.3% | | 4.9% |
| Privado con fines de lucro | | 93.6% | | 75.8% | | 55.4% | | 49.0% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.7% | | 2.7% | | 4.9% | | 5.7% |

SUPUESTOS

En cama : no
Accidente: no
SS Benef.: no
Edad : 25-44
Sexo : Masculino
Educación: 3 años
Region : AMSS

| | | | | |
|------------------|-----|-----|--------------------------|--------------------------|
| | MSP | SS | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
| Precio | 5 | 0.2 | ver tab. | 11.7 |
| Tiempo de viaje | 56 | 45 | 52 | 44 |
| Tiempo de espera | 162 | 104 | 56 | 94 |

(*) = Promedio de la muestra total

y una probabilidad de 56.0% de escoger el MSP. En contraste, aquellos que tienen que viajar 112 minutos para llegar al establecimiento del MSP más cercano buscarían atención con menor frecuencia (16.3%) pero también sería menos probable que escogieran un establecimiento del MSP. Este efecto es similar a través de las regiones como se muestra en la tabla. Se observan efectos equivalentes al variar el tiempo de viaje a los proveedores privados y a los establecimientos del ISSS, como se muestra en Las Tablas C.3 y C.4 del Apéndice C.

M. Las Diferenciales de Calidad Percibidas Implícitas, por Región

La Tabla V.12 muestra como sería la demanda por atención de salud si los cuatro subsectores tuvieran el mismo precio, tiempo de espera, y tiempo de viaje que el del subsector del MSP y si toda la gente fuera beneficiaria del ISSS. Como se ve en la tabla, la demanda por servicios de subsector no sería la misma. La razón principal de las grandes diferencias observadas en el subsector es el hecho de que la percepción de las personas de la calidad de atención varía entre los subsectores. En particular, se percibe el subsector privado con fines de lucro de mejor calidad que cualquier otro subsector mientras la atención recibida del MSP se percibe de baja calidad. Entre aquellos dos está el ISSS, aunque en las áreas rurales se le percibe de peor calidad relativo a la percepción en las áreas urbana y otra urbana. La tabla también muestra que relativo a los hombres, las mujeres perciben los establecimientos del ISSS de mejor calidad reduciendo la participación de los proveedores con fines de lucro.

N. Las Diferencias Regionales en Demanda

Varias tablas en este capítulo mostraron el uso efectivo de la atención de salud en las áreas urbanas, otras urbanas, y rurales. En todas las tablas, la demanda, i.e. la probabilidad de buscar atención fuera del hogar y la probabilidad de elegir un subsector particular, varía a través de las regiones. En particular, los residentes urbanos tenían una probabilidad más alta de buscar atención fuera del hogar y eran más probables que fueran al ISSS o a proveedores privados que los de las regiones otras urbanas o rurales. Las personas de las áreas rurales tenían la probabilidad más baja de buscar atención o escoger los proveedores privados o los del ISSS. El análisis presentado aquí sugiere que estas diferencias en demanda se pueden atribuir al hecho que, relativo a gente en las áreas otra urbana o urbana, los moradores rurales (a) tienen el nivel promedio de educación más bajo; (b) tienen que viajar más distancia para llegar a los establecimientos privados; (c) tienen ingresos más bajos; (d) perciben los establecimientos del ISSS de calidad baja; y (e) perciben los establecimientos del MSP de calidad ligeramente mejor.

Tabla V.10
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y Elección de
Proveedor como Función de Condición de Beneficiario de Seguridad Social
Ingreso Anual en la Vivienda (Area Metropolitana de San Salvador)

| Quintil de Ingreso Familiar Anual (colones de 4/89) | Beneficiario del Seguro Social | | | |
|---|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------|
| | Sí | | No | |
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor |
| ----- | | | | |
| I: 0-2876 Colones | | | | |
| No atención médica | 62.9% | | 82.9% | |
| Atención médica | 37.1% | | 17.1% | |
| Min. de Salud | | 7.9% | | 46.2% |
| Seguridad Social | | 84.0% | | 5.8% |
| Privado con fines de lucro | | 7.1% | | |
| Privado sin fines de lucro | | 1.0% | | 6.1% |
| III: 5181-7800 Colones | | | | |
| No atención médica | 62.8% | | 82.5% | |
| Atención médica | 37.2% | | 17.5% | |
| Min. de Salud | | 7.8% | | 43.7% |
| Seguridad Social | | 83.0% | | 5.5% |
| Privado con fines de lucro | | 8.1% | | 45.0% |
| Privado sin fines de lucro | | 1.1% | | 5.9% |
| V: 14801-176400 Colones | | | | |
| No atención médica | 62.3% | | 80.8% | |
| Atención médica | 37.7% | | 19.2% | |
| Min. de Salud | | 7.7% | | 35.3% |
| Seguridad Social | | 79.1% | | 4.3% |
| Privado con fines de lucro | | 12.1% | | 55.5% |
| Privado sin fines de lucro | | 1.1% | | 4.9% |
| ----- | | | | |
| SUPUESTOS | | | | |
| En cama: no | | | Priv. con | Priv. |
| Accidente: no | | | fines de | fines de |
| Benef. de SS: | | | lucro | lucro |
| Edad 25-44 | Precio | MSP | SS | |
| Sexo: masculino | Tiempo de | 5 | 0.2 | 76.5 |
| Educación: 3 años | viaje | 56 | 45 | 52 |
| Región: AMSS | Tiempo de | 162 | 104 | 56 |
| | espera | | | 94 |

Tabla V.11
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y Elección de Proveedor
como Funcion de Tiempo de Viaje al Establecimiento del MSP, por Región

| | Tiempo de Viaje (en minutos) | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| | 0 | | 28 | | 56 (*) | | 84 | | 112 | |
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Prov. |
| AMSS | | | | | | | | | | |
| No atención | | | | | | | | | | |
| médica | 80.4% | | 81.7% | | 82.5% | | 83.2% | | 83.7% | |
| Atención médica | 19.2% | | 18.3% | | 17.5% | | 16.8% | | 16.3% | |
| Min. de Salud | | 56.0% | | 49.9% | | 43.8% | | 37.9% | | 32.3% |
| Seguridad | | | | | | | | | | |
| Social | | 4.3% | | 4.9% | | 5.5% | | 6.0% | | 6.6% |
| Privado con | | | | | | | | | | |
| fines de lucro | | 35.2% | | 40.0% | | 44.9% | | 49.6% | | 54.0% |
| Privado sin | | | | | | | | | | |
| fines de lucro | | 4.6% | | 5.2% | | 5.9% | | 6.5% | | 7.1% |
| Otras Areas | | | | | | | | | | |
| Urbanas | | | | | | | | | | |
| No atención | 83.7% | | 84.6% | | 85.4% | | 86.0% | | 86.6% | |
| médica | | | | | | | | | | |
| Atención méd. | 16.3% | | 15.4% | | 14.6% | | 14.0% | | 13.4% | |
| Min. de Salud | | 61.6% | | 55.7% | | 49.6% | | 43.5% | | 37.6% |
| SS | | 3.9% | | 4.5% | | 5.1% | | 5.7% | | 6.3% |
| Priv. con | | | | | | | | | | |
| fines de lucro | | 33.2% | | 38.3% | | 43.6% | | 48.8% | | 53.9% |
| Priv. sin | | | | | | | | | | |
| fines de lucro | | 1.3% | | 1.5% | | 1.8% | | 2.0% | | 2.2% |
| Areas Rurales | | | | | | | | | | |
| No atención | | | | | | | | | | |
| médica | 84.8% | | 85.6% | | 86.2% | | 86.9% | | 87.4% | |
| Atención méd. | 15.2% | | 14.4% | | 13.7% | | 13.1% | | 12.6% | |
| Min. de Salud | | 59.5% | | 53.5% | | 47.4% | | 41.3% | | 35.6% |
| SS | | 1.5% | | 1.7% | | 2.0% | | 2.2% | | 2.4% |
| Priv. con | | 37.2% | | 42.7% | | 48.3% | | 53.8% | | 59.1% |
| fines de lucro | | | | | | | | | | |
| Priv. sin | | 1.8% | | 2.1% | | 2.4% | | 2.7% | | 2.9% |
| fines de lucro | | | | | | | | | | |

Cama/Inter: no

Accidente : no

SS Benef. : no

Edad : 25-44

Sexo : masculino

Educación : 3 años

Ingreso : 6016 colones (anuales)

(*) = Promedio de la muestra total

SUPUESTOS

| | | |
|------------------|----------|-----|
| Precio | MOH | SS |
| Tiempo de viaje | 5 | 0.2 |
| Tiempo de espera | ver tab. | 15 |
| | 162 | 104 |

| | |
|-----------|-----------|
| Priv. con | Priv. sin |
| fines de | fines de |
| lucro | lucro |
| 76.5 | 11.7 |
| 52 | 44 |
| 56 | 94 |

Tabla V.12
Decisión de Buscar Atención Médica Ambulatoria y de Elección
de Proveedor cuando Precio, Tiempo de Viaje, y Tiempo de Espera
son Iguales en los Subsectores, por Sexo y por Región

| Región | Sexo | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | Masculino | | Femenino | |
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor |
| AMSS | | | | |
| No atención médica | 49.3% | | 47.0% | |
| Atención médica | 50.7% | | 53.0% | |
| Min. de Salud | | 2.42% | | 2.51% |
| Seguridad Social | | 26.80% | | 36.41% |
| Privado con fines de lucro | | 70.32% | | 60.19% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.46% | | 0.89% |
| Otras areas Urbanas | | | | |
| No atención médica | 55.1% | | 52.9% | |
| Atención médica | 44.9% | | 47.1% | |
| Min. de Salud | | 2.86% | | 2.98% |
| Seguridad Social | | 25.88% | | 35.43% |
| Privado con fines de lucro | | 71.12% | | 61.31% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.14% | | 0.28% |
| Areas Rurales | | | | |
| No atención médica | 58.0% | | 56.7% | |
| Atención médica | 42.0% | | 43.3% | |
| Min. de Salud | | 2.98% | | 3.36% |
| Seguridad Social | | 10.85% | | 16.06% |
| Privado con fines de lucro | | 85.96% | | 80.13% |
| Privado sin fines de lucro | | 0.21% | | 0.45% |
| SUPUESTOS | | | | |
| En cama: no | | | Priv. con fines de lucro | Priv. sin finesde lucro |
| Accidente: no | | MSP | SS | |
| Benef de SS: sí | | | | |
| Edad: 25-44 | Precio | 5 | 5 | 5 |
| Sexo: ver tabla | Tiempo de | 56 | 56 | 56 |
| Educación: 3 años | viaje | | | |
| Ingreso: 7800 colones | Tiempo de | 162 | 162 | 162 |
| (anuales) | espera | | | |

VI. IMPLICACIONES DE POLITICA

El Capítulo IV, presentó una descripción de los patrones de uso de la atención de salud en El Salvador. Uno de los hallazgos principales fue que, a pesar de la presencia de los establecimientos del MSP que proveen servicios de salud a precios relativamente bajos, una proporción importante de la población sin seguros optó por usar el sector privado con fines de lucro, y así incurrieron gastos de tratamiento relativamente altos. En San Salvador, el 58% del uso total tuvo lugar en los establecimientos privados mientras solamente el 26% ocurrió en los establecimientos del MSP. En otras áreas urbanas, el sector privado y el MSP capturaron porciones similares del uso total, con cerca del 43% del mercado cada uno. Finalmente, en las áreas rurales, los proveedores del MSP dieron cuenta de la mayor participación en el mercado, con el 58% del uso total, aunque el sector privado jugó un papel mayor con cerca del 43% de los pacientes.

Algunos se preguntaran por que el MSP no capta una mayor parte de todos los pacientes, particularmente viendo que el precio del servicio del MSP es, en promedio, menos que un décimo del precio de los servicios del sector privado. Este documento ha demostrado que, para entender la demanda del consumidor por atención de salud, uno tiene que recordar que el precio es solamente uno entre varios factores que influyen la demanda. Así, los precios del MSP no se traducen necesariamente en una demanda más alta para los servicios del MSP. Otros factores distintos del precio, como la percepción de calidad del consumidor, son cruciales en explicar las preferencias del consumidor.

El Capítulo V mostró que otras variables además del precio, como edad, educación, y el tipo de problema de salud, afectan la demanda individual de modo importante. En particular, se mostró que las percepciones de los consumidores en cuanto a la calidad de la atención de salud varía ampliamente entre subsectores y tuvo un efecto importante sobre demanda. Por ejemplo, el análisis reveló que, si todos los subsectores tuvieran el mismo precio, tiempo de viaje, y tiempo de espera que el subsector del MSP y si cada persona en el AMSS tuviera acceso a los servicios del ISSS, más del 60% de la gente en el AMSS escogería el sector privado, cerca del 36% iría a establecimientos del ISSS, y solamente alrededor del 3% iría a los proveedores del MSP. Esto implica que la población percibe de muy buena calidad los servicios ofrecidos por el sector privado, los del MSP de baja calidad, y los establecimientos del ISSS de calidad intermedia.

El análisis del Capítulo V también reveló que el precio de atención de salud jugó un papel importante como determinante de demanda. Por ejemplo, el análisis mostró que aquellos con cobertura completa de seguro privado tienen más probabilidad de buscar atención fuera del hogar y de escoger proveedores privados que aquellos sin seguros. Finalmente, se mostró también que el precio tuvo un efecto de diferente magnitud según el nivel de ingreso del individuo, con la demanda de las personas de bajos ingresos más afectada por variaciones en precio que la gente más pudiente.

A la luz de los hallazgos anteriores, el resto de este capítulo final discute algunas de las consecuencias de política del estudio. La discusión se centra en las siguientes opciones de política: (a) el mejoramiento de la calidad de servicios del MSP; (b) el cambio de los precios del MSP; (c) una expansión del papel del sector privado; y (d) una expansión de la cobertura del ISSS y mejoramiento de la calidad de servicio del ISSS.

A. Mejoramiento de la Calidad de Servicios del MSP

Los gobiernos de la mayoría de los países en desarrollo han adoptado la política de organizar y ofrecer servicios baratos de atención de salud a través de una red nacional de establecimientos de salud. Vendiendo servicios a precios bajos (relativo a costo), los gobiernos expresan su creencia que el precio es un determinante importante de demanda y que los precios bajos resultan en una demanda alta para los servicios del gobierno. Varios estudios de demanda por la atención de salud, incluso el presente, han mostrado que los precios de los servicios de salud sin duda tienen un efecto importante sobre la demanda. Sin embargo, este y otros estudios también han mostrado que la población tiende a percibir los servicios del gobierno de baja calidad cuando se les compara con los servicios de los proveedores privados. En tales casos, los precios bajos no se traducen en aumentos importantes en la demanda por los servicios del gobierno. Si el gobierno Salvadoreño desea aumentar el volumen de servicio en los establecimientos del MSP, tendría que mejorar la calidad de su servicio.

Mientras este estudio ha mostrado que los servicios del MSP se perciben de baja calidad, no se ha identificado exactamente que características distintivas de sus servicios son responsables de tal percepción por parte de los consumidores. No obstante, es probable que los factores que intervienen en la valoración de la calidad incluyan la disponibilidad de medicamentos en los establecimientos del MSP, la actitud del equipo técnico, y las condiciones generales de la atención. Conducir estudios de calidad de la atención de salud puede ayudar a entender mejor el comportamiento del consumidor y permitir a los oficiales del MSP mejorar la calidad.

Los estudios de calidad de los servicios de salud deberían intentar entender el proceso por el cual el consumidor evalúa la calidad y deberían evitar el ejercicio de intentar evaluar la calidad solo desde la perspectiva de los proveedores del MSP. Las percepciones de calidad de los consumidores son lo más importante ya que las decisiones del consumo son tomadas por los consumidores, no por los proveedores.

B. Cambio de los Precios del MSP

Muchos estudios de demanda por atención de salud han recomendado la adopción de tarifas más altas en los establecimientos del gobierno, con el argumento de que se puede usar el aumento en ingresos para mejorar la calidad

del servicio.¹³ Tal recomendación no está siempre garantizada. Aunque precios más altos en el MSP pueden resultar en un ingreso más alto, es discutible que un aumento de precio automáticamente se traduzca en mejor calidad. En realidad, los establecimientos del gobierno operan frecuentemente de un modo ineficiente por varias razones, incluso la falta de motivación del empleado y el control inadecuado del funcionamiento. Así, tarifas más altas para los usuarios podrían ser fácilmente absorbidas por las ineficiencias del sistema sin traer ninguna mejora en la calidad del servicio. Una conclusión de la discusión precedente es que las medidas para mejorar la administración de los establecimientos del gobierno tienen que acompañar si no preceder, a las medidas de subir los precios del gobierno si, en realidad, se considera esencial el aumento de precios. Además, políticas claras para mejoras de calidad, que proceden de los estudios de las percepciones de calidad del consumidor, deberían estar delineadas antes de implementar una política de aumentar los precios del MSP.

Si se necesita un ingreso neto más alto del MSP para ayudar a financiar las medidas de mejora de calidad, el gobierno de El Salvador tendrá que tomar decisiones acerca de los sistemas del precio que se deben adoptar. Para definir una política del precio se necesita, entre otras cosas, determinar los niveles del precio para distintos servicios y decidir si las tarifas se deben variar de acuerdo con características del paciente, como el ingreso, a fin de tomar en cuenta las consideraciones de equidad. Se tiene que tomar decisiones también sobre los mecanismos usados para la recolección y el gasto de los honorarios, y en particular sobre la decisión de la autoridad del establecimiento de retener y gastar todo o una parte de los ingresos.

Mientras varios estudios de demanda por atención de salud han recomendado aumentos de precio en los establecimientos del gobierno, pocos han recomendado reducciones del precio del gobierno. Este estudio ha mostrado que, todo lo demás constante, una reducción de precio en los establecimientos del MSP se traduciría en una demanda mayor por los servicios del MSP. Así, algunos lectores que les gustaría promover el mayor uso de los servicios del MSP pueden tentarse con la propuesta de disminuir los precios del MSP. Tal medida, sin embargo, no es recomendada por las siguientes razones. Primero, mientras que los precios bajos pueden resultar en una demanda mayor, el aumento en demanda sería muy modesto, como se muestra en Las Tablas V.6 y V.8. Segundo, el aumento en demanda no sería suficiente para compensar la reducción del precio y, así, la ganancia del MSP bajaría. Esto no resolvería el problema principal que es el de atención de baja calidad del MSP.

C. Expansión del Papel del Sector Privado

Este estudio muestra que la gente de El Salvador tiene una preferencia fuerte por los servicios del sector privado. Tal preferencia se revela a través de los moradores del AMSS y resto otro urbano, y entre todos los grupos socioeconómicos. La razón principal por esta preferencia es la percepción de

¹³Ver, por ejemplo, Bitran (1988a). También se ha recomendado tarifas más altas en salud para promover eficiencia en el consumo de los servicios de salud. Este asunto se discute en Akin et.al. (1987).

calidad relativamente superior de la atención privada por los consumidores.

Si el objetivo del gobierno de El Salvador es mejorar la accesibilidad de los servicios de atención de salud, se puede lograr tal objetivo a través del sector privado. Por ejemplo, el gobierno puede establecer contratos con los proveedores privados para suministrar servicios a la población y reembolsar a los proveedores a través de acuerdos de reembolso. El gobierno podría también establecer políticas para promover un papel más importante del sector privado en la entrega de los servicios. Tales políticas pueden incluir el asegurar que el capital esté disponible para ayudar con los costos de puesta en marcha nuevos practicantes privados. En suma, lograr su objetivo de cobertura más alta de servicios de salud, el gobierno puede encontrar más eficiente, de un punto de vista social, hacerlo a través del sector privado en vez de hacerlo a través de los establecimientos del gobierno. Se puede emprender el estudio de los proyectos experimentales de colaboración privada-pública para estudiar la factibilidad de adoptar tales políticas en mayor escala.

D. Expansión de la Cobertura del ISSS y Mejoramiento de la Calidad de Servicio

Este estudio ha mostrado que cerca del 20% de todos los beneficiarios del ISSS en las áreas urbanas y otras urbanas y aproximadamente el 37% en las áreas rurales utilizaron establecimientos del MSP o privados. Como se mostró en el Capítulo V, este comportamiento se explica en parte por un tiempo de viaje relativamente más largo a los establecimientos del ISSS (ver Tabla C.4). El capítulo V también mostró que las preferencias de la población por los servicios del ISSS variaron de acuerdo con variables socioeconómicas y demográficas. Finalmente, y más importante, el análisis reveló que, en promedio, se percibe el servicio de los proveedores del ISSS de calidad más baja que el de los proveedores privados.

Como en el caso de los servicios del gobierno, el instituto de seguridad social debería buscar identificar y resolver las deficiencias en su servicio, particularmente en las áreas rurales, donde las percepciones de baja calidad parecen ser la causa principal de la baja utilización.

El análisis descriptivo del Capítulo IV mostró que los usuarios del ISSS tienen promedio de ingreso mayor de los tres subsectores estudiados. Además de buscar modos de mejorar la calidad de su servicio, el ISSS debería también explorar la opción de expandir su cobertura a otros grupos de la población, especialmente a otros trabajadores y a personas que son trabajadores por cuenta propia. Para explorar la opción de expandir la cobertura, el instituto de seguridad social necesita evaluar cuanto aumentarían sus costos con una expansión de cobertura. Si existe capacidad ociosa actualmente en los establecimientos del ISSS, es probable que el costo incremental por persona sea modesto. Así, el ISSS podría garantizar afiliar gente con ingreso más bajo y una contribución mensual más pequeña al ISSS que los afiliados presentes.

APENDICE A

Este Apéndice provee una descripción detallada del modelo de comportamiento utilizado en el estudio y de las técnicas de estimación estadística.

Modelo de Comportamiento

El modelo de comportamiento utilizado en este estudio se parece mucho al desarrollado por Gertler, Locay y Sanderson (1987).¹⁴ Se supone que las personas obtienen utilidad de su condición de salud y del consumo de otros bienes y servicios distintos de salud. El estado de salud de las personas se ve afectado negativamente por las enfermedades o heridas. Las personas con un problema de salud tienen que decidir si comprar o no atención de salud. Si la compran, la habilidad de las personas de transformar dicha atención de salud en un mejor estado de salud depende de muchos factores como son la edad de las personas, el sexo, la educación, y el tipo de problema de salud. Para obtener servicios de salud, la gente tiene que incurrir costos tanto monetarios como no-monetarios. Los costos monetarios son los pagos directos al proveedor y los pagos hechos por el transporte al establecimiento de salud. Los costos no-monetarios son el tiempo gastado en viajar hasta el establecimiento del proveedor y el tiempo gastado esperando en el establecimiento.

Los costos directos afectan la utilidad de las personas ya que disminuyen el ingreso disponible para comprar otros bienes y servicios que no son de salud. El costo del tiempo también afecta negativamente la utilidad ya que reduce el tiempo libre y también el tiempo para otras actividades que producen ingreso.

Más formalmente, denotemos como U_{ij} la utilidad obtenida por la persona i al consumir los servicios de salud del proveedor j , dado que el individuo tenga un problema de salud. Denotemos como H_{ij} la condición de salud esperada del individuo después de recibir atención, como R_{ij} los bienes y servicios consumidos por la persona después de pagar al proveedor j , y T_{ij} el tiempo gastado por la persona i al obtener atención del proveedor j .

$$\begin{aligned} \text{Así,} \\ U_{ij} = U (H_{ij}, R_{ij}, T_{ij}) \end{aligned} \quad (1)$$

Se supone que las personas tienen recursos monetarios limitados. Sus gastos totales en los bienes y servicios de salud y otros bienes y servicios no pueden exceder su ingreso disponible. Denotemos como Y_i el ingreso disponible para persona i , P_{ij} el precio que esa persona tiene que pagar al proveedor j por unidad de atención de salud, M_{ij} la cantidad de servicios de salud comprados, W el precio unitario de un paquete de bienes y servicios no relacionados con salud, y R_{ij} la cantidad de estos bienes y servicios consumidos por la persona i . La restricción presupuestaria tiene que ser la siguiente:

¹⁴ Este apéndice es levemente distinto del Apéndice B de Bitran (1989a).

$$Y_i' = P_{ij}' \cdot M_{ij} + W \cdot R_{ij} \quad (2)$$

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

Para simplificar el modelo, se supone que la cantidad de atención consumida (M_{ij}) es determinada por el proveedor y desconocida en el momento de la primera visita. Además, se supone que la cantidad de atención esperada por los pacientes está fijo para todos los proveedores y cercano a una (visita). Para simplificar la nomenclatura uno puede normalizar las restricciones presupuestarias en los precios utilizando como denominador el precio de bienes y servicios distintos de salud.

Así, (2) se transforma en:

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

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

Es importante señalar que este modelo permite incluir discriminación de precios por parte del proveedor. En otras palabras, un proveedor que produzca un servicio de salud homogéneo puede cobrar diferentes precios a diferentes personas. Esta característica del modelo refleja una práctica común entre doctores en El Salvador.

Si la cantidad de atención médica fuera una variable endógena, las personas con un problema de salud enfrentarían dos decisiones: cual proveedor escoger, y cuanta atención obtener del proveedor elegido, dado los costos en términos de precio y tiempo. Sin embargo, ya que se supone que la cantidad de atención es aproximadamente igual a uno, la gente enferma solamente tiene que decidir de cual proveedor obtener atención.

La sustitución de (3) en (1) otorga una función de utilidad indirecta mostrada en (4), que relaciona utilidad con el ingreso de la persona, los precios de bienes y servicios, y al estado de salud y tiempo libre.

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

Como se presenta en Gertler et al. (1987), la calidad de atención de salud se puede definir estableciendo una relación entre el estado de salud de la persona antes de obtener atención, H_{i0} , y después de obtener atención de un proveedor j , H_{ij} . Por ejemplo, se puede definir calidad como la diferencia entre el estado de salud antes y después del tratamiento.

$$Q_{ij} = H_{ij} - H_{i0} \quad (5)$$

Resolviendo para H_{ij} en (5), uno puede obtener la relación entre el estado después-del-tratamiento, el estado pre-tratamiento, y la calidad de atención.

$$H_{ij} = H_{i0} + Q_{ij} \quad (6)$$

Se supone que la calidad de atención de salud, Q_{ij} , es una función de las características de la persona y del proveedor. Así,

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

Donde X_i y Z_j denotan características del proveedor y la persona, respectivamente. Por lo tanto la expresión (6) puede ser re-escrita así:

$$H_{ij} = H_{i0} + Q_{ij}(X_i, Z_j) \quad (8)$$

Sustituyendo H_{ij} , como se define en (8), en (4), más arriba, y después de completar la especificación, se obtiene una expresión para la utilidad indirecta de las personas que puede ser probada empíricamente.

La Especificación Empírica

En el análisis empírico se usó una ecuación cuadrática de utilidad indirecta del consumo.

$$V_{ij} = H_{ij} + a \cdot (Y_i - P_{ij}) + b \cdot (Y_i - P_{ij})^2 + c \cdot T_{ij} + B \quad (10)$$

Donde B representa un error aleatorio y explica las variables explicativas no observadas. Sustituyendo H_{ij} de (8) en (9) uno obtiene la siguiente expresión para la utilidad de las personas:

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

Finalmente, si permitimos que la calidad sea una función de las características del proveedor y del individuo, la expresión (11) se hace:

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

donde D_i y E_j son vectores de parámetros y X_i y Z_j son vectores de los atributos del proveedor y la persona, respectivamente.

La Estimación

La gente con un problema de salud enfrentan dos tipos de decisiones. Primero, tienen que decidir si buscar o no atención. Segundo, bajo la condición de búsqueda de atención, tienen que decidir de cual proveedor buscar atención. El proceso de dos pasos de la toma de decisiones puede ser estimado utilizando Nested logit (MacFadden, 1981). Nested logit no tiene la limitante de independencia de alternativas irrelevantes y es una formulación más general del logit condicional de MacFadden.

Se puede estimar el Nested logit utilizando la probabilidad de información máxima. Sin embargo, la función de probabilidad es altamente no-

lineal, y la programación de un algoritmo de maximización puede ser un proceso largo y difícil.

Una alternativa al método de la probabilidad de información máxima es un procedimiento de dos pasos. La desventaja de FIML sobre el procedimiento de dos pasos es que cualquiera especificación errónea en una etapa también contamina los parámetros estimados en la otra etapa. Los supuestos distribucionales del término de error son también más fuertes para FIML que para el procedimiento de dos pasos.

La estimación de dos pasos se hace así: En el primer paso, solamente aquellas personas que buscaron atención son consideradas para estimar los parámetros de la expresión (12). Utilizando los parámetros estimados, se calcula "el valor inclusive," que representa una suma exponencialmente de las utilidades que se pueden obtener de cada proveedor alternativo. En el segundo paso, se usa el valor inclusive como una variable adicional en la expresión de utilidad indirecta.

Se debe notar que V_{ij} en (12) no se observa. Lo que realmente se observa es la decisión tomada por la persona, i.e., el proveedor elegido. Así, la variable dependiente es una variable dicotómica que asume dos valores de acuerdo a la selección hecha. Tradicionalmente, las variables dicotómicas son arbitrariamente consideradas como 1 y 0, el primer valor se utiliza si se hace la selección y el segundo si no. Por supuesto, cualquier otro modo de nombrar tiene igual validez. Las variables independientes son aquellas especificaron a mano derecho de la ecuación (12).

Como se explicó en el Capítulo III, el enfoque de este análisis es la selección individual del subsector de salud. En principio, cada persona que se enferma puede obtener atención de proveedores en cualquiera de los tres subsectores: El Ministerio de Salud (MSP), el Instituto de Seguridad Social de El Salvador (ISSS), o el sector privado. Utilizando la formulación del Nested logit, la probabilidad de que una persona que decida buscar atención elija el subsector j se expresa por la siguiente expresión

$$P_j = \frac{e^{C_j \cdot d / (1-g)}}{e^{C_M \cdot d / (1-g)} + e^{C_I \cdot d / (1-g)} + e^{C_P \cdot d / (1-g)} + e} \quad (13)$$

donde g es el coeficiente de correlación entre los términos de error de la función de utilidad indirecta asociada con cada alternativa, d es un vector que contiene los parámetros (a, b, c, D_i, E_j) especificados en la expresión (12), C es un vector que contiene las variables independientes $(P_{ij}, P_{ij}^2 - 2Y \cdot P_{ij}, T_{ij}, X_i, Z_j)$ de la expresión (12), y los subíndices $M, I,$ y P denotan los subsectores del MSP, ISSS, y el privado, respectivamente.

Se puede usar la expresión (13) para computar la probabilidad de elegir el MSP ($j = M$). En ese caso, el numerador en (13) sería $e^{C_M \cdot d / (1-g)}$. Con expresiones similares se puede computar la probabilidad de elegir el ISSS o el

privado. Observe que el denominador en las tres expresiones es el mismo.

El producto de expresiones de probabilidad como se especifica en (13) constituye la función de probabilidad cuya maximización otorga el vector estimado de los parámetros $d/(1-g)$. El valor inclusive para el MSP, ISSS, y privado se define así:

$$S_{SIP} = \ln \left(e^{C_M d/(1-g)} + e^{C_I d/(1-g)} + e^{C_P d/(1-g)} \right) \quad (14)$$

donde \ln denota el logaritmo natural.

Una vez calculado el valor inclusive, las expresiones de probabilidad para las elecciones ATENCION/NO ATENCION se define así:

$$\text{Prob NO ATENC.} = \frac{e^{C_N h}}{e^{C_N h} + e^{S(1-g)}} \quad (15)$$

$$\text{Prob ATENC.} = \frac{e^{S(1-g)}}{e^{C_N h} + e^{S(1-g)}} \quad (16)$$

donde Prob denota probabilidad, S es el valor inclusive de la expresión (14), C_N es el vector de las variables caracterizando la alternativa de NO ATENCION, y h es el vector correspondiente de los parámetros.

En resumen, se calcula los parámetros $d/(1-g)$ en el primer paso y se los utiliza para computar el valor inclusive. Estos parámetros muestran como las características del proveedor y de la persona influyen la elección de subsector una vez que se ha tomado la decisión de buscar atención. En el segundo paso, se utiliza el valor inclusive como una variable que caracteriza la opción de ATENCION para estimar el vector de los parámetros h .

Después de la estimación, se puede hacer cálculos de probabilidad resolviendo el siguiente sistema de ecuaciones:

$$\frac{\text{Prob NO ATENC.}}{\text{Prob ATENCION}} = \frac{e^{C_N \cdot h}}{e^{S(1-g)}} \quad (17)$$

$$\frac{\text{Prob}_{\text{MSP}}}{\text{Prob}_{\text{MSP}}} = e^{(C_M - C_I) d / (1-g)} = k_2 \quad (18)$$

$$\frac{\text{Prob}_{\text{MSP}}}{\text{Prob}_{\text{PRIVADO}}} = e^{(C_M - C_P) d / (1-g)} = k_3 \quad (19)$$

$$\text{Prob}_{\text{NO ATENC.}} + \text{Prob}_{\text{MSP}} + \text{Prob}_{\text{ISSS}} + \text{Prob}_{\text{PRIVADO}} = 1 \quad (20)$$

Las ecuaciones (17) a (20) constituyen un sistema de cuatro ecuaciones con $\text{Prob}_{\text{NO ATENC.}}$, Prob_{MSP} , $\text{Prob}_{\text{ISSS}}$, $\text{Prob}_{\text{PRIVADO}}$ desconocidos.

Resolviendo estas cuatro incógnitas se obtiene la siguiente solución recursiva para expresiones de probabilidad:

$$\text{Prob}_{\text{ISSS}} = \frac{1}{(1+k_1)(1+k_2+k_2/k_3)} \quad (21)$$

$$\text{Prob}_{\text{MSP}} = \frac{k_2 \text{Prob}_{\text{ISSS}}}{1} \quad (22)$$

$$\text{Prob}_{\text{PRIVADO}} = \frac{(k_2/k_3) \text{P}}{\text{ISSS}} \quad (23)$$

$$\text{Prob}_{\text{NO ATENC.}} = k_1 (\text{Prob}_{\text{MSP}} + \text{Prob}_{\text{ISSS}} + \text{Prob}_{\text{PRIVADO}}) \quad (24)$$

El Precio Hedónico y Ecuaciones de Tiempo de Viaje

Una persona que tenga un problema de salud y que decida buscar atención, enfrenta tres posibilidades: ir a los establecimientos del MSP, ir a los establecimientos del ISSS, o ir a establecimientos privados. Cada opción está caracterizado por un precio, tiempo de viaje, y tiempo de espera. Las personas hacen su selección de subsector en base al precio tiempo de viaje y tiempo de espera esperados. Para el propósito de estimación, es necesario atribuir un precio, un tiempo de viaje, y un tiempo de espera a cada una de las tres opciones enfrentadas por las personas con un problema de salud. Desafortunadamente, la única información disponible es el precio actualmente pagado al proveedor en el subsector elegido, la distancia realmente viajada,

Se imputa un precio, un tiempo de viaje, y un tiempo de espera a cada una de las tres opciones enfrentadas por una persona utilizando los valores hedónicos pronosticados. Una ecuación de precio hedónico es una ecuación que tiene como su variable dependiente el precio directo pagado por el paciente al proveedor, y como variables independientes aquellas variables que afectan el precio, tanto como la cobertura de seguro del paciente y el tipo de problema médico. Una ecuación hedónica del tiempo de viaje tiene como variable dependiente el tiempo de viaje al establecimiento del proveedor, y variables independientes aquellas variables que se supone afectan el tiempo de viaje, como la edad del paciente y el número de establecimientos del subsector correspondiente en el vecindario del paciente. Una ecuación hedónica para tiempo de espera se define al mismo modo.

Las Tablas B.2 a B.4 del Apéndice B presentan los resultados de las regresiones hedónicas.

APENDICE B

Resultados Estadísticos

Tabla B.1
Atención Médica Ambulatoria, Coeficientes Estimados de Nested Logit
y t-estadísticas, Decisión de Buscar Atención y Subsector

| | Ministerio de Salud | | Elección de Subsector | | Privado con fines de lucro | | Decisión de Buscar Atención Fuera del Hogar | |
|---|------------------------|---------------|-------------------------------|-----------------|----------------------------|---------------|---|--------------------|
| | Coeficientes | t-estadística | Seguridad Social Coeficientes | t-estadística | Coeficientes | t-estadística | No atención médica Coeficientes | t-estad. |
| Constante | 1.06 | 1.84 | -3.27 | 4.27 | 4.11 | 6.82 | 2.69 | 14.12 |
| Precio | -0.57×10^{-1} | 4.17 | -0.57×10^{-1} | 4.17 | -0.57×10^{-1} | 4.17 | --- | --- |
| Precio cuadrado | 0.22×10^{-3} | 1.90 | 0.22×10^{-3} | 1.90 | 0.22×10^{-3} | 1.90 | --- | --- |
| Precio por Ingreso | 0.36×10^{-3} | 3.92 | 0.36×10^{-3} | 3.92 | 0.36×10^{-3} | 3.92 | --- | --- |
| Tiempo de Viaje | -0.87×10^{-2} | 1.34 | -0.87×10^{-2} | 1.34 | -0.87×10^{-2} | 1.34 | --- | --- |
| Tiempo de espera | 0.69×10^{-2} | 1.15 | 0.69×10^{-2} | 1.15 | 0.69×10^{-2} | 1.15 | --- | --- |
| Edad:1-24 años | 0.63 | 1.72 | 0.13 | 0.21 | -0.64×10^{-2} | 0.02 | 0.26 | 2.38 |
| Edad:25-44 años | 0.58 | 1.16 | 1.68 | 2.72 | 0.48 | 0.98 | 0.31 | 2.30 |
| Sexo | 0.63 | 1.74 | 0.36 | 0.75 | 0.82 | 2.41 | 0.40 | 4.62 |
| Años de Educación | -0.80×10^{-1} | 2.05 | 0.34×10^{-1} | 0.64 | -0.89 | 0.24 | -0.33×10^{-1} | 3.37 |
| Estadía en cama o interrupción de trabajo | 1.05 | 1.94 | 0.98 | 1.37 | 1.50 | 2.84 | -0.49 | 2.89 |
| Accidente | 1.18 | 0.89 | 1.12 | 0.87 | -0.99 | 1.04 | --- | --- |
| AMSS | -0.98 | 2.40 | 0.13 | 0.18 | -0.97 | 2.33 | -0.71 | 6.37 |
| Otras Areas Urbanas | 0.35 | 0.80 | 1.26 | 1.81 | 0.20 | 0.46 | 0.68 | 0.69 |
| Beneficiario de Seguridad Social | --- | --- | 4.44 | 12.29 | --- | --- | -0.22 | 2.32 |
| Valor Inclusivo | --- | --- | --- | --- | --- | --- | 0.47 | 5.08 |
| Probabilidad Log Grados de Libertad | | | | -734.7 1,121 | | | | -2,417.5 10,630 |

Tabla B.2
Regresiones Hedónicas de Precio de Atención Médica Ambulatoria, Estimaciones OLS

Elección de Subsector

| | Ministerio de Salud | | Seguridad Social | | Privado con fines de lucro | | Privado sin fines de lucro | |
|---|---------------------|---------------|------------------|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|----------|
| | Coefficientes | t-estadística | Coefficientes | t-estadística | Coefficientes | t-estadística | Coefficientes | t-estad. |
| Constante | 9.77 | 3.80 | 0.57 | 1.00 | 91.43 | 5.94 | 11.61 | 1.27 |
| Accidente | -1.67 | 0.50 | -0.30 | 0.77 | -14.65 | 0.45 | 0.65 | 0.07 |
| Enfermedad Respiratoria | -0.52 | 0.25 | 0.28 | 0.86 | -9.39 | 0.81 | -9.49 | 1.03 |
| Enfermedad Intestinal | 2.46 | 1.24 | 0.17 | 0.60 | 13.35 | 1.07 | 1.96 | 0.23 |
| Enfermedad Aguda | -2.36 | 0.98 | -0.35 | 1.02 | -10.22 | 0.80 | 9.52 | 1.21 |
| Sexo | 2.25 | 1.28 | 0.04 | 0.18 | -1.42 | 0.14 | -5.46 | 0.75 |
| Edad: | | | | | | | | |
| Menor al año | -4.34 | 1.26 | -0.33 | 0.30 | 6.10 | 0.27 | -13.63 | 0.65 |
| 2-14 años | -1.87 | 0.84 | 0.14 | 0.48 | -9.43 | 0.82 | -0.60 | 0.08 |
| Estadía en cama o interrupción de trabajo | 1.32 | 0.50 | -0.22 | 0.62 | 28.2 | 2.13 | -9.49 | 0.90 |
| Beneficiario de seguro privado | --- | --- | --- | --- | 4.20 | 0.15 | --- | --- |
| Beneficiario de Seguridad Social | -7.88 | 1.33 | -0.58 | 1.92 | --- | --- | --- | --- |
| AMSS | 3.17 | 1.29 | 0.33 | 0.88 | -6.91 | 0.54 | 3.83 | 0.54 |
| Otras Areas Urbanas | 2.78 | 1.49 | -0.10 | 0.26 | 6.60 | 0.54 | 5.27 | 0.51 |
| R cuadrado ajustado | 0.03 | --- | 0.00 | --- | 0.01 | --- | 0.00 | --- |
| Grados de Libertad | 336 | --- | 88 | --- | 269 | --- | 40 | --- |

Tabla B.3
 Regresiones Hedónicas de Tiempo de Viaje al Lugar de Atención Médica
 Ambulatoria, Estimaciones OLS

Elección de Subsector

| | Ministerio de Salud | | Seguridad Social | | Privado con fines de lucro | | Privado sin fines de lucro | |
|---|---------------------|---------------|------------------|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|----------|
| | Coefficientes | t-estadística | Coefficientes | t-estadística | Coefficientes | t-estadística | Coefficientes | t-estad. |
| Constante | 76.04 | 8.66 | 44.99 | 3.46 | 89.53 | 9.13 | 87.24 | --- |
| Accidente | 5.80 | 0.48 | 10.84 | 0.71 | -34.45 | 1.85 | -19.73 | --- |
| Enfermedad Aguda | 0.40 | 0.06 | 8.95 | 1.08 | -18.69 | 2.54 | -13.29 | --- |
| Sexo | 4.51 | 0.71 | -6.12 | 0.75 | 12.99 | 1.86 | 3.88 | --- |
| Edad: | | | | | | | | |
| Menor al año | -8.75 | 0.77 | --- | --- | 24.75 | 1.70 | --- | --- |
| 1-4 años | -31.79 | 3.23 | --- | --- | 7.47 | 0.63 | --- | --- |
| 5-14 años | -3.76 | 0.39 | --- | --- | -10.15 | 1.00 | --- | --- |
| 15-44 años | -12.49 | 1.61 | --- | --- | 4.49 | 0.53 | --- | --- |
| menor de 15 | --- | --- | 0.91 | 0.03 | --- | --- | -4.74 | --- |
| Estadía en cama o interrupción de trabajo | -20.14 | 2.17 | 19.07 | 1.62 | -7.52 | 0.80 | 2.01 | --- |
| AMSS | -22.87 | 2.78 | 1.42 | 0.12 | -52.98 | 6.41 | -49.03 | --- |
| Otras Areas Urbanas | -22.15 | 3.48 | -13.76 | 1.12 | -39.62 | 4.85 | -50.3 | --- |
| Número de establecimientos del sector en la municipalidad de la persona | -0.41 | 0.44 | -4.97 | 1.27 | -0.86 | 0.91 | --- | --- |
| R cuadrado ajustado | 0.07 | --- | 0.07 | --- | 0.14 | --- | --- | --- |
| Grados de Libertad | 304 | --- | 68 | --- | 307 | --- | --- | --- |

Tabla B.4
 Regresiones Hedónicas de Tiempo de Espera en el Lugar de
 Atención Médica Ambulatoria, Estimaciones OLS

| | Ministerio de Salud | | Elección de Subsector Seguridad Social | | Privada con fines de lucro | | Privado sin fines de lucro No atención médica | |
|---|---------------------|---------------|---|---------------|----------------------------|---------------|---|----------|
| | Coefficientes | t-estadística | Coefficientes | t-estadística | Coefficientes | t-estadística | Coefficientes | t-estad. |
| Constante | 154.11 | 6.22 | 54.65 | 1.59 | 65.34 | 5.80 | 85.62 | --- |
| Accidente | -47.32 | 1.40 | 18.04 | 0.45 | 12.90 | 0.60 | 142.70 | --- |
| Enfermedad Aguda | 35.16 | 1.87 | 30.21 | 1.37 | -5.01 | 0.59 | 9.57 | --- |
| Sexo | -21.24 | 1.19 | -16.93 | 0.78 | -2.33 | 0.29 | -4.78 | --- |
| Edad: | | | | | | | | |
| Menor al año | -25.06 | 0.78 | --- | --- | 0.49 | 0.02 | --- | --- |
| 1-4 años | -39.70 | 1.43 | --- | --- | 9.75 | 0.72 | --- | --- |
| 5-14 años | -10.91 | 0.40 | --- | --- | 2.05 | 1.18 | --- | --- |
| 15-44 años | 2.24 | 0.10 | --- | --- | 1.66 | 0.17 | --- | --- |
| menor de 15 | --- | --- | -30.00 | 0.33 | --- | --- | 21.97 | --- |
| Estadía en cama o interrupción de trabajo | -1.70 | 0.07 | 19.88 | 0.64 | 14.56 | 1.34 | 42.58 | --- |
| 69 AMSS | 6.15 | 0.27 | 40.97 | 1.26 | -1.58 | 0.17 | -22.45 | --- |
| Otras Areas Urbanas | 0.19 | 0.01 | 28.56 | 0.88 | -11.70 | 1.24 | -23.41 | --- |
| Número de establecimientos del sector en la municipalidad de la persona | 1.75 | 0.66 | -6.51 | 0.63 | -1.19 | 1.10 | --- | --- |
| R cuadrado adjustado | 0.00 | --- | -0.04 | --- | 0.14 | --- | --- | --- |
| Grados de Libertad | 304 | --- | 68 | --- | 307 | --- | --- | --- |

APENDICE C

Resultados Adicionales

Tabla C.1
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria
y Elección de Proveedor como Función de Sexo e Interrupción
de Actividad Principal y/o Estadía en Cama debido a Enfermedad

| Sexo | Interrupción de la Actividad Principal, o Estadía en cama, o Ambos | | | |
|----------------------------|--|-----------|-----------------|-----------|
| | Sí | | No | |
| | Decisión de | Opción de | Decisión de | Opción de |
| | Buscar Atención | Proveedor | Buscar Atención | Proveedor |
| Hombres | | | | |
| No atención médica | 60.5% | | 82.5% | |
| Atención médica | 39.5% | | 17.5% | |
| Min. de Salud | | 32.2% | | 43.8% |
| Seguridad Social | | 3.8% | | 5.5% |
| Privado con fines de lucro | | 62.5% | | 44.9% |
| Privado sin fines de lucro | | 1.5% | | 5.9% |
| Mujeres | | | | |
| No atención médica | 58.9% | | 81.0% | |
| Atención médica | 41.1% | | 19.0% | |
| Min. de Salud | | 35.2% | | 44.2% |
| Seguridad Social | | 5.4% | | 7.2% |
| Privado con fines de lucro | | 56.3% | | 37/4% |
| Privado sin fines de lucro | | 3.1% | | 11.1% |

SUPUESTOS

| | | MSP | SS | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
|---------------------------------|------------------|-----|-----|--------------------------|--------------------------|
| Accidente: no | | | | | |
| Benef de SS: no | | | | | |
| Edad: 25-44 | Precio | 5 | 0.2 | 76.5 | 11.7 |
| Región: AMSS | Tiempo de viaje | 56 | 45 | 52 | 44 |
| Educación: 3 años | Tiempo de espera | 162 | 104 | 56 | 94 |
| Ingreso: 6016 colones (anuales) | | | | | |

Tabla C.2
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y
Elección de Proveedor como Función de Sexo, por Región

| Región | Sexo | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | Masculino | | Feminino | |
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor |
| AMSS | | | | |
| No atención médica | 82.78% | | 81.21% | |
| Atención médica | 17.2% | | 18.8% | |
| Min. de Salud | | 45.36% | | 45.50% |
| Seguridad Social | | 5.70% | | 7.50% |
| Privado con fines de lucro | | 42.91% | | 35.59% |
| Privado sin fines de lucro | | 6.04% | | 11.35% |
| Otras areas Urbanas | | | | |
| No atención médica | 85.61% | | 84.48% | |
| Atención médica | 14.4% | | 15.5% | |
| Min. de Salud | | 51.28% | | 53.43% |
| Seguridad Social | | 5.28% | | 7.21% |
| Privado con fines de lucro | | 41.63% | | 35.83% |
| Privado sin fines de lucro | | 1.81% | | 3.53% |
| Areas Rurales | | | | |
| No atención médica | 86.53% | | 85.53% | |
| Atención médica | 13.5% | | 14.5% | |
| Min. de Salud | | 49.20% | | 51.94% |
| Seguridad Social | | 2.04% | | 2.82% |
| Privado con fines de lucro | | 46.30% | | 40.37% |
| Privado sin fines de lucro | | 2.46% | | 4.87% |
| SUPUESTOS | | | | |
| En cama: no | | | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
| Accidente: no | | MSP | SS | |
| Benef de SS: no | | | | |
| Edad: 25-44 | Precio | 5 | 0.2 | 76.5 |
| Sexo: masculino | Tiempo de viaje | 56 | 45 | 52 |
| Educación: 3 años | Tiempo de espera | 162 | 104 | 56 |
| Ingreso: 2876 colones (anuales) | | | | 94 |

Tabla C.3
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y Opción de
Proveedor como Función de Tiempo de Viaje al Establecimiento
Privado con Fines de Lucro, por Región

| Región | 0 | | Tiempo de Viaje (minutos) | | 78 | | 104 | |
|--|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor |
| AMSS | | | | | | | | |
| No atención | | | | | | | | |
| medica | 80.9% | | 81.8% | | 82.5% | | 83.1% | |
| Atención médica | 19.1% | | 18.2% | | 17.5% | | 16.9% | |
| Min. de Salud | | 34.8% | | 39.3% | | 43.8% | | 48.2% |
| Seguridad Social | | 4.4% | | 4.9% | | 5.5% | | 6.0% |
| Privado con fines de lucro | | 56.2% | | 50.5% | | 44.9% | | 39.3% |
| Privado sin fines de lucro | | 4.7% | | 5.3% | | 5.9% | | 6.5% |
| Otras Areas Urbanas | | | | | | | | |
| No atención | 84.0% | | 84.8% | | 85.4% | | 85.9% | |
| médica | | | | | | | | |
| Atención méd. | 16.0% | | 15.2% | | 14.6% | | 14.1% | |
| Min. de Salud | | 39.6% | | 44.6% | | 49.6% | | 54.4% |
| SS | | 4.1% | | 4.6% | | 5.1% | | 5.6% |
| Priv. con fines de lucro | | 54.9% | | 49.2% | | 43.6% | | 38.1% |
| Priv. sin fines de lucro | | 1.4% | | 1.6% | | 1.8% | | 1.9% |
| Areas Rurales | | | | | | | | |
| No atención | | | | | | | | |
| médica | 84.9% | | 85.6% | | 86.3% | | 86.9% | |
| Atención méd. | 15.1% | | 14.4% | | 13.7% | | 13.1% | |
| Min. de Salud | | 37.1% | | 42.2% | | 47.4% | | 52.5% |
| SS | | 1.5% | | 1.7% | | 2.0% | | 2.2% |
| Priv. con fines de lucro | | 59.5% | | 54.0% | | 48.33% | | 42.7% |
| Priv. sin fines de lucro | | 1.9% | | 2.1% | | 2.4% | | 2.6% |
| Cama/Inter: no (*) Promedio de la muestra total SUPUESTOS | | | | | | | | |
| Accidente: no | | | | | | | | |
| SS Benef.: no | | | | | | | | |
| Edad : 25-44 | | | | | MSP | SS | Priv. con fines de lucro | Priv. sin fines de lucro |
| Sexo : masculino | | | Precio | | 5 | 0.2 | 76.5 | 11.7 |
| Educación: 3 años | | | Tiempo de viaje | | 56 | 45 | ver tabla | 44 |
| Ingreso : 6016 colones (anuales) | | | Tiempo de espera | | 162 | 104 | 56 | 94 |

Tabla C.4
Decisión de Buscar Atención Curativa Ambulatoria y Opción de
Proveedor como Función de Tiempo de Viaje al Establecimiento
de Seguridad Social, por Región

| Región | Tiempo de Viaje (minutos) | | | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------|
| | 0 | | 23 | | 45 (*) | | 68 | | 90 | |
| | Decisión de Buscar Atención | Opción de Proveedor | Decisión de Buscar Atención | Opción Prov. |
| AMSS | | | | | | | | | | |
| No atención | | | | | | | | | | |
| médica | 59.1% | | 61.0% | | 62.8% | | 64.6% | | 66.2% | |
| Atención médica | 40.9% | | 39.0% | | 37.2% | | 35.4% | | 33.8% | |
| Min. de Salud | | 5.6% | | 6.7% | | 7.8% | | 9.2% | | 10.7% |
| Seguridad | | | | | | | | | | |
| Social | | 87.9% | | 85.6% | | 83.1% | | 80.1% | | 76.8% |
| Privado con | | | | | | | | | | |
| finés de lucro | | 5.7% | | 6.8% | | 8.0% | | 9.5% | | 11.0% |
| Privado sin | | | | | | | | | | |
| finés de lucro | | 0.8% | | 0.9% | | 1.1% | | 1.2% | | 1.4% |
| Otras Areas | | | | | | | | | | |
| Urbanas | | | | | | | | | | |
| No atención | 64.8% | | 66.6% | | 68.3% | | 69.9% | | 71.3% | |
| médica | | | | | | | | | | |
| Atención méd. | 35.2% | | 33.4% | | 31.7% | | 30.1% | | 28.7% | |
| Min. de Salud | | 6.8% | | 8.0% | | 9.4% | | 11.1% | | 12.9% |
| SS | | 87.0% | | 84.6% | | 81.9% | | 78.8% | | 75.4% |
| Priv. con | | | | | | | | | | |
| finés de lucro | | 6.0% | | 7.1% | | 8.3% | | 9.8% | | 11.3% |
| Priv. sin | | | | | | | | | | |
| finés de lucro | | 0.2% | | 0.3% | | 0.3% | | 0.4% | | 0.5% |
| Areas Rurales | | | | | | | | | | |
| No atención | | | | | | | | | | |
| médica | 73.9% | | 75.1% | | 76.2% | | 77.2% | | 78.1% | |
| Atención méd. | 26.1% | | 24.9% | | 23.8% | | 22.8% | | 21.9% | |
| Min. de Salud | | 13.8% | | 15.9% | | 18.0% | | 20.3% | | 22.6% |
| SS | | 71.4% | | 67.1% | | 62.8% | | 58.0% | | 53.2% |
| Priv. con | | 14.1% | | 16.2% | | 18.3% | | 20.7% | | 23.0% |
| finés de lucro | | | | | | | | | | |
| Priv. sin | | 0.7% | | 0.8% | | 0.9% | | 1.0% | | 1.1% |
| finés de lucro | | | | | | | | | | |
| ----- | | | | | | | | | | |
| Cama/Inter: no | Educación: 3 años | | SUPUESTOS | | Priv. con | | Priv. sin | | | |
| Accidente: no | Ingreso : 6016 colones (anuales) | | | | finés de | | finés de | | | |
| SS Benef. : no | (*) Promedio de muestra total | | | | lucro | | lucro | | | |
| Edad : 25-44 | | | MSP | | SS | | | | | |
| Sexo : masculino | | | Precio | | 5 | | 0.2 | | 76.5 | |
| | | | Tiempo de viaje | | 56 | | n.a. | | 52 | |
| | | | Tiempo de espera | | 162 | | 104 | | 56 | |
| | | | | | | | | | 11.7 | |
| | | | | | | | | | 44 | |
| | | | | | | | | | 94 | |

BIBLIOGRAFIA

- Akin, J., N. Birdsall, y D. De Ferranti, "Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform," The World Bank, 1987.
- Bitran, R., "Household Demand for Medical Care in Santo Domingo, Dominican Republic," HCF/LAC Research Report No. 9, Stony Brook, New York: HCF/LAC, March, 1989.
- , "Household Health Care Demand Study in the Bokoro and Kisantu Zones of Zaire. Volume 2: Patterns of Utilization," Resources for Child Health Project, Arlington, VA, June, 1989.
- Dor, A., P. Gertler, y J. van der Gaag, "Non-Price Rationing and the Choice of Medical Care Providers in Rural Cote d'Ivoire," Journal of Health Economics 6:291-304, 1987.
- Gertler, P., L. Locay y W. Sanderson, "Are User Fees Regressive? The Welfare Implications of Health Care Financing Proposals in Peru," Journal of Econometrics 36: 67-88, 1987.
- Gomez, L.C., "Estudio de Demanda por Servicios de Salud en El Salvador. Volumen I. Encuesta de Hogares: Metodologia y Resultados," Resources for Child Health Project, Arlington, VA, July 1989.
- Gomez, L.C., "Household Survey of Health Services Consumption in Santo Domingo, Dominican Republic: Methodology and Preliminary Findings," HCF/LAC Research Report No. 8, Stony Brook, New York: HCF/LAC, September, 1988.
- McFadden D., "Econometric Models of Probabilistic Choice," in c. Manski and D. McFadden (eds.): Structural Analysis of Discrete Data with Econometric Applications, Cambridge, MA: MIT Press, 1981.
- World Bank, World Development Report 1989, New York: Oxford University Press, 1989