PN-ABT-312

INFORME FINAL

Editado y producido por el proyecto "Análisis del Sector Salud", bajo el auspicio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial para la Salud OPS/OMS, el Banco Mundial BM y el Banco Interamericano de Desarrollo BID.

Mayo, 1994

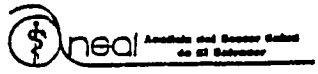
Susan K. Kolodin y Masako Ii

PERCEPCION COMUNITARIA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

El Salvador

Análisis del Sector Salud

Mayo, 1994



Las opiniones expresadas en este informe son personales del (los) autor (es) y no expresan las opiniones de las agencias patrocinadoras (AID, BM, OPS/OMS, BID). La mención de marcas comerciales no implica endoso personal o de las agencias que han financiado este proyecto.

Mayo, 1994

B

INDICE

ACRONIMOS i
AGRADECIMIENTOS iii
INTRODUCCION v
RESUMEN EJECUTIVO vii

Capítulo *I* *Percepciones de la comunidad acerca de los servicios de salud* *1*

1 Percepciones de la comunidad acerca de la salud, la enfermedad y el tratamiento/*1*
1.1 Definiciones de salud y enfermedad/*1*
2 Atencion de salud preventiva/*4*
3 Acceso a los servicios de salud/*6*
3.1 Comportamiento y procesos de salud/*6*
3.2 Características del acceso a los servicios de salud/*1 10*
3.2.1 Geográficas/*13*
3.2.2 Socio-culturales/*15*
3.2.3 Distancia social/*16*
3.2.4 Médicas/*17*
3.2.5 Económicas/financieras/*17*
3.3 Calidad/*22*
3.3.1 Nivel del proveedor/*23*
3.3.2 Tiempo permanecido en la instalación de salud/*24*
3.3.3 Trato por parte del personal/*25*
3.3.4 Disponibilidad de personal, medicamentos y suministros/*25*
3.3.5 Satisfacción en general/*25*
3.4 Percepción del cliente acerca de las diferentes instalaciones de salud/*25*
4 El papel de los promotores de salud/*26*
4.1 Capacitación de promotores de salud/*28*

Capítulo *II* *La demanda de servicios de salud* *31*

1 Especificación empírica/*32*
2 Resultados empíricos/*33*
2.1 Estadísticas descriptivas/*33*
2.1.1 El mercado urbano de beneficiarios del ISSS/*33*
2.1.2 El mercado urbano de los que no son beneficiarios del ISSS/*34*
2.1.3 El mercado rural/*35*
3 Resultados econométricos/*35*
3.1 Estructura de la presentación de los resultados/*35*
3.2 Selección del proveedor/*36*
3.2.1 El segmento del mercado urbano beneficiario del ISSS/*36*
3.2.2 El segmento del mercado urbano no beneficiario del ISSS/*38*
3.2.3 El segmento de mercado rural/*42*
4 Elasticidad-precio total de demanda del MSPAS/*45*

Capítulo *III* *Hallazgos, asuntos principales, recomendaciones e implicaciones de las políticas* *49*

1 Hallazgos/*49*
2 Asuntos principales/*51*
3 Recomendaciones e implicaciones de las políticas/*53*

ANEXOS

I Lista parcial de remedios caseros reunida en noviembre de 1993/*63*

II Encuesta sobre actitudes y percepciones de servicios de salud/*64*

III Una discusión más detallada de asuntos económicos y el enfoque metodológico/*72*

IV Comentarios recibidos/*77*

ACRONIMOS

AGAPE	Asociación AGAPE de El Salvador
BID	Banco Interamericano para el Desarrollo
CPAS	Centro Coordinador de Programas Alternativos de Salud
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MIPLAN	Ministerio de Planificación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ONG	Organización No Gubernamental
OPRODE	Organización Profesional de Desarrollo
PADECOMS	Patronato de Comunidades de Morazán
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OPS	Organización Mundial para la Salud

AGRADECIMIENTOS

La investigación de este informe fue realizada para el proyecto ANSAL bajo los auspicios del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y deseamos agradecerles por su generosa colaboración. Así mismo quisiéramos agradecer a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de Norte América (AID), tanto en El Salvador como en Washington, por coordinar el proyecto y por prestar asistencia en los componentes logísticos y técnicos de este y otros informes.

Muchas personas han sido de extrema ayuda durante todo el proceso de esta investigación. En su mayoría miembros del Ministerio de Salud Pública y, en particular, los representantes de la oficina de Salud Comunitaria y, un gran número personas en los centros de salud a lo largo de todo el país respondieron a nuestras numerosas preguntas brindándonos, así, valiosa información. Reconocemos y agradecemos su paciencia el su tiempo.

Quisiéramos agradecer a las diferentes ONGs por su excelente apoyo logístico y técnico tanto para con mi persona como para mis asistentes durante las varias visitas que efectuamos a las comunidades en El Salvador. En especial, las siguientes organizaciones fueron de gran ayuda: Fundación Knapp, Asociación de mujeres Campesinas, Organización Profesional de Desarrollo (OPRODE), Diócesis de Zacatecoluca, Asociación AGAPE de El Salvador (AGAPE), Centro Coordinador de Programas Alternativas de Salud (ICPAS) y el Patronato de Comunidades de Morazán (PADECOMSM). Gracias también a la Dra. Elizabeth Burleigh y a su excelente personal de PROSAMI por los consejos y apoyo oportunos. Un especial agradecimiento para el Dr. John Fiedler por su amistad y apoyo técnico; la Sra. Joyce Fowler, por su incansable labor; a la Sra. Noemí Anaya por su compañerismo, asistencia, y visión durante el proceso de investigación y, al Dr. Alfredo Solari, por su ayuda, comentarios, liderazgo y amistad durante todos estos meses. Pero, por sobre todo mis agradecimientos sinceros al pueblo salvadoreño por abrirme las puertas de sus casas, escuchar mis preguntas y brindarme su tiempo para contestarlas.

INTRODUCCION

Cuando los formuladores de políticas se sientan a considerar como optimizar la salud de la población mediante la entrega de servicios de salud preventiva y curativa, tienden a centrarse en la parte del abastecimiento del sistema de servicios de salud, como por ejemplo, en los proveedores de salud, instalaciones, equipo y suministros, productos farmacéuticos, etc. Sin embargo, es importante recordar que los sistemas de salud se definen en gran medida por la demanda de esos servicios de salud (lo que el consumidor quiere, cree y hace) como por los servicios en sí. Luego de mucho probar y errar, hemos aprendido que el valor de los servicios de salud modernos no le son necesariamente evidentes al cliente. Que eso de "si lo construimos vendrán" no es necesariamente cierto para la provisión y consumo de los servicios de salud comunitarios. Un buen número de características interactúan para influir en la demanda de servicios de salud en una población dada. Este informe analiza los factores que le dan forma a la demanda de servicios de salud en El Salvador, o sea aquellas características de los consumidores y proveedores de atención de salud que influyen en el uso de esos servicios de salud por parte de la población.

OBJETIVOS

El objetivo de la porción de este informe *Percepción de la Comunidad* es para añadir el factor humano al perfil del sector de salud que surge del Análisis del Sector Salud de El Salvador de 1994. A diferencia de otros informes asociados con el Análisis del Sector Salud que se centran en las instituciones y sistemas que producen y suministran la atención de salud, éste intenta describir al sector de salud desde la perspectiva de los usuarios. En particular, parte de este informe describirá el contexto socio cultural desde el cual las personas de los niveles más marginados de la sociedad (los pobres del área rural y habitantes de las comunidades urbanas marginales) toman sus decisiones de salud.

La segunda parte de este documento, *Demanda de Servicios de Salud* analiza mediante el uso de muestras de estadísticas nacionales, la demanda real de los clientes de los servicios de salud y su uso. Esta sección abordará particularmente los tres diferentes segmentos de mercado y su uso de servicios de salud: personas que residen en las áreas urbanas y que son beneficiarias del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); personas que residen en áreas urbanas y que no son beneficiarias del ISSS; y personas que residen en las áreas rurales. En esta sección, modelaremos la estructuras de demanda y haremos proyecciones con base en los cambios en dos características claves del sistema de salud, precio de consulta y tiempo de espera, para medir los cambios relacionados con el uso del servicio de salud.

METODOLOGIA

Se ha empleado una variedad de metodologías y fuentes de datos en el análisis de este informe. Los datos extraídos de tres encuestas, la Encuesta de Salud de Hogares financiada por USAID y llevada a cabo por el proyecto REACH en 1989-1990, de la del Ministerio de Planificación (MIPLAN) llevada a cabo de octubre de 1990 a febrero de 1991 y de octubre de 1991 a marzo de 1992, y la Encuesta de Comunidades de MIPLAN, efectuada en marzo de 1993, las que contribuyeron al análisis económico que forman la base de este informe. Estos datos fueron reanalizados por el Dr. John Fiedler para propósitos de este informe, quien es un economista en salud con una rica experiencia de trabajo en El Salvador, y la Dra. Masako Ii, economista en salud de la Universidad de Wisconsin, Madison. En el capítulo II y Anexo 3 se puede encontrar una discusión más detallada de los métodos de análisis.

La sección sobre percepciones de la comunidad de este informe tiene el propósito de proporcionar un contexto sociocultural para el comportamiento de búsqueda de atención de salud de los salvadoreños. Al mezclar los datos descriptivos con los datos de las encuestas nacionales anteriormente mencionadas y apoyándose en entrevistas antropológicas estructuradas y no estructuradas, además de observaciones con una variedad de informantes, esta sección de percepciones de la comunidad proporciona datos primarios y secundarios de una gama de áreas urbanas y rurales. Las entrevistas y observaciones fueron efectuadas en los Departamentos de San Salvador, Sonsonate, La Libertad, Usulután, La Paz, Ahuachapán, Chalatenango y Morazán en un período de tres semanas (del 15 de noviembre al 9 de diciembre). Hemos tratado de combinar estas tres fuentes de datos a fin de proporcionar no solamente una imagen de cómo las personas perciben el sistema de atención de salud, pero también demostrar cómo estas percepciones se relacionan con las estadísticas nacionales relativas al uso real del servicio.

Para la porción de este estudio sobre las percepciones de la comunidad, se seleccionaron las comunidades a ser visitadas con base en la proximidad relativa tanto de las instalaciones del Ministerio de Salud como de las ONGs, en un esfuerzo por evaluar las percepciones que las personas tienen acerca del rango de servicios de salud que podrían tener a su disposición. En general, las instalaciones de las ONGs y del MSPAS no operan exactamente en el mismo cantón, en un esfuerzo intencional por evitar duplicidad de esfuerzos. Sin embargo, muchos municipios tienen por lo menos una instalación del MSPAS y una ONG. En la muestra se incluyeron poblaciones rurales y urbanas principalmente de los niveles económicos más bajos.

En cada una de las comunidades seleccionadas se efectuaron de 10 a 12 entrevistas entre mujeres de edad fértil y se incluyeron preguntas acerca de una variedad de prácticas de salud curativa y preventiva (ver ANEXO 2 para el instrumento de la encuesta completo). Se seleccionaron 120 hogares en total con base en si la mujer en edad fértil estaba en casa en el primer hogar seleccionado. Después de la primera entrevista en un caserío, y dependiendo de la densidad poblacional del caserío, se seleccionó cada cuarto hogar para la entrevista, si en ese hogar había una mujer de edad fértil. En caso de que no hubiera una mujer en edad fértil en el hogar al momento de llegar los entrevistadores, éstos se iban a la siguiente casa (si el asentamiento estaba bastante densamente poblado) o hacían una cita para regresar cuando la mujer estuviera en casa.

Cuarenta y cinco de las entrevistas fueron conducidas por un antropólogo médico profesional y se complementaron con preguntas que no estaban en el instrumento de encuesta, cubriendo actitudes y prácticas acerca del embarazo, cuidado prenatal y partos, conocimiento y aplicación de remedios tradicionales y otras prácticas preventivas tales como nutrición, higiene personal y planificación familiar. El antropólogo también condujo observaciones en comunidades e instalaciones del MSPAS y de las ONGs, así como entrevistas informales no estructuradas con otros informantes, personal del centro de salud y funcionarios de la comunidad de salud de El Salvador. Las 75 entrevistas restantes fueron conducidas por entrevistadores salvadoreños experimentados que utilizaron el mismo instrumento de encuesta estándar pero sin la serie de preguntas informales de seguimiento. Estos entrevistadores habían participado en otras actividades de encuesta y tenían mucho conocimiento sobre estrategias de entrevista. Los datos principales para estas entrevistas y observaciones proporcionarán una perspectiva en base local y comunitaria que establecerá el contexto para y contribuirá a la interpretación de datos estadísticos.

Los datos cualitativos para la sección sobre percepciones de la comunidad de este informe fueron recolectados y analizados de una manera sistemática, utilizando técnicas antropológicas de observación de participantes y entrevistas a fondo con informantes claves. No se intenta que los resultados representen una muestra válida científica o estadística. Sin embargo, estas observaciones y comentarios han resistido el escrutinio de los mismos miembros de la comunidad, y a través de este proceso han probado ser precisos y representativos.

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe analiza la demanda por servicios de salud en El Salvador. Se ha incluido en la discusión un análisis cualitativo de la percepción de la Comunidad sobre salud discutimos el concepto sobre salud y enfermedad. También discute las percepciones y prácticas locales relacionadas con salud preventiva y el papel tan importante que juegan los promotores de salud en la prestación de servicios de salud a nivel de las comunidades. Se hablará sobre la capacitación y supervisión de los promotores de salud, y la manera de cómo mejorar estos sistemas para garantizar la provisión adecuada de una mezcla de servicios básicos de salud en las comunidades de El Salvador.

El informe también incluye el concepto de acceso a los servicios de salud dentro del contexto salvadoreño en la parte *Percepciones de la Comunidad*, prestándole especial atención a como los varios componentes del acceso afectan la selección de los diferentes tratamientos de salud. Se verá el proceso por medio del cual las personas evalúan la gravedad de sus síntomas, y sopesan la percepción de gravedad en comparación con la percepción de disponibilidad del tratamiento adecuado para su problema.

Se encontró que para el consumidor promedio de servicios de salud en El Salvador, el acceso a los servicios incluye los siguientes parámetros: geografía, aspectos socio-culturales, conveniencia desde el punto de vista médico y acceso económico/financiero. Estos factores se combinan para convertir los servicios de salud en inaccesibles para la mayor parte de las personas tanto en las áreas rurales como urbanas. En El Salvador las personas de clase media y alta tienen un acceso relativamente bueno a los servicios de salud públicos y privados.

También se encontró que la percepción de calidad de los servicios de salud influye sobre la percepción de acceso y utilización de los servicios. Las características de calidad de los servicios incluyen el nivel del proveedor, el tiempo que se pasa en la instalación de salud, el trato por parte del personal, disponibilidad del personal, medicamentos y suministros, y la satisfacción en general. Por ejemplo, un cliente estimará que el servicio es inaccesible cuando debe esperar todo un día para recibir tratamiento, aún cuando quede a la vuelta de la esquina de su casa.

En este estudio nos interesa saber cómo los clientes perciben los diferentes servicios que tienen disponibles. No nos sorprendió averiguar que los clientes no pueden diferenciar entre los varios servicios de salud de nivel más bajo. Segun su percepción o se trata de un hospital, una clínica, (que podría ser un puesto, unidad, o centro del Sector Público o de una ONG) o de un proveedor comercial privado. De importancia para los clientes es que la instalación de salud este ubicada relativamente cerca, si posee personal calificado capaz de tratar su afección con medicamentos eficaces, disponibles y a precio razonable.

Los resultados importantes extraídos de este estudio incluyen la falta de acceso para las personas pobres de El Salvador tanto del área rural como urbana a los servicios básicos de salud de alta calidad y económicos (preventiva y curativa). Un resultado relacionado con lo anterior es que los servicios de salud del Sector Público tienden a ser utilizados principalmente por personas de clase media empleados en el sector formal, y que podrían pagar una cuota complementaria o de usuario para cubrir el costo de los servicios pero que actualmente sólo paga una cuota de 3 a 5 colones que se cobran como pago simbólico.

Las ONGs prestan una buena parte de los servicios de salud comunitaria en el área rural de El Salvador, pero desafortunadamente su contribución real no esta bien documentada. Esto se debe a la costumbre del cliente de mencionar únicamente que ha sido atendido en una clínica sin mencionar específicamente al auspiciador de la instalación ni proporcionar la información actualizada acerca de los servicios recibidos.

La segunda parte de este informe, *Demanda de Servicios de Salud*, analiza los patrones actuales de uso de las varias instalaciones de salud, con base en datos extraídos de la Encuesta de Hogares financiada por AID, y ejecutada por el Proyecto REACH en 1989 y dos encuestas de hogares que incluían componentes de salud ejecutados por el Ministerio de Planificación (MIPLAN). Encontramos que el sistema del MSPAS está siendo utilizado como un sistema piramidal de referencia con instalaciones de "primera línea" (unidades y puestos) que son utilizadas para resolver problemas leves y por personas que van a los hospitales del MSPAS para recibir tratamiento en casos más severos.

Así mismo modelamos el uso de los servicios de salud con cambios en las cuotas de consulta, para poder proyectar el impacto del uso de una cuota incrementada. Cuando aumente el precio de los servicios en las unidades/puestos del MSPAS probablemente se seleccionen menos para brindar atención así como también disminuya la probabilidad de utilizar los hospitales del MSPAS. Los hospitales del MSPAS son complementos de las unidades/puestos. Esto sugiere que las personas que utilizan las unidades y puestos del MSPAS también usan los hospitales del Ministerio. Este hallazgo aunado al hecho de que la probabilidad de utilizar los hospitales cae por debajo de la probabilidad de utilizar las unidades/puestos a medida que las cuotas de estos últimos aumenten, implica que los hospitales están siendo utilizados según para lo que han sido creados, o sea que son la fuente de atención cuando las instalaciones de "primera línea" carecen de la habilidad necesaria para resolver el problema (o cuando la persona sufre de un problema más severo).

En las áreas urbanas las unidades/puestos del MSPAS son un producto inferior no así en el área rural. Esto implica que a medida que los ingresos per cápita del individuo aumentan resulta menos probable que seleccione una unidad/puesto y va en su lugar a un hospital del MSPAS o al Sector Privado. En este caso, los ingresos más altos no aumentan las probabilidad de que el individuo escogerá la unidad/puesto en virtud de que está menos limitado económicamente. Más bien el individuo opta por comprar una atención de mayor calidad.

Las elasticidades-precio de los hospitales de probabilidad de selección son mayores que las elasticidades de las unidades y puestos, y las unidades y puestos son un sustituto de los hospitales. Por lo tanto, si hay aumentos de precio iguales tanto en los hospitales como en las unidades y puestos, resultará en una menor probabilidad de que las personas busquen los hospitales del MSPAS, y en una mayor probabilidad de que las personas visiten la unidad o puesto de salud. Entonces si se determinan precios iguales o relativamente más altos en las instalaciones del MSPAS se desanimará a la población a buscar este fenómeno de sustitución.

Las elasticidades de los pobladores rurales son generalmente mayores que las de los pobladores urbanos, y los pobladores rurales tienen mayor probabilidad de autotratarse en caso de enfermedad. Los aumentos iguales en los precios en la atención dada en el MSPAS tanto en el área rural como urbana resultarán en un número de usuarios rurales proporcionalmente mayor al de los urbanos que cambien su selección de tipo de proveedor, y el número de usuarios rurales será proporcionalmente mayor en relación a los urbanos que se salgan del mercado de atención formal (o sea, el autotratamiento). Estos podría sugerir que para tener el mismo impacto sobre la probabilidad de entrar en el mercado de atención formal y en la selección de un tipo particular de proveedor, que los niveles de precios urbanos (o cambios en los mismos) deben ser relativamente mayores que los niveles de precio a nivel rural.

El principal impacto del cambio en el precio monetario sobre la cantidad de servicios demandados es con respecto a los cambios en la decisión del tipo de proveedor, y no sobre la cantidad de los servicios demandados dado que la persona ha decidido entrar al mercado formal. La selección de proveedor da cuenta de más del 90 por ciento del cambio en la demanda de servicios.

Finalmente, los programas de salud comunitaria que funcionan actualmente cubren una amplia gama de los servicios primarios de salud. Para construir sobre esta base bien establecida será necesario fortalecer e instituir ciertos cambios dentro del sistema de promotores de salud. Primeramente, la distribución del tiempo que los promotores de salud ocupan en las diferentes actividades debe ser ajustada para satisfacer la gran necesidad de programas de salud materno-infantiles a nivel comunitario. Los promotores deben pasar más tiempo del que actualmente pasan en actividades materno-infantiles en las comunidades. También deben estar bien capacitados para diferenciar entre síntomas leves y graves, y a enseñarles a los miembros de la comunidad a hacerlo también. El Ministerio de Salud al igual que la comunidad de ONGs, deben mejorar y aplicar sistemáticamente normas, objetivos y sistemas para la capacitación de capacitadores y supervisión de los promotores de salud. Los programas de salud comunitaria deben incluir las áreas urbanas marginales y rurales no servidas o subservidas. Finalmente, un programa de salud comunitaria será tan bueno como sea percibido por la gente. Será importante garantizar que los servicios de salud comunitaria sean "amistosos para el usuario", que respondan a las necesidades de la comunidad, y que los miembros de la comunidad estén conscientes de los servicios disponibles para ellos a nivel comunitario. Todo esto puede lograrse mediante actividades educativas, de información y de mercadeo.

I PERCEPCIONES DE LA COMUNIDAD ACERCA DE LOS SERVICIOS DE ATENCION DE SALUD

1 Percepciones de la comunidad acerca de la salud, la enfermedad y el tratamiento

Varios factores influyen en la demanda de servicios de salud a nivel de la comunidad y de la familia. Esta sección identificará y analizará los temas importantes que surgieron en las tres semanas en que entrevistamos a las familias tanto en las áreas rurales como periurbanas de El Salvador. Los temas más importantes a ser explorados en esta sección incluyen:

1) percepciones sobre la salud y la enfermedad, incluyendo la prevención, gravedad y etiología;
2) el proceso mediante el cual los consumidores diagnostican su enfermedad y buscan tratamiento;
3) percepciones y uso de los servicios de salud, tanto de los tradicionales como de los modernos;
4) asuntos relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud;
5) el papel de los promotores de salud y de las parteras en la prestación de servicios básicos de salud en las comunidades.

1.1 Definiciones de salud y enfermedad

Antes de analizar lo que la gente hace para prevenir y tratar una enfermedad, será de utilidad definir lo que se quiere decir con el término "salud" y "enfermedad" en el contexto salvadoreño. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de bienestar físico, mental, y social completo y no sencillamente la ausencia de enfermedad". De acuerdo con la antropóloga salvadoreña Clará de Guevara, los campesinos salvadoreños definen el tener buena salud como:

> "sentirse bien, tener fuerza física y espiritual, buena disposición para el trabajo, buen apetito, buen humor, buena apariencia, belleza y bondad; dormir bien. Y estar enfermo es sentirse inservible sin el ánimo de desempeñar las tareas diarias" (según lo citado en Harrison, P. 1976; p. 27)[1].

Los conceptos de salud y enfermedad pueden verse como una dicotomía; o se está enfermo o se esta saludable. Sin embargo, dentro de esa dicotomía, existe también una gama de malestares y dolencias, señales y síntomas que al estar presentes en niveles predecibles o regulares, son tolerables y se convierten en parte de la vida diaria. Las personas generalmente se adaptan a estos problemas para no agravarlos o para compensarse por ellos. Por ejemplo, una persona que padece regularmente de gastritis, podría cambiar sus hábitos alimenticios diarios a manera de no agravar el problema. Cuando se presentan los síntomas usuales, tales como indigestión y dolor de estómago, es poco probable que la persona se considere enferma o que busque atención médica, ya que la gastritis es parte de su existencia. Estos dolores "normales" no se consideran una enfermedad. Es únicamente cuando estas dolencias y malestares se vuelven intolerables o impredecibles evitando que la persona lleve a cabo su rutina diaria, que la persona o la familia comienzan a decir que esta "enfermo (a)". Es en este momento en que las personas comienzan a buscar en su repertorio de medicamentos en busca del remedio para su síntoma.

---

[1] "Sentirse bien, tener fuerza física y espiritual, buena disposición para el trabajo, buen apetito, buen sueño, buen humor, buena apariencia, belleza y bondad". Concepción Clará de Guevara *Creencias y Prácticas en la Medicina Tradicional de El Salvador* informe presentado en Congreso Médico Centroamericano No. 16, San Salvador, 1975.

No es de sorprender que los salvadoreños y, particularmente los campesinos, tengan su propio conjunto de síntomas predecibles que se ha convertido en parte de sus vidas. No sienten gran necesidad de buscar tratamiento profesional para ciertos problemas comunes de salud; de preferencia buscan remedios caseros, o algún tipo de medicina comprado en la farmacia o la tienda. Entre los síntomas comúnmente considerados como leves, cuando aparecen y todavía no requieren atención médica profesional están: el dolor de cabeza, mocosera, "diarrea leve", indigestión, la mayoría de gripes (un síndrome del tipo de influenza incluyendo toda combinación de dolores, fiebre, tos, mocosera, escalofríos). Tampoco consideran que estos síntomas merezcan ser nombrados cuando llegan los entrevistadores y les preguntan "¿Ha estado alguien enfermo en esta casa recientemente?". Por ejemplo, durante las entrevistas para este estudio, la gente generalmente comenzó a responder insistiendo que nadie en su casa estaba enfermo. Comenzamos nuevamente con preguntas más detalladas tales como "¿ha tenido alguien diarrea o fiebre o gripe o catarro? lo que hizo que las personas se dieran cuenta que lo que consideraban como síntomas que formaban parte de su vida diaria podrían ser "enfermedades" que valdría la pena reportar[2]. Los síntomas leves son tratados frecuentemente con una variedad de hierbas caseras, usualmente hervidas e ingeridas como tés o aplicadas como un ungüento, algunas veces en combinación con algún tipo de analgésico comprado en una farmacia o tienda cercana. La gente generalmente trata primero los síntomas más severos con algún remedio tradicional, pero rápidamente buscan ayuda al nivel de salud local profesional más alto si persiste el problema.

Cuadro No. 1

TIPOLOGIA DE LOS SINTOMAS Y NECESIDAD DE ATENCION MEDICA

Síntomas que NO requieren atención profesional	Síntomas que requieren atención profesional
Dolor de cabeza	Fiebre alta-repentina (especialmente en niños)
Mocosera, garganta carrasposa	dolor agudo; dolor de estómago, pecho, cabeza, espalda no común.
Diarrea leve (leve = heces acuosas o sueltas; sin dolor; 1 o 2 días de duración)	Diarrea aguda (aguda=heces acuosas; dolor y/o fiebre; 2 o más días de duración) [adultos y niños]
Indigestión; gas; empacho	indigestión; vómito; retorcijones
Dolor crónico-artritis	accidentes; trauma; fracturas
Gripe leve (leve=fiebre baja; dolor de cuerpo; dolor de cabeza; cabeza embotada; (1 a 3 días de duración)	Gripe severa (severa=temperatura alta; escalofrío; dolor de pecho; congestión; dolor de cuerpo, huesos y coyunturas; convulsiones, dolor de cabeza; tos; 2 o más días de duración; niños y adultos.
Dolores musculares leves; malestares; insomnio	pérdida del apetito o energía; pérdida del deseo de vivir

[2] Es particularmente valioso hacer notar esto debido a que las percepciones comunes de lo que puede constituir una enfermedad podrían influir las respuestas obtenidas en las encuestas a gran escala. No sabemos el tipo de preguntas de seguimiento que se hicieron a la pregunta general "¿Ha estado alguien enfermo durante las últimas dos semanas?"

El comprender el proceso de cómo las personas identifican y clasifican los síntomas y cómo luego esa clasificación las lleva a tomar decisiones acerca del tratamiento apropiado ayuda a explicar el hallazgo proveniente de otros estudios que demuestra que aproximadamente el 50% de las personas que reportaron sentirse enfermas no buscaran tratamiento profesional. Del 50% aproximado que no buscó tratamiento formal, 32% mencionó razones financieras, mientras que el 68% restante mencionó una variedad de razones incluyendo la falta de confianza en la atención médica moderna y el sentimiento de que los síntomas no eran suficientemente importantes como para buscar tratamiento.

Cuadro No. 2

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (NACIONAL)

	Autotratamiento	Servicios del Sector Público	Servicios del Sector Privado
Hombres	52,94%	22,72%	13,53%
Mujeres	49,86%	24,38%	14,52%
Total	51,25%	23,63%	14,08%

Fuente: *MIPLAN*

En este estudio, las encuestadas describieron una variedad de síntomas y enfermedades sufridas en fechas recientes por sus familiares. En general reportaron el rango predecible de enfermedades, siendo en más del 50% del tipo gastrointestinal y respiratorias. Otras enfermedades reportadas incluyeron infecciones de los ojos y la piel, abortos no provocados, fractura de los huesos, malestares generales, etc. Se pudo observar que los salvadoreños tanto del área rural como urbana tienden a mezclar los tratamientos tradicionales con los modernos durante el curso de un sólo episodio de una enfermedad. Por ejemplo, es muy común que un patrón de tratamiento incluya algún tipo de preparación con hierbas caseras[3], la compra de pastillas o una inyección de la tienda, farmacia o del promotor de salud y, eventualmente, si los síntomas persisten, una visita a un doctor en una unidad de salud. Este tipo de sincretismo médico no es único de los campesinos de El Salvador,

[3] De manera sorprendente, pocas entrevistadas dijeron que habían consultado a un curandero. Aún cuando se les preguntó específicamente si habían consultado a alguien que soba, a un huesero o a alguien que hace tratamientos de hierbas, muy pocas reconocieron el usar curanderos tradicionales. La mayoría dijo que ellas o algún miembro de la familia sabía cómo realizar este tipo de tratamientos, y que por lo tanto no consultaban a otra persona. Aquí podrían entrar en juego un número de factores. Es posible que las entrevistadas piensen que a los entrevistadores citadinos no nos interesa la medicina tradicional, o que no la respetamos, y que por lo tanto, no la discuten con nosotros, aún después de que expresamos gran interés y hacemos muchas preguntas. Sin embargo, también es posible que la competencia por los escasos recursos esté sacando del mercado a los curanderos. Cuando los consumidores tienen que escoger entre pagarle a un curandero o a un médico, tienden a buscar al médico. Esto no va en beneficio de los curanderos ni de muchos rituales de curación tradicionales, que a menudo tienen gran valor tanto para los individuos como para las comunidades. Además, muchos tratamientos a base de hierbas son médicamente eficaces, baratos y menos dañinos para el cuerpo, que muchos de sus derivados químicos.

ciertamente, todas las culturas tienen sus remedios caseros tradicionales (sopa de gallina, té de manzanilla, baños fríos, ceremonias de oración, etc.) que generalmente sirven como el primer recurso en el proceso de curación. Los remedios caseros tradicionales no deben verse como prácticas de curación incompatibles con las modernas, ni tampoco como un sistema de salud "tradicional" paralelo que no es capaz de cruzarse con el sistema "moderno". De la misma manera, los formuladores de políticas no deben enfocar las prácticas tradicionales en sí como comportamientos que deben cambiarse, excepto en los casos en que realmente sean dañinos. Por el contrario, cada conjunto de prácticas debe verse según su utilidad particular, cada una como un subconjunto de instrumentos curativos dentro de un repertorio global. Es muy común que en El Salvador la gente utilice un té de hierbas o un ungüento para calmar y aliviar a la persona enferma, mientras ven como progresa la enfermedad. El remedio casero tradicional sirve como un tipo de tratamiento de espera mientras se decide que hacer.

2 Atención de salud preventiva

Muy a menudo se asume que las personas pobres sin educación no saben como tratar o prevenir una enfermedad. Esto se basa en el supuesto que únicamente las concepciones occidentales o modernas acerca de la prevención y tratamiento de enfermedades son válidas. En general, las personas toman decisiones racionales cuando se trata de la salud de ellos mismos o de sus hijos. La mayoría de las decisiones derivan de los sistemas de creencias y prácticas establecidas fundamentadas en la experiencia personal o colectiva. Por ejemplo, la mayoría de los campesinos salvadoreños se adhieren a prácticas de prevención elaboradas, incluyendo el portar amuletos, hábitos dietéticos particulares, incluyendo la dicotomía de caliente/frío para la prevención y tratamiento de varios síndromes de enfermedades[4] y una farmacopea amplia de remedios a base de hierbas para el tratamiento de casi todo desde dolor de estómago hasta erupciones de la piel[5]. Estas prácticas tradicionales no se consideran incompatibles con las prácticas y conceptos "modernos" tales como mejores condiciones de saneamiento, nutrición, vacunación y consultas médicas. Como se dijo anteriormente, claramente existe un cierto sincretismo en donde las personas buscan tratamiento de cualquiera y todas las fuentes consideradas efectivas. Las vacunas están ampliamente aceptadas como un tratamiento importante para los niños, sin importar si la gente realmente comprende los conceptos de gérmenes, anticuerpos y otros parecidos. En la muestra actual de 120 familias, el 97.5% de todas las encuestadas dijeron que habían vacunado a sus hijos. Las personas consistentemente demostraron la comprensión básica de salud preventiva cuando respondieron a la pregunta "¿que piensa usted que se necesita para mejorar la salud de las personas en su comunidad?" con alguna variación de "agua potable", una "mejor higiene personal", así como también "clínicas y doctores".

No todas las medidas de salud preventiva son tan ampliamente aceptadas como las vacunas infantiles. En esta muestra el 48.7% de todas las mujeres encuestadas respondieron que nunca les habían hecho la prueba de Papanicolaou, y de todas las que se habían hecho este test muy pocas lo hacían con regularidad. Sólo un

---

[4] Para una explicación y análisis detallados de la aplicación de la dicotomía caliente/frío y de otros aspectos de salud preventiva en el contexto salvadoreño, ver Harrison, Polly *El Contexto Socio-cultural de la Entrega de Servicios de Salud en las Áreas Rurales de El Salvador: Implicaciones para la Programación.* Contrato No. 519-127 de la Agencia para el Desarrollo Internacional; proyecto No. 519014900; 1976.

[5] Ver el ANEXO I para una lista de hierbas comúnmente utilizadas por los salvadoreños tanto del área rural como urbana, así como los síntomas que tratan.

16,7% seguían algún tipo de planificación familiar, y entre estos el más común era la esterilización[6] (en comparación a la tasa de prevalencia del uso de anti-conceptivos de 53,3% en 1993). El 41% de las mujeres encuestadas nunca había recibido atención durante el embarazo y entre el 59% que si había recibido atención prenatal, la mayoría fue sólo de una o dos visitas y para un solo embarazo, aunque tuvieran más de un hijo.

La planificación familiar sigue siendo una práctica que se cree equivocada, peligrosa, o que ni siquiera se considera. Cuando se les preguntó a las encuestadas si utilizaban la planificación familiar, varias de ellas respondieron que la planificación familiar, y en especial la esterilización dejaban a la mujer débil o enfermiza; que los otros métodos (pastillas, condones, DIU) no han llegado a ser parte del vocabulario de las personas. A diferencia de la planificación familiar, la atención prenatal y los partos atendidos posiblemente no enfrentan obstáculos socio-culturales serios, sino que es más probable que la poca utilización de la atención prenatal y de parteras capacitadas se deba más a la falta de información y/o a la no disponibilidad de los servicios. Las explicaciones más comunes para no utilizar a la partera durante el parto fueron "no conozco a nadie" "cuando llegó el momento no había tiempo para llamar a alguien y que viniera hasta aquí", y "es demasiado caro". Otros estudios sobre las prácticas de parto tradicional y el papel de las parteras en el proceso de embarazo y parto indican que tanto como el 53% de todos los partos en El Salvador son atendidos por una partera entrenada o sin entrenar[7].

Claramente, el impedimento más importante para que las mujeres busquen atención prenatal es la completa falta, o la falta de información acerca de aquellos servicios fácilmente disponibles en la comunidad. Entre las mujeres entrevistadas en esta pequeña muestra, la mayoría tenía que caminar más de una hora para obtener atención de salud básica en algún tipo de unidad de salud del sector formal. No parece razonable esperar que las mujeres embarazadas quieran o puedan caminar esas distancias tan largas ya avanzado el embarazo, especialmente si se supone que se sienten bien, o si no se le ha enseñado a reconocer los signos de riesgo y todavía tiene que atender todas sus otras obligaciones de cuidados de los hijos y los demás quehaceres del hogar. Un estudio de 1990 que evaluó el papel de las parteras en El Salvador encontró que las mujeres prefieren utilizar los servicios de las parteras por una variedad de razones, incluyendo que confían más en las parteras que en el personal médico. "La confianza" comprende un número de factores, incluyendo familiaridad, ausencia de temor y comunicación más fácil, basado en el hecho de que la partera es generalmente miembro de la misma comunidad y generalmente proviene del mismo medio sociocultural, y por lo tanto habla el mismo idioma tanto en el sentido literal como figurado (las parteras como miembros de la misma comunidad estarán familiarizadas con los términos coloquiales comunes así como con el lenguaje corporal y gestos que le son familiares a las mujeres a quienes tratan). Las razones más comunes citadas para buscar los servicios de una partera para el parto (mucho más frecuentes para la atención prenatal) son los siguientes:

---

[6] Reconocemos que esta cifra está sustancialmente por debajo de las tasas nacionales del uso de anticonceptivos. La cifra aquí citada se ha tomado de una muestra muy pequeña y no pretende ser representativa. Sin embargo, las actitudes y temores expresados por las mujeres entrevistadas son muy poderosos y prevalentes.

[7] Méndez-Domínguez, Alfredo, *Evaluación del Rol de la Partera Empírica en El Salvador*, USAID/El Salvador" para el Contrato USAID # 519-0178-C-00-9625-00; Development Associates, Arlington VA; 1990.

Cuadro No. 3

RAZONES CITADAS PARA BUSCAR ATENCIÓN DE UNA PARTERA

Razón	Número de mujeres que citan la razón
Esa es la costumbre	343
La partera vive cerca	320
Ella tiene suficiente experiencia	318
Ella atiende a domicilio	317
Nos conocemos	309
La partera acompaña a la mujer durante todo el parto	289
La partera sabe qué hacer cuando el bebé va a nacer	288
La partera visita después del parto	270
No hay doctor en las cercanías	240
No hay establecimiento médico en las cercanías	233
Las parteras son mujeres	201
Las parteras cobran menos que los doctores	166

Las dos mujeres de la muestra que dieron a luz en el hospital no habían recibido ninguna atención durante el embarazo. Fueron a tener a sus bebés al hospital porque vivían en un cantón cercano, tenían acceso razonable al servicio de buses y, además, porque "no se paga en el hospital".

3 Acceso a los servicios de salud

3.1 Comportamiento y procesos de salud

Las decisiones de búsqueda de atención de salud no son eventos aislados. Por el contrario, representan un sistema de prueba y error, basado en la experiencia pasada de la familia, la información, tecnología y

materiales disponibles, así como en las costumbres. El comportamiento de búsqueda de la atención de salud es parte de un proceso dentro del cual la persona enferma y los miembros de su familia analizan activa o pasivamente un número de características del síntoma(s). La gravedad de los síntomas, su duración, familiaridad, rapidez con que aparecen, y velocidad con que los síntomas se empeoran o disminuyen, todo contribuye a la valoración inicial del proveedor de atención del hogar sobre qué hacer ante los síntomas. Como lo representa el siguiente flujograma, cuando se determina que los síntomas son leves, los tratamientos correspondientes tienden a ser convenientes y baratos. Si los síntomas persisten o empeoran, las personas buscarán otros tratamientos alternativos de una eficacia que se percibe como más alta. Como se mostrará en el capítulo sobre la elasticidad de la demanda de servicios, las personas que perciben que su enfermedad es muy seria, con mayor probabilidad buscarán atención directamente de un proveedor del Sector Privado al que consideran de la mayor calidad disponible. En cada caso se hace una evaluación en cuanto a la gravedad de los síntomas, su progreso y qué debe hacerse al respecto.

Sintomas reconocidos

LEVE

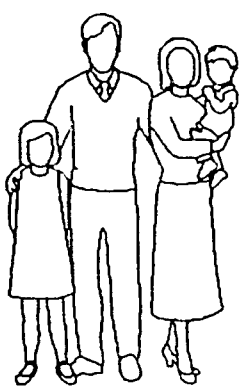
Tratamientos

No hace nada

Remedio casero

Farmacia, tienda o botica

Va al promotor de salud



Resultados

Se mejora

Sintomas persisten

Sintomas se empeoran

SERIO

Tratamientos

No hace nada

Continua con el tratamiento corriente

Remedio casero mas drogas o inyecciones
y/o
Va al promotor de salud
y/o
Buscar tratamiento profesional del nivel mas alto disponible
y/o
Va al hospital

Resultados

Se mejora

Sintomas persisten

Sintomas se empeoran

Sintomas desconocidos

AGUDO

Tratamientos

Remedio casero y/o analgesico para aliviar sintomas Y buscar tratamiento profesional del nivel mas alto disponible

Resultados

Se mejora

Sintomas persisten

Sintomas se empeoran

Se muere

Otros factores tales como recursos materiales y financieros disponibles para la familia, distancia, tiempo y modo de transporte para recibir atención, y la expectativa de que si recibirán o no una atención eficaz en el centro de tratamiento, todo ello contribuye al proceso de decidir qué hacer durante un episodio de enfermedad. La edad de la persona enferma también influye en las decisiones, y en el caso de niños pequeños (menores de 5 años) y de los ancianos, a menudo se percibe que requieren atención más profesional que los niños mayores y los adultos. El siguiente cuadro muestra que los niños pequeños y personas mayores fueron los que tenían menor probabilidad de recibir autotratamiento y la mayor probabilidad de recibir atención en una instalación privada.

Cuadro No. 4

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO POR EDAD DEL PACIENTE (NACIONAL) (COMO %)

Edad	Autotratamiento	Público	Privado
Menor 5 años	44,39	31,86	15,86
5-14 años	60,33	17,87	10,98
15-24 años	59,82	17,21	10,49
25-44 años	49,27	25,13	13,25
Mayor de 44 años	45,87	24,02	17,95

Fuente: *MIPLAN*

De la comprensión del proceso a través del cual las personas evalúan, diagnostican y toman decisiones sobre tratamientos surgen dos implicaciones importantes. El saber que los salvadoreños tienen tipologías bastante bien establecidas (aunque estén creadas y documentadas informalmente) dentro de las cuales aplican su conocimiento y análisis para cada episodio de enfermedad nos permite identificar puntos en los cuales las intervenciones educativas resultan apropiadas. Por ejemplo, sería de gran utilidad diseñar programas educativos en salud comunitaria que aumenten la comprensión ya existente de leve, serio y agudo/grave con respecto a los síntomas. Este tipo de programa educativo podría enfatizar las categorías de clasificación que las personas ya saben cómo identificar, al mismo tiempo agregarían información específica acerca de ciertos factores de riesgo que cambiarían un diagnóstico de leve a grave, y que harían que el individuo o la familia buscara tratamiento en lugares donde anteriormente no se había buscado. La segunda implicación se relaciona con la necesidad de tratamiento fácilmente disponible para aquellos síntomas identificados como graves. Si se les enseña a las personas a identificar ciertos factores de riesgo, tales como una respiración rápida y poco profunda en un niño que sufre de infección respiratoria, necesitan también tener un acceso rápido al tratamiento efectivo de esos síntomas. Se debe entrenar a los promotores de salud no solo en la identificación de los síntomas que indican que una enfermedad es grave y a enseñarles a los miembros de la comunidad a hacer lo mismo, sino que también deben estar equipados para tratar algunos de los síntomas más comunes que están capacitados para identificar durante sus visitas a las casas o en su propia casa.

3.2 Características del acceso a los servicios de salud

Una vez que se han identificado los síntomas y las personas han decidido buscar (o no) tratamiento, el siguiente conjunto de decisiones se relaciona con cuáles servicios seleccionar. Desde el punto de vista del cliente, la selección de los tratamientos de salud depende de una variedad de asuntos que pueden ser categorizados en general como *acceso* y *calidad*. El acceso se puede definir como la percepción de los clientes sobre si un tratamiento o servicio en particular está o no está dentro de su alcance en términos geográficos, socio-culturales, médicos y económicos. Los formuladores de políticas tienden a trazar un radio predefinido desde cada instalación de salud y consideran que toda la gente que cae dentro de ese radio tiene igual acceso a los servicios. Esta práctica es conveniente, pero supone que la distancia geográfica es la única característica de acceso a los servicios de salud. Sin ir más allá del área urbana de San Salvador, uno puede darse cuenta de la desigualdad tremenda en el acceso, por razones que no son geográficas. En una ciudad en que el Ministerio de Salud ha concentrado el 42% de sus recursos, el Seguro Social 73%, el sector "casi público" 79%[8], y el Sector Privado 70%, más del 50% de todas las personas pobres se tratan sus enfermedades por sí solos porque creen no tener "acceso" a los servicios de salud[9] (Ver el Cuadro No. 12 para cifras específicas relacionadas con el uso de los servicios de salud en las áreas urbanas de San Salvador según el nivel económico).

Nacionalmente, el porcentaje de autotratamiento de las personas es similar a las tasas en las áreas urbanas de San Salvador, como se puede ver en el Cuadro No. 5, con algunas regiones que tienen tasas ligeramente más altas que otras. Las personas dan una gran variedad de razones para no buscar la atención de salud formal[10], entre ellas "la falta de recursos financieros" (32.5%); "demasiado lejos para viajar" (7.75%); "demasiado tiempo de espera" (3%); "falta de confianza en los médicos" (8.3%); y "otras razones" que no fueron especificadas (40%). Es interesante notar que las cifras que comparan las áreas afectadas por la guerra con las no afectadas muestran muy poca diferencia.

---

[8] *Casi público* es un término usado por el Dr. John Fiedler, autor del informe de ANSAL sobre el *Financiamiento de la Salud en El Salvador*, para describir las instituciones paraestatales como ANTEL, CEL y Bienestar Magisterial.

[9] Los datos para estas cifras provienen de la *Encuesta de Hogares* de USAID, 1989 y de la *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples* de MIPLAN, 1990-1991.

[10] Estos datos fueron tomados del estudio de MIPLAN de 1991-1992.

Cuadro No. 5

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO POR REGIÓN (EN %)[11]

Departamento	Autotratamiento	Instalación pública	Instalación privada
Occidental	54,72	17,88	13,59
Para-Central	54,75	22,34	13,56
San Salvador	46,02	26,94	17,88
Central	55,30	24,41	10,42
Oriental	47,77	26,99	13,15
Urbana	45,01	26,86	19,19
Rural	56,88	20,72	9,47
No afectada por guerra	50,87	23,46	14,60
Afectada por guerra	52,85	24,37	11,91

Fuente: *Encuesta de Hogares* REACH.

Para las personas que viven en comunidades marginales dentro del área metropolitana de San Salvador y Santa Tecla, el uso de los servicios de salud no es en función del acceso geográfico a una instalación. Para estas personas, el acceso es más un asunto de naturaleza socio-cultural, financiera y de dificultad logística. Por ejemplo, la Comunidad Iberia, ubicada muy adentro del área metropolitana de San Salvador, es una comunidad densamente poblada con unas 15,000 a 20,000 personas pobres y muy pobres. La vivienda y las instalaciones sanitarias varían entre adecuadas y no existentes. El único camino que comunica a la comunidad con el resto de la ciudad no está pavimentado y tiene muchos baches, dificultando el paso de vehículos. La única instalación de salud ubicada directamente en la comunidad es un pequeño puesto de la Cruz Verde con un personal compuesto por dos trabajadores muy devotos cuyos únicos materiales son algunos capullos de algodón y yodo así como un radio con el cual llamar una ambulancia si fuere necesario.

Los residentes de Iberia y las docenas de otras comunidades similares viven dentro de una proximidad relativamente cerca de los servicios de atención de salud, y al usar sólo una medida geográfica, se consideraría que tienen buen acceso a tales servicios. Sin embargo, las personas que viven en estas comunidades marginales no perciben muchos de estos servicios como particularmente accesibles. Existe un número de otros factores que contribuyen a que el cliente perciba o no que él/ella tiene acceso a los servicios de salud. Entre

[11] Desafortunadamente, esta fuente de datos no diferenció entre "lucrativa privada" y "no lucrativa privada", por lo tanto carecemos de datos bien desglosados sobre el uso de instalaciones de ONGs.

estos factores están: económico/financieros; médicos; socio-culturales; geográficos; y percepción de la distancia social en algunas de las instalaciones.

El Cuadro No. 6 define los factores que contribuyen al acceso:

Cuadro No. 6

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Geográficos	- Distancia que recorrer. - Modo de transporte. - Calidad del camino. - Tiempo de viaje. - Dificultad para viajar y logística[12].
Socio-culturales	- Etiología percibida de la enfermedad. - Qué tan apropiado y eficaz se percibe el servicio. - Diferencias educativas entre los proveedores y los consumidores. - "Distancia social" -diferencias culturales entre los proveedores y consumidores, y diferentes clases de consumidores-. - Estado percibido del profesional de atención de salud. - Conveniencia-horas de operación.
Médicos	- Cómo se percibe lo apropiado del servicio en comparación con cómo se percibe la gravedad de la enfermedad. - Percepción de la eficacia del tratamiento, probabilidad de cura. - Expectativa de que al llegar a la instalación, alguien estará disponible para tratar su problema. - Percepción de la eficacia del tratamiento con respecto a otros tratamientos disponibles.
Económicos/ financieros	- Costo del servicio (en términos de tiempo, dinero y costos de oportunidad). - Valor percibido del servicio en relación al costo. - Costo del transporte (en términos de tiempo y dinero). - Costo del servicio en relación al ingreso disponible del hogar. - Costo del servicio en relación a otros bienes de consumo que se consumen regularmente.

[12] En áreas urbanas: caminar hasta donde está la carretera; esperar el bus; tomar el bus correcto; bajarse del bus en la parada correcta; tomar otro bus; bajarse del otro bus en la parada correcta; caminar a la instalación de salud; esperar para que le atiendan; recibir el tratamiento; ir a la farmacia para que le extiendan la receta; caminar a la parada de buses.... En áreas rurales: conseguir dinero; caminar (algunas veces una hora o más) hasta donde está la carretera, esperar (un espacio de tiempo indefinido) un bus o camioneta; subirse al bus; pagar el pasaje; bajarse del bus en la parada correcta; caminar al centro de salud; con suerte que el centro de salud esté abierto.

3.2.1 Geográficas

La geografía incluye no sólo en la distancia, en línea recta, entre el hogar de un cliente y la instalación de salud. Otros factores también influyen en la percepción del cliente de la distancia entre su hogar y la instalación. El modo de transporte, la calidad del camino, el tiempo de viaje, y lo fácil o difícil de realizar el viaje, todo cae dentro del asunto de la ubicación geográfica de la instalación de salud respecto al cliente. La distancia real del viaje puede ser de 5 Km., lo que tomaría cerca de 10-15 minutos en un buen carro en una buena carretera. Sin embargo, la misma distancia podría tomar una hora y media si el viaje se hace usando una combinación de caminar y viajar en bus o camión (suponiendo que existen buenas conexiones), y hasta 2,5 horas si se hace todo el viaje a pie. Para alguien que está enfermo, embarazada, anciano o cargando a un niño pequeño, estas distancias son importantes.

Cuadro No. 7

TIEMPO DE VIAJE EN EL AREA URBANA POR REGIÓN
(en minutos)

Región	Tiempo de Viaje Promedio
Occidental	34-136
Para-central	48-172
San Salvador	38-135
Central	38-94
Oriental	46-12

Fuente: *Encuesta REACH.*

Cuadro No. 8

TIEMPO DE VIAJE EN EL AREA RURAL POR REGIÓN
(en minutos)

Región	Tiempo de Viaje Promedio
Occidental	84-178
Para-central	59-185
San Salvador	59-189
Central	71-146
Oriental	57-112

Fuente: *Encuesta REACH.*

Los tiempos de viaje aquí presentados representan los tiempos promedios que le toma a una persona llegar desde su casa hasta el centro de salud. Aunque los promedios nos dirán el rango medio de tiempo requerido para viajar a los servicios de salud, es también importante saber que a muchas personas les toma más del doble de tiempo promedio de viaje para obtener esos mismos servicios.

El tiempo de viaje varía de acuerdo con el tipo de instalación y las personas ocupan la mayor parte del tiempo de viaje para ir a los hospitales del MSPAS y, de manera apropiada, la menor cantidad de tiempo de viaje para llegar a los puestos y unidades de salud.

Cuadro No. 9

TIEMPO DE VIAJE PARA LLEGAR A DIFERENTES INSTALACIONES DE SALUD
(Nacional)
(en minutos)

Instalación	Tiempo de viaje promedio
Hospital MSPAS	62
Unidad o Puesto MSPAS	40
Proveedor privado comercial	52
ISSS	52
Farmacia	45
ONG	46

Fuente: *Encuesta REACH*

Para las personas de las áreas rurales, la geografía representa una gran parte de la ecuación de acceso, debido a las grandes distancias que tienen que viajar, pero aun así, la geografía sólo es uno de los factores. El número real de kilómetros es menos importante para las personas del área rural que el modo de transporte, tiempo necesario para viajar, costo del transporte, y la probabilidad de que habrá alguien disponible para atenderlos cuando lleguen. Representativo de las experiencias comunes entre campesinos es el caso de un entrevistado que cuando se le preguntó qué había hecho para tratar una enfermedad reciente, respondió: "Fuimos a la unidad de salud en Tacuba, pero tuvimos mala suerte. Cuando llegamos, ya habían cerrado". Habían llegado a media mañana, después de una caminata de 2 horas en un camino montañoso y polvoso. La familia fue a la farmacia, compró cierta medicina y caminó por dos horas para regresar a casa.

3.2.2 Socio-culturales

Además de las barreras geográficas al acceso, los aspectos socio-culturales también contribuyen a las percepciones que los clientes tienen de lo apropiado de los servicios de salud. Por ejemplo, algunos síntomas se asocian con los síndromes de enfermedades tradicionales tales como el "ojo" o el "susto", y se considera que requieren un tratamiento tradicional particular por parte de un curandero. Usualmente no se considera a un médico para que trate ese tipo de enfermedades. Las diferencias en niveles de educación juegan un papel crucial en la impresión que el cliente tiene acerca de los servicios de salud. Los clientes algunas veces se sienten intimidados por los médicos, quienes les tratan bruscamente y usan palabras que los campesinos relativamente carentes de educación no pueden comprender. Debido a que la mayoría de médicos vienen de la clase media o alta, han sido educados en las ciudades, viven en buenas casas con todas las comodidades usuales, y han sido entrenados en medicina de muy alta tecnología, existen grandes diferencias culturales entre ellos y sus clientes, quienes generalmente son pobres, sin educación y viven en el campo.

Las personas con mayor educación tienden a buscar con más frecuencia la atención formal que aquellos con poca o ninguna educación. El nivel educativo se correlaciona de manera negativa con el autotratamiento. Aproximadamente el 54% de aquellos sin educación formal o con una educación menor de 6 años se autotrataron. Aquellos con más de 13 años de educación tuvieron el porcentaje menor de autotratamiento (39,53%) y el porcentaje más alto de los que reciben atención en instalaciones privadas (29,94%). El nivel educativo por sí mismo juega un papel tanto en proporcionar información así como en dar un sentido de autoeficiencia acerca de la decisión de cuándo es necesario buscar tratamiento de salud, por lo tanto influye en que las personas utilicen atención de salud formal. También, el nivel educativo se correlaciona altamente con la situación socioeconómica. Generalmente, las personas con un nivel educativo más alto tienen una situación socioeconómica más alta, y por lo tanto, tienen mayores ingresos disponibles para la compra de servicios tales como la atención de salud formal.

Cuadro No. 10

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO POR LOGRO EDUCACIONAL
(Nacional) (en %)

Logro Educacional	Autotratamiento	Instalación pública	Instalación privada
Educación no formal	54,16	20,12	11,64
1-3 años	54,02	21,42	12,54
4-6 años	53,69	21,73	14,37
7-9 años	52,36	22,46	14,88
10-12 años	46,34	25,95	19,12
13 años o más	39,53	24,30	29,94

Fuente: *MIPLAN*

3.2.3 Distancia social

Esta se relaciona con el sentido de no pertenencia a un lugar. Una persona pobre con ropa desgastada, viajando en camiones, buses y/o a pie, no pasa por una clínica privada llena de personas bien vestidas y arregladas que llegan en carros privados y que se sienten igualmente bien recibidas.

Finalmente, la conveniencia se relaciona con las horas en que el servicio está abierto y en que se presta atención. Si la instalación está ubicada a una cuadra, y proporciona servicios bastante baratos, pero está abierta únicamente los días jueves de las 10:00 a.m. a la 1:00 p.m., no es muy conveniente, especialmente si usted se enferma en un día sábado.

3.2.4 Médicas

Los clientes también valoran si los servicios disponibles son o no son apropiados para el problema médico que enfrentan. Por ejemplo, un cliente con un hueso roto probablemente no consultará a un promotor de salud; de igual manera, un cliente con síntomas muy severos tales como fiebre aguda, escalofríos, dolores o diarrea probablemente irá directamente a un hospital o unidad de salud, donde él puede estar razonablemente seguro/a de que encontrará a alguien que pueda tratar su enfermedad. Finalmente, los clientes desarrollan sus propias ideas de la eficacia de diferentes tratamientos y proveedores. Un proveedor que prescribe medicinas o inyecciones probablemente será considerado más eficaz que otro que no las prescribe. A través de la experiencia con diferentes tipos de tratamientos y proveedores, los clientes desarrollan su propio sentido de cuál tratamiento funciona mejor dependiendo del tipo de problemas. Aunque un tratamiento pueda recibirse cerca, si no se considera apropiado o eficaz médicamente hablando es, para todo efecto, inaccesible.

3.2.5 Económicas/financieras

Aunque la mayoría de consumidores de servicios de atención de salud no son ni economistas ni han sido entrenados en técnicas analíticas sofisticadas, la mayoría de hecho conducen una clase de análisis de costo-beneficio de los servicios de salud que consideran adquirir. Naturalmente, las personas valoran la gravedad de sus síntomas, consideran si la situación parece o no muy grave, y consideran lo que conllevará en términos monetarios, de tiempo y esfuerzo el obtener los servicios de salud, antes de decidir qué hacer. Buscan el mayor valor para lo que sea que tendrán que gastar en el tratamiento. El costo de los servicios oscila entre gratis (muchos tratamientos caseros, hierbas, etc.) y 2-5 colones para tratamientos en puestos y unidades de salud y 50-60 colones o más por una consulta con un médico privado, sin incluir el costo de las medicinas. Incluyendo el costo de medicinas y transporte, el costo total de buscar atención de salud es más del doble.

Cuadro No. 11

COSTO TOTAL[13] DE BUSCAR SERVICIOS DE SALUD, POR TIPO DE PROVEEDOR
(en Colones)

Tipo de proveedor	Costo total de búsqueda de tratamiento
Hospital MSPAS	52,29
Unidades y Puestos MSPAS	25,27
Sector Privado	86,13
ISSS	21,20
Farmacia	21,22
ONG	26,11

Cuando la enfermedad se considera muy grave, las personas tienden a buscar el nivel más alto de atención disponible, sin importar el costo. En otros casos, generalmente sucede una respuesta más medida en donde las personas calculan cuidadosamente el costo de buscar atención de salud en comparación con sus recursos, y en comparación con otras cosas que podrían necesitar comprar con sus recursos limitados. Cuando se le preguntó a una encuestada si consideraba que el costo de la consulta y medicinas en la unidad de salud era cara, expresó elegantemente el sentir de muchas personas "cuando se es pobre, todo es caro".

En el contexto del análisis previo de "acceso" a los servicios de atención de salud, se vuelve claro que la distancia que hay que viajar, en términos de kilómetros o millas directos, sirve sólo como un pequeño componente de cómo los clientes evalúan si un servicio es accesible o no. Como ya se mencionó, si la distancia geográfica fuera la única medida de acceso, los residentes de San Salvador deberían considerar que tienen un acceso tremendo a los servicios. Sin embargo, según lo demuestra la Cuadro No. 12, las personas pobres en San Salvador tienden a consumir servicios de salud en un patrón que es más parecido al de sus compadres pobres en otros departamentos, a pesar de su pretendido mejor "acceso" a los servicios. Esto demuestra, más claramente que cualquier otro ejemplo, que una variedad de otros factores contribuye más a las percepciones del cliente de cuáles servicios están disponibles/accesibles que lo que influye la proximidad geográfica.

El 20% de menor ingreso en el área urbana de San Salvador se comporta de manera más parecida a su contraparte en el área rural que a su contraparte urbana de mayor ingreso. Las personas más pobres que viven en el área metropolitana tienden a automedicarse en las mismas tasas que las personas en las áreas rurales, a

[13] Consulta + medicina recibida fuera del lugar de consulta + transporte.

pesar de su mejor acceso geográfico a los servicios de salud. Este hallazgo confirma que la proximidad física/geográfica a los servicios de salud es únicamente un factor de acceso al asunto de los servicios. Generalmente, las personas del área urbana de San Salvador utilizan las instalaciones tanto públicas como privadas más a menudo que las personas en otras regiones, pero estos promedios reflejan las tasas de uso más altas de los grupos de ingresos medios y altos.

Cuadro No. 12

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO POR NIVEL DE INGRESOS
EN AREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR
(en %)

Nivel de ingresos (por percentil)	Autotratamiento	Instalaciones públicas	Instalaciones privadas	Otros
20% más bajo	51,56	28,55	9,14	10,74
20-40%	47,84	28,03	15,12	9,02
40-60%	43,94	26,75	20,70	8,61
60-80%	40,60	27,57	24,32	7,51
20% más alto	35,48	21,18	35,62	7,72

Fuente: *Encuesta de Hogares* REACH.

En la Encuesta de Hogares de USAID/REACH, se les preguntó a las personas cuánto habían gastado en servicios de salud durante los últimos 15 días. El costo de la consulta, aunque resulta significativo para las personas del extremo más bajo del espectro de ingresos, representa únicamente un porcentaje muy pequeño de lo que la gente gasta en la procuración de servicios de salud.

Cuadro No. 13

COSTO PROMEDIO DE CONSULTA PROPORCIONADA POR UN PROVEEDOR DE SERVICIO DE SALUD
(en Colones)

Instalación	Costo promedio de la consulta
Hospital del MSPAS	2,45
Puesto o Unidad del MSPAS	1,79
Sector comercial privado	17,38
Instituto del Seguro Social	00
Farmacia	4,2
ONG	3,12

Fuente: *Encuesta de Hogares* REACH.

La compra de medicina le costó al cliente más del doble del costo de la consulta, cuando la medicina fue dada en el lugar de la consulta. Cuando la medicina fue dada en un lugar que no era el lugar de consulta, el costo de la medicina a menudo fue 10 veces mas alto que el costo de la consulta.

Cuadro No. 14

COSTO PROMEDIO DE MEDICINA OBTENIDA EN EL LUGAR DE LA CONSULTA
(en Colones)

Lugar de la consulta	Costo promedio de medicina
Hospital del MSPAS	5,66
Puesto y Unidad del MSPAS	5,68
Proveedor comercial privado	55,74
Instituto del Seguro Social	15,27
Farmacia	29,36
ONG	25,45

Fuente: *Encuesta REACH.*

Cuadro No. 15

COSTO DE MEDICINA COMPRADA FUERA DEL LUGAR DE CONSULTA (EN COLONES)

Lugar de consulta	Costo promedio de medicina comprada en otro lugar
Hospital del MSPAS	40,59
Puesto o Unidad del MSPAS	21,86
Sector comercial privado	62,13
Instituto del Seguro Social	19,03
Farmacia	14,47
ONG	21,73

Fuente: *Encuesta REACH.*

Está claro que cuando las personas tienen que comprar medicinas en un lugar fuera del sitio de consulta, gastan significativamente más dinero que cuando pueden obtener la medicina en el lugar de la consulta. Sin embargo, los clientes frecuentemente se quejan que cuando fueron en busca de consulta, únicamente se les dio una receta y se les dijo que compraran la medicina en la farmacia. Probablemente este hecho contribuye grandemente a las altas tasas de automedicación, en donde el paciente va directamente a la farmacia o tienda y se ahorra el costo de la consulta (de por sí mínima) y también el tiempo de viaje y de espera en el lugar de la consulta, los cuales se ha demostrado que son bastante significativos. Como se verá en el siguiente capítulo, donde modelamos la elasticidad de la demanda de servicios de salud, los consumidores son más sensibles al tiempo de espera. En los casos en que se redujo el tiempo de espera, aumentó el consumo de un servicio en particular.

3.3 Calidad

Definido en términos generales, el concepto de "calidad" incluye tanto el nivel de atención médica recibida así como la satisfacción del cliente con respecto a esa atención. Entre las percepciones del cliente sobre calidad están el nivel del proveedor, tiempo permanecido en la instalación, trato por parte del personal de atención de salud, disponibilidad del personal, y la satisfacción en general del cliente. Para cada episodio de enfermedad, los consumidores (consciente o inconscientemente) llevan a cabo un análisis de estos diversos factores que les conducen a sus cursos de tratamiento eventuales. El Cuadro No. 16 describe los factores que contribuyen a la valoración que un cliente hace de la calidad de una institución.

Cuadro No. No 16

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LAS PERCEPCIONES DEL CLIENTE ACERCA DE LA CALIDAD

Nivel del proveedor	- ¿Qué credenciales tiene el proveedor? - ¿Cual es el nivel de la institución? - ¿Qué tipos de capacidades y equipo de diagnóstico y tratamiento están disponibles? - ¿Es apropiado el nivel de atención disponible para la gravedad de la enfermedad?
Tiempo permanecido en la instalación	- ¿Cuánto tiempo toma la espera? - ¿Cuánto tiempo toma la consulta? - ¿Cuánto tiempo pasa entre el momento en que el cliente llega a la instalación y cuando se va? - Relación del tiempo permanecido en la instalación con el tiempo ocupado en la consulta
Trato por parte del personal	- ¿Es el personal amistoso, comprensivo y servicial? - ¿Trata el personal al cliente de una manera respetuosa, amable y personal? - ¿Usa el personal términos que el cliente pueda entender al explicar los diagnósticos y tratamientos?
Disponibilidad de personal, medicamentos y suministros	- ¿Hay generalmente alguien en la instalación que pueda tratar la mayoría de los problemas que se presentan? - ¿Tiene la instalación generalmente a la mano las medicinas prescritas? - ¿Tiene el cliente que ir a otra instalación (tienda, botica o farmacia) para que le extiendan una receta?
Satisfacción en general	- Utilidad de costo: ¿Vale la pena todo el esfuerzo que requiere el servicio (tiempo, dinero, costo de oportunidad, jaleo)?

3.3.1 Nivel del proveedor

La calidad percibida de los servicios de atención de salud también influye en las decisiones del cliente sobre si usar los servicios de salud y cuáles usar. Los clientes valoran el nivel del proveedor disponible en términos de las credenciales de los proveedores, el tipo de instalación en que trabaja el proveedor, si hay o no equipo disponible para el diagnóstico y tratamiento de una variedad de enfermedades. Más importante aun, los clientes analizan si la instalación y proveedor son apropiados o no de acuerdo a su propia percepción de la gravedad de su enfermedad. Estas valoraciones personales explican por qué la mayoría de personas buscan atención en cualquiera de los dos niveles extremos de las instalaciones, y raras veces en los servicios de rango medio. En los casos que consideran leves, las personas tienden a usar los servicios que sean más convenientes, cercanos y baratos (remedios caseros, compran medicinas en la tienda o buscan atención en un puesto o unidad de salud). Para problemas que consideran más graves, las personas tienden a ir directamente al hospital. Las

explicaciones para el hecho de dejar de lado los Centros y Unidades de Salud tendieron a enfatizar que en el hospital los clientes se sienten seguros de que encontrarán a alguien con las destrezas y equipo necesarios para identificar y tratar toda clase de problema. Mientras vayan a hacer una inversión de tiempo, energía y dinero para viajar a fin de recibir tratamiento, las personas quieren estar relativamente seguras de que recibirán un tratamiento que funcionará.

3.3.2 Tiempo permanecido en la instalación de salud

El tiempo que las personas permanecen en una instalación también influye en la decisión de buscar o no tratamiento. La mayoría de campesinos no pueden darse el lujo de perder la paga de todo un día o tiempo requerido para las tareas del hogar debido a una enfermedad, y por lo tanto ponderarán cuidadosamente el valor de gastar su tiempo esperando atención de salud contra su expectativa de cura[14]. Consecuentemente, las personas toleran el ocupar su tiempo en esperar en el hospital, cuando se sienten bien confiadas de que serán curadas. Serán menos tolerantes ante tal espera si van a ver a un promotor de salud. Las personas dicen que van a la tienda o al puesto porque en estos lugares no tienen que esperar y están seguros de obtener medicina útil en ese lugar.

Cuadro No. 17

TIEMPO DE ESPERA POR TIPO DE INSTALACIÓN
(en minutos)

Instalación	Tiempo de espera promedio
Hospital MSPAS	148,56 (2, 47 horas)
Unidades y Puestos MSPAS	146,29 (2, 44 horas)
Comercial Privado	61,08 (1 hora)
ISSS	89,47 (1,49 horas)
Farmacia	9,35
ONG	101,56 (1,7 horas)

Fuente: *Encuesta de Hogares* REACH.

[14] De manera interesante, las personas con empleo permanente a tiempo completo en el sector formal tienen mayor probabilidad de buscar atención que las personas empleadas en el sector informal o los desempleados. No sería correcto asumir que las personas empleadas tienen enfermedades más graves; sino que, podemos concluir que estas personas buscan más atención porque tienen los recursos necesarios, incluyendo un ingreso fijo y el permiso para tomar tiempo del trabajo sin riesgo de perder su empleo.

3.3.3 Trato por parte del personal

Una característica de calidad que es muy difícil de cuantificar, pero extremadamente importante para la satisfacción global del cliente, se centra en la forma en que el personal del centro de salud trata a los pacientes, y cómo se sienten tratados los pacientes. Cuando se le preguntó a una mujer de 34 años de edad por qué no había buscado tratamiento para una enfermedad reciente, ella dijo "la última vez que fui al centro de salud, me regañaron por no haber vacunado a mi hijo a tiempo, así que ya no quiero regresar ahí". Las personas que entran a una instalación para tratamiento a menudo se sienten intimidadas por el lugar, el personal, los sistemas burocráticos que le son extraños y que tienen que seguir, además de la ansiedad por su enfermedad o la de miembros de su familia. No es de sorprender que sean extremadamente sensibles a la forma en que les trata el personal de atención de salud. Los trabajadores de atención de salud (médicos, enfermeras, practicantes y promotores) tienen un efecto enorme en la percepción global del cliente acerca de la instalación, simplemente siendo amables y serviciales, y explicando los sistemas, síntomas y prescripciones al cliente, o por el contrario, siendo bruscos, irrespetuosos, antipáticos y generalmente poco serviciales.

3.3.4 Disponibilidad de personal, medicamentos y suministros

Una de las preguntas más importantes que se hacen los consumidores de los centros de atención de salud antes de disponerse a buscar atención es: cuando llegue al centro de salud, ¿habrá alguien que pueda atenderme? Durante nuestras entrevistas, al preguntar "¿por qué no hace uso del puesto o unidad de salud?" la respuesta más común fue "la última vez que fui, no había nadie" o "ahí no tienen medicinas, sólo me dieron un papelito y me dijeron que fuera a la farmacia a comprar mi medicina, así que me sale más barato ir directamente a la farmacia". A los clientes no les interesa ir a un lugar donde no encontrarán servicios, particularmente cuando tienen que viajar una gran distancia para llegar ahí. En muchas áreas rurales (y en ciertas áreas urbanas), las personas carecen de información confiable acerca de cuándo habrá personal en los puestos y centros de salud. Así que, en vez de ir a un lugar y arriesgarse a hacer el viaje en vano, las personas tienden a ir a lugares donde saben que sí recibirán tratamiento.

3.3.5 Satisfacción en general

La experiencia previa con una u otra opción de tratamiento determina las decisiones de los clientes acerca de qué tratamientos usar bajo diferentes circunstancias. Las personas generalmente saben qué clase de inversión necesitarán hacer en términos de tiempo, dinero, costos de oportunidad, y el trabajo que implica buscar atención, a fin de obtener diversas opciones de tratamiento. La que seleccionan generalmente es la que ellos han determinado como la que les brindará mayor retribución.

3.4 Percepción del cliente acerca de las diferentes instalaciones de salud

En El Salvador se ha llevado a cabo un número de estudios que intentan documentar en forma precisa cuáles son los servicios de salud que las personas usan al buscar atención. Estos estudios contienen preguntas muy bien detalladas en las que al cliente se le pregunta a dónde fueron a buscar atención durante los últimos 15 días. Desafortunadamente para los investigadores y formuladores de políticas, los clientes mismos generalmente no distinguen entre las diversas instalaciones en el grado deseado de especificidad. Por ejemplo, cuando se les pregunta "¿qué hizo la última vez que se enfermó alguien en su casa?", la respuesta estándar generalmente es algo como esto: "Fui a conseguir medicina" o "Fui a ver al doctor" (fuimos donde hay médico). Las preguntas de seguimiento tales como "¿a dónde fue a conseguir la medicina?" o "¿dónde vio al doctor?" generalmente obtuvieron respuestas igualmente inexplícitas tales como: "en la tienda" o "en la clínica".

Para el consumidor promedio de servicios de salud, las diversas opciones no son tan diferenciadas como lo son para el investigador o formulador de políticas. Para los consumidores, la tienda y la botica prácticamente son la misma cosa; la farmacia es reconocida como de un nivel mayor de especialización, en el supuesto de que tiene un mayor surtido de medicinas más fuertes. Los consumidores no tienen problema para distinguir entre el puesto de salud y el hospital. Sin embargo, todos los proveedores intermedios de atención de salud, es decir, centros, unidades y clínicas de ONGs, parecen casi lo mismo para la mayoría de clientes. En su léxico, éstos son los puestos donde hay médico, y comúnmente se refieren a ellos en términos genéricos como la unidad de salud. Los clientes sí hacen distinción entre médicos privados comerciales y clínicas gubernamentales, reconociendo generalmente que los médicos privados son más caros, y que éstos a veces tienen horarios más convenientes. En algunos casos, los miembros de la comunidad, sin vacilar, asocian al promotor de salud o al puesto de salud directamente con una ONG, como en Morazán (PADECOMSM) o en Chalatenango (Fundación Knapp). En otros casos, los clientes no están seguros de si el gobierno o una ONG está proporcionando los servicios.

Es importante comprender cómo los clientes hacen distinción (o no distinguen) entre las diversas opciones modernas de atención de salud porque esto le recuerda a los formuladores de políticas lo que le importa al cliente. En la mayoría de casos, lo que le importa al cliente no es qué organización maneja la instalación de salud, cuántos doctores trabajan ahí, o si la instalación tiene 3 ó 25 camas. Lo que le importa al consumidor es si la instalación está ubicada convenientemente o no, si está abierta y si proporciona servicios en una base regular (por ejemplo, a tiempo completo), si el personal es preparado y tiene las destrezas necesarias para poder identificar y tratar sus problemas, y si hay probabilidad de que tengan a mano los medicamentos requeridos a un precio razonable.

4 El papel de los promotores de salud

Los promotores de salud tanto del Ministerio de Salud como de las ONGs tienen el potencial para constituirse en una fuerza muy poderosa dentro de la salud comunitaria de El Salvador. Por lo general son miembros muy respetados dentro de la comunidad y frecuentemente han sido escogidos por esa comunidad para ser capacitados como promotores. Estas personas prestan un servicio muy valioso como "la primera línea" del sistema de salud. En algunas comunidades los promotores de salud hacen sentir su potencial prestando una amplia gama de vigilancia, educación en salud preventiva, y atención curativa básica. Sin embargo, en otras comunidades la presencia de los promotores de salud apenas se nota. Para este estudio visitamos a varios promotores y les acompañamos en sus visitas a las comunidades, y también hablamos con los campesinos acerca del uso o no uso de los servicios de los promotores. En las entrevistas efectuadas para propósitos de este estudio, se encontró que había comunidades que contaban con los servicios de un promotor de salud pero que muchos miembros de la comunidad desconocían que él era un promotor o pensaban que solamente estaba allí para hacer una encuesta o algunas preguntas y dar charlas sobre letrinas y saneamiento. Generalmente los miembros de estas comunidades no sabían que el promotor podía hacer diagnósticos básicos o prestar atención primaria de salud o referir pacientes. Por otro lado, en algunas de las comunidades en donde trabajan los promotores de las ONGs[15] los miembros de la comunidad no sólo saben el nombre del promotor sino que también saben dónde vive, y están más o menos familiarizados con la gama de servicios que puede prestar y le consultan con cierta regularidad. Por ejemplo, en la comunidad La Carmen, ubicada en el Departamento

[15] Entre las ONGs que están prestando buenos servicios a la comunidad se destacan: la Fundación Knapp, Asociación de Mujeres Campesinas, Organización Profesional de Desarrollo (OPRODE), Diócesis de Zacatecoluca, Asociación AGAPE de El Salvador (AGAPE), Centro Coordinador de Programas Alternativos de Salud (CPAS) y el Patronato de Comunidades de Morazán (PADECOMSM).

de Chalatenango, muchos de los encuestados dijeron que cuando tenían un problema de salud "iban a consultarle a César" (el promotor de salud de esa comunidad).

Parece que la diferencia entre la definición, reconocimiento y utilización de los promotores de salud de las ONGs por parte de la comunidad esta relacionada con el hecho que están altamente motivados y que tienen buena supervisión por parte de la ONG. Por ejemplo, las ONGs asociadas con el proyecto PROSAMI han asignado un supervisor para cada 5 promotores[16]. Según pudimos constatar, un aspecto que ha tenido gran éxito en la supervisión ha sido el de un médico supervisor que acompaña al promotor durante sus visitas a la comunidad. Este médico no solo hace sus propias visitas domiciliares, sino que también ayuda al promotor en sus actividades y le proporciona capacitación en el lugar de trabajo. De igual importancia, la presencia de un médico y un promotor viajando juntos parece investir al promotor de mayor estatura y credibilidad, lo que luego será de gran valor para aumentar la confianza de la comunidad en este individuo y en su capacidad para ayudar en caso de enfermedad.

Para aumentar las tasas de utilización de atención prenatal y de otros servicios básicos de salud, será necesario mejorar la entrega de estos servicios por parte de los promotores de salud y de otros proveedores de salud cercanos a las comunidades. Tanto el Ministerio de Salud como la comunidad de ONGs han capacitado a 3.246 parteras para que presten atención prenatal y asistan en los partos. De la misma manera se ha capacitado a 1.442 promotores de salud del MSPAS y de ONGs en una variedad de destrezas de atención básica de salud y monitoreo. Aunque tenemos buena idea del número de trabajadores de salud primaria que han sido capacitados, se desconoce cuán efectivos han sido estos programas en términos generales. Los promotores reciben un curso de doce semanas que cubre una variedad de participación comunitaria y destrezas de promoción de salud. Entre los temas están: letrinas, agua, basura, higiene, control de crecimiento, vacunación, infecciones respiratorias agudas, planificación familiar, control de las enfermedades diarreicas y atención pre- y postnatal.

A la fecha existe poca documentación o análisis acerca de las actividades específicas que los promotores realizan en sus comunidades. Los datos obtenidos del *Sistema Gerencial del Promotor*[17] muestran que existe una gran discrepancia entre el número de charlas (presentaciones informales) dadas para las diferentes actividades de los promotores en las comunidades. En 1992 los promotores dieron un total de 405.947 charlas sobre actividades comunitarias relacionadas con agua y saneamiento -letrinas, agua, basura e higiene- (112.622 charlas sólo sobre letrinas). Durante ese mismo marco de tiempo, una décima parte del tiempo que se ocupó en agua y saneamiento fue ocupado en atención pre y postnatal, o sea 49.921 charlas. Resulta claro que si los promotores de salud quieren contribuir más a disminuir las tasas de mortalidad maternal e infantil, deberán invertir mucho más tiempo en proporcionar información, educación y realización de exámenes relacionados con planificación familiar, embarazo y el período neonatal.

---

[16] La relación entre el número de promotores por cada supervisor en el Ministerio de Salud es de aproximadamente 1 supervisor por cada 11 promotores. El sistema de supervisión del MSPAS consiste en que algunos promotores son asignados como supervisores de otros promotores. Este sistema podría ser útil en cuanto a incentivos y motivación, así como por el hecho de que estos supervisores conocen muy bien la labor de un promotor. El Ministerio de Salud ha elaborado un conjunto de regulaciones y normas de supervisión, así como formatos que los supervisores llenan después de cada visita de supervisión. Sin embargo, la alta relación de promotores con supervisores hace que algunos promotores sientan que no han recibido el tipo de apoyo que necesitan para desempeñar sus tareas.

[17] Tomados del informe preliminar *Evaluación del Proyecto de Apoyo del Sistema de Salud (APSISA)* preparado por la División de Salud de Población y Nutrición, USAID/El Salvador, 8 de diciembre de 1993.

Cuadro No. 18

ACTIVIDADES DEL PROMOTOR DE SALUD DE LA COMUNIDAD

Actividad	Número de charlas dadas por el promotor
Letrinas	112.622
Agua	102.001
Basura	96.645
Higiene	94.679
Control del Crecimiento	92.212
Vacunación	86.326
IRA	66.168
Planificación Familiar	66.344
Diarrea	62.769
Embarazo	33.006
Postnatal	16.915

Fuente: *Informe de Evaluación de APSISA*, 1993

Es posible que el actual desglose del tiempo ocupado en las diferentes actividades esté relacionado con el sexo de los promotores de salud. Para el tiempo de este informe, los datos disponibles sobre la distribución de género de los promotores del Ministerio de Salud nos dice que de 1.000 promotores que trabajan en el campo, 531 son hombres y 469 son mujeres. En los años anteriores, la relación de hombres a mujeres era de cerca de 3-1. Existe la probabilidad de que los promotores de salud masculinos se sientan más cómodos, y en su propio ambiente, al dar charlas sobre agua, saneamiento y demostrar cómo construir letrinas. De igual manera, los entrevistados, incluyendo a los miembros de la comunidad, médicos, enfermeras y a los promotores mismos mencionaron que las mujeres frecuentemente se sienten incómodas al discutir asuntos "femeninos", tales como el embarazo, menstruación y cosas por el estilo, con un hombre que no sea médico. En todo caso, será necesario mejorar la distribución del tiempo que el promotor de salud ocupa en cada actividad de salud comunitaria, particularmente enfatizando la salud maternal y perinatal, a fin de mejorar los resultados de la salud comunitaria.

4.1 Capacitación de los promotores de salud

El programa de capacitación de promotores de salud es integral e impresionante. Los promotores ocupan su tiempo en clases formales, estudiando el contenido técnico de cada materia, y también en pequeños grupos, trabajando juntos para resolver ciertos problemas. Al final de la capacitación, los promotores del grupo que

observamos recibieron capacitación práctica trabajando lado a lado con personal profesional en el hospital regional de San Miguel. Aunque el actual régimen de capacitación proporciona una buena base sobre la cual los promotores pueden comenzar a trabajar, ciertas áreas de este programa podrían ser mejoradas.

Los promotores de salud son seleccionados por sus comunidades para que asistan a la capacitación de promotores, y éstos tienden a ser listos, deseosos de aprender y enérgicos. Sin embargo, la mayoría también tiende a tener sólo una educación muy básica (cerca de 4 años de escuela formal) y por lo tanto no están tan acostumbrados al estudio intenso y a procesos formales de aprendizaje. Sabiendo esto, se vuelve aun más importante asegurar que la capacitación involucre mucho aprendizaje experimental, con estrecha supervisión, para asegurar que los promotores interiorizarán los conceptos y se sentirán bien con la información que están estudiando. Durante este estudio, observamos a un grupo de promotores al final de su capacitación, durante el trabajo práctico en el hospital regional de San Miguel[18]. Aunque reconocemos que no se puede evaluar un programa entero basándose en un día de observaciones, surgieron unas pocas cosas que vale la pena mencionar.

Durante la práctica hospitalaria, a los promotores de salud se les asigna a trabajar durante un día o dos en cada una de las unidades del hospital: pacientes externos adultos; clínica materno-infantil; vacunaciones; clínica de los niños en buen estado de salud; unidad de rehidratación oral; unidad prenatal de pacientes internos. En general, esta es la primera oportunidad que los promotores tienen de poner en práctica lo que han aprendido durante la porción académica (formal) de su capacitación. Aunque la práctica debería ser una excelente oportunidad para que los promotores aprendan cómo hacer en realidad muchas de las cosas que tendrán que hacer en sus comunidades, el escenario y los métodos de capacitación no siempre proporcionaron mucha oportunidad para que hubiera interacción entre el promotor y el capacitador. Las presiones del ambiente clínico, en el cual muchos clientes esperan ser atendidos por unos pocos miembros del personal que están ocupados, proporciona un ambiente difícil aunque realista, en el cual capacitar a los trabajadores de salud de la comunidad. El médico del MSPAS en el pabellón prenatal del hospital había encontrado un buen balance entre instrucción/supervisión y le había permitido a los promotores que aprendieran haciendo el trabajo ellos mismos. El le presentó a los promotores a las mujeres del pabellón, y les solicitó su paciencia al trabajar con los capacitandos, explicándoles que estaban aprendiendo a llevar historiales médicos, tomar signos vitales, y cosas por el estilo. Luego trabajó individualmente con cada uno de los promotores, observándolos cuando realizaban su trabajo. En otros casos, los capacitadores no supervisaron el trabajo de los promotores para nada, o si lo hicieron, su supervisión consistió en mirar, y decirle al promotor qué hacer en cada paso del proceso, o hacerlo por ellos.

En un punto durante la práctica, el supervisor de PROSAMI trabajó con unos pocos promotores, revisando los cuadros de control de crecimiento, ayudándoles a documentar e interpretar sus hallazgos en cada caso. Durante estas interacciones, resultó evidente que, aunque los promotores tenían un conocimiento básico del concepto de control de crecimiento, todavía no se sentían seguros o preparados para hacerlo en la realidad, y por lo tanto requerían de una supervisión estrecha, que no siempre estuvo disponible.

Durante el día de observación en el hospital, tuvimos la oportunidad de hablar con algunos de los promotores que estaban siendo capacitados sobre que harían al regresar a sus comunidades y comenzar a trabajar. Algunos de ellos tenían una buena idea de lo que harían acerca de sus actividades de vigilancia, conducción de

[18] Esta sesión de capacitación proporciona un excelente ejemplo de la cooperación entre el Ministerio de Salud y las ONGs asociadas con el proyecto PROSAMI; a los promotores de las ONGs se les concedió la oportunidad de trabajar con los médicos y enfermeras del MSPAS en el hospital y para observar de primera mano las presiones y realidades de la procuración de atención de salud.

encuestas y mapeo de sus comunidades en cuanto a enfermedades, embarazos, letrinas y otros asuntos de este tipo. Sin embargo, muy pocos parecían estar seguros acerca de ofrecer charlas a grupos de miembros de la comunidad. Ellos tienen sus flujogramas y ayudas audiovisuales, pero carecen de experiencia o capacitación sobre cómo hacer sus presentaciones de una forma efectiva. Un enfoque para resolver este problema podría ser que promotores experimentados asistan a la capacitación para trabajar con grupos pequeños de capacitandos, demostrando cómo dar una charla a un grupo, y luego supervisar a los capacitandos cuando los últimos hagan las presentaciones por sí solos. Otro enfoque podría ser que los capacitandos acompañen a promotores experimentados durante un día o dos, trabajando lado a lado en las actividades diarias del promotor. En cualquiera de los casos, será importante que los capacitadores de promotores asistan a una "capacitación para capacitadores" como se menciona abajo.

Sería útil tener una sesión o dos de "capacitación para capacitadores" dentro de la capacitación para promotores. El Ministerio de Salud ha nombrado a 127 supervisores para 1.441 promotores (una proporción de 11 promotores por supervisor), haciendo que la tarea de supervisión sea difícil, requiriendo de buenos sistemas, lineamientos, capacitación y recursos. Los supervisores del MSPAS tienen un *Manual del Supervisor* para orientarse en sus actividades de supervisión y un formulario detallado que llenan para cada visita de supervisión. Cada promotor de salud es visitado aproximadamente una vez al mes y después de tal visita el supervisor escribe sus observaciones y puntos a los que dará seguimiento en la próxima visita. El Ministerio de Salud percibe la necesidad de aumentar y mejorar la supervisión de los promotores de salud, y tiene la meta de un supervisor por cada 5 promotores de salud para 1995.

Los supervisores de promotores del MSPAS fueron antes promotores que mostraron particularmente buen liderazgo y capacidad. Este método de seleccionar supervisores podría ser extremadamente efectivo, ya que nadie entiende mejor el papel de un promotor de salud que uno que ha servido en tal posición anteriormente. No obstante, el haber servido como promotor de salud no se traduce automáticamente en ser buen supervisor. La capacitación especializada para supervisores consistiría en trabajar con el personal y supervisores de los centros de salud y supervisores que serán responsables de vigilar el trabajo de los promotores de salud, enseñándoles cómo instruir y supervisar en formas que serán efectivas y satisfaciendo tanto a los capacitandos como a los capacitadores. Además, algunos de los supervisores con los que conversamos comentaron que les sería útil tener cierta capacitación y lineamientos para su supervisión. La única estructura que los supervisores de PROSAMI tienen actualmente en sus actividades de supervisión requiere que hagan un número estipulado de visitas a los promotores en sus comunidades. Queda a juicio de cada supervisor decidir qué hacer durante la visita. Ya que el Ministerio de Salud y las ONGs dependen de los promotores de salud como la primera línea en la procuración de servicios en la entrega de Atención Primaria de Salud, será muy importante instituir un sistema efectivo y apropiado de supervisión para asegurar, mantener y mejorar la calidad de esta fuerza de trabajo tan valiosa.

El Ministerio de Salud y las ONGs han establecido un buen fundamento de promotores y actividades de salud comunitaria sobre el cual erigir futuros programas. Los salvadoreños están deseosos de usar servicios de atención de salud de base comunitaria. El reto para los próximos cinco años será fortalecer y/o construir servicios de salud de alta calidad, bajo precio y de base comunitaria que realmente satisfagan las necesidades de atención de salud preventiva y curativa de la población.

II LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

Este capítulo consiste en el análisis cuantitativo de la demanda de servicios de salud en El Salvador. El análisis preliminar de los patrones de uso de proveedores de atención de salud revela que en El Salvador existen tres estructuras de mercado de atención de salud distintivas y mutuamente exclusivas en gran medida. La selección del tipo de atención de salud que hacen los salvadoreños está circunscrita a las características de estos tres mercados. Los mercados se distinguen por una combinación de cobertura de seguro y residencia geográfica. Más específicamente, consisten en:

a) Personas que viven en las áreas rurales y que son beneficiarias del ISSS. Estas personas tienen el mayor número de alternativas de proveedores de atención de salud: ISSS, MSPAS y el Sector Privado.

b) Personas que viven en las áreas urbanas y que no son beneficiarias del ISSS. Estas personas pueden escoger sus proveedores de atención de salud entre dos subsectores: el MSPAS y el Sector Privado.

c) Personas que viven en las áreas rurales. Aunque estas personas pueden escoger a sus proveedores de salud entre los mismos dos subsectores que los residentes en áreas urbanas que no son beneficiarios del ISSS, la diferencia entre las características y condiciones de esta subpoblación y las de sus proveedores de atención de salud resulta en procesos de conducta sistemáticamente diferentes. Como resultado, para poder desarrollar medidas tan válidas, confiables y precisas como sea posible, es necesario evaluar la conducta de ambos grupos en un análisis separado y distintivo.

El siguiente cuadro contiene la distribución porcentual de las selecciones reales de proveedores en cada uno de estos segmentos de mercado (cada línea en el cuadro suma un 100 por ciento, o sea, todas las selecciones para ese segmento de mercado en particular)[19].

[19] Esta es una leve simplificación de la realidad. En cada uno de estos tres segmentos de mercado, uno o más de los "otros proveedores" han sido excluidos. En cada caso, se hizo esto debido a que el número de observaciones era mínimo... menos del 2 por ciento en cada segmento de mercado. También se cree que constituyen aberraciones y generalmente no son opciones viables para las personas en el segmento de mercado en cuestión. Un motivo adicional para adoptar este enfoque fue que nos permite modelar de manera más precisa los patrones de conducta dentro de cada segmento de mercado, los cuales son sustancialmente diferentes, como demostraremos más adelante.

Cuadro No. 19

SELECCION DE PROVEEDOR PARA ATENCION CURATIVA POR SEGMENTO DE MERCADO
(distribución porcentual de cada segmento de mercado)

Segmento de Mercado	Hospital MSPAS	Unidad/Puesto MSPAS	ISSS	SubSector Privado	Autotratamiento
Beneficiario ISSS, Urbano	---	---	22,7	8,7	68,6
No Beneficiario ISSS, Urbano	3,6	4,3	---	4,0	83,6
Rural	3,2	4,3	---	4,0	88,5

1 Especificación empírica

El análisis de la demanda de atención de salud se limita aquí a la demanda de atención curativa de los pacientes externos. Los individuos tienen que escoger entre el autotratamiento y varios tratamientos profesionales, con la selección de profesionales dependiendo del lugar en donde viven y si son beneficiarios del ISSS o no, como se explicó anteriormente.

El modelo se ha conceptualizado como sigue: cuando un consumidor individual sufre un accidente o enfermedad, él o ella debe decidir si quiere recibir asistencia médica o no, o sea si quiere entrar al mercado formal de atención de salud o no, o si quiere tratar el problema él solo. Si el individuo decide entrar al mercado formal de atención de salud, él o ella debe escoger en dónde va a recibir atención. Luego, el individuo debe decidir cuánta atención va a recibir, o sea qué cantidad del servicio va a consumir.

Se supone que estas dos decisiones -la selección de proveedor y la determinación de la cantidad de atención a ser consumida- dependen de las cualidades de cada alternativa según lo percibe el individuo y también de las diferentes características del individuo mismo. Se presume que el consumidor maximizará el uso de la alternativa seleccionada (o sea, la ganancia neta percibida por él o ella de las alternativas u otra acción o acciones que tome). El modelo estadístico de la selección de proveedor es accionado por la probabilidad de que se seleccione una alternativa dada. El modelo estadístico para la cantidad de atención demandada es accionado por la probabilidad de que se obtenga un nivel de atención dado, condicionado por la obtención de por lo menos una consulta por el individuo, o sea, con la distribución de las consultas observadas truncadas en cero).

Los cuatro atributos para cada alternativa de este estudio son la cuota por consulta, el costo de las medicinas, el tiempo de espera en la instalación de salud y el tiempo de viaje al centro de salud. Se presume que cada individuo conoce la ubicación de los diferentes tipos de instalaciones de atención de salud subsectoriales disponibles, el costo esperado de la instalación y medicamentos, el tiempo de espera en la instalación y el tiempo que toma para llegar a la misma. Las características son la edad, sexo, ingreso, gravedad de la enfermedad/medida del estado de salud (número de días de enfermedad durante el mes anterior), educación, situación de empleo y la enfermedad o condición.

Una vez que se han estimado los parámetros del modelo de selección, resulta posible utilizar los coeficientes estimados para simular el impacto del cambio en las características del individuo y/o de la instalación sobre la probabilidad de que el individuo seleccione una instalación en particular. El modelo se utilizará para evaluar el impacto de cambios potenciales tanto monetarios como de tiempo en la selección de una instalación de salud. De manera similar, el modelo de demanda estimada (cantidad) se utilizará para evaluar el impacto de los cambios potenciales tanto monetarios como de tiempo sobre la cantidad de atención consumida.

La mayor parte de la discusión acerca de los resultados empíricos y sus implicaciones se centra en el primero de los dos, decisiones de demanda de atención subsiguientes; es decir, la selección del proveedor en comparación con el número de consultas. Tres consideraciones dieron lugar a este enfoque. Primero, el problema crítico que están enfrentando el sistema de entrega de atención de salud y el Gobierno de El Salvador es el grado de acceso a la atención de salud. La primera ecuación investiga los factores que influyen en la selección del proveedor, incluyendo el autotratamiento y, por lo tanto, abordan directamente la cuestión de quiénes optan por el sistema de atención formal y los factores que influyen en esta decisión.

Segundo, el período de tiempo (dos semanas) en el cual la utilización de experiencia fue encuestada fue corto (para garantizar un recuerdo preciso y por lo tanto una validez y confiabilidad adecuados del fenómeno estudiado). Un número relativamente pequeño de personas tuvo más de una sola consulta externa durante el período estudiado, haciendo que la segunda pregunta sobre demanda, ¿Cuánta atención?, tuviera relativamente poca importancia.

Tercero, debido en parte a la variación relativamente pequeña en el número de personas con más de una sola consulta, los parámetros estimados no encajan bien con los datos, ni tampoco los resultados empíricos son particularmente fuertes. Por lo tanto, debido a estas tres razones, el enfoque de la siguiente discusión será primordialmente las estimaciones de ecuación de la selección de proveedor.

2 Resultados empíricos

2.1 Estadísticas descriptivas

El conjunto de datos usados en los análisis empíricos se recolectaron mediante una encuesta de entrevistas de hogares de USAID 1989. La encuesta fue una muestra de probabilidad nacional de más de 23.000 individuos que residían en 3.687 hogares. Aproximadamente el 15 por ciento del país no fue incluido en el marco de la muestra debido al nivel de hostilidades en estas áreas a consecuencia de la guerra civil (ver REACH, 1989, Volúmenes I, II y Apéndices para detalles). Este análisis se limita a la conducta de búsqueda de ayuda de aquellas personas que reportaron haber tenido un accidente o haber estado enfermas en el período de las dos semanas previas a la entrevista.

2.1.1 El mercado urbano de beneficiarios del ISSS

El Cuadro No. 1-1 muestra las estadísticas de muestra de pacientes que viven en áreas urbanas y que son beneficiarios del ISSS. Más de dos tercios de las personas que autoreportaron haber estado enfermas se autotrataron la enfermedad. El 31,4 por ciento restante buscó atención médica formal. El 72 por ciento de aquellos que buscaron atención médica formal (23 por ciento de este segmento de la muestra) se dirigieron al ISSS; el 8,7 por ciento restante recurrieron a un proveedor del Sector Privado. Por lo tanto, los beneficiarios del ISSS mostraron una probabilidad de más de 2,5 veces de ir a una instalación del ISSS para recibir atención que recurrir al proveedor privado.

La persona promedio que autoreportó haber estado enferma o haber tenido un accidente en las dos semanas anteriores, era un beneficiario del ISSS y vivía en un área urbana, tenía 37 años de edad, del sexo femenino (53 por ciento) y había estudiado sólo un poco más allá de la educación primaria. El 66 por ciento de las personas del segmento de la muestra trabajaban y el 50 por ciento sufría de enfermedad respiratoria.

Los usuarios del ISSS entre este grupo en general parecieron haber estado más enfermos; reportaron haber pasado casi uno y uno y medio días en cama debido a enfermedad, más de tres veces el promedio entre los que se autoreportaron enfermos en este segmento de mercado. La cuota de usuario promedio cobrada por el ISSS a los usuarios fue cero. Los usuarios del ISSS pagaron un promedio de 2,3 colones por las medicinas y, en promedio, esperaron un poquito más de una a una y media horas en la instalación antes de ver a su proveedor de atención de salud, después de haber viajado casi una hora para llegar a las instalaciones.

No es de sorprender que los usuarios de instalaciones privadas gastaron considerablemente más en su atención de salud. En promedio pagaron 16,6 colones por una consulta y las medicinas requirieron un desembolso adicional de casi 31 colones. Sin embargo, el tiempo de espera promedio en las instalaciones privadas fue casi la mitad del de los usuarios del ISSS, 49 minutos. El tiempo de viaje para aquellos que visitaron proveedores privados fue casi idéntico al de los que fueron al ISSS. Los usuarios de instalaciones privadas provienen de las familias más acomodadas con un ingreso promedio (2 semanas) de 1.123 colones, lo que es 25 por ciento más del ingreso de los que usaron el ISSS.

El 68 por ciento de la muestra se autotrataron (la autoatención no incluye atención en una farmacia). Las personas que se autotrataron mostraron mayor probabilidad de estar menos enfermas (según se midió mediante días-cama y días de estancia en casa), mostraron mayor probabilidad de tener una afección respiratoria y eran un poquito mayores. Los hombres tenían mayor probabilidad de autotratarse.

2.1.2 El mercado urbano de los que no son beneficiarios del ISSS

El Cuadro 2-1 contiene información acerca de los que no son beneficiarios del ISSS que viven en áreas urbanas. Las personas que autoreportaron haber estado enfermas en este segmento de mercado mostraron mayor probabilidad de no buscar atención médica formal. En este mercado las personas que se autotrataron sumaron 15 por ciento más que los beneficiarios del ISSS de base urbana. El 17 por ciento que buscó atención médica formal estaban casi igualmente dividido entre el MSPAS y los proveedores privados. La edad promedio de las personas en este mercado es aproximadamente 26 años, con la excepción de los usuarios de unidades y puestos de salud del MSPAS que promediaron 19 años. Por lo menos en este mercado en particular, parecería que estas instalaciones del MSPAS de primera línea constituyen el mayor proveedor de atención para los niños.

Las personas que usan las unidades y puestos de salud también mostraron mayor probabilidad de reportar tener una enfermedad respiratoria y digestiva en comparación con todas las otras personas de este mercado (aquellas que usaban ya sea un hospital del MSPAS, un proveedor privado o se autotrataban). Los usuarios de las unidades y puestos de salud en áreas urbanas pagaron la cantidad más baja por su consulta y sus medicinas. También tenían el tiempo de viaje más corto, cerca de media hora, aproximadamente la mitad del de los usuarios de hospital, mientras que las personas que usaron los proveedores privados tenían un tiempo de viaje intermedio de 45 minutos.

Los que no eran beneficiarios del ISSS, habitantes de áreas urbanas que visitaron una unidad o puesto de salud, tenían un tiempo de espera promedio de dos y una y media horas; cerca de 15 minutos más que en un hospital del MSPAS. En contraste, el tiempo de espera en una clínica de un proveedor privado fue de una hora.

Los usuarios de las instalaciones privadas en este segmento de mercado son los de mayor edad y los con mayor nivel de educación entre los grupos estudiados.

2.1.3 El mercado rural

El Cuadro No. 3-1 contiene estadísticas descriptivas de los habitantes de áreas rurales que se autoreportaron enfermos. Las personas de este segmento de mercado fueron en mucho las con mayor probabilidad de autotratarse la enfermedad. Sólo el 12 por ciento buscó atención médica formal. Entre las personas del área rural enfermas, las mujeres mostraron mayor probabilidad de ir a instalaciones del MSPAS, especialmente hospitales. En la unidad/puesto de salud del MSPAS, las cuotas de usuario y costos de medicinas fueron las menos caras, pero sólo levemente más bajas que en los hospitales del MSPAS. En marcado contraste, las cuotas de consulta y costos de medicinas de usuarios del Sector Privado fueron 6 a 7 veces los niveles promedio del MSPAS. Aunque el tiempo de viaje es más corto para las unidades y puestos, el tiempo usado en viaje para obtener servicios de salud entre los habitantes de áreas rurales es generalmente largo para cualquier servicio seleccionado, particularmente en comparación con los tiempos de viaje de su contraparte urbana.

Las cuotas de consulta pagadas en las unidades y puestos de salud del MSPAS por los habitantes rurales son casi idénticas a las cuotas promedio pagadas por los que viven en áreas urbanas. Sin embargo, los habitantes de áreas rurales que visitaron unidades y puestos de salud del MSPAS en promedio pagaron 50 por ciento más por medicinas que los de áreas urbanas. De esta manera, los habitantes de áreas rurales que usan unidades y puestos de salud tienen un gasto total promedio de visitas médicas que de nuevo es un tercio mayor que el de los de áreas urbanas, aunque los ingresos de los habitantes de áreas rurales sólo son un quinto de los del área urbana. Por lo tanto, mientras que los desembolsos promedios de los habitantes de áreas urbanas para atención médica en las dos semanas anteriores asciende a 0.3 por ciento del ingreso del hogar, llega al 2.2 por ciento del ingreso familiar de los habitantes de áreas rurales.

Al mismo tiempo, los habitantes de áreas rurales tienen mucho más probabilidad de mencionar razones económicas para no buscar atención. Los del área rural que no obtuvieron una consulta médica y que citaron las barreras económicas como impedimento constituyeron el 9.0 por ciento de los habitantes de áreas rurales que se autoreportaron enfermos. Esto es casi el doble de las proporciones reportadas en los otros estratos geográficos del país; 5.7 por ciento de los residentes del Area Metropolitana de San Salvador que reportaron estar enfermos y 4.6 por ciento de los residentes de otras áreas urbanas (Cuadro No. 4.11, Gómez, AID-REACH, 1990). En conclusión, parece como si la combinación de cuota de usuario (consulta) y costos de medicinas pagados por los usuarios de unidades y puestos de salud del MSPAS son considerablemente mayores que el total combinado pagado por habitantes de áreas urbanas y constituyen una barrera sustancial para el acceso a la atención por parte de los habitantes de áreas rurales.

En el caso de usuarios de hospitales del MSPAS, los residentes urbanos pagan cerca de 50 por ciento más por cuotas de usuario y medicinas que los residentes de áreas rurales.

3 Resultados econométricos

3.1 Estructura de la presentación de los resultados

La discusión de cada uno de los 3 mercados se estructura de la misma manera. Primero se presentan los resultados del modelo de selección, resumiendo los resultados en dos cuadros. El primer cuadro contiene los coeficientes logit multinomial estimados y errores estándar para el segmento de mercado en particular.

También se identifica el significado estadístico de cada uno de los coeficientes. Se hará referencia a este conjunto de cuadros como las cuadros de "selección de proveedor".

El segundo cuadro contiene las probabilidades predichas de seleccionar un tipo en particular de proveedor (evaluado en los valores de mediana de las características de los individuos y proveedores). Hay uno de tales cuadros para cada uno de los tres mercados. Se hará referencia a este conjunto de cuadro como las cuadros de "probabilidad de selección". La porción superior de estos cuadros muestra cómo la proporción de personas (por ejemplo, las probabilidades predichas) que seleccionan a un proveedor en particular cambia a medida que una de las características de los individuos o una de las características de los proveedores cambia de valor. Cada línea en la porción superior del cuadro reporta cambios en las probabilidades predichas de seleccionar cada uno de las diferentes fuentes de proveedor como resultado de cambiar una de las características de un individuo o proveedor, mientras se mantiene constante el valor de todas las otras variables de la ecuación. Las nuevas probabilidades estimadas son generadas con base en el modelo ajustado.

El grado de precisión (es decir, el ajuste) del modelo se puede evaluar con dos medidas diferentes, la probabilidad logarítmica del modelo estimado y el grado de coincidencia entre el porcentaje que realmente selecciona a un proveedor en particular y el porcentaje predicho que seleccione a ese proveedor. La probabilidad logarítmica de cada ecuación se presenta en la parte inferior del cuadro de "selección de proveedor". En todos los casos las ecuaciones estimadas son significantes estadísticamente en más del 99 por ciento de nivel de confianza. Las selecciones reales y predichas están en las primeras dos líneas de la porción superior de cada una de los cuadros de "probabilidad de selección". El propósito principal de estos cuadros es demostrar el grado en que la selección de un tipo de proveedor es sensible a la variable en particular que está siendo alterada. Se hace referencia a este grado de sensibilidad como "elasticidad". El centro del análisis de elasticidades en este informe está en las elasticidades-precios monetarias y en menor grado en las elasticidades-precio de tiempo e ingresos.

Después de discutir los resultados de selección de proveedor, se discutirán los resultados sobre "cantidad demandada" (la regresión censurada o estimados tobit se presentan en el Anexo III para el lector interesado. Sólo las elasticidades-precio derivadas de estos estimados se discuten en el texto).

En la sección final, las dos elasticidades, selección de proveedor y cantidad demandada, se combinarán para proporcionar elasticidades de precios totales. El impacto de diversos cambios en precios monetarios del Sector Público será simulado para demostrar cómo se puede esperar que la introducción de cuotas de usuario alteren las selecciones de proveedores de atención de salud de los consumidores y la cantidad de atención que consumen.

3.2 Selección de proveedor

3.2.1 El segmento de mercado urbano beneficiario del ISSS

Como se puede ver en el Cuadro No. 2-1, todas las características de los proveedores están relacionadas con los costos económicos de obtener atención del proveedor en particular en cuestión, las cuales son estadísticamente insignificantes. Se podría inferir que las consideraciones económicas, es decir, costos monetarios, costos de tiempo de espera y tiempo de viaje, no constituyen obstáculos importantes para que los beneficiarios del ISSS obtengan atención, ya sea que tal atención se obtenga en el ISSS o de proveedores del Sector Privado.

En el Cuadro No. 2-1 se presentan los resultados de estimación de máxima probabilidad del modelo logit multinomial para pacientes externos en áreas urbanas que son beneficiarios del ISSS. La interpretación de los coeficientes no es particularmente intuitiva o completamente abierta: los coeficientes estimados son medidos en relación a la autoatención. Las características del proveedor son la cuota de usuario, costo de la medicina, tiempo de espera y tiempo de viaje. Todos los signos de las características del proveedor son estadísticamente insignificantes. Esto sugiere que cuando los pacientes son beneficiarios del ISSS, ni los costos monetarios (cuota de usuario y costo de medicina) ni el costo de tiempo de oportunidad (tiempo de espera y de viaje) constituyen influencias importantes en la selección de un tipo de proveedor en este segmento de mercado.

Varias de las características del individuo, edad, sexo, ingreso, duración de la enfermedad y tipo de la enfermedad, tienen coeficientes significativos estadísticamente hablando para algunos proveedores. Por ejemplo, en relación a la autoatención, la edad tiene un efecto positivo en la selección de varios tipos de proveedor. En otras palabras, las personas mayores tienen mayor probabilidad de buscar tratamiento formal.

El coeficiente de ingresos negativo para la selección del ISSS significa que para los beneficiarios del ISSS, en relación al autotratamiento, los proveedores del ISSS son un bien inferior. A medida que el ingreso aumenta (siendo otras cosas iguales) y pueden "comprar" más atención, los beneficiarios del ISSS obtienen menos cobertura del ISSS, lo que sugiere que compran más cobertura privada. (Aunque el coeficiente de ingresos en la ecuación de proveedor privado es positivo, no es estadísticamente significativo.) Otros componentes interesantes del perfil de los beneficiarios del ISSS es que ellos tienen mayor probabilidad de (1) autotratarse las enfermedades respiratorias, y (2) dirigirse a los proveedores del ISSS para enfermedades digestivas y accidentes, mientras que (3) van a proveedores privados para problemas más serios según lo indica el hecho de que se habían quedado en casa por lo menos un día en las dos semanas previas. Este perfil compuesto sugiere que los beneficiarios del ISSS consideran que el Sector Privado proporciona atención de mayor calidad.

Los hallazgos de los resultados de "probabilidad de selección" para los residentes urbanos con cobertura del ISSS se presentan en el Cuadro No. 3-1. Estos revelan lo siguiente:

Edad — La edad de una persona tiene un efecto positivo en la decisión para buscar atención. En particular, las personas de edad tienen mayor probabilidad de buscar atención formal ante un problema de salud. A la edad de 15 años, la probabilidad de que una persona se autoatienda es del 74,81 por ciento, mientras que a los 37 años de edad es del 69,85 por ciento. Las personas jóvenes podrían tener un costo de tiempo de oportunidad más alto. La edad también afecta la selección del proveedor, donde las personas de mediana edad muestran una preferencia marcada por el ISSS.

Sexo — Es más probable que las mujeres busquen atención que los hombres. La probabilidad de autotratarse es del 79,39 por ciento para los hombres, mientras que es del 69,86 por ciento para las mujeres. Entre los proveedores de atención de salud, es más probable que las mujeres escojan al ISSS.

Educación — El nivel de educación formal de la persona tiene un efecto positivo en la probabilidad de buscar atención, lo que sugiere que los que tienen mayor nivel educativo le dan más valor al tratamiento. Entre los proveedores, los que tienen mayor educación escogen al ISSS.

Situación de trabajo Hay mayor probabilidad de que las personas que no están trabajando decidan autoatenderse (77,85%) y menos probabilidad de que vayan al ISSS (18,90).

Enfermedad En relación a enfermedades digestivas, se encontró que sólo el 49 por ciento se trataron en casa.

Ingreso A medida que el ingreso aumenta de 400 a 800 colones, la probabilidad de que un beneficiario del ISSS seleccione a un proveedor del ISSS declina, reflejando de nuevo el hecho de que para los beneficiarios del ISSS, los proveedores del ISSS son un bien inferior; a medida que los ingresos suben, prefieren usar más la autoatención así como más proveedores privados.

3.2.2 El segmento de mercado urbano que no es beneficiario del ISSS

En el Cuadro No. 2-2 se presentan resultados de estimado de probabilidad máxima del modelo logit multinomial para residentes urbanos que no son beneficiarios del ISSS. Los pacientes enfrentan cuatro alternativas: hospital del MSPAS, unidad o puesto de salud del MSPAS, proveedor privado y la autoatención. Todos los coeficientes de las características del proveedor son negativos y altamente significativos estadísticamente. Esto implica que la probabilidad de que las personas buscarán atención fuera del hogar de cualquier proveedor disminuye con el aumento en cuotas de usuario, altos costos de las medicinas, mayor tiempo de viaje y mayor tiempo de espera en la clínica del proveedor; es decir, que estos costos económicos son determinantes importantes para la selección de un proveedor para residentes urbanos que no son beneficiarios del ISSS.

Para las características individuales, la edad, ingresos del hogar, duración de la enfermedad y tipo de enfermedad tienen coeficientes estadísticamente significativos en la mayoría de las ecuaciones de proveedores individuales. Por ejemplo, el ingreso tiene un efecto positivo en la selección de unidad/puesto de salud del MSPAS e instalaciones privadas, pero un coeficiente negativo en la ecuación de hospital del MSPAS.

En relación a la autoatención, la edad tiene un efecto negativo en la selección de proveedores: hay mayor probabilidad de que las personas mayores se autotraten. Como lo muestra el cuadro de "probabilidad de selección", Cuadro No. 2-3, hay mayor probabilidad de que las personas más jóvenes busquen atención formal en la presencia de un problema de salud que otras categorías de edades. A los 20 años de edad, la probabilidad de una persona de atenderse a sí misma es del 84,77 por ciento, mientras que a los 40 años de edad esta probabilidad es de alrededor del 86,22 por ciento. La edad también afecta la selección de proveedor, donde las personas más jóvenes muestran una marcada preferencia por la unidad/puesto de salud del MSPAS y las personas mayores muestran una preferencia por el proveedor privado.

Entre otros hallazgos del Cuadro No. 2-3 están:

Ingreso Las personas de familias más acomodadas buscan más atención formal, y entre las opciones de atención formal, se prefieren las instalaciones privadas. El mayor ingreso resulta en casi ningún cambio en la probabilidad de seleccionar un hospital del MSPAS para atención, y realmente resulta en una reducción en la selección de una unidad o puesto de salud del MSPAS. Al igual que el caso con la selección de los proveedores del ISSS por parte de los beneficiarios del ISSS, las unidades/puestos de salud del MSPAS son inferiormente buenos. Cuando el ingreso aumenta, una mayor número de personas no selecciona estas instalaciones.

En lugar de eso, menos personas las escogen, optando por otros tipos de proveedor de mayor calidad. A medida que el ingreso aumenta, siendo otras cosas iguales, el único tipo de proveedor que se escoge más a menudo es el proveedor privado.

Educación El nivel de educación formal de la persona tiene un efecto positivo en la probabilidad de buscar atención. Los que tienen mayor educación tienen mayor probabilidad de escoger instalaciones privadas y los con menor educación tienen mayor probabilidad de escoger una unidad/puesto de salud del MSPAS. Al igual que con el ingreso, cuando los niveles de educación aumentan, siendo otras cosas iguales, el único tipo de proveedor escogido más a menudo es el proveedor privado.

Situación de trabajo Hay mayor probabilidad de que las personas que están trabajando se traten a sí mismas.

La porción inferior del Cuadro No. 2-3 muestra cómo los cambios en cuotas de usuario, el costo de las medicinas, tiempo de viaje y tiempo de espera en el hospital del MSPAS y en la unidad/puesto de salud del MSPAS tienen un efecto en la probabilidad de buscar atención profesional y la selección del proveedor. Un aumento en las cuotas de usuario de 2 a 10 colones en hospitales del MSPAS resulta en una disminución de pacientes que seleccionan los hospitales del MSPAS para atención. El 2,04 por ciento que habrían seleccionado al MSPAS cuando las cuotas de usuario eran de 2 colones, se reduce en casi 30 por ciento a 1,37 por ciento. El grueso de estas personas (88 por ciento de ellas) son sacadas del mercado de atención formal por completo, a medida que el porcentaje que busca autoatención aumenta en 0,59 porciento llegando a 85,36 por ciento. El 0.08 por ciento restante de personas se divide igualmente en la selección cambiando a una unidad/puesto de salud del MSPAS o atención privada.

Cuantificando estos cambios con el número real de personas involucradas en la muestra[20] podría facilitar la comprensión de los movimientos y magnitudes relativas de los cambios involucrados. Las 3.838 personas que eran residentes urbanos sin cobertura del ISSS y quienes autoreportaron haber tenido un accidente o haber estado enfermos en los últimos 14 días hicieron las siguientes selecciones iniciales de proveedor y respondieron a un aumento del 400 por ciento en cuotas de usuarios de hospital. La siguiente sección detalla estos resultados.

[20] No pudimos desarrollarlos por sus factores de ponderación para proporcionar estimados representativos a nivel nacional, porque las ponderaciones no estaban disponibles al momento de este reporte.

- **El impacto en la selección de proveedor en el segmento de mercado urbano que NO es beneficiario del ISSS de un aumento en la cuota de consulta promedio de hospital del MSPAS de 2 a 10 colones**

Cuadro No. 20

CAMBIOS EN SELECCIÓN DE PROVEEDOR COMO RESULTADO DE AUMENTO EN CUOTAS DE USUARIO DE HOSPITAL DE 2 A 20 COLONES

	Selecciones iniciales		Selecciones subsiguientes
Hospital del MSPAS	78	reducción de 26	52
Unidades y Puestos del MSPAS	245	aumento de 2	247
Privado	261	aumento de 2	263
Autotratamiento	3254	aumento de 22	3276
Total	3838	26 personas (0,68%) cambiaron su selección de proveedor	3838

Debe ser evidente que los cambios de conducta impulsados por este aumento proporcional y sustancial en los precios de hospital (400 por ciento) son muy modestos (99.32% de las personas de este segmento de mercado no cambiaron su selección de proveedor), revelando que las elasticidades-precio en este segmento de mercado son muy bajas -- es decir, la selección de un proveedor por parte de las personas en este segmento de mercado es muy insensible a los cambios de precios.

Sin embargo, al mismo tiempo se debe recordar que el aumentar la cuota de usuario promedio de paciente externo de hospital de 2 a 10 colones aumentaría en 5 veces las entradas por cuota de usuario de los hospitales, lo que anualmente rendiría 12 millones de colones adicionales. Esta suma constituye aproximadamente el 11 por ciento del costo en que incurren los hospitales para proporcionar estos mismos servicios de paciente externo (los servicios de paciente externo consumen el 40 por ciento de los costos de operación de hospitales de acuerdo con Gómez, Clapp & Mayne, 1992, Volumen I, página 38). Si a los hospitales se les asegurara que podrán retener el control de este dinero, el mismo se podría usar para comprar medicinas adicionales y otros suministros, aumentando por consiguiente la calidad de servicios proporcionados. Esto, a su vez, probablemente haría que la elasticidad de precios de la selección de demanda/proveedor fuera más inelástica. (Es importante notar que en este escenario de aumentar la cuota promedio, se asume implícitamente que la misma proporción de la población que actualmente está exonerada de pagar por la atención de paciente externo en hospitales, cerca del 20 por ciento, continuaría exenta de pago).

Si, en lugar de cambiar las cuotas de usuario de hospital hubiera un aumento en las cuotas de usuario de dos colones en las unidades/puestos de salud del MSPAS, siendo otras cosas iguales, habría una disminución de pacientes de unidades/puestos de 2,06 puntos porcentuales (6,39-4,33). La elasticidad de precios de escoger

una unidad/puesto de salud del MSPAS es sustancialmente mayor que la de un hospital del MSPAS. Sin embargo, el valor absoluto de esa elasticidad es muy bajo; los patrones de conducta de las personas no cambian mucho como resultado de un cambio proporcionado sustancial en el precio de unidades/puestos. La mayor parte del impacto del aumento en el precio de la unidad/puesto se vería en un aumento en el número de personas que se autotratarían; el aumento de precios efectivamente les sacaría del mercado de atención formal.

Es interesante notar que el aumento en el precio de la unidad/puesto también reduciría el uso de los hospitales del MSPAS. Esto implica que las unidades/puestos de salud del MSPAS y los hospitales del MSPAS se complementan entre sí: es decir, un número sustancial de personas que usan las unidades/puestos también usan los hospitales del MSPAS. Esto es evidencia de una estructura piramidal del funcionamiento del MSPAS como el sistema de referencia que se pretendía que fuera. Se proporciona mayor evidencia de esta relación por el hecho de que el aumento en el precio de hospitales del MSPAS no disminuye la selección de las unidades/puestos de salud del MSPAS, sino que resulta en un leve aumento en el uso de unidades/puestos de salud. Por lo tanto, mientras que los hospitales son complementos de unidades/puestos, las unidades/puestos son sustitutos de los hospitales.

- **El impacto en la selección de proveedor en el segmento de mercado urbano que NO es beneficiario del ISSS de un aumento en la cuota de consulta promedio de Unidad/Puesto de Salud del MSPAS de 2 a 10 colones**

Cuadro No. 21

CAMBIOS EN SELECCIÓN DE PROVEEDOR COMO RESULTADO DE AUMENTO EN CUOTAS DE USUARIO URBANO DE UNIDAD/PUESTO DE 2 A 10 COLONES

	Selecciones iniciales		Selecciones subsiguientes
Hospital del MSPAS	78	reducción de 1	77
Unidad/Puesto del MSPAS	245	reducción de 79	166
Privado	261	aumento de 6	267
Autotratamiento	3254	aumento de 74	3328
TOTAL	3838	80 personas (2.08%) cambiaron su selección de proveedor	3838

Un aumento en el costo de las medicinas de 0 a 10 colones en los hospitales del MSPAS resultaría en una disminución del 0,3 por ciento de pacientes que van a los hospitales del MSPAS en busca de tratamiento[21]. Una disminución dramática en el tiempo de espera en los hospitales del MSPAS, de 120 a 30 minutos, aumentaría el número de pacientes que buscarían los hospitales del MSPAS en un exiguo 1,06 puntos porcentuales. Ambas elasticidades, al igual que las dos elasticidades-precio analizadas anteriormente, son muy bajas; en su mayor parte, la selección de proveedor de atención de salud de las personas es relativamente insensible a los cambios en las cuatro características de la atención evaluada en este estudio (precio monetario, costo de medicinas, tiempo de espera y tiempo de viaje). El Cuadro No. 2-5 muestra todas las elasticidades propias y elasticidades-precio cruzadas de la probabilidad de seleccionar a un proveedor en particular. Con una excepción, todas las elasticidades son bajas. La excepción es la elasticidad de tiempo de espera; las personas son más sensibles a los cambios en el tiempo de espera en las instalaciones del MSPAS, y particularmente en unidades/puestos de salud.

Si el tiempo de espera promedio en una unidad/puesto de salud se pudiera reducir a un cuarto de su tamaño actual, de 2 horas a media hora, esto resultaría en un aumento del 48 por ciento en el número de personas que seleccionarían una unidad/puesto de salud para su atención de salud. El porcentaje del mercado urbano que no es beneficiario del ISSS que escogería una unidad/puesto de salud del MSPAS aumentaría del 6,39 por ciento a 9,46 por ciento. Este aumento se sacaría de los tres otros tipos de proveedores en este segmento de mercado. La porción más pequeña del aumento (2 por ciento) se sacaría de los hospitales del MSPAS y otro 7,5 por ciento habría seleccionado anteriormente a los proveedores del Sector Privado. El mayor grueso del aumento en personas que usan unidades/puestos (91 por ciento) vendría de personas que previamente no habrían entrado en el mercado de atención de salud para nada, pero que en lugar de eso se habrían autotratado. Entre el mercado urbano de beneficiarios que no son del ISSS, el reducir el tiempo de espera en estas instalaciones de primera línea sería la manera más efectiva de aumentar el acceso a la atención.

3.2.2 El segmento de mercado rural

En el Cuadro No. 3-2 se presentan los estimados de máxima probabilidad del modelo logit multinomial para pacientes externos en áreas rurales. Los coeficientes para cuotas de usuario, tiempo de espera y tiempo de viaje son todos negativos (aunque no significativos estadísticamente) implicando que la probabilidad de que las personas en áreas rurales buscarán atención fuera del hogar es influenciada negativamente por estas consideraciones económicas. A medida que el nivel de cualquiera de estas 3 variables aumenta, la probabilidad de obtener atención formal cae.

Existe evidencia de que hay más probabilidad de que las personas de las áreas rurales busquen los hospitales del MSPAS a medida que la gravedad de una enfermedad (según se mide mediante días-cama o el número de días que la persona se quedó en casa) aumente. Lo que es más, hay un mayor aumento en la probabilidad de que las personas se dirigirán al Sector Privado en el grado en que la gravedad de una enfermedad (según lo estimado por el número de días que la persona se quedó en casa) aumente. Dada la ausencia de tal relación en la ecuación unidad/puesto de salud, se podría inferir que las unidades/puestos de salud del MSPAS son buscadas para las enfermedades menos graves, y que los hospitales y los proveedores privados son buscados con mayor frecuencia cuando el problema de salud se vuelve más grave y requiere una mayor capacidad resolutiva de la enfermedad. Esto es mayor evidencia de que los salvadoreños usan la estructura piramidal de referencia del MSPAS según se pretendía.

---

[21] Debido a que el valor mediano del costo real de la medicina en todas las instalaciones es cero, la probabilidad actual predicha se evalúa en 0,5 colones.

La porción superior de el Cuadro No. 3-3 muestra cómo los cambios en las características individuales y de hogares afectan la probabilidad de seleccionar una fuente de atención en particular. La porción inferior del mismo cuadro muestra cómo los cambios en las consideraciones económicas relacionadas con cada posible selección de proveedor afectan la probabilidad de seleccionar una fuente de atención en particular. Los principales hallazgos son los siguientes:

Edad — La edad de una persona tiene un efecto negativo en la decisión para buscar atención. En particular, las personas más jóvenes que reportan estar enfermas tienen relativamente mayor probabilidad de buscar atención formal. La edad también afecta la selección del proveedor. Las personas más jóvenes demuestran una preferencia marcada por las unidades/puestos de salud del MSPAS, mientras que las personas mayores tienen una preferencia decidida por los proveedores privados.

Sexo — La probabilidad de autotratarse es mayor entre los hombres que entre las mujeres. Entre las personas que seleccionan un proveedor de atención formal, las mujeres prefieren las instalaciones del MSPAS.

Ingreso — Las personas que viven en hogares más acomodados buscan más atención formal y tienen mayor probabilidad de seleccionar a un proveedor del Sector Privado.

Situación de trabajo — Hay mayor probabilidad de que las personas que están trabajando se autotraten.

Educación — El nivel de educación de una persona está positivamente relacionado con la probabilidad de su autotratamiento. Entre aquellos que escogen un proveedor de atención formal, a medida que el nivel de educación de la persona aumenta, la probabilidad de que vaya a un proveedor del Sector Privado aumenta.

Las elasticidades-precio monetarias de la selección de probabilidad se presentan en el Cuadro No. 3-4. Todas las elasticidades de precios propios y cruzados son bajos y todos los tres tipos de proveedores se sustituyen uno al otro. El cuadro de abajo cuantifica el impacto de un aumento cinco veces mayor en el precio promedio de una cuota de consulta en un hospital del MSPAS de la selección de proveedor de un residente rural que se autoreporta enfermo. Como se puede ver fácilmente, sólo un pequeño porcentaje (1,2 por ciento) de las personas cambian su conducta. La mayor parte de personas que cambian se ven forzadas a salirse del mercado formal debido al incremento en precio.

En el siguiente cuadro, el impacto sobre la selección del proveedor de un aumento de cinco veces en la cuota de usuario en las unidades/puestos se cuantifica para este segmento del mercado rural. Mientras que la probabilidad de selección es más sensible al cambio de precio en las unidades/puestos relativa a los hospitales, la elasticidad-precio monetaria es muy baja. Unicamente un 2,06 por ciento de las personas cambian su comportamiento en respuesta a este dramático aumento en el precio de las unidades/puestos. Al igual que en el caso de los hospitales, aquí también la mayor parte del aumento (94 por ciento) está en el número de personas que, posteriormente al aumento de precio no entran al mercado de atención formal.

- **El impacto de la selección de proveedor en el segmento de mercado rural de un aumento en la cuota de consulta promedio de los hospitales del MSPAS de 2 a 10 colones**

Cuadro No. 22

CAMBIOS DE SELECCIÓN DE PROVEEDOR COMO RESULTADO DE AUMENTO EN CUOTAS DE USUARIO DE HOSPITAL RURAL DE 2 A 10 COLONES

	Selecciones iniciales		Selecciones subsiguientes
Hospital del MSPAS	100	reducción de 35	65
Unidad/Puesto del MSPAS	177	aumento de 2	179
Privado	108	aumento de 1	109
Autotratamiento	2618	aumento de 32	2650
TOTAL	3003	35 personas (1.2%) cambiaron su selección de proveedor	3003

- **El impacto de la selección de proveedor en el segmento de mercado rural de un aumento en la cuota de consulta promedio de los hospitales Unidades/Puestos del MSPAS de 2 a 10 colones**

Cuadro No. 23

CAMBIOS EN SELECCIÓN DE PROVEEDOR COMO RESULTADO DE AUMENTO EN CUOTAS DE USUARIO RURAL DE UNIDAD/PUESTO DE 2 A 10 COLONES

	Selecciones iniciales		Selecciones subsiguientes
Hospital del MSPAS	100	aumento de 2	102
Unidad/Puesto del MSPAS	177	reducción de 62	115
Privado	108	aumento de 2	110
Autotratamiento	2618	aumento de 58	2676
Total	3003	62 personas (2,06%) cambiaron su selección de proveedor	3003

4 Elasticidades-precio totales de demanda del MSPAS

La elasticidad-precio total consiste del impacto total de cambio en precio sobre la cantidad demandada. Como ya se dijo anteriormente, la demanda de atención de salud curativa es un proceso secuencial de toma de decisiones. Una vez que un individuo se ha enfermado o ha tenido un accidente, el individuo debe determinar qué hacer al respecto, si buscar ayuda y en dónde. Los precios monetarios y de tiempo que un individuo debe pagar para obtener atención se hipotetizan para influir en esa decisión. Por extensión un cambio en el precio en una o más de las opciones de proveedor disponibles probablemente afectarán esa decisión. El grado de sensibilidad de las alternativas de un individuo al cambio de precio está determinado por la elasticidad-precio de la probabilidad de selección.

Si un individuo ha entrado al mercado formal y ha visto a un proveedor, debe tomar una segunda decisión: ¿cuánta atención y cuantas consultas debe recibir él o ella? Aquí de nuevo se asume que los precios monetarios y el tiempo de los diferentes proveedores influyen en esta decisión y un cambio en el precio de una o más opciones disponibles para el proveedor probablemente afectarán esta decisión. El grado de sensibilidad de las alternativas individuales del nivel de atención a recibir está determinado por la elasticidad-precio de la cantidad demandada. La elasticidad-precio total es el impacto total de un cambio en el precio sobre el número de consultas de un tipo de proveedor particular demandado, que será el resultado de la probabilidad de cambio de selección del proveedor junto con el cambio en el nivel de uso de ese proveedor. La discusión se toma ahora en un análisis de la elasticidad total de demanda para los proveedores del MSPAS.

El cuadro que se presenta abajo muestra la elasticidad de los precios monetarios de demanda en cada uno de los tres segmentos de mercado derivados de las estimaciones de regresión Tobit de la cantidad de consultas demandadas condicionales de la selección del tipo de proveedor particular identificado.

Cuadro No. 24

ELASTICIDADES-PRECIO MONETARIAS DE LA DEMANDA CONDICIONADAS POR LA SELECCIÓN DEL TIPO DE PROVEEDOR IDENTIFICADO

	ISSS	Privado	Hospital del MSPAS	Unidad/Puesto MSPAS
Urbano, ISSS	---	-0,0113		
Urbano, No Beneficiario ISSS		-0,0100	-0,0019	-0,0082
Rural		-0,0365	-0,0154	-0,0010

Las elasticidades de precios monetarios son muy pequeñas, o sea que cambiar el precio monetario de las consultas tiene un impacto muy pequeño sobre la cantidad de las consultas demandadas de cualquiera de los tipos de proveedores en todos los segmentos del mercado.

El cuadro de abajo presenta el impacto total pronosticado sobre la cantidad de los servicios de consulta externa curativa del MSPAS demandadas, que resultan del aumento en la cuota de consulta promedio de 2 a 10 colones. (Aquí se han analizado únicamente las elasticidades de precio propio). La base para estas estimaciones es el número de personas en cada uno de los segmentos de mercado; para el mercado de no beneficiarios del ISSS n=3838, para el mercado rural n=3003.

Cuadro No. 25

IMPACTO TOTAL ESTIMADO EN LA CANTIDAD DE SERVICIOS DEMANDADOS DE PROVEEDORES DEL MSPAS DE UN AUMENTO EN LA CUOTA PROMEDIO DE CONSULTA DE 2 A 10 COLONES

A un precio inicial de 2 colones				Después del aumento de precio a 10 colones		
Instalación	Número de personas	Consultas promedio por Persona	Total	Número de personas	Consultas promedio por persona	Total
En el segmento de mercado urbano de los no beneficiarios del ISSS						
Hospital del MSPAS	78	1,033	81	53	1,026	54
Unidad/Puesto MSPAS	245	1,091	268	166	1,0491	174
En el segmento de mercado rural						
Hospital del MSPAS	100	1,015	102	65	0,946	61
Unidades/Puestos MSPAS	177			115		

Las elasticidades-precio totales (arc) de demanda para los residentes urbanos evaluadas entre 2 y 10 colones son: 0,083 para los hospitales del MSPAS y 0,088 para las unidades/puestos del MSPAS. La elasticidad-precio total de demanda para los residentes rurales es del 0,1 para los hospitales del MSPAS. Desafortunadamente, al momento de escribir este informe, el número pronosticado de consultas en las unidades/puestos del MSPAS para los residentes rurales no estaba disponible, lo que impidió que se calculara esta elasticidad de precio total. Como se evidencia en este cuadro, gran parte del impacto de cambio en las cuotas está asociado con los cambios en el número de personas que escogen un tipo particular de proveedor, con cambios en la cantidad promedio de servicios demandados de cada persona en el mercado dando cuenta en toda instancia de menos del 10 por ciento. Por lo tanto, el impacto principal de un aumento en el precio de las consultas del MSPAS es sacar a las personas completamente del mercado formal (la mayoría de las cuales actualmente se autotratan), pero, otra vez, la magnitud de la elasticidad es muy pequeña. Una porción relativamente pequeña de personas cambia su comportamiento de búsqueda de atención en respuesta a aumentos de precios sustanciales los que han sido simulados aquí.

III HALLAZGOS, ASUNTOS PRINCIPALES, RECOMENDACIONES E IMPLICACIONES POLITICAS

1 Hallazgos

Aquí el enfoque está en los hallazgos relacionados con el MSPAS. La discusión enfatizará los segmentos de no beneficiarios del ISSS del área urbana y del mercado rural. Primero, yuxtaponemos los hallazgos de estos dos segmentos de mercado.

Las determinates para decidir si autotratarse o no son similares en estos dos segmentos de mercado. El ser del sexo masculino, pobre y anciano está relacionado positivamente con la selección de decidirse por el autotratamiento en ambos mercados, aunque la magnitud o importancia de la relación varía considerablemente. Por ejemplo, un aumento fijo en el ingreso da como resultado una mayor reducción en el autotratamiento en las áreas rurales que en las urbanas, lo que sugiere que el ingreso es una barrera mucho más importante para el acceso a la atención en las áreas rurales. Esto no es de sorprender en vista del nivel sustancialmente más bajo de ingresos promedio per cápita en las áreas rurales en comparación con las áreas urbanas: 717 en comparación con 387 colones, respectivamente. No obstante, la elasticidad de ingreso para decidirse por el autotratamiento no es considerable.

Existen 5 variables económicas -ingreso, precio monetario de la consulta, costo monetario de las medicinas, precio del tiempo de viaje y tiempo de espera- para cada una de las tres ecuaciones de proveedor formal en cada uno de los tres diferentes mercados. El total de las 45 variables económicas, con la única excepción del tiempo de espera en la ecuación unidad/puesto del MSPAS dentro del segmento del mercado rural, han demostrado ser inelásticas y generalmente altamente inelásticas. Debe concluirse entonces que las consideraciones económicas no juegan un papel muy importante en la toma de decisiones en cuanto a dónde recibir atención de salud.

El papel de los atributos individuales o de hogar como determinantes para la selección de un proveedor privado, son cualitativamente iguales en estos dos segmentos de mercado. En ambos segmentos de mercado, la edad, ingreso, educación y el ser del sexo masculino están positivamente relacionados con la selección de un proveedor privado. El papel de una sola de las características individuales como determinante de autotratamiento varía dependiendo del segmento de mercado. La educación juega un papel cualitativamente diferente en las áreas rurales en comparación con las áreas urbanas. En las áreas rurales el aumento en educación esta positivamente asociado con el autotratamiento, mientras que en las áreas urbanas se asocia negativamente.

De manera similar, en el caso de escoger una unidad/puesto del MSPAS, sólo una característica del hogar, o sea el ingreso, juega un papel fundamentalmente diferente en los segmentos de mercado rural y urbano. Mientras que en el área rural el aumento en el ingreso resulta en un aumento en la probabilidad de seleccionar una unidad/puesto relativa al autotratamiento, en el mercado urbano resulta en una disminución. En las áreas urbanas, entre aquellos que no son beneficiarios del ISSS, únicamente los más pobres utilizan las unidades/puestos del MSPAS. Podría ser que el MSPAS desempeñe una buena labor en cuanto a la práctica de discriminación de precios y que los muy pobres en las áreas urbanas no sólo están exentos de pago sino que con mayor probabilidad recibirán medicinas gratis, que de otra manera posiblemente no podrían costearse. A medida que aumentan sus ingresos podrían costear mejor su autotratamiento, o sea, comprar medicinas y optar por los demás desembolsos asociados con la atención recibida en las unidades/puestos (estos otros desembolsos consisten de las cuotas de consulta, y probablemente más importante aun, los precios asociados con el tiempo de espera y de viaje).

Es únicamente en la selección de un hospital del MSPAS que el papel de las características individuales o de hogar varían sustancialmente a través de ambos mercados. En las áreas rurales el aumento en la educación e ingresos está asociado con un aumento en la probabilidad de seleccionar un hospital del MSPAS, mientras que a medida que aumenta la edad se espera que las personas escojan menos el hospital (aumenta la probabilidad de autotratamiento o de escoger a un proveedor privado. En contraste, en el mercado urbano la dirección de todas estas tres relaciones es contraria. En las áreas rurales la atención recibida en el hospital se ve como que viene a sustituir la atencion recibida en la unidad/puesto; constituye una decisión de tomarla o no, probablemente debido en gran medida a las consideraciones relacionadas con el viaje. Por el contrario, en las áreas urbanas las personas van primero a la unidad/puesto y ven al hospital como una fuente de atención complementaria y a la que se recurre cuando no se han logrado resultados satisfactorios en la unidad/puesto.

Resumiendo, los hallazgos principales del estudio incluyen:

1 El sistema del MSPAS está siendo utilizado como un sistema piramidal de referencias con instalaciones de "primera línea" (unidades y puestos) utilizadas para resolver problemas leves de salud y las personas van a los hospitales del MSPAS para tratar problemas más graves.

2 Cuando los precios en las unidades/puestos suban será menos probable que los escojan para recibir atención y la probabilidad de seleccionar un hospital del MSPAS también baje, o sea que, los hospitales del MSPAS son complemento de las unidades/puesto. Esto sugiere que las personas que utilizan las unidades/puesto del MSPAS también utilizan los hospitales del mismo. Este hallazgo aunado al hecho de que la probabilidad de utilizar los hospitales cae menos que la probabilidad de utilizar las unidades/puestos a medida que los precios de estos últimos aumenten implica que los hospitales están siendo utilizados para lo que fueron creados en la medida en que la fuente de atención buscada cuando las instalaciones de "primera línea" resultan inadecuadas para resolver el problema o cuando el problema es serio.

3 En las áreas urbanas las unidades/puestos del MSPAS son bienes de calidad inferior, al contrario de las áreas rurales, o sea, que a medida que el ingreso promedio del hogar de un individuo aumenta, resulta menos probable que este individuo busque una unidad/puesto en lugar de ir al hospital o al Sector Privado. En este caso, un ingreso mayor no aumenta la probabilidad de que el individuo escoja una unidad/puesto en virtud de verse menos limitado de dinero. Más bien el individuo opta por comprar una atención de mejor calidad.

4 Las elasticidades-precio hospitalarios de probabilidad de selección son mayores que las elasticidades de unidades y puestos, y las unidades y puestos sustituyen al hospital. Por lo tanto, si hay aumentos de precios iguales tanto en los hospitales del MSPAS como en las unidades/puestos del mismo esto resultará en las reducción de la probabilidad de ir a los hospitales del MSPAS, y en el aumento de la probabilidad de ir a los puestos o unidades. Entonces, al fijar precios iguales o relativamente más altos en todas las instalaciones del MSPAS se evitará este fenómeno de sustitución.

5 Las elasticidades de los habitantes del área rural son generalmente mayores que las del área urbana y los primeros tienen mayor probabilidad de autotratar sus enfermedades. Aumentos de precio iguales en la atención del MSPAS a nivel rural y urbano resultarán proporcionalmente en que un mayor número de habitantes del área rural cambien su selección del tipo de proveedor en comparación con los del área urbana y en que proporcionalmente un mayor número de habitantes del área rural se salga del mercado de atención formal (autotratamiento) en comparación con los habitantes del área urbana. Esto parece sugerir que para tener el mismo impacto sobre la probabilidad de entrar al mercado de atención formal y sobre

la selección de un tipo de proveedor particular, que los niveles de precio urbanos (o cambios en los mismos) deben de ser relativamente más altos que los niveles de precio rurales.

6 El impacto principal de un cambio en el precio monetario sobre la cantidad de servicios demandados es sobre los cambios en la decisión del tipo de proveedor, y no sobre la cantidad de servicios demandados ya que la persona ha decidido entrar al mercado formal. La selección del proveedor da cuenta de más del 90 por ciento del cambio en la demanda de servicios.

2 Asuntos principales

Percepciones comunitarias

1 Muchas comunidades salvadoreñas carecen efectivamente de cobertura de Atención de Salud Primaria, incluyendo cantones rurales así como comunidades urbanas marginales. Dentro del asunto de cobertura se incluye el tiempo de viaje a una instalación de salud, que actualmente promedia más de 1 hora en las áreas rurales, y la ausencia en muchas comunidades de un proveedor de atención de salud de primera línea (promotores de salud, parteras, enfermera o auxiliar de enfermería en el puesto de salud) que pueda resolver problemas de salud a nivel de la comunidad.

2 El actual sistema de entrega de servicios básicos de salud es inapropiado para lograr una cobertura universal de Atención Primaria de Salud.

3 Existe una inadecuada capacidad a nivel local para la entrega de servicios básicos de salud de alta calidad. Los aspectos inadecuados se encuentran en las áreas de personal apropiadamente capacitado, equipo apropiado y bien mantenido, incentivos para el personal, sistemas gerenciales y un débil sistema de referencia y apoyo entre los promotores y el siguiente nivel de salud comunitaria (personal diestro en los puestos y unidades de salud)

4 Los miembros de la comunidad en general no le dan valor a la atención primaria de salud. Los miembros de la comunidad tienden a subestimar el papel que los promotores de salud y parteras pueden jugar en la procuración de atención básica de salud, y tienden a sobrevaluar el papel de los medicamentos y médicos.

5 Las farmacias no se incluyen en las estrategias de Atención Primaria de Salud y consecuentemente hay una tendencia entre los propietarios de farmacias a enfatizar los tratamientos más rentables en términos económicos, en lugar de aquellos que podrían ser los más apropiados médicamente y apoyarían el modelo de Atención Primaria de Salud.

6 Los residentes de comunidades urbanas marginales experimentan una falta similar de acceso a servicios de salud básica de calidad al igual que sus contrapartes de comunidades rurales pobres.

Demanda

1 Los usuarios de unidades y puestos en el área rural tienen un total promedio de gastos por visitas médicas un tercio más alto que el de sus contrapartes del área urbana a pesar que el ingreso de los habitantes del área rural es una quinta parte del ingreso de los habitantes urbanos. De allí que los desembolsos del ciudadano promedio del área urbana por atención médica en las últimas dos semanas asciende al 0,3 por ciento de su ingreso; en el área rural esto resulta en un 2,2 por ciento del ingreso del hogar.

1.1 Al mismo tiempo, los habitantes del área rural tienen una probabilidad mucho mayor de citar razones del tipo económico para no hacer uso de la atención. Las personas del área rural que no recibieron consultas médicas y dieron razones económicas fueron el 9,0 por ciento de los habitantes del área rural que se autoreportaron enfermos. Esta cifra es casi el doble de las proporciones reportadas en los otros estratos geográficos del país; 5,7 por ciento de los residentes del área Metropolitana de San Salvador que reportaron estar enfermos, y el 4,6 por ciento de los habitantes de otras áreas urbanas.

2 La combinación de cuotas de usuario (consulta) y costos de medicinas (las que no siempre se compran en el mismo lugar en donde se recibe atención) pagados por los usuarios de las unidades y puestos del MSPAS constituye una suma considerablemente mayor que el total combinado pagado por los residentes urbanos, y podría constituir una barrera sustancial al acceso de atención para los residentes rurales.

3 Las elasticidades-precio mayores para los residentes rurales frente a los urbanos, sugiere que para no sacar a un número mayor de habitantes rurales del mercado de atención formal como resultado del aumento de precios, se deben hacer aumentos de precio menores en las áreas rurales que en las urbanas.

4 En estos tres segmentos de mercado, la probabilidad de recibir atención de parte de un proveedor privado aumenta en los casos más serios (como indica el hecho de haberse quedado en casa por lo menos un día en las dos últimas semanas). Esta relación también es característica de los beneficiarios del ISSS, lo que sugiere que todas las personas, tanto los beneficiarios del ISSS como los no beneficiarios, ven al Sector Privado como un proveedor de calidad más alta de atención.

5 A medida que el ingreso de un beneficiario del ISSS aumenta de 400 a 800 colones, la probabilidad de que el beneficiario escoja a un proveedor del ISSS baja. Esto refleja el hecho que para los beneficiarios del ISSS los proveedores del ISSS constituyen un bien inferior; a medida que aumentan sus ingresos prefieren utilizar más autotratamiento, así como un mayor número de proveedores privados.

6 En los segmentos del mercado rural y urbano, los cambios de conducta debido a los aumentos de precio proporcionales en los hospitales del MSPAS (400 por ciento) son muy modestos (más del 99 por ciento de las personas en estos dos segmentos de mercado no cambiaron su selección de proveedor, incluyendo el autotratamiento, lo que demuestra que las elasticidades de precio en este segmento del mercado son muy bajas, o sea, que la selección de proveedor en este segmento de mercado es muy poco sensible a los cambios de precio. El aumentar la cuota promedio de consulta externa para los usuarios de los hospitales de 2 a 10 colones (siempre excluyendo del pago a los indigentes) resultará en un aumento 5 veces mayor de las ganancias provenientes de las cuotas de usuario en los hospitales. Estas ganancias (dado los precios de 1990) rinden anualmente 12 millones de colones adicionales. Esta suma constituye someramente el 11 por ciento del costo de proporcionar estos mismos servicios externos en el hospital (los servicios de consulta externa consumen el 40 por ciento del costo total de operación de los hospitales según Gómez, Clapp y Mayne, 1992, Volumen I, p. 38).

Las cuotas de usuario de consulta externa de hospital ciertamente han aumentado en los cuatro años desde la encuesta efectuada por REACH. Sin embargo, no es muy probable que la elasticidad de precios de la probabilidad de seleccionar un hospital del MSPAS para recibir atención haya cambiado mucho[22]. Por lo tanto, un aumento cinco veces mayor en los precios actuales podrán rendir sustancialmente ingresos mayores de los 12 millones de colones estimados en base a datos de hace cuatro años. Si se les asegurara a los hospitales que retendrán el control sobre este dinero, podría ser utilizado para comprar medicinas adicionales y otros suministros, y por lo tanto, para aumentar la calidad de los servicios proporcionados. Esto a su vez vendría probablemente a hacer que la elasticidad-precio de la selección de demanda/proveedor sea aun más inelástica. Esto sugiere que con una protección adecuada para los indigentes y preferiblemente en una escala deslizante, el precio de los departamentos de consulta externa de los hospitales podría aumentar en considerablemente más que las cinco veces aquí analizadas. El método preferido para un cambio como éste sería introducir un aumento de 10 veces el precio monitoreando su utilización muy de cerca. La experiencia en todo el mundo ha demostrado que un cambio como éste inicialmente puede tener un efecto reductor sobre la demanda, seguido por una gradual restauración a lo que puede considerarse un nivel de la demanda más permanente a largo plazo.

7 Con una excepción, las 45 elasticidades aquí analizadas son bajas. La excepción es la elasticidad de tiempo de espera; las personas son más sensibles a los cambios en el tiempo de espera en las instalaciones del MSPAS y particularmente en las unidades y puestos.

Si el tiempo de espera promedio en una unidad/puestos puede reducirse en un cuarto del tiempo actual, o sea de dos horas a media hora, resultará en un aumento del 48 por ciento en la proporción de personas que seleccionen una unidad/puesto para recibir atención de salud. El porcentaje del mercado urbano no beneficiario del ISSS que se decida por una unidad/puesto del MSPAS aumentaría del 6,39 al 9,46 por ciento. Este aumento saldría de los tres tipos de proveedores en este segmento de mercado, pero el grueso (91 por ciento) consistiría de personas quienes previamente no hubieran entrado al mercado de la atención formal, y que por el contrario se autotrataban. Reducir el tiempo de espera en estas instalaciones de "primera línea" sería la manera más efectiva de aumentar el acceso a la atención en el segmento de mercado urbano de no beneficiarios del ISSS.

3 Implicaciones de políticas y recomendaciones

1.1 *Atención de base comunitarias*

Está claro que los salvadoreños, como la gente de todas partes, están deseosos de mejorar sus condiciones de salud y tener mayor acceso a servicios de salud de alta calidad. Los clientes desean una buena atención a un bajo costo, sin tener que viajar muy lejos o esperar demasiado tiempo al llegar. Los promotores de salud deberían tener la capacidad no sólo de enseñar algunas medidas de salud preventiva sino que también deben ser capacitados y provistos con equipo y medicinas para tratar algunas de las enfermedades más comunes que encuentren en sus comunidades. Debería haber un promotor de salud diestro en cada comunidad de xxx habitantes (el número real de habitantes de cada comunidad se calculará durante las próximas sesiones de

[22] Por otra parte existe probablemente un mayor número de sustitutos del Sector Privado hoy en día, lo que podría aumentar esta elasticidad. Por otra parte, los ingresos promedio han aumentado considerablemente, lo que vendría a reducir esta elasticidad. Además, la calidad de los servicios en los departamentos de consulta externa del MSPAS (particularmente medidos por la disponibilidad de medicinas y otros suministros) probablemente ha aumentado. El efecto neto de estos diferentes cambios es tal que deja la probabilidad de selección de hospitales más o menos igual que en 1989.

planificación estratégica y diseño de programas, cuando asuntos tales como los recursos disponibles y costos de estos programas puedan también ser considerados).

1.2 *Jerarquía de los promotores de salud*

Los trabajadores de salud de base comunitaria necesitan ser capaces de identificar rápidamente, diagnosticar y tratar un rango de síntomas que podrían poner en peligro la vida de un individuo o de la comunidad[23]. Sería útil instituir un tipo de jerarquía de promotores de salud. En dicho sistema los promotores más diestros o cierta variante de trabajadores de salud laicos se encargarían más de la selección de casos y atención básica, mientras que los trabajadores menos diestros llevarían a cabo cierta vigilancia, supervisión de letrinas y referencias. El promotor más diestro trabajaría de cerca con una enfermera o practicante de enfermería en el puesto de salud y en las comunidades, conduciendo cierta educación en salud de base comunitaria más compleja, como por ejemplo cómo diferenciar entre síntomas benignos y graves, y proporcionar cierto diagnóstico y tratamientos básicos. La responsabilidad del trabajador de salud menos diestro sería más de recolección de información, vigilancia y actividades de salud preventiva básicas, tales como higiene personal y saneamiento. Estas diferentes clases de promotores tendrían, por supuesto, diferentes tipos de capacitación y supervisión, pero trabajarían estrechamente los unos con los otros, proporcionando un enfoque de red o de trabajo en equipo para la atención de salud de base comunitaria.

1.3 *Redistribución del tiempo del promotor para actividades comunitarias*

La distribución del tiempo que el promotor ocupa en cada actividad de salud comunitaria debe ser alterada para enfatizar la atención maternal, perinatal y supervivencia infantil, a fin de mejorar los resultados globales de la salud comunitaria. Los promotores deben enfatizar la importancia de los exámenes prenatales para asegurar la salud de la mujer embarazada y del nonato, así como para identificar posibles partos difíciles. El control del crecimiento y el control y tratamiento de enfermedades diarreicas y respiratorias debe recibir mayor atención por parte de los promotores en sus presentaciones comunitarias. Se debe animar a las parteras que han sido capacitadas por el Ministerio de Salud para que ofrezcan sus servicios en sus comunidades, tal vez acompañando a los promotores en sus visitas domiciliarias de vez en cuando. Se debe capacitar a más parteras y proporcionar servicios prenatales y de parto en áreas urbanas y rurales que no reciben suficiente servicio.

---

[23] Esto demandará no sólo un cambio de énfasis de los programas de capacitación para promotores, sino que también un cambio de normas y regulaciones que actualmente le prohíben a los promotores llevar a cabo muchas actividades básicas de diagnóstico y tratamiento.

1.4 *Mejora en la supervisión de los promotores de salud*

Como se mencionó anteriormente, la supervisión de los promotores de salud todavía es débil. A fin de hacer uso máximo del potencial del programa de promotores de salud, se deben desarrollar sistemas, lineamientos, capacitación de supervisores y un conjunto explícito de metas y expectativas. Sería extremadamente útil para las divisiones de Salud Comunitaria y de Educación en Salud del Ministerio de Salud que trabajaran juntas con el proyecto PROSAMI así como con representantes de ONGs no asociadas con PROSAMI a fin de mejorar e incrementar la utilización de normas, lineamientos y materiales, y un programa de capacitación para la supervisión de los trabajadores de salud de la comunidad. La supervisión de los promotores debe incluir supervisión individualizada y capacitación en el lugar de trabajo para los promotores; cursos periódicos de repaso para todos los promotores que trabajan en un municipio o departamento; seminarios de enfoque para pequeños grupos de un día de duración con sesiones de práctica, actualizaciones y seguimiento. El programa de capacitación para supervisores debe incluir técnicas básicas de supervisión tales como: instrucción sobre cómo enseñar a los adultos mediante técnicas de aprendizaje interactivo; instrucción en capacitación "en el lugar de trabajo"; orientación sobre cómo proporcionar crítica constructiva y útil; desarrollo de sistemas de seguimiento; técnicas para estimular la participación de la comunidad; y "mercadeo" del programa de promotores de salud.

1.5 *Institución de un sistema de referencias efectivo*

La mejor manera y la más costo-efectiva para mejorar el acceso a la atención de salud será proporcionando una alta calidad y servicios de atención básica de salud a bajo costo por lo menos en cada municipio, si no en cada cantón del país. Estos servicios de atención de salud deberían tener personal a tiempo completo (mínimo 8 horas diarias, con alguien de turno 24 horas al día) por un profesional capacitado en atención de salud que pueda diagnosticar y tratar una amplia gama de problemas -- una enfermera graduada, una auxiliar de enfermería, un técnico en salud materno-infantil o enfermera partera, con visitas periódicas (1 - 3 días por semana) de un médico. Las unidades de salud tendrán que ser apoyadas a nivel de caserío por los promotores de salud, quienes serán responsables de la vigilancia, educación y alcance de la comunidad, y algún tratamiento de problemas básicos que requieran tratamiento inmediato. Las unidades de salud de base comunitaria también deben incluir una farmacopea básica bien surtida disponible a un precio razonable. También será muy importante tener una red de referencias bien estructurada entre las unidades de salud de base comunitaria y los niveles más altos de atención, con una recepción institucional confiable a nivel secundario o terciario. También será extremadamente beneficioso ofrecer transporte al sitio de referencia para el cliente cuando sea necesario.

2.1 *Diseño e implementación de un sistema que tenga como primera prioridad la prestación de atención primaria de salud*

El sistema de prestación de salud debería basarse en la prestación de servicios básicos de atención de salud a nivel comunitario, y todos los servicios deberían estar diseñados para apoyar ese sistema. El sistema de apoyo incluye la red de referencias antes mencionada, y también debe integrar los servicios de enfermeras parteras diestras en atención prenatal, atención de partos, y atención postnatal.

2.2 *El gobierno debe ser responsable de garantizar el financiamiento de la cobertura universal de Atención Primaria de Salud*

En particular, el gobierno debe ser responsable de garantizar el acceso universal a los cinco componentes de la atención de salud materno-infantil, como se detalla en el informe final de ANSAL. Se debe dar prioridad al 50% que vive en o que esta debajo de la linea de pobreza.

3.1 *El manejo de la Atención Primaria de Salud y el sistema de referencias debe estar basado a nivel local.*

A fin de asegurar que la atención primaria de salud y el sistema de referencias responden a las necesidades y requisitos locales, se debe contratar a las organizaciones locales a nivel comunitario para que administren la entrega de atención primaria de salud. Estas organizaciones podrían incluir una cooperativa de consumidores, un comité de salud de la comunidad local, una ONG que esté funcionando en la comunidad, o algún otro tipo de organización. Será necesario tener capacitación en administración básica, y planificación y supervisión para crear o mejorar las destrezas a este nivel.

3.2 *Transferencia de la autoridad para seleccionar, contratar, pagar y supervisar promotores de salud capacitados y parteras*

Para la procuración de servicios de salud materno-infantil integrados a nivel comunitario (a través de organizaciones tales como las mencionadas en el numeral 3.1).

4.1 *Educación en salud comunitaria mejorada para aumentar la comprensión y apreciación de la atención primaria de salud*

La primera manera para aumentar la apreciación de las personas acerca de los servicios de atención primaria de salud será mejorar la capacidad del sistema de atención primaria de salud para satisfacer las necesidades de salud de las personas. El segundo paso para aumentar la utilización de la atención primaria de salud será incluir educación comunitaria que haga énfasis en la importancia y utilidad de la atención básica de salud proporcionada por personal de salud a nivel comunitario.

4.2 *Mercadeo de servicios de salud comunitaria*

En lugar de seguir el modelo de suministro de servicios de atención de salud de "Si lo construimos, vendrán", los proponentes de servicios de salud de base comunitaria deben desarrollar y ejecutar programas para el mercadeo de servicios de salud comunitaria. Estos programas podrían incluir educación para adultos y niños acerca de ciertas medidas básicas de salud preventiva y curativa que se pueden tomar a nivel del hogar o de la comunidad. Las campañas a través de los medios de comunicación, eventos comunitarios tales como un "teatro campesino" en el que los líderes de la comunidad y los trabajadores de salud incluyen mensajes acerca de problemas de salud y cómo enfrentarlos, pueden resultar muy eficaces. Los promotores de salud también pueden desempeñar un papel importante en el fortalecimiento básico de la comunidad mediante actividades tales como un juego de balompié organizado por los promotores de salud. Las actividades de este tipo le permiten a los miembros de la comunidad ver a los promotores de salud como un organizador comunitario y proporcionan un foro mediante el cual la comunidad puede darse cuenta de lo que los trabajadores de salud pueden hacer, quiénes son, con qué tipo de capacitación y credenciales cuentan, qué clases de problemas pueden tratar o diagnosticar, y generalmente brindan cierta publicidad para el programa de promotores.

4.3 *Educación para distinguir entre síntomas leves, severos y agudos*

Los problemas surgen cuando los miembros de la comunidad y los trabajadores de salud comunitaria no distinguen (no pueden distinguir) entre los síntomas que son genuinamente leves e inofensivos de todos los días (un resfriado o indigestión) y aquellos que podrían presentar cierta amenaza a la vida de la persona enferma (tales como parto de nalgas o una diarrea aguda acuosa o sanguinolienta), o a la comunidad en general (tales como la tuberculosis o el cólera). El salvadoreño promedio definitivamente tiene un concepto de lo que es leve y severo y hace sus propias distinciones entre tales términos en todo momento al decidir cómo tratar los diferentes síntomas. Los programas de educación en salud deberían acomodarse a esta base de comprensión y mejorarla enseñando cuáles síntomas serios específicos se deben buscar como signos de peligro. Los trabajadores de salud comunitaria (promotores) también deben tener capacitación tanto en contenido, como en metodología de enseñanza para conducir la educación de salud comunitaria. Los programas deberán buscar enseñarles a los miembros de la comunidad cómo distinguir entre los síntomas diarios que pueden ser tratados efectivamente con remedios disponibles localmente y enfermedades extraordinarias que requieren de algún tipo de atención profesional y a dónde ir para recibir dicha atención.

5 *Inclusión de farmacéuticos en el sistema de atención primaria de salud, proporcionando incentivos para que almacenen y dispensen medicamentos esenciales*

Tanto el gobierno como el comité de salud comunitaria local deberán establecer acuerdos con los farmacéuticos en relación a la compra y despacho de medicamentos esenciales que apoyen la atención primaria de salud. El gobierno y la junta de salud comunitaria local deberán acordar cuál lista de medicamentos esenciales deberán incluir, basándose en el paquete mínimo de servicios de atención primaria de salud.

6 *Proporcionar servicios básicos de salud en comunidades marginales periurbanas*

Según lo presenta el análisis anterior, las personas pobres que viven en comunidades marginales periurbanas tienen la tendencia de consumir servicios de salud en patrones semejantes a sus contrapartes rurales que a los de sus contrapartes urbanas de clase media. Esto demuestra que el acceso a los servicios de salud es más una función de condición socioeconómica y de otros factores (detallados anteriormente) que simplemente proximidad geográfica a los servicios de salud. A la luz de esta información, es evidente que será necesario hacer mucho más énfasis en proporcionar servicios básicos de salud a las personas pobres que viven en las comunidades marginales dentro y en los alrededores de San Salvador.

Cuadro No. 1-1

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS
(Pacientes que viven en áreas urbanas y que son beneficiarios del ISSS)

		ISSS	Privado	Autoatención
Número de personas	436(100%)	99(22,7%)	38(8,7%)	99(68,6%)
Variables	Media (Des.Est.)	Media (Des.Est.)	Media (Des.Est.)	Media (Des.Est.)
Cuota de usuario (Col.)	1,45 (11,85)	0 (0)	16,63 (37,32)	0 (0)
Costo de medicina (col.)	3,20 (16,04)	2,25 (11,08)	30,87 (42,78)	0 (0)
Tiempo de espera (min.)	25,40 (60,50)	93,13 (88,80)	48,76 (64,07)	0 (0)
Tiempo de viaje (min.)	17,96 (75,54)	57,42 (123,46)	56,45 (135,75)	0 (0)
Edad	37,29 (15,17)	37,53 (12,12)	33,03 (19,97)	37,76 (15,35)
Sexo (1=masculino)	0,47 (0,50)	0,41 (0,50)	0,45 (0,50)	0,49 (0,50)
Ingresos [24] (dos semanas)	974,57 (810,37)	815,54 (317,22)	1.123,13 (843,43)	1.004,76 (904,36)
Educación [25]	2,30 (1,70)	2,66 (1,59)	2,11 (1,81)	2,21 (1,72)
Estadía en casa (1=sí)	0,08 (0,28)	0,19 (0,40)	0,16 (0,37)	0,04 (0,20)
Días en cama	0,42 (2,09)	1,37 (3,99)	0,42 (1,29)	0,10 (0,72)
Trabajo (1=sí)	0,66 (0,47)	0,67 (0,47)	0,55 (0,50)	0,67 (0,47)
Respiratoria (1=sí)	0,50 (0,50)	0,47 (0,50)	0,45 (0,50)	0,52 (0,50)
Digestiva (1=sí)	0,17 (0,38)	0,22 (0,42)	0,18 (0,39)	0,15 (0,36)
Accidente (1=sí)	0,05 (0,21)	0,10 (0,30)	0,03 (0,16)	0,03 (0,18)

[24] De un total de 436 personas, 249 reportaron ingresos. Estas cifras son ingresos promedio de aquellos que reportaron ingresos.

[25] 0: sin educación, 1: primaria 1-3 años, 2: primaria 4-6 años, 3: tercer ciclo, 4: bachillerato, 5: escuela técnica, 6: universidad.

Cuadro No. 2-1

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS
(Pacientes que viven en áreas urbanas y que no son beneficiarios del ISSS)

		Hospital MSPAS	Unidad/Puesto MSPAS	Privado	Autoatención
Número de personas	3839 (100%)	139 (3,6%)	176 (4,5%)	316 (8,28%)	3.208 (83,6%)
Variables	Media (Des.Est.)	Media (Des.Est.)	Media (Des.Est.)	Media (Des-.Est.)	Media (Des.Est.)
Cuota de usuario (Col.)	1,62 (12,88)	2,82 (7,92)	1,83 (2,28)	17,48 (41,36)	0 (0)
Costo de medicina (col.)	3,67 (23,41)	11,29 (45,73)	4,28 (9,81)	37,28 (66,43)	0 (0)
Tiempo de espera (min.)	16,98 (58,68)	139,05 (126,90)	153,72 (117,66)	59,54 (73,67)	0 (0)
Tiempo de viaje (min.)	7,08 (45,08)	57,20 (72,24)	28,88 (93,15)	44,75 (119,79)	0 (0)
Edad	26,55 (22,61)	28,71 (24,03)	18,39 (19,16)	29,41 (25,51)	26,62 (22.32)
Sexo (1=masculino)	0,43 (0,49)	0,36 (0,48)	0,43 (0,50)	0,43 (0,50)	0,43 (0,50)
Ingresos [26] (dos semanas)	716,95 (923,73)	309,15 (317,21)	1.732,21 (2.355,71)	1.129,64 (1.283,34)	663,14 (797,09)
Educación [27]	1,26 (1,44)	1,08 (1,14)	0,79 (119)	1,56 (1,76)	1,26 (1,42)
Estadía en casa (1=sí)	0,07 (0,26)	0,19 (0,40)	0,13 (0,33)	0,20 (0,40)	0,05 (0,22)
Días en cama	0,24 (1,42)	0,47 (1,84)	0,70 (2,61)	0,69 (2,33)	0,16 (1,15)
Trabajo (1=sí)	0,26 (0,44)	0,18 (0,39)	0,14 (0,35)	0,26 (0,44)	0,27 (0,45)
Respiratoria (1=sí)	0,63 (0,48)	0,54 (0,50)	0,72 (0,45)	0,58 (0,49)	0,63 (0,48)
Digestiva (1=sí)	0,21 (0,41)	0,26 (0,44)	0,31 (0,46)	0,22 (0,41)	0,20 (0,40)
Accidente (1=sí)	0,04 (0,20)	0,15 (0,36)	0,04 (0,20)	0,05 (0,23)	0,03 (0,18)

[26] De un total de 3839 personas, 848 reportaron ingresos. Estas cifras son ingresos promedio para aquellos que reportaron ingresos.

[27] 0: sin educación, 1: primaria 1-3 años, 2: primaria 4-6 años, 3: tercer ciclo, 4: bachillerato, 5: escuela técnica, 6: universidad.

Cuadro No. 3-1

ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS
(Pacientes que viven en áreas rurales)

		Hospital MSPAS	Unidad/Puesto MSPAS	Privado	Autoatención
Número de personas	3003 (100%)	95 (3,2%)	129 (4,3%)	120 (4,0%)	2.659 (88,5%)
Variables	Media (Des.Est.)	Media (Des.Est.)	Media (Des.Est.)	Media (Des-.Est.)	Media (Des.Est.)
Cuota de usuario (Col.)	0,74 (5,04)	1,96 (3,08)	1,80 (2,41)	14,98 (20,20)	0 (0)
Costo de medicina (col.)	2,30 (15,67)	7,25 (21,30)	6,33 (28,79)	44,93 (54,41)	0 (0)
Tiempo de espera (min.)	13,94 (57,71)	171,00 (171,74)	138,94 (105,79)	64,06 (71,89)	0 (0)
Tiempo de viaje (min.)	8,20 (34,28)	73,59 (50,91)	55,00 (85,56)	87,88 (77,65)	0 (0)
Edad	24,95 (21,77)	25,04 (23,02)	16,93 (17,32)	30,03 (24,19)	25,11 (21,72)
Sexo (1=masculino)	0,46 (0,50)	0,28 (0,45)	0,36 (0,48)	0,44 (0,50)	0,47 (0,50)
Ingresos [28] (dos semanas)	387,23 (335,06)	280,38 (195,21)	361,86 (149,95)	580,50 (480,10)	382,33 (332,56)
Educación [29]	0,59 (0,92)	0,64 (0,90)	0,46 (0,80)	0,69 (0,96)	0,59 (0,92)
Estadía en casa (1=sí)	0,07 (0,26)	0,19 (0,40)	0,08 (0,27)	0,19 (0,40)	0,06 (0,24)
Días en cama	0,24 (1,38)	1,12 (3,14)	0,20 (0,96)	0,52 (1,43)	0,20 (1,28)
Trabajo (1=sí)	0,22 (0,42)	0,07 (0,26)	0,13 (0,34)	0,19 (0,40)	0,24 (0,42)
Respiratoria (1=sí)	0,65 (0,48)	0,60 (0,49)	0,66 (0,48)	0,51 (0,50)	0,66 (0,47)
Digestiva (1=sí)	0,26 (0,44)	0,28 (0,45)	0,33 (0,47)	0,23 (0,42)	026 (0,44)
Accidente (1=sí)	0,04 (0,18)	0,06 (0,24)	0,04 (0,19)	0,03 (0,18)	0.03 (0.1

[28] De un total de 3003 personas, 503 reportaron ingresos. Estas figuras son ingresos promedio para aquellos que reportaron ingresos.

[29] 0: sin educación, 1: primaria 1-3 años, 2: primaria 4-6 años, 3: tercer ciclo, 4: bachillerato, 5: escuela técnica, 6: universidad.

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA PARCIAL DE REMEDIOS CASEROS REUNIDA EN NOVIEMBRE DE 1993

Síntomas	Tratamiento
Dolores de estómago y diarrea leve	- Té de hojas de Juanilama[30] - Horchata de chichipinse - Té de cáscara de mongollano, cáscara de maquilishuat y raíz de amarillo - Té de cáscara de caulote - Agua de manzana rosa
Resfriado	- Té de flor de tihuilote - Agua de fruta de caulote - Encino con piño - Agua de eucalipto con canelas de izote
Gripe	- Agua cocida con hoja del aire, flor de muerto, cáscara de guarumo y cáscara de jiote - Agua de manzanilla y eucalipto - Agua de manzanilla con aspirina y grasa de gallina
Irritaciones, erupciones y salpullidos de la piel	- Savia de chichinguaste, masa de hojas de chichinguaste - Baños de escoba amarga y verbena - Baños de copayos de San Andrés
Dolores en general	- Masa de florifundia y talia - Agua de altamisa y limonada
Dolor de oídos	- Gotas de hoja de piña de cerco
Artritis	- Masaje con kerosén
Para calmar los nervios	- Té de zacate limón y naranja agria
Fiebre	- Café amargo con limón tibio

[30] El arbusto Juanilama que se encuentra por todas partes parece ser usado para el tratamiento de todo tipo de problemas, particularmente para trastornos gastrointestinales, dolores de cuerpo y malestar en general.

Anexo 2

ENCUESTA SOBRE ACTITUDES Y PERCEPCIONES DE SERVICIOS DE SALUD

Sección I. Información General

1. Fecha_____

2. a) Edad del informante _____ b) Sexo _____

3. Ocupación /Actividad _____

4. Departamento _____ Municipio _____

   Rural_____ Urbana _____

5. Número de personas que viven en este hogar/casa _____

6. Percepción personal de su estado socio-económico

   _____ pobre
   _____ medio pobre
   _____ medio
   _____ medio alto
   _____ alto

   6a. Percepción del encuestador/a del estado socio-económico, en comparación con la comunidad en general, y, si es diferente de la opinión del informante, ¿Por que?

   _____ pobre
   _____ medio pobre
   _____ medio
   _____ medio alto
   _____ alto

7. Nivel educativo del informante y de su pareja

   Informante _____ Pareja _____

   a) 1-3 años
   b) 4-6 años
   c) 7-9 años
   d) Bachiller
   e) Técnico
   f) Universitario
   g) Otros

Sección II. Perfil de los servicios de salud utilizados

1. ¿Cuando fue la ocasión más reciente en que alguien de su familia tuvo un problema de salud?
_____

2. ¿Cuál fue el problema? (favor de contarnos el nombre de la enfermedad y los síntomas)
_____
_____

2.a ¿Quién en su familia se enfermó? _____

2.b Edad de la persona que se enfermó _____

2.c Sexo de la persona que se enfermó _____

3. ¿Cuál fue **la primera cosa** que hizo cuando esa persona se enfermó? (encuestador, lee la lista, y chequee lo que aplique)

_____ Preparar un remedio de yerbas en casa
_____ Preparar un atole
_____ Consultar al curandero/a
_____ Consultar al Yerbero/a
_____ Consultar a la Partera
_____ Ir a la farmacia/Botica
_____ Consultar al Médico (¿dónde?)
_____ Consultar a la Enfermera (¿dónde?)
_____ Consultar al Ayudante de Salud (¿dónde?)
_____ Consultar al Promotor de salud (¿dónde?)
_____ Ninguno de éstos
_____ Otros (especifique)

4. ¿Porqué decidió hacer esto? (pregúnteles sobre los asuntos de costo, hora de atención, como es el tratamiento que reciben, distancia que tiene que viajar, tiempo que tiene que esperar, etc.)
_____
_____

5. ¿Después de hacer esto que pasó?
_____
_____

6. ¿Cuál fue la cosa siguiente que hizo?
_____
_____

6.a ¿Por qué decidió hacer esto?

_____

7. ¿Y qué paso?

_____

8. ¿Cuál fue la última cosa que hizo en relación a esa enfermedad

_____

_____

8.a ¿Por qué decidió usted hacer esto?

_____

_____

9. ¿Cuál fue el resultado de lo que hizo en relación a esa enfermedad?

_____

_____

10. Ahora queremos discutir la ocasión **más reciente** en que alguien en su casa se enfermó con algo muy serio/agudo/grave

10a. ¿Cuál fue el problema? (Síntomas y nombre de enfermedad)

_____

_____

11. Edad y Sexo de la persona que se enfermó :
Edad _____ Sexo_____

12. ¿Cuál fue la primera cosa que hizo cuando esa persona se enfermó?

_____ Preparar un remedio de yerbas en casa
_____ Preparar un atole
_____ Consultar al curandero/a
_____ Consultar al Brujo/a
_____ Consultar al Yerbero/a
_____ Consultar a la Partera
_____ Ir a la farmacia/Botica
_____ Consultar al Médico (¿dónde?)
_____ Consultar a la Enfermera (¿dónde?)
_____ Consultar al Ayudante de Salud (¿dónde?)
_____ Consultar al Promotor de salud (¿dónde?)
_____ Ninguno de éstos
_____ Otros (especifique)

13. ¿Por qué decidió hacer esto? (pregúnteles sobre los asuntos de costo, hora de atención, como es el tratamiento que reciben, distancia que tiene que viajar, tiempo que tiene que esperar, etc.)

14. ¿Después de hacer esto que pasó?

15. ¿Cuál fue la cosa siguiente que hizo?

15.a ¿Por qué decidió hacer esto?

16. ¿Y qué pasó?

17. ¿Cuál fue la última cosa que hizo en relación a esa enfermedad?

17.a ¿Por qué decidió usted hacer esto?

18. ¿Cuál fue el resultado de lo que hizo en relación a esa enfermedad?

19. Hay alguien en su casa que ha recibido atención de alguno de los siguientes tipos en los últimos dos años? (hay que poner sí o no en el espacio a la izquierda. Si contesta sí, preguntarle dónde se recibió el servicio, el costo, etc...)

Servicio	Dónde	Costo	Cómo se Transporte	Tiempo para viajar
Vacunación hijo # 1 hijo # 2 hijo # 3				
Consulta pre-natal				
Control de Niño Sano				
Planificación Familiar				
Detección de Cáncer cérvico-uterino				
Detección de Enfermedades Transmitidas Sexualmente				
Otros (especifique)				

PARA LOS ENCUESTADORES

Códigos para llenar el cuadro

Costo de servicio

A. 0-1 colón
B. 2-4 colón
C. 5-9 colón
D. más de 10 colones

¿Cómo viaja hasta el lugar de consulta?

A. a pie
B. en carro
C. en camioneta, bus
D. lancha, panga, canoa
E. caballo o mula
F. carreta o palanca
G. motocicleta
H. otros (especifique)

¿Cuánto tiempo para el viaje al servicio de salud que utilizó?

A. 5-10 minutos
B. 15-30 minutos
C. 30-45 minutos
D. más de una hora

Sección III. Percepción General de los servicios de salud

1. ¿Cuáles son los servicios para curarse que existen en su comunidad? (Hay que chequear todos de los que apliquen)

_____ Yerbas en el jardín
_____ Curandero/a
_____ Yerbero/a
_____ Partera
_____ Brujo/a
_____ Promotores de salud
_____ Hospital
_____ Puesto de Salud (clínico)
_____ Consultorio médico particular
_____ Consultorio/clínico _____ (ONG en esta comunidad)
_____ Farmacia/Botica
_____ Otros (especifique)

2. ¿Cuándo hay problemas de enfermedades, en su casa, a quienes recurre con mayor frecuencia? Y ¿Por que?

_____

(Encuestadores, aquí están los códigos para el "por qué"...)

¿Por qué utiliza usted y su familia esta forma de curarse? -- mencionar las 3 más importantes, en orden de importancia. (marque 1,2,3.)

A.	buen servicio	____	____	____
B.	bien ubicada	____	____	____
C.	bajo costo	____	____	____
D.	no hay que esperar	____	____	____
E.	no hay que pagar	____	____	____
F.	buen trato para el personal	____	____	____
G.	tiene el nivel de atención mas alto	____	____	____
H.	siempre tiene medicamento	____	____	____
I.	horas de atención adecuadas	____	____	____
J.	dan buena medicina	____	____	____
K.	es el único servicio que conozco	____	____	____
L.	siempre la he (hemos) utilizado	____	____	____
M.	conozco personalmente al proveedor en esta lugar	____	____	____
N.	porque me gusta	____	____	____
O.	otro _____	____	____	____

3. Le voy a nombrar varios lugares y personas que podrían ayudarle si tuviera una enfermedad en su casa Por favor dígame los que **NO UTILIZA**, y el por qué (marque las 3 causas más importantes para cada servicio, en orden de importancia). [Entrevistador: coloque la letra que corresponda a la causa en el espacio previo a la unidad]

_____	_____	Hospital
_____	_____	Centro de Salud
_____	_____	Unidad de Salud
_____	_____	Puesto de Salud
_____	_____	Consultorio Institucional
_____	_____	Consultorio Médico Particular
_____	_____	Consultorio de _____(ONG en esta comunidad)
_____	_____	Farmacia/Botica
_____	_____	Curandero/a
_____	_____	Yerbero/a
_____	_____	Yerbas en el jardín
_____	_____	Partera
_____	_____	Promotor de Salud
_____	_____	Otros (especifique)

Razones para **NO USAR** cada uno de los servicios que no usa:

a. muy lejos
b. muy caro
c. hay que esperar mucho tiempo
d. no es apropiado para los problemas de salud de mi familia
e. horas no convenientes de atención
f. no sé dónde está
g. no me gustan los servicios que dan
h. no me gusta como es el lugar
i. nunca tiene medicamento ni material suficiente
j. no hay médico
k. el personal no me trata bien
l. los tratamientos no funcionan; no son efectivos
m. cuando se necesita el servicio, nunca hay nadie
n. los miembros de la familia tiene buena salud; nosotros no necesitamos servicios de salud.
o. los servicios que se ofrece no son apropiadas para nuestros problemas
p. otros_____(especifique)

5. Si usted tuviera una emergencia de salud en la familia, por ejemplo, un niño con fiebre alta y convulsiones, que haría? Y ¿Por que?

_____
_____
_____

6. En su opinión, ¿Cuales son **los problemas de salud (no necesariamente enfermedades** -- pueden ser problemas de desnutrición; de falta de agua potable; falta de un buen camino; lo que sea) más serios (importantes) en su comunidad?

_____

_____

7. En su opinión ¿Que se necesita para mejorar las condiciones de salud en su comunidad?

_____

_____

8. ¿Tiene usted alguna pregunta o comentarios sobre esta encuesta?

_____

_____

Muchas gracias por su tiempo.

Anexo III

Una discusión más detallada de asuntos econométricos y del enfoque metodológico

1 Precios de medición

Al estimar un modelo para seleccionar a los proveedores de atención de salud, es necesario tener cierta información acerca de las características de los proveedores, tales como cuota de usuario, el costo de medicinas, tiempo de viaje y tiempo de espera para cada instalación de salud disponible, sin importar las selecciones que se hagan en la realidad. La definición y medición de precios en el mercado de atención de salud presentan problemas teóricos y empíricos. Los problemas surgen debido a que los servicios de atención de salud varían en calidad y, por lo tanto, sus precios individuales no son fácilmente comparables.

En la litera empírica se pueden encontrar dos escuelas principales de pensamiento en relación al establecimiento de precios apropiado sobre demanda de atención de salud. Los investigadores tales como Akin et al. (1986) condujeron encuestas de instalaciones de salud y usaron el precio reportado por un proveedor para una visita a cada tipo de servicio de salud. Tal precio es un dato fijo que es independiente de características de los pacientes. Otros investigadores tales como Gertler et al. (1987), Bitran (1991) y Gertler y van der Gaag (1990), por otro lado, usan cuotas de usuarios reportados por los mismos como precios provenientes de la encuesta de hogares. Gertler et al. (1987) y Bitran (1991) usan como precio el precio pronosticado tomado de una ecuación de precio hedónico estimado con características individuales y de proveedor de atención de salud como variables independientes. Primero se agrupan los individuos dependiendo del proveedor de atención de salud que hayan escogido. Luego, dentro de cada grupo, se corren tres regresiones lineales separadas para precio, viaje y tiempo de espera utilizando individuos y variables de lugar como regresores. Los estimados resultantes se usan para imputar valores de precio, viaje y tiempo de espera a cada individuo tanto para la opción tomada como para las no tomadas.

A fin de corregir para el sesgo de selectividad que surge del hecho de que el precio, tiempo de viaje y de espera sólo se observan para las alternativas hechas, los coeficientes de corrección del sesgo de selectividad se computan para cada individuo y alternativa utilizando un método de corrección de expectativa condicional descrita en Dubin y McFadden (1984). Sin corrección para autoselección, los coeficientes de las regresiones lineales están sesgados. Gertler y van der Gaag (1990) sustituyen los precios faltantes con gastos de mediana basados en experiencias de otros usuarios.

El método que utiliza precios reportados por el proveedor tiene sus ventajas y problemas. Una ventaja es que el trabajo de encuesta se facilita considerablemente al no tener que recoger información de precios de parte de los consumidores. También se evitan los problemas de revocación. Sin embargo, las desventajas son importantes y pueden sobrepasar las ventajas. Primero, se sabe bien que algunos proveedores de atención de salud cobran precios diferentes a los diferentes pacientes, a menudo de manera ad hoc. Por lo tanto, el registro de un precio único ignora la presencia de tal discriminación de precios. Segundo, algunos proveedores tienen programas de precios complejos, con diversos precios para los diferentes tipos de problemas de salud y con precios que varían dependiendo de los tipos y cantidades de medicinas y otros suministros que se le dan al paciente. El recolectar esta información y los criterios que permitan al analista asignar el precio apropiado a los usuarios puede ser muy difícil. Tercero, algunos consumidores tienen seguro de salud que les permite recibir atención gratuita, o atención a precios reducidos de parte de ciertos proveedores. Los precios reportados por proveedores entonces tendrían que ser ajustados con base en información de seguros proporcionada por los usuarios. Los precios autoreportados evitan estos problemas.

En El Salvador no se dispone de datos de encuestas de instalaciones de salud; por lo tanto, hemos tenido que depender de los datos de gastos a nivel de hogares. Para cada instalación de salud utilizamos la mediana para gastos reportados para su región de salud como el precio esperado del proveedor de atención de salud que el individuo tiene como opción y la mediana del tiempo de viaje reportado y tiempo de espera para su ciudad como el tiempo esperado para ese proveedor de atención de salud.

En este estudio únicamente se disponía de datos de gastos a nivel de hogares. Para cada instalación de salud, la media de gasto reportado en la misma región de salud se utilizó como estimación para medir el precio esperado del proveedor de atención de salud que el individuo tiene como una opción, y la mediana del tiempo de viaje y de espera reportados para su ciudad como el tiempo esperado de ese proveedor de atención de salud.

Especificación empírica

Nuestro estudio se centra en la demanda de atención médica tanto en las áreas urbanas como rurales. Los pacientes pueden esperar un conjunto diferente de servicios de salud dependiendo de dónde vivan o si son beneficiarios del ISSS o no. Por ejemplo, si un paciente vive en el área urbana y no es beneficiario del ISSS, su alternativa de servicios de salud será el Ministerio de Salud Pública (hospital o unidad/puesto de salud), privado o autotratamiento. El ISSS no será una opción, ya que únicamente los beneficiarios del ISSS pueden ir a sus instalaciones en busca de tratamiento.

Desarrollamos un modelo de demanda bajo el supuesto que los individuos enfermos tienen que decidir entre el autotratamiento y varios tratamientos profesionales. El modelo se formula como sigue. El consumidor individual i experimenta un accidente o enfermedad. El individuo debe decidir si obtener atención médica, dónde obtener esa atención, y qué cantidad de servicios deberá consumir. La decisión se hace para maximizar la utilidad.

Para el iavo individuo que enfrenta las alternativas J + 1, supongamos que la utilidad de alternativa j es

$$(1) \quad U_{ij} = \alpha' X_{ij} + \beta_j' Z_i + \varepsilon_{ij}.$$

La utilidad depende de X_{ij}, los atributos observados de la alternativa j percibidos por el individuo i, y Z_i, las características observadas del individuo i. El término de perturbación capta la variación no observada en gustos y en los atributos de las alternativas, y errores en la percepción y optimización de parte del consumidor. Si el consumidor se decide por j, entonces U_{ij} tiene que haber sido el máximo entre las utilidades J + 1. De ahí que el modelo estadístico es guiado por la probabilidad de que se escoja j, el cual es

$$(2) \quad Prob\,[\, U_{ij} > U_{ik} \,] \quad \textit{para todo otro } k \neq j.$$

para todos los demás

El modelo se hace operacional al escoger una distribución para las perturbaciones. Si permitimos que Y_i sea una variable aleatoria indicando la alternativa escogida. Se necesita uno de los valores 0,1,2,...,J. McFadden

(1973) mostró que si y únicamente si las perturbaciones J + 1 son independientes y están distribuidas idénticamente con la distribución de valor extremo tipo I:

$$(3)\ P(\varepsilon_{ij} < a) = EXP(-e^{-a}),$$

entonces,

Esto nos lleva a lo que Greene [1991, p. 494] llama el modelo mixto (una combinación del modelo logit condicional y el modelo logit multinomial) o lo que Maddala (1983, p.44) llama el modelo general. La utilidad depende de X_{ij}, los atributos de la alternativa j para el individuo i, y Z_i, las características del individuo i. Los atributos de la alternativa j, X_{ij}, varían según la alternativa e individuo, mientras que las características individuales Z_i son iguales para todas las alternativas y varían únicamente a través de individuos.

$$(4)\ Prob[Y_i = j] = \frac{EXP(\alpha' X_{ij} + \beta_j' Z_i)}{\sum_{j=0}^{J} EXP(\alpha' X_{ij} + \beta_j' Z_i)},\quad j = 0,1,2,\ldots,J$$

entonces,

En este estudio, los cuatro atributos para cada alternativa j son la cuota de consulta, costo de medicina, tiempo de espera en la instalación de salud, y tiempo de viaje a la instalación de salud. Asumimos que cada individuo conoce cuáles instalaciones de atención de salud están disponibles, los costos esperados de la instalación y medicamentos, el tiempo de espera en la instalación, y el tiempo de viaje a la instalación[31]. Las características individuales son edad, sexo, ingreso y el número de días de enfermedad en el mes anterior, educación, situación de empleo y condición de salud inicial.

El vector da el vector de "precios implícitos" para los atributos de instalación de salud[32]. Dados los atributos de una nueva instalación, como los percibe el individuo, entonces se pueden usar los coeficientes estimados para predecir la probabilidad de que este individuo utilizará la instalación. Por lo tanto, la probabilidad de escoger la categoría considerada en el procedimiento de estimación puede ser pronosticada dado un nuevo conjunto de atributos X_{ij}. El número de elementos en el vector es el número de atributos de una instalación de salud, o sea tres, así como el número de parámetros alfa a ser estimados. Por otro lado, el número de elementos en el vector ß es el número de características individuales L, y el número de parámetros beta a ser estimados es igual a L multiplicado por J-1, donde J es el número de instalaciones de salud. Con los

[31] Este supuesto es crucial en la especificación del modelo logit multinomial. Sin embargo, Bitran (1990), encontró que en la encuesta efectuada en Zaire "la mayor parte de los encuestados decían no saber nada acerca de las selecciones no hechas o tener únicamente una idea vaga acerca de las características de las alternativas. Bitran también dijo que "Sin embargo, algunos encuestados pudieron proporcionar cierta información cardinal con respecto a distancias y precios de las selecciones no hechas, relativas a aquellas opciones como también a la selección hecha, por ejemplo, el proveedor X está más lejos y menos caro que Y".

[32] Yo normalizo este vector ajustando el primer elemento de para que sea igual a 1.

parámetros estimados y un nuevo individuo con características especificadas, se puede predecir la probabilidad de que el individuo escoja una de las instalaciones de salud J consideradas.

Si permitimos que la alternativa 0 sea la alternativa de autotratamiento, y las alternativas 1,2 o 3 sean las diversas alternativas de proveedor y si permitimos $X_{i0} = 0$[33]. Por lo tanto, la función de demanda de autotratamiento (o sea, la probabilidad de escoger autotratamiento) es

$$(5)\ Prob[\ Y_i = 0\ ] = \frac{1}{1 + \sum_{j=1}^{J} EXP(\ \alpha' X_{ij} + \beta_j' Z_i\ )}$$

y la demanda del proveedor i

$$(6)\ Prob[\ Y_i = j\ ] = \frac{EXP(\ \alpha' X_{ij} + \beta_j' Z_i\ )}{1 + \sum_{j=1}^{J} EXP(\ \alpha' X_{ij} + \beta_j' Z_i\ )}.$$

La probabilidad de logaritmo para este problema es

$$(7)\quad \ln L_i = \sum_{j=0}^{J} D_{ij} \ln Prob[\ Y_i = j\ ],$$

donde D_{ij} es una variable dicotónoma que toma el valor 1 si el individuo i escoge la alternativa j, o sea si Y_i=j.

Heller (1982) y Akin et al. (1986) encontraron que los precios y distancias no eran determinantes de la demanda de atención de salud. Estos resultados podrían ocurrir debido a que especificaron su modelo empírico de una manera excesivamente general. Heller y Akin et al. intentaron considerar dos efectos de los atributos. Uno es el efecto de las características de la selección sobre los determinantes de las probabilidades de selección. El otro es el efecto de las características individuales sobre las determinantes de probabilidades de selección. Sin embargo, Heller y Akin et al. permitieron que tanto los coeficientes de los atributos que representan la selección y los coeficientes de las características de un individuo variaran con las selecciones. Su función de utilidad se expresó como

$$(8)\quad U_{ij} = \alpha_j' X_{ij} + \beta_j' Z_i + \varepsilon_{ij}$$

[33] X_{i0} son las cuotas de consulta, tiempo de espera y tiempo de viaje para el autotratamiento.

y la probabilidad de escoger al proveedor j fue

$$(9)\ Prob[\ Y_i = j\ ] = \frac{EXP(\alpha_j' X_{ij} + \beta_j' Z_i)}{1 + \sum_{j=1}^{J} EXP(\ \alpha_j' X_{ij} + \beta_j' Z_i\ )}.$$

Sus estudios especificaron un conjunto de variables independientes similares a las mías: precio en efectivo (con el costo del medicamento especificado separadamente en Akin et al.), tiempo de viaje y tiempo de espera (Heller también incluyó tiempo de [illegible]ramiento, Akin et. al, costo de viaje), ingreso (Heller) o valor de activos (Akin et al.), disponibilidad de un médico, edad y sexo de la persona enferma, y residencia urbana o rural. En Akin et al. 'la gravedad de la enfermedad' (variable ficticia reportada por el encuestado) estaba directamente incluida, mientras que en Heller un número de variables -- grupo étnico, calidad del sistema de alcantarillado y calidad del suministro de agua -- se usaron como estimaciones para la probable ocurrencia de enfermedades.

Los estudios de Heller y Akin et al. han sido utilizados extensivamente, por ejemplo, Jiménez (1987) y el Banco Mundial (1987), para indicar la alta disposición de las personas y la habilidad para pagar los servicios de salud ya que no se encontró que las variables económicas -- precio, ingreso o calidad -- influyeran sobre la utilización. Por lo tanto, estos estudios apoyan la introducción de cuotas de usuario tanto en los criterios de eficiencia como de equidad, ya que la equidad estará mejor servida por la expansión de servicios y la mejora de los mismos que por el mantenimiento de precios bajos.

La calidad de la atención de salud puede tener una influencia significativa sobre la demanda de atención de salud; sin embargo, la calidad es la variable más difícil de medir. Estos estudios podrían ser engañosos como resultado de la influencia de una variable no medida. Tanto Heller como Akin et al. utilizaron la disponibilidad de médicos como su única medida de calidad; sin embargo, es muy poco probable captar la calidad del servicio percibida por los hogares. Abu Zeid y Dann (1985) preguntaron a hogares, médicos, practicantes tradicionales y farmacéuticos cuáles serían las acciones más importantes para mejorar los servicios de salud. Unicamente los médicos incluyeron "más médicos" entre sus alternativas.

Aunque los investigadores están conscientes de su potencial para subyacer los resultados inesperados, la mayor parte de estudios no tratan de modelar explícitamente la calidad. Mwabu, Ainsworth y Nyamete (1993) incluyeron los diferentes tipos de medicamentos y equipo de diagnóstico como medidas de calidad de instalación. Encontraron que la disponibilidad de medicamentos y equipo de diagnóstico no eran buenas medidas de calidad. Si la calidad se relaciona positivamente con el precio y la relación no medida de calidad-utilización es también positiva, la inhabilidad de los estudios para modelar explícitamente la calidad podría ser responsable de los resultados generalmente insignificantes anexados al precio.

Anexo IV

PROCESO DE REVISION DE LOS INFORMES PRELIMINARES

Introducción

El "Análisis del Sector Salud de El Salvador" (ANSAL) fue concebido como parte de los esfuerzos tendientes a acelerar el desarrollo económico y social del país. El análisis de la organización y funcionamiento de las instituciones del sector debe desembocar en la identificación de obstáculos que, de ser superados, posibiliten el mejoramiento del sector y de las condiciones de salud y bienestar de la población.

Generalmente los proyectos tendientes a acelerar el desarrollo social y económico son concebidos y diseñados por expertos del área temática abarcada por el proyecto. Estos aportan sus conocimientos profesionales y su experiencia para identificar el problema, seleccionar las posibles soluciones y diseñar los componentes del proyecto. En este proceso el intercambio de opiniones generalmente queda restringido a personas que ocupan posiciones de liderazgo en el Sector y en la sociedad. El usuario potencial y el personal involucrado directamente en la producción del bien o del servicio analizado no son frecuentemente incluidos en este proceso de consulta. Los proyectos resultantes no se benefician de las percepciones culturales y de la experiencia acumulada por quienes están en la primera línea de batalla y en consecuencia, pueden ser vistos como ajenos por la propia comunidad beneficiaria.

Procedimiento

Los términos de referencia de ANSAL establecieron un amplio proceso de consulta que evitara la limitación señalada en la introducción. En los mismos se establece que el proceso participativo tiene trascendencia similar al contenido del análisis. Para lograrlo se indicó que los resultados preliminares del trabajo de ANSAL, recogidos en nueve borradores de Informes Técnicos, fueran ampliamente difundidos entre instituciones y personas del Sector Salud para que fueran revisados y comentados. Este enfoque forma parte de un encare "participativo" de los esfuerzos de desarrollo. Para cumplir con este mandato se diseñó una estrategia que comprende los siguientes componentes:

1. *Comentarios escritos.* Se invitó a unas 100 instituciones y personas con experiencia en el funcionamiento de los servicios de salud a que formularan comentarios por escrito sobre:
   - la veracidad e integridad de los datos presentados;
   - la lógica del análisis utilizado;
   - la factibilidad de las recomendaciones formuladas.

2. *Reuniones con personal de salud e integrantes de la comunidad.* Se realizaron diez reuniones en distintos puntos del país, de forma de cubrir la mayor parte de su territorio, en las que se invitó a participar a personal de salud con diferentes niveles de capacitación (promotores, parteras empíricas, médicos y farmacéuticos), líderes de las comunidades servidas (Alcaldes, miembros de comisiones de apoyo de establecimientos del MSPAS o patronatos, miembros de las asociaciones comunitarias de educación o escuelas EDUCO y líderes comunitarios locales) y a funcionarios y autoridades regionales y locales del Ministerio de Salud.

3. *Jornadas con líderes del Sector.* Se efectuaron jornadas durante dos días con líderes de organismos públicos vinculados a los sectores sociales y a salud (MSPAS, MIPLAN E ISSS), con directivos de ONGs activas en salud y del Colegio Médico y dirigentes del área de salud de varios partidos políticos. Fue invitado a participar pero no se hizo presente el Decano de la Facultad de Medicina de la UES.

Resultados

La participación fue intensa y útil para validar o descartar los resultados preliminares de ANSAL. Enviaron comentarios escritos una 30 instituciones, encontrándose entre éstas las principales organizaciones del Sector Público (MSPAS y MIPLAN) y las ONGs mas importantes.

En las reuniones comunitarias participaron aproximadamente una 250 personas representando a los tres componentes mencionados anteriormente. De los tres grupos, los líderes de las comunidades fueron quienes tuvieron una tasa de participación más baja.

Doce de los trece líderes invitados a las Jornadas participaron; quienes así lo hicieron permanecieron durante la totalidad del tiempo que duró el ejercicio.

Salvo las opiniones de las jerarquías técnicas centrales del MSPAS (Directores de Programas y Departamentos y Directores Regionales), quienes expresaron objeciones ante algunos de los hallazgos de ANSAL, los comentarios fueron coincidentes en relación a los principales problemas del sector y a las formas mas efectivas para enfrentarlos. Los comentarios específicos se resumen en cada uno de los Informes Técnicos.

Comentarios escritos recibidos

Como se mencionó en el acápite sobre procedimiento, el borrador de este informe, lo mismo que los otros informes técnicos de ANSAL[34], tuvo amplia distribución con miras a recabar reacciones con fecha límite 18 de febrero, 1994. Como resultado se recibieron comentarios escritos tanto de personas como de instituciones de los sectores público y privado.

El autor desea agradecer a todos aquellos que leyeron el borrador preliminar de este informe y que se tomaron el tiempo para comentarlo. Apreciamos grandemente sus comentarios, opiniones y sugerencias. La versión final del capítulo *Demanda de Servicios de Salud* ha incorporado muchos de los comentarios y sugerencias hechos por los diferentes lectores.

Un número de comentarios recibidos se centraban en la metodología empleada en la porción de este informe denominado *Percepciones de la Comunidad.* El borrador final del informe tiene una sección ampliada en la que se describe la metodología de manera más completa que en el primer borrador. La nueva sección de metodología describe en mayor detalle cómo se seleccionaron las comunidades y los encuestados, quienes fueron los entrevistadores y cómo se recolectaron y analizaron los datos.

Otro tema importante que surgió de los comentarios recibidos del primer borrador del informe se centró en la ausencia de datos nacionales generalizables. Según se explicó en la introducción del primer borrador, no tuvimos todos los datos analizados a tiempo para la distribución del primer borrador. La versión final de este

[34] Estos son: Situación de Salud; Situación Materno Infantil; Productos Farmacéuticos; Organización y Funcionamiento del Sistema de Salud; Financiamiento de los Servicios de Salud; Recursos Humanos en Salud; Infra-estructura e Inversión del Sector Salud; Demanda y Percepción Comunitaria de la Salud; Salud del Medio Ambiente.

informe contiene el análisis de datos de tres encuestas nacionales, e incluye modelos para proyectar la elasticidad de la demanda de servicios de salud. La combinación de estos datos nacionalmente representativos con los datos cualitativos y descriptivos obtenidos de las visitas, entrevistas y observaciones de la comunidad proporciona lo que esperamos sea un análisis más rico que el que se pudo haber obtenido usando únicamente uno o el otro de estos tipos de datos.

Recibimos algunos comentarios en cuanto a hechos específicos o afirmaciones que aparecieron en el primer borrador de este informe que estaban ya sea incorrectos o enunciados en forma oscura. Hemos tratado de corregir o aclarar estos enunciados y nos sentimos agradecidos por haberlos señalado.

Muchos comentarios expresaron la corroboración de varios de los puntos hechos en el borrador. otros comentarios, tanto escritos como verbales, en las reuniones comunitarias, confirmaron la importancia de conducir un análisis a nivel comunitario y concordaron con la mayor parte de nuestros hallazgos.