PN-ABF-949

ESTUDIO DE DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD EN EL SALVADOR

VOLUMEN I:

ENCUESTA DE HOGARES: METODOLOGIA Y RESULTADOS

Resources for Child Health Project

REACH

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

PA-AE-949
ISN 67999

ESTUDIO DE DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD EN EL SALVADOR

VOLUMEN I:

ENCUESTA DE HOGARES: METODOLOGIA Y RESULTADOS

Luis Carlos Gómez
Consultor del Proyecto REACH
Por Subcontrato con Kraus International
Febrero 1990

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

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

PROLOGO

El Proyecto "Resources for Child Health" (REACH) fue iniciado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) con el propósito de proveer asistencia técnica en la áreas de inmunizaciones y financiamiento de servicios de salud. El objetivo de la ayuda de USAID a este sector es mejorar el nivel de salud de la población, a través del apoyo a los programas de mayor costo-efectividad dirigidos a los grupos más vulnerables, es decir, madres y niños pobres. Los programas de USAID son considerados basicamente como una inversión en el fortalecimiento de la capacidad de los países para lograr una mejora contínua y sostenida en el nivel de salud de su población. Estos logros se reflejan en reducciones de mortalidad y morbilidad en el grupo materno-infantil.

El mejoramiento sostenido en el nivel de salud requiere, además del apoyo directo a los programas, asistencia en el fortalecimiento de la capacidad nacional para generar y administrar recursos de un modo más efectivo. La provisión de esta ayuda es la base de la participación de USAID en el área de financiamiento de servicios de salud, y su implementación a través del Grupo de Financiamiento de Servicios de Salud de John Snow, Inc. es el mandato principal del Proyecto REACH. El objetivo final es aumentar el nivel de recursos efectivamente disponibles para el sector salud en los países en desarrollo. A fin de alcanzar este objetivo USAID lleva a cabo, cuando es pertinente, actividades destinadas a: mejorar el nivel y focalizar la dirección del compromiso de los gobiernos hacia salud; mobilizar ingresos adicionales provenientes de usuarios de los servicios de salud y de otras fuentes no-gubernamentales; y mejorar el nivel de eficiencia con el cual se utilizan los recursos disponibles tanto en el sector público como privado.

Las dificultades que han enfrentado las economias Latinoamericanas durante la década de los 1980's actúan en sentido opuesto al creciente compromiso por aumentar el acceso de la población a los servicios del área social. Muchos países han reconocido la necesidad de revisar las políticas de financiamiento de servicios de salud y de focalizar el gasto público de un modo más efectivo. En esta línea, se está llevando a cabo un extensivo diálogo de políticas con la participación de organizaciones financieras, donantes y países receptores. En este proceso es fundamental contar con información sobre la forma en que los servicios disponibles son utilizados y percibidos por los usuarios. Este Estudio de Demanda por Servicios de Salud en El Salvador fue diseñado con el fin de apoyar un diálogo de política informado en ese país. El documento entrega información sobre el comportamiento de la población Salvadoreña en su búsqueda por servicios de salud al mismo tiempo que revela una enorme diferencia entre los patrones de utilización de servicios de atención ambulatoria y hospitalaria. El informe está compuesto de dos volumenes, en el volumen I se presenta la metodología que se siguió en la encuesta de hogares para la recolección de los datos y un análisis descriptivo de los resultados y en el volumen II se presenta el análisis econométrico que intenta explicar dichos resultados.

Gerald Rosenthal, Ph.D.
Director de la Unidad de Financiamiento de Servicios de Salud
Proyecto REACH

AGRADECIMIENTOS

Un gran número de personas hizo posible este estudio. Las ideas preliminares de este estudio fueron generadas en 1986 por la Señoras Sue Gibson y Linda Lou Kelly. En esa fecha el proyecto HCF/LAC apoyó una visita exploratoria que me permitió preparar las bases de la investigación. El estudio fue promovido por el Sr. Kevin Amstrong, Oficial de Población de la USAID en El Salvador. La Economista Matilde Pinto de la Piedra, del Proyecto REACH asumió la responsabilidad técnica y logística de la ejecución de la investigación.

La Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), que es la única institución que posee una muestra nacional de áreas preparó, bajo la responsabilidad del Lic. Sidney Castro, la cartografía y listados de viviendas a nivel de segmentos para este estudio, la empresa Salvadoreña Daniel Carr and Associates estuvo a cargo de la recolección de datos y la firma Investigación en Población y Mercado (IPM) elaboró un inventario de los establecimientos de salud existentes en el país. El diseño de las actividades de grabación en diskette, la creación de los archivos integrados, la documentación de la base de datos y la preparación de los archivos para análisis, estuvieron a cargo del Ing. Alvaro López, Consultor de REACH para este estudio.

En la revisión crítica del cuestionario de hogares fueron particularmente útiles y orientadoras las observaciones formuladas por el Dr. Gerald Rosenthal, Director de la Unidad de Financiamiento de Servicios de Salud en el Proyecto REACH, la Economista Matilde Pinto de la Piedra; el Economista Ricardo Bitran, consultor del Proyecto REACH; el Dr. Hugo Morán, Jefe de la Oficina de Planificación del Ministerio de Salud, y por los ejecutivos de la misma Oficina, Dra. Leila de Salazar y Lic. Regina de Molina; el Dr. Chang Peña, Director de la Sección de Programación y Control del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS); el Dr. Reynaldo Grueso, Jefe del Proyecto Apoyo a los Sistemas de Salud (APSISA) patrocinado por AID/San Salvador, y por Federico Rockuts asesor del mismo proyecto.

Especialmente útiles para el diseño de esta investigación fueron los recientes estudios sobre demanda de servicios de salud llevados a cabo en la República Dominicana por el Projecto HCF/LAC y en Zaire por el Proyecto REACH.

CONTENIDO.

Siglas.....iii

Resumen Ejecutivo.....iv

Listado de Tablas del Texto.....ix

Listado de Tablas del Apéndice 3.....xii

1 - INTRODUCCION.....1

2 - METODOLOGIA.....5

2.1 Universo de Estudio.....5
2.2 Diseño de la Muestra.....6
2.3 Cuestionario de Hogares.....12
2.4 Recolección y Procesamiento.....13

3 - LA POBLACION ESTUDIADA.....18

3.1 Sexo y Edad.....18
3.2 Educación.....18
3.3 Ingreso económico.....19
3.4 Vivienda.....20
3.5 Características Ocupacionales.....21
3.6 Cobertura de Sistemas Cerrados de Atención (SCAS).....21
3.7 Percepción de Enfermedad e Incapacidad.....23

4 - ATENCION AMBULATORIA GENERAL.....27

4.1 Percepción de Enfermedad y Atención Ambulatoria.....27
4.2 Razones de No Consulta.....30
4.3 Motivo de la Atención Ambulatoria General.....32
4.4 Persona Consultada.....33

5 - ATENCION MEDICA AMBULATORIA.....36

5.1 Utilización, Cobertura y Concentración.....36
5.2 Subsector.....39
5.3 Lugar de Atención.....43
5.4 Ubicación del Lugar de Atención.....45
5.5 Pago por la Consulta.....48
5.6 Prescripción, Obtención y Pago de Medicinas.....51
5.7 Pago por Exámenes Complementarios.....56
5.8 Tiempo de Mobilización y Espera.....57

6 - ATENCION HOSPITALARIA.....63

6.1 Utilización, Cobertura y Concentración.....63
6.2 Subsector.....64
6.3 Motivo de Hospitalización.....67
6.4 Promedio de Días de Estancia.....71
6.5 Ubicación del Lugar de Hospitalización.....72
6.6 Pago por la Hospitalización.....74
6.7 Tiempo de Mobilización y Espera.....76

7 - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....80

APENDICE 1. Cuestionario de Hogares
APENDICE 2. Detalles Técnicos Complementarios sobre la Muestra Probabilística
APENDICE 3. Tablas de Resultados

SIGLAS

ADS	Asociación Demográfica Salvadoreña
ANTEL	Empresa de Telecomunicaciones de El Salvador
AMSS	Area Metropolitana de San Salvador
APSISA	Proyecto Apoyo Sistemas de Salud
CDC	Centro de Control de Enfermedades (EEUU)
CEL	Compañía de Electricidad de El Salvador[B
FESAL	Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud
HCF/LAC	Proyecto "Health Care Financing in Latin America and the Caribbean" (USAID)
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MIPLAN	Ministerio de Planificación
SCAS	Sistema Cerrado de Atención de Salud
REACH	Proyecto "Resources for Child Health" (USAID)
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

RESUMEN EJECUTIVO

Este primer volumen del Estudio sobre la Demanda de Servicios de Salud en El Salvador, presenta los aspectos principales de la metodología de la encuesta por muestreo, llevada a cabo entre enero y febrero de 1989 y los resultados descriptivos básicos, con énfasis en los patrones de utilización de servicios de salud. El segundo volumen del estudio identifica y explica mediante un análisis econométrico de la demanda de servicios, los factores que determinan los niveles de utilización presentados en este volumen.

El universo de estudio fue la población civil no institucional, residente en las áreas del país que no presentaban serios riesgos para los participantes en la investigación. En febrero de 1989, la población estudiada ascendía a 4'210.000 habitantes, equivalentes al 80 - 90% de la población total del país. Los tres grandes estratos en que se dividió el país fueron el área Metropolitana de San Salvador (AMSS) con 1'045.000 habitantes, otros centros urbanos del país (Resto Urbano) con 1'536.000 habitantes, y el Area Rural con 1'629.000 habitantes.

Metodología

La muestra investigada es probabilística, con probabilidades de selección iguales dentro de cada estrato, y muy similares entre éstos, y de conglomerados desiguales, constituídos por 221 segmentos, de 10 viviendas en promedio en el AMSS y de 20, en promedio, en los otros dos estratos; su tamaño final fue de 2,885 viviendas y 13,896 personas.

Esta muestra garantizó estimaciones de excelente precisión de fenómenos de frecuencia igual o superior a 5%, para cualquier estrato; de fenómenos de frecuencia igual o superior a 10%, en dos subdivisiones por estrato; de fenómenos de frecuencia igual o superior a 20%, en 3 ó 4 subdivisiones por estrato, y de fenómenos de frecuencia igual o superior a 30%, en por lo menos 5 subdivisiones por estrato. Todos los resultados de la muestra fueron restituídos al universo de estudio, ponderándolos por el recíproco de la probabilidad final de selección de cada persona investigada.

Los datos fueron recolectados mediante entrevista domiciliaria utilizando un cuestionario familiar con preguntas y respuestas individualizadas para cada uno de los miembros del hogar. La información captada cubrió aspectos demográficos y socioeconómicos, de percepción de enfermedad e incapacidad, de consulta ambulatoria por motivos de salud o enfermedad, y de hospitalización.

Población Estudiada

La estructura demográfica de El Salvador es la de una población joven con una gran proporción de población menor de 15 años (41.4%) y con una mucho menor población de 45 y más años (17%). El analfabetismo sigue siendo un serio problema en este país, pues el 31% de la población de 6 y más años no sabía leer ni escribir.

El 44.7% de la población tenía un ingreso per cápita mensual en la vivienda de c 101 (colones), es decir US$ 20, y sólo el 15% lo tenía superior a los c 400.

El Instituto Salvadoreño de Seguro Social es el más importante de los sistemas cerrados de atención de salud (SCAS), pues cubre el 7.3% de la población estudiada; ciertas instituciones gubernamentales, como son las de Energia Eléctrica, de Telecomunicaciones, el magisterio y las Fuerzas Armadas, protegen al 2.7% de los Salvadoreños, y los seguros privados, en su rol habitual de mecanismo de financiamiento cubre al 1.3% de la población.

En el período de las dos semanas anteriores a la entrevista, aproximadamente el 53% de la población estudiada percibió algún signo o síntoma de enfermedad. La tasa fue mayor en las mujeres, en los grupos extremos de edad, en el estrato Rural y en los que carecían de educación. Las enfermedades respiratorias (34% del total), las intestinales (12%) y las del sistema nerviosos (11%) fueron los principales problemas percibidos por la población. El 9% de los enfermos percibió algún grado de incapacidad, es decir, limitación para desempeñar sus actividades habituales.

Atención Ambulatoria General

El 11% de la población de El Salvador consultó a alguien por motivos de salud o enfermedad en las dos semanas anteriores a la entrevista. Las tasas de consulta fueron más altas en el AMSS (14.4%), intermedias en el Resto Urbano (11%) e inferiores en el estrato Rural (8%) y estuvieron positivamente correlacionadas con el nivel de educación y el ingreso per cápita, pues a mayores educación e ingreso, mayor tasa de consulta.

La probabilidad de consultar en dos semanas de quienes percibieron enfermedad fue del 18%, en contraste con el 1.5% de quienes no sintieron enfermedad alguna. Ahora bien, solamente un 6.5% de quienes consultaron lo hizo sin haber percibido una enfermedad previamente, en tanto que 19.4% de aquellos que consultaron lo hizo por razones preventivas, lo cual quiere decir que el restante 12.9% sintió algún problema leve de salud que no requería consulta curativa.

Dentro de los que se sintieron enfermos y no consultaron, el 27% indicó que su enfermedad era demasiado leve para ameritar atención. El restante 73% que manifestó necesitar atención, estuvo constituído en un 46% por quienes practicaron autotratamiento, en 7% por quienes adujeron

directamente razones económicas y en un 20% por quienes indicaron una amplia gama de otras razones.

El principal motivo declarado de consulta ambulatoria fue la enfermedad (74%). Las consultas por accidente y por problemas dentales representaron otro 6.6%. El restante 19% de atenciones ambulatorias fue de tipo preventivo.

El médico es el más importante proveedor de atención ambulatoria en El Salvador, con el 83.4% del total de consultas ambulatorias. Entre los demás proveedores, el farmacéutico aportó el 6.4%, el personal de enfermería el 4.9%, los odontólogos el 1.5% y otro personal el 3.8%.

Atención Médica Ambulatoria

La encuesta reveló que en El Salvador el promedio de consultas médicas por habitante en un año fue de 2.54, indicador éste que refleja el esfuerzo total del sistema de salud en dar este tipo de atención. Desafortundadamente, tal volumen de atención sólo beneficia a la mitad de la población (cobertura del 49%), lo cual quiere decir que la concentración de la atención médica en el período anual fue de 5.2 consultas por consultante.

La estructura de la atención médica ambulatoria según el subsector de salud indica una preponderancia del subsector privado, con el 45% del total de consultas. El Ministerio de Salud entregó 40% de la atención médica ambulatoria, el Instituto de Seguridad Social proveyó el 13%, y otras instituciones de salud del gobierno, el 2.3%. Mientras en el AMSS el subsector privado realizó el 54% de la atención médica ambulatoria y el Ministerio de Salud sólo el 25%; en el Area Rural, la responsabilidad mayor fue del Ministerio de Salud que proveyó el 53% de la consulta médica ambulatoria.

Los establecimientos del Ministerio de Salud, y del subsector privado presentaron los indicadores más altos de accesibilidad. El 67% de las consultas de la primera de tales instituciones y el 65% de la consultas privadas fueron realizadas en lugares adecuadamente accesibles, es decir, en el mismo sector de residencia, o en otro sector de la misma zona o municipio, o en otra zona de la misma ciudad. Las tasas más altas de adecuada accesibilidad se presentaron en el Resto Urbano.

Fueron objeto de algún pago directo, el 80% de las consultas realizadas en los establecimientos del Ministerio de Salud, el 73% de las privadas, el 64% de las del ISSS y el 14% de las de otras instituciones del gobierno. La muy alta proporción de consultas con algún pago en el Ministerio de Salud se entiende, sin embargo, a la luz de la cuantía del pago (c 2.93), que corresponde a la mínima cuota rutinariamente cobrada por el servicio de salud.

En el sub-sector privado, por otra parte, el pago promedio por consulta ascendió a c 23, y varió entre c 25 en los establecimientos con fines de lucro (85% delas consultas) y c 10 en los de carácter filantrópico. En el ISSS, el pago promedio fue de c 2.34.

Al 90% de los consultantes al médico les fueron prescritas medicinas, y esta proporción fue relativamente similar en los diferentes subsectores. El efecto protector de las SCAS se visualiza en el hecho de que alrededor del 95% de las medicinas prescritas fueron obtenidaas en el lugar de atención, en la mayoría de los casos sin costo alguno. En el Ministerio de Salud, el 86% de los consultantes prescritos obtuvo sus medicinas en el lugar de atención, y una proporción intermedia tuvo que pagarla. En el subsector privado, en cambio, una mayor proporción de consultantes debió obtener sus medicinas en lugar diferente al de consulta (16%) y una tasa aún más alta (45%), tuvo que pagarlas.

El valor promedio pagado por medicinas, por consulta médica, en el lugar de la atención, fue de c 40 para el conjunto del país, con variación de c 61 en el subsector privado con fines de lucro a c 6.5 en el Ministerio de Salud. Fuera del lugar de la consulta, el valor promedio pagado fue de c 40 para los consultantes de los establecimientos de Minsalud, alrededor de c 70 para consultantes privados y c 21 para los del ISSS.

El 37% de las consultas del Ministerio de Salud se hizo en lugares a los cuales se llegó en un tiempo aceptable de menos de 30 minutos, un 51% de las consultas privadas tuvieron esta característica y un 33% de las del ISSS. Dentro de los establecimientos consultados, el tiempo de espera presentó una situación menos favorable pues sólo el 8.5% de las consultas médicas al Ministerio de Salud, el 18% de las del ISSS y el 37% de las privadas tuvieron un tiempo de espera inferior a 30 minutos.

Atención Hospitalaria

El 5% de la población salvadoreña se hospitalizó por lo menos una vez en el último año. La cobertura de la hospitalización fue más alta en las mujeres, en los mayores de 15 años, en los residentes en el AMSS y en los beneficiarios de algún SCAS.

La provisión de servicios hospitalarios tiene una composición sectorial exactamente opuesta a la que se describió en atención ambulatoria. El Ministerio de Salud atendió a un 75.5% de las hospitalizaciones a precios altamente subsidiados, en tanto que el sector privado atendió a 9.4% de las hospitalizaciones. Este comportamiento se observó en todos los niveles de ingreso.

El examen de la relación entre la proporción de hospitalizaciones por subsector y el ingreso per capita mensual en la vivienda, nos identifica una fuerte relación inversa: a medida que aumenta el ingreso per capita disminuye la proporción de hospitalizaciones en Minsalud y se incrementa la del subsector privado. El grupo que se ubica en el 15% más alto de

ingreso, obtuvo el 68% de su atención hospitalaria en establecimientos del Ministerio de Salud.

De los afiliados al ISSS que se hospitalizaron, un 26% lo hizo en los hospitales de Minsalud, probablemente, por restricciones de los riesgos cubiertos por el ISSS, pero un 12% lo hizo en el subsector privado, quizás en parte para buscar una atención más satisfactoria.

Algún tipo de enfermedad fue el principal motivo de hospitalización en el 50% de los hospitalizados; en segundo lugar se ubicó al parto normal (26%), los accidentes fueron la causa de un 15% y otras razones, supuestamente preventivas, dieron cuenta del 9%. Los motivos eminentemente curativos (enfermedades y accidentes) produjeron en conjunto las dos terceras partes de las hospitalizaciones. La alta proporción de este tipo de hospitalizaciones se mantuvo en todos los estratos.

El promedio de días de estancia de los hospitalizados, según las declaraciones de la población encuestada, fue de 6.0. La estancia hospitalaria estuvo claramente asociada con el motivo de la hospitalización siendo mucho más alta en las internaciones puramente curativas (de 7 a 8 días).

La localización de los establecimientos hospitalarios respecto al lugar de residencia de los hospitalizados es más distante que la observada en los establecimientos de la atención ambulatoria, por la obvia razón de que su número es más reducido. Entre los subsectores, el ISSS es el que ofrece en una proporción más alta de atención hospitalaria adecuadamente accesible. El 43% de las hospitalizaciones en establecimientos de esta institución se llevó a cabo en el mismo sector de residencia o en otro sector de la misma zona o mismo municipio.

Para el 41% de las hospitalizaciones registradas en esta encuesta, (84%), intermedia en el Ministerio de Salud (41%) y muy reducida en los servicios de las SCAS, por obvias razones. La cantidad promedia pagada directamente por la hospitalización fue c 563. En los establecimientos privados el promedio fue de c 2,330 y en los del Ministerio de Salud c 146.

En cuanto al tiempo de viaje al lugar de hospitalización, al 11% de los hospitalizados les tomó menos de 15 minutos y al 27% menos de 30 minutos. El subsector privado presentó la más alta proporción de pacientes hospitalizados a menos de 30 minutos de su lugar de residencia (44%).

El tiempo de espera por cama hospitalaria resultó, en cambio, más favorable de lo supuesto inicialmente, pues el 79.6% de las hospitaliziones se cumplieron según lo manifestado por los encuestados menos de tres horas después de que fueran ordenadas por algún médico. Esta cifra, que despierta alguna sospecha sobre su validez, coincide en cambio con la proporción de pacientes que se internaron por urgencias (80.5%), la cual es desusadamente alta en términos de normas habituales de admisión por este servicio que la restringe sólo para casos de mucha gravedad.

LISTADO DE TABLAS DEL TEXTO

TABLAS

2.A Estimaciones de viviendas y población accesibles, por estrato

2.B Errores estandar relativos (ES rel) esperados

2.C Muestra planeada, seleccionada y encuestada

2.D Viviendas seleccionadas, entrevistadas y no entrevistadas según causa

2.E Tasa de diferencias observadas entre las reentrevistas y su previa entrevista, para preguntas seleccionadas

3.A Población por edad según estrato residencial

3.B Población según ingreso per capita mensual en la vivienda

3.C Beneficiarios de algún Sistema Cerrado de Atención en Salud (SCAS)

3.D Morbilidad percibida en dos semanas

3.E Indicadores de morbilidad sentida e incapacitante por estrato, en dos semanas

4.A Consultantes en dos semanas

4.B Atención ambulatoria según percepción de enfermedad en dos semanas

4.C Razones de no consulta habiendo percibido enfermedad

4.D Composición del grupo residual "otras razones" de no consulta, habiendo pensado que era necesario consultar

4.E Estructura de las consultas ambulatorias según motivo

4.F Orden de las más importantes causas percibidas de enfermedad y de consulta

4.G Proporción de la atención ambulatoria curativa y preventiva, por "otro personal" diferente del médico

5.A Indicadores de la atención médica ambulatoria por estrato residencial, en dos semanas y en un año

5.B Indicadores anuales de la atención médica ambulatoria para los beneficiarios de algún SCAS y para los no beneficiarios por estrato residencial

5.C Estructura de las consultas médicas por subsector según estrato residencial

5.D Distribución de las consultas médicas según subsector y afiliación a SCAS

5.E Proporción de consultas médicas ambulatorias privadas, según fines de lucro de las instituciones

5.F Distribución de las consultas médicas ambulatorias por lugar de atención, según estrato residencial

5.G Distribución de las consultas médicas según ubicación del lugar de atención, con respecto al lugar de residencia

5.H Proporción de las consultas médicas ambulatorias de cada subsector realizadas en lugares adecuadamente accesibles

5.I Proporción de las consultas médicas ambulatorias de cada tipo de establecimiento o lugar de atención, realizadas en sitios adecuadamente accesibles

5.J Proporción de consultas pagadas directamente y pago promedio (en colones), por subsector y estrato

5.K Pago directo promedio, en colones, por consulta médica (pagada)

5.L Obtención y pago de medicinas prescritas en la consulta médica

5.M Obtención y pago de medicinas prescritas a pacientes que consultan al médico en el Ministerio de Salud

5.N Obtención y pago de medicinas prescritas a pacientes que consultan en el subsector privado

5.O Valor promedio pagado por medicinas, por consulta médica, en el lugar de atención (en colones)

5.P Valor promedio pagado por medicinas, por consulta médica, fuera del lugar de atención (en colones)

5.Q Valor promedio pagado por exámenes complementarios, por consulta médica (en colones)

5.R Porcentaje acumulado de las consultas médicas, según tiempo de viaje al lugar de la consulta, por subsector

5.S Porcentaje acumulado de las consultas médicas del subsector privado, según tiempo de viaje al lugar de la consulta, por estrato

5.T Porcentaje acumulado de las consultas médicas del Ministerio de Salud, según tiempo de viaje al lugar de la consulta, por estrato

5.U Porcentaje acumulado de las consultas médicas, según tiempo de espera en el lugar de la consulta, por subsector

5.V Porcentaje acumulado de las consultas médicas del Ministerio de Salud, según tiempo de espera en el lugar de la consulta

5.W Porcentaje acumulado de las consultas médicas del subsector privado, según tiempo de espera en el lugar de la consulta

6.A Cobertura y concentración de la atención hospitalaria en 12 meses, por estrato y afiliación a SCAS

6.B Distribución de las consultas médicas en dos semanas y hospitalizaciones en 12 meses por subsector

6.C Distribución de las hospitalizaciones por subsector según estrato

6.D Distribución de las hospitalizaciones por subsector, según estrato e ingreso per capita mensual de la vivienda

6.E Distribución de las hospitalizaciones según subsector y afiliación a SCAS

6.F Motivos de hospitalización según encuestas de El Salvador, Colombia y Sto. Domingo, República Dominicana

6.G Enfermedades causantes de hospitalización

6.H Distribución de las hospitalizaciones según motivo por subsector y estrato

6.I Distribución de las hospitalizaciones según motivo y subsector por estrato

6.J Promedio de días (noches) de estancia por hospitalización por subsector

6.K Distribución de las hospitalizaciones según ubicación del lugar de hospitalización con respecto al lugar de residencia

6.L Proporción de hospitalizaciones de cada subsector realizadas en establecimientos adecuadamente accesibles desde el lugar de residencia

6.M Pago directo (total o parcial) por la hospitalización

6.N Cantidad promedio pagada directamente por la hospitalización (en colones)

6.O Porcentaje acumulado de las hospitalizaciones según tiempo de viaje al lugar de atención

6.P Porcentaje acumulado de las hospitalizaciones del Ministerio de salud según tiempo de viaje al lugar de atención, por estrato

6.Q Porcentaje acumulado de las hospitalizaciones del subsector privado según tiempo de viaje al lugar de atención, por estrato

6.R Porcentaje acumulado de las hospitalizaciones según tiempo de espera por cama

6.S Porcentaje acumulado de las hospitalizaciones del Ministerio de Salud según tiempo de espera por cama

6.T Porcentaje acumulado de las hospitalizaciones del subsector privado según tiempo de espera por cama

LISTADO DE TABLAS DEL APENDICE 3

TABLAS

3.1 Estructura de la población, por edad y sexo

3.2 Estructura de la población, por sexo y estrato residencial

3.3 Estructura de la población, por edad y estrato residencial

3.4 Tasas de alfabetismo en la población de 6 y más años, por sexo, edad y estrato residencial

3.5 Estructura de la población de 6 y más años, por nivel de educación alcanzado y edad

3.6 Estructura de la población de 6 y más años, por nivel de educación alcanzado y estrato residencial

3.7 Distribución de la población según ingreso per capita mensual en la vivienda, por estrato residencial y nivel de educación alcanzado

3.8 Distribución de la población según estrato y educación alcanzada, por ingreso per capita mensual en la vivienda

3.9 Distribución de la población según variables ocupacionales, por estrato residencial

3.10 Distribución de las viviendas según tipo, forma de tenencia, servicio de agua y tipo de conexión, servicio sanitario y estrato residencial

3.11 Población afiliada o dependiente de afiliada al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) por sexo y edad

3.12 Población afiliada o dependiente de afiliados a seguros privados de salud por edad y sexo

3.13 Población que puede usar otros servicios de salud gubernamentales, por sexo y edad

3.14 Beneficiarios de Servicios Cerrados de Atención en Salud (SCAS: ISSS, seguros privados y otros servicios gubernamentales), por tipo de afiliación y estrato residencial

3.15 Distribución de la población según tipo de afiliación a Sistemas Cerrados de Atención en Salud (SCAS), por variables geográficas y socio-económicas

3.16 Distribución de la población según afiliación a Sistemas Cerrados de Atención en Salud (SCAS), por estrato residencial y por sexo, edad, nivel de educación alcanzado e ingreso per capita mensual

3.17 Prevalencia de la enfermedad percibida en un período de dos semanas según tipo de enfermedad por variables demográficas y socio-económicas

4.1 Distribución de consultantes en las últimas dos semanas según percepción de enfermedad, por variables demográficas y socio-económicas detalladas, total del país

4.2 Distribución de consultantes en las últimas dos semanas según percepción de enfermedad, por variables ocupacionales detalladas, total del país

4.3 Percepción de enfermedad según atención ambulatoria en las últimas dos semanas, por algunas variables demográficas y socio-económicas detalladas, total del país

4.4 Percepción de enfermedad según atención ambulatoria en las últimas dos semanas, por varibles socio-económicas detalladas, total del país

4.5 Percepción de enfermedad según atención ambulatoria en las últimas dos semanas, por algunas variables demográficas y socio-económicas agrupadas, AMSS

4.6 Percepción de enfermedad según atención ambulatoria en las últimas dos semanas, por algunas variables demográficas y socio-económicas agrupadas, Resto Urbano

4.7 Percepción de enfermedad según atención ambulatoria en las últimas dos semanas, por algunas variables demográficas y socio-económicas agrupadas, Rural

4.8 Percepción de enfermedad según atención ambulatoria en las últimas dos semanas, por variables ocupacionales detalladas, AMSS

4.9 Percepción de enfermedad según atención ambulatoria en las últimas dos semanas, por variables ocupacionales detalladas, Resto Urbano

4.10 Percepción de enfermedad según atención ambulatoria en las últimas dos semanas, por variables ocupacionales detalladas, Rural

4.11 Razones para no buscar atención habiendo percibido enfermedad, en las últimas dos semanas, por variables demográficas y socio-económicas detalladas, total del país

4.12 Razones para no buscar atención habiendo percibido enfermedad, en las últimas dos semanas, por variables ocupacionales detalladas, total del país

4.13 Razones para no buscar atención habiendo percibido enfermedad, en las últimas dos semanas, por variables demográficas y socio-económicas detalladas, AMSS

4.14 Razones para no buscar atención habiendo percibido enfermedad, en las últimas dos semanas, por variables demográficas y socio-económicas detalladas, Resto Urbano

4.15 Razones para no buscar atención habiendo percibido enfermedad, en las últimas dos semanas, por variables demográficas y socio-económicas detalladas, Rural

4.16 Distribución de las consultas ambulatorias según motivo detallado de consulta, por sexo, edad, estrato residencial, afiliación a Sistemas Cerrados de Atención y subsector

4.17 Distribución de las consultas ambulatorias curativas según tipo de enfermedad, por sexo, edad, estrato residencial, afiliación a Sistemas Cerrados de Atención y subsector

4.18 Distribución de las consultas ambulatorias según persona consultada por sexo, edad, estrato residencial, afiliación a Sistemas Cerrados de Atención y subsector

4.19 Distribución de las consultas ambulatorias en las últimas dos semanas según motivos resumidos de consulta y persona consultada, por sexo, edad, estrato residencial, afiliación a Sistemas Cerrados de Atención y subsector

5.1 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria según variables demográficas y socio-económicas, total país

5.2 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria según variables demográficas y socio-económicas, AMSS

5.3 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria según variables demográficas y socio-económicas, Resto Urbano

5.4 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria según variables demográficas y socio-económicas, Rural

5.5 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria para beneficiarios de SCAS según variables demográficas y socio-económicas, total país

5.6 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria para beneficiarios de SCAS según variables demográficas y socio-económicas, AMSS

5.7 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria para beneficiarios de SCAS según variables demográficas y socio-económicas, Resto Urbano

5.8 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria para beneficiarios de SCAS según variables demográficas y socio-económicas, Rural

5.9 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria para no beneficiarios de SCAS según variables demográficas y socio-económicas, total país

5.10 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria para no beneficiarios de SCAS según variables demográficas y socio-económicas, AMSS

5.11 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria para no beneficiarios de SCAS según variables demográficas y socio-económicas, Resto Urbano

5.12 Cobertura y concentración de la atención médica ambulatoria para no beneficiarios de SCAS según variables demográficas y socio-económicas, Rural

5.13 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector por tipo de afiliación a Sistemas Cerrados de Atención, total país

5.14 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según tipo de afiliación a Sistemas Cerrados de Atención, por subsector, total país

5.15 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector por tipo de afiliación a SCAS, AMSS

5.16 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector por tipo de afiliación a SCAS, Resto Urbano

5.17 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector por tipo de afiliación a SCAS, Rural

5.18 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según tipo de afiliación a SCAS, por subsector, AMSS

5.19 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según tipo de afiliación a SCAS, por subsector, Resto Urbano

5.20 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según tipo de afiliación a SCAS, por subsector, Rural

5.21 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS, total país

5.22 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por educación, ingreso, trabajo y actividad, total país

5.23 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS, AMSS

5.24 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por educación, ingreso, trabajo y actividad, AMSS

5.25 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS, Resto Urbano

5.26 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por educación, ingreso, trabajo y actividad, Resto Urbano

5.27 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS, Rural

5.28 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por educación, ingreso, trabajo y actividad, Rural

5.29 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS, total país

5.30 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por educación, ingreso, trabajo y actividad, total país

5.31 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS, AMSS

5.32 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por educación, ingreso, trabajo y actividad, AMSS

5.33 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS, Resto Urbano

5.34 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por educación, ingreso, trabajo y actividad, Resto Urbano

5.35 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS, Rural

5.36 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según subsector, por educación, ingreso, trabajo y actividad, Rural

5.37 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas, por lugar de atención según sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS y subsector, total del país

5.38 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas, por lugar de atención según educación, ingreso, trabajo y actividad, total país

5.39 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según sexo, edad, estrato y afiliación a SCAS y subsector, por estrato residencial

5.40 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas por lugar de atención y ubicación del lugar, según subsector, total país

5.41 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según pago, valor pagado y razón de no pago por subsector, total país

5.42 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según pago, valor pagado y razón de no pago, por estrato residencial

5.43 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según pago, valor pagado y razón de no pago, por subsector, AMSS

5.44 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según pago, valor pagado y razón de no pago, por subsector, Resto Urbano

5.45 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según pago, valor pagado y razón de no pago, por subsector, Rural

5.46 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según pago, valor pagado y razón de no pago, por sexo y edad, total país

5.47 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según pago, valor pagado y razón de no pago, por sexo y edad, AMSS

5.48 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según pago, valor pagado y razón de no pago, por sexo y edad, Resto Urbano

5.49 Distribución de las consultas médicas en las dos últimas semanas según pago, valor pagado y razón de no pago, por sexo y edad, Rural

5.50 Distribución de las consultas médicas en las últimas dos semanas, según prescripción, adquisición y pago de medicinas, por subsector, total del país

5.51 Distribución de las consultas médicas en las últimas dos semanas, según prescripción, adquisición y pago de medicinas, por subsector, AMSS

5.52 Distribución de las consultas médicas en las últimas dos semanas, según prescripción, adquisición y pago de medicinas, por subsector, Resto Urbano

5.53 Distribución de las consultas médicas en las últimas dos semanas, según prescripción, adquisición y pago de medicinas, por subsector, Rural

5.54 Distribución de las consultas médicas en las últimas dos semanas, según realización y pago de exámenes complementarios, por subsector

5.55 Distribución de las consultas médicas en las últimas dos semanas, según realización y pago de exámenes complementarios, por estrato residencial

5.56 Distribución de las consultas médicas en las últimas dos semanas, según características de movilización al lugar de consulta y tiempo de espera, por subsector

6.1 Estructura de las hospitalizaciones registradas en la encuesta para 1987 y 1988

6.2 Cobertura y concentración de la atención hospitalaria en 12 meses

6.3 Distribución de las hospitalizaciones por subsector, según sexo, edad, estrato residencial, afiliación a sistemas cerrados de atención, total del país

6.4 Distribución de las hospitalizaciones según subsector, por educación alcanzada, ingreso per capita mensual en la vivienda, trabajo en últimas dos semanas y actividad de quienes no trabajaron, total del país

6.5 Distribución de las hospitalizaciones por subsector, según sexo, edad, estrato residencial, afiliación a sistemas cerrados de atención, AMSS

6.6 Distribución de las hospitalizaciones según educación, ingreso per capita mensual en la vivienda, trabajo en últimas dos semanas y actividad de quienes no trabajaron, AMSS

6.7 Distribución de las hospitalizaciones por subsector, según sexo, edad, estrato residencial, afiliación a sistemas cerrados de atención, Resto Urbano

6.8 Distribución de las hospitalizaciones según educación, ingreso per capita mensual en la vivienda, trabajo en últimas dos semanas y actividad de quienes no trabajaron, Resto Urbano

6.9 Distribución de las hospitalizaciones por subsector, según sexo, edad, estrato residencial, afiliación a sistemas cerrados de atención, Rural

6.10 Distribución de las hospitalizaciones según educación, ingreso per capita mensual en la vivienda, trabajo en últimas dos semanas y actividad de quienes no trabajaron, Rural

6.11 Distribución de las hospitalizaciones por subsector, según sexo, edad, estrato residencial, afiliación a sistemas cerrados de atención, total del país

6.12 Distribución de las hospitalizaciones por subsector, según sexo, edad, estrato residencial, afiliación a sistemas cerrados de atención, AMSS

6.13 Distribución de las hospitalizaciones por subsector, según sexo, edad, estrato residencial, afiliación a sistemas cerrados de atención, Resto Urbano

6.14 Distribución de las hospitalizaciones por subsector, según sexo, edad, estrato residencial, afiliación a sistemas cerrados de atención, Rural

6.15 Distribución de las hospitalizaciones según motivo de hospitalización, realización de cirugía y noches de estancia, por subsector, total país

6.16 Distribución de las hospitalizaciones según motivo de hospitalización, realización de cirugía y noches de estancia, por subsector, AMSS

6.17 Distribución de las hospitalizaciones según motivo de hospitalización, realización de cirugía y noches de estancia, por subsector, Resto Urbano

6.18 Distribución de las hospitalizaciones según motivo de hospitalización, realización de cirugía y noches de estancia, por subsector, Rural

6.19 Distribución de las hospitalizaciones según motivo de hospitalización, realización de cirugía y noches de estancia, por sexo y edad, total país

6.20 Distribución de las hospitalizaciones según pago, valor pagado y razón de no pago, por subsector, total país

6.21 Distribución de las hospitalizaciones según pago, valor pagado y razón de no pago, por estrato, total país

6.22 Distribución de las hospitalizaciones según pago, valor pagado y razón de no pago, por afiliación a sistemas cerrados de atención, total país

6.23 Distribución de las hospitalizaciones según caracteristícas de movilización y espera, por subsector, total país

6.24 Distribución de las hospitalizaciones según características de movilización y espera, por estrato, total país

6.25 Distribución de las hospitalizaciones según características de movilización y espera, por afiliación a sistemas cerrados de atención, total país

1. INTRODUCCION

En respuesta a una solicitud de USAID/El Salvador, el proyecto "Resources for Child Health" (REACH) llevó a cabo un estudio sobre demanda de servicios de salud en la República de El Salvador. La información se recolectó a través de una encuesta de hogares por muestreo probabilístico, de cobertura nacional, especialmente diseñada para investigar el comportamiento de la población en función de sus necesidades de salud y los determinantes de dicho comportamiento[1]. Este documento presenta los aspectos principales de la metodología y un análisis descriptivo de los resultados de la encuesta, con énfasis en los patrones de utilización de los servicios de salud (es decir, el comportamiento) que actualmente se observa en la población salvadoreña.

En un segundo volumen se presenta el análisis econométrico de la demanda, el cual tiene por objetivos identificar los factores que afectan las decisiones de los pacientes en su búsqueda de servicios de salud y explicar como, en definitiva, determinan los niveles de utilización de servicios que se muestran en el presente volumen. Se espera, de esta forma, alcanzar el propósito de proveer información útil para la orientación de la política de salud y el planeamiento de las actividades de este sector.

La contestación de preguntas tales como las que se listan a continuación, son el propósito fundamental de una encuesta de hogares como la que nos ocupa: ¿Cuáles son las características de los servicios demandados por la población, la cobertura de los diferentes subgrupos, las preferencias de los demandantes ante la oferta de servicios públicos y privados, y la capacidad potencial de la población para comprar servicios de salud de diferente tipo?, ¿cuál es el efecto en la demanda de servicios del precio y calidad, del tipo de personal y de los recursos físicos percibidos por la gente? así mismo, ¿qué efectos tienen sobre la demanda cambios en la composición y magnitud de la oferta de servicios de los

---

[1]En la revisión crítica del cuestionario participaron el Sr. Kevin Armstrong de USAID/El Salvador; el Jefe de la Oficina de Planificación del Ministerio de Salud, Dr. Hugo Morán, y las ejecutivas de la misma Oficina, Dra. Leila de Salazar y Lic. Regina de Molina; el Dr. Chang Peña, Jefe de la Sección de Programación y Control del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS); el Dr. Reynaldo Grueso, Coordinador del Proyecto Apoyo a los Sistemas de Salud (APSISA) auspiciado por USAID/El Salvador, y el asesor en investigación del mismo proyecto, Dr. Federico K. Rockuts. Por el Proyecto REACH participaron el Dr. Gerald Rosenthal, Director de la Unidad de Financiamiento de Servicios de Salud y la Economista Matilde Pinto de la Piedra, y el consultor Econ. Ricardo Bitrán, quien además estuvo encargado del análisis econométrico de los resultados.

sectores público o privado, o cambios en las tarifas de los servicios ofrecidos, la localización de los servicios, y el tiempo de movilización y espera?[2].

Desde el punto de vista económico, demanda de servicios de salud es la cantidad de servicios de un cierto nivel de calidad que una persona desea comprar, dados su percepción sobre la necesidad de atención, el precio y calidad de los servicios, el tiempo de movilización y espera, etc, factores éstos que se consideran los determinantes o condicionantes de su decisión. Un análisis integral de la demanda debe considerar sistemáticamente la importancia relativa de los factores que pueden afectarla, algunos de los cuales son propios del individuo, otros surgen del ambiente que lo rodea y un tercer conjunto tiene que ver con la oferta de servicios[3].

Para esta encuesta en particular, los objetivos son los siguientes:

1. Conocer los patrones de utilización de los servicios de salud según características demográficas y socio-económicas de los demandantes de la atención y su previa percepción de enfermedad, y según el tipo de servicios demandados, el pago directo por los servicios y el tiempo de movilización y espera.

2. Conocer la importancia relativa de los factores anteriores en la decisión de buscar un determinado tipo de servicios de salud.

El contenido de la encuesta, definido para cumplir con los citados objetivos y con buena parte de los propósitos enunciados antes, se resume a continuación (ver también cuestionario de hogares en el Apéndice 1):

- Composición demográfica del hogar.
- Educación.
- Acceso a Sistemas Cerrados de Atención en Salud (SCAS).
- Percepción de problemas de salud agudos y crónicos en últimas dos semanas.
- Incapacidad ocasionada por problemas de salud.
- Consulta por motivos de salud o enfermedad en dos semanas (a cualquier persona): Número de consultas, motivos, lugar de atención y persona consultada. Para consultas al médico o a otras personas distintas del odontólogo o dentista, ubicación del lugar de atención y subsector del establecimiento; pago directo, cantidad pagada y razones de no pago; prescripción, obtención y pago de las medicinas, cantidad pagada y razones de no pago; tiempo, costo y medio de movilización hasta el lugar de atención; tiempo de espera en el lugar de atención.
- Ultima consulta al médico por parte de quienes no lo consultaron en las últimas dos semanas: tiempo que hace que consultaron, y además, para

---

[2]Ver Gómez (1987) y Russell et al. (1986)

[3]Ver Russell et. al. (1986), Gómez (1988) y Bitrán (1989)

los que consultaron en los últimos dos meses, todas las variables señaladas arriba para consulta.

- Consulta al odontólogo o dentista de quienes no lo consultaron en últimas dos semanas: tiempo transcurrido desde la última consulta.
- Hospitalización: Percepción de problemas que la requirieron, recomendación de hospitalización, y hospitalizaciones desde 1o. de enero de 1988; hospitalizaciones en 1987; tiempo transcurrido desde la última hospitalización, para quienes no se hospitalizaron desde enero de 1987. Para hospitalizaciones en 1987, 88 y 89, información sobre fecha, causa, cirugías, noches de estancia, lugar de atención, subsector del establecimiento; pago directo, valor pagado y razones de no pago; tiempo y costo de movilización hasta lugar de hospitalización; tiempo de espera desde que le fue ordenada la hospitalización.
- Características ocupacionales e ingreso económico de la población de 10 años o más.
- Producción de productos agrícolas en el hogar para el consumo o venta.
- Producción de animales en el hogar para el consumo o venta.
- Características de la vivienda.

En la descripción de los resultados de la encuesta, la salud se ha expresado en términos de la morbilidad e incapacidad percibidas por los individuos encuestados en un período de dos semanas anteriores a la entrevista.

El comportamiento se ha descrito en función de las soluciones buscadas a las necesidades de salud, es decir, en la atención ambulatoria general, también en un período de dos semanas; en los indicadores básicos de la atención ambulatoria por médico, para un período de dos semanas y para un año, y en las características detalladas de esta atención a partir de los datos de dos semanas; finalmente, en la atención hospitalaria, para los últimos dos años.

Los distintos períodos de referencia fueron fijados teniendo en cuenta el grado de recordación de los varios eventos por parte de los encuestados y la frecuencia esperada de los mismos, de tal manera que se registraran, con aceptable veracidad, un número suficiente de casos para los niveles de precisión y profundidad de los análisis previstos.

Los indicadores de comportamiento se clasificaron sistemáticamente por subsector y estrato residencial, para el conjunto de la población estudiada, y con distinto grado de detalle, según el tema, por variables demográficas y socio-económicas.

Todas las cifras absolutas presentadas en este informe, son estimaciones para el universo de estudio, obtenidas mediante ponderación de los valores muestrales por el recíproco de la probabilidad final de selección de cada persona, ajustado por no respuesta. Por ejemplo, la probabilidad de selección de las personas del segmento No. 204, del estrato rural, es 1/236, el recíproco de esta probabilidad es 236, el factor de ajuste por no respuesta es 1.159 (No. de viviendas seleccionadas sobre No. de viviendas encuestadas en el segmento), y el factor final de

restitución es 236 x 1.159 = 274. Esto significa que cada persona de la muestra en el segmento No. 204 representa 274 personas del universo de similares características. Como el factor final varió de segmento en segmento, esta ponderación de los valores muestrales de cada segmento por su respectivo factor final, evita los sesgos de las estimaciones y además permite estimar aproximadamente los valores del universo.

Las estimaciones absolutas y relativas (con o sin ponderar) están sujetas al error de muestreo o variación de azar, por lo cual son aproximaciones de la realidad. En general, se ha estimado que cifras absolutas inferiores a 5,000 y las relativas originadas en éstas, tienen muy baja significación estadística, es decir, muy poca precisión.

En el capítulo 2 se entrega un resumen de la metodología de la encuesta con mención del universo de estudio, el diseño de la muestra probabilística y el cuestionario de hogares, así como algunos detalles de la recolección y procesamiento de los datos. El capítulo 3 presenta una síntesis de las características demográficas y de percepción de enfermedad de la población estudiada. El capítulo 4 incluye información sobre la atención ambulatoria general, en tanto que el capítulo 5 provee información relativa a la atención ambulatoria por médicos. El capítulo 6 aporta datos sobre la atención hospitalaria. Tres apéndices que contienen el cuestionario utilizado en la encuesta de hogares, detalles técnicos complementarios sobre la muestra probabilística y las tablas de resultados, respectivamente, completan esta presentación.

2. METODOLOGIA.

Cuatro temas se abordan en esta parte del documento: el universo poblacional al cual se refieren o generalizan los resultados de la investigación, los elementos principales del diseño y selección de la muestra probabilística, las características sobresalientes del cuestionario de hogares, y la logística e instrumentación de la recolección y procesamiento de los resultados. Complemento importante de lo anterior son los apéndices 1 y 2; el primero incluye una transcripción del cuestionario de hogares, y el segundo se refiere a detalles técnicos complementarios de la muestra.

Este capítulo fue escrito utilizando un mínimo de términos técnicos a fin de hacerlo accesible a la mayor parte de los lectores no expertos en encuestas por muestreo. Sin embargo, su lectura y particularmente la de la sección 2.2 referente al diseño de la muestra, no es indispensable para comprender los hallazgos presentados en los capítulos siguientes.

2.1 UNIVERSO DE ESTUDIO.

Es la población civil, no institucional, residente en las áreas del país que no presentaban serios riesgos para los participantes en la investigación. Esta población, según las estimaciones ajustadas en base a la propia encuesta, ascendía en la fecha de la recolección de los datos (Enero-Febrero, 1989) a 4'210,000 habitantes, equivalentes al 80-90% de la población total del país. Los tres grandes estratos en que se dividió el país para la selección de la muestra y la inferencia de los resultados tenían la siguiente población: Area Metropolitana de San Salvador (AMSS), 1'045,240 habitantes; otros centros urbanos del país (Resto Urbano), 1'535,588; y el Area Rural, 1'628,813 habitantes. La población excluída del estudio pertenecía toda al estrato rural.

La carencia de un reciente censo nacional de población, adicionada de las dificultades creadas por el conflicto bélico, como son el desplazamiento de grandes cantidades de población hacia ciertas áreas del país y a los grandes centros urbanos, así como hacia el exterior, sin un mecanismo eficiente de registro, además de la destrucción por fuego de los materiales del último censo, constituyen serios inconvenientes para una estimación precisa de la población actual del país y para el diseño de muestras de población. Las estimaciones de población por estrato originalmente utilizadas para los cálculos muestrales de esta investigación, también despiertan algunas dudas, aunque en nuestro criterio son las de mayor exactitud. Para el AMSS y el Resto Urbano, consideramos de aceptable credibilidad las estimaciones de número de viviendas (1988), realizadas por el Ministerio de Planificación (MIPLAN), institución que ha venido actualizando en los últimos años la cartografía y listados de vivienda de los centros urbanos del país. Para el área Rural, en cambio, preferimos las estimaciones utilizadas por los expertos del Centro de

Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, EEUU, para el cálculo de la muestra para la Encuesta sobre Salud Materno Infantil y Planificación Familiar llevada a cabo en 1988[4] . Estas estimaciones se presentan en la Tabla 2.A.

TABLA 2.A.

ESTIMACIONES DE VIVIENDAS Y POBLACION ACCESIBLES POR ESTRATO

ESTRATO	Viviendas estimadas inicialm. para 1988	Viv. estim. a En.31/89 (por técnicos de la encuesta) (a)		Promedio de pers. por viv. (Recuentos ADS)	Población estimada antes de la encuesta	Población restituida a partir de la encuesta
		No.	%			
AMSS	214,008 (MIPLAN)	223,000	26.8	4.51	1'006,000	1'045,240
Res.Urb.	274,975 (MIPLAN)	283,000	34.0	4.67	1'322,000	1'535,588
Rural	319,000 (CDC)	326,000	39.2	5.22	1'702,000	1'628,813
Total	807,983	832,000	100.0		4'030,000	4'209,641

(a) Con base en el promedio del cambio porcentual anual, observado entre 1980 y 1988 en cada uno de los estratos.

2.2 DISEÑO DE LA MUESTRA

La muestra a nivel de sectores urbanos y rurales, es una adaptación de la seleccionada para la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1985 (FESAL 85), llevada a cabo por la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) y el Instituto de Desarrollo de Recursos de la Westinghouse, la cual fue ajustada y complementada para la encuesta FESAL85 realizada también por la ADS y por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta[5] . Dentro

[4]Ver Monteith et. al. (1988)

[5]Ver Monteith et.al. (1989) y Asociación Demográfica Salvadoreña et. al. (1987)

de los sectores, la muestra de segmentos y hogares fue específicamente diseñada y seleccionada para este estudio de Demanda de Servicios de Salud.

2.2.1 Tipo de Muestra

La muestra en su conjunto es probabilística, estratificada y de conglomerados desiguales.

Probabilística, con probabilidades iguales dentro de cada estrato y muy similares entre los estratos, debido a la distribución de la muestra aproximadamente proporcional a la distribución del universo poblacional.

Estratificada, en los tres grandes dominios en que se clasificó el universo de estudio: Area Metropolitana de San Salvador (AMSS), el Resto Urbano y el área Rural. Esta estratificación, además de identificar los grupos geográficos de la población para los cuales es factible hacer inferencia rutinaria de la mayor parte de los resultados del estudio, separa poblaciones diferentes no sólo en características demográficas y socio-económicas sino en su percepción de los problemas de salud y en su comportamiento frente a los servicios de salud disponibles.

De conglomerados desiguales, constituídos por cantones (sectores rurales) en la zona rural, con un tamaño promedio de 250 viviendas, y por sectores urbanos conformados para el estudio en base a manzanas, con 250 a 300 viviendas. A su vez, dentro de los 175 sectores seleccionados como muestra, se conformaron específicamente para este estudio segmentos o grupos contiguos de viviendas de tamaño promedio 10 en el AMSS y 20 en el Resto Urbano y el Area Rural. Las áreas últimas de muestreo fueron 221 segmentos seleccionados probabilísticamente, 92 en AMSS (2 por sector), 60 en el Resto Urbano y 69 en la zona rural.

2.2.2 Tamaño y precisión esperada

La muestra efectivamente encuestada estuvo constituída por 2,885 viviendas (de un total de 3,267 seleccionadas) con 13,896 personas. La distribución de la muestra por estrato fue entonces: AMSS 3,200 personas, Resto Urbano 5,084 y Rural 5,612. El tamaño de la muestra inicialmente seleccionada (aproximadamente 17,700 personas) fue establecido teniendo en cuenta: a) los requerimientos de la investigación, en el sentido de permitir la realización de estimaciones de aceptable precisión a nivel de estrato; b) la frecuencia esperada de las variables dependientes más importantes, es decir, consulta externa y atención hospitalaria; c) la tasa esperada de no respuesta , (15 a 20%); y d) los recursos disponibles para la realización del trabajo.

La muestra encuestada (13,896 personas) garantiza estimaciones de excelente precisión para los temas importantes del estudio. Es así como, para el Area Metropolitana de San Salvador (AMSS) que es el estrato de menor tamaño (N= 1'045,000), y de muestra más reducida (n=3,200), la

precisión esperada (Error Estándar Relativo) de fenómenos de diferente magnitud (proporción), estimados en subgrupos de población (N), a partir de submuestras (n) de variable tamaño, se observa en la Tabla 2.B (ver detalles adicionales en Apéndice 2). En general se consideran indicativos de aceptable precisión, errores estándar relativos iguales o inferiores a 0.1, aunque es bien sabido que cada situación analítica puede tener sus propios requerimientos de precisión.

TABLA 2.B

ERRORES ESTANDAR RELATIVOS (ES rel) ESPERADOS PARA UN UNIVERSO N=1'045,000, UNA MUESTRA n=3,200, O PARA FRACCIONES DE ESTOS TAMAÑOS, Y PARA UN EFECTO DE LOS CONGLOMERADOS EN EL DISEÑO DE K=1.87 (ver a y b))

Propor- ciones P	N=1'045,000 n=3,200 (1/1)	N=522,500 n=1,600 (1/2)	N=348,000 n=1,067 (1/3)	N=261,000 n=800 (1/4)	N=209,000 n=640 (1/5)
0.05	0.105	0.149	0.182	0.210	0.235
0.10	0.072	0.102	0.125	0.145	0.162
0.20	0.048	0.068	0.084	0.097	0.108
0.30	0.037	0.052	0.064	0.073	0.082
0.50	0.024	0.034	0.042	0.048	0.054

(a) El efecto de los conglomerados K, es el cociente entre el error estándar que se obtendría en este diseño muestral y el que se obtendría en un muestreo aleatorio simple del mismo tamaño. El factor K, incorporado en la fórmula de tamaño de muestra de un diseño Aleatorio Simple de Elementos, permite aproximar fácilmente el tamaño de muestra requerido para un diseño de conglomerados como el de esta encuesta. El valor K=1.87 es el efecto promedio observado en la encuesta FESAL 85, cuya muestra coincide a nivel de sectores con la de este estudio.

(b) La línea divisoria en el interior de la tabla separa los errores estándar relativos iguales o inferiores a 0.105 (parte inferior) de los superiores a dicha cifra.

De los valores de la Tabla 2.B se deduce que una muestra de 3,200 personas en el AMSS garantiza resultados de buena precisión (ESrel $\leq$ 0.1), para:

- Fenómenos de frecuencia igual o superior a 0.05, (P $\geq$ 0.05), en el conjunto del estrato (N= 1'045,000).

- Fenómenos de frecuencia igual o superior a 0.10, (P $\geq$ 0.10), en dos subdivisiones del estrato.

- Fenómenos de frecuencia igual o superior a 0.20, (P $\geq$ 0.20), en tres o cuatro subdivisiones.

- Fenómenos de frecuencia igual o superior a 0.30, (P $\geq$ 0.30), en cinco subdivisiones del estrato.

La precisión de las estimaciones en este mismo estrato, desde el punto de vista de "intervalos de confianza", se ejemplifica de la siguiente manera: si la proporción de una de las variables de estudio en la muestra total del estrato (n= 3.200) es p=0.05, y tiene un error estándar relativo es rel=0.105, es decir, un error estándar es=0.0052, (es= es rel x p = 0.105 x 0.05 =0.0052) la verdadera proporción P de la variable en cuestión, en el universo del estrato, estará comprendida, con un 95% de seguridad (que corresponde a 2 es), entre 0.04 y 0.06 . Para los otros dos estratos, el Resto Urbano y el Rural, la precisión de las estimaciones es aun más alta, por tener mayores tamaños de muestra.

Por otra parte, medidas de tendencia central, variabilidad y relación, obtenidas a partir de variables contínuas tienen, por definición, errores estándar relativos varias veces menor que los observados para proporciones, lo cual quiere decir que la muestra diseñada permite estimar y analizar este tipo de indicadores con precisión varias veces más alta.

Para detalles sobre el marco de muestreo y la selección de la muestra, ver Apéndice 2.

2.2.3 Muestra seleccionada y encuestada

Desde el punto de vista de eficiencia del proceso de recolección, la muestra de 13,896 personas encuestadas, que representa el 78.2% de la muestra seleccionada (Tabla 2.C), fue ejecutada con una eficiencia aceptable si se tiene en cuenta las condiciones del país, la experiencia sobre niveles de cobertura alcanzados en otras encuestas de poblacion en El Salvador[6] y la relativamente similar cobertura lograda en los diferentes estratos que evitó un desequilibrio serio en la representatividad a este nivel. No obstante, las tasas de cobertura variaron más ampliamente según

[6]Ver Asociación Demográfica Salvadoreña et.al. (1987)

el nivel socio-económico de la población. Esto hizo necesario efectuar ajustes de cobertura diferenciales a nivel de segmento (ver Procedimientos de Estimación en la siguiente sección).

TABLA 2.C.

MUESTRA PLANEADA, SELECCIONADA Y ENCUESTADA

Estrato	Viviendas			Personas			
	Planeadas	Seleccionadas	Encuestadas	Planeadas	Seleccionadas	Encuestadas No.	Encuestadas % sobre selec
AMSS	920	959	713	4,149	4,306	3,200	74.3
Resto Urb.	1,200	1,403	1,093	5,604	6,524	5,084	77.9
Rural	1,380	1,325	1,079	7,204	6,890	5,612	81.5
Total	3,500	3,687	2,885	16,957	17,720	13,896	78.4

2.2.4 Procedimientos de estimación

La aproximadamente igual probabilidad final de selección de segmentos, viviendas y personas, permite, en principio, la directa utilización de los resultados muestrales para producir estimaciones insesgadas. A su vez, la estimación de valores absolutos para el universo se puede hacer rutinariamente mediante la aplicación del peso básico de restitución, equivalente al recíproco de la citada probabilidad.

No obstante, las variables tasas de respuesta obtenidas en los distintos grupos socio-económicos (por razones de seguridad y desconfianza ante la situación del país y probablemente por indiferencia de los sectores de ingresos más altos hacia los programas de salud del gobierno), llevaron a la decisión de introducir un ajuste de cobertura debido a los importantes diferenciales esperados en los resultados según nivel socio-económico. El ajuste, en consecuencia, mejora sustancialmente la precisión de los resultados para el total de cada estrato residencial y para el conjunto del país.

El factor de ajuste se calculó a nivel de segmento (por su homogeneidad socio-económica) mediante el cociente entre el número de viviendas seleccionadas (y habitadas) y el número de viviendas

efectivamente encuestadas. La validez del ajuste se sustenta en la hipótesis de que, a nivel de segmento, las características de la demanda de servicios de salud de las viviendas encuestadas son, en promedio, similares a las de las viviendas no encuestadas. La citada hipótesis ha resultado cierta en los estudios en los cuales la falta de respuesta no ha estado correlacionada con el tema de estudio a nivel de las áreas últimas de muestreo[7] .

El peso final de restitución quedó entonces conformado por el producto del peso básico y el factor de ajuste por cobertura, y su magnitud es variable de segmento a segmento. Las cifras presentadas en el segundo componente de este informe sobre los resultados del estudio, fueron generadas a partir de los pesos finales de la restitución.

La estimación de cualquier tipo de media (y) o proporción (p) con base en esta muestra, que es de conglomerados desiguales, tiene el carácter de estimación de razón "r"[8] .

$$r = \frac{y}{x}$$

en donde,

y = es el valor acumulado de la variable de estudio o análisis (puede ser contínua o discreta con múltiples valores, o binomial con sólo dos valores)

x = es el tamaño de la muestra, siendo ambas variables aleatorias.

Detalles sobre las fórmulas de estimación pueden revisarse en el Apéndice 2.

2.2.5 Errores de muestreo

Las estimaciones a partir de la muestra reflejan en forma aproximada los verdaderos valores del universo de estudio. El nivel de precisión de tales estimaciones se expresa en términos del error de muestreo o error estándar, que es una medida de la variación del azar, con la premisa de que la diferencia entre los valores muestrales y los poblacionales (del universo) es causada parcial o totalmente por el fenómeno aleatorio. En consecuencia, es importante calcular el error de muestreo de las

---

[7]Ver Gómez (1988)

[8]Ver Kish (1965), Gómez (1987) y Cochran (1964)

estimaciones muestrales más importantes, para poder: a) determinar los "intervalos o límites de confianza" entre los cuales se encuentran los valores reales del universo de estudio, con un determinado nivel de seguridad, o de confianza, o de significancia, expresado en forma probabilística o porcentual, usualmente 95% (de seguridad o confianza) o 5% (de significancia); b) realizar las pruebas de significación estadística, que estiman la probabilidad de que diferencias observadas entre valores muestrales, o entre éstos y otros valores poblacionales conocidos, se deban al azar, o por el contrario, sean reales.

El cálculo aproximado de los errores de muestreo de este estudio puede hacerse por el método de series de Taylor o de Propagación de Varianzas[9] (ver Apéndice 2).

2.3 CUESTIONARIO DE HOGARES

En una primera etapa, se definió el contenido y diseño del cuestionario para las entrevistas domiciliarias teniendo como base los objetivos específicos de la investigación acordados previamente entre las autoridades de salud del país y los funcionarios de AID en El Salvador, las recientes experiencias de los estudios de demanda de servicios de salud en la República Dominicana (HCF/LAC) y en Zaire (REACH), los planteamientos de los técnicos del Ministerio de Salud de El Salvador, del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) y de representantes del sector privado, las observaciones de los consultores del proyecto APSISA en El Salvador y las orientaciones del personal técnico en el proyecto REACH. Una vez ajustado el instrumento de recolección mediante varias correcciones, se sometió a prueba de campo en dos instancias, por parte de los futuros supervisores de la encuesta como parte de su programa de capacitación; en la primera instancia, se detectaron los problemas existentes, y en la segunda, se probaron las correcciones, antes de cerrar este proceso.

Todos los miembros de las viviendas seleccionadas en la muestra, independientemente de su relación de parentesco debían ser entrevistadas, y su información registrada en uno o varios cuestionarios familiares, cada uno con capacidad para seis personas. La entrevista debía ser contestada por cada uno de los adultos del hogar, o por el jefe del hogar o su cónyugue, o por un adulto que conociera la información de los miembros del hogar. Quienes respondieron directamente fueron identificados y codificados.

El cuestionario permitió registrar tres tipos de información: sobre la vivienda y el ingreso familiar global; sobre la producción agropecuaria del grupo familiar y sobre cada uno de los miembros del hogar. Los dos primeros tipos de información debían ser informados por el jefe del hogar, o por el principal adulto respondiente de la encuesta. El cuestionario fue

---

[9] Ver Kish (1965) y Cochran (1964)

diseñado para que su llenado por un encuestador de velocidad y eficiencia intermedias, en un hogar de tamaño promedio (4.8 personas), con una situación promedio en cuanto al volumen de servicios de salud demandados, tomara aproximadamente 40 minutos. El tiempo promedio efectivo de diligenciamiento para el conjunto de viviendas encuestadas fue de aproximadamente 35 minutos.

Para orientar la ejecución y supervisión de la recolección de los datos se preparó el "Manual de Trabajo de Campo". El documento delineó la organización del trabajo, estableció las funciones y responsabilidades del personal de campo, incluyó algunas de las pautas de control de calidad y eficiencia, definió los conceptos y definiciones más importantes sobre el contenido del cuestionario de hogares y sugirió las tácticas más convenientes para lograr la aceptación de la entrevista y su adecuada realización.

2.4 RECOLECCION Y PROCESAMIENTO

Mediante contrato con "Daniel Carr and Associates" de San Salvador se realizó la recolección de los datos de la encuesta y su grabación en diskette. El grupo local estuvo integrado por un director general (de tiempo parcial), un coordinador de campo y un coordinador de procesamiento (parcial); 5 supervisores de campo y 27 entrevistadores (5 en cada equipo de recolección y 2 reentrevistadores); 1 supervisor de codificación y 3 codificadores; 1 supervisor de entrada de datos y 6 grabadores en diskette; y 5 conductores de jeep.

La ejecución de las actividades se inició con el adiestramiento de los supervisores y la prueba del cuestionario, por un período de una semana, y continuó, por un tiempo total de 10 días, con el adiestramiento de los encuestadores, codificadores y digitadores, en el cual también participaron activamente los supervisores. La recolección de los datos se hizo en un período de siete semanas.

La Tabla 2.D presenta la síntesis de los indicadores más importantes del trabajo de campo.

TABLA 2.D.

VIVIENDAS SELECCIONADAS, ENTREVISTADAS Y NO ENTREVISTADAS SEGUN CAUSA.

Estrato	No. Seg.	Viv. Selecc.		Prom. Viv. por Seg.	Viv. Entrev.		Viviendas no entrevist.					
							Rehusaron		Ausentes momentán.		Res.otr lugar	
		No.	%		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
AMSS	92	959	100	10.4	713	74.3	110	11.5	133	13.9	3	0.3
R.Urb.	60	1,403	100	23.4	1,093	77.9	75	5.4	225	16.0	10	0.7
Rural	69	1,325	100	19.2	1,079	81.5	52	3.9	183	13.8	11	0.8
Total	221	3,687	100	-	2,885	78.2	237	6.4	541	14.7	24	0.7

El 78.2% de las viviendas seleccionadas lograron ser entrevistadas, lo cual indica una razonable eficiencia del proceso de recolección, como ya fue mencionado en la sección 2.2.3.

La mayor cobertura alcanzada en el estrato Rural y la menor en el AMSS, simplemente confirmaron la mejor disposición a responder por parte de la población rural que se ha observado en otras encuestas en El salvador y en otros paises latinoamericanos[10]. Lo que es destacable son las diferencias relativamente pequeñas entre los estratos, las cuales reflejan el gran esfuerzo logístico y operativo desplegado en los estratos urbanos, pero especialmente en al AMSS, para superar las muy bajas coberturas registradas en la primera ronda de entrevistas (59.5% en AMSS en los primeros 9 días de la encuesta). Por otra parte, la mayor causa de no entrevista fue la ausencia momentánea o temporal de los residentes del hogar, la cual solamente se superó en forma parcial en las revisitas, debido a que, por razones de seguridad, los encuestadores operaron en un horario restringido hasta las 6:30 pm. El rechazo fue causa importante de menor cobertura sólo en el AMSS.

La codificación de las preguntas abiertas (ocupación, causas de enfermedad, de consulta y de hospitalización; entidades aseguradoras; instituciones de salud utilizadas, ubicación de lugar de atención, subsector, productos agropecuarios), la revisión rápida de la consistencia de los formularios diligenciados y la elaboración de los controles manuales

[10]Ver Asociación Demográfica Salvadoreña et. al. (1987), Pabon (1983) e Instituto Nacional de Estadísticas del Perú (1984)

de volumen de entrevistados y de eventos de salud, se llevaron a cabo sin inconvenientes con un calendario ligeramente corrido de las entrevistas (2 días en promedio).

La grabación de los datos en diskette, llevada a cabo en las instalaciones de la firma local "Sistemas de Información", también se ejecutó en los términos y tiempos previstos, con un calendario corrido, de 5 días, con respecto a las entrevistas. Para este proceso se utilizó el paquete ISSA (Integrated System for Survey Analysis), el cual permitió incorporar todos los chequeos de inconsistencias al proceso de grabación, cumpliéndose de esta forma, en una sola operación, estas dos etapas, con enormes ganancias de tiempo, costo y calidad final de la información. Para esta tarea se utilizaron varios equipos (XT, 640K y 20MB) y un equipo de mayor capacidad (AT) para controles globales e integraciones parciales.

Las actividades de control de calidad de los datos incluyeron: a) la revisión diaria de los formularios llenados y el control de cobertura de los segmentos trabajados, por parte del supervisor de cada equipo; b) la revisión por parte de los codificadores; c) las reentrevistas realizadas en un 10% de las viviendas y en una persona por vivienda; y d) la detección y corrección de las inconsistencias controladas en el proceso de grabación por intermedio de ISSA.

Las reentrevistas se efectuaron en 231 personas de un número similar de viviendas seleccionadas al azar entre las viviendas previamente encuestadas, pero controlando su distribución equilibrada según entrevistador inicial y en todo el período de recolección. Los reentrevistadores fueron diferentes a quienes hicieron la entrevista inicial. Estos últimos, que conocían claramente este mecanismo de control, no estaban enterados de las viviendas seleccionadas para reentrevista, razón por la cual se sintieron adicionalmente estimulados para un trabajo honesto y eficiente. Aparte del natural beneficio en la calidad del trabajo del papel psicológico de esta herramienta, las reentrevistas estaban destinadas en ultima instancia a generar el indicador de calidad "tasa de diferencias observadas a nivel de pregunta entre la entrevista y la reentrevista". Ninguna corrección en el resultado de la entrevista estaba previsto como consecuencia de la reentrevista, pues habitualmente no existen elementos para juzgar cual es la correcta. La Tabla 2.E presenta los resultados de la comparación de un máximo de 221 de las reentrevistas en las cuales la identificación fue exactamente la misma de la entrevista. Por ejemplo, en la pregunta 7a del cuestionario, referente a afiliación al Seguro Social, 12 personas de las 216 reentrevistadas en esta variable, no coincidieron en su respuesta con lo manifestado en la entrevista inicial; ésto genera una tasa de variación de 12/216 = 5.6%, la cual, por ser relativamente baja, indica que la información sobre la variable es de buena calidad.

La interpretación de las cifras debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Varias de las reentrevistas fueron concedidas por personas del hogar diferentes a las que concedieron la entrevista inicial.

- La mayor parte de las reentrevistas fueron ejecutadas con un intervalo de varios días (hasta de 8 días) respecto a la fecha de la entrevista, afectándose por consiguiente la comparación de hechos o eventos sujetos a diaria variación, como son la percepción de enfermedad (32.4% de variación), la consulta por razones de salud o enfermedad (12%), y todas las características de la consulta.

- Se consideró como diferencia, cualquier tipo de variación en la escala de respuesta, aun de una unidad, en aquellas de tipo cuantitativo contínuo (meses o años de edad, último año de estudio alcanzado, o se hospitalizó por última vez)

- Para las pocas consultas y hospitalizaciones (11 y 21) detectadas en las reentrevistas, la tasa de diferencias está altamente afectada por el reducido tamaño de los denominadores.

El control global de la recolección, codificación y grabación fue realizado y ajustado diariamente mediante un sistema computarizado de información sobre los segmentos programados y visitados , viviendas programadas y efectivamente seleccionadas, viviendas entrevistadas y no entrevistadas según causa, personas entrevistadas y tiempo gastado en las entrevistas; sobre la base de esta información se calculó también diariamente indicadores de cobertura de la muestra seleccionada, y de rendimiento en términos de número de entrevistas por entrevistador, supervisor, segmento y día, y de tiempo promedio por entrevista, con la misma desagregación.

La etapa siguiente, consistente en la creación de la base de datos integrada, la revisión final de consistencia de los datos recolectados, la creación de los archivos de análisis en SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), y la preparación de los volúmenes de la documentación correspondiente (Codebook, Physical Database Documentation, Consistency and Variable Generation Programs, and Generated Flat Files), fueron ejecutadas fuera de El Salvador.

TABLA 2.E.

TASA DE DIFERENCIAS OBSERVADAS ENTRE LAS REENTREVISTAS Y SU PREVIA ENTREVISTA, PARA PREGUNTAS SELECCIONADAS.

Pregunta No.	Tema	Total casos (a)	No. de diferencias (b)	% (c)
2a	Edad (meses o años)	216	0	0
2b	No. de meses o años de edad	216	79	36.6
3	Sexo	216	0	0
4	Relación con el jefe del hogar	216	18	8.3
6	Ultimo año de estudios alcanzado	216	62	28.7
7a	Afiliado a ISSS	216	10	4.6
7b	Dependiente de afil. a ISSS	216	12	5.6
7d	Afiliado a Seguro Privado	216	1	0.5
7i	Dependiente de afil. a seg. priv.	216	1	0.5
71	Derecho a usar otros servicios gob.	216	7	3.2
711	Derecho a usar servicios ANTEL	216	6	2.8
712	" " " CEL	216	5	2.3
713	" " " magisterio	216	5	2.3
714	" " " F.A.	216	5	2.3
715	" " " otras inst.	216	5	2.3
8	Enfermedad últimos 15 días	216	70	32.4
16a	Consultó últimos 15 días	216	26	12.0
16b	No. de veces que consultó	10	0	0
16f	Persona consultada	11	0	0
16h	Ubicación lugar de atención	11	3	27.3
16i	Pago directo por consulta	11	2	18.2
16j	Prescripción de medicinas	11	1	9.1
16k	Realización de exámenes especiales	11	2	18.2
17c	En que servicio de salud consultó	200	21	10.5
17e1	Subsector consultado	200	23	11.5
18a	Tiempo hace cons. odont. última vez	221	67	30.3
19d	Hospitalización desde 1o. en. 89	221	11	5.0
19e	No. hospitalizaciones desde 1o.en.88	221	11	5.0
19f	Hospitalización en 1987	221	17	7.7
19g	No. hospitalizaciones en 1987	221	9	4.1
19k	Cirugía en la hospitalización	21	1	4.8
19m	Lugar de hospitalización (nombre)	21	7	33.3
19n	Pago directo por hospitalización	21	7	33.3
20	Trabajo en los últimos 15 días	178	22	12.4
20a	Actividad de quienes no trabajaron	178	41	23.0

(a) No. de personas reeentrevistadas y con respuesta en la respectiva pregunta
(b) No. de casos en que el resultado de la reentrevista no coincidió con el de la entrevista inicial
(c) Relación porcentual de (b) sobre (a)

3. LA POBLACION ESTUDIADA

A la fecha de la encuesta (enero - febrero de 1989), el universo restituído era de 4'210,000 habitantes, 1'045,000 (25%) de los cuales residían en el Area Metropolitana de San Salvador (AMSS), 1'536,000 (36%) en los demás centros urbanos (Resto Urbano) y 1'629,000 (39%) en la zona rural (Rural).

3.1 SEXO Y EDAD

La composición por sexo señala una ligera preponderancia de las mujeres, tanto en el conjunto del país (53,2%), como en los tres estratos residenciales, pero particularmente en los urbanos; este fenómeno también se observa repetitivamente en todos los grupos de edad mayor a 5 años, confirmando hallazgos de otros estudios en El Salvador[1]. Según edad, el 13.4% son menores de 5 años y el 17% de 45 y más años. Los estratos urbanos, especialmente el AMSS, muestran una estructura demográfica diferente con menor proporción de población infantil y mayor proporción de población adulta (Tablas 3.A, texto y 3.1 a 3.3, apéndice 3).

TABLA 3.A.

POBLACION POR EDAD SEGUN ESTRATO RESIDENCIAL (Porcentajes)

	Edad				
Estrato	0 - 4	5 - 14	15 - 44	45 y +	Total
AMSS	11.1	23.4	47.8	17.7	100.0
Resto Urbano	12.3	28.0	42.0	17.7	100.0
Rural	15.9	30.9	37.2	16.0	100.0
Total	13.4	28.0	41.6	17.0	100.0

3.2 EDUCACION

Según la encuesta, el 31% de la población mayor de 6 años de edad no sabe leer ni escribir. Este indicador varía ampliamente según sexo, edad y estrato residencial, siendo proporcionalmente más analfabetas, las mujeres (33.4%), los mayores de 45 años (48.2%) y los residentes en la zona rural (48.3%). Por otra parte, un 46.9% de la población ha alcanzado algún grado de educación primaria, 19.1% algún grado de educación secundaria y el 4.0%

[1]Ver Alens (1986)

algún grado de educación técnica o universitaria. El contraste en la proporción de población con altos niveles de educación entre el AMSS (mayores niveles) y los otros dos estratos, es francamente dramático, aunque la situación no es diferente a la observada en otros países latinoamericanos[2] (Tablas 3.4 - 3.6).

3.3 INGRESO ECONOMICO

Esta variable se investigó desde diferentes puntos de vista, para permitir la mejor estimación posible de sus relaciones con la demanda por servicios de salud.

El método básico utilizado es semejante al aplicado por el Banco Mundial en su Encuesta sobre Nivel de Vida[3]. Este método, en un proceso combinado con la identificación de cada una de las ocupaciones u oficios remunerados de los individuos, permite obtener los diferentes componentes del ingreso personal.

Como complemento del esquema anterior, se obtuvo una aproximación del ingreso bruto por concepto de producción agropecuaria a nivel del hogar, para ajustar los valores del ingreso de aquellas viviendas en las cuales esta actividad era importante. Finalmente, dentro de las preguntas sobre la vivienda, se solicitó la clasificación del hogar en una escala de valores de ingreso mensual global, en el cual se consideraron los ingresos de todos los miembros del hogar. Aunque esta última pregunta se hizo a todas las familias encuestadas, su objetivo era lograr una aproximación global del ingreso de aquellas familias que se mostraron renuentes o poco dispuestas a dar la información discriminada de los componentes del ingreso.

Considerando que la estimación precisa del ingreso es importante para el análisis econométrico de la demanda por servicios de salud, la combinación de los datos anteriores es un paso previo necesario. No obstante, la alta tasa de no respuesta registrada con el método básico arriba señalado (31.2%) podría generar inconvenientes, en la medida que los grupos no respondentes tengan un comportamiento particular en relación con la demanda de servicios. Por otro lado, la baja tasa de no respuesta observada en la pregunta final sobre ingreso global del hogar (12.4%), refleja la mayor confianza de la gente hacia una indagación menos minuciosa, pero tiene la desventaja de permitir al interrogado una fácil subestimación del ingreso real.

En esta presentación descriptiva, solamente se hace referencia al ingreso per capita. Este se calculó para todos los residentes de cada vivienda, a partir de los ingresos registrados en las diferentes actividades de los miembros de 10 o más años de edad (serie de preguntas 20, ocupacionales). El cálculo no tuvo en cuenta la información complementaria sobre ingresos por conceptos agropecuarios, que aunque se suponen incluídos

---

[2]Ver Organización Panamericana de la Salud (1986)

[3]Ver Grotaert (1986)

aproximadamente en las preguntas ocupacionales, permiten probablemente un mejoramiento de la estimación para fines analíticos especiales.

El 44.7% de la población tiene un ingreso per capita mensual en la vivienda de menos de 101 colones (c), (US$ 20, a una tasa de cambio de c 5 por US$ 1), y sólo el 14.7% lo tiene superior a los 400 colones. Estas proporciones varían según el estrato de residencia y el nivel de educación. Sólo un 4.8% de los residentes en el área rural tiene un ingreso per capita mayor de 400 colones. Esta proporción es seis veces más alta en el AMSS (28.9%) e intermedia en el Resto Urbano (13.3%). Así mismo, el 31.5% de quienes han alcanzado algún grado de educación técnica o universitaria pertenecen al grupo más alto de ingreso per capita y sólo el 10.5% de las personas sin ninguna educación han logrado este ingreso. Por otra parte, las dos terceras partes de la población que percibe mensualmente el ingreso más bajo vive en el estrato Rural, y el 56% del grupo de ingreso más alto reside en el AMSS (Tablas 3.B, 3.7 y 3.8).

TABLA 3.B.

POBLACION SEGUN INGRESO PER CAPITA MENSUAL EN LA VIVIENDA.
(Porcentajes).

	Ingreso per capita mensual (colones)				
Estrato	< 101	101-200	201-400	401 y +	Total
AMSS	24.9	22.1	24.1	28.9	100.0
Resto Urbano	39.4	26.8	20.5	13.3	100.0
Rural	66.0	19.9	9.3	4.8	100.0
Total	44.7	23.0	17.6	14.7	100.0

3.4 VIVIENDA

Para complementar el panorama socio-económico, la encuesta indagó por las características de la vivienda. Los resultados señalan que un 68.1% de las viviendas de la población estudiada son casas independientes, siendo esta proporción un poco más alta en el Resto Urbano (77%). Se destacan la proporción de viviendas de espacio restringido (pieza o cuarto) en el AMSS (19.3%) y el Resto Urbano (11.6%) y la notable proporción de viviendas de mala calidad (choza, champa o rancho) en la zona rural (32.1%). El 57.2% de las viviendas son propias, pero la proporción es inferior en el AMSS (48.4%). El servicio de agua por acueducto o chorro es accesible a un 78.4% de las viviendas en el AMSS, en tanto que en el area Rural sólo un 13.4% de las viviendas tiene acceso a este servicio básico. En relación a servicios sanitarios, la situación es precaria. En el AMSS, solamente un 55% de las viviendas tienen inodoro privado. El resto de las viviendas tienen acceso a inodoro común o algún tipo de letrina y 2% de las viviendas no tiene acceso a servicios sanitarios. El area rural presenta una situación exactamente

opuesta: 46% de las viviendas no tiene acceso a ningún tipo de servicio sanitario y entre aquellas que lo tienen el sistema más común es la letrina privada (Tabla 3.10).

3.5 CARACTERISTICAS OCUPACIONALES

Conjuntamente con la educación, el ingreso económico, la vivienda y la afiliación a sistemas cerrados de atención en salud (Seguro Social, seguros privados etc.), las características ocupacionales de la población constituyen uno de los indicadores de sus condiciones sociales y de su nivel de vida. Adicionalmente están consideradas como uno de los factores de riesgo de enfermar y por consiguiente afectan a la demanda por servicios de salud. No obstante, la alta correlación existente entre algunas de estas variables, las hace en cierta forma sustitutos tanto en algunas de las descripciones de las condiciones de salud como de la demanda por atención.

Según los resultados de la encuesta (Tabla 3.9), el 40% de la población de 10 ó más años manifestó haber estado trabajando en las últimas dos semanas. Esta proporción, sin embargo, fue más baja en el estrato Rural (35%) que en el Resto Urbano (39%) y el AMSS (47%). Las actividades más importantes de quienes dijeron no haber trabajado fueron los oficios del hogar (62%) y el estudio (24%). Los comerciantes y vendedores, y los artesanos y operarios constituyen los grupos ocupacionales de mayor tamaño en el AMSS y en los otros centros urbanos del país; en cambio en el área rural, la más alta proporción de población trabajadora, como era de esperar, son los agricultores y ganaderos. El tipo de actividad económica de la población salvadoreña es un reflejo de la ocupación; es así como el comercio y los servicios públicos son las actividades económicas específicas más importantes de los estratos urbanos, y la agricultura, silvicultura y la pesca, lo son en el estrato rural (Tabla 3.9).

En el conjunto del país, los trabajadores independientes (32%), y los obreros y empleados de empresas privadas (28 y 22%), agrupan el 82% de la población trabajadora. Situación similar se observa en cada uno de los estratos residenciales (Tabla 3.9).

3.6 COBERTURA DE SISTEMAS CERRADOS DE ATENCION (SCAS)

La encuesta trató de identificar en forma sencilla y directa a los beneficiarios de los sistemas cerrados de atención en salud (SCAS). Esta denominación se ha dado a las organizaciones que proveen o financian servicios de salud para personas que adquieren este derecho por mecanismos de afiliación directa, o por pertenecer a la organización que brinda los servicios. Las cifras que aquí se mencionan y las que aparecen en las tablas correspondientes, no reemplazan ni pretenden cuestionar las propias de las instituciones, pues además de estar afectadas por la variación de azar o error de muestreo, al igual que todos los demás resultados de la encuesta, no incluyen el total del país. Más bien, su novedad radica en la información sobre estructura de las características de los beneficiarios, poco conocida o totalmente desconocida, y sobre su comportamiento en relación con salud.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es el más importante de los SCAS pues cubre el 7.3% de la población estudiada; otras instituciones gubernamentales como son las de energía eléctrica (CEL), de telecomunicaciones (ANTEL), el magisterio y las fuerzas armadas, con servicios de salud relativamente exclusivos para sus empleados o miembros, protegen un 2.7% de los habitantes, y los seguros privados, en su papel habitual de mecanismo de financiamiento, cubren sólo un 1.3% de la población (Tabla 3.11 a 3.13).

El 75% de los beneficiarios del ISSS que fueron encuestados son afiliados (cotizantes), y dos terceras partes de ellos son hombres. Entre los dependientes, el 84% son mujeres, mayores de 15 años en su mayor proporción (76%). La población dependiente menor de 15 años llega al 16.5%. La proporción de población masculina cubierta por el ISSS (8.4%) es 31% más alta que la proporción de población femenina beneficiaria de esta institución (6.4%), y el grupo de edad más protegido es el de 25 a 44 años (18.3%) (Tabla 3.11).

Los seguros privados, con restricciones diferentes de las de la seguridad social en cuanto al tipo de población que puede ser beneficiaria, tienen una mayor cantidad de dependientes que de afiliados directos, aunque la cobertura de los distintos subgrupos de población es mucho más baja que la del ISSS. Dentro de los dependientes el 53% son menores de 15 años (Tabla 3.12).

La población protegida por las instituciones gubernamentales diferentes del Ministerio de Salud, se distribuye en los diferentes grupos de edad, indicando con ello una conveniente extensión de sus beneficios a la población dependiente de los trabajadores de tales entidades. La cobertura es obviamente superior en quienes tiene 25 ó más años, que son los propios empleados, pero las diferencias en los niveles de cobertura de la población de menor edad, son claramente inferiores a las observadas para el ISSS y los seguros privados. (Tabla 3.13).

Casi la totalidad de los protegidos por los SCAS reside en el área urbana (más de 90%) y se distribuyen balanceadamente en el AMSS y en el Resto Urbano.(Tabla 3.14).

Una revisión de la proporción total de población beneficiaria de alguno de los SCAS (Tabla 3.15) revela la mayor cobertura de la población masculina (25% más alta) así como la notoria desprotección de los menores de 15 años, de los residentes en el área rural, de las personas que carecen o tienen muy bajo nivel de educación, de la población de bajo ingreso per capita y de las personas sin ocupación remunerada (Tablas 3.C y 3.15).

Es importante señalar que las diferencias en las tasas de afiliación a algún SCAS entre los subgrupos de población según sexo, edad y educación , se acentúan considerablemente con la disminución del nivel de urbanización. Esto revela una desprotección proporcionalmente mayor en el Resto Urbano y especialmente en el Area Rural, de los grupos más desfavorecidos, como son las mujeres, los menores de 15 y los mayores de 45 años, y los de más bajo nivel de educación (Tabla 3.16).

TABLA 3.C.

BENEFICIARIOS DE ALGUN SISTEMA CERRADO DE ATENCION EN SALUD (SCAS). (Porcentajes).

	Beneficiarios	No beneficiarios	Total
EDAD			
< 5	3.7	96.3	100.0
5 - 14	4.0	96.1	100.0
15 - 24	9.2	90.8	100.0
25 - 44	22.0	78.0	100.0
45 o +	13.1	86.9	100.0
EDUCACION			
Ninguna	4.3	95.7	100.0
Algún grado prim.	9.2	90.8	100.0
Algun grado secund.	23.3	76.7	100.0
Algun grado técn.o univ	43.6	56.4	100.0
ESTRATO			
AMSS	20.5	79.5	100.0
Resto Urbano	12.0	88.0	100.0
Rural	2.4	97.6	100.0
TOTAL	10.5	89.5	100.0

3.7 PERCEPCION DE ENFERMEDAD E INCAPACIDAD

Aproximadamente el 53% de la población estudiada en El Salvador percibió algún síntoma o signo de enfermedad en las dos semanas anteriores a la entrevista. El AMSS presentó una prevalencia un poco más baja (48.1%) que la observada en el resto urbano y en el estrato rural (54%) (Tabla 3.17). Con instrumentos de medición similares, el Estudio Nacional de Salud de Colombia registró tasas de 41% para el conjunto del país, de 37.4% para Bogotá, de 40% para otros centros urbanos y de 43.3% para la zona rural; y el Estudio de Demanda por Servicios de Salud en Santo Domingo, República Dominicana una prevalencia de 41.5%. Mediante un interrogatorio más simplificado (una sola pregunta), la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA) del Perú registró una prevalencia de enfermedad sentida del 35.5% para el total nacional[4].

La tasa global de percepción de enfermedad en el país es mayor en las

[4]Ver Pabon (1983), (1984); Instituto Nacional de Estadísticas del Perú (1984) y Gómez (1986)

mujeres, en los grupos extremos de edad, en el estrato rural y en los que carecen de educación (Tabla 3.17).

La tabla 3.D presenta los problemas percibidos más importantes.

TABLA 3.D.

MORBILIDAD PERCIBIDA EN DOS SEMANAS

Causas Percibidas	No. de eventos (a)	%
- Respiratorias	1'388,697	33.5
- Intestinales	503,017	12.1
- Del sistema nervioso	462,032	11.1
- Del sistema osteomuscular	374,967	9.0
- Dentales	364,173	8.8
- Del aparato circulatorio	189,115	4.6
- Del aparato resp.(otras)(b)	184,808	4.4
- Del aparato digest.(otras)(b)	177,296	4.3
- Del aparato urinario	104,438	2.5
- De la piel y tej.subcut.	101,755	2.4
- Accidentes	86,135	2.1
- Infecciosas y parasit.	35,970	0.9
- De las gländ. endocrinas	34,248	0.9
- De la sangre	19,077	0.5
- Resto	121,012	2.9
	4'146,736	100.0

(a) Si una persona percibió dos o más enfermedades simultánea o separadamente, en el período de dos semanas, tales enfermedades fueron contadas como eventos diferentes.

(b) Problemas no calificados como respiratorios o intestinales por los encuestados, pero que en la codificación y agregación posteriores fueron clasificados como de los aparatos respiratorio o digestivo.

Las 2'224'000 personas que sintieron algún problema de salud en las dos semanas manifestaron en promedio 1.86 eventos de enfermedad.

La prevalencia de aquellas enfermedades que por su fácil percepción fueron objeto de preguntas especiales en el cuestionario, es decir, problemas respiratorios, digestivos, dentales, y los accidentes, según algunas variables demográficas y socio-económicas, se muestra en la Tabla 3.17. Con excepción de los accidentes, en los cuales la prevalencia es ligeramente mayor en los hombres, las enfermedades registradas tuvieron prevalencia un poco mayor en las mujeres. También los accidentes, y los problemas dentales tuvieron un comportamiento especial según la edad: tasas muy bajas en los primeros años de vida y aumento progresivo con el incremento de la edad. Los problemas respiratorios fueron más prevalentes en el estrato Rural, al igual que los

problemas intestinales y los dentales, pero los accidentes fueron más importantes en el AMSS.

El comportamiento más consistente y regular se observa según el nivel de educación alcanzado: prevalencia mayor en los menos educados, y disminución progresiva de los problemas de salud con el aumento del nivel educativo.

El impacto social y económico de la morbilidad sentida en las dos últimas semanas se refleja en parte en la proporción de problemas de salud que, debido a la severidad percibida, obligaron a suspender las actividades habituales de quienes los sufrieron. El 9.1% de las personas de 6 y más años que manifestaron signos o síntomas de enfermedad tuvieron algún grado de incapacidad. La percepción de incapacidad es más alta en el AMSS (11.4%), intermedia en la zona rural (9.2%) y más baja en el resto urbano (7.5%), y está inversamente relacionada con el nivel educativo, pues a mayor educación menor incapacidad, así:

Educación	Proporción de enfermos incapacitados
Ninguna	10.6 %
Algún grado de primaria	8.6 %
Algún grado de secundaria	8.1 %
Algún grado de técnica o univers.	7.2 %

Las cifras mencionadas son claramente inferiores a las observadas en Santo Domingo, República Dominicana (16.6%), ciudad ésta que presentó una menor percepción global de enfermedad.

El promedio de días perdidos por incapacidad en dos semanas, por persona incapacitada, fue de 6.9. Los promedios variaron de 6.5 en al AMSS a 7.5 en la zona rural. De nuevo aquí, esos valores promedio contrastan con los presentados en la capital de la República Dominicana (5.2 días).

Ponderando el total de días de incapacidad en dos semanas por 26, daría un total aproximado de 26 millones de días perdidos en el año por problemas de salud, que equivalen a 6.3 días por habitante/año.

Un segundo indicador de severidad de la morbilidad percibida por la población es la cantidad de días de incapacidad transcurridos en cama. Una alta proporción (73.3%) de las personas incapacitadas tuvieron que guardar cama uno o más días (todo o casi todo el día), lo cual indica que la mayor parte de la morbilidad incapacitante era relativamente severa. Esta proporción fue ligeramente más alta en el estrato rural (76%) que en las áreas urbanas.

El promedio de días de incapacidad en cama, en dos semanas, fue de 5.1 para el conjunto de la población estudiada, y varió de 3.3 en el AMSS a 4.0 en el estrato rural.

La síntesis de los indicadores de morbilidad sentida e incapacidad en dos semanas por estrato residencial, se presenta en la Tabla 3.E.

TABLA 3.E.

INDICADORES DE MORBILIDAD SENTIDA E INCAPACITANTE POR ESTRATO.

Estrato	Prevalencia de enferm. sentida	Proporción de enferm. incapacit.	Proporción de incap. en cama	Promedio días incapac.	Promedio días en cama
AMSS	48.1%	11.4%	69.4%	6.5	3.3
R.Urbano	54.4	7.5	72.2	6.7	3.8
Rural	54.5	9.2	75.5	7.3	4.0
Total	52.9	9.1	73.1	6.9	5.1

4. ATENCION AMBULATORIA GENERAL

Aproximadamente el 11% de la población estudiada en El Salvador consultó a alguien por razones de salud o enfermedad en las dos semanas anteriores a la entrevista. El 87% de los consultantes lo hizo una sola vez en el período; el promedio de consultas por consultante fue de 1.16.

Las tasas de consulta fueron más altas en el AMSS (14%), intermedias en el Resto Urbano (11%), e inferiores en el estrato Rural (8%). Estas tasas de consulta están positivamente correlacionadas con el nivel de educación, y el ingreso per capita. Entre los grupos de más alto nivel de educación e ingreso, se observó una tasa de consulta más alta.

	Tasa de consulta en dos semanas por 100
Educación	
Ninguna	8.2
Algún grado de primaria	9.6
Algún grado de secundaria	11.1
Algún grado de técn.o Univ.	15.1
Ingreso per capita mensual(colones)	
< 101	9.7
101 - 200	11.1
201 - 400	11.1
401 0 +	13.0

Como era previsible, de acuerdo a lo observado en otros países[1] se encontró que la probabilidad (o tasa) de consultar a cualquier persona también varía con el sexo y la edad. La tasa de consulta fue más alta en las mujeres (11.8%) que en los hombres (9.1%), y en los grupos extremos de edad, es decir, en los menores de 5 años (16.2%) y en los mayores de 45 (14%). La tasa de consulta más baja se registró en el grupo de 5 a 14 años de edad (5.1%).

4.1 PERCEPCION DE ENFERMEDAD Y ATENCION AMBULATORIA

La morbilidad sentida es el principal condicionante de la demanda por atención de salud. Sin embargo, por diversas razones una alta proporción de quienes se sienten enfermos optan por no demandar servicios de salud fuera del hogar. Así mismo, hay un grupo de personas que aun cuando se sienten enfermos demandan atención preventiva y no curativa.

---

[1]Ver Gómez (1988), Bitran (1989) y Pabon (1984)

Del total de 427,000 personas que consultaron a alguien en las dos semanas anteriores a la entrevista, solamente un 6.5% no tuvo percepción previa de enfermedad. No obstante (ver adelante sección 4.5), un 19.4% de los consultantes lo hizo por motivos preventivos. Esto significa que 12.9% de los consultantes sintió algún problema leve de salud, que no requirió consulta curativa en el período de las dos semanas (Tabla 4.A).

TABLA 4.A.

CONSULTANTES EN DOS SEMANAS (Porcentajes)

Percepción previa de enfermedad	Motivo de Consulta		
	Curativo (a)	Preventivo (b)	Total (c)
Si	80.6	12.9	93.5
No	-	6.5	6.5
Total	80.6	19.4	100.0 426,869

(a) Incluye enfermedad, accidente, problema dental
(b) Incluye embarazo, parto y postparto normales; vacunación; y control o chequeo preventivo
(c) Excluye no informantes de motivo de consulta y percepción de enfermedad

La proporción de consultantes sin previa percepción de enfermedad fue mayor entre las mujeres (7.9%) que entre los hombres (4.4%), en la población de 15 a 44 años (8.2%), en los residentes en el AMSS (8.0%), en el grupo con educación secundaria o superior (9.8%), y en los beneficiarios de seguros privados (16.8%) (Tabla 4.1). También, por su asociación con los factores anteriores, fue más alta la proporción de consultantes no enfermos entre quienes están dedicados a las actividades comerciales, y en los empleados (de oficina) de empresas privadas y del gobierno (Tabla 4.2).

La probabilidad de consultar en dos semanas, entre quienes percibieron enfermedad fue del 18.1%, en contraste con el 1.5% de quienes no sintieron enfermedad alguna (Tablas 4.B, texto, y 4.3 apéndice).

Entre los que se sintieron enfermos, la tasa de atención fue claramente mayor en los menores de 5 años (23.5%), e igualmente, en los residentes del AMSS (25.6%), los que han alcanzado algún grado de educación técnica o superior (31.6%), los con ingreso per capita más alto (23%) y los beneficiarios de algún sistema cerrado de salud (SCAS); los profesionales, técnicos y empleados de oficina; los que trabajan en servicios públicos y comunales y en restaurantes y hoteles; los obreros y empleados del gobierno, y los que no trabajan por estar incapacitados temporalmente. Entre los que se sentían sanos, las mayores tasas de consulta se registraron nuevamente en los más urbanos, educados, ingreso más alto y protegidos por un SCAS; en las

más urbanos, educados, ingreso más alto y protegidos por un SCAS; en las mujeres, los dedicados a actividades comerciales y los empleados de oficina, especialmente del gobierno. (Tablas 4.B, 4.3 y 4.4).

Dentro de cada uno de los estratos residenciales, los diferenciales en la tasa de consultantes según previa percepción de enfermedad, se mantienen en todos los subgrupos de población demográficos y socio-económicos. Sin embargo, sobresalen entre los enfermos, por su mayor demanda de atención, en los tres estratos residenciales, las personas con educación técnica o superior, los beneficiarios de algún SCAS, aquellos cuya ocupación era la de profesionales o técnicos, los que trabajan en el área de los servicios públicos o comunales y los obreros o empleados del gobierno. La reducida tasa de atención entre los sanos, fue más alta en las mujeres de los tres estratos; y en las áreas urbanas, fue mayor en los de educación técnica o superior, los beneficiarios de SCAS, y los que tenían ocupación remunerada, que trabajaban en el área comercial o en la de servicios públicos y comunales, y que eran empleados u obreros del gobierno. (Tablas 4.5 a 4.10).

TABLA 4.B

ATENCION AMBULATORIA SEGUN PERCEPCION DE ENFERMEDAD EN DOS SEMANAS

Variables	Percibió enfermedad y recibió atención (tasa de consulta x 100 enfermos)	No percibió enfermedad y recibió atención (tasa de consulta x 100 no enfermos)
Sexo		
Hombres	17.0%	0.8
Mujeres	19.0	2.2
Edad		
< 5	23.5	2.9
5 - 14	10.8	0.5
15 - 24	17.3	1.6
25 - 44	21.4	2.1
45 y +	18.9	2.0
Estrato		
AMSS	25.6	2.3
Resto Urbano	18.4	1.5
Rural	13.5	1.0
Educación		
Ninguna	12.9	0.9
Algún grado primaria	17.2	1.1
" " secundaria	22.9	1.9
" " Tecn.o Univ.	31.6	2.6
Total	18.1	1.5

4.2 RAZONES DE NO CONSULTA

El cuestionario de la encuesta de hogares, fundamentalmente estructurado para reconstruir objetivamente la percepción y comportamiento de la población en relación con su estado de salud y con la búsqueda de soluciones a sus problemas , incorporó un componente subjetivo referente a las razones generalmente aducidas por la gente para no consultar, habiendo percibido algún signo o síntoma de enfermedad.

El 27% de quienes se sintieron enfermos y no consultaron en las dos últimas semanas, indicaron que su enfermedad era demasiado leve para ameritar atención. El 73% restante, que manifestó requerir atención, estuvo constituído por un 46% que señaló haber practicado autocuidado a su problema de salud, por un 7% que no buscó atención por razones económicas, y por un 20% que adujo una gama de otras razones, entre las cuales sobresalen la falta de tiempo, la dificultad de obtener permiso en el trabajo, la falta de credibilidad en el beneficio de la atención, las experiencias insatisfactorias, la programación de la consulta para fecha posterior, la lejanía del lugar de atención y los problemas de transporte. No obstante, es pertinente aclarar que si bien el motivo "razones económicas" se refiere exclusivamente a incapacidad de pagar por los servicios de salud deseados, otras "razones no económicas" dadas por los encuestados reflejan también incapacidad para pagar por parte de la población Salvadoreña. Un ejemplo claro se encuentra en la razón "autotratamiento" que es una alternativa por la cual se opta en función del costo de recibir atención fuera del hogar y de la disponibilidad de recursos de la familia. (Tablas 4.C, 4.D y 4.11).

TABLA 4.C.

RAZONES DE NO CONSULTA HABIENDO PERCIBIDO ENFERMEDAD
(porcentajes)

		Pensó que sí requería atención			
Estrato	Penso que no requería atención	Autotrata-miento	Razones Económicas	Otras	Total (a)
AMSS	34.9	34.0	5.7	22.5	100.0
Resto Urb.	31.0	45.8	4.6	18.6	100.0
Rural	20.3	51.4	9.0	19.3	100.0
Total %	27.4	45.4	6.7	20.5	100.0
No.	406,704	673,882	99,449	304,286	1'484,321

(a) Excluye no informantes de razones de no consulta

TABLA 4.D.

COMPOSICION DEL GRUPO RESIDUAL "OTRAS RAZONES" DE NO CONSULTA, HABIENDO PENSADO QUE ERA NECESARIO CONSULTAR

Otras razones	% dentro de otros
Falta de tiempo, no le dan permiso en el trabajo	58.6
No le gusta consultar, no cree en su beneficio, tiene experiencias insatisfactorias	16.1
Consulta programada para fecha posterior	9.7
Lejanía del lugar de atención.Problemas de transporte	5.1
Consultó antes de las últimas dos semanas	(4.2)
No lo atendieron	(1.7)
No dan medicinas	(1.7)
Estaba cerrado el lugar de atención	(1.7)
Perdió la cita (se retrasó)	(0.8)
Enfermo permanente, de nacimiento	(0.4)
%	100.0
No.	99,449

( ) Cifras con muy poca significación estadística

Según estrato residencial, la proporción de los que minimizaron la importancia del problema de salud y dijeron no necesitar atención fue mucho más alta en el AMSS (34.9%), pero el autotratamiento fue considerablemente más frecuente en el Area Rural donde los recursos de salud son más escasos; las razones económicas fueron directamente aducidas en baja proporción (menor de 10%) en todos los estratos, aunque de nuevo aquí es necesario enfatizar que estas razones pueden estar en el trasfondo de varios de los motivos enunciados en primera instancia por los encuestados. (Tablas 4.C y 4.13 a 4.15).

La opinión de los diferentes subgrupos ocupacionales en cuanto a las causas de no consulta tiene algunas particularidades interesantes: la alta proporción (40 a 50%) de profesionales y de empleados de oficina, básicamente en el gobierno, y de operarios, que manifestaron la no necesidad de atención; la también elevada proporción que se autotrataron (más de 40%) de comerciantes; de agricultores, artesanos, jornaleros, trabajando preferencialmente en actividades agrícolas y manufactureras; de obreros, de patrones de empresa privada y de trabajadores familiares e independientes, y las proporciones que mencionaron las razones económicas (muy por encima del promedio, 7%) entre aquellos sin actividad económica habitual, especialmente los que estaban buscando trabajo, los incapacitados temporales y los inválidos permanentes (Tabla 4.12).

4.3 MOTIVO DE LA ATENCION AMBULATORIA GENERAL

El principal motivo declarado de consulta ambulatoria a cualquier proveedor durante un período de dos semanas, fue por enfermedad (74.4%); las consultas por accidentes (2.8%) y problemas dentales (3.8%) representaron otro 6.6%, para un total de 81% de consultas por razones curativas. El restante 19% de atenciones ambulatorias fue de tipo preventivo para atención de embarazo normal (1.7%), vacunación (0.3%) y diversos tipos de controles o chequeos de salud preventiva (17%) (Tablas 4.16 y 4.E).

TABLA 4.E.

ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS AMBULATORIAS SEGUN MOTIVO

Variables	Motivo: Curativo (a)	Motivo: Preventivo (b)	TOTAL %	TOTAL No.
SEXO				
Hombres	87.0	13.0	100.0	199,030
Mujeres	77.1	14.2	100.0	293,836
EDAD				
< 5	75.2	24.8	100.0	102,049
5 - 14	90.8	9.2	100.0	64,958
15 - 44	80.0	20.0	100.0	211,585
45 o +	83.1	16.9	100.0	114,274
SUBSECTOR (c)				
Minsalud	76.9	23.1	100.0	179,694
Otras Gob.	88.2	11.8	100.0	9,549
ISSS	70.6	29.4	100.0	50,532
Privada	85.4	14.6	100.0	226,969
Sin inf.	78.8	21.2	100.0	10,733
TOTAL	81.0	19.0	100.0	492,866

(a) Incluye enfermedad, accidente y problema dental
(b) Incluye embarazo normal, vacunación y diversos tipos de controles o chequeos de salud preventiva
(c) Excluye consultas al odontólogo y sin información de motivo

Consultan proporcionalmente más por motivos curativos, los hombres, la población de 5 a 14 años, y los usuarios de los servicios privados y de los de otras instituciones gubernamentales (CEL, ANTEL, Magisterio, etc) (Tablas 4.E y 4.16). Tradicionalmente el Ministerio de Salud es el que más ha enfatizado la medicina preventiva, especialmente en los grupos materno e infantil.

Las enfermedades respiratorias sentidas por la población fueron la causa de morbilidad que genera la mayor demanda de atención ambulatoria (30.1%) en El Salvador. Con una importancia inferior estuvieron las enfermedades del sistema nervioso (15.3%) y las del aparato digestivo (15.2%) (Tabla 4.17). Como era de esperar, fue alta la correlación observada entre las causas de enfermedad sentida y los motivos declarados de consulta ambulatoria (Tabla 4.F). Sin embargo, la consulta prioritaria por problemas como los del sistema nervioso y los genitourinarios, cuya frecuencia de percepción es menor que la de otros problemas, refleja una mayor necesidad de ayuda.

TABLA 4.F.

ORDEN DE LAS MAS IMPORTANTES CAUSAS PERCIBIDAS DE ENFERMEDAD Y DE CONSULTA.

Causas	De enfermedad (orden)	De consulta (orden)
Respiratorias	1o.	1o.
Intestinales	2o.	3o.
Sistema Nervioso	3o.	2o.
Sistema Osteomuscular	4o.	-
Dentales	5o.	7o.
Aparato Circulatorio	6o.	6o.
Aparato Genitourinario	7o.	4o.

4.4 PERSONA CONSULTADA

El médico es el principal proveedor de atención ambulatoria en El Salvador con el 83.4% del total de consultas en dos semanas. Los demás proveedores aportaron el 16.6% restante de la consulta ambulatoria, siendo los más importantes el farmacéutico (6.4%) y el personal de enfermería (4.9%). Los odontólogos suministraron el 1.5% de la atención (Tabla 4.18).

Situaciones aisladas, aunque esperadas, que difieren de los promedios anotados, fueron la atención del personal de enfermería en los menores de 5 años (10.5%) y en los establecimientos del Ministerio de Salud (9.7%), la del odontólogo en los niños de 4 a 14 años (11%), y la del farmacéutico dentro del amplio contexto del subsector privado (12.9%) (Tabla 4.18).

La clasificación de la persona consultada segun motivo de consulta, nos señala, para el conjunto, que la proporción de atención preventiva suministrada por "otro personal" diferente del médico fue ligeramente inferior a la proporción de atención curativa suministrada por tal personal, báAsicamente por la participación en la atención curativa del farmacéutico. No obstante, el personal no médico pesó proporcionalmente más en la atención preventiva que en la curativa, en los servicios a los menores de 5 años, a los residentes en el área rural, y como era de esperar, en los establecimientos

del Ministerio de Salud. En los demás subsectores, en la atención a los beneficiarios de SCAS, en los estratos urbanos, y en la atención a la población de los restantes grupos de edad, el personal no médico tuvo un papel más sobresaliente en los servicios curativos que en los preventivos (Tablas 4.G y 4.19).

TABLA 4.G.

PROPORCION DE LA ATENCION AMBULATORIA CURATIVA Y PREVENTIVA, POR "OTRO PERSONAL" DIFERENTE DEL MEDICO.

	Atención por "otros"	
	Proporcion de consultas curativas	Proporcion de consultas preventivas
SEXO		
Hombres	22.3	21.3
Mujeres	18.7	12.2
EDAD		
< 5	17.3	21.8
5 - 14	25.2	4.3
15 - 44	21.2	14.1
45 y +	17.9	10.1
ESTRATO		
AMSS	22.5	6.9
R.Urbano	18.7	9.0
Rural	20.0	31.4
AFILIACION SCAS		
Beneficiario	14.9	3.7
No benefic.	21.7	17.6
SUBSECTOR		
Ministerio	11.0	20.9
Otros Gob.	7.3	-
ISSS	0.8	2.1
Privados	23.8	12.2
Total	20.2	14.8

Esta estructura de la atención ambulatoria según persona que suministra la atención, corresponde en muchos casos a una característica del oferente del servicio de salud, y no refleja necesariamente preferencias de los usuarios. Por ejemplo, en el caso de menores de cinco años, la madre solicita cuidados preventivos (i.e. inmunizaciones, control de niño sano) que el Ministerio de

Salud entrega utilizando el recurso enfermería mientras que el Sector Privado la suministra utilizando el recurso médico. Así entonces, estos datos proveen información útil para analizar no sólo los patrones de utilización de servicios de salud por parte de los pacientes sino que también la composición de recursos utilizados en la provisión de estos servicios.

5. ATENCION MEDICA AMBULATORIA

Como se indicó en el capítulo anterior, el 80.7% de la atención ambulatoria recibida por la población de El Salvador en un período de dos semanas, fue suministrada por el médico. El volumen de consultas de este primer proveedor de la atención en salud (396,000), permite revisar con mayor profundidad y detalle los indicadores de utilización, cobertura y concentración, y las características de acceso y prestación del servicio.

5.1. UTILIZACION, COBERTURA Y CONCENTRACION

Estos indicadores, usualmente utilizados para expresar algunas de las metas operacionales de los programas de salud, se aplican, sin embargo, en un ámbito exclusivamente restringido a los servicios de salud gubernamentales, a veces con serios problemas en los denominadores poblacionales, dada la dificultad de establecer el universo de responsabilidad prioritaria del Ministerio de Salud.

En el caso particular de este estudio, el atractivo adicional de los indicadores radica en la posibilidad de estimarlos para el conjunto de los servicios de salud públicos y privados, según afiliación a los SCAS, y para diferentes subclases de la población de orden geográfico, demográfico y socio-económico, enriqueciendo con ello grandemente el análisis integral de la acción del sector salud.

La utilización se define como la relación entre el total de consultas realizadas en un período y lugar (geográfico) dados y la población del lugar, que supuestamente tiene acceso al servicio; la cobertura, es la relación entre el total de personas consultantes y la población, y suele expresarse porcentualmente; y la concentración es el promedio de consultas por consultante, y resulta del cociente entre el total de consultas y el total de consultantes. Los tres indicadores, tienen una estrecha relación matemática entre sí, pues:

Utilización = Cobertura x Concentración

es decir,

$$\frac{\text{Consultas}}{\text{Población}} = \frac{\text{Consultantes}}{\text{Población}} \times \frac{\text{Consultas}}{\text{Consultantes}}$$

El indicador de utilización refleja el esfuerzo total del sistema de atención en salud en una determinada actividad. La encuesta de hogares reveló que en El Salvador el promedio de consultas médicas por habitante en un período de dos semanas fue 0.10.

Ponderando el número de consultas en dos semanas por 26, se tiene una estimación aproximada de las consultas en un año, asumiendo un comportamiento

poco estacional del volumen de este servicio, tal como ha sido demostrado en estudios similares.[1] En consecuencia, el promedio de consultas por habitante/año fue de 2.54, indicador de gran utilidad, pues la programación de servicios de salud suele hacerse para períodos anuales. La variación máxima del indicador se observó entre aquellos residentes del Área Rural cuya actividad es el estudio (0.59 consultas/año)y los pensionados, incapacitados e inválidos beneficiarios de algún SCAS en el Resto Urbano (16.15 consultas/año) (Tablas 5.1 a 5.12).

El concepto de cobertura de los servicios de salud conlleva una dimensión temporal, casi siempre un período de un año. La cobertura de atención médica ambulatoria de una población puede, por lo tanto, ser definida en un sentido amplio como el número de personas o el porcentaje de una población, o de un segmento de éste, que ha recibido por lo menos una consulta médica externa en el transcurso del período programático de una institución de salud. La cobertura también puede ser definida en términos más restringidos, limitando el marco de referencia a la atención proporcionada por un determinado tipo de personal (ejemplo, médicos), un cierto subgrupo demográfico de la población (ej. hombres o mujeres, o un grupo específico de edad), o un sistema cerrado de atención de salud en particular (ej., los servicios de salud del ISSS).

En las dos semanas anteriores a la entrevista, 340,000 individuos acudieron al médico para un total de 396,000 consultas en el mismo período. La relación entre las personas consultantes en las citadas dos semanas, y la población, genera el indicador de cobertura para el período, que fue en este caso de 8.4%, con variación máxima entre 2.3% y 35.8% en los distintos subgrupos. Adicionalmente, la relación entre el número de consultas y el número de consultantes beneficiados, genera el indicador de concentración o intensidad de la atención, que es el promedio de consultas por consultante en el período de interés. La atención médica ambulatoria de este país,tuvo entonces una concentración de 1.17 consultas por persona consultante al médico en las dos semanas anteriores a la entrevista (con variación entre 1.00 y 1.79) (Tabla 5.1 a 5.12).

La encuesta también obtuvo, para aquellas personas que no consultaron al médico en las últimas dos semanas, la información sobre la última consulta médica, a fin de poder estimar aproximadamente la cobertura y concentración de la atención para períodos mayores, por ejemplo de un año, con los riesgos que conlleva la imprecisión de la memoria a medida que es mayor el intervalo de tiempo. Por ser ésta una oportunidad excepcional para tener una idea aproximada para un año de los citados indicadores referidos a la totalidad del sector salud y a subsectores difícilmente estudiables por otro método, como es el privado, se ha procedido con los cálculos correspondientes, aclarando de nuevo que no se pretende competir con las cifras que puedan tener entidades como el Ministerio de Salud y el ISSS, sino más bien complementar el conocimiento sobre la estructura de la atención según variables demográficas y socioeconómicas de los beneficiarios dentro de un contexto de comparación subsectorial y regional.

---

[1]Ver Pabon et.al. (1984)

En un año, el 49% de la población estudiada en El Salvador (con variación máxima entre 30.4% y 100%), fue vista al menos una vez por un médico por razones de salud o enfermedad, y el promedio o concentración de consultas por consultante fue de 5.2 (variación máxima entre 1.75 y 10.84)(Tablas 5.1 a 5.12).

Se confirman de nuevo los notables diferenciales en los indicadores de la atención médica ambulatoria entre los tres grandes estratos residenciales, particularmente entre el Area Metropolitana de San Salvador(AMSS) y el área Rural, ocupando el Resto Urbano sistemáticamente una porción intermedia y casi equidistante: mientras el AMSS presenta un promedio de 3.5 consultas médicas por habitante-año, en el estrato Rural es de 1.8; así mismo, mientras en el AMSS 58% de la población es atendida por médico al menos una vez en el año, sólo lo es un 41% de la rural, y mientras en el Area Metropolitana hay en promedio 6 consultas por consultante en el año, en el área rural el promedio es de 4.5.(Tablas 5.A y 5.1).

TABLA 5.A.

INDICADORES DE LA ATENCION MEDICA AMBULATORIA POR ESTRATO RESIDENCIAL, EN DOS SEMANAS Y EN UN AÑO.

	Estrato			
Indicadores	AMSS	Resto Urbano	Rural	Total País
DOS SEMANAS				
Utilización: promedio de consultas por habitante	0.13	0.10	0.07	0.10
Cobertura: % de población consultante por lo menos una vez	11.1%	8.9%	6.3%	8.4%
Concentración: promedio de consultas por consultante	1.21	1.15	1.13	1.17
UN AÑO				
Utilización: promedio de consultas por habitante	3.49	2.66	1.84	2.54
Cobertura: % de población consultante por lo menos una vez	58.0%	51.9%	41.1%	49.2%
Concentración: promedio de consultas por consultante	6.01	5.12	4.49	5.18

Tanto en el conjunto del país, como dentro de cada uno de los estratos residenciales, los tres tipos de indicadores analizados son rutinariamente mayores en las mujeres y en los grupos extremos de edad; están directamente asociados con el grado de educación alcanzado por los usuarios de los servicios y el ingreso per capita; y son más altos en los protegidos por algún

SCAS, en los que tienen trabajo remunerado, y en los que no lo tienen siendo rentistas, pensionados o incapacitados. (Tablas 5.1 a 5.4).

La comparación entre el grupo de beneficiarios de algún SCAS y los no beneficiarios, tanto para el total del país como por estrato residencial es impactante, pues los primeros presentan indicadores de utilización, cobertura y concentración considerablemente mayores debido a su fácil acceso a los servicios de salud. (Tablas 5.B, 5.5 a 5.12).

Es interesante señalar que el diferencial por nivel de urbanización (estrato residencial) se mantiene, dentro de los no beneficiarios de algún SCAS, para los distintos indicadores: mayor acceso y uso de los recursos médicos en el AMSS, intermedio en el Resto Urbano, y bajo en el área Rural. En los beneficiarios, en cambio surge una mayor utilización del recurso médico por habitante/año en los residentes de los centros urbanos diferentes al AMSS, pero una similar proporción de población atendida (cobertura) en los estratos (Tablas 5.B y 5.5 a 5.12).

TABLA 5.B.

INDICADORES ANUALES DE LA ATENCION MEDICA AMBULATORIA PARA LOS BENEFICIARIOS DE ALGUN SCAS Y PARA LOS NO BENEFICIARIOS POR ESTRATO RESIDENCIAL

ESTRATO Y AFILIACION A SCAS	Indicadores Anuales		
	Utilización (promedio de consultas por habitante)	Cobertura (% de pobl. consultante)	Concentración (promedio de consultas por consultante)
AMSS			
Beneficiario	4.91	69.7 %	7.04
No beneficiario	3.12	55.0 %	5.68
RESTO URBANO			
Beneficiario	5.86	69.6 %	8.43
No beneficiario	2.21	49.4 %	4.48
RURAL			
Beneficiario	4.79	69.9 %	6.85
No beneficiario	1.77	40.4 %	4.38
TOTAL			
Beneficiario	5.31	69.7 %	7.62
No beneficiario	2.22	46.8 %	4.75

5.2. SUBSECTOR

Cinco subsectores fueron definidos para clasificar los establecimientos de salud de El Salvador y los servicios dispensados a la población. El Ministerio de Salud (Minsalud), que realizó el 39.8% de lasconsultas médicas;

el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), con el 12.7% de las consultas médicas; el subsector privado con y sin fines de lucro, que comprende una heterogénea gama de establecimientos y lugares de atención, desde la clínica con fines de lucro más moderna, hasta la más apartada de las farmacias no institucionales; este subsector realizó el 45.2% del total de consultas médicas, la mayor proporción; de este total de consultas privadas, el 12.8% fueron atendidas por proveedores sin fines de lucro. Otras instituciones de salud del gobierno, como son las que prestan servicio al personal vinculado a ANTEL, CEL y el magisterio, proveyeron una atención médica que representó aproximadamente el 1.5% del total; y los servicios de salud de las Fuerzas Armadas contribuyeron con el 0.8% de las atenciones. Por el reducido volumen de su atención estos últimos dos subgrupos, se unieron rutinariamente en las tablas de presentación de los resultados del estudio. (Tabla 5.13).

El concepto de subsector lleva implícito un conjunto de las características de la atención dispensada, estrechamente asociadas con los propósitos y fines de las instituciones, la forma de financiamiento, la libertad o restricción de acceso y el tipo de población primariamente beneficiaria. Por estas razones, la clasificación sistemática de los resultados por esta variable tiene gran relevancia en el proceso analítico para entender el comportamiento de la gente frente a los servicios disponibles.

La importancia del subsector varía según el estrato residencial. En el AMSS el sector privado dispensa el 54% de la atención médica ambulatoria y el Ministerio de Salud sólo el 25%. En el estrato rural, la situación es a la inversa, teniendo el Minsalud la mayor responsabilidad (53%), aunque el subsector privado continúa desempeñando un papel muy destacado (41%). En el Resto Urbano, la participación de estos dos subsectores es igual (42 y 41%). En cuanto al ISSS, el volumen de su atención médica es semejante en los dos estratos urbanos (17 y 15%), y muy baja en el rural (4.4%). Las otras instituciones del gobierno, tienen alguna importancia en el AMSS (4.6%) pero su cobertura tiende a desaparecer con la disminución del nivel de urbanización. (Tabla 5.C).

TABLA 5.C.

ESTRUCTURA DE LAS CONSULTAS MEDICAS POR SUBSECTOR SEGUN ESTRATO RESIDENCIAL

Estrato	Subsector				Total	
	Minsalud	Otros+FA	ISSS	Privado	%	No. (a)
AMSS	24.5	4.6	17.0	53.9	100.0	129,540
R. Urbano	42.0	1.8	15.2	41.0	100.0	149,955
Rural	54.6	0.2	4.4	40.8	100.0	109,912
Total	39.8	2.3	12.7	45.2	100.0	389,407

(a) Excluye sin información de subsector

La clasificación de las consultas médicas de los subsectores según la protección o desprotección de los consultantes por algún Sistema Cerrado de Atención en Salud (SCAS), revela la flexibilidad con que la población, independientemente de su afiliación a un SCAS, se mueve entre los diversos subsectores. Los motivos de este comportamiento no se analizan en este estudio, aunque se estima que probablemente estén relacionados con el limitado cubrimiento de riesgos de los citados sistemas, el nivel de satisfacción de sus beneficiarios, las percepciones que la población tiene del precio y la calidad, la doble afiliación y las facilidades de acceso físico entre otros factores.

De las consultas médicas realizadas por los beneficiarios del ISSS, sólo el 71.2% ocurrieron en los establecimientos de esta institución, un 23.1% en establecimientos privados y un 4.5% en el Ministerio de Salud. De las realizadas por los beneficiarios de los seguros privados, un 30% lo hicieron fuera del ámbito del sector privado, especialmente en el ISSS (19.3%). De los no beneficiarios de sistema alguno, que son la mayor parte de la población del país (90%) y entre los cuales se encuentran los grupos más marginados y desprotegidos, un alto 47.3% recurrió al subsector privado, parte del cual es sin fines de lucro. Esta última proporción, que es aún mayor en el AMSS (60.5%), es coherente con el resultado del reciente estudio en el Area Metropolitana de Santo Domingo, República Dominicana (51.6%)[2] (Tablas 5.D, 5.13 y 5.15).

Desde otro punto de vista, el del subsector consultado, los resultados de la encuesta señalan que , del total de consultas médicas del Ministerio de Salud, el 96.7% correspondieron a no beneficiarios de algún SCAS es decir, casi exclusivamente personas que no tienen otra alternativa. De las consultas efectuadas en los establecimientos privados, el 81.9% fueron también de no beneficiarios de SCAS, y, curiosamente, el 17.4% de las efectuadas en el ISSS (26% en el AMSS), y el 27.8% de las cumplidas en otras instituciones del gobierno, fueron de población no beneficiaria de tales SCAS. Estos últimos casos indican la ausencia de controles rigurosos del tipo de usuarios de los servicios. En el estudio de Santo Domingo, República Dominicana, el 26% de las consultas médicas al Seguro Social eran de no afiliados ni dependientes de éstos, cifra exactamente igual, por coincidencia, a la registrada en el AMSS. (Tablas 5.D, 5.14 y 5.18).

---

[2]Ver Gómez (1988)

TABLA 5.D.

DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS MEDICAS SEGUN SUBSECTOR Y AFILIACION A SCAS

Afiliación a SCAS (a)	Subsector: Minsalud	Otras Gob. y F.A.	ISSS	Privado	Total (b) %	Total (b) No.
Afil o Dep. ISSS	4.5	1.2	71.2	23.1	100.0	53,703
Afil o Dep. Seg. Priv.	5.7	5.0	19.4	69.9	100.0	15,566
Benif. otras Gob.	11.9	32.1	1.9	54.1	100.0	15,566
No beneficiario	49.1	0.8	2.8	47.3	100.0	304,319
Total	39.8	2.3	12.7	45.2	100.0	389,154
Afil o Dep. ISSS	1.5	6.9	76.0	6.9	13.8	
Afil o Dep Seg. Priv.	0.6	8.8	6.1	6.2	4.0	
Benef. otras Gob.	1.2	56.5	0.6	4.8	4.0	
No beneficiario	96.7	27.8	17.4	82.1	78.2	
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
	154,883	8,951	49,423	175,897	389,154	

(a) Los beneficiarios simultáneos de más de un SCAS, se clasificaron, prioritariamente, en su orden, en los seguros privados, o en el ISSS (si no era beneficiario de seguro privado)

(b) Excluye sin información de subsector y afiliación a SCAS

La clasificación de las consultas médicas del subsector privado según el fin primordial de las instituciones correspondientes, lucro o no lucro, revela que el 12.8% de la atención médica ambulatoria se brinda en instituciones sin fines de lucro, siendo esta proporción un poco más alta en el AMSS (16.5%) (tabla 5.E).

TABLA 5.E.

PROPORCION DE CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS PRIVADAS SEGUN FINES DE LUCRO DE LAS INSTITUCIONES

Fines de lucro	Estrato: AMSS	R.Urbano	Rural	Total(a)
Sí	83.5	92.9	84.8	87.2
No	16.5	7.1	15.2	12.8
Total %	100.0	100.0	100.0	100.0
No.	69,817	61,453	44,871	176,141

(a) Excluye sin información sobre fines de lucro

Las tablas 5.15 a 5.20, presentan detalles adicionales sobre la estructura de las consultas médicas, dentro de cada uno de los estratos residenciales según subsector y afiliación a algún SCAS. Los hallazgos más notables son: la proporción relativamente estable de beneficiarios del ISSS que acuden al subsector privado (entre 18 y 28%) en los tres estratos y la mayor proporción de no beneficiarios de sistema alguno del AMSS que concurren también a los establecimientos privados (61%).

En cuanto a las características demográficas y socio-económicas de los consultantes al médico en los distintos subsectores de salud, son preponderantemente usuarios de los establecimientos del Ministerio de Salud los menores de 5 años residentes en el área rural (66%), y en los otros centros urbanos (59%), los no beneficiarios de algún SCAS de los mismos estratos (58 y 55%), y las personas de menor ingreso per capita y menor educación del área rural; en cambio, son básicamente usuarios del ISSS, todos los subgrupos de población demográficos y socio-económicos del Area Metropolitana de San Salvador, en proporciones 40% o más alta que las registradas en el Ministerio de Salud, el segundo más importante proveedor de atención médica ambulatoria en la capital del país. (Tablas 5.21 a 5.28).

En todos los subsectores, la mayor proporción de consultas son de mujeres; en el Ministerio de Salud y el subsector privado, son de no beneficiarios de algún SCAS (97%); dentro de los servicios propios de los SCAS, son de los propios afiliados o dependientes, que corresponden en su mayoría al grupo de 15 a 44 años y que están concentrados en las áreas urbanas, como era de esperar; y dentro del subsector privado, la mayor proporción son, por supuesto, los no protegidos por algún SCAS, pues los cubiertos por los seguros privados representan una pequeña fracción. (Tablas 5.29 a 5.36).

5.3. LUGAR DE ATENCION

El lugar de atención corresponde a una clasificación de establecimientos y otros lugares, según un concepto que combina el nivel de complejidad de la atención, el subsector y el volumen de consultantes.

Los consultorios médicos privados realizaron la más alta proporción (36%) de las consultas médicas efectuadas en el universo de estudio en las dos últimas semanas; los establecimientos con camas hospitalarias (hospitales, centros y clínicas de todos los subsectores), ocuparon el segundo lugar con el 27% de las consultas médicas, y los puestos de salud el siguiente lugar (20.6%). Con menor proporción estuvieron los consultorios institucionales de los SCAS y del sector privado con el 11%, otros sitios, que incluían la casa del paciente, con el 3.4%, y las farmacias, no institucionales, con el 2.4% (Tabla 5.F, 5.37 y 5.38).

TABLA 5.F.

DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS POR LUGAR DE ATENCION, SEGUN ESTRATO RESIDENCIAL.

Estrato	Lugar de atención: Hospital, centro, clínica con camas	Unidad, puesto de salud	Consult. institucional	Consult. privado	Farmacia	Otros	Total(a) %	Total(a) No.
AMSS	20.9	13.2	19.0	42.3	2.0	2.6	100.0	133,009
R.Urb.	28.9	21.9	8.2	36.4	1.4	3.2	100.0	150,927
Rural	29.9	27.8	5.5	28.1	4.3	4.5	100.0	111,511
Total	26.5	20.6	11.1	36.1	2.4	3.4	100.0	395,447

(a) Excluye sin información de lugar de atención

La importancia de los consultorios médicos privados, sólo es manifiesta en los centros urbanos, especialmente en el AMSS, donde concentraron el 42% de la atención médica ambulatoria. En el área rural, la responsabilidad es equilibrada; alrededor del 28%, entre estos consultorios, los establecimientos con camas y las unidades y puestos del Ministerio de Salud. Es por demás claro, que el Ministerio de Salud, con el conjunto de sus establecimientos hospitalarios y ambulatorios, realiza la mayor atención médica de los residentes en el estrato rural (54.6%). (Tabla 5.39).

En el Ministerio de Salud el volumen de la atención dispensada por hospitales y centros de salud, y por los organismos ambulatorios es equilibrada, y las proporciones son relativamente similares a las registradas por el propio Ministerio de Salud en 1987, a través de su sistema de información , si se tiene en cuenta la diferencia de fecha, el reducido período investigado en la encuesta, y el error estandar de esta última:

	Encuesta 89 (2 semanas)	Minsalud 87 Sistema de información (todo el año)
Hospitales, centros de salud	48.1	45.1
Unidades, puestos, otros	51.9	54.9
	100.0	100.0

En el ISSS también hay bastante equilibrio entre organismos hospitalarios y ambulatorios (47 y 53%); en otras instituciones del gobierno y las Fuerzas Armadas, el peso de la atención en organismos externos es más alto (61%), y en el subsector privado, las tres cuartas partes de la atención es en consultorios médicos privados (78%) (Tabla 5.40).

5.4. UBICACION DEL LUGAR DE ATENCION

Una variable que relaciona en forma simple el lugar de residencia de los consultantes y el lugar de atención fue desarrollada para esta investigación, a fin de permitir la evaluación del efecto de la distancia entre estos dos lugares en la demanda de servicios de salud.

Para el conjunto del país, el 26% de las consultas médicas externas fueron realizadas en lugares de atención ubicados en el mismo sector de residencia de los consultantes, es decir muy cerca de su casa. En este estudio, el sector coincide con el cantón en las áreas rurales del país, y con una o más manzanas, con un promedio entre 250 y 300 viviendas, en los centros urbanos. El 29% de las consultas de este tipo fueron en otro sector de la misma zona (sólo para San Salvador, que está dividido en 14 zonas), el 36% en otra zona de la misma ciudad (en San Salvador), o en otro municipio del mismo departamento; el 3.8% fue de residentes fuera del AMSS que consultaron en esta capital, proporción ésta muy baja, pues aparentemente la gran mayoría de no residentes en San Salvador, que consultaron en esta capital, eran de otros sitios dentro del AMSS, y quedaron incluídos en el grupo anterior; finalmente, el 12% de las consultas médicas fueron en otro sitio del país distinto de San Salvador y también diferente de su propio departamento. (Tabla 5.G).

Si consideramos como adecuadamente accesible la localización de los servicios de salud en el mismo sector de residencia, o al menos en la misma zona (en AMSS), o misma ciudad o municipio, habrían sido realizadas en un lugar de conveniente accesibilidad, el 55% de las consultas médicas ambulatorias del país, el 39% de las efectuadas en el AMSS, el 69% de las realizadas en el Resto Urbano y el 54% de las cumplidas en el estrato Rural. El anterior indicador es, ciertamente, discutible, particularmente en el AMSS, en donde con un criterio más flexible podrían incluirse las consultas realizadas en otra zona de la ciudad, que son el 26%; esto daría un 65.1% de las consultas de este estrato realizadas en lugar adecuadamente accesible.

TABLA 5.G.

DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS MEDICAS SEGUN UBICACION DEL LUGAR DE ATENCION, CON RESPECTO AL LUGAR DE RESIDENCIA.

ESTRATO	Ubicación del lugar de atención						Total
	Mismo sector (a)	Otro sector misma zona o munici.	Sub-total	Otra zona misma ciudad, otro munic. mismo depto.	En San Salvador (para R.Urbano y Rural)	Otro sitio del país	
AMSS	18.3	20.8(b)	39.1	59.0(c)	-	1.9	100.0
R.Urbano	39.6	29.9(d)	69.5	17.2	8.0	5.3	100.0
Rural	15.1	39.0(d)	54.1	32.6	2.8	10.5	100.0
Total	25.5	29.4	54.9	35.6	3.8	5.7	100.0

(a) Incluye propia casa y mismo sector
(b) Incluye otro sector misma zona (San Salvador) o mismo municipio
(c) Incluye otra zona misma ciudad (San Salvador) y otro municipio mismo departamento (en AMSS)
(d) Incluye otro sector mismo municipio
\- No aplica

En cuanto a la proporción de consultas médicas de los subsectores de salud efectuadas en lugares adecuadamente accesibles, el Ministerio de Salud presenta los indicadores más altos de conveniente accesibilidad con respecto al lugar de residencia, aunque el subsector privado también registra indicadores elevados. En la alternativa más flexible, que es la que acepta como de adecuada accesibilidad el consultar en el mismo sector, o en otro sector de la misma zona o municipio, o en otra zona de la misma ciudad (en San Salvador), el 67% de las consultas del Ministerio de Salud y el 65% de las privadas, fueron realizadas en un lugar ubicado a conveniente distancia del lugar de residencia de los consultantes. Lo observado en el conjunto del país se registra también a nivel de cada uno de los estratos residenciales, pero las tasas más altas de adecuada accesibilidad se presentan en el Resto Urbano. En el ISSS las tasas de conveniente accesibilidad en los centros urbanos están alrededor del 55%. (Tabla 5.H).

TABLA 5.H.

PROPORCION DE LAS CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS DE CADA SUBSECTOR, REALIZADAS EN LUGARES ADECUADAMENTE ACCESIBLES

ESTRATO	Subsector			
	Minsalud.	Otros Gobierno	ISSS	Privado
AMSS (a)	38.7	30.1	32.0	42.0
(b)	66.1	48.2	57.6	69.1
Resto Urbano	76.4	(31.5)	53.2	70.7
Rural	57.1	-	(61.4)	50.0
Total (a)	61.1	29.6	44.5	54.1
(b)	66.8	41.6	55.9	64.8

( ) Cifras de muy poca significación estadística

Adecuadamente Accesible:
Para AMSS (a): mismo sector, otro sector misma zona o mismo municipio.
Para AMSS (b): lo mismo de (a) adicionado de otra zona misma ciudad.
Para Resto Urbano y Rural: mismo sector, otro sector mismo municipio.

La situación de accesibilidad de los diferentes tipos de establecimientos de salud es la siguiente: mayor cercanía del lugar de residencia, de las unidades, puestos de salud y otros establecimientos deatención exclusivamente externa del Ministerio de Salud, con el 82% de sus consultas médicas realizadas en lugares adecuadamente accesibles; en siguiente lugar, los consultorios institucionales de los SCAS y privados,con 67% de sus consultas en lugares de buena accesibilidad; y en tercer lugar, los consultorios médicos privados con un 62% de sus consultas a conveniente distancia de la residencia de los pacientes. En el AMSS y en el Resto Urbano, las Unidades y Puestos de Salud mantienen su preponderancia como sitios más accesibles. En el área rural, los establecimientos del Ministerio de Salud mantienen una alta tasa (74%) y el porcentaje mayor de los consultorios institucionales se basa en una cifra absoluta muy pequeña con una alta variación de azar. (Tabla 5.I).

TABLA 5.I.

PROPORCION DE LAS CONSULTAS MEDICAS AMBULATORIAS DE CADA TIPO DE ESTABLECIMIENTO O LUGAR DE ATENCION, REALIZADAS EN SITIOS ADECUADAMENTE ACCESIBLES.(a)

ESTRATO	Tipo de establecimiento o lugar					
	Hospital, centro con camas	Unidad, puesto de salud	Consultorio institucional	Consultorio privado	Farmacia	Otros (incluye casa del paciente)
AMSS (a)	14.0	63.6	44.3	37.8	(88.9)	(61.9)
(b)	47.8	87.0	65.7	65.6	(88.9)	(81.2)
R.Urbano	57.3	88.0	60.5	69.0	(82.3)	(74.0)
Rural	40.6	73.7	(82.6)	41.4	(29.6)	(88.7)
Total (a)	40.5	77.3	54.2	50.8	57.7	76.4
(b)	49.5	82.4	66.6	61.6	57.7	81.4

(a) Adecuadamente accesible: igual que Tabla 5.H
( ) Cifras con muy poca significación estadística.

5.5 PAGO POR LA CONSULTA

La encuesta indagó por el pago directo realizado por el consultante o por otra persona del hogar, o cercana al consultante; igualmente trató de obtener la cantidad pagada y en el caso de no haber pagado directamente, las razones de no pago.

Del total de 387,000 consultas médicas ambulatorias en dos semanas, sobre las cuales se obtuvo información del primero de estos datos, el 66% fueron objeto de algún pago directo. Esta proporción varió con el subsector, así: el 80% de las consultas realizadas por el Ministerio de Salud, el 73% de las consultas privadas, y sólo una mínima fracción de las efectuadas por los servicios de salud de los Sistemas Cerrados de Atención (SCAS), es decir, 6.4% de las del ISSS y 3.7% de las de otras instituciones del gobierno. (Tabla 5.41). La muy alta proporción de consultas con algún tipo de pago en el Ministerio de Salud, se entiende, sin embargo, a la luz de la cuantía del pago (2.93 colones en promedio, ver Tabla 5.J.), que corresponde a la mínima cuota rutinariamente cobrada por el servicio de salud. De todas maneras, esta situación contrasta notablemente con la observada en Sto. Domingo, República Dominicana, donde más del 90% de los consultantes al Ministerio de Salud no pagan valor alguno.[3]

En el subsector privado, en cambio, el pago promedio por consulta ascendió a c 23, cifra 8 veces más alta que la pagada en Minsalud, y que varió

[3]Ver Bitran (1988)

entre c 25 en los establecimientos con fines de lucro (87% de las consultas privadas) y c 10 en los de carácter filantrópico (13% de las consultas privadas). En el ISSS el pago promedio (c 2.34) fue aún más bajo que en Minsalud (Tablas 5.J, 5.K y 5.42 a 5.45).

TABLA 5.J.

PROPORCION DE CONSULTAS PAGADAS DIRECTAMENTE Y PAGO PROMEDIO (Colones) (a), POR SUBSECTOR Y ESTRATO.

Estrato y Pago	Subsector				
	Minsalud	Otras Gob.	ISSS	Privado	Total
AMSS					
-Proporción Pagadas(%)	82.7	5.3	12.9	72.0	60.9
-Pago Promedio (Colones)	2.16	( )	( )	31.30	20.94
Resto Urbano					
-Proporción Pagadas(%)	79.8	0	1.3	71.5	63.4
-Pago Promedio (Colones)	3.59	-	( )	19.87	11.06
Rural					
-Proporción Pagadas(%)	78.8	0	0	77.6	74.7
-Pago Promedio (Colones)	2.60	-	-	16.77	8.76
Total					
-Proporción Pagadas(%)	80.0	3.7	6.4	73.3	65.7
-Pago Promedio (Colones)	2.93	( )	2.34	23.44	13.29

( ) Cifras con muy poca significación estadística
(a) El pago promedio se calculó para las consultas que costaron 1 o más colones. El 3.1% de las consultas costaron menos de 1 colón.

TABLA 5.K.

PAGO DIRECTO PROMEDIO, EN COLONES, POR CONSULTA MEDICA (PAGADA) (a).

Variables	Estrato AMSS c	R.Urbano c	Rural c	Total c
Subsector				
Minsalud	2.16	3.59	2.60	2.93
Otras Gob.	( )	-	-	( )
ISSS	( )	( )	-	2.34
Privado con lucro	34.80	20.24	17.83	25.01
Privado sin lucro	10.25	13.28	9.57	10.54
Lugar de Atención				
Unidad, puesto salud	1.84	2.84	2.32	2.44
Hospital, centro	2.81	4.45	3.14	3.59
Consult.Instituc.	5.11	( )	( )	6.02
Consult.Privado	36.40	20.53	18.58	25.78
Total	20.94	11.06	8.76	13.29

( ) Cifras con muy poca significación estadística
(a) El pago promedio se calculó para las consultas que costaron 1 o más colones. El 3.1% de las consultas costaron menos de 1 colón

La proporción de consultas pagadas y el promedio pagado también variaron según el estrato de residencia, pero en forma distinta. Mientras que, para el conjunto de los subsectores, la proporción disminuyó con el aumento del nivel de urbanización, pasando de 74.7% en la zona Rural a 60.9% en el AMSS, el pago promedio aumentó con la mayor urbanización pasando de c 9 en el área Rural a c 21 en el AMSS. Estas tendencias están asociadas: a) con la mayor presencia en los centros urbanos del país de los servicios de salud del ISSS y de otras instituciones del gobierno en los cuales fueron muy bajos la proporción de consultas pagadas y el precio pagado; b) con el mantenimiento en los distintos estratos de prácticamente la misma proporción de consultas pagadas en los subsectores Minsalud y Privado, y del promedio pagado en Minsalud, y c) con el claro aumento del valor pagado en el subsector Privado a medida que es mayor la urbanización (de c 17 a c 31) (Tablas 5.J, 5.K y 5.42 a 5.45).

Según el sexo y la edad de los consultantes (excepto los menores de 5 años), la proporción de consultas pagadas también tuvo una tendencia de reducción con el aumento de la concentración urbana. La similar proporción de consultas pagadas de los menores de 5 años en los distintos estratos podría ser explicada por el hecho de que los subsectores Minsalud y Privado (en los cuales no varió la proporción por estrato) atienden más del 95% de los consultantes de este grupo de edad en todos los estratos (Tablas 5.46 a 5.49).

El pago promedio por consulta según el lugar o tipo de establecimiento donde se presta la atención, el cual está íntimamente ligado con el subsector, fue de c 2.44 en las unidades y puestos del Ministerio de Salud,de c 3.59 en los hospitales, centros y clínicas con camas de los varios subsectores (más del 80% de las camas son de Minsalud), de c 6.02 en los consultorios institucionales (de los SCAS) y de c 26 en los consultorios médicos privados. Según estrato, sólo los consultorios privados presentaron una variación importante: c 36 en el AMSS frente a c 21 y c 19 en el Resto Urbano y Area Rural. (Tabla 5.K).

Entre las razones de no pago aducidas por los consultantes, tienen interés especial las relacionadas con el subsector privado (36% del total no pagadas). En un 6.5% de los casos (totales) el pago fue asumido por un seguro privado, en el 16.2% por tratarse de un servicio gratis o de beneficencia, y en un 13.3% por otras múltiples razones (amistad, parentesco, etc.). (Tabla 5.42).

5.6 PRESCRIPCION, OBTENCION Y PAGO DE MEDICINAS

La prescripción de medicinas en la consulta médica es considerada por buena parte de la población como un factor de calidad de la atención. Por esta razón, la prescripción de medicinas es considerada entre los condicionantes de la demanda por servicios de salud.[4] Por otra parte, el precio directo pagado por las medicinas tiene un peso considerable dentro del gasto individual directo en salud de la población, razón esta que lo lleva a constituirse en un importante factor del financiamiento de los servicios de salud, y particularmente en relación con el concepto de equidad en las responsabilidades de los hogares en tal financiamiento. Complementario a lo anterior, es el problema de la logística requerida para garantizar acceso fluído, oportuno y a costos razonables de hogares a los medicamentos esenciales necesitados por la población. La encuesta de hogares exploró perfiles específicos de esta problemática, y encontró los resultados que se presentan a continuación.

Al 90% de los consultantes al médico les prescribieron medicinas. Esta proporción es similar en los subsectores de salud, pues en las Otras Instituciones del Gobierno (CEL, ANTEL, etc.), el valor aparentemente más bajo está sometido a gran variación de azar por el reducido tamaño de la muestra correspondiente (Tabla 5.50). Dentro de los tres estratos residenciales, la proporción de prescripciones también fue relativamente similar (Tablas 5.51 a 5.53).

Una forma de visualizar el proceso de adquisición y pago de medicinas en cada subsector, es mediante un índice o tasa establecido a partir de 100 personas a quienes se les prescriben medicinas; la Tabla 5.L construída con base en los porcentajes de la Tabla 5.50, muestra los efectos protectores de los sistemas cerrados de atención en salud (SCAS), ya que una mayor proporción de los consultantes de los servicios de salud de estas

---

[4]Ver Bitran (1988) y Mwabu (1984)

instituciones, a quienes se les prescriben medicinas, las obtuvo finalmente en el propio lugar de atención (alrededor de 95%), aunque en condiciones diferentes. En el ISSS, solamente el 3% de los pacientes debió hacer algún pago, cifra que se compara con un 20% de los adscritos a los otros SCAS del gobierno. El Ministerio de Salud presentó un panorama mediano con una proporción ligeramente inferior de consultantes prescritos que obtuvo sus medicinas en el mismo lugar de atención (86%), y una proporción intermedia que tuvo que pagarla (18%). En el suAbsector privado, en cambio, una mayor proporción de consultantes debió obtener sus medicinas en lugar diferente al de consulta (18%), y una tasa aun más alta (45%) tuvo que pagarla (Tabla 5.L).

TABLA 5.L.

OBTENCION Y PAGO DE MEDICINAS PRESCRITAS EN LA CONSULTA MEDICA

	Subsector				
Variables	Minsalud	Otras Gob.	ISSS	Priv.	Total
De cada 100 consultas en las que se prescriben medicinas:					
Las obtienen en el lugar de consulta	86	96	93	61	76
Pagan en el lugar de la consulta	14	19	2	27	18
Las obtienen en otro lugar (a)	4	0.5	0.7	18	8
Las obtienen finalmente	90	97	94	79	84
Pagan finalmente	18	20	3	45	26
No las obtienen finalmente	10	3	6	21	16

(a) se presume que pagando

La situación del Ministerio de Salud, no obstante, varió en los estratos residenciales. En el AMSS, una proporción menor de consultantes a quienes se prescribió medicinas las obtuvo finalmente (77%), una proporción más alta las debió pagar de su bolsillo (22%), mientras que en los estratos Resto Urbano y Rural una mayor proporción de los consultantes obtuvo finalmente sus medicinas prescritas (91%), la mayor parte en el propio lugar de consulta (89 y 88%), y una tasa menor debió pagarlas (19 y 14%)(Tabla 5.M).

TABLA 5.M.

OBTENCION Y PAGO DE MEDICINAS PRESCRITAS A PACIENTES QUE CONSULTAN AL MEDICO EN EL MINISTERIO DE SALUD

Variables	Estrato		
	AMSS	R.Urbano	Rural
De cada 100 consultas en las que se prescriben medicinas:			
Las obtienen en el lugar de la consulta	77	89	88
Pagan en el lugar de consulta	13	17	11
Las obtienen en otro lugar (a)	9	2	3
Las obtienen finalmente	86	91	91
Pagan finalmente	22	19	14
No las obtienen finalmente	14	9	9

(a) se presume pagando

En el subsector privado, las tasas de obtención de las medicinas formuladas tuvieron el mismo comportamiento de las de Minsalud, a un nivel un poco más bajo, pero las de pago fueron completamente diferentes, dos veces más altas en el AMSS (41%) y el Resto Urbano (43%) y tres y media veces más altas en la zona Rural (51%). (Tabla 5.N).

TABLA 5.N.

OBTENCION Y PAGO DE MEDICINAS PRESCRITAS A PACIENTES QUE CONSULTAN EN EL SUBSECTOR PRIVADO

Variables	Estrato		
	AMSS	R.Urban	Rural
De cada 100 consultas en las que se prescriben medicinas:			
Las obtienen en el lugar de consulta	61	55	69
Pagan en el lugar de consulta	25	19	38
Las obtienen en otro lugar (a)	16	24	13
Las obtienen finalmente	77	79	82
Pagan finalmente	41	43	51
No las obtienen finalmente	23	21	18

(a) se presume que pagando

El valor promedio pagado por medicinas directamente por el beneficiario, por consulta médica, en el lugar de atención, fue de c 40 para el conjunto del país. Esta cantidad se refiere al 16% de los consultantes al médico y al 18% de los que les fueron prescritas alguna medicina y que pagaron 1 o más Colones (Tabla 5.0).

El promedio de pago en el sitio de consulta, fue más bajo en el AMSS (c 35) y más alto en el Resto Urbano (c 45). El subsector privado con fines de lucro recibió, sin embargo, el pago mayor (c 61), debido básicamente a los precios cobrados por medicinas en los consultorios privados de los médicos (c 71). (Tabla 5.0).

El subsector privado sin fines de lucro recibió, en cambio, un promedio de c 14.3, y los establecimientos del Ministerio de Salud, de c 6.5. (Tabla 5.0).

TABLA 5.0.

VALOR PROMEDIO PAGADO, EN COLONES, POR MEDICINAS, POR CONSULTA MEDICA EN EL LUGAR DE ATENCION (a)

Subsector y lugar de atención	Promedio Pagado (Colones)
Estrato	
AMSS	35.40
Resto Urbano	44.59
Rural	40.63
Subsector	
Minsalud	6.52
Otras Instituc. Gobierno	( )
ISSS	( )
Privado con lucro	60.62
Privado sin lucro	14.30
Lugar de atención	
Hospitales, centros con camas	11.11
Unidades, puestos de salud	6.68
Consultorios institucionales	22.59
Consultorios Privados	70.60
Farmacia	24.01
Total	40.31

( ) Cifras con muy poca significación estadística. La mayor parte de las cifras del cruce simultáneo de estrato por subsector y lugar de atención tuvo muy baja significación estadística.

(a) El pago promedio se calculó para las prescripciones que costaron 1 o más colones. El 1.5% de las prescripciones costaron menos de 1 colón.

Ahora bien, el valor promedio pagado por medicinas, por consulta médica, fuera del lugar de atención es 50% más alto (c60), pero se refiera sólo 7 de cada 100 consultas y al 8% de las que tuvieron prescripción de medicinas. El mayor diferencial se observa en los usuarios del Ministerio de Salud y del subsector privado sin fines de lucro. (Tabla 5.P).

TABLA 5.P.

VALOR PROMEDIO PAGADO, EN COLONES, POR MEDICINAS, POR CONSULTA MEDICA, FUERA DEL LUGAR DE ATENCION. (a)

Subsector y lugar de atención	Estrato			
	AMSS	R.Urbano	Rural	Total
Subsector				
Minsalud	23.43	56.40	35.57	39.92
Otras Inst.Gob.	( )	-	-	( )
ISSS	23.00	11.00	15.00	21.31
Priv.con lucro	84.02	66.29	64.79	71.67
Priv.sin lucro	( )	( )	( )	69.26
Lugar de atención				
Hosp.,centro con camas	28.96	84.39	28.39	43.74
Unidad,puest.de salud	( )	26.10	51.37	32.04
Consultorio instit.	31.61	-	( )	32.96
Cons.Priv.	83.45	70.97	66.03	73.68
Total	60.86	65.11	52.21	60.03

( ) Cifras con muy poca significación estadística
(a) El pago promedio se calculó para las prescripciones que costaron 1 o más colones. El 2.0% de las prescripciones costaron menos de 1 colón

Las razones de no pago directo de las medicinas recibidas en el propio lugar de atención, y aducidas por los consultantes del sector privado, incluyen el financiamiento a través de un seguro privado (sólo el 14% de los casos), y una variedad de explicaciones asociadas con los escasos recursos económicos de los consultantes, y que llevan al proveedor a configurar un servicio gratis o de beneficencia, en los casos restantes (86%) (Tabla 5.50).

En relación con aquellas personas a quienes les fueron prescritas medicinas, pero no las obtuvieron en el lugar de atención, ni las adquirieron en otro sitio, las razones dadas directamente para justificar este comportamiento fueron de tipo económico en un 87% de los casos, y por no considerarlo necesario en el otro 13%, aunque este último motivo podría considerarse también como una razón económica disfrazada (Tablas 5.50 a 5.53).

5.7. PAGO POR EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Una cuarta parte de las consultas médicas requirieron exámenes complementarios de laboratorio, rayos X, etc. La proporción es un poco mayor para las consultas realizadas en los SCAS, como era de esperar, pues es parte de los beneficios brindados por estos sistemas, y para las consultas de los

residentes en las áreas urbanas donde los servicios de salud son más completos. (Tablas 5.54 y 5.55).

El 56% de los exámenes fueron pagados directamente por los consultantes, en su precio total o parcial, pero la proporción mayor correspondió obviamente a los usuarios del subsector privado (78%). El 50% de los usuarios del Ministerio de Salud pagó alguna cantidad. Los beneficiarios de los SCAS como era de esperar, pagaron en menor proporción, así como los residentes en los centros urbanos intermedios. (Tablas 5.54 y 5.55).

El pago promedio por exámenes complementarios, por consulta médica, fue de c 37, con variación de c 47 en el subsector privado con ánimo de lucro a c 22 en el Ministerio de Salud, y de c 49 en el AMSS a c 28 en el Resto Urbano (Tabla 5.Q).

TABLA 5.Q.

VALOR PROMEDIO PAGADO, EN COLONES POR EXAMENES COMPLEMENTARIOS, POR CONSULTA MEDICA (a)

Variables	Promedio Pagado (colones)
Estrato	
AMSS	48.78
R.Urbano	28.04
Rural	31.51
Subsector	
Minsalud	22.10
Otras Inst.Gob.	(8.00)
ISSS	(35.73)
Priv. con lucro	45.76
Priv. sin lucro	(30.98)
Lugar de atención	
Hosp., centro con camas	17.71
Unidad, puest. de salud	26.12
Consultorio instit.	23.32
Cons. Priv.	49.35
Farmacia	(16.00)
Otros	(18.00)
Total	37.47

( ) Cifras con muy poca significación estadística
(a) El pago promedio se calculó para exámenes que costaron 1 o más colones. El 2.5% de los exámenes costaron menos de 1 colón

5.8 TIEMPO DE MOVILIZACION Y ESPERA

En algunos estudios de demanda por servicios de salud, se ha demostrado que tanto el tiempo de traslado al lugar de consulta como el de espera para

recibir atención son determinantes importantes de la demanda y utilización de los servicios de salud[5] . En esta encuesta, la conformación de tres sub-universos de análisis con áreas rurales dispersas y con diferentes niveles de urbanización, dentro de un contexto de limitada superficie y alta densidad de población, han configurado un importante "estudio de caso", con el cual, además de poderse contestar cruciales preguntas de interés nacional relacionadas con la localización de la infraestructura de salud y la eficiencia del proceso de atención, se enriquecerá grandemente el conocimiento general sobre el tema.

A manera de introducción de esta presentación descriptiva de las variables en cuestión, es importante aclarar que, para el 91.2% de las consultas médicas, el traslado al lugar de atención se hizo desde el lugar de residencia, para el 7.4% desde el lugar de trabajo, y para el restante 1.4%, desde otro lugar diferente de los anteriores. Estas proporciones variaron según el subsector, pero especialmente para los servicios de los SCAS, hacia los cuales se movilizó, desde el lugar de trabajo, una mayor proporción de consultantes: 22.7% en el ISSS y 13.9% en Otras del Gobierno. (Tabla 5.56).

Aunque el medio de transporte habitual es el automóvil (66% de los casos), el traslado a pié es una forma importante de movilización (33%), que refleja la relativa accesibilidad física de los servicios. Según subsector, la mayor proporción de consultantes que se movilizaron a pié se observó en Minsalud (38%) y la más baja en el ISSS (13.3%) (Tabla 5.56).

En cuanto al tiempo de traslado al lugar de la consulta fijamos, en gracia de discusión, una línea divisoria en las Tablas 5.R a 5.T, separando las frecuencias para menos y para más de 30 minutos, suponiendo que los sitios de atención adecuadamente accesibles son los que están a menos de 30 minutos del sitio de partida (residencia, lugar de trabajo, etc.). En consecuencia, tenemos que el 37% de las consultas del Ministerio de Salud se hicieron a una distancia (tiempo) aceptable del sitio de partida, un 51% de las privadas también tuvieron esta característica, un 33% de las del ISSS y un 57% de las Otras Instituciones de Salud del Gobierno (CEL, ANTEL, etc.), aunque la frecuencia que sustenta este último valor es pequeña. (Tablas 5.R y 5.56).

---

[5]Ver Bitran (1988) y Dor et al. (1987)

TABLA 5.R.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS CONSULTAS MEDICAS SEGUN TIEMPO DE VIAJE AL LUGAR DE LA CONSULTA, POR SUBSECTOR

Tiempo de viaje (minutos)	Subsector				
	Minsalud	Otras Gob.	ISSS	Privado	Total
	% Acum	% Acum	% Acum	% Acum	% Acum
0- 14	16.9	(30.2)	11.9	29.4	22.0
15- 29	37.2	57.3	32.6	50.7	42.9
30- 44	60.5	71.9	57.7	67.9	63.7
45- 59	63.2	76.1	61.3	71.5	67.1
60-119	84.7	76.1	85.8	84.5	84.6
120-179	95.2	92.1	96.1	94.2	94.9
180 y+	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

( ) Cifras con muy poca significación estadística

En el subsector privado, la situación según estrato residencial presenta una proporción similar de consultas a distancia (tiempo) aceptable en el AMSS (61%) y el Resto Urbano (60%), y sólo un 23% en el estrato Rural (Tabla 5.S). En el Ministerio de Salud, las proporciones son inferiores, 45% en el AMSS, 52% en el Resto Urbano, y sólo 18% en el área Rural. (Tabla 5.T).

TABLA 5.S.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS CONSULTAS MEDICAS DEL SUBSECTOR PRIVADO, SEGUN TIEMPO DE VIAJE AL LUGAR DE LA CONSULTA, POR ESTRATO

Tiempo de viaje (minutos)	Estrato		
	AMSS	Resto Urbano	Rural
	% Acum	% Acum	% Acum
0 - 14	36.9	36.9	(7.9)
15 - 29	61.0	59.8	22.6
30 - 44	81.8	75.6	36.2
45 - 59	86.4	79.6	37.8
60 -119	96.0	89.0	60.7
120 -179	97.9	96.1	85.8
180 y +	100.0	100.0	100.0

( ) Cifras con muy poca significación estadística

Es de anotar que después de 1 hora o más de tiempo de traslado al lugar de consulta, se realizaron el 37% de las consultas de Minsalud, el 39% del ISSS y el 29% de las privadas (Tabla 5.R).

TABLA 5.T.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS CONSULTAS MEDICAS DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGUN TIEMPO DE VIAJE AL LUGAR DE LA CONSULTA, POR ESTRATO

Tiempo de viaje (minutos)	Estrato: AMSS % Acum	Resto Urbano % Acum	Rural % Acum
0 - 14	19.3	28.9	(3.3)
15 - 29	44.9	51.7	18.3
30 - 44	69.2	75.3	40.9
45 - 59	70.6	76.2	46.2
60 -119	91.7	90.0	75.7
120 -179	99.1	95.5	93.0
180 y +	100.1	100.0	100.0

( ) Cifras con muy poca significación estadística

El tiempo de espera dentro del establecimiento de salud muestra una situación más desfavorable que la observada en el tiempo de traslado. Aceptando de nuevo, como base de discusión, la separación antes y después de 30 minutos, sólo el 8.5% de las consultas médicas del Ministerio de Salud, el 18.1% de las del ISSS, y el 37.3% de las privadas, se atendieron con prontitud razonable, pero un elevado 43.2% del conjunto de los subsectores tuvo una demora de más de 2 horas, según lo manifestado por la población entrevistada en la encuesta (Tabla 5.U). La situación por estratos residenciales del Ministerio de Salud y del subsector privado es similar a la descrita para el conjunto del país. (Tablas 5.V y 5.W).

TABLA 5.U.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS CONSULTAS MEDICAS SEGUN TIEMPO DE ESPERA EN EL LUGAR DE LA CONSULTA, POR SUBSECTOR

Tiempo de espera (minutos)	Subsector: Minsalud % Acum	Otras Gob. % Acum	ISSS % Acum	Privado % Acum	Total % Acum
0- 14	5.0	(12.1)	(8.6)	25.9	14.9
15- 29	8.5	(46.5)	18.1	37.3	23.2
30- 44	17.0	70.2	31.3	56.8	37.6
45- 59	17.4	74.6	32.6	57.3	38.2
60-119	32.9	100.0	54.6	77.1	56.8
120-179	55.5		76.8	88.1	73.8
180 y +	100.0		100.0	100.0	100.0

( ) Cifras con muy poca significación estadística

TABLA 5.V.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS CONSULTAS MEDICAS DEL MINISTERIO DE SALUD, SEGUN TIEMPO DE ESPERA EN EL LUGAR DE LA CONSULTA

Tiempo de espera (minutos)	Estrato: AMSS % Acum	Resto Urbano % Acum	Rural % Acum
0 - 14	(3.8)	(6.2)	(4.3)
15 - 29	(7.2)	10.3	7.3
30 - 44	16.7	20.8	13.1
45 - 59	16.7	20.8	14.1
60 -119	37.0	35.6	27.9
120 -179	57.2	55.3	55.0
180 y +	100.0	100.0	100.0

( ) Cifras con muy poca significación estadística

TABLA 5.W.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS CONSULTAS MEDICAS DEL SUBSECTOR PRIVADO, SEGUN TIEMPO DE ESPERA EN LUGAR DE LA CONSULTA

Tiempo de viaje (minutos)	Estrato		
	AMSS	Resto Urbano	Rural
	% Acum	% Acum	% Acum
0 - 14	28.1	24.7	24.0
15 - 29	38.7	39.9	32.0
30 - 44	56.0	60.1	53.8
45 - 59	56.0	61.5	53.8
60 -119	77.2	79.2	74.3
120 -179	89.1	92.0	81.5
180 y +	100.0	100.0	100.0

( ) Cifras con muy poca significación estadística

La mayor oportunidad en la atención del subsector privado con respecto al Ministerio de Salud se confirmó en cada uno de los estratos, pues mientras en Minsalud más del 90% de las consultas tuvieron una espera de 30 o más minutos, en los establecimientos privados tal espera sólo afectó entre el 40% y el 46% de las consultas. (Tablas 5.V y 5.W).

6. ATENCION HOSPITALARIA

La encuesta exploró las hospitalizaciones de la población en un período de aproximadamente un año. Se identificaron primero los hospitalizados y las hospitalizaciones que tuvieron lugar entre el 1o. de enero de 1988 y la fecha de su entrevista en la encuesta (algún momento entre el 9 de enero y el 6 de mayo de 1989). En seguida, entre quienes no tuvieron hospitalización en el período anterior, se identificaron los hospitalizados y su número de hospitalizaciones en 1987 (1o. de enero y 31 de diciembre). En un paso posterior, se registraron las características de las hospitalizaciones tenidas en uno u otro período.

Las dos fases sucesivas de indagación de este evento se justificaron en función de la veracidad de los datos y la frecuencia de eventos, pues este par de factores están asociados con la amplitud del período de referencia: mientras más corto el período más veraz la información sobre el número de hospitalizaciones y las características de las mismas, y mientras más largo, más grande el número de hospitalizaciones captadas y, por lo tanto, más amplias las posibilidades de desagregación de los resultados y de profundización del análisis, pero menos exacta la información de detalles sobre ciertas características.

Por las razones citadas, los indicadores de utilización, cobertura y concentración, se calcularon solamente con los datos del último año, cuya validez se ha comprobado, al menos en parte (por falta de otra evidencia), al ser relativamente similares a las estimaciones globales de la encuesta para el Ministerio de Salud, con las de los registros globales de esta institución.[1] La mayor parte de los resultados de este capítulo, desagregados por subsector y estrato, se han generado a partir de la suma de los eventos de ambos períodos, en los cuales la estructura de los eventos también es parecida (Tabla 6.1), aunque su significado es para un espacio de 12 meses aproximadamente, pues no hay duplicación de hospitalizados entre uno y otro período.

6.1 UTILIZACION, COBERTURA Y CONCENTRACION

Un total de 207,000 encuestados manifestaron haber tenido en el transcurso de 1989 aproximadamente 224,000 hospitalizaciones, lo cual significa, por un lado que el 5% de la población Salvadoreña investigada se hospitalizó por lo menos una vez en el año, y por otro, que el promedio de hospitalizaciones por hospitalizado es de 1.08, cifras éstas muy similares a las estimadas en encuestas nacionales de otros países Latinoamericanos.[2] Estas tasas de cobertura y concentración de este servicio de salud, (que están correlacionadas entre sí, al igual que en la atención ambulatoria), son más altas en las mujeres, en los grupos mayores de 15 años, especialmente entre

---

[1] Ver Ministerio de Salud Pública de El Salvador (1988).

[2] Ver Gómez (1988) y Pabon (1984).

altas en las mujeres, en los grupos mayores de 15 años, especialmente entre los 15 y 44 años, en el Area Metropolitana de San Salvador (AMSS), entre quienes tienen mayor educación y en los beneficiarios de algún sistema cerrado de atención en salud (SCAS). (Tablas 6.A y 6.2).

TABLA 6.A.

COBERTURA Y CONCENTRACION DE LA ATENCION HOSPITALARIA EN 12 MESES, POR ESTRATO Y AFILIACION A SCAS

Estrato y Afiliación	Cobertura % de población hospitalizada al menos 1 vez en el año	Concentración Promedio de hospitalizaciones por persona hospitalizada en el año
Estrato		
AMSS	5.51	1.11
Resto Urbano	5.02	1.11
Rural	4.52	1.03
Afiliación a SCAS		
Beneficiario	7.35	1.14
No Beneficiario	4.67	1.07
Total	4.95	1.08

Los diferenciales observados en los indicadores reflejan fenómenos y situaciones consistentes entre sí: el peso de las hospitalizaciones por embarazo y parto normal en las mujeres en edad fértil; la mayor severidad e importancia asignada a los problemas de los mayores de 45 años; el definitivo mayor acceso al recurso de hospitalización de los residentes en las áreas urbanas, y de los beneficiarios de los SCAS, que a la vez, son urbanos y de mayores recursos personales.

6.2 SUBSECTOR

La provisión de servicios hospitalarios tiene una composición sectorial exactamente opuesta a la que se observó en la atención ambulatoria. Mientras se constató que una parte importante de la población, incluso de bajo nivel de ingreso, acudió al sector privado para obtener atención ambulatoria (45%) una muy pequeña proporción de la población buscó atención hospitalaria en el sector privado (9.4%). Esta situación se observa en todos los niveles de ingreso y al respecto es interesante hacer notar que 68% de las hospitalizaciones entregadas al grupo de población de más alto ingreso[3] tuvieron lugar en hospitales del Ministerio de Salud (Tabla 6.8). Mientras el gasto público en atención ambulatoria se encuentra muy focalizado hacia los

[3]Este grupo con un ingreso per capita $\geq$ c 400 incluye al 14.7% de la población.

grupos de menor ingreso, en atención cerrada se observa una alta filtración hacia el grupo de población con mayor capacidad de pago. Si bien no se analiza aquí en detalle las razones de estos patrones de comportamiento tan diferentes, es evidente que el alto subsidio con que el sector público entrega la atención hospitalaria explica en gran parte su alta participación (75.5%) (Tabla 6.B). Como se muestra en la sección 6.6 el precio promedio pagado en el sector privado fue equivalente a 16 veces el que se pagó en Minsalud.

TABLA 6.B.

DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS MEDICAS EXTERNAS
Y HOSPITALIZACIONES POR SUBSECTOR

Actividad	Subsector				
	Minsalud	Otras Gob. y F.A.	ISSS	Privado	Total
Consultas Médicas	39.8	2.3	12.7	45.2	100.0
Hospitalizaciones	75.5	2.5	12.6	9.4	100.0

El fenómeno anterior se agudiza según el estrato de residencia, pues la proporción de hospitalizaciones del Ministerio de Salud aumenta radicalmente de 54.0% en el AMSS a 77.1% en el Resto Urbano y al 92.4% en el estrato Rural, mientras disminuyen notablemente las de los demás subsectores (Tabla 6.C). El patrón descrito se repite rutinariamente en todos los subgrupos demográficos y socio-económicos (Tablas 6.5 a 6.10). La Tabla 6.D muestra específicamente la evolución del indicador según ingreso per capita mensual en la vivienda.

TABLA 6.C.

DISTRIBUCION DE LAS HOSPITALIZACIONES POR SUBSECTOR SEGUN ESTRATO

Estrato	Subsector				Total	
	Minsalud	Otras Gob. y F.A.	ISSS	Privado	%	No.(a)
AMSS	54.0	4.8	22.8	18.4	100.0	98,451
R.Urbano	77.1	2.5	12.4	8.0	100.0	140,168
Rural	92.4	0.4	3.9	3.3	100.0	112,242
Total	75.5	2.5	12.6	9.4	100.0	350,861

(a) Excluye no información de subsector

TABLA 6.D.

DISTRIBUCION DE LAS HOSPITALIZACIONES POR SUBSECTOR, SEGUN ESTRATO E INGRESO PER CAPITA MENSUAL EN LA VIVIENDA

Estrato e Ingreso per capita (Colones)	Subsector				Total	
	Minsalud	Otras Gob. y F.A.	ISSS	Privado	%	No.(a)
AMSS						
< 201	63.3	5.4	18.5	12.8	100.0	32,983
201 - 400	57.2	(5.8)	22.7	14.2	100.0	17,133
401 o +	40.5	6.2	26.8	26.4	100.0	23,134
R.Urbano						
< 201	79.2	2.4	13.4	4.9	100.0	58,462
201 - 400	67.2	5.7	14.5	12.6	100.0	21,467
401 o +	68.7	2.9	14.7	13.7	100.0	18,783
Rural						
< 201	90.6	-	5.9	3.5	100.0	60,246
201 - 400	95.3	-	-	4.7	100.0	5,575
401 o +	(85.9)	-	(8.0)	(6.1)	100.0	4,267

( ) Cifras con muy poca significación estadística
(a) Excluye no información de subsector e ingreso per capita

Desde otro punto de vista, el del perfil de los hospitalizados, se destacan los siguientes hallazgos: mayor proporción de mujeres que de hombres hospitalizados (26.3% de las hospitalizaciones a nivel país de deben a atención de partos), excepto en otras instituciones del gobierno, en las cuales se invierte la proporción; sin embargo, en la zona Rural, donde las cifras son menos significativas, proporción ligeramente mayor de hombres atendidos en el ISSS. En todos los subsectores, mayor proporción de hospitalizados adultos, aunque en el ISSS la proporción de menores de 15 años atendidos es realmente muy baja (menos del 4%), debido a que sólo los hijos de afiliados menores de 3 meses de edad, son beneficiarios del servicio de salud. (Tablas 6.11 a 6.14).

Según estrato residencial, los hospitalizados del Ministerio de Salud residen en mínima proporción en el AMSS (20%). En el área Rural, en cambio, Minsalud tiene claramente la mayor responsabilidad (39%) y casi no hay usuarios de los demás subsectores (menos del 12%). (Tabla 6.11).

La distribución de las hospitalizaciones según afiliación a algún SCAS y subsector revela una situación, en alguna forma similar a la descrita para la Atención Médica Ambulatoria. De los afiliados al ISSS, o dependientes de éstos, que se hospitalizaron en 1987 o 1988, un 26% lo hizo en los hospitales del Ministerio de Salud, probablemente, la mayor parte, por restricción en los riesgos cubiertos por el ISSS, pero un 12% lo hizo en el subsector privado, quizás en parte, para buscar una atención más satisfactoria. De la mínima cantidad de beneficiarios de seguros privados que tuvieron atención hospitalaria, y que cayeron en la muestra, solamente un 29% utilizó

establecimientos privados, en tanto que un alto 50% recibió atención en hospitales del Ministerio de Salud, y un 21% en establecimientos del ISSS. Las razones no son claras, excepto la restricción de riesgos cubiertos y el alto subsidio con que Minsalud entrega sus servicios. De los beneficiarios de otras Instituciones del Gobierno, sólo un 41% de los hospitalizados lo hizo en los establecimientos de las mismas, y proporciones similares lo hicieron en Minsalud y el subsector Privado, por razones que también deben explorarse posteriormente. De los no beneficiarios de SCAS alguno, el 85%, como era de esperar, se hospitalizó en el Ministerio de Salud. (Tabla 6.E).

Entre los hospitalizados en los establecimientos de Minsalud y en los del subsector privado, las mayores proporciones (94% y 70%), son de no beneficiarios de algún SCAS. Sin embargo de los usuarios del ISSS y otras instituciones del gobierno, una muy alta proporción (alrededor del 40%) corresponde a no beneficiarios, lo cual revela probablemente una aplicación flexible de las reglas de exclusividad. (Tabla 6.E).

TABLA 6.E.

DISTRIBUCION DE LAS HOSPITALIZACIONES SEGUN SUBSECTOR Y AFILIACION A SCAS

Afiliación a SCAS	Subsector				
	Minsalud	Otras Gob. y FA	ISSS	Privado	Total
Afil o Dep ISSS	25.5	0.7	61.9	11.9	100.0
Afil o Dep Seg Priv	50.2	-	20.8	29.0	100.0
Benef.Otras Gob.y FA	27.3	41.1	2.5	29.1	100.0
No Beneficiario	85.0	1.2	5.9	7.9	100.0
Total	75.5	2.5	12.6	9.4	100.0
Afil o Dep ISSS	4.0	3.5	57.7	14.9	12.3
Afil o Dep Seg Priv	1.0	-	2.5	4.7	1.5
Benef.Otras Gob.y FA	1.2	56.4	0.7	10.5	3.6
No Beneficiario	93.8	40.1	39.1	69.9	82.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

6.3 MOTIVO DE HOSPITALIZACION

Enfermedad fue el principal motivo de hospitalización en El Salvador en 1987 o 1988, con el 50% de las hospitalizaciones; en segundo lugar estuvo el parto normal con el 26%; los accidentes ocasionaron el 15%, y otras razones (supuestamente preventivas) el 9%. En conjunto, las razones curativas motivaron el 65% de las internaciones. Esta estructura global de las causas de hospitalización presenta cierta similitud con la estimada en las encuestas

por muestreo del Estudio de Salud de Colombia[4] y del Estudio de Demanda de Sto. Domingo, República Dominicana,[5] con similares instrumentos de medición. (Tabla 6.F).

TABLA 6.F.

MOTIVOS DE HOSPITALIZACION SEGUN ENCUESTAS DE EL SALVADOR, COLOMBIA Y STO. DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA

Motivos	El Salvador (1989)	Colombia (1977-80)	Sto. Domingo Rep. Dominicana (1987)
Enfermedad	50.1	52.9	51.2
Parto Normal	26.3	33.0	32.0
Accidentes	14.7	9.0	10.1
Otros	8.9	5.1	6.7
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Pabon (1983) y Gómez (1988)

El desglose de las enfermedades causantes de hospitalización (Tabla 6.G), señala que casi las dos terceras partes de las hospitalizaciones fueron generadas por enfermedades del aparato digestivo (24.0%), del aparato respiratorio (14.9%), del aparato genitourinario (12.2%), y del sistema nervioso (11.2%). Con leves variaciones de orden, las causas citadas son las mismas identificadas en los primeros lugares de la atención ambulatoria general. (Tabla 4.F).

[4] Ver Pabon (1983)

[5] Ver Gómez (1988)

TABLA 6.G.

ENFERMEDADES CAUSANTES DE HOSPITALIZACION
(Desglose del motivo "enfermedad")

Grupos	%
Aparato Digestivo	24.0
Aparato Respiratorio	14.9
Aparato Genitourinario	12.2
Sistema Nervioso	11.2
Infecciosas y Parasitarias	8.0
Aparato Circulatorio	5.7
Piel, Tejido Celular Subcutáneo	4.2
Tumores	4.1
Glándulas Endocrinas	3.7
Del Embarazo y Parto	3.6
Aparato Osteomuscular	3.6
Otras Enfermedades	4.8
Total %	100.0
No.	171,091

La importancia relativa de los motivos de hospitalización varía un tanto según el subsector. La clara diferencia observada en la proporción de hospitalizaciones por enfermedad entre el subsector Privado (66%) y los demás subsectores (alrededor de 50%), se explica, por la mayor proporción de hospitalizaciones por parto normal en Minsalud (28%) y el ISSS (29%), con respecto a la observada en dicho subsector (16%), y la alta proporción de hospitalizaciones por accidente (22%) en las otras instituciones del gobierno (Tablas 6.H y 6.15).

TABLA 6.H.

DISTRIBUCION DE LAS HOSPITALIZACIONES SEGUN MOTIVO POR SUBSECTOR

Sub-sector	Motivo: Enfermedad	Parto normal	Accidente	Otros	TOTAL
Minsalud	48.6	27.8	16.2	7.4	100.0
Otras Gob y FA	50.9	9.8	22.4	16.9	100.0
ISSS	47.8	29.1	8.8	14.3	100.0
Privado	65.7	15.8	6.8	11.7	100.0
Total	50.1	26.3	14.7	8.9	100.0

Los motivos eminentemente curativos, como son las enfermedades y los accidentes produjeron en conjunto las dos terceras partes de las

hospitalizaciones. La alta proporción de este tipo de hospitalizaciones se mantuvo en todos los estratos. Como casos especiales merecen señalarse la dedicación prácticamente exclusiva de las otras instituciones de salud del gobierno a la atención de enfermedades y accidentes en el Resto Urbano y el Area Rural, y en estos mismos estratos, la reducción de la proporción de hospitalización por parto en el Ministerio de Salud con respecto a lo observado en el AMSS (36%). (Tablas 6.I y 6.16 a 6.18).

TABLA 6.I.

DISTRIBUCION DE LAS HOSPITALIZACIONES SEGUN MOTIVO Y SUBSECTORPOR ESTRATO

Estrato y Subsector	Motivo: Enfermedad y Accidente	Parto Normal	Otros	Total
AMSS				
Minsalud	52.9	35.8	11.3	100.0
Otras Gob y FA	62.7	18.1	19.2	100.0
ISSS	57.3	28.4	14.3	100.0
Privado	74.4	16.2	9.4	100.0
Total	56.7	29.4	11.9	100.0
Resto Urbano				
Minsalud	69.7	25.8	4.4	100.0
Otras Gob y FA	84.0	-	16.0	100.0
ISSS	55.5	32.3	12.2	100.0
Privado	72.0	11.1	16.9	100.0
Total	68.7	24.4	6.9	100.0
Rural				
Minsalud	65.6	25.9	8.5	100.0
Otras Gob y FA	(100.0)	-	-	100.0
ISSS	(58.1)	(20.2)	(21.7)	100.0
Privado	64.9	28.1	7.0	100.0
Total	65.7	25.8	8.5	100.0
Total País				
Minsalud	64.8	27.8	7.4	100.0
Otras Gob y FA	73.3	9.8	16.9	100.0
ISSS	56.7	29.1	14.2	100.0
Privado	72.5	15.8	11.7	100.0
Total	64.8	26.3	8.9	100.0

( ) Cifras con muy baja significación estadística

Algún tipo de cirugía fue practicada en el 31% de las hospitalizaciones ocurridas en un año, pero este tipo de tratamiento fue particularmente aplicado en los establecimientos privados (42%) y en los de Otras Instituciones del Gobierno (45%). En general, las cirugías fueron un poco más frecuentes en los hospitalizados residentes en el AMSS, en las mujeres y en los adultos (Tablas 6.15 a 6.19).

6.4 PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA

El promedio de días (noches) de estancia de los hospitalizados en El Salvador, según las declaraciones de la población encuestada, fue de 6.0. El promedio fue mucho más alto en las Otras Instituciones del Gobierno (11.4 días), intermedio en Minsalud y el ISSS (6.3 y 5.3 días), y más bajo en el subsector privado (3.5 días), pero no tuvo un comportamiento uniforme según estrato residencial, pues disminuyó con el aumento de la urbanización en Minsalud y en Otras Instituciones del Gobierno, y varió irregularmente en los otros subsectores. La estancia hospitalaria estuvo claramente asociada con el motivo de la hospitalización, siendo mucho más alta en las internaciones curativas, es decir, por enfermedad (7.1 días) y accidente (7.9 días), que por parto normal (3.1 días) y otras razones supuestamente preventivas (6.0 días); estos promedios del conjunto, se confirmaron en Minsalud y el ISSS, pues en los establecimientos privados la estancia fue más baja en todos los motivos de hospitalización (Tabla 6.J). La realización de intervenciones quirúrgicas durante la hospitalización extendió notoriamente el tiempo de permanencia en las camas del Ministerio de Salud (en 3.3 días) y en las de Otras Instituciones del Gobierno (en 5.9 días), y un poco en las del ISSS (en 1 día) (Tabla 6.J).

TABLA 6.J.

PROMEDIO DE DIAS (NOCHES) DE ESTANCIA POR HOSPITALIZACION POR SUBSECTOR

Variables	Subsector				
	Minsalud	Otras Gob. y F.A.	ISSS	Privado	Total
Estrato					
AMSS	5.8	11.4	5.7	3.6	5.5
Resto Urbano	6.2	( )	4.7	3.1	5.8
Rural	6.7	( )	6.1	( )	6.8
Motivo de Hospitalización					
Enfermedad	7.7	7.5	6.7	3.9	7.1
Accidente	7.8	( )	6.0	2.5	7.9
Parto Normal	3.0	( )	2.9	1.9	3.1
Otra Razón	7.1	( )	5.3	3.8	6.0
Cirugía					
Sí	8.6	14.6	6.0	3.2	7.9
No	5.3	8.7	5.0	3.6	5.1
Total	6.3	11.4	5.3	3.5	6.0

( ) Cifras con muy baja significación estadística

6.5 UBICACION DEL LUGAR DE HOSPITALIZACION

La localización de los establecimientos hospitalarios con respecto al lugar de residencia de los hospitalizados, es más distante que lo observado en los establecimientos de la atención ambulatoria, por la obvia razón de que su número es más reducido. Esta característica da lugar a que sólo el 9.8% de los hospitalizados en 12 meses lo hayan sido en establecimientos ubicados en su mismo sector de residencia. En hospitales de otro sector de la misma zona (en San Salvador), o del mismo municipio, se internaron el 26.5% de los hospitalizados, y de otra zona de la misma ciudad (San Salvador), o de otro municipio en el mismo departamento, el 42.2%. Igualmente, concurrieron a establecimientos de San Salvador, desde otros departamentos, el 10.7% de los hospitalizados (la mayoría de movilizaciones hacia San Salvador quedaron en el grupo "otro municipio mismo departamento"), y a hospitales de otro sitio del país, el 10.8%. Lo anterior quiere decir, que concurrieron a establecimientos muy cerca de su casa un 36.3% del total de internados (alternativa "a"), o un 47%, si se incluyen en San Salvador los visitantes de establecimientos de otra zona de la ciudad diferente de la de residencia (alternativa "b"). Como sucedió con la Atención Médica Ambulatoria, la población residente en los centros urbanos intermedios (Resto Urbano) del país, es la que tiene acceso más fácil a los hospitales, habiéndose llevado a cabo un 52.7% de las hospitalizaciones en el mismo sector o en otro sector de la misma zona o municipio de residencia. De nuevo aquí, si se aceptan para esta comparación

los hospitalizados en otra zona de San Salvador, la proporción de acceso fácil en el AMSS sería del 59.3%. En el estrato Rural, sólo el 29.1% de las hospitalizaciones se hicieron en lugar relativamente cercano (Tabla 6.K).

TABLA 6.K.

DISTRIBUCION DE LAS HOSPITALIZACIONES SEGUN UBICACION DEL LUGAR DE HOSPITILIZACION CON RESPETO AL LUGAR DE RESIDENCIA

ESTRATO	Ubicación Lugar de Hospitalización					Total
	Mismo sector (a)	Otro Sector misma zona o Municip.	Otra Zona misma Ciudad, otro Mun, mismo Depto.	En San Salv. (para Resto Urb. y Rural)	Otro sitio del país	
AMSS	2.9	18.5(b)	68.3	-	10.3	100.0
Resto Urb.	20.4	32.3(d)	20.8(c)	16.5	10.0	100.0
Rural	2.7	26.4(d)	45.6(e)	12.9	12.4	100.0
Total	9.8	26.5	42.2	10.7	10.8	100.0

(a) Incluye propia casa y mismo sector
(b) Incluye otro sector misma zona (San Salvador) o mismo municipio
(c) Incluye otra zona misma ciudad (San Salvador) y otro municipio mismo departamento (en AMSS)
(d) Incluye otro sector mismo municipio
\- No aplica

Entre los subsectores, el ISSS es el que ofrece una atención hospitalaria adecuadamente accesible con el 43% de sus hospitalizaciones en la alternativa "a" y 50% en la "b". Los demás subsectores tienen "índices de accesibilidad" relativamente similares (Tabla 6.L).

TABLA 6.L.

PROPORCION DE HOSPITALIZACIONES DE CADA SUBSECTOR, REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS ADECUADAMENTE ACCESIBLES DESDE EL LUGAR DE RESIDENCIA

ESTRATO	Subsector				
	Minsalud	Otras Gob. y F.A.	ISSS	Privado	Total
AMSS (a)	16.8	(32.3)	26.6	25.4	21.4
(b)	63.4	(61.3)	52.4	55.5	59.3
Resto Urb.	60.3	(34.3)	58.2	43.5	52.7
Rural	28.0	-	(73.2)	(8.8)	29.1
Total a)	36.2	31.4	42.8	29.3	36.3
b)	45.6	47.2	56.0	46.3	47.0

( ) cifras con muy poca significación estadística

Adecuadamente accesible
Para AMSS (a): mismo sector, otro sector misma zona o mismo municipio
(b): lo mismo de (a), adicionado de otra zona misma ciudad
Para Resto Urbano y Rural: mismo sector, otro sector mismo municipio

6.6 PAGO POR LA HOSPITALIZACION

Para el 41% de las hospitalizaciones registradas en esta encuesta, los afectados hicieron algún pago directo. Esta proporción es más baja que la observada en la atención médica ambulatoria (66%). La proporción fue bien alta en el subsector Privado (84.2%), similar al promedio general en Minsalud (41%), y muy reducida en los servicios de los SCAS, por razones obvias. Los no beneficiarios de los SCAS presentaron una tasa de pago (45%) parecida a la del conjunto de los hospitalizados. Los residentes en el Resto Urbano mostraron una tasa ligeramente inferior (35%) y los del AMSS un poco mayor (48%). Dentro de los hospitalizados en el subsector privado que no pagaron, sólo una pequeña proporción adujo como razón de no pago el Seguro Privado (8%); el resto mencionó simplemente motivos de caridad o beneficencia (Tablas 6.M y 6.20 a 6.22).

TABLA 6.M.

PAGO DIRECTO (TOTAL O PARCIAL) POR LA HOSPITALIZACION POR SUBSECTOR, ESTRATO Y AFILIACION A SCAS (PORCENTAJES)

Variables	Algún pago directo Si	No
Subsector		
Minsalud	41.4	58.6
OtrasGob y F.A.	7.4	92.6
ISSS	10.5	89.5
Privado	84.2	15.8
Estrato		
AMSS	48.3	51.7
Resto Urbano	34.6	65.4
Rural	42.4	57.6
Afiliación a SCAS		
Beneficiario	23.5	76.5
No beneficiario	44.7	55.3
Total	41.0	59.0

La cantidad promedio pagada directamente por la hospitalización fue de c 563. En los establecimientos Privados el promedio fue de c 2,330 y en los de Minsalud de c 146. Los pagos fueron mucho más altos por motivos eminentemente curativos, c 2,788 en el subsector Privado y c 191 en Minsalud, y especialmente cuando se efectuó alguna cirugía, c 3,217 y c 374 respectivamente. De los precios pagados en el subsector Privado, los más altos se registraron en el AMSS (c 2,993), y de los pagados en el Minsalud, los observados en el Resto Urbano (c 301). (Tabla 6.N).

TABLA 6.N.

CANTIDAD PROMEDIO PAGADA DIRECTAMENTE POR LA HOSPITALIZACION, POR SUBSECTOR (en Colones)

Variables	Subsector		
	Minsalud	Privado	Total
	c	c	c
Estrato			
AMSS	86	2,993	991
Resto Urbano	301	1,478	534
Rural	59	( )	214
Motivo de hospitalización			
Enfermedad	220	2,968	865
Accidentes	89	1,132	196
Subtotal curativo	191	2,788	734
Parto Normal	43	1,344	201
Otros	284	1,298	621
Cirugía			
Si	374	3,217	1,095
No	41	1,560	280
Total	146	2,330	563

( ) cifras con muy poca significación estadística. Por esta razón no se presenta el ISSS y Otras Instituciones del Gobierno

6.7 TIEMPO DE MOVILIZACION Y ESPERA

El automóvil es el medio corriente de movilización hacia el lugar de la hospitalización, pues fue utilizado por el 83% de los hospitalizados. Sin embargo, en contraste con la Atención Médica Ambulatoria (33%), sólo una pequeña proporción se trasladó a pié (11%) reflejándose en este caso la mayor severidad de los problemas, y la mayor distancia entre el lugar de residencia y el lugar de atención, ya introducida al describir la ubicación de los establecimientos. (Tablas 6.23 a 6.25).

En cuanto al tiempo de viaje propiamente tal, al 11% de los hospitalizados les tomó menos de 15 minutos, al 27% menos de 30 minutos, al 52% menos de una hora y al 10%, 3 o más horas. Si fijamos la misma línea divisoria que se estableció para la atención médica ambulatoria, entre los que gastan menos y más de 30 minutos, para separar los sitios adecuadamente accesibles de los menos accesibles, encontramos que sólo el 23% de las hospitalizaciones del Ministerio de Salud se hicieron en un lugar convenientemente accesible; el ISSS presentó una proporción más alta (34%) y el subsector Privado, una aún mayor (44%). (Tablas 6.0 y 6.23 a 6.25).

TABLA 6.O.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS HOSPITALIZACIONES SEGUN TIEMPO DE VIAJE AL LUGAR DE ATENCION, POR SUBSECTOR

Tiempo de viaje (minutos)	Subsector: Minsalud % Acum.	OtrasGob. y F.A. % Acum.	ISSS % Acum.	Privado % Acum.	Total % Acum.
0 - 14	9.6	(26.5)	12.6	19.7	11.3
15 - 29	22.8	(43.6)	33.7	43.5	26.6
30 - 44	44.9	68.2	56.8	65.6	48.9
45 - 59	47.8	68.2	60.2	70.3	52.0
60 -119	71.1	68.2	85.7	88.4	74.5
120 -179	88.1	96.9	95.0	95.5	89.9
180 o +	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

( ) cifras con muy poca significación estadística

La accesibilidad de los establecimientos del Ministerio de salud aumenta con la urbanización. De sólo 11% de hospitalizaciones en sitios convenientemente accesibles en el área Rural, se pasa a 29% en el Resto Urbano y a 32% en el AMSS. La accesibilidad de las clínicas privadas se mantiene en el mismo nivel en el AMSS y en el resto Urbano (49 y 44%). (Tablas 6.P y 6.Q).

TABLA 6.P.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS HOSPITALIZACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD SEGUN TIEMPO DE VIAJE AL LUGAR DE ATENCION, POR ESTRATO

Tiempo de viaje (minutos)	Ministerio de salud: AMSS % Acum	Resto Urbano % Acum	Rural % Acum
0 - 14	(6.2)	16.3	(4.2)
15 - 29	32.0	29.4	11.4
30 - 44	60.5	54.9	27.2
45 - 59	63.1	57.6	30.4
60 -119	89.2	77.6	55.9
120 -179	96.3	90.3	82.0
180 o +	100.0	100.0	100.0

( ) cifras con muy poca significación estadística

El tiempo de espera por cama hospitalaria, resultó, en cambio, más favorable de lo supuesto, pues el 79.6% de las hospitalizaciones se cumplieron, según lo manifestado por los encuestados, menos de 3 horas despué de que fueron ordenadas por algún médico. Esta cifra, que despierta alguna sospecha sobre su validez, coincide en cambio con la proporción de pacientes que se internaron por "urgencias" (80.5%), la cual es desusadamente alta en términos de las normas habituales de admisión por este servicio, que la restringen sólo para casos de mucha gravedad, por las implicaciones administrativas. La tasa de ingreso por urgencias es más alta en el Ministerio de Salud (85%), e inferior del 73% en los otros subsectores (Tabl 6.R y 6.23). Es interesante notar también que el ingreso via sala de emergencia es proporcionalmente mas alto entre pacientes no beneficiarios de SCAS que entre aquellos que son beneficiarios. (Tabla 6.25).

La mayor tasa de hospitalizados a dos horas o menos de su ordenamiento, en el Ministerio de Salud y en el subsector Privado, se observó en el estrat Resto Urbano (Tablas 6.S y 6.T).

TABLA 6.Q.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS HOSPITALIZACIONES DEL SUBSECTOR PRIVADO SEGUN TIEMPO DE VIAJE AL LUGAR DE ATENCION, POR ESTRATO

Tiempo de viaje (minutos)	Subsector Privado		
	AMSS	Resto Urbano	Rural
	% Acum	% Acum	% Acum
0 - 14	18.6	(22.7)	Cifras no significativas
15 - 29	49.1	43.9	
30 - 44	73.8	69.3	
45 - 59	77.3	75.2	
60 -119	94.1	91.5	
120 -179	95.7	96.3	
180 o +	100.0	100.0	

TABLA 6.R.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS HOSPITALIZACIONES SEGUN TIEMPO DE ESPERA POR CAMA

Tiempo de Espera	Subsector				
	Minsalud	Otras Goh y F.A.	ISSS	Privado	Total
	% Acum	% Acum	% Acum	% Acum	% Acum
Menos 1 hora	52.8	74.1	59.7	82.3	56.9
1-2 horas	77.6	91.4	81.7	90.2	79.6
3-23 horas	97.1	91.4	98.0	96.7	97.0
1 día o más	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

TABLA 6.S.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS HOSPITALIZACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD SEGUN TIEMPO DE ESPERA POR CAMA, POR ESTRATO

Tiempo de Espera	AMSS	Resto Urbano	Rural
	% Acum	% Acum	% Acum
Menos 1 hora	50.3	56.7	49.8
1- 2 horas	72.4	81.6	75.0
3-23 horas	96.1	97.0	97.7
1 día o más	100.0	100.0	100.0

TABLA 6.T.

PORCENTAJE ACUMULADO DE LAS HOSPITALIZACIONES DEL SUBSECTOR PRIVADO SEGUN TIEMPO DE ESPERA POR CAMA, POR ESTRATO

Tiempo de Espera	Subsector Privado		
	AMSS	Resto Urbano	Rural
	% Acum	% Acum	% Acum
Menos 1 hora	76.4	86.0	Cifras no significativas
1- 2 horas	83.9	97.2	
3-23 horas	94.1	100.0	
1 día o más	100.0	100.0	

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Gómez L. C. "Alcance del Estudio sobre Demanda de Servicios de Salud en El Salvador" (Scope of Work). Documento de Trabajo, Stony Brook, febrero de 1987

(2) Russell, S.S. and Zschock, D. Health Care Financing in Latin America and the Caribbean: Research Review and Recomendations. HCF/LAC (SUNY/Stony Brook), Research Report No.1, April 1986

(3) Gómez, L. C. Household Survey of Health Services Consumption in Santo Domingo, Dominican Republic:Methodology and Preliminary Findings, HCF/LAC (SUNY/Stony Brook), Report No. 8, March 1988

(4) Bitran, R. Household Demand for Medical Care in Santo Domingo, Dominican Republic, HCF/LAC (SUNY/Stony Brook), Research Report No. 9, March 1989

(5) Monteith, R., et al. "Trip Report to El Salvador (AID/RSSA)", January 18-29, 1988, Maternal-Child Health / Family Planning Survey. Center for Disease Control, Atlanta. Working document

(6) Asociación Demográfica Salvadoreña e Institute for Resource Development, Westinghouse, "Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 85)", El Salvador, septiembre 1987

(7) Kish, L. Survey Sampling, John Wiley and Sons, New York, 1965

(8) Gómez, L.C., Metodología, Encuesta de Hogares, Estudio sobre Demanda de Servicios de Salud en Santo Domingo, República Dominicana, HCF/LAC (SUNY/ Stony Brook), 1987

(9) Cochran, W.G. Sampling Techniques, Second Edition, John Wiley and Sons Inc., New York, 1964.

(10) Alenz A., et al. "Aspectos Sociodemográficos Relacionados con los Servicios de Salud. Revisión Comparativa 1979-85, Prognosis 1986-89", Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, junio 1986.

(11) Grotaert, Ch. Measuring and Analysing Levels of Living in Developing Countries: An Annotated Questionnaire, The World Bank, Living Standards Measurement Study, Working Paper No. 24, Washington, D.C.,1986.

(12) Pabon, A. Población y Morbilidad General, Estudio Nacional de Salud de Colombia, Minsalud, INS, ASCOFAME, Vol.1, Bogota, diciembre, 1983.

(13) Pabon A., Rodríguez E., Rico J. Demanda y Utilización de Servicios de Salud, Estudio Nacional de Salud de Colombia, Minsalud, INS, ASCOFAME, Bogota, marzo, 1984.

(14) Ministerio de Salud Pública, Unidad de Estadísticas de Salud, "Informe Anual de Actividades de los Establecimientos de Salud", El Salvador, 1988

(15) Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio de Salud, Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA), Resultados Preliminares, Lima, Perú, 1984

(16) Organización Panamericana de la Salud (OPS), Las Condiciones de Salud de las Américas, 1981-1984, Washington, D.C.,1986

(17) Gómez, L.C. Health Status of the Peruvian Population, HSA/Perú, SUNY/ Stony Brook, October 1986

(18) Bitrán, R. Health Care Demand Studies in Developing Countries, A Critical Review and Agenda for Research, Resources for Child Health Project, Washington, February 1, 1988

(19) Mwabu, G.M. A Model Household Choice Among Medical Treatment Alternatives in Rural Kenya, Ph.D. Dissertation, Boston University, 1984

(20) Dor, A., Gertler, P. and Van der Gaag, J. Non Price Rationing and The Choice of Medical Care Providers in Rural Cote d'Ivoire, Journal of Health Economics 6:291-304,1987