



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

---

---



**TRABAJO DE GRADUACION PARA OPTAR LA GRADO DE  
MAESTRO DE SALUD PUBLICA**

**“CONDICIONES DE EQUIDAD EN LA DISPONIBILIDAD Y  
UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN  
EL SALVADOR 2001”**

**Presentado por**

**Licda. Odilia Gicela Cente Matamoros de Guerrero**

Septiembre 2010

# INDICE

	No. Página
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2-4
III. Planteamiento del problema	5-10
IV. Objetivos	10
V. Marco Teórico	11-15
VI. Metodología	16-19
VII. Resultados Análisis	20-27
VIII. Conclusiones y Recomendaciones	28-30
IX. Anexos	31
1. Bibliografía	32
2. Lista de Siglas	33
3. Glosario	34-37
X. Formularios	38

## I. INTRODUCCIÓN

La Equidad en Salud se considera un principio básico para el desarrollo humano y la justicia social, por lo que el logro de mejores niveles de equidad en una sociedad en proceso de reforma sanitaria constituye un reto y un elemento fundamental para su desarrollo y su productividad, de allí la importancia de contar con instrumentos que permitan monitorear y evaluar continuamente los avances y logros de las políticas y programas que los gobiernos ponen en marcha, y así determinar si generan el impacto deseado y benefician a las poblaciones más postergadas y vulnerables como parte del fomento de la equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de salud.

El presente esfuerzo investigativo pretende evidenciar las condiciones que giran alrededor de la equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de Salud en El Salvador, en este sentido realizó un estudio descriptivo de tipo transversal con análisis de encuesta y revisión documental exhaustiva, lo anterior permitió desarrollar los indicadores que sirvieron de base, el análisis de la equidad que pueden compararse permanente y a partir de allí definir un observatorio de la equidad de los servicios de salud en El Salvador.

Para desarrollar el presente estudio se inicio con una fase de documentación bibliográfica que permitió revisar información científica relacionada con la equidad. Se analizaron estudios realizados con este tema, desarrollados en otros países, lo cual facilitó conformar un marco de referencia. Posteriormente se procedió a estudiar cuidadosamente la Encuesta de Hogares de propósitos múltiples (EHPM), su base datos, especialmente el módulo de salud y otros módulos relacionados. Se elaboraron formularios preliminares que permitieron orientar algunos cruces de variables, luego se diseñaron hojas electrónicas para el procesamiento de la información y la construcción de los indicadores en estudio.

Con esto se realizaron las reuniones de análisis respectivo y se procedió a elaborar el informe preliminar, luego con aproximaciones sucesivas se afinó y produjo el informe final, el cual se pone a consideración y disposición de los lectores interesados en el problema de la equidad en salud.

## II. ANTECEDENTES

En los años 1993, 1994, un equipo de consultores internacionales y nacionales, con los auspicios de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organización Panamericana para la Salud (OPS), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), desarrollaron el proyecto Análisis del Sector Salud de El Salvador y elaboraron el estudio. “La Reforma de Salud Hacia su Equidad y Eficiencia”, que contiene un diagnóstico y propuesta para la reforma de la salud en nuestro país. Gran parte de los productos de ese esfuerzo no han sido aprovechados, porque la propuesta no obtuvo respaldo en los niveles técnicos y políticos relacionados con la salud.

En los años 1994 - 1995, por determinación de la Comisión Intersectorial de Salud, conformada por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministro de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social y la Directora General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, se crea el Grupo de Reforma del Sector Salud, integrado por técnicos nacionales representantes de las instituciones mencionadas quienes elaboraron el Documento Guía para la Reforma del Sector Salud en El Salvador.

Esta propuesta solamente llegó a ser un documento de trabajo, pues le faltó un consenso de las instituciones representadas en la Comisión sobre algunos de sus puntos medulares y porque no contó con la decisión política necesaria para abrir este documento a una discusión sectorial, en búsqueda de consenso y viabilidad.

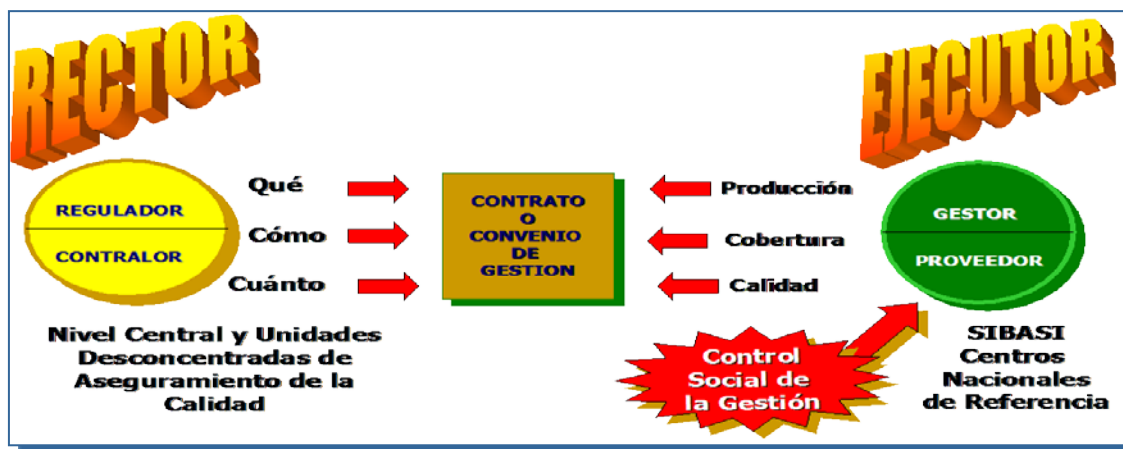
En 1998 el tema de reforma del sector salud surgió nuevamente como un elemento importante de la política social que era necesario definir e impulsar la equidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud consiguió un espacio importante y sostenido en el debate político nacional y dio origen a que luego proliferaron múltiples esfuerzos Institucionales que abordaron en el tema de la problemática de la salud y algunos hasta propusieron soluciones; entre los más significativos se pueden mencionar: los realizados por la Mesa 13 de la Comisión Nacional de Desarrollo, La Comisión Nacional de Salud (CONASA), Sanidad Militar, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad

de El Salvador, Colegio Médico de El Salvador, Sociedad Dental de El Salvador, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sindicato de Trabajadores del Seguro Social y un grupo de ONGs que trabajan en el campo de la salud. Esto demostró el persistente interés en algunas instituciones, por abordar y resolver los problemas de salud que aquejan a la población, pero denotó al mismo tiempo la necesidad de integrar y cohesionar esas inquietudes, al igual que concensuar sus contenidos.

En Agosto de 1999 fue conformado por el decreto Ejecutivo, el Consejo de Reforma del Sector Salud, el que contó con la representación de diferentes entidades del sector salud y de la sociedad salvadoreña; el trabajo de esta comisión culminó con la presentación del documento “ Propuesta Integral de Salud”, la cual aporta nueve lineamientos para desarrollar la reforma integral y aunque no explícita la Equidad en ninguno de ellos, la aborda como el principal reto del Sistema Nacional de Salud y que podría considerarse parte del noveno lineamiento que es: Garantizar Servicios Esenciales de Salud a toda la Población.

Actualmente la **Equidad** en la provisión de los servicios de salud continua siendo uno de los principales problemas del sector salud en El Salvador, por lo que se considera una deuda sanitaria que aun no se ha podido resolver.

Actualmente el Ministerio de Salud esta llevando a cabo una estrategia de desarrollo Institucional o modernización, orientada a la delegación de funciones, en la que el Ministerio traslada a los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), la función de gestionar y proveer los servicios de salud a la población de su responsabilidad, de modo que el nivel central del Ministerio de Salud, se enfoque en su rol rector del Sistema de salud. (Ver esquema tomado del manual Administrativo del SIBASI)



Dentro de este marco el Ministerio de Salud a través de los SIBASI, está desarrollando estrategias como: Escuelas Saludables, Nutriendo con amor y eliminación de cuotas voluntarias en las unidades de salud etc. no obstante se observa que cada vez más personas de mayores recursos económicos e incluso beneficiarios del ISSS, hacen uso de los servicios de salud del MSPAS, quitándole oportunidades a las familias de menores ingresos especialmente a aquellas que proceden de las áreas rurales, las cuales tienen que hacer gastos de su bolsillo para trasladarse a la unidades de salud y esperar por varias horas para ser atendidos debido al incremento de la demanda que están experimentando dichos establecimientos.

Al analizar los esfuerzos anteriores en materia de propuestas de reforma del sector salud en El Salvador se nota que consideran la Equidad en salud como un reto a superar por el sistema de salud salvadoreño, ejemplo de ello es la propuesta presentada por la Comisión Nacional de Salud en Febrero de 1999, la cual lleva lineamientos para garantizar la cobertura de la población al sistema Nacional de Salud y proveer de manera universal un seguro de salud con prestaciones esenciales y con la participación de todos los proveedores del sector. De igual manera se pronuncio a favor de la Equidad en salud la propuesta presentada en el mismo año por el Colegio Médico y así como la de la Comisión Nacional de Desarrollo contemplada en su documento Bases para el Plan de Nación.

Para fines del presente estudio consideraremos la Equidad como el derecho de todos los salvadoreños y salvadoreñas sin distinción de sexo, edad, religión y procedencia, a tener acceso a servicios de salud con calidad y considerando que la equidad en salud adquiere una connotación especial, en el sentido que el estado está obligado a velar y garantizar la salud especialmente de los grupos poblacionales más carenciados. Esta investigación hace énfasis en el análisis de las condiciones de equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de salud, poniendo énfasis es estos grupos.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años el país ha obtenido importantes logros en materia de salud; pero por otra parte, múltiples diagnósticos y estudios a nivel Nacional realizados en años recientes como el informe sobre desarrollo Humano IDH-2001 y la encuesta de salud familiar FESAL-98 ambos estudios revelan la persistencia de condiciones deficientes de salud, especialmente en grupos poblacionales en mayor riesgo y en sectores de población en situación de marginación y de pobreza, así mismo plantean las ineficiencias e inequidades que se producen en el funcionamiento del sistema de servicios de atención a los usuarios, como un efecto de las debilidades internas de las instituciones rectora y proveedoras de salud, en cuanto a su obsolescencia técnica y administrativa y la falta de proyección hacia una verdadera Reforma de salud.

La necesidad de mejorar los niveles de salud de la población demanda de un análisis de la situación y el planteamiento de medidas de ajuste sustanciales en cuanto a los modelos de atención, gestión, provisión y financiamiento, así como en el marco legal del sector y de su estructura orgánica funcional, de modo que garantice el acceso a las familias y comunidades más pobres y vulnerables.

Al observar el contexto internacional en relación a los compromisos y objetivos que en materia de salud le corresponden a El Salvador, estos van desde los establecidos en la Declaración de Alma Ata (1979), carta de Ottawa (1986) hasta la Declaración de México para la Promoción de la Salud (2000); con ello se refleja que El Salvador al igual que los demás países firmantes, tienen entre otros compromisos:

- Mejorar la salud de la población, aumentando los años de vida saludables;
- Enfrentar los desafíos derivados de la pobreza, medio ambiente y vulnerabilidad,
- Proveer servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población.
- Reducir las desigualdades, apoyando a los grupos mas desposeídos entre otros.

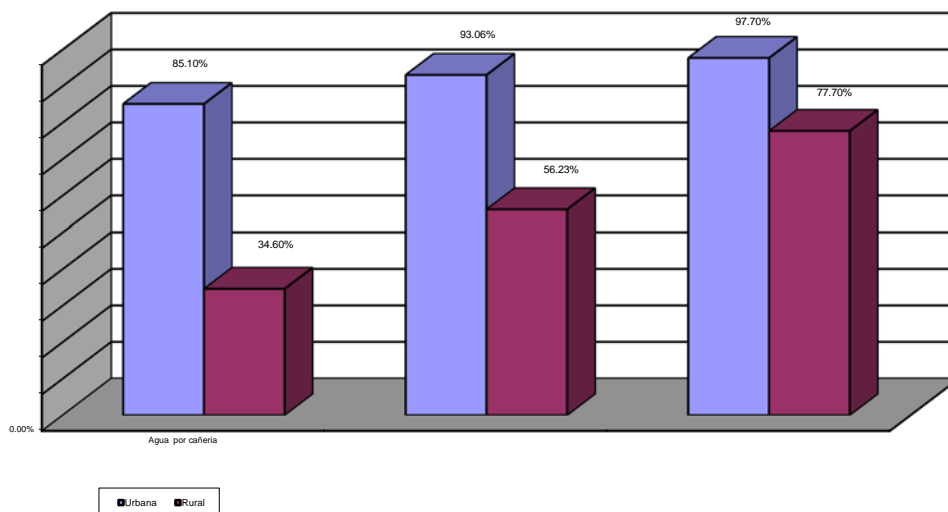


Todo esto no será posible sin contar con los mecanismos que garanticen que los servicios de salud lleguen a los más necesitados, especialmente cuando estamos frente a realidades como la de nuestro país, en la cual la deficiencia del financiamiento del sector salud es uno de los problemas más serios.

El informe sobre Desarrollo Humano realizado en El Salvador por el PNUD para el año 2001, presenta un panorama bastante preocupante, especialmente si se analiza en función de la Equidad, y más aun si se valora que en la medida que la población obtiene mejores condiciones de salud, mejora su aporte al desarrollo económico y social del país y de manera recíproca, la mejoría en las condiciones económicas de la población genera mejor salud y bienestar; de allí la necesidad de evidenciar los comportamientos de las variables de Equidad, de modo que permita generar análisis al respecto; pero especialmente aportar información clave para la toma de decisiones en materia de salud.

Durante los últimos años 10 años han mejorado algunas condiciones de salud; ejemplo de ello fue la erradicación de la Poliomielitis, las coberturas útiles en la vacunación contra las enfermedades inmunoprevenibles entre otras; sin embargo aun hay grupos poblacionales que enfrentan dificultades en el acceso a los servicios de salud de primer nivel y más aun a los servicios de segundo y tercer nivel. Al mismo tiempo un gran porcentaje de la población más pobre no tiene acceso a servicios básicos y fundamentales para la salud como son el agua potable, energía eléctrica y redes sanitarias.

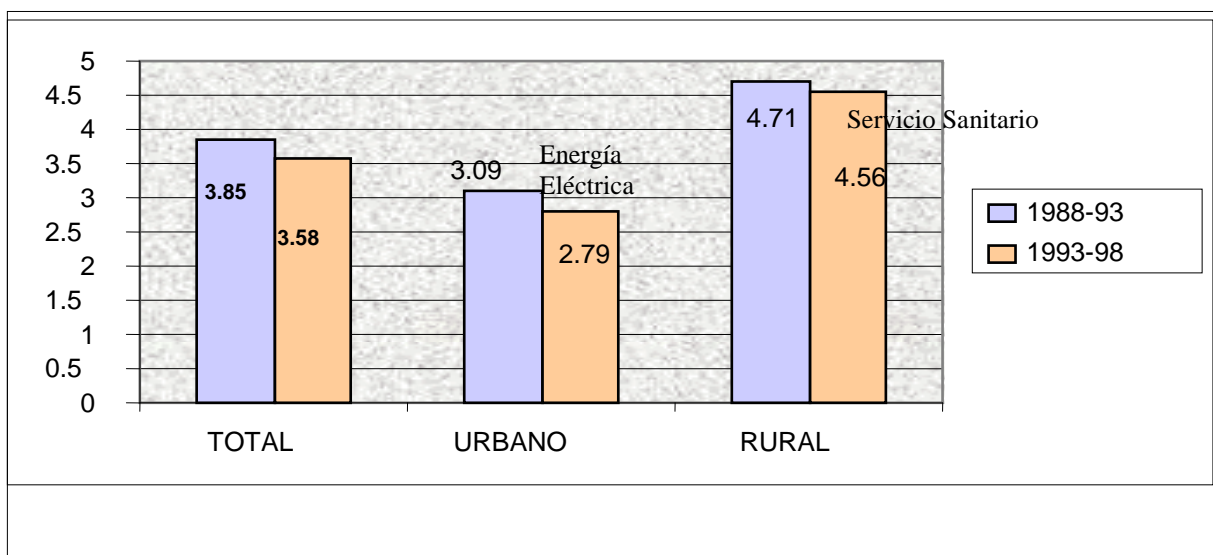
**Gráfica no.1**  
**HOGARES SEGÚN DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BASICOS Y AREA GEOGRAFICA. 1999 (en %)**



Fuente: Encuesta de Hogares de propósitos Múltiples 2000

La gráfica No.1 se obtuvo de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples del año 2000 muestra las diferencias en la disponibilidad de servicios básicos según el área geográfica en poblaciones urbanas y rurales.

**Gráfica No.2**  
**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS MUJERES 1988-93, 1993-98**

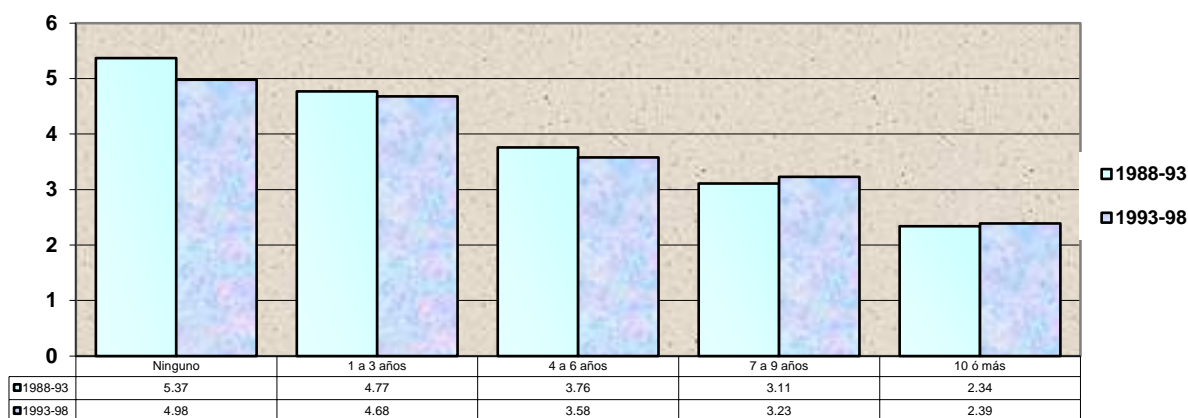


Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 98

En la gráfica No. 2, se observa la tasa de fecundidad en el área urbana y rural; siendo su comportamiento en el área rural mucho mayor, en los periodos estudiados.

**Gráfica No.3**

**TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGÚN NIVEL EDUCATIVO DE LAS MUJERES (1988-93 Y 1993-98).**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 98

La gráfica No.3 muestra la misma variable en relación con el nivel Educativo, indica claramente que a menor nivel educativo, la tasa de fecundidad es mayor.

**Tabla No.1**

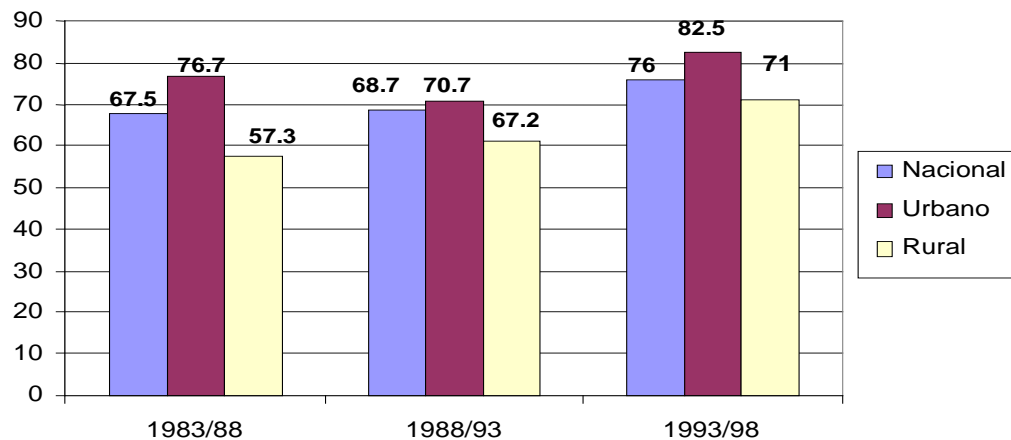
**DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD; SEGÚN CENTRO QUE CONSULTARON Y SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO (1999)**

	Centros del MSPAS	Centros del ISSS	Centros Privados	ONG y otros
TOTAL	62	13	22	3
Pobre	80	5	12	3
Extremo	86	3	10	2
Relativo	77	6	14	3
No Pobre	45	21	31	3

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 1999. DIGESTYC, Ministerio de Economía

La Tabla No.1 presenta comportamientos de los usuarios de acuerdo a su condición económica, con relación a la utilización que hace la población de los servicios de salud; esto se profundizó con las evidencias recogidas en el presente estudio.

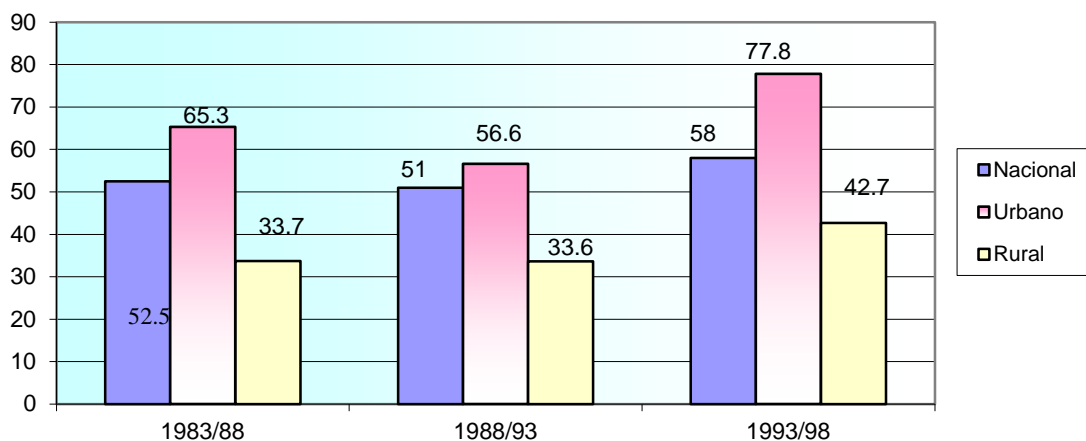
**Gráfica No.4**  
**PORCENTAJE DEL CONTROL PRENATAL EN MUJERES DE 15 – 45 AÑOS**  
**SEGÚN LUGAR DE RESIDENCIA**



Fuente: Sistema integrado de estadísticas de salud del MSPAS

En la gráfica No. 4 puede observarse la utilización de los servicios de salud como es el control prenatal, el cual presenta diferencias con relación a la procedencia de las usuarias y la brecha en cada grupo.

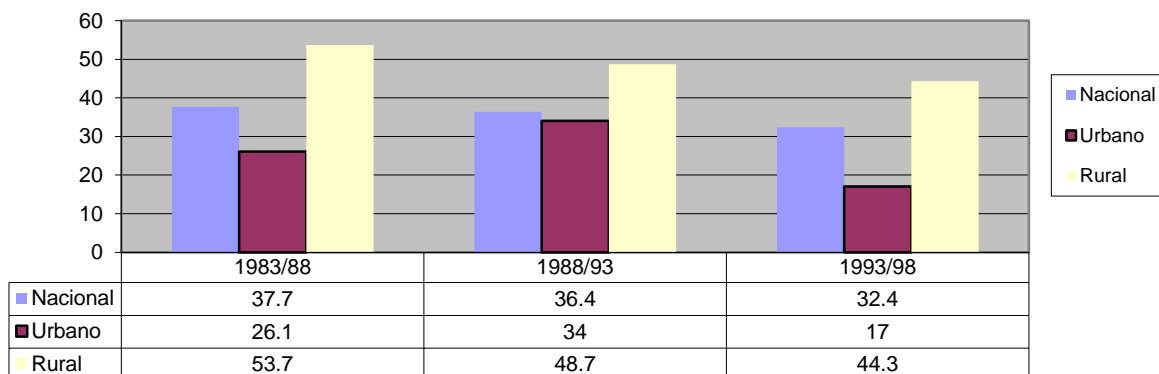
**Gráfica No.5**  
**PORCENTAJE DE ATENCION INTRAHOSPITALARIA DEL PARTO SEGÚN LUGAR DE**  
**RESIDENCIA DE LAS PACIENTES**  
**(en mujeres de 15-49años) (1983-1998)**



Fuente: FESAL-1998

Con relación a la utilización de los servicios de atención de parto en Hospitales, la gráfica No.5, muestra la utilización que hacen las mujeres provenientes del área rural la cual es más baja que la que hacen las mujeres del área urbana.

**Gráfica No.6**  
**PORCENTAJE DE ATENCION DEL PARTO EXTRAHOSPITALARIO, POR PARTERA**  
**(MUJERES DE 15-49 AÑOS) SEGÚN LUGAR DE VIVIENDA**  
**1983-1998**



Fuente: FESAL98

En contraste con la gráfica anterior, la gráfica No. 6, muestra que la atención del parto extra hospitalario es mayor en las áreas rurales.

El estudio profundiza más en el análisis de otras variables, incorporando también el análisis relacionado con el género, nivel de ingreso familiar y otros. Intentando proporcionar bases para sustentar el análisis y la toma de decisiones respecto a la Equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de salud.

En este sentido también se desarrolla un esfuerzo metodológico por recoger indicadores claves, relacionarlos entre sí y mirarlos a la luz de algunas variables de interés que permitan identificar las condiciones de equidad que giran alrededor de la disponibilidad y utilización de los servicios de salud en El Salvador. De modo que este esfuerzo sea una herramienta de política de salud.

## **IV. OBJETIVOS**

### **I. OBJETIVO GENERAL:**

- I.1 Desarrollar una metodología que permita conocer de forma oportuna, veraz y analítica las condiciones de Equidad relacionadas con la disponibilidad y utilización de los servicios de salud en El Salvador, en el período febrero a Diciembre 2001.

### **II. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- II.1 Caracterizar las condiciones de equidad en la disponibilidad de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, en las principales instituciones del sector salud.
- II.2 Caracterizar las condiciones de Equidad en la utilización de los servicios de salud en El Salvador relacionadas con el nivel de ingreso familiar, género y procedencia de las usuarias y usuarios (urbano, rural).
- II.3 Caracterizar las condiciones de Equidad relacionadas con el gasto de bolsillo en salud que las familias realizan; según nivel de ingreso, procedencia Urbana y Rural y Género.

#### **IV. MARCO TEORICO DE REFERENCIA**

Todas las constituciones latinoamericanas proclaman el derecho a la salud para todos los habitantes, por lo que parecería que esta, es una meta fundamental para cualquier sociedad democrática, también se puede considerar que la salud es un pilar fundamental de la productividad, la competitividad y del desarrollo y parece haberse logrado un consenso al respecto, sin embargo existen en América Latina graves problemas de inequidad en salud, ya que si bien han habido avances muy positivos, existen grandes brechas en aspectos básicos para la salud que se manifiestan en tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna, Esperanza de vida, entre los diferentes países y al interior de cada uno de ellos, como lo sostiene en el último informe sobre Desarrollo Humano, El Salvador 2001.

Las diferencias en los indicadores de salud podrían estar relacionadas con la disponibilidad y acceso a los servicios de salud como la cobertura de la seguridad social, que en muchos de los países es baja, de igual manera la cobertura de parto institucional o por personal capacitado; también con factores externos a los sistemas de salud, como la disponibilidad de agua potable, electricidad, Educación y otros factores determinantes para una buena salud, que están fuera del sistema de salud.

La inequidad en el campo de la salud se expresa como una desigualdad en el derecho a la vida, muchas muertes infantiles son evitables a bajo costo y están relacionadas con carencias nutricionales, las que en caso de sobre vivencia dejan secuelas físicas y mentales marcadas. Además, desde el punto de vista ético todo ciudadano merece un mínimo de atención sanitaria y médica al menos en los primeros años de vida, como requisito ineludible de la Equidad que se persigue, sustentada en los diferentes compromisos internacionales suscritos por nuestro país a lo largo de la historia dentro de lo que podemos citar desde 1978 La conferencia de Alma Ata que establece los principios de la Atención Primaria de Salud y declara la meta de Salud para todos en el año 2000, hasta las más recientes como la Declaratoria Mundial de Promoción de la salud celebrada en México en el año 2000, hasta los más recientes como la Declaratoria Mundial de Promoción de la Salud celebrada en México en el año 2000. Es importante valorar que es responsabilidad

del estado procurarlos como parte de sus funciones, por lo que las políticas de combate a la pobreza y desarrollo Social deben abarcar prioritariamente salud, nutrición y saneamiento Básico.

Una serie de estudios recientes de los que fue pionera la Escuela de Salud Pública de Harvard, han agregado otras dimensiones. Han logrado detectar que en la salud pública influye profundamente lo que sucede en un país en materia de Capital Social y Equidad. El grado de Equidad influye sobre él, cuanto más desigual es una sociedad más débil es su capital social. Se erosiona la confianza de unos a otros, crece el individualismo y se debilita la participación en asociaciones. Estos factores inciden fuertemente en el Desarrollo Humano, las sociedades más equitativas y con más capital social conforman un ambiente más saludable.<sup>1</sup>

América Latina es considerada la región con más desigualdades del globo terráqueo, superar las inequidades en salud significará, al mismo tiempo, asegurar a todas las familias cobertura de salud, nutrición, agua segura, instalaciones sanitarias, electricidad, educación y otros factores, así como también se considera que se debe mejorar la Equidad y fortalecer el capital social, si se quiere hacer realidad los mandatos constitucionales, los compromisos Internacionales y construir una sociedad armónica y saludable.<sup>1</sup>

Es de valiosa importancia describir brevemente algunos elementos alrededor de la Equidad; un primer paso para conocer la condición de Equidad lo constituyen las mediciones de indicadores que permitan identificar situaciones como las desigualdades en la esperanza de vida al nacer en una u otra comunidad del país o la diferencia en la mortalidad infantil entre dos comunidades del mismo país. Pero hay otros indicadores, dentro y fuera del ámbito de salud, cuyo conjunto nos permite dimensionar y caracterizar el problema para la búsqueda de soluciones, podemos establecer las relaciones entre el nivel de salud de una comunidad y la educación de las personas que la integran, el medio ambiente en el cual viven, su desarrollo económico u otros, pesquisando las brechas de equidad que allí se producen.

---

<sup>1</sup> (Fuente) 6 tesis no convencionales sobre Participación. Manuscrito (1998), Bernardo Kliksberz



Este producto de factores, condiciones y elementos los llamaremos determinantes de la salud. Pero no basta con identificar esa relación, un segundo paso consiste en dar a conocer esta información a los tomadores de decisiones y a la opinión pública para diseñar políticas públicas que apunten a la reducción de estas brechas, lo cual implicará un espectro amplio en las acciones del gobierno y de la sociedad, tanto en el nivel político, niveles operativos, sistemas de salud, acceso, disponibilidad, mecanismos de financiamiento y otros de acuerdo a lo que los resultados indiquen.

La puesta en marcha de mecanismos de vigilancia y monitoreo de las condiciones de Equidad o Inequidad y la evaluación dinámica de las estrategias de intervención con la participación de la sociedad en general, permitirá conocer el impacto alcanzado y las necesarias adaptaciones. Así, avanzaremos en crear las oportunidades para mejorar la salud de la población y **reducir al mínimo las diferencias injustas, innecesarias y evitables.**

El análisis de la Equidad en la prestación de los servicios de salud, implica revisar al menos tres definiciones de Equidad en la asistencia sanitaria; “Igual tratamiento para igual necesidad”, “Igualdad de acceso e igualdad de salud“<sup>2</sup>

El criterio de Igualdad de tratamiento para igual necesidad significa que las personas con igual necesidad de atención sanitaria reciben el mismo tratamiento independientemente de cualquier característica personal que no tenga que ver con la necesidad entre ellos se pueden mencionar capacidad de pago, sexo, edad, Lugar de residencia y factores de riesgo. El problema con la aplicación de este criterio estriba en la dificultad de la definición de necesidad y tratamiento.

La igualdad de acceso debería interpretarse como la igualación de los costes en que han de incurrir los pacientes para obtener la atención médica con una determinada calidad,<sup>3</sup> según esta definición se considera como costos de acceso: Los precios de los servicios, costos de transporte y costos de tiempo. El criterio de igualdad de Salud resulta aun más

---

<sup>2</sup> (Wagstaff et. 1991) Equidad en Salud.

<sup>3</sup> (Le Grand, 1982)

problemático, debido a la influencia que en salud tienen otros factores como la educación, el ingreso, sobre los cuales no se tiene influencia desde los servicios de salud.

La aplicación de cualquiera de estas definiciones resulta difícil en la práctica, por un lado el acceso al tratamiento es un fenómeno de la oferta, mientras que el tratamiento que finalmente se recibe es un fenómeno de la interacción entre oferta y demanda, esto significa que el tratamiento que el paciente recibe no depende solamente de los costos de acceso, sino también de la percepción de los pacientes sobre los beneficios de la asistencia sanitaria. Por otro lado la salud de las personas no solo depende del acceso a los servicios o al tratamiento, sino que también inciden otros factores determinantes.

El fin último del proceso de desarrollo es mejorar las condiciones de vida o de bienestar las cuales dependen de una gran cantidad de factores. El Bienestar tiene múltiples factores que no son estáticos en el tiempo; el primer problema es como medir el bienestar, significa entonces que necesitamos seleccionar un grupo de indicadores que nos permita captar la evolución de las condiciones de vida de la población y hacer comparaciones entre distintos grupos sociales caracterizados por su nivel de ingreso económico, género, procedencia entre otros.<sup>4</sup>

El grado de Equidad se determina comparando las distribuciones de Enfermedad y Gasto por deciles de ingreso, a través de la curva de concentración de enfermedad y la curva de concentración del gasto respectivamente. Existe una variedad importante de medidas resumen para la magnitud de las desigualdades en salud, un indicador específico es el coeficiente de GINI, que junto con el coeficiente de concentración o distribución han sido tomados del área de economía y aplicados a estudios de desigualdades en salud.

El Coeficiente de Gini se basa en la curva de Lorens, que es una curva de frecuencia acumulada que compara la distribución empírica de una variable con la distribución uniforme de igualdad. Esta distribución uniforme esta representada por una línea diagonal.

---

<sup>4</sup> Fuente: Medición de las condiciones de Vida (2000), Diana Alarcón, INDES ( Instituto Interamericano de Desarrollo Económico y Social )

Cuanto mayor es la distancia, o más propiamente, el área comprendida entre la curva de Lorens y esta diagonal, mayor es la desigualdad. El Coeficiente de Gini representa dos veces el área entre la curva de Lorens y la Diagonal y toma valores entre cero (igualdad) y uno (desigualdad total)

Para fines del presente estudio se ha realizado:

a) Análisis de la oferta tanto de los servicios del Ministerio de Salud como también los del Instituto Salvadoreño del Seguro Social en todo el país, logrando construir el índice de distribución de la Oferta para servicios ambulatorios como también para servicios Hospitalarios, graficándolos en la curva de Lorens y calculando el GINI de la Oferta de servicios Ambulatorios y Hospitalarios.

b) Se han definido y utilizado algunos indicadores de disponibilidad de los servicios de salud tales como: el índice de distribución de la oferta de servicios de salud por institución, Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ambulatorio y hospitalario.

c) Análisis de la utilización y gasto en salud, para lo cual se han construido coeficientes de desigualdad del gasto en salud y de la desigualdad en la utilización de los servicios de salud, entre otros, esto con el propósito de realizar un análisis más profundo de las condiciones de Equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de salud en El Salvador, a partir de variables como la procedencia urbano y rural, género Femenino y masculino y el nivel de ingreso familiar según deciles clasificados por la encuesta de hogares de propósitos múltiples.

Con estos indicadores se pretende dar respuesta a las siguientes interrogantes de investigación:

- ¿Existe equidad en la disponibilidad de los servicios de salud ambulatorios y Hospitalarios en El Salvador?

- ¿Es equitativa la utilización de los servicios de salud, según el nivel de ingreso, género y la procedencia (urbana y rural) de las usuarias y usuarios, en todo el país?
- ¿La utilización de los servicios de salud es equitativa en cada uno de los subsectores del sistema de salud?
- ¿Es equitativo el gasto en salud que realizan las familias con relación al nivel de ingreso, procedencia Urbana y Rural?

Se pretende que los indicadores construidos respondan estas interrogantes, sean un motivo de reflexión y crítica, pero sobre todo que impulsen a la toma de decisiones.

## I. METODOLOGÍA

El presente es un **estudio descriptivo**, dado que no se pretende establecer una relación causa efecto, sino, más bien obtener información de las variables en estudio en un periodo determinado y se pueda caracterizar el comportamiento de las variables seleccionadas relacionadas con la disponibilidad y utilización de los servicios de salud, es decir que en este caso se esta identificando y definiendo si existe problema de equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de salud del MSPAS E ISSS en El Salvador.

Por su orientación en el tiempo es **Transversal**, dado que se realizo en el periodo comprendido del 1 de febrero al 31 de diciembre del 2001. Y de **análisis documental**; porque muestra información basada en algunas variables de la Encuesta de Hogares de propósitos múltiples examinando características y comportamientos documentados en dicha encuesta. Con todo esto se pretende aportar conocimiento nuevo sobre las condiciones de Equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de salud en las principales instituciones proveedoras de El Salvador, en el 2001.

### a) FUENTES E INSTRUMENTOS DE INFORMACIÓN:

Las fuentes de información utilizadas fueron dos: 1) información directamente obtenida de las instituciones del sector salud (MSPAS, ISSS) y 2) de la base de datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples EHPM-2001; Para ello se diseñaron formularios específicos que permitieron transmitir a los expertos de la DIGESTYC las necesidades de información, sus relaciones y luego procesar la información. Los formularios se consignan en la sección de anexos.

### b) CARACTERÍSTICAS DE LA ENCUESTA DE HOGARES DE PROPÓSITOS MÚLTIPLES EHPM-2001

La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples EHPM-2001 periódicamente se elabora en nuestro país por la DIGESTYC y la hemos tomado como base de información principal de nuestro estudio, con el objetivo de proporcionar información más precisa sobre la misma.

La encuesta fue administrada en el período comprendido de Julio a Diciembre 2001, con una cobertura Nacional, cubriendo área urbana y rural.

La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), esta diseñada como un sistema continuo de encuestas, basadas en sub muestras mensuales representativas del país, con aplicación de Módulos permanentes y suplementarios. Las variables que investiga la EHPM son las siguientes:

- ✓ Características Socio Demográficas
- ✓ Características de Educación
- ✓ Características de la Vivienda
- ✓ Empleo e Ingreso
- ✓ Actividad Agropecuaria
- ✓ Salud
- ✓ Remesas Familiares
- ✓ Gasto del Hogar

De las cuales se utilizaron algunas variables de Salud, Socio demográficas, ingreso y gasto del Hogar que están vinculadas a los objetivos del presente estudio.

**Marco Muestral y su utilización:** El marco muestral se basa en el material Cartográfico del último censo de Población y Vivienda (1992); el área urbana de este marco fue actualizada en 1995, con un total de 1,073, 172 viviendas; mismo que fue nuevamente actualizado a finales de 1997 en las principales ciudades con visitas directas al terreno, estableciendo un marco muestral final de 1, 082,064 viviendas.

**Tipo de Muestreo:** El tipo de muestreo utilizado por la EHPM fue estratificado por conglomerados y polietápico. En cada estrato se obtuvo una muestra independiente que lo representará y a la vez el conjunto de todos ellos representa el país.

**Estratificación de la Muestra:** La estratificación utilizada es de tipo geográfico. Dividiendo al país en ciento cinco estratos y se entendió como tal la conjunción de división

político-Administrativa (Municipio o Agrupación de Municipios) y área geográfica (urbana y Rural).

**Tamaño y asignación de la muestra de hogares:** La determinación de la muestra se elaboró tomando en consideración los siguientes elementos disponibles, las limitaciones operacionales, disponer de un tamaño de Muestra que permita proporcionar estimaciones al nivel de región, urbano y rural, departamento. Las encuestas se realizaron durante el período entre los meses de julio hasta Diciembre del año 2001 y se efectuaron en 13, 000 viviendas.

Con lo anterior se procedió a elaborar 7 indicadores para caracterizar las condiciones de Equidad en la disponibilidad y utilización de los servicios de salud en El Salvador. Tomando para ello como referentes algunos indicadores de evaluación de las condiciones de vida y desarrollo de la población como el Coeficiente GINI, Razón de Kutznetz y coeficientes de desigualdad.

Los indicadores utilizados en el presente estudio son:

**1. Distribución de la oferta de servicios ambulatorios de salud MSPAS / ISSS-2001.**

Se refiere a la distribución de la oferta física potencial y presenta la distribución física de los establecimientos ambulatorios de salud del MSPAS y del ISSS en todo el país, con relación a la población. Se calcula como un índice de distribución de los establecimiento, por área geográfica, departamentos, como el Coeficiente de GINI se construye con base en la fórmula de Brown, de igual manera se gráfica en la curva de Lorens.

A continuación se presenta la fórmula de Brown;

K-1

$$G = 1 \sum (Y_{i+1} + Y_i) (X_{i+1} - X_i)$$

I = 0

En donde; **G= Coeficiente GINI, Y= Proporción acumulada de la variable Salud.**

**X= Proporción acumulada de la v. Población y K= Número de Unidades Geopolíticas**

**2. Distribución de la oferta de servicios Hospitalarios de salud MSPAS / ISSS-2001.**

Se refiere a la distribución de la oferta física potencial, presenta la distribución física de los establecimientos Hospitalarios de salud del MSPAS y del ISSS. Se calcula como un índice de distribución de dichos establecimiento, por área geográfica, departamentos, al igual que el Coeficiente de GINI se construye con base en la formula de Brown y de igual manera se gráfica en la curva de Lorens. A continuación se presenta la formula de Brown;

K-1

$$G = \frac{1}{K} \sum_{i=1}^{K-1} (Y_{i+1} + Y_i) (X_{i+1} - X_i)$$

I = 0

En donde; **G= Coeficiente GINI**, **Y= Proporción acumulada de la variable Salud**.  
**X= Proporción acumulada de la v. Población** y **K= Numero de Unidades Geopolíticas**

**3. Utilización de los servicios de salud según nivel de ingreso per. cápita en cada subsector; MSPAS, ISSS, Privado, otros. 2001.**

Este refleja el comportamiento de la utilización de los servicios de salud en las diferentes instituciones del sector por las familias según nivel de ingreso, se complementa con el análisis de la utilización de los servicios del MSPAS, por las familias de los tres primeros deciles (más bajos) comparativamente con la utilización de los cuatro últimos deciles(más altos)

**4. Coeficiente de desigualdad en el Gasto en salud según nivel de ingreso y procedencia urbano y rural-2001.**

Resume mediante una medida de distribución normal la proporción de la contribución de los hogares según nivel de ingreso y procedencia urbano y rural. Se obtiene al dividir el numero de hogares que reportan gasto en salud según nivel de ingreso y procedencia, entre el total de hogares que reportaron gasto en salud en cada decil.

**5. Distribución del gasto en salud, según nivel de ingreso familiar en los diferentes rubros prioritarios-2001.**

Este muestra en que rubros prioritariamente realizan gasto en salud las familias que reportaron gasto, según nivel de ingreso.



- 6. Desigualdad en el gasto prioritario en salud de las familias de los deciles más bajos con relación a los deciles más altos.** A partir del indicador anterior, este calcula el coeficiente de desigualdad en el gasto prioritario, relacionando el comportamiento de las familias que reportaron gastos prioritarios en los primeros tres deciles(más bajos) con las de los cuatro últimos deciles (más altos).
  
- 7. Distribución del gasto en salud con relación al gasto total según Genero y grupo de edad.** Este refleja la distribución del gasto en salud genero y calcula el coeficiente de desigualdad en el gasto en salud midiendo la razón masculino / femenino de las personas que registran gasto en salud, según decil.

## VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS

Con relación al objetivo 2.1 caracterizar las condiciones de equidad en la disponibilidad de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, en las principales instituciones del sector se presentan los indicadores 1 y 2, los que se presentan a continuación:

### 1. Inequidad en la distribución de los servicios ambulatorios de salud MSPAS / ISSS-2001.

A continuación el gráfico No.7 muestra la curva de Lorenz, la cual nos indica como se comportan los índices de distribución de la oferta de Servicios ambulatorios de salud de las dos principales instituciones proveedoras, MSPAS, ISSS. En El Salvador durante el 2001.

Gráfico No.7

#### DISTRIBUCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS AMBULATORIOS MSPAS/ISSS 2001

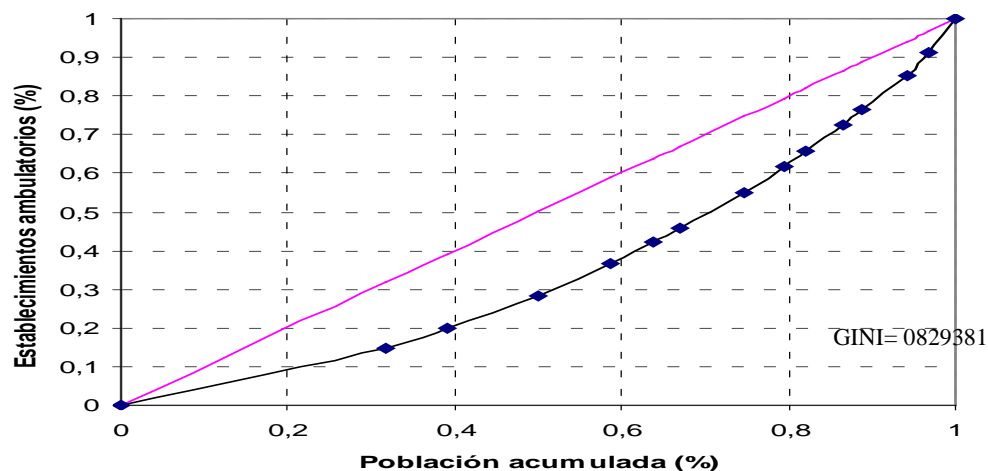


Gráfico y cálculo elaborado por Lic. Samuel Hernández, DIGESTYC.

Dado que la curva de Lorenz es una representación gráfica de la relación, para este caso de las proporciones acumuladas de la distribución de los establecimientos ambulatorios en los diferentes departamentos del país y la Proporciones acumuladas de población. Como se puede apreciar en el gráfico, la línea roja divide en dos partes iguales el cuadrado, dicha diagonal corresponde a lo que Lorenz definió como **La línea de Equidad Perfecta** y denota por ende ausencia de desigualdad.

Se observa claramente como se comportan las proporciones acumuladas con relación a la línea de la Equidad. El Coeficiente de Gini toma valores entre cero y uno, mientras más alejada esta la curva de Lorens de la línea de equidad perfecta, mayor es la desigualdad y el Coeficiente de Gini es mayor; Se va acercando a uno. En este caso alcanza el **0.829381**, lo cual indica un alto nivel de Inequidad en la distribución de los servicios públicos de salud, en este caso particular servicios ambulatorios.

## 2. Inequidad en la distribución de los servicios Hospitalarios de salud MSPAS / ISSS-2001;

En forma similar al caso anterior esta gráfica representa la distribución de las proporciones acumuladas de ofertas de servicios públicos de salud y población con la diferencia que en este caso se refiere a servicios Hospitalarios.

**Gráfico No.8**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS HOSPITALES 2001**

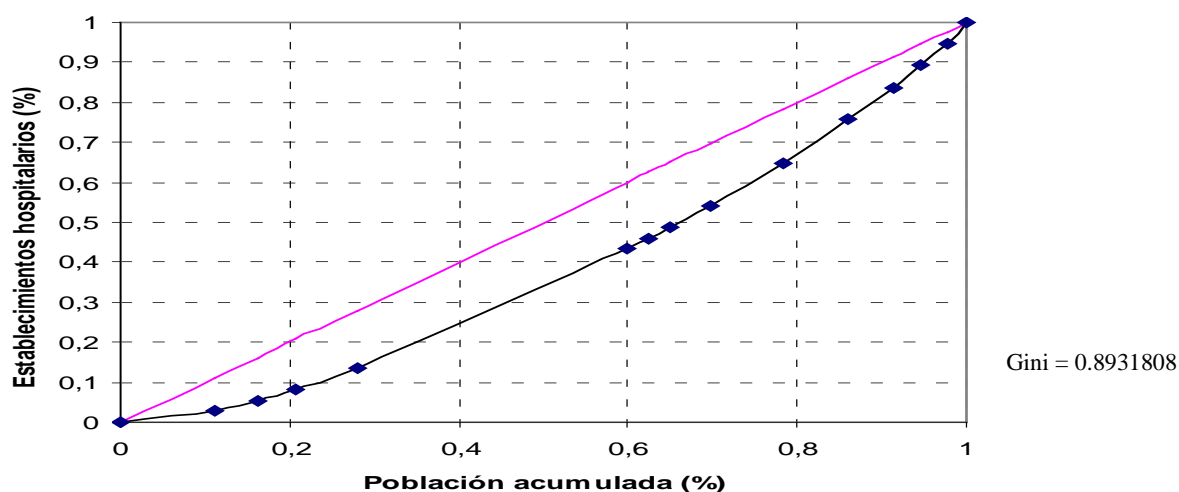


Gráfico y cálculo elaborado por Lic. Samuel Hernández, DIGESTYC.

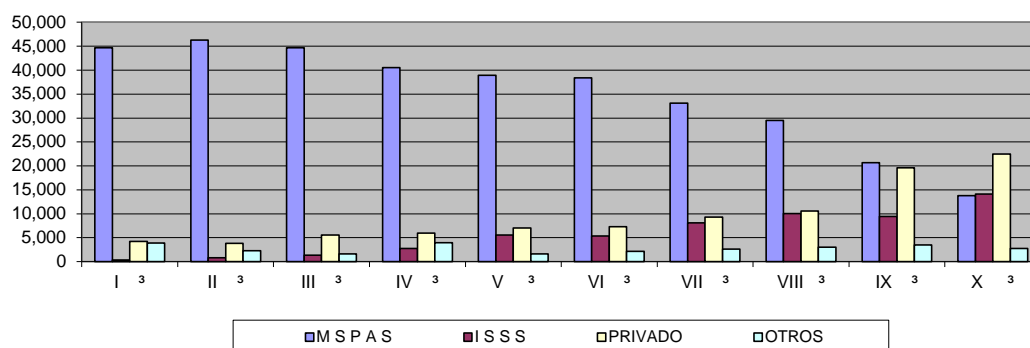
Se observa como las proporciones acumuladas se alejan de la línea de Equidad perfecta y el Gini obtenido alcanza un valor de **0.8931808**, que indica un alto nivel de Inequidad en la distribución de los servicios públicos de salud, en este caso particular los

servicios Hospitalarios, se aprecian a simple vista y se observa que los establecimientos están ubicados en las grandes ciudades urbanas y especialmente en el área metropolitana del gran San Salvador. **Lo cual indica el alto nivel de Inequidad en la disponibilidad de los servicios públicos de salud, en este caso particular servicios hospitalarios.**

Con relación al objetivo 2.2. Caracterizar las condiciones de Equidad en la utilización de los servicios de salud en El Salvador, relacionadas con el nivel de ingreso familiar, género y procedencia de los y las usuarias (urbano y rural), se analizó el indicador número 3, el cual se presenta a continuación.

**Gráfico No.9**

**UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN NIVEL DE INGRESO PER CÁPITA SEGÚN SUBSECTOR; MSPAS, ISSS, PRIVADO, OTROS. 2001**



Fuente: EHPM-2001

Gráfico y cálculo elaborado por Lic. Samuel Hernández, DIGESTYC

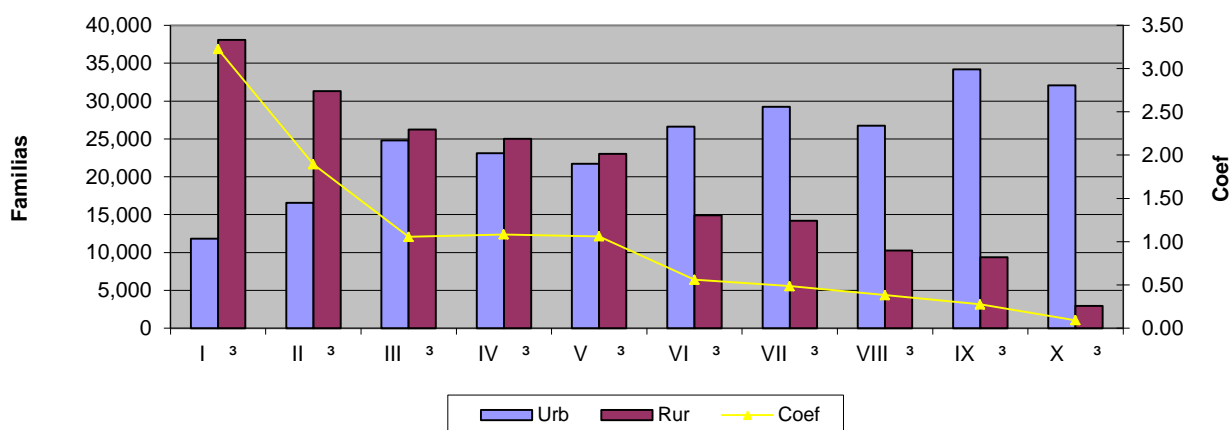
Esta gráfica muestra la utilización que las personas hacen de los servicios de salud en las diferentes instituciones del sector salud; Según nivel de ingreso. Puede apreciarse que los servicios del Ministerio de Salud son utilizados por personas que están ubicadas en todos los deciles de ingreso económico, incluso en aquellos que corresponden a niveles de ingreso mayor. Otro elemento importante que se aprecia es con relación a la utilización de los servicios privados, puede observarse que estos son utilizados por personas de todos los deciles, aun de los de menor ingreso, lo que hace reflexionar es como estas personas hacen para responder al gasto que implica dicha utilización de servicios privados o que necesidades prioritarias dejan de cubrir para resolver el gasto de salud y como esto afecta a su economía familiar. Por otro lado la utilización de los servicios del MSPAS por personas

de todos los ingresos económicos y que hay más personas de ingresos económicos superiores que están utilizando los servicios del MSPAS, restando probablemente la oportunidad de atención a personas de los deciles de menores ingresos o en condición de pobreza

Con relación al objetivo 2.3. Caracterizar las condiciones de Equidad relacionadas con el gasto de bolsillo en salud que las familias realizan; según nivel de ingreso, procedencia Urbana y Rural y Género, se analizaron los indicadores 4,5,6 y 7, lo cuales tratan de mostrar el comportamiento del gasto de bolsillo en salud que las personas realizan según su nivel de ingreso económico, procedencia urbano y rural, genero y según rubros prioritarios de gasto y la relación del gasto en las familias de los deciles mas pobres con relación a las familias de los deciles mas ricos.

**Gráfico No.10**

**GASTO EN SALUD SEGÚN NIVEL DE INGRESO ECONÓMICO Y PROCEDENCIA URBANO Y RURAL-2001**



Fuente: EHPM-2001

Gráfico y cálculo elaborado por Lic. Samuel Hernández, DIGESTYC

En este grafico se puede observar como se comporta el gasto en salud y el coeficiente de desigualdad según el nivel de ingreso y procedencia urbana o rural de las familias. Se puede advertir que los hogares rurales presentan mayor gasto en salud que los urbanos, especialmente en los deciles de menor ingreso (primeros cinco deciles), se puede ver que el Coeficiente de desigualdad es mayor en los primeros cinco deciles de ingreso.

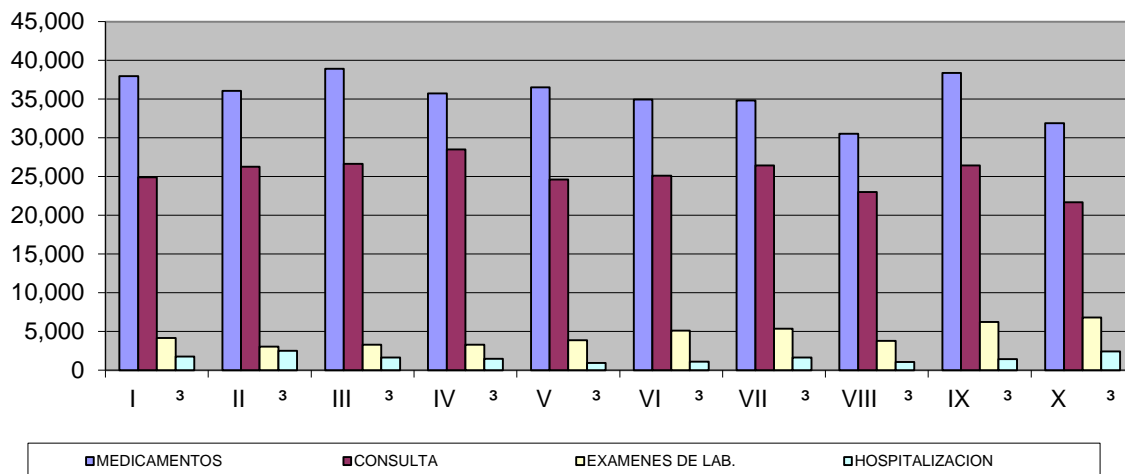
Por el contrario las familias urbanas reportan más gasto en salud a medida aumenta su nivel de ingreso, es decir su poder adquisitivo. Los pobladores de hogares rurales, con menores ingresos económicos están en mayor desventaja que los hogares urbanos, ante cualquier episodio de enfermedad que enfrentan.

El Coeficiente de desigualdad, es mayor en los deciles de menor ingreso, especialmente del I al V y se va estabilizando a partir del VI decil, hasta llegar a su menor valor en el decil X es decir el decil de mayor ingreso.

**Lo anterior denota que los hogares rurales, con ingresos más bajos están en mayor desventaja que los urbanos, incluso de su mismo decil para hacer frente ante cualquier episodio de enfermedad que enfrenten.** Contrasta esto con el análisis de los indicadores 1 y 2 del presente estudio que muestra la distribución de los servicios ambulatorios y hospitalarios de las principales instituciones de salud del sector, donde se pudo observar la concentración de la oferta de servicios ambulatorios de salud en áreas urbanas y la oferta de servicios hospitalarios concentrada en las grandes ciudades urbanas y más aun en el gran San Salvador. Siempre con relación al Coeficiente de desigualdad en el gasto en salud de las familias rurales con relación a las del área urbana, podemos apreciar las desigualdades ejemplo para el decil de más bajo ingreso, paradójicamente tiene el Coeficiente de desigualdad más alto, su valor es 3.22; **Lo que indica que por cada persona del área urbana que reporta gasto en salud hay 3.22 personas del área rural y del mismo decil de ingreso que también reportan gasto.** Y así sucesivamente 1.89, 1.06, hasta el decil V. A partir del decil VI en adelante el Coeficiente de desigualdad va disminuyendo hasta llegar al valor mínimo que es 0.09 en el decil X que es el de mayor ingreso.

**Gráfico No.11**

**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGÚN RUBROS PRIORITARIOS Y NIVEL DE INGRESO FAMILIAR 2001**



Fuente: EHPM-2001

Gráfico y cálculo elaborado por Lic. Samuel Hernández, DIGESTYC.

Este gráfico tiene como propósito observar en que rubros prioritarios, realizan el gasto en salud las familias, según nivel de ingreso. Podemos observar que el primer rubro prioritario en que las familias registran su gasto en salud es en medicamentos, esto podría indicarnos sobre la practica habitual de las familias por la automedicación, aunque también indica una necesidad de salud por resolver que ocasiona gasto en salud; De igual manera se comporta el segundo rubro prioritario que ocasiona gasto de bolsillo en salud a las familias según nivel de ingreso. Es interesante ver que este comportamiento se da en todos los deciles de ingreso y probablemente mas acentuado en los deciles de menores ingresos.

En lo relacionado a los rubros de exámenes de laboratorio y hospitalización, dado que aun cuando en todos los deciles se reporta gasto, este se va incrementando en los deciles de mayor ingreso, lo cual no necesariamente indica equidad, probablemente muchas de las familias de menores ingreso no alcanzan a resolver estas necesidades por su misma situación económica.

**6. Coeficiente de desigualdad en el gasto prioritario en salud de las familias de los deciles más bajos con relación a los deciles más altos;**

**CUADRO COMPARATIVO DE GASTO PRIORITARIO EN SALUD**  
**Tabla No. 2**

<b>Rubro de Gastos Prioritario en Salud 2001</b>	<b>Coefficiente de desigualdad</b>	<b>Interpretación del Coeficiente de Desigualdad</b>
<b>Medicamentos</b>	0.68	Por cada persona correspondiente a los tres primeros deciles (de menor ingreso), hay 0.68 de los últimos cuatro deciles (de mayor ingreso) que reportan gasto prioritario en medicamentos.
<b>Consulta Médica</b>	0.67	Por cada persona de los tres primeros deciles (de menor ingreso), hay 0.67 de los últimos cuatro deciles (de mayor ingreso) que reportan gasto prioritario en Consulta Médica.
<b>Exámenes de Laboratorio</b>	1.22	Por cada persona de los tres primeros deciles (de menor ingreso), hay 1.22 personas de los últimos deciles (mayor ingreso), que reportan gasto prioritario en exámenes de laboratorios.
<b>Hospitalización</b>	0.66	Por cada persona de los tres primeros deciles (de menor ingreso), hay 0.66 personas de los últimos deciles (mayor ingreso), que reportan gasto de hospitalización.

Fuente: EHPM-2001

Gráfico y cálculo elaborado por Lic. Samuel Hernández, DIGESTYC

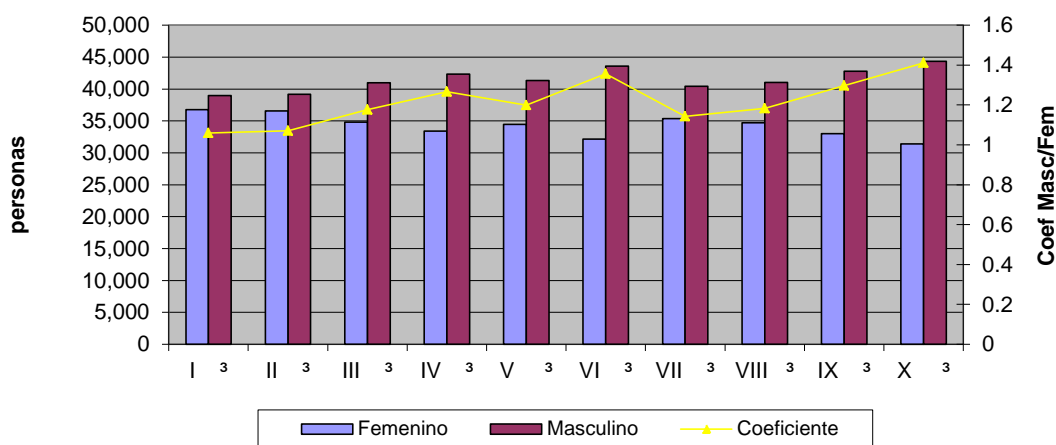
Este cuadro muestra los coeficientes calculados, relacionando el gasto prioritario en salud de las familias ubicadas en los tres primeros deciles de la EHPM (menor nivel de ingreso) con el gasto prioritario en salud de las familias ubicadas en los cuatro últimos deciles de ingreso (mayor nivel de ingreso); en cada uno de los rubros en que se registra el gasto, así: Medicamentos, Consulta Médica, Exámenes de Laboratorio y Hospitalización.

Se puede observar que más familias pobres registran más gasto en medicamentos, consulta médica y hospitalización, que las familias de mayores ingresos, esto lo podemos contrastar con el indicador No.3, que nos refleja la utilización de los servicios públicos de salud, el cual muestra que los servicios del Ministerio de Salud, están siendo utilizados por personas de todos los deciles de ingreso, incluso de los de mayor ingreso, probablemente limitando la oportunidad a las personas de menores ingresos, especialmente si consideramos la escasez de recurso presupuestario de las instituciones del Ministerio de Salud. Por otro



lado si lo contrastamos con los primeros dos indicadores de este estudio, los índices de concentración de la oferta de servicios de salud, tanto ambulatoria como hospitalaria, pudimos ver la concentración en áreas urbanas y en la capital, lo que ubica en desventaja a las familias rurales, quienes tienen que gastar para trasladarse a los establecimientos de salud, aún cuando el Ministerio de Salud ha implementando la estrategia de gratuidad en las unidades de salud, esta ayuda en parte, pero no resuelve completamente el gasto de bolsillo del as familias rurales aún el de las más pobres. **Lo anterior es importante porque parece que son algunos de los factores que subyacen al comportamiento de gasto prioritario en salud presentado en la tabla correspondiente al indicador número seis. En donde se observa que más familias pobres que no pobres registran gasto en medicamento, consulta médica y hospitalización.**

**Gráfico No.12**  
**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD CON RELACIÓN AL GÉNERO Y**  
**NIVEL DE INGRESO 2001**



Fuente: EHPM-2001

Gráfico y cálculo elaborado por Lic. Samuel Hernández, DIGESTYC

Este gráfico presenta como se distribuye el gasto en salud según género y nivel de ingreso económico y se observa que en todos los deciles registran gasto más hombres que mujeres. Por lo tanto el coeficiente desigualdad en todos los deciles es mayor que uno; lo que podemos interpretar así; por ejemplo en el primer decil cuyo coeficiente es 1.05991736, indica que por cada mujer que registra gasto en salud hay 1.05 hombres del mismo decil

que también reporta gasto. En los primeros deciles parecería que la diferencia no es muy significativa, pero en los deciles de mayor ingreso, la diferencia es más significativa, ejemplo de ello es los deciles VI y X, cuyos coeficientes son los más altos (1.143 y 1.141 respectivamente), significa que por cada mujer del decil VI que registra gasto en salud hay 1.14 hombres del mismo decil que también reporta gasto.

Con base en lo anterior podemos decir que a medida incrementa el nivel de ingreso, incrementa el gasto en salud de los hombres de los hogares encuestados. Por el contrario el gasto en salud de las mujeres de los hogares encuestados, no aumentó respecto del género masculino a pesar de ubicarse en deciles de mayor ingreso, lo que indica la desigualdad de género que las mujeres enfrentan aún en los deciles de mayores ingresos, dado que las necesidades de salud de las mujeres al igual que los hombres se dan en todos los niveles de ingreso.

## VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir de los resultados presentados que tienen su base en los indicadores elaborados en el presente estudio y que aspira a que se constituyan en un **observatorio de la equidad en la disponibilidad y utilización de servicios en El Salvador**, se puede concluir y recomendar lo siguiente:

### a) CONCLUSIONES:

1. **La oferta de servicios ambulatorios de salud de las dos principales instituciones proveedoras del sector (MSPAS, ISSS), muestran alta concentración en áreas urbanas;** lo que genera problemas de disponibilidad y acceso a las familias del área rural y especialmente de las familias más pobres, las cuales tienen que incurrir en gastos para trasladarse desde el cantón a las clínicas o unidades de salud, no obstante la estrategia de gratuidad en las unidades de salud del Ministerio de Salud que elimina las cuotas en las unidades de salud, pero las familias tienen que trasladarse hacia las unidades de salud lo que aun le genera gasto de bolsillo.
2. **La oferta de servicios Hospitalarios de salud de las dos principales instituciones proveedoras del sector (MSPAS, ISSS), muestran alta concentración en áreas urbanas de las principales ciudades y especialmente en la capital ;** lo que genera problemas de disponibilidad y acceso de las familias del área rural y especialmente de las familias más pobres quienes tienen que incurrir en gastos para trasladarse a los hospitales, como también realizar copagos en los mismos e incorporarse a las listas de espera que debido a la alta demanda enfrentan a los hospitales.
3. **Los servicios públicos de salud, especialmente los del Ministerio de Salud, según la EHPM-2001 indican estar siendo utilizados por personas de todos niveles de ingreso económicos, incluyendo personas de los deciles de ingreso más altos,** limitando con esto la utilización de los servicios por personas de los

deciles más pobres, quienes tienen que enfrentar largas colas en los servicios por el consecuente incremento en la demanda, al ser abarrotados por personas de mayores ingresos.

4. **El gasto en salud que registran las familias del área rural es mayor respecto de áreas urbanas**, especialmente en los deciles de menores ingresos, lo que indica desigualdad hacia las familias rurales más pobres, porque tienen que desplazarse del campo a la ciudad para solicitar servicios, lo que les implica incurrir en gastos de traslado hacia los establecimientos de salud, lo cual podría ser un factor que limite el acceso de estas familias.
  
5. **El gasto en salud que las familias realizan se distribuye prioritariamente en medicamentos**, consulta médica, exámenes de laboratorio y hospitalización respectivamente y se da en todos los deciles de ingreso, mayormente acentuando en las familias pobres a excepción del rubro exámenes de laboratorio. Focalizando a las familias pobres y especialmente del área rural.
  
6. **Se observa inequidad de género en el gasto en salud en todos los deciles de ingreso** de la EHPM 2001. Lo que nos hace pensar que la inequidad de género no favorable a la mujer no es exclusivo de los hogares de los deciles de menores ingresos, sino que se da en todos los niveles de ingreso lo que hace necesario el desarrollo sistemático de campañas de comunicación social orientadas a fomentar la utilización de los servicios de salud con equidad de género, promocionando los servicios masculinos y mejorando el acceso a servicios integrales de salud para la mujer. Esto con el propósito de desarrollar la toma de conciencia colectiva, para evitar la inequidad de género en la utilización y gasto en salud, especialmente de las familias pobres.

## **b) RECOMENDACIONES:**

1. Es recomendable buscar e implantar estrategias innovadoras que resuelvan el problema de la concentración de Servicios a nivel urbano por lo que se recomienda institucionalizar estrategias que lleven los servicios de salud a las áreas rurales, periódicamente y aseguren mecanismos de referencia y retorno efectivo desde la comunidad hasta el nivel hospitalario más complejo.
2. Dado la Inequidad observada, en el presente estudio sobre la utilización de los servicios de salud y gasto de bolsillo en salud que realizan las familias para recibir servicios públicos de salud, se recomienda institucionalizar una política que beneficie la utilización de los servicios de Salud y ayude a desarrollar estrategias de servicios de salud que garanticen el acceso y la calidad de los servicios de salud a las familias más pobres y especialmente las del área rural, estableciendo mecanismos de identificación de los beneficiarios, privilegiando a las personas de menores recursos económicos.
3. Con base en el análisis de los rubros que las familias realizan el gasto prioritario en salud de su bolsillo, como lo muestra el indicador número 6 del presente estudio, mayormente es en medicamentos con la consecuente inequidad, se sugiere Focalizar acciones hacia las familias más pobres y especialmente del área rural. Así como también impulsar una política de acceso a medicamentos esenciales, que garantice a la población de menores recursos económicos acceso a medicamentos esenciales.
4. Desarrollar sistemáticamente campañas de comunicación social orientadas a fomentar la utilización de los servicios de salud con equidad de género, promocionando los servicios masculinos y mejorando el acceso a servicios integrales de salud para la mujer. Esto con el propósito de desarrollar la toma de conciencia colectiva, para evitar la inequidad en la utilización y gasto en salud, especialmente de las familias pobres.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Consejo de Reforma del Sector Salud El Salvador, C.A:** Propuesta Integral de Salud, 15 de Diciembre 2000.
2. **Cruz –Saco Oyague, María Amparo:** Sistema de Salud en El Salvador: Diagnóstico y Lineamientos de Reforma.
3. **Instituto de Desarrollo del Banco Interamericano de Desarrollo:** Módulos de Capacitación del Curso Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales.
4. **Klisberg, Bernardo:** Bases Sociales de la Salud.
5. **López, Piura:** Introducción a la metodología de la Investigación Científica.
6. **Meza Lago, Carmelo:** Reforma del Sector Salud en El Salvador, Análisis de la propuesta del Consejo de Reforma y pautas para su seguimiento.
7. **Ministerio de Economía, Dirección de Estadísticas y Censos:** Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2001.
8. **Organización Panamericana de la Salud:** Perfil del Sistema de Servicios de Salud en El Salvador, 15 de junio 2001.
9. **Organización Panamericana de la Salud:** Situación de Salud en El Salvador, 2000.
10. **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo:** Informe sobre el Desarrollo Humano, El Salvador 2001.
11. **Rathe, Magdalena:** Salud y Equidad.

12. **PNUD**, Informe sobre Desarrollo Humano, El Salvador 2001.
  
13. **MSPAS**, Cuentas Nacionales en Salud, Estimación del Gasto en Salud año 1998, 1999 y 2000.
  
14. **FESAL-98**, Encuesta de Salud Familiar, informe final. Republica de El Salvador, C.A.
  
15. **Comisión Nacional de Salud**, Lineamientos para la reforma de salud, El Salvador, 1998
  
16. **Comisión Nacional de Salud**, Síntesis de la consulta realizada en el sector salud, 1998.

# ANEXOS

## ANEXO 1



## GLOSARIO DE SIGLAS

1. **BID** Banco Interamericano de desarrollo
2. **CONASA** Comisión Nacional de Salud
3. **DIGESTYC** Dirección Nacional de Estadísticas y Censos.
4. **EHPM** Encuesta de Hogares de propósitos múltiples.
5. **FESAL** Encuesta Nacional de Salud Familiar
6. **IDH** Índice de Desarrollo Humano
7. **ISSS** Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
8. **MSPAS** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
9. **OMS** Organización Mundial para la salud
10. **ONG** Organizaciones No Gubernamentales.
11. **OPS** Organización Panamericana de la salud
12. **PNUD** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
13. **SIBASI** Sistemas Básicos de Salud Integral.
14. **UES** Universidad de El Salvador.
15. **USAID** Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo Internacional.

## ANEXO 2

## **GLOSARIO DE TERMINOS**

### **1. COBERTURA UNIVERSAL**

Estrategia que permitirá a toda la población, acceder a los servicios de salud, independientemente de su nivel económico, sexo, edad, religión o condición de salud.

### **2. CONSEJO**

Grupo colegiado de personas que se reúnen para deliberar sobre aspectos concretos y tomar decisiones.

### **3. CONTROL**

Sistema que permite conocer las realizaciones, comparadas con los estándares de realización esperados de un plan, programa o actividad, en un momento dado. Se ejerce antes (ex-ante), durante y después (ex-post) de realizar un proyecto.

### **4. COORDINACIÓN**

Acto de conducir personas, información o cosas distintas a una acción o condición comunes. Actuación armónica.

### **5. DESCENTRALIZACIÓN**

Estrategia mediante la cual se trasladan responsabilidades, recursos y autoridad del centro hacia la periferia de la organización con el propósito de simplificar la estructura central, agilizar el funcionamiento y obtener eficiencia y eficacia en la prestación de servicios.

### **6. EFICACIA**

Los servicios de salud deben causar satisfacción verdadera a las necesidades de la población. El Estado debe propiciar y facilitar el empleo de mecanismos de garantía de calidad de la atención en salud.

### **7. EFICIENCIA**

Los servicios de salud deben proveerse, haciendo un uso racional de los recursos disponibles y empleando la tecnología apropiada a las necesidades de la población y a las posibilidades del país.

## **8. EQUIDAD**

Distribución de bienes y servicios a la población en función de sus necesidades priorizando a los menos favorecidos.

## **9. EVALUACIÓN**

Acto de enjuiciar racionalmente una situación concreta, determinado y analizando elementos, causas y efectos de actuaciones y resultados, comparados con modelos o estándares de comportamiento. Implica diseño de medidas y estrategias alternativas de corrección. Se ejerce antes (ex-ante) durante y después (ex-post) de realizar un proyecto.

## **10. FOCALIZACIÓN**

Propósito de aquellas iniciativas, estrategias, condiciones e instrumentos con los cuales un gobierno o un sector del gobierno busca dirigir y concentrar sus recursos en las poblaciones más desprotegidas, vulnerables y pobres.

## **11. MARCO JURÍDICO**

Conjunto de disposiciones legales que norman el funcionamiento de una organización.

## **12. MODELO DE ATENCIÓN**

Plan de beneficios o conjunto de servicios de salud, que se ofrecen a la población por parte de los diferentes proveedores.

## **13. MODELO DE FINANCIAMIENTO**

Conjunto de disposiciones normativas e instancias administrativas que apoyan y promueven el cumplimiento de los principios de solidaridad y equidad en el Sistema Nacional de Salud, de manera que el gobierno, la empresa privada y los ciudadanos participen en el financiamiento del sistema de acuerdo a sus responsabilidades y capacidades y que la

asignación de los recursos se realice en función de las necesidades de la población, y con prioridad en los grupos poblacionales desposeídos.

#### **14. MODELO DE GESTIÓN**

Conjunto de principios y normas técnicas administrativas que orientan y rigen la forma de administración de una organización y el desarrollo de las funciones asignados a los elementos que la integran.

#### **15. MODELO DE PROVISIÓN**

Es el conjunto de modalidades alternativas para la entrega de servicios de salud a la población, con cobertura universal.

#### **16. NIVEL DE POBREZA**

Límite establecido al comparar el nivel de ingresos de los hogares con el costo de la canasta básica alimentaria y la canasta ampliada (dos veces el costo de la canasta básica

#### **17. PARTICIPACIÓN CIUDADANA EFECTIVA**

Es la participación activa y consciente de la población en la detección de necesidades y priorización de soluciones a los problemas de salud para apoyar la gestión de los servicios a nivel de la comunidad.

#### **18. PLURALISMO**

Oportunidad de participación de todos los actores sectoriales y de la ciudadanía en el proceso de planeación, organización, financiamiento, ejecución y control de las políticas de salud.

#### **19. POBREZA ABSOLUTA**

Se encuentran ubicados en esta situación aquellos hogares cuyos ingresos son menores que el costo de la canasta básica alimentaria, la cual es diferenciada por área de residencia.

#### **20. POBREZA RELATIVA**

Aquellos hogares cuyos ingresos son mayores que el costo de la canasta básica alimentaria, pero son menores que el costo de la canasta ampliada.

## **21. POLÍTICA**

Expresión formal o virtual del poder político acerca de la forma como se dará satisfacción a las necesidades de la población. “Es el arte de hacer posible, lo deseable”

## **22. PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Conjunto de instituciones que proporcionan atención simplificada de salud a la población. Comprende las Unidades de Salud, Casas de Salud, Dispensarios y Centros Rurales de Nutrición.

## **23. PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio hacia el mejoramiento de las condiciones de la salud, como componente de la calidad de vida.

## **24. REFORMA DE SALUD**

Es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del Sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de una población.

## **25. ROL REGULADOR**

Función que se ejerce a través de un conjunto de leyes, decretos, reglamentos, circulares, normas y otros instrumentos que permiten el diseño, evaluación, control y monitoreo de procesos técnicos y administrativos propios del Sistema de Salud en los subsistemas públicos, privados y otros, con el fin de lograr un mejoramiento continuo del nivel de salud de la población.

## **26. SEGUNDO NIVEL DE ATENCION**

Conjunto de instituciones que proporcionan atención de salud ambulatoria y de hospitalización en las cuatro especialidades: Pediatría, Medicina Interna, Cirugía General y Gineco-obstetricia.

#### **27. SEGURO DE SALUD UNIVERSAL**

Estrategia a través de la cual toda la población garantiza su acceso a los servicios de salud.

#### **28. SISTEMA DE SALUD**

Un todo coherente, compuesto de instituciones relacionadas entre sí, tanto sectoriales como intersectoriales, además de la propia comunidad y que produce un efecto combinado en la salud de la población

#### **29. SOLIDARIDAD**

Acción mediante la cual todos los individuos contribuyen a la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades. El Estado propicia el compromiso recíproco y garantiza los servicios a quien realmente los necesita.

#### **30. SUBSIDIARIDAD**

Reorientación de los aportes financieros en salud, en términos de la demanda y enfocados a brindar apoyo o soporte financiero a las personas que por sus circunstancias de pobreza tengan poca o ninguna posibilidad de acceder a los servicios de salud.

#### **31. TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

Conjunto de instituciones que ofrecen servicio de salud ambulatoria y de hospitalización en las diferentes especialidades médicas y sub.-especialidades.

#### **32. UNIVERSALIDAD**

Es el derecho que tiene toda la población de acceder a los servicios de salud de calidad.

### **ANEXO 3**

**Formulario No 1:**  
**DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD SEGUN SUB SECTOR**  
**EL SALVADOR EHPM-2001**

SUB SECTOR	GASTO PER CÁPITA		
	URBANO	RURAL	TOTAL
MSPAS			
ISSS			

**Formulario No 2:**  
**UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUN GÉNERO Y PROCEDENCIA.**  
**EL SALVADOR, EHPM-2001**

SUB SECTOR	GENERO			PROCEDENCIA		
	F	M	T	U	R	T
MSPAS						
ISSS						

**Formulario No 3:**  
**% DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGUN**  
**NIVEL DE INGRESO EHPM-2001**

SUB SECTOR	% DE UTILIZACIÓN SEGÚN DECILES DE INGRESO										
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	TOTAL
MSPAS											
ISSS											
TOTAL											

Estos formularios sirvieron para orientar los requerimientos de información, pero los cálculos fueron realizados directamente en Hojas electrónicas vinculadas a la base de datos de Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2001.