

HACIA UNA MAYOR COBERTURA EN SALUD: CONTRATACIÓN DE ONG EN EL SALVADOR

DANIEL MACEIRA, PH.D.
INVESTIGADOR TITULAR
CENTRO DE ESTUDIOS DE ESTADO Y SOCIEDAD (CEDES)

No. 58



Resumen ejecutivo

Existe consenso sobre la necesidad de la inversión social para lograr un desarrollo económico, como también acerca del papel que el sector público debe desempeñar para que tal inversión llegue de manera equitativa a toda la población. Sin embargo, las limitaciones presupuestarias generalmente observadas en las naciones de menor desempeño relativo constituyen un desafío para las políticas públicas. Bajo este marco, las iniciativas del Estado tendientes a utilizar instituciones privadas en la prestación de servicios básicos de salud representan un tema de debate. Es lógico pensar que un plan de acción inclusivo de los recursos humanos y físicos existentes contribuya a una mayor eficacia asignativa social. Sin embargo, se estima que éste tiende a “privatizar” el sistema, a pesar que el financiamiento sigue en manos del Estado y que éste conserva la facultad de definir pautas y criterios de focalización en grupos prioritarios. En este contexto, la probabilidad de éxito de un programa de prestación privada de servicios de salud con financiamiento público descansa en dos pilares básicos: los criterios de focalización utilizados y la capacidad de los mecanismos de seguimiento y monitoreo diseñados para identificar potenciales desvíos en su ejecución.

El presente trabajo tiene como objeto analizar, a partir del Programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN) de El Salvador, una experiencia de contratación por parte del gobierno nacional de cuatro ONG en dicho país, utilizando fondos de créditos internacionales. La finalidad de la iniciativa es brindar cobertura de atención preventiva y primaria a grupos tradicionalmente prioritarios de bajos recursos y en áreas rurales de los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate, en la zona occidental del país.

Los resultados alcanzados son de carácter preliminar, en la medida que el programa comenzó a ejecutarse a fines del año 2003. Por este motivo, el propósito del presente documento es analizar las características del contrato acordado entre las partes, los incentivos teóricos generados a partir del mismo y una primera aproximación a los resultados alcanzados. A partir del diseño y realización de una encuesta de hogares de 1000 familias en julio de 2004, se propone comparar esta experiencia con la iniciativa tradicional de promotores públicos desarrollada en El Salvador en otros cantones que aquellos incorporados al programa SESYN. En tanto la propuesta de los SESYN es brindar servicios que se articulen con la red pública existente a través de mecanismos de derivación y consulta, su comparación con los resultados alcanzados por la infraestructura del Ministerio de Salud en general y por los centros de salud en particular no resultaría adecuada. Es por ello que se propone considerar a los promotores públicos como el “grupo de control” pertinente, a partir del cual evaluar los resultados alcanzados por este programa.

El paquete de servicios brindados por el programa SESYN incluye una serie de intervenciones relativamente amplia, que abarca la atención preventiva y curativa de toda causa de morbilidad prevalente en la zona de influencia de programa, focalizándose en la atención materno-infantil integral. El paquete comprende acciones tendientes a fomentar la maternidad y paternidad responsables y la promoción de la organización comunitaria.

La estructura de pago es capitada (20 dólares por persona al año). El monto que el programa abona a cada ONG es complementado por 11 dólares en medicamentos e insumos provistos directamente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Cada ONG cuenta con un grupo de promotores de salud por cada 800 a 1000 personas, y un Equipo Itinerante de Salud (EIS), que realiza rondas periódicas por su zona de influencia. Los incentivos clásicos del mecanismo capitado hacen necesaria la

existencia de sistemas estructurados de obtención y análisis de información, especialmente cuando existe la posibilidad que alguno de los actores sea “monopólico”, como es el caso de los promotores contratados por las ONG en su área de influencia.

En este documento se complementa el análisis de encuestas de hogares tradicionales realizadas en El Salvador con entrevistas a actores clave del sistema de salud y con el procesamiento de una encuesta elaborada especialmente para este protocolo de investigación. De ésta se obtienen una serie de cuadros descriptivos sobre cobertura por intervención, por área geográfica y por tipo de agente prestador del servicio (promotor de ONG o público, EIS, unidad sanitaria, etc.), cuyos resultados son utilizados como medida de efectividad, tanto del programa como del grupo control.

Posteriormente, se propone un cálculo de indicadores de costo-efectividad basado en la separación entre una evaluación individual (que considera los gastos de bolsillo realizados por los pacientes de cada iniciativa, incluyendo pago de consulta, gasto en transporte, medicinas, internación y tratamiento), y una evaluación social (que agrega los costos totales directos de la organización de cada programa). Dada la característica del indicador de efectividad disponible y de la necesidad de establecer mecanismos alternativos de sensibilidad para ajustar la “tasa de descuento social” entre intervenciones preventivas y curativas, en este documento se propone la construcción de una serie de indicadores ponderados de costo-efectividad para el programa.

A partir de los resultados obtenidos del análisis de la información brindada por la encuesta realizada a 1003 familias, se observa que la iniciativa de contratación de ONG para la ampliación de los servicios de salud ha tenido resultados positivos en la mayoría de las consultas relacionadas con la medicina preventiva y en aquellas asociadas con atenciones curativas del sistema de salud. En muchas de las intervenciones en las cuales el accionar de los promotores privados no brinda un resultado conclusivo y/o favorable a nivel de área geográfica, éste se revierte cuando el análisis se realiza tomando a la iniciativa como un todo e incorporando el desempeño de los EIS que actúan más allá de las fronteras de los cantones asignados.

Finalmente, en el documento se plantea un mecanismo de evaluación que permite establecer la efectividad, no sólo de la implantación de la iniciativa, sino también del modelo diseñado para la evaluación del programa, con el fin de contribuir al análisis de los resultados en el mediano plazo. Dicho mecanismo se articula a partir de la información proporcionada por las ONG contratadas (y por los promotores que responden a estas mismas instituciones) a la Unidad Coordinadora del Proyecto, información que a su vez es comparada con los resultados de un modelo logístico que se funda en una encuesta de hogares como la realizada por esta iniciativa.

Agradecimientos

Este documento es parte de la propuesta elaborada originalmente por Kathleen Novak, Tanya Dmytraczenko y el autor para la agenda de investigación aplicada de PHRPlus, en el marco de la Iniciativa Regional para la Reforma del Sector de la Salud. El protocolo original, con modificaciones, fue elaborado con financiamiento de USAID, en colaboración con Ricardo Bitrán y bajo la coordinación de Jack Gallaway, dando lugar a tres informes. El presente es uno de ellos.

Si bien la responsabilidad final en la elaboración del proyecto me corresponde, éste contó con la colaboración de un equipo de profesionales, entre los que destaca Eliseo Orellana, consultor del BID y especialista en tópicos de seguimiento y evaluación. Junto a él se definieron las características de la muestra, y se seleccionaron los grupos poblacionales destinatarios; asimismo, se discutió y perfeccionó el instrumento originalmente redactado por Ricardo Bitrán. Eliseo Orellana estuvo a cargo de la coordinación en terreno de la encuesta de hogares, redactó el anexo metodológico y aportó valiosa información para la elaboración de este documento.

Deseo expresar mi especial agradecimiento a Manuel Beza, director técnico del proyecto PHR Plus en El Salvador. El Dr. Beza participó intensamente en la discusión de la propuesta y en la validación del instrumento muestral, siendo una constante fuente de referencia y apoyo.

Como parte del proceso de investigación y procesamiento de las bases de datos elaboradas a lo largo del proyecto, merece especial reconocimiento la colaboración de la licenciada Fernanda Villalba, asistente de investigación del área de Microeconomía Aplicada del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, en Buenos Aires, Argentina.

Agradezco particularmente a Reynaldo Flores y Raúl Toledo. El primero de ellos, director ejecutivo de la Unidad Coordinadora del programa de Apoyo a la Modernización del MSPAS, iniciativa que fue analizada a lo largo de este trabajo al momento de su realización, brindó una amplia colaboración durante mi visita a El Salvador y a lo largo de todo el proyecto. Por su parte, el Dr. Toledo, desde la Oficina de Salud de la Representación de USAID en El Salvador, entregó su respaldo y contribuyó con sus comentarios a una versión preliminar del presente informe.

La elaboración de este trabajo requirió de importantes esfuerzos en términos de edición, organización y coordinación logística, entre otras muchas tareas. Debo mi agradecimiento especial a Bárbara Lignelli (CEDES, Argentina), Glenda Mejía (PHR Plus, El Salvador) y Mary Diehl (PHR Plus, Bethesda, Estados Unidos).

El proyecto de investigación incluyó entrevistas con representantes de diferentes ONG e instituciones relacionadas con el sistema sanitario salvadoreño. Entre las personas que brindaron su tiempo y cooperación cabe citar a Ana Josefa Blanco Loyola de García, directora ejecutiva de Calma, Celina de Choussy, directora ejecutiva de Fusal, Efraín Vigil Navarrete, director de Seraphim, Carlos Castaño, consultor de PHR+, Patricia Portillo de Reyes, del proyecto Salvadoreños Saludables, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Edgardo Adolfo Platero, coordinador de modernización del programa de apoyo a la modernización del Ministerio de Salud, Mauricio Ventura Centeños, del Colegio Médico e Isaías Cordero Deleide, del Sindicato del Seguro Social.

Finalmente, agradezco los valiosos comentarios de Marty Makinen (Abt Associates) y los aportes recibidos durante la presentación de una versión preliminar de este documento en el Foro organizado por la LAC Initiative, en la Ciudad de Antigua, Guatemala, entre los días 19 y 22 de julio de 2004.

Índice

Resumen ejecutivo / Executive Summary

Agradecimientos

Índice de cuadros y figuras

Listado de abreviaturas

1- Introducción

2- Preguntas de investigación – Metodología

3- Situación de salud de El Salvador

4- Contratación pública de ONG. Antecedentes

5- Estudio de caso: Análisis de la experiencia SESYN

5.1- El contrato

5.2- El paquete de servicios

5.3- Los incentivos

5.4- El instrumento

6- Resultados

6.1-Evaluación de la experiencia

6.2- Expansión de cobertura

6.3- Análisis de costos

6.4- Aproximaciones al estudio de costo-efectividad

7- Conclusiones

8- Referencias

Anexo I: Propuesta de modelo de evaluación

Anexo II: Test de diferencia de proporciones. Prueba de significatividad estadística.

Anexo III: Metodología de la encuesta

Anexo IV: Formulario de la encuesta

Índice de cuadros

- Cuadro 3.1: Información general del país
- Cuadro 3.2: El Salvador: principales causas de muerte (1995/2000)
- Cuadro 3.3: Muertes por tipo de enfermedad en grupos vulnerables (1999)
- Cuadro 3.4: Población enferma o accidentada, según acciones realizadas para curarse (1996-1998)
- Cuadro 3.5: Población enferma o accidentada, por nivel de pobreza y tipo de establecimiento 2001)
- Cuadro 3.6: Razones de no consulta, total y por área geográfica (2001)
- Cuadro 3.7: Hogares por consulta de enfermedad, según lugar de atención y quintil de NBI (1998)
- Cuadro 3.8: Financiamiento del sector de la salud (1996-1998)
- Cuadro 5.1: Características sociodemográficas de la muestra
- Cuadro 6.1: Administración de vacunas durante los últimos seis meses
 - a) Vacunas totales, por área
 - b) Total niños vacunados, por área y proveedor
- Cuadro 6.2: Administración de micronutrientes
 - a) Administración de vitamina A, por área
 - b) Total niños con administración de vitamina A, por área y proveedor
- Cuadro 6.3: Controles prenatales
 - a) Controles prenatales, por área
 - b) Mujeres con controles, según área y promotor
- Cuadro 6.4: Control planificación familiar
 - a) Asistencia control de planificación familiar, por área
 - b) Mujeres en edad fértil con asistencia a control de planificación familiar, según área y proveedor
- Cuadro 6.5: Control del peso
 - a) Control del peso, por área
 - b) Total niños pesados, por área y proveedor
- Cuadro 6.6: Atención por EDA
 - a) Niños con atención por EDA, por área
 - b) Niños con atención por EDA, según área y proveedor
- Cuadro 6.7: Atención por IRA
 - a) Niños con atención por IRA, por área
 - b) Niños con atención por IRA, según área y proveedor
- Cuadro 6.8: Atención por parto
 - a) Atención por parto último año, por área
 - b) Mujeres con atención por parto, según área y proveedor

c) Mujeres con atención por parto, según área y lugar de atención

Cuadro 6.9: Problemas de salud

a) Atención problemas de salud, por área

b) Enfermos con atención, según área y proveedor

Cuadro 6.10: Gasto medio en consulta, por tipo de proveedor y por intervención

Cuadro 6.11: Total de consultas: expansión semestral por área y por iniciativa

Cuadro 6.12: Participación porcentual de cada Intervención

a) Participación porcentual de cada intervención (equiproporcional)

b) Participación porcentual de cada intervención (ponderada)

Cuadro 6.13: Análisis de costo-efectividad social

Cuadro 6.14: Análisis de costo-efectividad individual

a) Indicador de efectividad/costo - versión individual - no ponderada

b) Indicador de efectividad/costo - versión individual – ponderada

Cuadro 6.15: Implementación econométrica

a) Por área

b) Por iniciativa de ONG

Cuadro A.1.1: Mecanismos de evaluación de ONG

Cuadro A.2: Test de proporciones

a) Por área

b) Por iniciativa de ONG

Cuadro A.3.1: Encuestas realizadas en los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate

Cuadro A.3.2: Departamento de Ahuachapán

Cuadro A.3.3: Departamento de Sonsonate

Marco muestral 1

Marco muestral 2

Listado de Abreviaturas

- ADS: Asociación Demográfica Salvadoreña
- BID: Banco Interamericano de Desarrollo
- CISI: Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil
- DIGESTYC: Dirección General de Estadística y Censos
- EDA: Enfermedad diarreica aguda
- EHPM: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
- EIS: Equipo Itinerante de Salud
- FESAL: Encuesta de Nacional de Salud Familiar
- IRA: Infección respiratoria aguda
- ISSS: Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
- LAC: Latin America and the Caribbean
- MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- ONG: Organización no Gubernamental
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PROSAMI: Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil
- SESYN: Servicios Esenciales de Salud y Nutrición
- SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral
- UCP: Unidad Coordinadora del Proyecto
- US: Unidad de Salud
- USAID: United States Agency for International Development

1- Introducción

Existe consenso sobre la importancia de la inversión social para lograr un desarrollo económico, como también acerca del papel que el sector público debe desempeñar a fin de generar mecanismos para que tal inversión llegue de manera equitativa a toda la población. Sin embargo, las limitaciones presupuestarias generalmente observadas en las naciones de menor desempeño económico constituyen un desafío para las políticas públicas. Se plantea entonces el interrogante de cómo identificar mecanismos eficientes de asignación de recursos para satisfacer la necesidad de inversión social, especialmente en grupos sociales relativamente más vulnerables.

En el sector de la salud, y particularmente en las naciones latinoamericanas, esta temática cobra especial relevancia, debido fundamentalmente a dos factores: la dispersión de recursos en un sistema fragmentado de financiamiento en salud, lo que dificulta alcanzar acuerdos sobre los mecanismos de fijación de prioridades, y la inherente deficiencia de los “mecanismos de mercado” para alcanzar niveles sostenidos de satisfacción social. En ambos casos, se vuelve necesaria la presencia de una autoridad sanitaria que actúe como ente rector de un sistema institucional, con estrategias claras y reglas sistemáticas.

Bajo este marco, la iniciativa pública de utilizar instituciones privadas para la prestación de servicios básicos de salud constituye un tema de debate. Por una parte, se entiende que un plan de acción inclusivo de los recursos humanos y físicos existentes contribuye a una mayor eficacia asignativa social. Sin embargo, se estima que éste tiende a “privatizar” el sistema, con resultados potencialmente negativos en términos de equidad. Esta percepción se fundamenta en la existencia de información asimétrica entre financiadores y prestadores a favor de estos últimos, quienes podrían utilizar de manera oportunista ese sesgo para perseguir objetivos de lucro privado, en desmedro de la atención de grupos con recursos monetarios limitados.

En principio, recurrir a instituciones privadas para prestar servicios no constituye un fenómeno de privatización de la salud en la medida en que el financiamiento sigue en manos del Estado y que éste conserva la facultad de definir pautas y criterios de focalización en grupos prioritarios. Más aún, las fuertes rigideces normativas que imperan en el sector público no siempre permiten alcanzar las metas enunciadas en términos de objetivos sociales y se debe recurrir a instituciones relativamente más flexibles para llevar a cabo tal estrategia de ampliación de cobertura.

Bajo esta perspectiva, la probabilidad de éxito de un programa de prestación privada de servicios de salud con financiamiento público descansa en dos pilares básicos: los criterios de focalización utilizados y la capacidad de los mecanismos de seguimiento y monitoreo para identificar potenciales desvíos en su ejecución.

El presente trabajo tiene como objeto analizar, a partir del programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN), una experiencia de

contratación por parte del gobierno nacional de cuatro ONG en El Salvador, mediante fondos provenientes de créditos internacionales. El fin de la iniciativa es brindar cobertura de atención preventiva y primaria a grupos tradicionalmente prioritarios de bajos recursos y en áreas rurales de los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate, en la zona occidental del país.

Los resultados alcanzados son de carácter preliminar, en la medida que el programa se inició a fines del año 2003. Por este motivo, el propósito del presente documento es analizar las características del contrato acordado entre las partes, los incentivos teóricos generados a partir del mismo y una primera aproximación a los resultados alcanzados. A partir del diseño y realización de una encuesta de hogares a 1000 familias, se propone comparar esta experiencia con la iniciativa tradicional de promotores públicos desarrollada en El Salvador en otros cantones que aquellos incorporados al programa SESYN.

En tanto la propuesta de los SESYN es brindar servicios que se articulen con la red pública existente a través de mecanismos de derivación y consulta, su comparación con los resultados alcanzados por la infraestructura del Ministerio de Salud en general y por los centros de salud en particular no resultaría adecuada. Es por ello que se propone considerar a los promotores públicos como el “grupo de control” pertinente a partir del cual evaluar los resultados alcanzados por el programa objeto de este análisis.

En última instancia, este trabajo pretende ser una contribución mediante la propuesta de un mecanismo de evaluación que combine un marco teórico surgido de la teoría económica de los contratos con una estructura de seguimiento del programa. Este seguimiento incluye tanto los registros administrativos de promotores e instituciones sin fines de lucro como la opinión de los usuarios, instrumentada a través de un cuestionario dirigido a una muestra de tres grupos de familias: aquellas cubiertas por la iniciativa de las ONG (grupo de programa), un segundo grupo bajo la influencia de promotores públicos (grupo de control), y un tercer grupo sin cobertura complementaria alguna.

En la sección siguiente se presentan los principales lineamientos metodológicos del estudio y las preguntas de investigación. En la sección 3 se describe el marco general de la situación de la salud en El Salvador, mediante registros sanitarios, cuentas nacionales y resultados surgidos del procesamiento de encuestas de hogares tradicionalmente recolectadas en el país. En la sección 4 se presenta una breve reseña histórica de las instituciones no gubernamentales en cuanto a prestación de servicios de salud en El Salvador y su articulación con la estrategia sanitaria de las autoridades nacionales.

La estructura del contrato, la presentación del paquete de servicios brindados y los incentivos teóricos identificados en el programa son analizados en la sección 5, donde también se explicitan las características de la encuesta llevada a cabo para este proyecto. En la sección 6 se exponen los resultados alcanzados, en términos de cobertura, costos y se efectúa una aproximación al estudio de costo-efectividad. En el anexo I se presenta una propuesta de

evaluación generada a partir del protocolo de investigación del presente informe. Finalmente, en las secciones 8 y 9 se discuten las principales conclusiones alcanzadas.

2- Preguntas de investigación - Metodología

Como se señala en la sección anterior, dos elementos clave –incentivos y efectividad– constituyen la base para el análisis de la experiencia de contratación pública de ONG en naciones con limitada cobertura de salud para los grupos vulnerables. A partir de estos elementos, el presente documento propone dar respuesta a los siguientes argumentos, de los cuales se desprenden las preguntas de investigación que motivan el estudio.

El contrato entre las ONG y el sector público tiene como fin alinear los objetivos entre el financiador y el prestador, para asegurar el cumplimiento de las metas fijadas por el programa. La imposibilidad de captar las necesidades cotidianas de atención de la población hace necesario que el instrumento contractual diseñado incorpore los incentivos adecuados que promuevan una cobertura eficaz. Asimismo, los instrumentos de monitoreo deben constituir herramientas relevantes en la revisión de desempeño, a fin de ajustar las potenciales debilidades o desviaciones identificadas durante la gestión del contrato. De este modo, el trabajo se propone:

- caracterizar los incentivos desarrollados por el contrato entre promotores, instituciones no gubernamentales y el Estado, estableciendo su capacidad como instrumento de gestión, y
- proponer instrumentos de seguimiento que contribuyan a enriquecer el modelo propuesto.

La iniciativa analizada brinda un paquete de servicios preventivos y curativos como instrumento de ampliación de la cobertura y un mecanismo de atención alternativo al sistema de promotores públicos. Se espera que a partir de este esquema la población cuente con mayor protección. Ello requiere no sólo eficacia de cada componente del programa sino también un mejor desempeño del sistema en su conjunto. El presente documento tiene como finalidad:

- Analizar diferentes criterios de éxito para lograr efectividad en la atención de la salud y la enfermedad entre las iniciativas ONG y de promotores públicos, estableciendo comparaciones entre ellas a seis meses de iniciado el programa SESYN, y
- Sugerir mecanismos de análisis que permitan interpretar los resultados obtenidos, tanto a nivel individual como social, por áreas de influencia del programa y de este último como parte del sistema de atención de la salud en El Salvador.

La metodología utilizada combina distintos instrumentos:

- Revisión de estudios sobre experiencias de ONG en El Salvador y conocimiento de las opiniones de los actores involucrados del sector,

- Análisis de encuestas de hogares, que permitirán identificar el papel desempeñado por las ONG en la cobertura de salud de la población, previamente al lanzamiento del programa SESYN,
- Identificación de un marco teórico para la evaluación de los incentivos surgidos por el programa,
- Diseño y realización de una encuesta de hogares a tres grupos de individuos: aquellos que participan en el programa, aquellos que se encuentran cubiertos por promotores públicos, y un tercer grupo, con cobertura pública únicamente, sin intervención de promotores.
- Uso de la información recopilada para la elaboración de estadísticas descriptivas que midan el impacto de la contratación pública de ONG por parte del programa SESYN sobre una serie de indicadores de salud. Propuesta de indicadores de costo y efectividad, a fin de establecer mecanismos de análisis de sensibilidad de la información recogida, e
- Análisis econométrico en base a la metodología de evaluación propuesta.

3- Situación de la salud en El Salvador

El Salvador, el país más densamente poblado de toda América Central, contaba en el año 2003 con una población de 6,638,168 habitantes, de la cual 40.76% residía en el área rural. La población urbana se concentra en tres ciudades: San Salvador, Santa Ana y San Miguel. En 2002, el 18.2% de los salvadoreños adultos era analfabeto, cifra que asciende al 30.3% en las zonas rurales. El 46% de la población era menor de 19 años y la población indígena representaba el 11.3%.

En 1999, los índices de pobreza alcanzaban al 41.3% de los hogares salvadoreños, 55.4% de los cuales eran rurales. Hacia 2002, se observaba un avance, registrándose un 36.8% de hogares pobres, concentrados principalmente en áreas rurales y marginales.

Administrativamente, El Salvador se divide en 14 departamentos. Éstos a su vez se subdividen en 262 municipios, 9 de los cuales conforman el área metropolitana.

En el cuadro 3.1 se entregan algunos datos básicos relativos a El Salvador. En base a la información brindada por la encuesta FESAL-2003, la mortalidad infantil es de 25 niños por cada 1000 nacidos vivos, evidenciándose una apreciable mejora respecto a la tasa de 35 por 1000 verificada en 1998. Asimismo, se destaca un descenso sostenido de la tasa de fecundidad global entre 1995 y 1999, la que pasó de 3.4 a 2.9 hijos por mujer en edad fértil, respectivamente; la prevalencia de desnutrición crónica (baja talla por edad) entre menores de cinco años disminuyó de 31.7% en 1988 a 18.9% en 2003. Sin embargo, y como ocurre con muchos otros indicadores, son los niños rurales quienes presentan mayores índices de desnutrición (Fuentes: MSPAS, DIGESTYC, y FESAL 1993,1998, 2003).

La clara mejora en los indicadores sanitarios se atribuye, entre otros motivos, a la implementación de un modelo descentralizado de gestión de la salud: el SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral). Éste se concreta a partir de redes de establecimientos y proveedores comunitarios de salud rural con responsabilidad institucional de intervención geográfica y poblacional bien delimitada. Los SIBASI cuentan con 1780 promotores de salud capacitados especialmente para brindar atención en el primer nivel (planificación familiar, salud reproductiva, vacunas, atención nutricional a la niñez y a la mujer embarazada y atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia). Estos establecimientos realizan políticas de focalización a grupos de alta vulnerabilidad social, principalmente en el área rural, y dependen del MSPAS. La iniciativa de contratación pública de ONG constituye un complemento de este esquema, con dependencia directa del MSPAS salvadoreño.

CUADRO 3.1:
Información general del país

Superficie (km2)	21.041
Población total - 2003	6.638.168
Población > 15 años (%) - 2001	34
Densidad (km2) - 2002	315
Población rural (%) - 2003	40.76
Población en situación de pobreza (%) - 2002	36.8
Tasa de desnutrición total (%) - 2003	18.9
Analfabetismo (%) - 2002	18.2
PBI per cápita (en dólares) - 2002	4.570
PBI en salud (%) - 1998	8.4
Gasto público en salud total/total (%) - 2001	46
TMM por 100.000 NV - 2001	120
TMI por 1,000 NV - 2003	25

Fuentes: Banco Mundial (2004); OPS (2001)

De acuerdo con la información provista en el cuadro 3.2, se advierte un cambio en el perfil epidemiológico del país. Entre las principales causas de defunciones en el período 1995-2000 y que constituyen el 70% del total, 20.5% se asocian con causas externas, 22% con enfermedades circulatorias, 17.5% con enfermedades transmisibles y del período perinatal, y 11% con tumores. Con excepción de las afecciones perinatales, en todos los otros casos se verifica un aumento en el peso observado de cada causa, especialmente en las asociadas con enfermedades transmisibles (55% de incremento).

CUADRO 3.2:
El Salvador, principales causas de muerte (1995/2000)

Causa	1995 (%)	2000 (%)
Externas: accidentes, homicidios, etc.	19.95%	20.52%
Enfermedades circulatorias	17.00%	22.01%
Enfermedades transmisibles	9.55%	14.81%
Tumores malignos	7.25%	11.08%
Afecciones del periodo perinatal	5.87%	2.57%
Subtotal cinco mayores causas	59.63%	70.99%
Otras causas	40.37%	29.01%
TOTAL	100.00%	100.00%

Fuente: MSPAS.

El perfil de salud salvadoreño, de todos modos, mantiene altas tasas de mortalidad y morbilidad relacionadas con enfermedades propias de la pobreza, siendo la población infantil, la rural, las mujeres en edad fértil y los mayores de 65 años los grupos más vulnerables. Por ejemplo, y como se observa en el cuadro 3.3, el 53.10% de las muertes ocurridas en 1999 en niños menores a un año se debieron a diarreas y gastroenteritis, enfermedades evitables y características de grupos sociales de escasos recursos económicos.

Según los registros del MSPAS, los cinco diagnósticos más frecuentes en las consultas externas de sus establecimientos en 1999 fueron: (i) infecciones agudas de las vías respiratorias superiores; (ii) parasitismo intestinal; (iii) infección de las vías urinarias; (iv) diarreas; (v) enfermedades infecciosas de la piel.

CUADRO 3.3:
Muertes por tipo de enfermedad en grupos vulnerables (1999)

	1999	
	Menores de 1 año	Mayores de 65 años
Influenza y neumonía	21.45%	55.45%
Septicemias	7.19%	49.33%
Diarrea y gastroenteritis	53.10%	24.25%

Fuente: Elaboración propia en base al MSPAS.

A partir de este patrón de necesidades sanitarias potenciales de la población, en el cuadro siguiente se muestran, para el período 1996-1998, los mecanismos de atención utilizados más frecuentemente. Si bien se aprecia un marcado retroceso, cercano al 10%, en la automedicación entre los años relevados, esta vía de cuidado es la más relevante en términos de elección del paciente salvadoreño (48% en 1996, 38.4% en 1998). En segundo lugar se ubica la consulta a establecimientos del Ministerio de Salud, con un incremento cercano al 5% entre 1996 y 1998. En términos generales, las consultas privadas disminuyeron marginalmente, y aquellas dirigidas a la seguridad social se incrementaron, del 5% al 8% entre los períodos analizados. La participación de ONG en la prestación de servicios de salud es poco significativa y disminuye de 1% de las consultas totales en 1996 a 0,4% en 1998.

CUADRO 3.4:
Población enferma o accidentada, según acciones realizadas para curarse (1996-1998)

Acciones	1996	1997	1998
	%	%	%
Nada u otras acciones no especificadas	6.0%	5.4%	8.3%
Se automedicó	48.0%	42.4%	38.4%
Consultó farmacia, enfermera, curandero o familiar	1.0%	1.3%	5.1%
Consultó médico particular y establ. privado	15.0%	13.3%	12.3%
Consultó establ. de salud institucional	2.0%	2.0%	0.0%
Consultó en el ISSS	5.0%	7.3%	8.0%
Consultó en establecimiento del MSPAS	22.0%	27.4%	27.0%
Consultó ONG	1.0%	0.8%	0.4%
TOTAL personas que se enfermaron o se accidentaron	100.0%	99.9%	99.5%

Fuente: DIGESTYC / Ministerio de Economía, EHPM 1996-1997-1998.

La apertura de los mecanismos de consulta entre instituciones muestra patrones tradicionales de atención por niveles de ingreso (véase el cuadro 3.5). A partir de la EPHM 2001 pudieron establecerse cuatro niveles de pobreza relativa y determinarse los lugares de atención de cada grupo. Se observa que 65% de la población acude principalmente a las instalaciones dependientes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, seguidas por el sector privado (18.02%) y el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (10.89%). La asistencia al sector público es representativa en todos los niveles de pobreza, en tanto que la participación privada y de la seguridad social sólo se vuelve significativa en los grupos de menor pobreza relativa.

CUADRO 3.5:
Población enferma o accidentada, por nivel de pobreza y tipo de establecimiento
(2001)

Nivel de pobreza	Establecimiento de consulta					TOTAL
	MSPAS	ISSS	PRIVADO	ONG	OTROS	
POBRE	37.25%	1.91%	4.14%	0.64%	1.74%	45.68%
POBRE EXTREMO	16.40%	0.21%	1.54%	0.27%	0.88%	19.35%
POBRE RELATIVO	20.81%	1.70%	2.61%	0.30%	0.85%	26.34%
NO POBRE	28.69%	8.98%	13.88%	0.58%	2.18%	54.32%
TOTAL	65.95%	10.89%	18.02%	1.22%	3.92%	100.00%

Fuente: EHPM.

En el cuadro 3.6 se exponen las razones por las cuales la población no acude a servicios de salud ante la eventualidad de una enfermedad. El motivo económico es el más mencionado por la población, con un 17% de las respuestas totales de la EHPM 2001, que asciende a 24% en las zonas rurales. El segundo y tercer motivo se relacionan con la falta de atención o mala atención (22% entre ambas), seguidas por la “inexistencia de servicios de salud cercano”, que alcanza el 6% en áreas rurales. Claramente, y de acuerdo a estos parámetros, la aplicación de una estrategia que provea servicios de salud gratuitos en zonas rurales de difícil acceso constituye un mecanismo idóneo de cubrir la brecha de atención en salud del país. En la sección siguiente se discute acerca de la presencia de ONG en el campo de la salud y se analiza y evalúa una estrategia de ampliación de cobertura mediante la cooperación de estas instituciones.

CUADRO 3.6:
Razones de no consulta. Total y por área geográfica (2001)

Razón de no consulta	2001		
	Urbano	Rural	Total
Falta de medicinas	6.0%	4.0%	5.0%
Falta de atención	18.0%	11.0%	14.0%
Muy caro	10.0%	24.0%	17.0%
No existe servicio de salud cercano	1.0%	6.0%	3.0%
No hay personal capacitado	1.0%	0.0%	0.3%
No fue necesario	43.0%	42.0%	43.0%
No cree en la medicina, no confía	2.0%	1.0%	2.0%
Prefiere remedios caseros	1.0%	1.0%	1.0%
No le dieron permiso	1.0%	0.4%	1.0%
Tuvo que trabajar	2.0%	1.0%	2.0%
Mala atención	9.0%	6.0%	8.0%
Gravedad del enfermo	2.0%	1.0%	2.0%
Otros	4.0%	2.0%	3.0%
Total	248,145	226,391	474,536

Fuente: EHPM 2001

En el cuadro 3.7 se completa esta información, con el análisis, por grupo social y por lugar de atención, de la demanda de servicios específicos de EDA e IRA. La fuente informativa utilizada es la encuesta FESAL 1998, de la cual se obtuvieron quintiles de población asociados con el porcentaje de necesidades

básicas insatisfechas como una aproximación del indicador de ingreso. Tal como se presenta de manera general en el cuadro, la cobertura de atención en EDA e IRA se concentra fundamentalmente en el sector dependiente del MSPAS (63.91% en EDA y 66.91% en IRA). Asimismo, la consulta de personas pertenecientes a los grupos poblacionales más pobres es mayor en estas instalaciones (74.3% y 81.89% respectivamente) que en los prestadores de la seguridad social y el sector privado, donde acuden más asiduamente los grupos de mayor capacidad económica.

Significativamente, la presencia de promotores dependientes directamente del Ministerio de Salud constituye el segundo grupo de atención de la población más necesitada (10.42% en EDA y 7.41% en IRA), reduciéndose su incidencia hacia los grupos más ricos, donde su participación es nula. La presencia de promotores de ONG es poco significativa, (menos del 1% en casi todos los casos).

CUADRO 3.7:
Hogares con consulta de enfermedad,
según lugar de atención y quintil de NBI (1998)

LUGAR DE ATENCION	TIPO DE ENFERMEDAD	Quintiles					TOTAL
		I	II	III	IV	V	
MSPAS	EDA	74.31	75.76	62.61	46.43	38.60	63.91
	IRA	81.89	74.11	64.35	63.84	37.31	66.91
ISSS	EDA	1.39	0.00	6.09	14.29	11.28	5.26
	IRA	0.82	3.05	6.94	9.04	14.18	6.00
HOSPITAL / CLINICA / MÉDICO PRIVADO	EDA	4.17	8.33	11.30	19.05	38.60	12.78
	IRA	3.29	5.58	13.89	19.21	40.3	14.17
PROMOTOR MSPAS	EDA	10.42	5.30	2.61	2.38	0.00	5.08
	IRA	7.41	6.09	2.78	0.56	0.00	3.83
PROMOTOR ONG	EDA	0.00	0.00	0.87	0.00	0.00	0.19
	IRA	0.41	1.52	0.46	0.00	0.00	0.52
FARMACIA	EDA	4.17	2.27	5.22	8.33	7.02	4.89
	IRA	2.06	4.06	5.09	5.65	1.49	3.72
OTRO	EDA	5.56	8.33	11.30	9.52	3.51	7.89
	IRA	4.12	5.58	6.48	1.69	6.72	4.86
TOTAL	EDA	100	100	100	100	100	100
	IRA	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta FESAL-98.

El sistema de salud de El Salvador sigue los parámetros tradicionales de las estructuras segmentadas latinoamericanas, con financiamiento público, privado y de la seguridad social. Para 1998, los salvadoreños gastaron el 8.3% del PIB en salud, lo que equivale a 165 dólares anuales per cápita. El sector público constituye la principal fuente de atención teórica, financiada por impuestos generales (Fondos GOES –generales y extraordinarios de El Salvador–) y que presta servicios en instalaciones propias, tanto ambulatorias como de hospitalización.

El MSPAS ha mantenido tradicionalmente una política de gestión de carácter centralizado y vertical que abarcaba desde la ejecución de los programas de salud hasta el financiamiento, administración, y apoyo técnico y logístico de sus

niveles más descentralizados. A partir de 2000, se han realizado grandes esfuerzos para cambiar esta estructura, desconcentrado y descentralizado actividades en el marco de los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI).

El subsistema de seguridad social se centra fundamentalmente en el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS) y otros sistemas menores (maestros, telecomunicaciones, etc.). El ISSS brinda atención formal a aproximadamente el 11% de la población, manteniendo una estructura de oferta de servicios propia y separada de aquellas dependientes del Ministerio de Salud. Ocasionalmente, el ISSS recurre a establecimientos privados o contratos con instituciones públicas para la prestación de servicios.

El sector privado está compuesto de prestadores directos de servicios, redes de atención con y sin fines de lucro, e instalaciones sanatoriales y esquemas de seguros, generalmente concentrados en el área metropolitana. En el cuadro 3.8 se muestra, para los períodos 1996, 1997 y 1998, las fuentes de financiamiento del sector. Queda en evidencia la poca variabilidad temporal en la distribución del gasto, con aproximadamente 46% de financiamiento público (21% de MSPAS y 21% en promedio del ISSS), y 53% de financiamiento privado, principalmente mediante gastos directos de bolsillo.

CUADRO 3.8:
Financiamiento del sector de la salud (1996-1998)

	1996	1997	1998
1. SUBSECTOR PÚBLICO	45.5%	42.8%	45.6%
1.1 MINSA (nacional, regional y local)	22.9%	20.7%	21.7%
Fondos del Tesoro	17.7%	15.1%	17.4%
Fondos propios	0.8%	1.7%	1.7%
Fondos externos	4.5%	3.9%	2.6%
1.2 Seguro Social	20.5%	20.0%	21.9%
Aportes de los afiliados	19.1%	18.7%	19.9%
Otros Ingresos	1.5%	1.4%	1.9%
1.3 Otras instituciones públicas	2.1%	2.1%	2.0%
Bienestar magisterial	0.7%	0.7%	0.8%
Sanidad militar	0.8%	0.7%	1.2%
Hospital ANTEL	0.6%	0.6%	0.0%
2. SUBSECTOR PRIVADO	54.5%	57.2%	54.4%
2.1 Seguros privados	1.3%	1.5%	1.5%
2.2 ONG (sin fines de lucro)	0.2%	0.1%	0.0%
2.3 Financiamiento de los hogares p/ servicios privados	53.0%	55.6%	52.9%
	0.0%	0.0%	0.0%
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%
% del PIB	8.22%	8.68%	8.70%

Fuente: MSPAS.

4- Contratación pública de ONG. Antecedentes

La reforma del sector de la salud generalmente incluye entre sus objetivos principales un cambio en el rol del sector público en la prestación, el financiamiento, la compra y la regulación de los servicios de salud. Como

consecuencia de lo anterior, también implica un cambio en el rol de otras organizaciones e instituciones involucradas en la prestación de servicios de salud. En este contexto, la relación Estado-ONG posee, desde la perspectiva de los actores entrevistados en El Salvador, un alto potencial para promover mayor equidad y acceso a la salud.

El sector público contrata los servicios de ONG para la prestación de servicios de salud primaria con el propósito de expandir la cobertura a la mayor cantidad posible de individuos, incrementar la oferta médica y aumentar la calidad del servicio prestado, especialmente a los sectores más vulnerables y desprotegidos. Desde la perspectiva de las ONG, existe la necesidad de aumentar sus fuentes de financiamiento mediante la diversificación de sus ingresos y focalizarse en su misión social (Abramson, 1999).

En teoría, la contratación del sector privado, tanto ONG como instituciones con fines de lucro, para la prestación de servicios de salud, incentiva potencialmente la competencia entre proveedores, lo que se traduce en una mejora en el acceso al cuidado de la salud y en la administración y asignación de los recursos totales de la sociedad en este tipo de servicios.

Las instituciones no gubernamentales constituyen en muchos casos instrumentos idóneos para ampliar naturalmente la cobertura de salud, objetivo que el sector público no necesariamente logra realizar a través de sus propios proveedores. Asimismo, la contratación de agentes que operan fuera de la normativa institucionalizada del sector público permite brindar mayor flexibilidad al acuerdo entre partes y especificar en detalle la estructura de la prestación deseada. Este esquema contrasta con las disposiciones de los servicios públicos, que generalmente adolecen de un manejo rígido en el área de los recursos humanos y carecen de mecanismos de incentivos.

El Salvador cuenta con una tradición de instituciones privadas sin fines de lucro dedicadas a la prestación de servicios sanitarios que se remonta a 1950, cuando el MSPAS comenzó a asistir a comunidades rurales mediante la instalación de puestos de salud. Estos centros contaban con la presencia de una auxiliar de enfermería y con visitas semanales de profesionales médicos o enfermeras graduadas.

Esta iniciativa se profundiza cuando la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), junto con otras instituciones, agrega a su campo de acción la prestación de servicios de planificación familiar y la derivación a establecimientos del MSPAS de todas aquellas mujeres que aceptaran utilizar alguno de los métodos anticonceptivos promocionados. Esta actividad se continúa realizando en la actualidad, con la participación adicional de voluntarios capacitados, que trabajan a demanda y perciben una comisión por la venta de anticonceptivos. Hacia 1988, el MSPAS incluyó en su estrategia de servicios las áreas de salud reproductiva y atención al niño mediante la contratación de promotores de salud, quienes recibían una bonificación de 460 colones mensuales. Geográficamente, estos promotores actuaban en aquellas zonas que no contaban con la presencia de ningún promotor de salud del MSPAS (Beza, 1998).

En ese mismo año, el MSPAS convoca a un Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil (CISI), reconociendo así la importante participación de ONG dedicadas a la salud materno-infantil. Dicho comité reunió alrededor de 54 instituciones para iniciar acciones orientadas al control de EDA en menores de 5 años a través de voluntarios comunales.

En 1990, y con fondos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), se inició el proyecto de salud materna y supervivencia infantil (PROSAMI), que, conformado por 36 ONG, brindó atención primaria a más de 400,000 salvadoreños. El propósito de la iniciativa fue reducir la morbilidad y mortalidad materna, infantil y de la niñez en las áreas rurales, mediante promotores de salud. Asimismo, la propuesta promovió una mejora en la capacidad resolutive de las comunidades beneficiarias, que en ninguno de los casos tenían acceso a servicios de salud institucionales o a través de promotores de salud del MSPAS. El primer grupo de promotores del PROSAMI fue formado en 1991, con la asistencia técnica del Programa de Salud Comunitaria del MSPAS, en lo concerniente a atención materno-infantil (Beza, 1998).

La iniciativa PROSAMI, el proyecto Salvadoreños Saludables (SALSA), conjuntamente con el proceso de reforma que dieron lugar a la gestión descentralizada mediante 28 Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI), constituyen los mecanismos mediante los cuales las ONG comenzaron a tener mayor protagonismo en el sector de la salud. Dentro de este marco se desarrolló el programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN), organizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo y la colaboración de cuatro ONG salvadoreñas.

5- Estudio de caso: análisis de la experiencia SESYN

En la presente sección se describen las características específicas del programa SESYN, la estructura contractual entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las ONG, los compromisos de gestión asumidos por estas últimas y los incentivos generados a partir de dicho contrato.

5.1.- El contrato

A través del Programa de Apoyo a la Modernización y del compromiso asumido por el MSPAS desde la creación de los SIBASI, se emprende el programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN). Éste tiene como objetivo el desarrollo de una estrategia de ampliación de la cobertura, basado en la focalización de los subsidios públicos y la prestación de un paquete definido de atención de la salud, que incluye tanto intervenciones preventivas como curativas. El programa se ejecuta a través de cuatro ONG contratadas para tal efecto; éstas tienen como marco geográfico de acción a un conjunto de comunidades de bajos recursos y perfil epidemiológico precario, ubicadas en los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate, en la zona occidental del país.

La estructura de contratación incluye el pago de una cápita por un valor de 20 dólares por individuo y por año, que financia una red de atención compuesta por promotores asalariados y Equipos Itinerantes de Salud (EIS). Ellos son parte de una red de atención con capacidad de resolución media y derivación de casos a las Unidades de Salud (puestos sanitarios) dependientes del Ministerio de Salud . A las ONG participantes les fueron asignados ocho grupos poblacionales que inicialmente cubren a aproximadamente 80.000 personas, con el fin de ampliar la iniciativa hasta llegar a 200.000 habitantes de las zonas seleccionadas (equivalente al 23.43% de la población rural sumada en la pobreza extrema).

De este modo, el Ministerio financia, con fondos provistos por el Banco Interamericano de Desarrollo, un plan garantizado de atención con la supervisión de una Unidad Coordinadora dentro del Programa de Apoyo a la Modernización del MSPAS.

Las ONG destinan un promotor comunitario por cada 800 a 1000 habitantes, cubiertos mediante visitas domiciliarias. Los promotores, formados por el MSPAS o por las mismas ONG participantes, reciben una retribución de aproximadamente 350 dólares mensuales. Estos responden organizativamente a la ONG contratante, pero actúan como agentes directos del Ministerio de Salud. Cada uno de estos agentes ejerce su función de acuerdo al nuevo modelo de prestación de salud y constituye el primer eslabón en una red de servicios de salud, con capacidad de derivación a los EIS, que realizan rondas mensuales en cada área de influencia.

Estos equipos de salud de los SESYN están compuestos por un médico, una enfermera y una nutricionista, y su área de influencia abarca poblaciones de entre 8.000 y 10.000 habitantes. Asimismo, el EIS es responsable de elaborar con participación de los promotores de salud, la Comunidad y el MSPAS un diagnóstico situacional de salud del espacio poblacional asignado, que servirá de base para la prestación de los servicios contratados.

Los mecanismos de supervisión, monitoreo y evaluación del programa cuentan con tres instancias consecutivas de acción. La primera se origina en el sistema propio de supervisión del programa, instrumentado por las ONG en su área de influencia. Cada proveedor externo debe contar con un equipo de supervisión que se encarga, junto con los equipos itinerantes, de registrar y analizar datos requeridos por el sistema de información para desarrollar la planificación, ejecución y evaluación de la cobertura de los servicios contratados. Este equipo desarrolla acciones de asesoría, supervisión y capacitación en servicio durante sus recorridos de trabajo.

La segunda estructura de seguimiento se relaciona con el control de los registros de promotores y EIS, que rinden cuentas a cada una de las ONG. Éstas, a su vez, entregan informes periódicos a la Unidad Coordinadora del Programa (UCP), con el fin de dar seguimiento a las pautas de cobertura establecidas. En una tercera instancia, el programa en su conjunto contrata

auditorías externas para que evalúen su desempeño y el cumplimiento de metas.

Para la selección de proveedores, consistente en un proceso de precalificación de empresas a cargo del Comité de Evaluación del Programa, se utilizan criterios tales como experiencia, capacidad instalada y financiera, y otros requerimientos legales.

Como resultado de este proceso, fueron precalificados 14 organismos proveedores de entre 28 empresas que se presentaron a la convocatoria. A partir de esta preselección se elaboraron ocho listas finales, a través de un método aleatorio de selección de cinco organismos proveedores por cada uno de los ocho grupos poblacionales. Posteriormente, se elaboraron las bases de licitación para evaluar las ofertas técnicas de las instituciones potencialmente proveedoras, que contaron con la aprobación del organismo financiador (Banco Interamericano de Desarrollo).

Tras el análisis de las ofertas técnicas por parte del Comité de Evaluación, nombrado por el Viceministro de Salud e integrado por los coordinadores de previsión de salud de los SIBASI de Sonsonate y Ahuachapán, el coordinador del Equipo Técnico de Zona de Occidente, y parte de la UCP, se asignaron los grupos poblacionales. En el departamento de Ahuachapán, las ONG Calma y Asaprosar se adjudicaron dos grupos poblacionales cada una, en tanto que en Sonsonate, le fue asignado un grupo poblacional a cada una de las siguientes instituciones: Fusal, Seraphim, Calma y Asaprosar. Las operaciones se iniciaron a fines de 2003.

5.2.- El paquete de servicios

El paquete de servicios que considera el programa SESYN cuenta con una serie relativamente amplia de intervenciones, que abarca la atención preventiva y curativa de toda causa de morbilidad prevalente en la zona de influencia de programa, focalizándose en la atención integral materno-infantil. El paquete incluye acciones tendientes a fomentar la maternidad y paternidad responsables, y la promoción de la organización comunitaria. Específicamente, los servicios brindados por la iniciativa son los siguientes:

- Atención integral de salud a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia,
- Atención integral en salud y nutrición a niños menores de cinco años y madres lactantes,
- Prevención y diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino y mamario (30 a 59 años),
- Fomento de la maternidad y paternidad responsables,
- Atención a la morbilidad prevalente en todos los grupos de edad,
- Promoción y fomento de la salud en la familia,
- Intervención en las condiciones de riesgo ambientales en el ámbito comunitario,
- Vigilancia epidemiológica según factores de riesgo en el ámbito comunitario,

- Promoción de la organización comunitaria y fomento de la participación ciudadana y la contraloría social.

5.3.- Los incentivos

Cuando dos agentes entablan una relación económica que involucra compromisos a futuro, ambas partes normalmente firman un contrato o acuerdan de buena fe una serie de pautas que rijan la interacción futura. Idealmente, en este contrato se especifican las obligaciones de las partes involucradas ante cada escenario potencial. Sin embargo, la existencia de limitaciones de información favorece potencialmente al agente que cuente con mayor información relativa.²

Esta falta de información impide medir la eficacia del desembolso realizado y ello, a su vez, influye sobre la estructura de costos. Uno de los métodos para lograr una mayor eficiencia en la asignación de recursos consiste en minimizar los costos para la prestación de un determinado paquete de servicios, pero su cumplimiento no puede ser perfectamente conocido.

La existencia de mecanismos contractuales basados en remuneraciones capitadas provee incentivos para una atención adecuada y con sesgos preventivos, en la medida que los agentes participen de un “contexto competitivo”. De no ser esto posible, el instrumento contractual deberá establecer mecanismos de seguimiento y evaluación que permitan cotejar experiencias similares, para establecer patrones de comparación y control del caso analizado. En la medida en que estos parámetros de seguimiento y control no puedan elaborarse, los prestadores probablemente recurrirán a la subprestación como mecanismo de maximización de sus beneficios.³

Esta situación no es ajena al caso estudiado, al considerar el análisis de los incentivos surgidos del contrato del programa SESYN. A modo de ejemplo, se analiza a continuación la relación contractual entre las ONG y la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP), para luego extender el análisis a la relación entre las ONG y los promotores de salud.

² Como fuera mencionado al inicio de este documento, la presencia de esquemas de contratación entre prestadores y financiadores, cualquiera sea la naturaleza de cada uno de ellos, se encuentra asociada con la falta de información completa. Si bien usualmente el establecimiento de un acuerdo contractual se plantea como un mecanismo de control de costos, éste es en realidad un subproducto del acuerdo. Si existiera información completa entre actores, no serían necesarios mecanismos de seguimiento complejos ni estructuras de incentivos: la mera observación de los resultados de atención y la verificación de que éstos son el producto de una necesidad de cuidado manifestada y eficazmente tratada llevaría al pago por el esfuerzo realizado. Sin embargo, ello no es posible: el financiador no cuenta con posibilidades de saber si la necesidad de la población fue correctamente identificada y satisfecha, como tampoco si la atención fue excesiva o suficiente, en niveles de calidad razonables.

³ Tradicionalmente los pagos por atención ambulatoria de servicios de salud tienen tres formas básicas: el pago por prestación, el desembolso de un presupuesto fijo o la fijación de una cápita por individuo o grupo de individuos, tópicos tradicionales de discusión en los estudios económicos (Eastaugh, 1992; Ellis y McGuire, 1986; Kauer et al., 1995, entre muchos otros). La teoría sugiere que normalmente el primero de ellos, ante condiciones de falta de información, provoca una sobrestación de servicios, en tanto el prestador busca maximizar su ingreso. Como consecuencia de la demanda generada por el propio profesional de salud, la calidad de la atención por unidad de tiempo corre riesgos de disminuir. En el caso de un pago por presupuesto fijo, el ingreso del profesional o la institución sanitaria es exógeno y constante. De tal modo, la reducción de la calidad de atención o del tiempo dedicado a la misma son los instrumentos de ajuste disponibles por el agente para disminuir costos operativos y de este modo incrementar el ingreso neto final. Finalmente, el pago capitado genera incentivos a la subprestación de servicios, en la medida que no existen mecanismos de aumento de la remuneración por paciente atendido. Sin embargo, la existencia de contratos de largo plazo y la presencia de estructuras competitivas entre prestadores permitirían mantener estándares adecuados de atención. La posibilidad de mantener el contrato en el tiempo en un medio competitivo genera incentivos a mantener umbrales de calidad apoyados en prácticas preventivas, que reduzcan el riesgo de cambio de médico/sanatorio por parte del paciente.

Esquemáticamente, las ONG establecen contratos con el sector público básicamente por tres razones: para cumplir con su misión social, para sostenerse a sí mismas financieramente y para ganar el reconocimiento del gobierno y la reputación social ante futuras iniciativas similares.

Asimismo, la presencia de ONG sin fines de lucro en la prestación de servicios de salud sugiere que, si bien la motivación económica se mantiene vigente en la función de la institución, ésta se complementa con metas sociales, de inserción comunitaria y fines altruistas.⁴

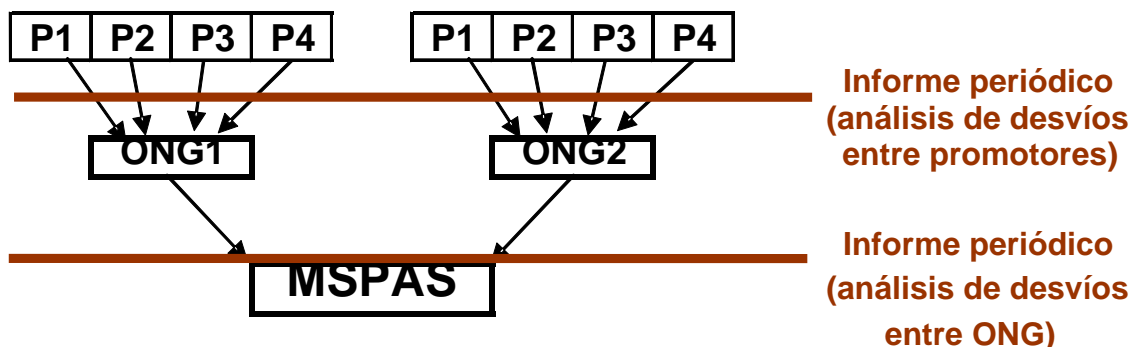
Complementariamente, la estructura contractual genera obligaciones para el financiador, corresponsable del éxito de la iniciativa. Al contratar servicios, el Estado financiador comparte riesgos y responsabilidades con el proveedor que contrata. Los términos asociados con las características de la prestación de servicios, el nivel de precios, los costos administrativos y los costos de supervisión determinan cierta distribución del riesgo entre ambas partes. De este modo, un contrato constituye una responsabilidad para el comprador, en la medida que supone la fijación de estructuras de pago que no pongan en riesgo la estructura institucional contratada, a la vez que establece reglas claras de seguimiento y monitoreo de las metas sanitarias propuestas.

En el caso particular del contrato SESYN, la presencia de cápitales por individuo perteneciente al programa, abonadas a cada ONG, presupone la necesidad de desarrollar mecanismos de seguimiento mediante la comparación de los resultados de su desempeño. En cada grupo poblacional y cantón, la ONG actúa con exclusividad y es responsable de un grupo de individuos identificados. Esta situación “monopólica” requiere, como ya fuera mencionado, de estructuras de evaluación que “repliquen” un modelo competitivo a fin de evitar el riesgo de subprestación. En la medida que estas estructuras de seguimiento sean efectivas, el riesgo de pérdidas en la asignación de recursos y baja efectividad del programa se reducen, incluso en el caso que la institución no gubernamental cuente con una función objetivo con sesgo económico (un μ alto).

Las ventajas de diseño del programa se basan en la perspectiva de focalización en individuos con altas tasas de necesidades básicas insatisfechas principalmente rurales. Sin embargo, la efectividad del mismo descansa en complementar los pagos capitados con mecanismos de seguimiento que permitan comparar resultados entre instituciones, analizar desvíos en el desempeño relativo entre ellas y utilizar tal evidencia para reducir potenciales comportamientos oportunistas (véase la figura 5.1).

⁴ Formalmente, puede considerarse que la función de beneficios de estas instituciones tiene dos términos, uno asociado con beneficios económicos, y ponderado por un factor μ , y un segundo término basado en metas sociales, cuya importancia está definida por un factor complementario $(1 - \mu)$. En la medida que la institución se orienta a lograr mayor éxito económico, el factor μ se hace cercano a 1 y las metas sociales se ven minimizadas. En el caso contrario, el factor de ponderación se vuelve cercano a 0, y la institución se orienta mayormente a cubrir metas sociales (Dranove, 1988 b).

FIGURA 5.1:
Análisis de desvíos entre promotores y ONG



Por diseño de la iniciativa, la UCP exige a las ONG contratadas que entreguen informes mensuales acerca de la situación de salud de las poblaciones asignadas. Este instrumento constituye una herramienta para evaluar su desempeño, mediante una estrategia de monitoreo y control basada en el análisis de resultados. La UCP puede establecer criterios de evaluación de desvíos respecto de la media de todos los informes presentados por las distintas organizaciones contratadas, generando un escenario de competencia gerencial que reduzca los riesgos asociados con pagos capitados en situaciones monopólicas.

Del mismo modo, la relación contractual entre ONG y sus promotores y equipos itinerantes se basa en estructuras de pagos capitados y poblaciones cautivas. Un esquema de seguimiento basado en la comparación de prestaciones y análisis de desvíos de cada prestador con respecto a la media completaría un esquema de incentivos adecuado, con capacidad institucional de seguimiento y efectivo en términos de asignación social de recursos, dentro de un esquema de prestación de servicios con múltiples actores.

5.4- El modelo de evaluación

El modelo de evaluación se basa en el análisis de la encuesta de hogares desarrollada en el marco de este protocolo de investigación, complementado con la utilización de datos asociados con costos del programa SESYN y de la iniciativa de promotores públicos.

A partir de esta información, se comparan los índices de cobertura alcanzados por la iniciativa de las ONG y aquellos obtenidos por los promotores públicos. A su vez, ambas experiencias son contrastadas con el “piso” de atención provisto por las instalaciones del Ministerio de Salud en aquellas áreas donde no existen promotores de ninguna naturaleza. Los cuadros de estadísticas descriptivas y estimaciones econométricas, realizadas mediante modelos logísticos simples, proponen profundizar en la capacidad relativa de cada iniciativa para explicar las diferencias en atención preventiva y curativa de la población destinataria del programa.

Funcionalmente, se propone analizar la probabilidad de cobertura de un tipo de intervención “i” dada la existencia de una necesidad de atención,

$$Prob (Cobertura_i / Necesidad) = F (X_c; Promotor ; PromONG ; ONG_j)$$

donde:

X_c	Grupo de variables control asociadas con el cantón “c”,
$Promotor$	Variable <i>dummy</i> que toma valor 1 cuando existe promotor en el área de residencia del paciente,
$PromONG$	Variable <i>dummy</i> que toma valor 1 cuando existe promotor de ONG en el área de residencia del paciente,
ONG_j	Vector de variables <i>dummy</i> por ONG “j”, con $j = 1 \dots n$

De este modo, un coeficiente positivo y significativo de la variable *Promotor* refleja la importancia de la iniciativa de acercamiento de la atención al domicilio de la población, independientemente de su carácter institucional.

La variable *PromONG* tiene como objeto “calificar” a la variable anterior. Un coeficiente no significativo de esta variable *dummy* refleja la falta de diferenciación entre promotores públicos y asociados con el programa SESYN, para cualquier signo y significatividad de *Promotores*. Un signo positivo y significativo de su coeficiente, por el contrario, muestra el mejor desempeño relativo de esta iniciativa. Finalmente, las variables asociadas con una “j” ONG en particular reflejan la presencia o no de diferencias de desempeño entre instituciones.

Finalmente se proponen mecanismos alternativos de evaluación de costo-efectividad entre iniciativas, en base a estructuras de sensibilidad basadas en dos criterios: tipo de intervención y unidad de evaluación (área geográfica o tipo de iniciativa).

Se propone identificar no sólo la participación de la iniciativa dentro de su área de influencia sino también de cada uno de sus componentes (promotores, EIS) como parte de la red de atención que completa el sistema público de salud. Por ello, tanto los cuadros de cobertura por tipo de intervención como las estimaciones de costo-efectividad consideran dos escenarios complementarios: (a) por área geográfica de influencia, y (b) por iniciativa, incluida la atención asociada con cada programa, independientemente de su lugar de prestación.

Finalmente, el concepto de “necesidad” de atención requiere de la existencia de un seguimiento temporal de la evaluación, por lo que no se aborda en el presente informe. Sin embargo, y considerando la presencia de intervenciones preventivas y curativas en el paquete de servicios ofrecidos en ambos programas (ONG y promotores públicos), se proponen dos mecanismos alternativos de ponderación de unidades de atención: (a) equi-importancia de todas las intervenciones del paquete, y (b) asignar mayor peso a las intervenciones preventivas, dada su mayor “tasa de descuento intertemporal”.

5.5.- El instrumento

El instrumento de evaluación preliminar del programa utilizado en este documento es una encuesta de hogares, realizada a partir de una muestra aleatoria de 1003 familias para los ocho grupos poblacionales incorporados a la iniciativa en los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate.

La muestra fue diseñada para contar con tres grupos de individuos: un tercio de población beneficiaria del programa, correspondiente a la iniciativa de financiamiento público de ONG (SESYN); un tercio de familias residentes en áreas de atención exclusiva de promotores públicos, que constituyen el grupo de control de este estudio, y un último tercio de la muestra con viviendas en áreas donde no existen mecanismos complementarios de atención de la salud más allá de las instalaciones tradicionales del Ministerio de Salud y los prestadores privados, de la seguridad social y comunitarios no dependientes de fondos del MSPAS.

La información recogida corresponde a características de empleo, ingreso, vivienda y educación de las familias, y otros indicadores de condiciones de vida tradicionalmente incluidos en este tipo de instrumentos muestrales.

Estos datos a nivel familiar e individual se complementan con un conjunto de preguntas sobre tipo y lugar de atención, gasto de bolsillo en cuidados de la salud por tipo y lugar de desembolso y gastos en transporte asociados con la atención. Las intervenciones incluidas son tanto preventivas como curativas: IRA, EDA, vacunación, vitaminas, atención prenatal, planificación familiar, atención del parto y de problemas de salud a mayores de seis años.

En el cuadro siguiente se muestran algunos indicadores obtenidos a través de la encuesta, desglosados por área geográfica, según el programa prevalente. En general, puede observarse cierta uniformidad, tanto en términos de indicadores sanitarios como sociodemográficos, con algún sesgo por debajo de la media muestral en las variables asociadas con educación en los cantones con cobertura de ONG. Asimismo, se verifica un mayor gasto de bolsillo en salud en las familias residentes en el área con cobertura de promotores de SESYN. Ambos aspectos serán analizados en la siguiente sección, conjuntamente con el desarrollo del plan de trabajo presentado en la sección 2.

CUADRO 5.1:
Características sociodemográficas de la muestra

CONCEPTO (En porcentaje)	AREA			TOTAL
	PROMOTOR ONG	PROMOTOR PÚBLICO	SIN PROMOTOR	
CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR				
Número promedio de personas por hogar	5.18	5.36	5.49	5.35
Número promedio de hijos por hogar	2.81	3.30	3.27	3.13
Hogares con jefe de hogar mujer	23.80%	20.30%	22.39%	22.16%
Población analfabeta (6 años y más)	27.57%	37.16%	32.30%	32.38%
Viviendas con paredes inadecuadas	44.51%	68.29%	50.76%	54.53%
Viviendas con piso inadecuado	73.17%	85.67%	74.92%	77.92%
Viviendas con techo inadecuado	73.17%	79.57%	64.83%	72.52%
Viviendas con desagüe de excretas inadecuado	4.57%	11.59%	14.98%	10.38%
Viviendas con obtención de agua inadecuada	10.98%	15.85%	9.17%	12.00%
Gastos medios del hogar (\$)	\$130.25	\$103.97	\$111.63	\$115.71

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR plus, 2004.

En el anexo IV se incluye un detalle de la metodología muestral considerada, en tanto en el anexo V se presenta el formulario de encuesta utilizado por el proyecto.

6- Resultados

6.1- Evaluación de la experiencia

La evaluación del programa se basa fundamentalmente en dos planteamientos. El primero de ellos busca establecer la capacidad del indicador de “consultas por tipo” como una medida de efectividad del programa. El segundo apunta a determinar los costos de la iniciativa, tanto desde una perspectiva individual como social.

En general, el número de consultas no constituye necesariamente un indicador adecuado de efectividad.⁵ Sin embargo, en grupos poblacionales con altos niveles de necesidades básicas insatisfechas, como son los municipios atendidos, existe una demanda potencialmente alta, excedente y no cubierta al momento de la intervención. Bajo esta perspectiva, cuanto mayor sea el número de consultas brindadas se asume que más efectivo es el programa implementado. No obstante ello, el objetivo de este tipo de iniciativas no sólo consiste en aumentar el número de consultas, sino también en reducir la probabilidad de enfermedad de los individuos sanos. En esa perspectiva, el éxito del programa depende de dos aspectos: (a) el aumento del número de consultas de aquellos grupos poblacionales con demanda excedente, ya sea a

⁵ El indicador de consultas varía con respecto al mecanismo de pago, como se discutiera previamente. Asimismo, puede estar asociado a un fenómeno de riesgo moral.

partir de la prestación directa de servicios o bien mediante una adecuada estructura de derivación, y (b) la reducción de la probabilidad de enfermar mediante una estrategia preventiva. Dadas las características sociales de los dos departamentos analizados, se espera que ambos tipos de intervenciones contribuyan a incrementar el número de visitas, aumentando la efectividad de la estrategia sanitaria del país.

Paralelamente, la evaluación del programa ejecutado requiere considerar dos puntos de vista: desde cada prestador en particular, ya sea el Equipo Itinerante de Salud (EIS), el promotor público o el promotor de ONG, así como también desde una visión del sistema en su conjunto, analizando cuáles han sido las estructuras de atención que facilitaron la prestación de servicios de salud dentro de cada una de las áreas.

Por esta razón, la siguiente evaluación analiza cada tipo de prestación a partir de dos aproximaciones. La primera, por *área geográfica* de intervención, considerando que al interior de cada una de ellas (áreas con presencia de promotores de ONG, áreas con representación de promotores públicos y áreas sin ningún tipo de atención complementaria más allá de las instalaciones del MSPAS), la cobertura existe y es brindada por un conjunto de prestadores cuyos servicios complementan a los de la iniciativa. La segunda alternativa considera al desempeño de la oferta específica de *cada iniciativa*, estableciendo no solamente el número de consultas que cada prestador realiza al interior de su área de influencia, sino también teniendo en cuenta las externalidades que se generan sobre las restantes zonas geográficas.

En la siguiente sección se analizan los mecanismos de cobertura por área geográfica de influencia y por iniciativa, tanto de intervenciones asociadas con medidas curativas en el sistema de salud, como así también de indicadores de intervención preventiva. Dentro del primer grupo se han seleccionado la atención de EDA (enfermedad diarreica aguda) e IRA (infección respiratoria aguda) en niños menores de cinco años de edad, atención del parto en el último año y la atención de problemas de salud en general de todos aquellos individuos mayores a seis años que hayan declarado haber padecido algún malestar en los últimos quince días previos a la encuesta. En el segundo grupo se consideran las intervenciones por vacunación, provisión de micronutrientes, controles prenatales y consultas por planificación familiar y control de peso.

En cuanto a costos, el análisis presenta ciertas limitaciones debido al breve período de ejecución (seis meses) del programa analizado, lo que distorsiona su comparación con otros de larga data y trayectoria en El Salvador, como la promoción de servicios de salud a través de agentes públicos.

En un intento por sortear este obstáculo, se adoptaron dos visiones alternativas de evaluación. La primera de ellas suma a los costos propios asociados con la ejecución del programa el total de los gastos de bolsillo de los individuos. Esta aproximación se denomina "*visión social*", dado que incorpora los gastos totales asociados con el financiamiento del programa. Alternativamente, la "*visión individual*", contempla solamente los gastos de bolsillo del individuo, que incluyen el costo de la consulta, si lo hubiera, y todas aquellas erogaciones

indirectas que realizan los usuarios. Dentro de este grupo se contabilizan los desembolsos relacionados con gastos tales como transporte, medicamentos, internación y aquellos relativos a tratamientos y análisis.

Otra limitación en la evaluación de un programa reciente es la determinación de un mecanismo que se aproxime a una tasa de descuento social, que pondere la eficacia intertemporal de las distintas intervenciones a partir de la cual estas iniciativas deberían ser evaluadas.

La aproximación que se propone en el presente documento es conferirle una mayor ponderación relativa a todas las intervenciones de carácter preventivo respecto de aquellas de índole curativa, en una relación de 2 a 1 a favor de las primeras. Así, el total de las cuatro intervenciones preventivas constituye el 60% del indicador de efectividad de cualquier iniciativa, en tanto que las curativas suman en conjunto el 40%.⁶

Los costos asociados con el financiamiento del sector público no deben ser considerados en la estimación de ninguna de las dos áreas geográficas con promotores, puesto que ambas cuentan con la utilización del MSPAS como prestador de última instancia. En la determinación de los costos del área de influencia de los promotores públicos se considera el salario mensual recibido por cada uno de ellos. De acuerdo a los estudios sobre esta temática en El Salvador, se estima la existencia de un promotor por cada 800 ó 1000 habitantes, cuya remuneración mensual es de aproximadamente 350 dólares. Por lo tanto, y a partir de la población incorporada en el área muestral (véase el anexo I) el costo semestral de la iniciativa pública se estima en aproximadamente 4,193 dólares en su área de influencia. La estructura de contratos de la iniciativa de las ONG, por su parte, prorrateada entre la población destinataria, alcanza un monto total de 17,220 dólares por semestre.⁷

Claramente, los costos totales del programa de contratación pública de ONG, excluidos los gastos de bolsillo, superan con creces a los costos de las áreas bajo dominio de promotores públicos, en una relación de 4 a 1 aproximadamente.

⁶ La evaluación requirió realizar algunos supuestos. El primero establece que cada promotor de salud dedica una proporción idéntica de su tiempo a cada una de sus intervenciones. Ello permitirá eventualmente establecer mecanismos alternativos de ponderaciones de cada consulta, con tasas de descuento iguales o diferentes entre intervenciones preventivas y curativas.

Dado que el instrumento muestral utilizado considera períodos de tiempo distintos al momento del requerir información sobre las intervenciones recibidas, el segundo supuesto propone homogeneizar temporalmente a todas ellas, expresándolas en unidades semestrales. Para ello el mecanismo para establecer los ponderadores del número de consultas está basado en la probabilidad de casos favorables (atención de una determinada intervención o evento de cuidado), sobre el número total de atenciones recibidas por la población de cada área durante el período semestral. A partir de ello se elabora un índice de ponderación ω_i para cada intervención de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\omega_i = \frac{C_i t_i}{\sum_{i=1}^N C_i t_i} - 100$$

Siendo t_i el factor de homogeneización temporal (quincenal, mensual, semestral) y C_i el número de consultas por intervención.

⁷ Considerando que los medicamentos no forman parte de la cobertura de los promotores públicos, así como tampoco de las áreas geográficas que no cuentan con ningún tipo de promotor, el valor a ser tenido en cuenta para el cálculo de costos de aquellas zonas que cuentan con presencia de promotores de ONG, es de sólo 20 dólares per cápita anuales. El anexo II: "Enfoque alternativo en la determinación de indicadores de costo-efectividad", donde se plantea un abordaje que basa la construcción de los indicadores en los gastos salariales de la iniciativa analizada.

Un enfoque complementario a considerar en un futuro estudio consiste en corregir la variable de consultas por los informes de calidad de atención proporcionados por los individuos en las encuestas. En este caso, los indicadores de satisfacción, si bien fueron incluidos en el formulario, resultaron poco concluyentes debido al escaso nivel de respuesta de los usuarios.

6.2- Expansión de cobertura

A partir del análisis de la información brindada por las 1003 familias encuestadas, esta sección presenta por área de influencia y por iniciativa, los informes de consultas para las cinco intervenciones de carácter preventivo, seguida por los mismos indicadores para consultas de índole curativa.

De la lectura del cuadro 6.1, que muestra, por área geográfica, la administración de vacunas a niños menores de cinco años de edad en los últimos seis meses, se desprende que, si bien la cobertura en aquellos cantones asignados a los promotores privados resulta superior a la del resto de las demás áreas, superándolas en aproximadamente más de cinco puntos porcentuales, ésta no resulta estadísticamente significativa respecto de las zonas con presencia de promotores públicos a un 5% de significancia⁸ como para establecer un resultado favorable atribuible a la presencia de promotores privados. Muy por el contrario, la diferencia en los niveles de cobertura alcanzados por los promotores de ONG sí resulta significativa respecto de las zonas con influencia directa del MSPAS.

En el cuadro 6.1 b) se analiza el peso de los niños totales vacunados, por región y también por iniciativa. Se observa que la vacunación administrada directamente por los promotores privados alcanzó a 62 niños menores de cinco años de edad, mientras que los promotores públicos inmunizaron a 50, lo que representa una cobertura del 51.24% y del 45.87% respectivamente, en relación a la población destinataria. Si se consideran los 59 casos de vacunación realizados por el EIS en todas las áreas, la efectividad total de la iniciativa de las ONG es del 36%, en comparación con los casos registrados en el área exclusiva de promotores públicos. Esto representa una cobertura del 14.9% sobre el total de niños vacunados en los últimos seis meses.

⁸ Véase el anexo II: "Test de proporciones. Prueba de significatividad estadística para muestras de diferentes tamaños".

CUADRO 6.1:
Administración de vacunas

a) **Vacunas totales, por área, en los últimos seis meses**

	AREA			
	INICIATIVA DE ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
NO	263 68.49%	320 74.59%	346 76.55%	929 73.44%
SÍ	121 31.51%	109 25.41%	106 23.45%	336 26.56%
TOTAL	384 100.00%	429 100.00%	452 100.00%	1265 100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

b) **Total niños vacunados, por área y proveedor, en los últimos seis meses**

	AREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
PROMOTOR MSPAS	0 0.00%	50 45.87%	0 0.00%	50 14.88%
PROMOTOR ONG	62 51.24%	0 0.00%	0 0.00%	62 18.45%
EIS	13 10.74%	18 16.51%	28 26.42%	59 17.56%
OTRO	46 38.02%	41 37.61%	78 73.58%	165 49.11%
TOTAL	121 100.00%	109 100.00%	106 100.00%	336 100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

Nota: La categoría "Otros" incluye la vacunación ocurrida en centros públicos o privados de salud.

Con respecto a la administración de micronutrientes de vitamina "A" a menores de hasta cinco años de edad por área geográfica, nuevamente se observa una mínima diferencia a favor de las áreas geográficas bajo influencia de promotores públicos en relación al área donde operan las ONG, con niveles de cobertura de aproximadamente 62.35% y del 56.84% de la población asignada, respectivamente, no verificándose una diferencia estadísticamente significativa al 5% a favor de la presencia de promotores privados. Ambos casos superan en aproximadamente diez puntos porcentuales a la zona en la cual no existe ningún tipo de promotor. Sin embargo, cuando se considera la cobertura de la iniciativa privada en su conjunto, teniendo en cuenta todos aquellos casos atendidos por el EIS en las tres regiones analizadas, el número total de casos cubiertos por el programa SESYN asciende a 211 contra las 135 atenciones realizadas por promotores públicos. De esta forma, los resultados de la iniciativa de las ONG resultan significativos al 5%, obteniéndose una cobertura que supera el 30% con respecto a las áreas de influencia de promotores públicos, en las que se registra una cobertura de aproximadamente 19.45% del total de los casos intervenidos.

CUADRO 6.2:
Administración de micronutrientes

a) Administración de vitamina A, por área

	AREA			TOTAL
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	
NO	141 37.11%	128 30.33%	217 47.90%	486 38.73%
SÍ	216 56.84%	263 62.32%	215 47.46%	694 55.30%
NS/NR	23 6.05%	31 7.35%	21 4.64%	75 5.98%
TOTAL	380 100.00%	422 100.00%	453 100.00%	1255 100.00%

b) Total niños con administración de vitamina A, por área y proveedor

	AREA			TOTAL
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	
PROMOTOR MSPAS	0 0.00%	135 51.33%	0 0.00%	135 19.45%
PROMOTOR ONG	127 58.80%	0 0.00%	0 0.00%	127 18.30%
EIS	18 8.33%	35 13.31%	31 14.42%	84 12.10%
OTRO	71 32.87%	93 35.36%	184 85.58%	348 50.14%
TOTAL	216 100.00%	263 100.00%	215 100.00%	694 100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.
Nota: La categoría "Otro" incluye la administración de micronutrientes en centros públicos o privados de salud.

En los cuadros 6.3 a 6.5 se indican la atención por área y por controles prenatales, planificación familiar y control de peso. En el primer cuadro se observa que los controles prenatales en los cantones con presencia de promotores, tanto públicos como privados, tienen un desempeño relativamente inferior a las zonas que no cuentan con este tipo de complemento asistencial de los servicios de salud, no registrándose una diferencia estadísticamente significativa a favor de la presencia de promotores, ni públicos ni privados. A pesar de ello, a partir de la lectura del cuadro 6.3 b) se desprende que los casos atendidos, tanto por promotores públicos como por el EIS (2 sobre un total de 51 casos atendidos), resultan insuficientes para extraer una conclusión categórica acerca del desempeño del programa en este tipo de intervención preventiva.

CUADRO 6.3:
Controles prenatales

a) Controles prenatales, por área

	ÁREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
NO RECIBIÓ CONTROL	6 28.57%	4 23.53%	6 20.69%	16 23.88%
RECIBIÓ AL MENOS 2	15 71.43%	13 76.47%	23 79.31%	51 76.12%
TOTAL	21 100.00%	17 100.00%	29 100.00%	67 100.00%

b) Mujeres con controles, según área y promotor

	ÁREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
EIS	1 6.67%	0 0.00%	0 0.00%	1 1.96%
MÉDICO US	7 46.67%	11 91.67%	16 66.67%	34 66.67%
ENFERMERA US	0 0.00%	0 0.00%	4 16.67%	4 7.84%
PROMOTOR MSPAS	0 0.00%	1 8.33%	0 0.00%	1 1.96%
OTRO	7 46.67%	0 0.00%	4 16.67%	11 21.57%
TOTAL	15 100.00%	12 100.00%	24 100.00%	51 100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

Nota: La categoría "Otros" incluyen partos asistidos en hospitales y casas de salud, o ocurridos en "casa propia".

En el caso de los controles de planificación familiar, se observa a partir de la lectura del cuadro 6.4 que, a nivel geográfico, los cantones bajo influencia de promotores de ONG muestran una cobertura levemente superior, aunque no por ello significativa respecto de las dos áreas restantes. En tanto el 15.79% de la población destinataria (mujeres en edad fértil) residentes en los cantones donde operan promotores privados recibe atención de planificación familiar, esta protección desciende a 13.58% en las áreas con dominio de promotores públicos, nivel que no resulta significativo al 5% respecto de aquellas zonas en las cuales no existe ningún tipo de cobertura adicional más allá de la brindada por el MSPAS. Esta brecha de efectividad cambia si se realiza una comparación por estructura de atención; ahí se evidencia que la presencia de los EIS en este tipo de intervención preventiva es muy exitosa, ya que cubre el 94% de la población destinataria del programa en su área exclusiva de influencia y supera el 85% en las dos restantes, lo que refleja una fuerte

externalidad positiva asociada con la presencia de los EIS en cantones vecinos.

CUADRO 6.4:
Control planificación familiar

a) Asistencia control de planificación familiar, por área

	AREA			TOTAL
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	
NO	448 84.21%	471 86.42%	467 84.60%	1386 85.08%
Sí	84 15.79%	74 13.58%	85 15.40%	243 14.92%
TOTAL	532 100.00%	545 100.00%	552 100.00%	1629 100.00%

b) Mujeres fértiles con asistencia a control de planificación familiar, según área y proveedor

	AREA			TOTAL
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	
EIS	79 94.05%	63 86.30%	74 86.05%	216 88.89%
GINECÓLOGO	1 1.19%	3 4.11%	6 6.98%	10 4.12%
MÉDICO GENERAL	1 1.19%	1 1.37%	1 1.16%	3 1.23%
FAMILIAR / AMIGO	1 1.19%	0 0.00%	0 0.00%	1 0.41%
NS/NR	2 2.38%	6 8.22%	5 5.81%	13 5.35%
TOTAL	84 100.00%	73 100.00%	86 100.00%	243 100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

Finalmente, en el cuadro 6.5 se analiza la atención por control del peso en menores de hasta cinco años de edad. De su lectura se desprende que los niveles de cobertura son similares entre los cantones que cuentan con promotores privados y los que cuentan con promotores públicos. El porcentaje de casos atendidos por los primeros es levemente inferior respecto de los segundos, superando en conjunto la cobertura del área sin promotor.

Este similar grado de cobertura también se refleja en el cuadro 6.5 b) en el cual los casos registrados con atención de unos y otros alcanzan 51.77% y 52.08%, respectivamente. No obstante, si se incorpora en el análisis la atención de los EIS, no sólo para el área específica asignada a la iniciativa privada sino para la población atendida en todas las regiones, la iniciativa de promotores de ONG

alcanza una efectividad de aproximadamente el 32% de la población objetivo total.

CUADRO 6.5:
Control del peso

a) Control del peso, por área

	AREA			TOTAL
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	
NO	149 39.21%	152 36.02%	260 57.40%	561 44.70%
SÍ	226 59.47%	265 62.80%	189 41.72%	680 54.18%
NS/NR	5 1.32%	5 1.18%	4 0.88%	14 1.12%
TOTAL	380 100.00%	422 100.00%	453 100.00%	1255 100.00%

b) Total niños pesados, por área y proveedor

	AREA			TOTAL
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	
PROMOTOR MSPAS	0 0.00%	138 52.08%	0 0.00%	138 20.29%
PROMOTOR ONG	117 51.77%	0 0.00%	0 0.00%	117 17.21%
EIS	23 10.18%	33 12.45%	45 23.81%	101 14.85%
OTRO	86 38.05%	94 35.47%	144 76.19%	324 47.65%
TOTAL	226 100.00%	265 100.00%	189 100.00%	680 100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.
Nota: La categoría "Otros" incluye el control realizado en centros públicos o privados de salud.

En el estudio de cobertura por intervenciones curativas, es preciso incorporar un elemento adicional al análisis, que se relaciona con la capacidad de cada iniciativa para recrear un mecanismo de derivación que contribuya a una estructura racional y eficiente en la asignación de los recursos.

En primer lugar, en el cuadro 6.6 se analiza la atención de EDA en niños de hasta cinco años de edad, por área geográfica. En él se observa que la estructura de atención surgida de la iniciativa de contratación de ONG brinda una cobertura del 66.25% de los casos informados con enfermedad en su área de referencia. Dicho porcentaje se reduce al 60% en aquellas zonas conformadas por cantones de acción exclusiva de los promotores públicos, siendo a su vez ligeramente similar al 57.27% obtenido en las áreas donde no existe este tipo de iniciativa complementaria de servicios de salud. Sin embargo, al analizar los mecanismos de derivación, se observa que la acción conjunta de los promotores de ONG y de los EIS brinda atención a 12 casos de

los 152 reportados, 11 de los cuales han sido atendidos en el área de influencia exclusiva de promotores privados, lo que representa una cobertura del 20.37% de esta área. Este valor es apenas superior a la cobertura del 19.44% registrada en los cantones con presencia de promotores públicos, lo se traduce en una atención a 7 niños sobre un total de 36 casos registrados en dicha zona.

CUADRO 6.6:
Atención por EDA

a) Niños con atención por EDA, por área

	AREA			TOTAL
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	
NO	27 33.75%	24 40.00%	47 42.73%	98 39.20%
SÍ	53 66.25%	36 60.00%	63 57.27%	152 60.80%
TOTAL	80 100.00%	60 100.00%	110 100.00%	250 100.00%

b) Niños con atención por EDA, según área y proveedor

	AREA			TOTAL
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	
PROMOTOR MSPAS	0 0.00%	7 19.44%	0 0.00%	7 4.61%
PROMOTOR ONG	5 9.43%	0 0.00%	0 0.00%	5 3.29%
EIS	6 11.32%	1 2.78%	0 0.00%	7 4.61%
MÉDICO US	21 39.62%	21 58.33%	40 63.49%	82 53.95%
ENFERMERA US	0 0.00%	1 2.78%	0 0.00%	1 0.66%
MEDICO PRIVADO	5 9%	1 3%	4 6%	10 7%
FARMACIA	3 6%	1 3%	4 6%	8 5%
OTRO	13 25%	4 11%	15 24%	32 21%
TOTAL	53 100%	36 100%	63 100%	152 100%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

Nota: la categoría "Otros" incluye atención mayoritariamente en "casa propia" y unidad de salud en diez oportunidades respectivamente, y cinco casos en hospital o clínica privada.

Un fenómeno a destacar en las zonas que cuentan con promotores privados es la existencia de una estructura de derivación relativamente más eficiente respecto del área bajo influencia de promotores públicos. En el área de las ONG, los promotores cubren el 9.43% de la población consignada y el EIS el 11.32%, en tanto el médico de la Unidad de Salud no alcanza una cobertura del 40%. Este valor resulta ampliamente inferior al 58.33% de atención que registran los médicos públicos en el área de intervención de promotores

estatales. En tanto este aspecto constituye un factor clave en cualquier estrategia de expansión de cobertura de los servicios de atención de la salud, se sugiere profundizar a futuro su sistema de seguimiento.

Conclusiones similares se desprenden de la lectura del cuadro 6.7, en el cual se analiza la atención de IRA por área y prestador. En este caso, existe una diferencia más amplia en la atención brindada por parte de promotores de ONG en comparación con la de los agentes dependientes directamente del MSPAS, registrándose niveles de cobertura del 86.67% y 61.90% respectivamente, con una diferencia estadísticamente significativa al 5%. Asimismo, en el cuadro se refleja la necesidad de mejorar los mecanismos de derivación. Mientras que la intervención de la iniciativa de contratación de ONG registra 8 de los 107 casos atendidos en total en las tres áreas, los promotores públicos brindan atención a 5 niños de ese mismo total, traduciéndose en un nivel de cobertura del 7.5% y 4.7%, respectivamente. Es de notar que la mayor concentración en atención de IRA sigue registrándose en el médico de la Unidad de Salud, que, en promedio, recibe al 49.53% de la población afectada.

CUADRO 6.7:
Atención por IRA

a) Niños con atención por IRA, por área

	ÁREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
NO	6 13.33%	16 38.10%	35 45.45%	57 34.76%
SÍ	39 86.67%	26 61.90%	42 54.55%	107 65.24%
TOTAL	45 100.00%	42 100.00%	77 100.00%	164 100.00%

b) Niños con atención por IRA, según área y proveedor

	ÁREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
PROMOTOR MSPAS	0 0.00%	5 19.23%	0 0.00%	5 4.67%
PROMOTOR ONG	3 7.69%	0 0.00%	0 0.00%	3 2.80%
EIS	2 5.13%	3 11.54%	0 0.00%	5 4.67%
MÉDICO US	17 43.59%	12 46.15%	24 57.14%	53 49.53%
CURANDERO	0 0.00%	1 3.85%	0 0.00%	1 0.93%
MEDICO PRIVADO	6 15.38%	0 0.00%	3 7.14%	9 8.41%
FARMACIA	0 0.00%	1 3.85%	3 7.14%	4 3.74%
OTROS	11 28.21%	4 15.38%	12 28.57%	27 25.23%
TOTAL	39 100.00%	26 100.00%	42 100.00%	107 100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

Nota: La categoría "Otros" incluye principalmente "casa propia", y otros prestadores no especificados en la encuesta.

En cuanto a la atención de parto en el último año, la información disponible permite dos evaluaciones alternativas. La primera de ellas consiste en contabilizar solamente la cantidad de casos atendidos por región. Desde esta perspectiva, los promotores privados atienden el 96.92% de los 65 partos de su área, registro apenas inferior a los 62 casos atendidos en las zonas sin promotor y significativo al 5% respecto del 77.97% de los casos registrados en el área de acción de los promotores públicos.

De la lectura de los datos presentados en el cuadro 6.8 b), resultan llamativos los niveles relativamente más altos que presenta el área bajo influencia de promotores privados en la atención del parto por medio de ginecólogos y médicos generalistas respecto de las zonas asignadas al grupo de control. Este resultado puede estar asociado con un efecto de promoción de la atención del parto por medio de personal capacitado que garanticen mejores condiciones sanitarias, en desmedro de otro tipo de atenciones más informales como “partera”, lo cual constituye uno de los objetivos de la iniciativa. Este fenómeno, por otra parte, puede estar reflejando la estructura de derivación de las pacientes hacia los hospitales.

La visión alternativa consiste en tomar la importancia de cada iniciativa en el fomento de la atención institucional del parto. Este fenómeno se refleja en los resultados presentados en el cuadro 6.8 c), donde se observa que entre los distintos niveles hospitalarios (MSPAS, ISSS y sector privado), en las áreas con presencia de promotores privados, la cobertura alcanza el 80.95%. Este indicador es superior al 47.83% de la región con promotores públicos y al 60.06% de las áreas sin ningún tipo de complemento asistencial más allá del prestador público de última instancia.

Al igual que en el caso anterior, y dado el impacto de esta intervención, se sugiere profundizar el análisis de este aspecto a futuro, de modo de poder identificar si el carácter de la iniciativa de contratación de ONG es parte explicativa de este fenómeno observado o si está ligado a algún otro evento ajeno al programa.

CUADRO 6.8:
Atención por parto

a) Atención por parto último año, por área

	AREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
NO	2 3.08%	13 22.03%	1 1.59%	16 8.56%
SÍ	63 96.92%	46 77.97%	62 98.41%	171 91.44%
TOTAL	65 100.00%	59 100.00%	63 100.00%	187 100.00%

b) Mujeres con atención por parto, según área y proveedor

	ÁREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
EIS	1 1.59%	1 2.17%	1 1.61%	3 1.75%
GINECÓLOGO	26 41.27%	11 23.91%	32 51.61%	69 40.35%
MÉDICO GENERAL	22 34.92%	13 28.26%	5 8.06%	40 23.39%
ENFERMERA	2 3.17%	1 2.17%	0 0.00%	3 1.75%
PARTERA	12 19.05%	20 43.48%	24 38.71%	56 32.75%
TOTAL	63 100.00%	46 100.00%	62 100.00%	171 100.00%

c) Mujeres con atención por parto, según área y lugar de atención

	ÁREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
CASA PROPIA	12 19.05%	20 43.48%	23 37.10%	55 32.16%
HOSPITAL MSPAS	44 69.84%	20 43.48%	29 46.77%	93 54.39%
HOSPITAL ISSS	6 9.52%	2 4.35%	6 9.68%	14 8.19%
HOSPITAL PRIVADO	1 1.59%	0 0.00%	1 1.61%	2 1.17%
CASA PARTERA	0 0.00%	1 2.17%	1 1.61%	2 1.17%
OTRO	0 0.00%	1 2.17%	2 3.23%	3 1.75%
NS/NR	0 0.00%	2 4.35%	0 0.00%	2 1.17%
TOTAL	63 100.00%	46 100.00%	62 100.00%	171 100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.
Nota: Los tres casos incluidos en "Otros" refieren a partos en el hogar sin asistencia profesional.

Finalmente, en el cuadro 6.9 se analiza la atención brindada a todos aquellos individuos mayores de seis años de edad que hayan sufrido algún malestar o síntoma de enfermedad en los quince días previos a la encuesta.

Se observa un desempeño similar de las iniciativas de promotores a nivel geográfico, registrándose niveles de cobertura del 62.67% para todos los cantones que cuentan con presencia de promotores de ONG y 64.71% para el área donde operan los promotores públicos. Ambas cifras son levemente superiores al 56.92% registrado en las zonas de cobertura tradicional, sin verificarse una diferencia estadísticamente significativa a favor de ninguno de los tres grupos poblacionales analizados. No obstante, el número de casos atendidos por promotores privados es superior a los registrados en las zonas donde operan promotores públicos. Este hecho se confirma en el cuadro 6.9 b), donde se aprecia que 21.28% de las atenciones en el área bajo control de las ONG fueron realizadas por este tipo de actores mientras que sólo 6.06% de los casos del área con promotores públicos fueron atendidos por tales agentes.

De todos modos, la cobertura tradicionalmente pública incluida en la categoría “Otros”, constituye el determinante fundamental en la atención de problemas de salud, tanto en el área de acción de promotores públicos, como en aquellas zonas sin presencia de promotores. En los cantones donde operan promotores privados, la distribución de los pacientes resulta más equitativa entre el sector público, la farmacia, el sector privado y la seguridad social.

**CUADRO 6.9:
Problemas de salud**

a) Atención problemas de salud, por área

	ÁREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
NO	28 37.33%	18 35.29%	28 43.08%	74 38.74%
SÍ	47 62.67%	33 64.71%	37 56.92%	117 61.26%
TOTAL	75 100.00%	51 100.00%	65 100.00%	191 100.00%

b) Enfermos con atención, según área y proveedor

	ÁREA			
	INICIATIVA ONG	PROMOTOR PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
PROMOTOR MSPAS	0 0.00%	2 6.06%	0 0.00%	2 1.71%
PROMOTOR ONG	10 21.28%	0 0.00%	0 0.00%	10 8.55%
ISSS	6 12.77%	6 18.18%	3 8.11%	15 12.82%
MEDICO PRIVADO	9 19.15%	3 9.09%	5 13.51%	17 14.53%
FARMACIA	5 10.64%	0 0.00%	0 0.00%	5 4.27%
OTRO	14 29.79%	19 57.58%	23 62.16%	56 47.86%
NS/NR	3 6.38%	3 9.09%	6 16.22%	12 10.26%
TOTAL	47 100.00%	33 100.00%	37 100.00%	117 100.00%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

Nota: Los casos incluidos en "Otros" se refieren a atención en el sector público en 38 de los 56 casos. El resto se distribuye entre prestadores varios.

6.3- Análisis de costos

Como ya se ha indicado, para el estudio de la estructura de costos del programa SESYN y del grupo de control (promotores públicos) se consideran dos tipos de gastos. En primer lugar aquellas erogaciones en las que incurren los individuos para acceder a los servicios de salud, tanto por concepto de consultas como de transporte, internación y/o medicamentos. En segundo lugar, se toman en cuenta aquellos gastos asociados con el financiamiento del programa, como son el salario recibido por los promotores (públicos o privados), los costos relacionados con la ejecución de la iniciativa de la ONG y todos aquellos que se encuentran asociados con la organización del programa.

Con respecto al primer grupo, del análisis de la encuesta se desprende claramente que los gastos de transporte no resultan relevantes en cuanto al impacto de ninguna de las dos iniciativas. En general, los individuos radicados en áreas que cuentan con la presencia de promotores, sean estos públicos o privados, no incurren en gastos significativos para trasladarse a la Unidad de Salud y, en la mayoría de los casos, estos gastos son nulos. Ello responde claramente al carácter de ambos proyectos, en tanto son los promotores quienes visitan el hogar.

El segundo aspecto relevante se advierte en el cuadro 6.10, donde se analiza el gasto medio en consulta por tipo de proveedor y por intervención. Dichos gastos son reducidos, especialmente en las consultas por controles prenatales y planificación familiar, ambas pertenecientes al grupo de intervenciones preventivas. Estos costos aumentan marginalmente en los casos de atenciones curativas y en las intervenciones por EDA e IRA, para incrementarse en la atención del parto, donde el promedio de gasto por consulta es de 11,72 dólares.

En cuanto a los mecanismos de desembolso, en general se observa que ni la iniciativa de contratación de organizaciones no gubernamentales ni la de promotores públicos generan desembolsos directos a estos agentes. Si bien en el caso de los EIS para las intervenciones de EDA, IRA y planificación familiar se registran erogaciones monetarias por parte de los usuarios, éstas se relacionan con los mecanismos de derivación, tanto a las Unidades de Salud como al sector privado. Por lo tanto, a excepción de un caso correspondiente a la atención de IRA en instalaciones propias del EIS, el resto de los desembolsos no se identifica como pagos directos a estas unidades de atención que integran el programa, sino a instancias subsecuentes de cobertura.

CUADRO 6.10:
Gasto medio en consulta, por tipo de proveedor y por intervención

LUGAR DE ATENCION	EDA			IRA			Control Prenatal			Planificación Familiar			Parto		
	Nº de personas atendidas	Personas que abonaron consulta	Gasto medio por consulta	Nº de personas atendidas	Personas que abonaron consulta	Gasto medio por consulta	Nº de personas atendidas	Personas que abonaron consulta	Gasto medio por consulta	Nº de personas atendidas	Personas que abonaron consulta	Gasto medio por consulta	Nº de personas atendidas	Personas que abonaron consulta	Gasto medio por consulta
EIS	7	1(a)	\$0.25	5	2(c)	\$0.63	2	0		213(e)	63	\$1.26	3	1(f)	\$8
PRMOTOR ONG	5	0		3	0										
PROMOTOR MSPAS	7	1(b)	\$1	5	1(d)	N.A	1	0							
MÉDICO US	82	61	\$1.73	53	41	\$1.60	34	13	\$1.08						
ENFERMERA US	1	0					3	2	\$1				3	0	
MÉDICO PRIVADO	10	10	\$6.20	9	8	\$11									
FARMACIA	8	3	\$2.75	4	0										
CURANDERO				1	0										
GINECÓLOGO										10	1	\$0.50	69	38	\$14.90
MÉDICO GENERAL										3	1	\$0.50	40	23	\$9.40
FAMILIAR / AMIGO										1	0				
PARTERA													56	41	\$10.17
OTRO	32	13	\$3.41	27	9	\$3.27	11	2	\$6.50	15	0				
TOTAL	152	87	\$2.11	107	58	\$3.10	51	17	\$1.70	29	65	\$1.25	171	102	\$11.72

(a) Esta atención se realizó en la Unidad de Salud

(b) Esta atención se realizó en la Casa de Salud

(c) Estas dos atenciones se realizaron en las instalaciones del EIS y en "otro lugar"

(d) Esta atención tuvo lugar en la Casa de Salud

(e) Estas intervenciones tuvieron lugar en la Unidad de Salud del MSPAS (50 casos), en la casa de la persona (3), en Casa de Salud (5), en el Hospital del MSPAS (1), en hospital o clínica privada (3), y en la casa de la partera (1)

(f) Esta intervención se realizó en un Hospital del MSPAS

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

6.4- Aproximaciones al estudio de costo-efectividad

A partir de los indicadores de cobertura, tanto para atenciones preventivas como curativas, y teniendo en cuenta las estructuras alternativas de costos enunciadas en la sección anterior, en la presente sección se analizan preliminarmente algunos indicadores de costo-efectividad para evaluar la iniciativa de contratación de ONG en el marco del programa de expansión de cobertura de los Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN) en El Salvador.

Para tal efecto, en el cuadro 6.11 se muestra, para cada una de las intervenciones, ya sean preventivas o curativas, la cantidad de atenciones recibidas por la población, tanto por área como por iniciativa. Dado que cada una de ellas cuenta con una frecuencia temporal diferente, se establece una estructura de consulta uniforme, expresándolas en una misma unidad temporal semestral. En la primera columna del cuadro, se define la frecuencia original establecida en la encuesta (en número "x" de meses) y, seguidamente se presenta la evolución del número de las consultas, tanto por área como por iniciativa, expresada en términos semestrales.

Posteriormente, en el cuadro 6.12 se muestran los índices de ponderación de cada una de las intervenciones, asignando a cada una el mismo en términos de "tiempo por consulta", ya sea por área o por iniciativa, tanto para las actividades realizadas en el marco del programa (SESYN) como para el grupo de control (promotores públicos).

Considerando la importancia de las intervenciones preventivas y estableciendo que las iniciativas tanto de promotores públicos como de promotores de ONG están asociadas con inversiones cuyos resultados no se observan en el corto plazo, la forma sugerida para evaluar una intervención de escasa trayectoria como la presente consiste en ponderar aquellas acciones asociadas con la atención preventiva con un mayor peso relativo a las de carácter curativo, en base a una relación aproximada de 2 a 1. En el cuadro 6.12 b) se incorpora esta posibilidad, alterando el peso relativo de intervenciones curativas a favor de las preventivas.

CUADRO 6.11:
Total de consultas: expansión semestral por área y por iniciativa

	Por Área			Por Área (semestral)		Por Iniciativa		Por Iniciativa (semestral)	
	x	Iniciativa ONG	Promotor público	Iniciativa ONG	Promotor público	Iniciativa ONG	Promotor público	Iniciativa ONG	Promotor público
Vacunas	6	121	109	121	109	121	50	121	50
Vitaminas	6	216	263	216	263	211	135	211	135
Peso	6	226	265	226	265	218	138	218	138
IRA	1	39	26	234	156	8	5	48	30
EDA	1	53	36	318	216	12	7	72	42
Control prenatal	6	15	13	15	13	1	1	1	1
Planif. familiar	1	84	74	504	444	216	0	1,296	0
Parto	12	63	46	32	23	3	0	2	0
Problemas salud > 6	1/2	47	33	564	396	10	2	120	24
Total		864	865	2,230	1,885	800	338	2,089	420

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR plus, 2004.

CUADRO 6.12:
Participación porcentual de cada intervención

a) Participación porcentual de cada intervención (equiproporcional)

	Por Área (semestral)		Por Iniciativa (semestral)	
	ONG	Promotor público	ONG	Promotor público
Vacunas	5.43	5.78	5.79	11.90
Vitaminas	9.69	13.95	10.10	32.14
Peso	10.14	14.06	10.44	32.86
IRA	10.50	8.28	2.30	7.14
EDA	14.26	11.46	3.45	10.00
Control prenatal	0.67	0.69	0.05	0.24
Planif. familiar	22.61	23.55	62.05	0.00
Parto	1.41	1.22	0.07	0.00
Problemas salud > 6	25.30	21.01	5.75	5.71
Total	100.00	100.00	100.00	100.00

b) Participación porcentual de cada intervención (ponderado)

	Por área (semestral)		Por iniciativa (semestral)	
	ONG	Promotor público	ONG	Promotor público
Vacunas	7.62	7.83	6.46	16.09
Vitaminas	13.60	18.89	11.26	43.44
Peso	7.59	10.15	6.20	23.68
IRA	7.86	5.98	1.37	5.15
EDA	10.68	8.27	2.05	7.21
Control prenatal	0.94	0.93	0.05	0.32
Planif. familiar	31.73	31.89	69.15	0.00
Parto	1.06	0.88	0.04	0.00
Problemas salud > 6	18.94	15.17	3.42	4.12
Total	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

A partir de estos indicadores de consultas ponderadas y considerando los gastos de bolsillo analizados en la sección 6.3, en los cuadros 6.13 y 6.14, se propone un análisis de costo-efectividad sobre un número determinado de consultas. En el primer cuadro se aborda este análisis desde la “visión social”, que considera no solamente los gastos de bolsillo, sino también los costos asociados a la contratación, tanto de promotores públicos como de promotores de ONG, respectivamente. En el segundo cuadro se analiza el costo-efectividad de las dos iniciativas desde la “visión individual”, que solamente toma en cuenta los gastos de bolsillo. En esta última alternativa se asume que existen costos que no necesariamente pueden ser amortizados por el programa en un período corto de tiempo y que, por tanto, deben excluirse del análisis.

En ambas aproximaciones se propone una alternativa ponderada y otra no ponderada, en base al planteamiento anterior y en todos los casos se presentan los resultados por área de influencia de los programas y por iniciativa.

Del análisis de la sección previa se desprende que el costo de la iniciativa de contratación de ONG para la prestación de servicios de salud es aproximadamente cuatro veces superior al costo de la iniciativa pública. Tales costos fueron ponderados por intervención (en base al cuadro 6.12) e incorporados –junto a los gastos de bolsillo– como el numerador del índice, siendo el denominador el número de consultas analizado en la sección 6.2. En todos los casos la evaluación se realizó por área geográfica, tanto de forma ponderada como no ponderada.

$$(1) CE-Social = \sum_i \left[\frac{(p_a \omega)_i CDP}{N^\circ \text{ de consultas } i} \right] + \left[\frac{\sum (A + T + GM)_i}{N^\circ \text{ de consultas } i} \right]$$

donde ω_i es el ponderador temporal de la “*i* ésima” intervención, p_a es el ponderador adicional por tipo de atención, siendo “*a*” preventiva (0,15) o curativa (0,08)⁹, y

CDP = Costos directos del programa

A = Pago de abono por consulta

T = Gastos de transporte

GM = Otros gastos médicos, medicamentos y análisis.

Dado que estos indicadores (en todas sus versiones) resultan de calcular el cociente de costos sobre el número total de consultas, se determina que cuanto menor sea su valor, más costo-efectivo resulta ser el programa para cada intervención *i*, ya sea que se evalúe por área de influencia geográfica o por iniciativa. En los casos en los cuales el indicador de costo-efectividad resultara idéntico para ambos grupos poblacionales, ya sea que el análisis se realice por área o por iniciativa, se opta por la iniciativa con el mayor número de consultas registradas.

De los resultados obtenidos resulta evidente una prevalencia masiva en las intervenciones del promotor público, cuando el análisis se realiza a nivel geográfico, en tanto sus costos son 40% menores respecto de los asociados con la implementación del programa. Estos resultados se revierten en su totalidad cuando el estudio se aborda desde el enfoque de la iniciativa, tanto desde la visión social ponderada como sin ponderar. En todos los casos, resulta crucial la participación de los Equipos Itinerantes de Salud. Ellos proveen no sólo servicios a los habitantes del área bajo influencia de la iniciativa (derivados o no por los promotores de las ONG), sino también a pacientes provenientes de otras jurisdicciones.

En el cuadro 6.13 se presenta, para cada hipótesis de trabajo y para cada programa (por área y por iniciativa), la suma ponderada de los costos por

⁹ La suma de cuatro intervenciones preventivas más cinco curativas es igual a uno.

unidad de efectividad. Se agrega un cálculo alternativo que considera sólo los gastos salariales de ambos programas. Este enfoque parte de la idea que los desembolsos asociados con las tareas de monitoreo y control de la iniciativa evaluada se diluyen en el valor de la cápita. Los controles de los promotores públicos no son considerados, en tanto son desembolsos corrientes del Ministerio de Salud, no identificados presupuestariamente¹⁰. En todo caso, los resultados se mantienen, lo que refleja adicionalmente la importancia del monitoreo, no sólo en la efectividad relativa de los programas, sino también en su correlato monetario.

CUADRO 6.13:
Análisis de costo-efectividad social

	Por área (semestral)		Por iniciativa (semestral)	
	Iniciativa ONG	Promotor público	Iniciativa ONG	Promotor público
Evaluación social -no ponderada	6.997,15	2.005,46	4.590,42	7.002,62
Evaluación social -ponderada	7.278,94	2.010,38	4.727,99	6.935,67
Evaluación social -no ponderada (sólo salarios)	3.848,46	2.005,46	3.176,11	7.002,62
Evaluación social - ponderada (sólo salarios)	4.005,48	2.010,38	2.591,46	6.935,67

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

Nota: Los valores expresan la suma ponderada de cada iniciativa, descontando los costos de aquellas intervenciones que no cuentan con prestaciones en alguno de los dos programas.

En el cuadro 6.14, que analiza la relación de costo-efectividad no ponderada desde la perspectiva individual, las áreas sombreadas indican las intervenciones donde las ONG son más costo-efectivas que el promotor público. Como ya se observó, el análisis por iniciativa normalmente genera mayor cobertura por parte del programa, dado que los EIS brindan atención más allá del área de influencia asignada.

Como resultado final, en cuatro prestaciones asociadas con medicina preventiva, como en una de las asociadas con atención curativa, las ONG logran superar el desempeño del área con presencia de promotores públicos, teniendo en cuenta la evaluación del programa como un todo e incorporando las externalidades generadas por los EIS. Cuando las iniciativas preventivas son ponderadas en mayor proporción que las curativas, la relación de costo-efectividad no muestra variaciones. Sólo en tres de las nueve intervenciones consideradas el promotor público logra superar al promotor privado en términos de costo-efectividad, desde el enfoque de la iniciativa.

¹⁰ En la determinación de los costos de la iniciativa de contratación de ONG para la prestación de servicios de salud, se toma en cuenta el salario mensual recibido por cada uno de los promotores privados, el cual, de acuerdo a la estructura de contratos explicitada anteriormente, es de 350 dólares. Puesto que en la muestra seleccionada, en número total de personas residentes en zonas bajo influencia de promotores privados es de 1,722 (un tercio de la muestra) lo que equivale aproximadamente a dos promotores de ONG, el costo total semestral en concepto de remuneraciones a estos agentes es de 4,020 dólares. A este monto deben agregarse los honorarios percibidos mensualmente por los tres profesionales que integran el Equipo Itinerante de Salud, quienes perciben un salario que ronda los 1,200 dólares. Dado que el EIS realiza una visita mensual, resulta plausible asignar a las áreas de influencia exclusiva de las ONG, el costo semanal semestralizado de una visita, con lo cual la suma a tener en cuenta resulta ser de 5,400 dólares. En vista de lo anterior, el costo total de la iniciativa asciende a 9,420 dólares.

Cabe mencionar que tanto de la información de la encuesta como de las entrevistas a funcionarios y directivos de ONG, el nivel de exigencia impuesto por las necesidades de la población al programa evaluado fue mayor al planeado, resultando superior al establecido en el contrato. Es por ello que el enfoque sugerido para evaluar la iniciativa se basa en la efectividad observada (número de consultas) y no en los términos de referencia del contrato.

CUADRO 6.14:
Análisis de costo-efectividad individual

a) Indicador de costo / efectividad – versión individual – no ponderada

	Por área (semestral)		Por iniciativa (semestral)	
	Iniciativa ONG	Promotor público	Iniciativa ONG	Promotor público
Vacunas	0.00	0.00	0.00	0.00
Vitaminas	0.00	0.00	0.00	0.00
Peso	0.00	0.00	0.00	0.00
IRA	0.72	0.00	0.46	0.00
EDA	0.93	0.32	0.34	0.00
Control prenatal	0.00	0.00	0.00	0.00
Planif. familiar	27.26	0.00	23.30	n.i.
Parto	0.04	0.00	0.04	n.i.
Problemas salud > 6	16.87	3.18	18.01	14.29
Total	45.82	3.50	42.16	14.29

La presente evaluación considera equivalente cada unidad de atención (preventiva o curativa), sin corregir por calidad percibida de atención. Los costos incorporan solo los gastos de bolsillo.

b) Indicador de costo / efectividad – versión individual – ponderada

	Por área (semestral)		Por iniciativa (semestral)	
	Iniciativa ONG	Promotor público	Iniciativa ONG	Promotor público
Vacunas	0.00	0.00	0.00	0.00
Vitaminas	0.00	0.00	0.00	0.00
Peso	0.00	0.00	0.00	0.00
IRA	0.54	0.00	0.27	0.00
EDA	0.69	0.23	0.20	0.00
Control prenatal	0.00	0.00	0.00	0.00
Planif. familiar	38.25	0.00	25.97	n.i.
Parto	0.03	0.00	0.02	n.i.
Problemas salud > 6	12.63	2.30	10.71	10.30
Total	52.15	2.53	37.18	10.30

La presente evaluación le confiere más peso a cada unidad de atención preventiva, sin corregir por calidad percibida de atención. Los costos incorporan sólo los gastos de bolsillo.

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

Un aspecto importante para la evaluación del programa consiste en analizar el desempeño de las diferentes ONG participantes y con representatividad en la muestra seleccionada, con el propósito de complementar el análisis de estadística descriptiva presentado anteriormente. El objetivo es brindar un instrumento que permita conocer en mayor detalle la importancia de los promotores, en general, y de los promotores de las ONG, en particular, en la evolución de los procesos de salud.

De acuerdo al proyecto, cada una de las ONG participantes debe informar a la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP) los resultados de sus intervenciones. En la medida en que estos informes son adecuadamente monitoreados, es posible determinar correctamente los incentivos necesarios para un buen desempeño del programa. Por el contrario, si los indicadores de control son laxos, la iniciativa completa se ve limitada en su capacidad de cumplir con su función objetivo.

Bajo esta perspectiva, la comparación de los resultados estadísticos obtenidos a partir del análisis de la información brindada por la encuesta a los usuarios de los servicios de salud, por un parte, y los resultados presentados en los informes trimestrales de las ONG a la UCP, por otra, cobra vital importancia y amerita una investigación futura.

Con el propósito no sólo de medir el impacto de la implementación de la iniciativa de contratación de ONG en la prestación de servicios de salud, sino también de evaluar el desempeño de cada una de instituciones participantes del proyecto, la metodología de análisis sugerida intenta establecer cuál es la probabilidad de ser atendido. Tal probabilidad, como se mencionó en la sección 5.4, está asociada con alguna de las características identificadas como variables explicativas mediante un enfoque logístico de regresión econométrica. Este análisis se realizó para cuatro de las cinco intervenciones de carácter preventivo (vacunas, control de peso, vitaminas y planificación familiar) y para dos de las cuatro atenciones de índole curativa, como son la atención del parto y de problemas de salud. Las iniciativas de atención preventiva fueron analizadas tanto a nivel de área como de programa, y los resultados se presentan en los cuadros 6.15 (a) y (b), respectivamente.

**CUADRO 6.15:
Implementación econométrica**

a) Por área

	VACUNAS	PESO	VITAMINAS	PLANIFICACION FAMILIAR	PARTO	PROBLEMAS DE SALUD	IRA
PROMOTOR	-0.836 (***)	0.6004 (***)	0.7875 (***)	-1.6242 (***)	0.0625	0.5954 (*)	0.064
PROMOTOR ONG	0.0266	-0.4375 (**)	-0.4681 (**)	0.2844	19.3402 (***)	-0.2497	1.3738 (**)
MAXIMA EDUCACION DE LOS CONYUGES	-0.0452 (***)	0.0031	0.0294 (**)	-0.0809 (***)	0.7345 (***)	0.0617	0.0553
ONG 1	0.6092 (***)	0.5026 (**)	0.1201	-0.0439	-16.8893	-0.3139	-0.5489
OBTENCIÓN DE AGUA	-0.6451 (***)	-0.2138	-0.1740	-1.0837 (***)	-0.6832 (*)	0.0730	-0.9476 (*)
Nº DE OBSERVACIONES	1243	1243	1243	1597	181	191	174

(***) Variable significativa al 1%

(**) Variable significativa al 5%

(*) Variable significativa al 10%

b) Por iniciativa ONG

	VACUNAS	PESO	VITAMINAS	PLANIFICACION FAMILIAR
INICIATIVA ONG	0.8096 (***)	0.9808 (***)	0.5487 (***)	6.1047 (***)
MAXIMA EDUCACION DE LOS CONYUGES	0.0427 (***)	0.0257 (*)	0.0228	0.0688 (**)
OBTENCIÓN DE AGUA	-0.0996	0.0239	-0.1167	0.0325
CONSTANTE	-1.3951 (***)	-0.1056	0.2636 (***)	-4.3995 (***)
Nº OBSERVACIONES	1243	1243	1243	1597

(***) Variable significativa al 1%

(**) Variable significativa al 5%

(*) Variable significativa al 10%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Hogares, Iniciativa SESYN. PHR Plus, 2004.

El estudio por área de cobertura de la variable asociada con la presencia de algún promotor, ya sea público o privado, es significativo y positivo al 1% en cuatro de las siete intervenciones consideradas. En la mayor parte de los casos, ello se encuentra relacionado con la atención preventiva. La variable PROMOTOR ONG, por su parte, muestra un desempeño más desigual, dependiendo del tipo de intervención considerada. En el caso relativo al control del peso y a la administración de micronutrientes, su influencia es negativa y significativa al 5%, lo que puede interpretarse como un impacto positivo de la iniciativa de contar con promotores de salud, pero menos que proporcional a su par del área de intervención de promotores públicos. En otros casos, como IRA y PARTO, la influencia del indicador es positiva y altamente significativa en los tres casos.

Las variables de control empleadas en las regresiones econométricas están dadas por la máxima educación alcanzada por los cónyuges y la forma de obtención de agua del hogar. Para la construcción de la primera de ellas se tomó el promedio de los años de estudio del jefe del hogar y de su cónyuge, en un intento de verificar si el nivel educativo de los padres tiene alguna influencia en la práctica de intervenciones preventivas destinadas a los menores de edad como en aquellas asociadas con el fomento de la maternidad y paternidad responsable. Otra de las razones por las cuales se decidió incluir esta variable radica en la presencia de niveles significativos de alfabetización en los cantones analizados respecto de las restantes zonas geográficas.

La segunda de las variables explicativas caracteriza al hogar y se relaciona con la forma de obtención de agua por parte de la familia; se trata de una variable binaria que toma valor 1 si el hogar cuenta con algún tipo de instalación que le permita tener acceso a este servicio mediante algún tipo de infraestructura pública o construcción (ya sea tubería dentro de la casa, tubería fuera del hogar pero dentro del terreno, chorro público o pozo), y valor 0 en caso contrario (más específicamente si la familia obtiene el agua para consumo del

río, manantial o quebrada, o mediante otra fuente que se asimile a condiciones precarias de vida). La decisión de incluir esta variable radica en la necesidad de incorporar algún dato acerca de los niveles de necesidades básicas insatisfechas del hogar.

De acuerdo a los resultados en dos de las siete intervenciones, la relación entre ONG es significativa y diferente entre sí. En el caso de la aplicación de vacunas y control del peso, la institución designada como ONG1 muestra un desempeño superior a la segunda con altos niveles de significatividad (1% y 5%, respectivamente).

Finalmente, la variable de control “Obtención de agua”, resulta ser negativa y significativa al 1% en vacunas y asistencia a controles de planificación familiar, y con igual signo pero con menor nivel de significancia en parto y atención de IRA.

Este instrumento de evaluación permitirá, eventualmente, con muestras más amplias y un período más extenso en la ejecución del programa, medir el desempeño de cada una de las instituciones participantes del programa, de acuerdo a la lectura proporcionada por los mismos pacientes.

En la medida que tanto el programa analizado como el control tienen peso, no sólo por sí mismos, sino en cómo influyen en el nivel promedio de salud de la población, la segunda estimación presentada en el cuadro 6.15(b) muestra para aquellas intervenciones preventivas, la capacidad de la iniciativa de contratación de ONG de influir en el desempeño del programa, independientemente del área de competencia asignada. Bajo este enfoque, se observa que todas las intervenciones analizadas cuentan con una ventaja asociada a la iniciativa de la ONG (vacunas, control de peso, administración de vitaminas y planificación familiar). En estos casos, la existencia de la ONG incrementa significativamente al 1% de confianza las probabilidades de mejorar la cobertura.

Un resultado interesante está dado por la pérdida de significatividad de la variable “obtención de agua” en todas las intervenciones analizadas desde el punto de vista de la iniciativa, lo cual reflejaría la naturaleza misma del programa y su focalización, puesto que el objetivo es brindar atención a todos los individuos, independientemente de sus condiciones de vida. En otras palabras, la existencia de condiciones precarias del hogar no sería un impedimento para el acceso al cuidado de la salud.

A partir de los resultados obtenidos, y a modo de conclusión, se exponen algunas nociones básicas acerca de la experiencia de contratación de ONG para la expansión de los servicios de cobertura de salud, a ser consideradas en una futura agenda de política.

La primera de ellas establece que, en la mayoría de las intervenciones, la iniciativa ha resultado exitosa en ampliar la cobertura. Tomando en cuenta los resultados de cada área geográfica, el programa con participación de ONG es más efectivo en términos de cobertura en 4 de 9 casos; mientras que en otras 3

intervenciones brinda resultados similares. Considerando que la efectividad de la iniciativa incluye no sólo el impacto en el área de influencia sino las externalidades positivas generadas en las otras dos áreas, el programa supera al proyecto de control en 7 de las 9 intervenciones analizadas.

En segundo lugar, los niveles de cobertura en atención preventiva, como así también en intervenciones curativas, están asociados con costos relativamente más altos que limitan la elaboración de indicadores de éxito para una correcta evaluación de costo-efectividad. En la medida en que la tasa de descuento asociada con la atención preventiva se hace más valiosa y los costos asociados con el programa se distribuyen en el tiempo, el indicador de costo-efectividad analizado provee resultados más alentadores, tanto desde la visión social como individual. En el anexo I se presenta el desarrollo de un modelo de evaluación completo de la iniciativa.

7- Conclusiones

Las limitaciones del sector público y la fragmentación tradicional de los sistemas de salud en la región latinoamericana refuerzan la posibilidad de considerar asociaciones entre el sector público y el sector privado como medio para ampliar la cobertura de salud. Sin embargo, estas asociaciones requieren, para su materialización, de un acuerdo previo acerca de los criterios de financiamiento, equidad en prestación y acceso, y estructuras de seguimiento y control.

En estas páginas se expone una experiencia incipiente en El Salvador de prestación de servicios de salud a través de ONG, financiadas por el sector público, a partir de un crédito internacional. La vasta trayectoria salvadoreña en este tipo de iniciativas ha favorecido un desarrollo relativamente importante de tales instituciones en el país. Asimismo, el paquete de servicios definido y la población destinataria seleccionada (cobertura de atención preventiva y primaria a grupos tradicionalmente prioritarios de bajos recursos y en áreas rurales de los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate), reflejan criterios de focalización razonables, dada la naturaleza del programa.

El propósito de este documento es brindar una primera evaluación del programa de Servicios Esenciales de Salud y Nutrición (SESYN), consistente en una experiencia de contratación capitada por parte del gobierno nacional de cuatro ONG, a seis meses de su puesta en marcha. Por lo mismo, sus resultados son preliminares, y tienen como objeto brindar resultados que puedan realimentar el proceso iniciado, sirviendo a la vez de experiencia para otras iniciativas regionales de índole similar.

A partir de la encuesta de hogares elaborada para esta investigación y su combinación con información complementaria del sistema de salud del país, se propone comparar la experiencia del programa SESYN con la iniciativa de promotores públicos desarrollada en El Salvador en otros cantones. El SESYN articula la actividad de promotores locales que realizan visitas domiciliarias con equipos itinerantes de salud, que recorren mensualmente sus áreas

respectivas, atendiendo tanto la demanda espontánea como las derivaciones de los promotores. A su vez, el EIS deriva casos a las Unidades de Salud y a los hospitales públicos, transformándolos en eslabones del esquema existente. Dada la articulación entre la propuesta del SESYN y los servicios públicos, la comparación de sus costos y desempeño con los de las instituciones del Ministerio de Salud no es adecuada, por lo que se utilizó a los promotores públicos como “grupo de control”.

El estudio proporciona una serie de indicadores de cobertura tanto por área geográfica de influencia, como por prestaciones preventivas y curativas de cada oferente de servicios (promotor público, promotor de ONG y EIS), independientemente del área donde se haya producido la atención, con la finalidad de identificar “externalidades” entre iniciativas. En ambos casos, el análisis de estadísticas descriptivas se combina con ejercicios econométricos, utilizando para ello modelos logísticos, a fin de conocer la significatividad de cada iniciativa en la cobertura de servicios de salud seleccionados. Mediante una tercera comparación se intenta establecer los avances logrados en los mecanismos de derivación de pacientes y la menor o mayor capacidad de operar en red de cada propuesta.

En virtud de los resultados obtenidos, se observa que la iniciativa de contratación de ONG ha logrado un buen desempeño en la mayoría de las consultas preventivas y en las atenciones curativas del sistema de salud. En muchos de los casos en los cuales la intervención de los promotores privados no brinda un resultado concluyente y/o favorable a nivel de área geográfica, éste se revierte cuando se incorpora el desempeño de los EIS, cuyos pacientes provienen a veces de otros cantones.

En general, los indicadores permiten adelantar algunas conclusiones preliminares optimistas. Una de ellas se refiere a la diferencia de cobertura por área en las tasas de vacunación de niños menores a cinco años, y donde se advierte un incremento en el área geográfica de influencia de las ONG en comparación con períodos anteriores. Otro ejemplo que apunta en la misma dirección es el protagonismo de los EIS en intervenciones de promoción (controles y consultas de planificación familiar). De igual modo, se verifican ventajas relativas en las estructuras de derivación desarrolladas por prestadores de ONG hacia centros públicos de salud en atención de EDA e IRA.

Paralelamente, las respuestas obtenidas no indican la presencia de desembolsos por concepto de la atención de promotores públicos y agentes contratados a través de la iniciativa de las ONG; los gastos de bolsillo identificados aparentemente están asociados con la compra de medicamentos o tratamientos posteriores, en otras instancias de atención.

Adicionalmente, y observando la cobertura de los EIS, se verifica que el nivel de exigencia impuesto a las ONG en materia de atención de salud es superior a lo establecido en el contrato, dada la alta demanda insatisfecha y los bajos niveles de cuidado de la salud. Este fenómeno tiene aspectos positivos y negativos. Por un lado, son claras las externalidades positivas que genera la

iniciativa puesto que, como se ha visto, la atención de la salud llega a otras poblaciones que las especificadas inicialmente a través del accionar de los EIS. Sin embargo, esto debilita la focalización del programa, lo cual, a su vez, dificulta cualquier evaluación en términos de costo-efectividad.

La presencia de mecanismos de referencia dentro de la iniciativa (promotor-EIS), y entre la iniciativa y el sistema de salud nos lleva a dos conclusiones adicionales: (a) la propuesta avanza en la dirección de una mayor eficiencia en la asignación de recursos, en tanto absorbe parte de la demanda espontánea y permite captar una porción de las necesidades no reveladas previamente, y (b) dado que los niveles salariales entre promotores de diferentes iniciativas son similares, la efectividad del programa y su expansión futura dependerán de la posibilidad de identificar los mecanismos que potencian la sinergia entre promotores y equipos itinerantes, sumando a los agentes públicos existentes.

Desde la teoría económica y la experiencia adquirida, los contratos asociados con remuneraciones capitadas generalmente promueven incentivos relacionados con cuidados preventivos, sin riesgos de sobreprestación. Sin embargo, tanto la calidad de la atención como la posibilidad de evitar subatención están sujetas a la presencia de un entorno competitivo y/o al compromiso personal o institucional del prestador (ONG, promotores, etc.). De no ser así, el instrumento contractual deberá incorporar mecanismos de evaluación que permitan la comparación entre experiencias similares.

Por ello, los resultados presentados requieren de un seguimiento periódico mediante encuestas similares o de mayor tamaño muestral al utilizado en este trabajo. De tal modo, sería posible complementar los indicadores empleados y complementarlos con la introducción de otros asociados con pautas de atención seguidas por las distintas iniciativas y especialmente con criterios de percepción de calidad por parte de la población.

Completando los objetivos planteados, en este documento se propone un mecanismo de evaluación que permite identificar la efectividad, no sólo de la iniciativa en su papel de ampliación de cobertura, sino también del modelo de evaluación del programa, a fin de contribuir al análisis de los resultados en el mediano plazo. Dicho mecanismo se articula a partir de la comparación de la información proveniente de dos fuentes: (a) aquella provista por las ONG contratadas a la Unidad Coordinadora del Proyecto y aquella suministrada por los promotores a estas mismas instituciones, y (b) los resultados de un modelo logístico que tome como base de información una encuesta de hogares como la realizada por esta investigación.

8- Referencias

- Abramson, W. (1999) *“Partnerships between the Public Sector and Non-Governmental Organizations: Contracting for Primary Health Care Services”*. LAC HSR, Health Sector Reform Initiative.
- Beza, M. (1998) *“El Promotor de Salud como una Alternativa para la Ampliación de Servicios de Salud Materno Infantil”*.
- Consejo de Reforma del Sector Salud (2000) *“Propuesta de Reforma Integral de Salud”*, El Salvador.
- Dranove, D. (1988a) *“Demand Inducement and the Physician/Patient Relationship”*. Economic Inquire 26.
- Dranove, D. (1988b) *“Pricing by Non-Profit Institutions. The Case of Hospital Cost-Shifting”*. Journal of Health Economics 7.
- Dirección General de Estadística y Censos (2002) *“Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples”*.
- Eastaugh, S. (1992a) *“Economic Models of Physician and Hospital Behavior”*. Chapter 3 in Health Economics. Efficiency, Quality and Equity.
- Eisenberg, J. (1986) *“Doctor’s Decisions and the Cost of Medical Care”*. Health Administration Press Perspectives.
- Ellis, R. and T. McGuire (1986) *“Provider Behavior under Prospective Reimbursement”*. Journal of Health Economics 6.
- Encuesta de Hogares Iniciativa SESYN (2004) PHR Plus
- Encuesta de Nacional de Salud Familiar (FESAL), (1998) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).
- Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador (2003) *“Las vías para que la globalización opere a favor de la gente”*, Capítulo 3.
- Kauer, R, J Silvers, and J Teplensky (1995) *“The Effect of Fixed Payment on Hospital Costs”*. Journal of Health Politics, Policy and Law 20 (2).
- McGuire, T. and M Pauly (1991) *“Physician Response to Fee Changes with Multiple Payers”*. Journal of Health Economics 10.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2000) *“Estimación del Gasto Nacional en Salud en El Salvador. Año 2000”*. Dirección de Planificación, Unidad de Economía de la Salud.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2003) *“Memoria de Labores. Salud más cerca de ti”*, Programa de Apoyo a la Modernización.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2003) *“Compendio de Cifras del Financiamiento y gasto Nacional en Salud en El Salvador. 1996-2001”*. Dirección de Planificación, Unidad de Economía de la Salud.
- OMS, (2001) *“Alianzas estratégicas: El papel de la sociedad en el ámbito de la salud”*. Documento de trabajo N° 1.
- OMS, (2002) *“La OMS y la Sociedad Civil: alianza para una mejor salud”*.
- OPS, (2001) *“Perfil del Sistema de servicios de Salud. El Salvador”*.
- Pacheco, W. (1999). *“La descentralización del sector salud en El Salvador, en el marco de la reforma sectorial”*. Publicado por la Representación de OPS/OMS en El Salvador.
- Seiber, E. (2002) *“Baseline and Best Practices Assessment of Seven SIBASI in El Salvador: Phase I and II”*. PHR Plus.
- Shimmura, K. (1988) *“Effects of Different Remuneration Methods on General Medical Practice: A Comparison of Capitation and Fee-for-Service Payment”*. International Journal of Health Planning and Management 3.
- World Bank (2003) *“World Development Report 2004. Making Services Work for Poor People”*, Oxford University Press.
- Wouters, A., DeRoeck, D. (1998) *“A Short List of Prioritizing and Defining Future Work Related to Health Sector Non-Governmental Organizations”*. PHR Plus, Special Initiatives Report N° 13.

Anexo I: Propuesta de modelo de evaluación

La estructura capitada de contratación, dentro de un marco competitivo de prestación de servicios, logra una combinación de objetivos tradicionalmente contrapuestos: calidad de atención y contención de costos. Ello es posible porque el mecanismo de pago elegido elimina la sobreprestación, mientras la competencia entre proveedores reduce los riesgos de bajos niveles de esfuerzo por parte del profesional o de la institución médica. En los casos en que el paciente percibe que la atención recibida no alcanza ciertos umbrales de calidad, se encuentra en condiciones de redirigir su demanda, cambiando de prestador. En el caso en que tal estructura de competencia no se verifique, el financiador debe desarrollar mecanismos de control que superen tal limitación; de no ser así, se puede ver afectado el desempeño final del programa.

Como se ha señalado a lo largo de este documento, el programa SESYN adjudica cápitadas monopólicas a cuatro ONG para operar en ocho regiones geográficas de Ahuachapán y Sonsonate. A su vez, estas instituciones estructuran una red de promotores que tienen la responsabilidad de visitar a un grupo poblacional de entre 800 y 1000 personas cada uno, ofreciendo atención en algunas intervenciones sanitarias y promoviendo conductas saludables. Dada su reducida capacidad de resolución, relacionada con la normativa vigente en el país, los promotores cuentan con equipos itinerantes para derivar pacientes, dentro de un esquema que cuenta como último eslabón a las instalaciones dependiente del MSPAS.

Considerando las características territoriales del programa y del tipo de intervenciones que contempla, el desarrollo de mecanismos sobre la base de promotores actuando en competencia no aparece como la solución más eficiente para reducir los problemas de información asimétrica presentes. Por tanto, es necesario modelar la estructura de incentivos que brinda el contrato desarrollado por el programa SESYN e identificar los mecanismos de seguimiento necesarios para minimizar el riesgo de ineficiencia inherente a la situación analizada.

El propósito de esta sección es prever detalladamente todas las opciones posibles bajo el esquema de contratación establecido y proponer una estructura de control que permita alcanzar la máxima efectividad del programa.

Para ello se plantea el siguiente escenario esquemático de interacción entre el financiador y la ONG: cada uno de ellos conoce su propia función y la del otro agente, así como los pagos asociados con el cumplimiento del programa.

La función de beneficio de las ONG viene dada por la diferencia entre sus ingresos netos y los costos en los que debe incurrir para llevar adelante su labor (pago de promotores y equipo itinerante), más los gastos administrativos y de gestión, etc.). Bajo el esquema capitado, tanto los ingresos provenientes del contrato (20 dólares por persona participante en el programa) como gran parte de sus gastos son fijos. Por lo tanto, la única variable de decisión de la ONG es aquella relativa a minimizar los costos operativos. Asimismo, el promotor de salud recibe una retribución mensual (w), asociada con el grupo de

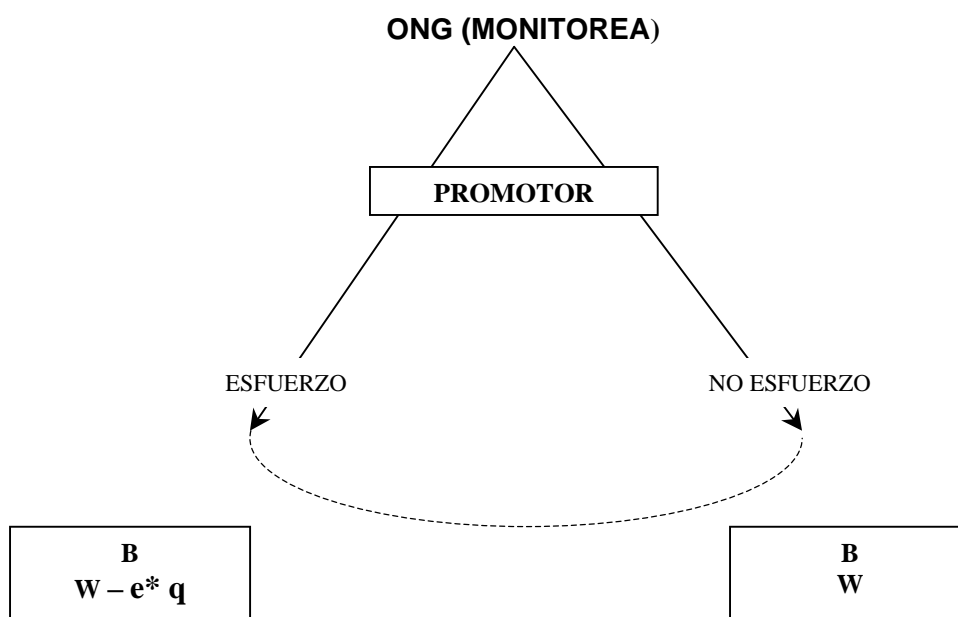
personas bajo su responsabilidad, que realizan un nivel de esfuerzo de valor monetario e por cantidad de consultas (q) brindadas a la población de su área. De tal modo, el ingreso neto de cada promotor está dado por:

$$W - e * q$$

Maximizar el ingreso disponible implica entonces reducir la calidad de atención por unidad de consulta y/o reducir el número de intervenciones totales. La única información que recibe la ONG para evaluar el comportamiento de los promotores son los informes que ellos mismos elevan mensualmente. Ante la presencia de información asimétrica, el promotor cuenta con la posibilidad de minimizar sus costos, reduciendo el esfuerzo en el desarrollo de sus tareas y sobreestimar los informes sobre su desempeño. En este escenario, las ONG presentarían informes a la Unidad Coordinadora del Proyecto que sobreestima la eficacia de la iniciativa. De ser así, los costos económicos serían mayores por unidad de atención, y la población no recibiría efectivamente el cuidado necesario. Alternativamente, tanto el promotor como la ONG pueden estar comprometidos con los objetivos y el espíritu del programa y, a pesar de contar con la posibilidad de reducir sus esfuerzos, optan por llevar a cabo una estrategia con fines altruistas que trascienda sus necesidades financieras, maximizando los alcances del programa.

Gráficamente, la relación entre la ONG y el promotor es una de información imperfecta donde la primera recibe y gasta un monto B (la cápita), debiendo encontrar el mecanismo que induzca al promotor a realizar esfuerzos, a pesar de la limitación informativa de la institución. Este mismo razonamiento puede reproducirse en la relación entre la UCP y la ONG.

FIGURA A1.1:
Análisis de desvíos entre promotores y ONG



Dado que el “beneficio neto” de no realizar esfuerzo es mayor al de hacerlo, el mecanismo de monitoreo debe minimizar la posibilidad de no ser descubierto, aumentando así el riesgo de no cumplir con las cláusulas contractuales. Como ya se señaló en otras secciones de este trabajo, es importante dar seguimiento a los indicadores de resultado de cada promotor y ONG, comparando los desempeños relativos de cada uno/a como base para un sistema eficiente de control. Éste debe incluir: (a) la posibilidad de acuerdos entre partes (colusiones o acuerdos entre prestadores sobre como informar acerca del desempeño), y (b) tomar en cuenta la opinión de los usuarios.

El método de seguimiento propuesto a continuación contrasta la información proveniente de los informes administrativos de ONG y promotores con las respuestas a encuestas de hogares periódicas, como la utilizada en esta investigación.

La ecuación presentada en la sección 5 formaliza este análisis. Incluye no sólo variables que identifiquen el éxito relativo de cobertura de los promotores en general y de las ONG en la iniciativa SESYN en particular, sino también permite identificar –mediante variables *dummy* por institución– diferencias en desempeño de cada ONG para cada una de las prestaciones del paquete.

Al contar con estos dos instrumentos (regresiones logísticas en base a encuestas a usuarios e informes administrativos de las instituciones oferentes), es posible desarrollar un esquema de seguimiento que no sólo identifique avances y limitaciones en la prestación, sino también en el propio modelo de información de resultados.

En el cuadro A1.1 se presenta un resumen de la estrategia de evaluación propuesta. Ésta considera los siguientes indicadores:

- La existencia de diferencias en el desempeño entre ONG/prestadores, en base a los informes periódicos preparados por cada una/o.
- El nivel de significatividad de las variables *dummy* por ONG presentadas en los análisis de regresión logística.
- El nivel de significatividad de la variable *dummy* asociada con la presencia de ONG en áreas de atención con servicios complementarios al MSPAS.

Ante esto, un mecanismo de control y monitoreo de las ONG por parte de la UCP, o de los promotores por parte de la ONG, se basa en establecer cuál es el nivel de desvío respecto de la media de prestaciones reportadas por los oferentes que será tolerada. Una vez establecidos los umbrales de aceptación, si alguno de los informes presentados por los promotores se aleja de los límites establecidos por la institución, éste será puesto en evidencia.

A partir de tales indicadores, en el cuadro A1.1 se percibe la presencia de ocho escenarios alternativos surgidos del sistema de monitoreo. La última columna ofrece un ranking de preferencias, donde la alternativa 1 es la de mejor desempeño y la 8 la relativamente menos satisfactoria.

CUADRO A1.1:
Mecanismo de evaluación de ONG

Información UCP	Dummies por ONG	Dummy ONG*Prom		Programa efectivo	Buen M&E	Incentivos correctos	Prob. de colusión	Ranking
		signif + positiva	no signif o negativa					
≠	≠, = dir	√	-	si	si	no	si	2
≠	≠, = dir	-	√	no	si	no	si	6
≠	≠, ≠ dir	√	-	si	no	no	no	3
≠	≠, ≠ dir	-	√	no	no	no	no	7
=	=	√	-	si	si	si	no	1
=	=	-	√	no	si	si	no	5
=	≠	√	-	si	no	no	si	4
=	≠	-	√	no	no	no	si	8

El análisis planteado anteriormente resulta también válido para estudiar la relación existente entre las ONG y los promotores de salud contratados por éstas.

Los resultados posibles son los siguientes:

(1) El coeficiente de la variable de la iniciativa ONG ($ONG*Prom$, en el cuadro), es positiva y significativa –columna 4 y 5–, lo que valida la hipótesis de efectividad de la iniciativa con respecto al programa de control. Paralelamente, las variables asociadas con diferencias en desempeño de cada ONG reflejan diferencias significativas entre ellas (segunda columna). Estos resultados son convalidados por la información provista por las ONG a la UCP. De este modo se concluye que la iniciativa es exitosa y que los mecanismos de seguimiento también lo son (en tanto la información provista coincide con los resultados obtenidos a partir de las encuestas de hogares). Sin embargo, el desempeño de las distintas instituciones difiere, lo que sugiere una falla en los mecanismos de incentivos, con el riesgo de generar acuerdos entre proveedores.

(2) Otra posibilidad admite la siguiente combinación de resultados: la información presentada por las ONG no es homogénea, la variable *dummy por ONG* resulta significativa y “en igual dirección” que el desvío que presenta la información provista a la UCP, pero a diferencia del caso anterior, la variable *dummy por promotor* de ONG no resulta significativa. La lectura de este resultado es la siguiente: dado que la variable *dummy* por promotor no es significativa, se deduce que el programa ejecutado no es efectivo. Sin embargo, el método de evaluación y monitoreo es eficaz, dado que capta las diferencias en la información registradas por la encuesta de hogares. Ello permite concluir que el contrato en este caso tampoco está estableciendo correctamente los incentivos, por lo que existe de la posibilidad que las ONG lleven a cabo una estrategia conjunta de acuerdo entre ellas.

(3) El tercer escenario posible corresponde a una situación en la cual el programa es efectivo (la variable *promotor por ONG* es significativa y positiva), pero el mecanismo de monitoreo no lo es, dado que la información provista por los prestadores no coincide con los resultados brindados por las variables surgidas del análisis de la encuesta de hogares (es decir, no coinciden la primera y segunda columna del cuadro). Se concluye que a pesar de la mejora en prestaciones resultante del programa, el sistema de control falla en brindar información correcta, lo que limita los incentivos del contrato y genera riesgos en el mediano plazo de sobrerregistro y acuerdos monopólicos entre prestadores.

(4) El cuarto caso, a diferencia del anterior, no cuenta con indicadores de éxito en desempeño (el coeficiente de la variable asociada con la iniciativa tiene efectos no significativos o negativos). Se concluye que el programa establecido no es efectivo, que el método de evaluación es incorrecto (porque no puede identificar el desvío declarado por la comunidad en el desempeño de una o más instituciones). Ello indica claramente una falla de diseño del contrato que no brinda los incentivos adecuados para llevar a cabo la iniciativa.

(5) Este caso corresponde a la situación en la cual la información brindada a la UCP no presenta desvíos significativos respecto de la media entre instituciones, las variables *dummy por ONG* no son significativas, lo que indica un igual desempeño entre instituciones, y la variable *dummy por iniciativa ONG* resulta significativa y positiva. Esta alternativa es la más satisfactoria de las existentes, en tanto el programa implementado es eficaz y el mecanismo de evaluación y monitoreo es el apropiado, al estar el contrato correctamente especificado.

(6) El sexto caso corresponde a una situación similar a la anterior, pero con la diferencia que la variable *asociada con la iniciativa ONG* no resulta significativa. En consecuencia, aunque el contrato se encuentre correctamente especificado y genere los incentivos adecuados, no brinda los resultados esperados.

(7) Este caso plantea la posibilidad que el programa sea eficaz, y que la información entre instituciones no varíe significativamente entre ellas al momento de ser remitidas a la UCP. Sin embargo, y de acuerdo a la visión de los usuarios, tal diferencia resulta evidente, lo que revela la existencia de acuerdos entre prestadores para sortear el esquema de evaluación.

(8) Finalmente, el último escenario posible presenta las siguientes condiciones: el programa implementado no es eficaz (el coeficiente que acompaña a la *dummy por iniciativa ONG* es no significativo o negativo), el desvío en la información obtenida no resulta relevante, pero las variables *dummy por ONG* revelan la existencia de diferencias en desempeño entre instituciones. Ello sugiere que el programa no alcanza sus metas y que el mecanismo de control no resulta efectivo, provocando incentivos contrarios al de la comunidad destinataria.

Anexo II: Test de diferencia de proporciones. Prueba de significatividad estadística para muestras de diferentes tamaños

Para determinar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas en el desempeño de los tres grupos poblacionales analizados por tipo de intervención, la metodología consiste en realizar un test de diferencia de proporciones. Como el interés radica en saber si el desempeño del área con promotores privados resulta superior o inferior a las restantes, el test de prueba es de dos colas.

Las tres muestras con las que se cuenta se agrupan de a pares para contrastar el desempeño de todas las áreas entre sí. De este modo la comparación que se realiza entre zonas geográficas resulta de cotejar el desempeño de áreas PROMOTOR ONG VS PROMOTOR PÚBLICO, PROMOTOR ONG VS ÁREA SIN PROMOTORES y PROMOTOR PÚBLICO VS ÁREA SIN PROMOTORES.

Esta metodología también se aplica para evaluar el programa desde la perspectiva de la iniciativa como un todo. Bajo este enfoque, las muestras poblacionales son dos; la primera de ellas está conformada por todos aquellos individuos que han recibido atención por parte de promotores privados y de los EIS y la segunda la constituyen las personas a la cuales el grupo de control brindó servicios.

Específicamente el test de diferencias de proporciones establece que si p_1 y p_2 son las proporciones muestrales obtenidas en muestras de tamaños n_1 y n_2 respectivamente, considerando la hipótesis nula considera que no hay diferencia entre los parámetros de las poblaciones (o sea, $p_1 = p_2 = p$). Dado que el número de éxitos, Y_1 e Y_2 (vacunas, control del peso, atención de EDA, IRA, etc.) se asumen independientes entre sí, la varianza de

$p^{\wedge}_1 - p^{\wedge}_2 = Y_1/n_1 - Y_2/n_2$ es la suma de las varianzas,

$$\sigma^2_{p^{\wedge}_1 - p^{\wedge}_2} = \frac{p_1(1-p_1)}{n_1} + \frac{p_2(1-p_2)}{n_2}$$

Si la hipótesis nula, $H_0: p_1 = p_2 = p$, donde p es desconocido es cierta, entonces

$$Z = \frac{p^{\wedge}_1 - p^{\wedge}_2}{\sqrt{\frac{p(1-p)}{n_1} + \frac{p(1-p)}{n_2}}} \sim N(0, 1)$$

El valor de Z no puede obtenerse debido a que p es desconocido. Reemplazando el valor de p por su expresión combinada y estimada, y ésta sobre la fórmula anterior, el estadístico de prueba es

$$Z = \frac{p^{\wedge}_1 - p^{\wedge}_2}{\sqrt{p^{\wedge}(1 - p^{\wedge})(1/n_1 + 1/n_2)}}$$

Suponiendo un nivel de significancia de 0.05, la regla de decisión establece aceptar la hipótesis nula si el valor de z calculado (z_c) es mayor en valor absoluto que el z teórico (z_t , de tabla) correspondiente a 0.05. Es decir que si $|z_c| > |z_t| = 1.96 \Rightarrow$ se rechaza H_0 . Por lo tanto, se concluye que el estadístico muestral observado es significativo al 95% de confianza, existiendo diferencias significativas entre los dos grupos poblacionales comparados.

Si $z_c > 1.96$, se concluye que la diferencia es estadísticamente significativa y a favor del proceso N° 1.

Si $-z_c > -1.96$, se concluye que la diferencia es estadísticamente significativa y a favor del proceso N° 2.

Los estadísticos calculados para todas las intervenciones analizadas por área geográfica de acuerdo a esta metodología se presentan a continuación en el siguiente cuadro:

**CUADRO A2.1:
Test de proporciones**

a) Resultado del test de proporciones según área geográfica

TIPO DE INTERVENCION	Areas Geográficas Comparadas de a pares	Estadístico "z" calculado	Resultado del Test	Conclusión
VACUNAS	Prom. ONG vs Prom. Publ.	1.928628151	Acepta H0	Porm ONG ~ Prom Publ.
	Prom Ong vs Ninguno	2.610972862	Rechaza H0	Prom ONG > Ninguno
	Prom Publ. Vs Ninguno	0.675820051	Acepta H0	Porm Publ. ~ Ninguno
PESO	Prom. ONG vs Prom. Publ.	-0.964233988	Acepta H0	Porm ONG ~ Prom Publ.
	Prom Ong vs Ninguno	5.103808122	Rechaza H0	Prom ONG > Ninguno
	Prom Publ. Vs Ninguno	6.234399871	Rechaza H0	Prom Publ. > Ninguno
VITAMINAS	Prom. ONG vs Prom. Publ.	-1.580011292	Acepta H0	Porm ONG ~ Prom Publ.
	Prom Ong vs Ninguno	2.69866316	Rechaza H0	Prom ONG > Ninguno
	Prom Publ. Vs Ninguno	4.412100995	Rechaza H0	Prom Publ. > Ninguno
EDA	Prom. ONG vs Prom. Publ.	0.760474336	Acepta H0	Porm ONG ~ Prom Publ.
	Prom Ong vs Ninguno	1.252903727	Acepta H0	Porm ONG ~ Ninguno
	Prom Publ. Vs Ninguno	0.344570606	Acepta H0	Porm Publ. ~ Ninguno
IRA	Prom. ONG vs Prom. Publ.	2.655256976	Rechaza H0	Prom ONG > Prom Publ.
	Prom Ong vs Ninguno	3.624006954	Rechaza H0	Prom ONG > Ninguno
	Prom Publ. Vs Ninguno	0.775248412	Acepta H0	Porm Publ. ~ Ninguno
CONTROL PRENATAL	Prom. ONG vs Prom. Publ.	-0.350954794	Acepta H0	Porm ONG ~ Prom Publ.
	Prom Ong vs Ninguno	-0.644073116	Acepta H0	Porm ONG ~ Ninguno
	Prom Publ. Vs Ninguno	-0.225388753	Acepta H0	Porm Publ. ~ Ninguno
PARTO	Prom. ONG vs Prom. Publ.	3.232985009	Rechaza H0	Porm ONG > Prom Publ.
	Prom Ong vs Ninguno	-0.556919254	Acepta H0	Porm ONG ~ Ninguno
	Prom Publ. Vs Ninguno	-3.540962533	Rechaza H0	Ninguno > Porm Publ.
PLANIFICACION FAMILIAR	Prom. ONG vs Prom. Publ.	1.025559823	Acepta H0	Porm ONG ~ Prom Publ.
	Prom Ong vs Ninguno	0.177368819	Acepta H0	Porm ONG ~ Ninguno
	Prom Publ. Vs Ninguno	-0.856403204	Acepta H0	Porm Publ. ~ Ninguno
PROBLEMAS DE SALUD	Prom. ONG vs Prom. Publ.	-0.233367431	Acepta H0	Porm ONG ~ Prom Publ.
	Prom Ong vs Ninguno	0.691832696	Acepta H0	Porm ONG ~ Ninguno
	Prom Publ. Vs Ninguno	0.850509166	Acepta H0	Porm Publ. ~ Ninguno

De la lectura de los resultados obtenidos se concluye que, de los nueve casos en los cuales se rechaza la hipótesis nula de igualdad de proporciones con un nivel de significancia de 0.05 (celdas sombreadas), seis de ellos resultan a favor de las áreas con presencia de promotores privados (celdas sombreadas), lo que permite afirmar que estas zonas geográficas han logrado un mejor desempeño que resulta estadísticamente significativo al 95% de confianza.

En materia de control de peso, administración de vitaminas, atención del parto e IRA, la intervención de los promotores privados resulta superior a los cantones de influencia del MSPAS. Más aún, en el caso de las últimas intervenciones mencionadas, el desempeño de los promotores de ONG supera al del grupo de control.

Si este mismo análisis se realiza considerando a la iniciativa como un todo, estos resultados se amplifican y en algunos casos se revierten. Ello se puede observar en el cuadro que se presenta a continuación.

**CUADRO A2.1:
Test de proporciones**

b) Resultado del test de proporciones según iniciativa

TIPO DE INTERVENCION	INICIATIVA ONG VS INICIATIVA PUBLICA	Resultado del Test	Conclusión
	Estadístico "z" Calculado		
VACUNAS	5.478642501	Rechaza H0	Inic. ONG > Inic. Publ
PESO	4.343421146	Rechaza H0	Inic. ONG > Inic. Publ
VITAMINAS	4.079910708	Rechaza H0	Inic. ONG > Inic. Publ
EDA	0.86710997	Acepta H0	Inic. ONG ~Inic. Publ
IRA	0.627715052	Acepta H0	Inic. ONG ~Inic. Publ
CONTROL PRENATAL	0.00000000	Acepta H0	Inic. ONG ~Inic. Publ
PARTO	1.235631707	Acepta H0	Inic. ONG ~Inic. Publ
PLANIFICACION FAMILIAR	31.17691454	Rechaza H0	Inic. ONG > Inic. Publ
PROBLEMAS DE SALUD	1.723783215	Rechaza H0	Inic. ONG > Inic. Publ

En cinco de las nueve intervenciones seleccionadas la iniciativa de contratación privada para la prestación de servicios de salud resulta superior respecto del sistema tradicional de salud, de promotores públicos. La administración de vacunas, atención de problemas de salud en mayores de 6 años y planificación familiar, que bajo el enfoque geográfico no mostraban una diferencia significativa respecto del desempeño de los promotores públicos, ahora resultan favorables al sistema de contratación privada de servicios de salud.

Anexo III: Metodología de encuesta¹¹

Se realizó un muestreo polietápico con afiliación proporcional a grupos poblacionales atendidos por promotores y servicios esenciales por ONG en comparación a grupos poblacionales con cobertura de servicios por el Ministerio de Salud.

Para aumentar la potencia de la comparación se tomaron criterios homogéneos para grupos poblacionales similares, en los mismos municipios o en municipios diferentes si en un mismo municipio no se reunía la misma característica. Al mismo tiempo, como se trata de grupos poblacionales con cobertura por establecimientos de salud y se considera que la presencia del promotor es determinante para una mayor cobertura, este segundo grupo que sirve de control, y que representa cuantitativamente el doble de población que el grupo de intervención por ONG, se subdividió en poblaciones de condiciones similares de pobreza y accesibilidad que tenían presencia de promotor del Ministerio de salud y los que aún siendo responsabilidad del Ministerio, no poseen promotores de salud. Por tanto la afiliación proporcional se dio en ambos grupos en una cantidad igual al intervenido por ONG.

Se eligieron dos departamentos que a nivel nacional se encuentran con problemas de pobreza y extrema pobreza, Ahuachapán y Sonsonate, y que tienen intervención con un programa que extiende la cobertura por medio de la contratación de ONG.

El marco muestral estuvo constituido por los cantones objeto de la intervención en ambos departamentos y por la lista de cantones con responsabilidad de cobertura por el MSPAS. En estos últimos grupos poblacionales se consideraron los cantones con presencia de promotor del MSPAS y los que no tienen presencia de promotor.

Se eligieron, en forma aleatoria, los cantones con presencia de intervención por ONG en municipios y por departamento, como así también en los cantones con cobertura ministerial que tuvieran presencia o no de promotores del MSPAS. En algunos municipios coincidió la presencia de ambas intervenciones (cantones con promotor de ONG y cantones con promotor del MSPAS). En todo caso, los cantones y municipios seleccionados en cada departamento obedecen a la selección primaria en base a similares características poblacionales.

Para el diseño muestral se asumió la cobertura de servicios esenciales representada por la cobertura de inscripción prenatal general, ya que la misma se vincula a otros servicios esenciales como la atención puerperal y la del recién nacido.

Ya que el estudio comprende la base poblacional total atendida por ONG que en promedio es de 10, 000 personas, en este caso se considera, por información anterior, que la cobertura promedio es de aproximadamente un 65% en ambas poblaciones cubiertas por el MSPAS, con y sin promotor del Ministerio.

A fin de comparar la eficacia de la intervención de Organizaciones no gubernamentales con relación a la presencia de promotores del Ministerio con un nivel de confianza de un 95%, se estableció un tamaño muestral de al menos 317 encuestas para el grupo de intervención y de al menos 634 para el grupo control, distribuidas proporcionalmente en subgrupos con presencia de promotor del Ministerio y los que no la tienen. Eso hace un total de al menos 951 encuestas. Este tamaño muestra se fija proporcionalmente a los grupos poblacionales para definir el número de encuestas en cada cantón.

¹¹ Elaborado por el Sr. Eliseo Orellana, a cargo de la implementación de la Encuesta analizada en la sección 6 de este documento.

Para fines prácticos se asume un 5% de error en la recolección de información, lo que aumenta el número a 998 encuestas, alcanzando un total de 1003 al incluir las encuestas piloto. En términos prácticos se redondeó en 1000 encuestas en total, sin incluir las de la encuesta piloto.

A continuación se presenta en el cuadro A4.1 la distribución de las encuestas realizadas por departamento, municipio y cantón. Las encuestas realizadas en las zonas que corresponden a la presencia de ONG en la selección aleatoria de cantones corresponden a las ONG ASAPROSAR y SERAPHIM.

Cuadro A3.1:
Encuestas Realizadas en los Departamentos de Ahuachapán y Sonsonate

Departamento	Municipio	Cantones	N° Encuestas	Situación con relación a Promotor		
				Pr. ONG	Pr. MSPAS	Sin Pr.
AHUACHAPÁN	Ahuachapán	Llano de la laguna	60	X		
		Suntecumat	15	X	160	
		Chancuyo	51	X	ASAPROSAR	
		Palo pique	34	X		
	Jujutla	San José El Naranjo	41			X
		San Antonio	57		170	X
		Guayapa abajo	72		Sin Promotor	X
		Las mesas	68		X	
	Guaymango	El Carmen	38	170	X	
		El Rosario	30	MSPAS	X	
		El Zarzal	34		X	
	SONSONATE	Nahuizalco	Guacamaya	55	X	
El cerrito			18	X	170	
Sisimetepec			58	X	SERAPHIM	
Anal abajo			30		X	
Anal arriba			30		X	
Juayúa		Los cañales	14	X	SERAPHIM	
		La unión	25	X		
		Los Naranjos	30	MSPAS	X	
		Ojo de agua	21	165	X	
		San José La majada	54		X	
Izalco		Chorro abajo	28			X
		Las Marías	23		Sin Promotor	X
		San Luis	18		165	X
		El Sunza	64			X
	Ceiba del Charco	32			X	
TOTAL			1,000			

Cuadro A3.2:
DEPARTAMENTO DE AHUACHAPAN

Jujutla

INDICADORES DE POBREZA (%)	
DECIL DE POBREZA:	2
MORTALIDAD INFANTIL (Por millar):	22
ANALFABETISMO 10 AÑOS Y MAS:	48
HACINAMIENTO:	48
VIVIENDAS PISO Y TIERRA:	73
RANCHO CHOZAS Y VIVIENDAS IMPROVISADAS:	12
SIN SERVICIO DE AGUA POTABLE:	95
SIN SERVICIO SANITARIO:	56
SIN SERVICIO DE DRENAJE:	97
SIN ENERGIA ELECTRICA:	66
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 1-6:	24
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 7-9:	9
EXTRA EDAD 1-6:	58
EXTRA EDAD 7-9:	45
POBLACION RURAL MUNICIPIO:	94

Guaymango

INDICADORES DE POBREZA (%)	
DECIL DE POBREZA:	1
MORTALIDAD INFANTIL (Por millar):	49
ANALFABETISMO 10 AÑOS Y MAS:	54
HACINAMIENTO:	51
VIVIENDAS PISO Y TIERRA:	88
RANCHO CHOZAS Y VIVIENDAS IMPROVISADAS:	8
SIN SERVICIO DE AGUA POTABLE:	96
SIN SERVICIO SANITARIO:	77
SIN SERVICIO DE DRENAJE:	97
SIN ENERGIA ELECTRICA:	78
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 1-6:	23
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 7-9:	7
EXTRA EDAD 1-6:	60
EXTRA EDAD 7-9:	51
POBLACION RURAL MUNICIPIO:	93

Ahuachapán

INDICADORES DE POBREZA (%)	
DECIL DE POBREZA:	5
MORTALIDAD INFANTIL (Por millar):	24
ANALFABETISMO 10 AÑOS Y MÁS:	25
HACINAMIENTO:	29
VIVIENDAS PISO Y TIERRA:	60
RANCHO CHOZAS Y VIVIENDAS IMPROVISADAS:	4
SIN SERVICIO DE AGUA POTABLE:	64
SIN SERVICIO SANITARIO:	21
SIN SERVICIO DE DRENAJE:	75
SIN ENERGÍA ELÉCTRICA:	37
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 1-6:	50
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 7-9:	21
EXTRA EDAD 1-6:	42
EXTRA EDAD 7-9:	33
POBLACION RURAL MUNICIPIO:	69
HOGARES EN POBREZA EXTREMA:	24
HOGARES EN SITUACION DE POBREZA:	25

Cuadro A3.3: DEPARTAMENTO DE SONSONATE

Nahuizalco

INDICADORES DE POBREZA (%)	
DECIL DE POBREZA:	2
MORTALIDAD INFANTIL (Por millar):	39
ANALFABETISMO 10 AÑOS Y MÁS:	38
HACINAMIENTO:	53
VIVIENDAS PISO Y TIERRA:	79
RANCHO CHOZAS Y VIVIENDAS IMPROVISADAS:	13
SIN SERVICIO DE AGUA POTABLE:	62
SIN SERVICIO SANITARIO:	18
SIN SERVICIO DE DRENAJE:	88
SIN ENERGÍA ELÉCTRICA:	65
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 1-6:	16
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 7-9:	4
EXTRA EDAD 1-6:	51
EXTRA EDAD 7-9:	73
POBLACION RURAL MUNICIPIO:	83

Juayúa

INDICADORES DE POBREZA (%)	
DECIL DE POBREZA:	5
MORTALIDAD INFANTIL (Por millar):	56
ANALFABETISMO 10 AÑOS Y MÁS:	24
HACINAMIENTO:	36
VIVIENDAS PISO Y TIERRA:	50
RANCHO CHOZAS Y VIVIENDAS IMPROVISADAS:	4
SIN SERVICIO DE AGUA POTABLE:	49
SIN SERVICIO SANITARIO:	11
SIN SERVICIO DE DRENAJE:	78
SIN ENERGÍA ELÉCTRICA:	44
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 1-6:	49
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 7-9:	14
EXTRA EDAD 1-6:	46
EXTRA EDAD 7-9:	68
POBLACION RURAL MUNICIPIO:	67

Izalco

INDICADORES DE POBREZA (%)	
DECIL DE POBREZA:	4
MORTALIDAD INFANTIL (Por millar):	54
ANALFABETISMO 10 AÑOS Y MÁS:	30
HACINAMIENTO:	45
VIVIENDAS PISO Y TIERRA:	59
RANCHO CHOZAS Y VIVIENDAS IMPROVISADAS:	3
SIN SERVICIO DE AGUA POTABLE:	60
SIN SERVICIO SANITARIO:	21
SIN SERVICIO DE DRENAJE:	85
SIN ENERGÍA ELÉCTRICA:	52
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 1-6:	43
TASA NETA DE ESCOLARIDAD 7-9:	12
EXTRA EDAD 1-6:	60
EXTRA EDAD 7-9:	69
POBLACION RURAL MUNICIPIO:	72

Marco Muestral 1:

Cantones, grupos poblacionales, con promotor de ONG en Ahuachapán y Sonsonate.

Grupo poblacional	Municipios	Cantones	Población beneficiaria
Ahuachapán 1	Tacuba	El Sincuyo	2,700
		El Rodeo	1,251
		Loma Larga	295
		El Chaguite	1,433
		El Jícaro	1,757
		La Montaña	233
		San Juan	1,198
		Agua Fría	649
		El Nispero	1,132
		La Pandeadura	338
		El Rosario	372
		Total	11,358
Ahuachapán 2	Jujutla	Los Amates	1,070
		Tihuicha	386
	San Pedro Puxtla	La Concepción	320
		Guachipilin	843
		El Durazno	663
		La Esperanza	533
		El Cortéz	1,315
	Concepcion de Ataco	El Naranjito	722
		La Ceiba	874
		El Chirizo	503
	Guaymango	El Carmen	705
		El Rosario	1,648
	Total	9,582	
Ahuachapán 3	Ahuachapán	Llano la Laguna	3,276
		Suntecumat	777
		Chancuyo	2,699
		Palo Pique	1,779
		Total	8,531
Ahuachapán 4	Ahuachapán	El Barro	1,414
		San Lázaro	1,369
		Llano de Doña Maria	1,746
		Ashapuco	1,416
		Santa Rosa Acacalco	1,088
		El Barro	1,167
	Turín	El Paraíso	1,581
Total	9,781		
Sonsonate 1	Nahuizalco	Sabanas San Juan Arriba	1,275
		Sabanas San Juan Arriba	1,133

Grupo poblacional	Municipios	Cantones	Población beneficiaria
		Pushtán	1,553
		Anal Abajo	1,084
		El Canelo	1,928
		El Chaparrón	756
	Juayúa	Los Naranjos	2,126
		TOTAL	9,855
Sonsonate 2	Nahuizalco	La Guacamaya	3,080
		El Cerrito	914
		Sisimitepec	3,315
		Cusamaluco	687
	Juayúa	Los Cañales	525
		La Unión	1,004
		La Puente	523
		San Juan de Dios	216
		TOTAL	10,264
Sonsonate 3	Santa Catarina Masahuat	Cuyuapa	3,392
	San Antonio del Monte	Cuyuapa Arriba	678
	Nahuizalco	El Carrizal	1,708
		Sabana Grande	1,933
	Sto Domingo de Guzman	El Carrizal	676
		TOTAL	8,387
Sonsonate 4	Acajutla	San Julián Km. 5	1,060
		Valle Nuevo	5,735
		El Suncita	3,203
		TOTAL	10,122

Marco Muestral 2:

Cantones, grupos poblacionales sin promotor en los departamentos de Ahuachapán y Sonsonate.

Ahuachapán 1	Jujutla	San José Naranjo	1,674
		San Antonio Las Delicias	3,649
		Guayapa Abajo	4,006
		TOTAL	9,329
Ahuachapán 2	Jujutla.	La Falla	1,786
		La Barra de Santiago	2,647
		El Diamante	1,014
	San Francisco Menendez	San Benito (San Miguelito y San Alfonso)	947
		El Jocotillo	1,711
		Sacramento	718
		La Ceiba (Los Méndez)	1,167
		TOTAL	9,990
Ahuachapán 3	Ahuachapán	Santa Cruz (Profundi, El Desvío)	1,158
		La Danta (Guayacan, Quebrachal, Dantilla, La Danta, La Isla)	1,077
		Río Frío (Santa Teresa, Río frío, San Francisco, El Carmen, Los Lotes, Obrajuelo, Desmovilizados)	2,036
		Chinamas (Caalle Vieja, San José)	1,052
		Llano La Laguna (Venecia, Saan Cayetano)	598
		Chipilapa (Los Aguirres, Los Amates, El Bordo, La Piedra)	11,042
		Lomas de Alarcón (Kilo 5)	1,071
		San Lorenzo	Las Pozas
	El Jicaral (Sanarate, san Matías)		472
		TOTAL	9,790
Ahuachapán 4	El Refugio	El Rosario	1,445
		San Antonio	1,705
	Atiquizaya	Izcaquilio	3,299
		El Zunca	1,091
		El Salitrero	1,342
	TOTAL	9,165	
Sonsonate 1	Izalco	Chorro Abajo	1,692
		Las Marías	1,380
		San Luis	1,022
		Sunza	3,884
		Ceiba El Charco	1,901
		TOTAL	9,879
Sonsonate 2	Izalco	Tres Ceibas	1,692
		Cruz Grande	1,380
		Tunalmiles	1,022
		Cangrejera	3,884

		Huiscoyolate	2,905
		TOTAL	9,918
Sonsonate 3	Nahuilingo	Alemán	2,325
	Sonsonate	Presidio	4,617
	Izalco	Tecuma	375
		Cuntan	2,679
		TOTAL	9,996
Sonsonate 4	Sonsonate	El Cacao	3,198
	San Antonio del Monte	Cuyuapa Abajo	3,487
		Agua Santa	3,000
		TOTAL	9,685

Nota: el resto de cantones y municipios constituyeron el marco muestral para cantones con promotores del MSPAS

Anexo IV: Formulario de Encuesta



PROYECTO

Abt Associates Inc. / PHR plus

**ENCUESTA A POBLACIÓN LOCAL
SOBRE EVALUACION DE ENTREGA DE SERVICIOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA POR PROMOTORES DE ONG Y
PROMOTORES PÚBLICOS**

Junio 2004



**EVALUACION DE LA ENTREGA DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA POR
PROMOTORES DE SALUD.
ENCUESTA A POBLACIÓN LOCAL
AHUACHAPAN Y SONSONATE**

Código de identificación: _____

0.1	País	El Salvador
0.2	Municipio	
0.3	Cantón	
0.4	Fraccionamiento, colonia.	
0.5	Número de vivienda	
	SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA	
	Nombre del encuestador	
	Fecha de la encuesta: Día ____ MES____ AÑO____	
0.7	OBSERVACIONES: ENCUESTA: 1) Completa 2) Incompleta 3) Rechazó participar	
	Nombre del supervisor:	

Presentación: Me llamo (nombre) y trabajo para (PHRplus) una institución de investigación. Estamos desarrollando un proyecto sobre la entrega de servicios de salud por promotores de organizaciones no gubernamentales y el Ministerio de Salud con el propósito conocer la situación de salud de su comunidad y proponer mejoras en los servicios de salud.

Esta comunidad ha sido seleccionada para desarrollar el proyecto por sus características sociales y económicas. Nos interesaría tener una entrevista con usted con el propósito de conocer su opinión o su punto de vista sobre como se están brindando los servicios de salud en esta comunidad.

Confidencialidad y consentimiento: Sus respuestas son completamente confidenciales y la información que nos proporcione sólo será utilizada con la finalidad de conocer la situación de salud de la comunidad y los servicios de salud que brindan los promotores de las ONG'S o en Ministerio de Salud en la comunidad.

No tiene que contestar a ninguna pregunta que no quiera responder y puede terminar la entrevista en el momento que lo desee. Le agradeceremos muchísimo que nos ayude con este estudio.

Esta entrevista tardará alrededor de 45 minutos. ¿Está dispuesto(a) a participar?

(Firma del entrevistador certificando que ha obtenido el consentimiento informado para entrevistar a la persona)

I. Características sociodemográficas de los integrantes de la vivienda						
1.1 ¿Cuántas personas viven en ésta casa?: _____						
N° de registro	1.2. ¿Podría decirme el nombre de cada una de las personas que viven en esta casa, empezando por el jefe de la vivienda? (Empiece por el jefe de la vivienda)	1.3. ¿Es hombre o mujer?) Hombre.1 Mujer.2 (Circule la respuesta)		1.4. ¿Cuántos años tiene...? (mencione el nombre de cada uno) Si es menor de 1 año anote 0 (cero).	1.5 Aplicar sólo a mayores de 6 años de edad. ¿Cuántos años completos fue a la escuela? Si no fue a la escuela marque 99.	1.6 Sólo a mayores de 12 años, que NO fueron a la escuela ¿Sabe leer y escribir? 1. Sí 2.No
1	Jefe de la vivienda	1	2			
2		1	2			
3		1	2			
4		1	2			
5		1	2			
6		1	2			
07		1	2			
08		1	2			
09		1	2			
10		1	2			
11		1	2			
12		1	2			
13		1	2			
14		1	2			
15		1	2			

Trabajo, desempleo y movilidad de los integrantes de la vivienda		
1.7	¿Cuánta gente de esta casa tiene algún empleo temporal o permanente, o realiza alguna actividad que le genere ingresos económicos?	1. Ninguno (Pase a 1.9) 2. Todos 3. Algunos (anote cuántos):
1.8	De los que trabajan, ¿en qué trabajan? Anote las respuestas	a) _____ b) _____ c) _____
1.9	Alguien mayor de 12 años de edad, que no esté estudiando, ¿está sin empleo o buscando empleo?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 1.11)
1.10	¿Cuántos?	Número de personas: _____
1.11	De esta casa ¿hay alguien que esté trabajando fuera de esta localidad o del país?	1. Sí 2. No 99. No sabe/ No contesta } (Pase a 1.16)
1.12	¿Cuántos?	Número de personas: _____
1.13	¿En qué localidad o país trabajan?	Localidad País 1. _____ 1.1 _____ 2. _____ 2.1 _____ 99. No sabe/No contesta
1.14	¿Reciben remesas?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 1.16)
1.15	¿Cuál es la cantidad que les envían? (puede ser promedio mensual)	\$
1.16	¿Cuánto son los ingresos del hogar?. (Incluyendo la remesa)	\$

Descripción de la vivienda			
1.17	Observe los siguientes aspectos de la vivienda y marque el material con que está construida la vivienda. (Pregunte, sólo si no lo puede observar)	1. Techo	1. Cemento 2. Teja 3. Paja 4. Lámina 5. Otro (especifique) _____
		2. Paredes	1. Ladrillo, tabique 2. Madera 3. Cartón 4. Otro(especifique)
		3. Piso	1. Loseta, azulejo. 2. Tierra 3. Otro(especifique)
1.18	Disposición de excretas		1. Al aire libre 2. Letrina 3. Inodoro
1.19	¿Tiene la vivienda en propiedad?	Si No	Arrendada Prestada Otra:
1.20	¿Cuánto paga por la vivienda?		\$ _____
1.21	¿De donde obtiene el agua?		1. Tubería dentro de la casa 2. Tubería fuera de la casa pero dentro del terreno 3. Chorro público 4. Pozo 5. Río, manantial o quebrada 6. Otro:
1.22	¿Paga por el agua que consume?		1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 1.23)
1.23	¿Cuánto pagó el mes pasado o la última vez?		\$ _____
1.24	¿Qué tratamiento aplican al agua para beber?		1. Ninguno 2. La hierven 3. la cloran (con puriagua) 4. Otro (especifique) 99. No sabe/No contesta (Pase a 1.24)
1.25	¿Cuál es el gasto mensual del hogar?		1. alimentos, educación (armar una canasta , cuidar que no se dupliquen gastos en transporte y servicios de salud que se preguntan más adelante) \$ _____

2. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN CASO DE ENFERMEDAD

2.1	Alguna persona de esta vivienda ¿ha estado enferma o ha sufrido un accidente en los últimos 15 días?	1. Sí, 2. No 99. No sabe/ No contesta } Pase a 3.1
2.2	¿Cuántos? (Aplique el cuestionario “SERVICIOS DE SALUD” para cada una de las personas reportadas enfermas en los últimos 15 días)	_____

DESPUÉS DE APLICAR LA SECCION SOBRE SERVICIOS DE SALUD CONTINUE CON LA SECCION 3.

3. DATOS DEL ENTREVISTADO:		
Recuerde que el/la entrevistado/a debe ser, preferentemente, el/la jefe de la vivienda.		
3.1	No. de registro (COPIE EL DATO DE LA HOJA DE INTEGRANTES DE LA VIVIENDA)	
3.2	Edad (COPIE EL DATO DE LA HOJA DE INTEGRANTES DE LA VIVIENDA)	
3.3	Sexo (COPIE EL DATO DE LA HOJA DE INTEGRANTES DE LA VIVIENDA)	
3.4	Escolaridad (COPIE EL DATO DE LA HOJA DE INTEGRANTES DE LA VIVIENDA)	
3.5	¿Sabe leer y escribir? (COPIE EL DATO DE LA HOJA DE INTEGRANTES DE LA VIVIENDA)	
3.6	Estado civil	1. Casado/a 2. Divorciado/a 3. Unión libre 4. Viudo/a 5. Soltero/a 6. Otro _____
3.7	¿Tiene hijos?	1. Sí 2. No (Pase a 3.9)
3.8	¿Cuántos?	_____
3.9	¿A qué se dedica -su empleo o actividad principal-? (Con o sin ingresos económicos).	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Tipo de empleo (especifique) _____
3.10	¿Dónde nació?	1. Nació en la misma localidad (Pase a 4.1) 2. Otra localidad (especifique) a) Localidad _____ b) Estado _____ c) País _____

3.11	¿Cuánto tiempo tiene viviendo en la localidad?	_____ años (si tiene menos de un año coloque cero)
4. Menor de 5 años: Vacunación		
4.1	¿El niño a sido vacunado alguna vez? (usar número correlativo de hoja de miembros de la familia?)	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 4.3)
4.2	¿Tiene la tarjeta de atención integral a la niñez?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 4.5)
4.3	¿Por qué no ha sido vacunado/a?	1. 2. 3.
4.4	Registre exactamente la fecha como está anotada para cada biológico	BCG _/_/_ Antipolio: 1. _/_/_ 2. _/_/_ 3. _/_/_ R _/_/_ DPT 1. _/_/_ 2. _/_/_ 3. _/_/_ R _/_/_ PENTAVALENTE 1. _/_/_ 2. _/_/_ 3. _/_/_ Anti Hepatitis B 1. _/_/_ 2. _/_/_ 3. _/_/_ R _/_/_ SPR (Sarampión, Rubéola y Paperas) 1. _/_/_ 2. _/_/_
4.5	¿Le han aplicado la vacuna, Cuantas dosis?	Contra la tuberculosis __ Antipolio __ DPT __ Pentavalente __ Anti Hepatitis B __ Sarampión __ Rubéola __
4.7	¿Le da pecho a (número de miembro de familia)?	1. Sí 2. No (sin lactancia) 99. No sabe/No contesta } (Pase a 4.9)
4.8	Durante cuanto tiempo le dio o está dando únicamente pecho a... sin darle ni siquiera agua?	1. N° de días 2. N° de semanas 3. N° de meses
4.9	¿Tiene la tarjeta de atención integral a la niñez? Identifique y escriba el mes al cual se iniciaron otros alimentos diferentes a la leche materna. (anotar información de la tarjeta)	Anote si recibe o recibió: 1. Lactancia exclusiva 2. Predominante 3. Complementaria
Vigilancia del peso		
4.10	¿Lo han pesado en el centro de salud o en la comunidad en los últimos 6 meses?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 4.13)
4.11	¿Cuántas veces?	
4.12	¿Tiene la tarjeta de atención integral a la niñez? Le registraron el peso. Escriba el peso al nacer, el peso y el percentil de las últimas 4 mediciones de acuerdo a la edad.	Peso al nacer Gana peso No gana peso Pierde peso No le registraron el peso

4.13	¿Cómo considera la atención?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy Buena (excelente) 2. Buena 3. Regular 4. Mala
Administración de micro nutrientes		
4.14	¿Le han dado a... Vitamina A, Sulfato ferroso, en los últimos 6 meses?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 4.16)
4.15	¿Tiene la tarjeta de atención integral a la niñez? Cuantos registros tiene Vitamina A y sulfato ferroso (jarabe de hierro)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vitamina A 2. Jarabe de hierro
4.16	¿Quién atiende a su niño/a?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promotor de salud del ministerio 2. Promotor de salud de la ONG 3. Médico del Equipo Itinerante de salud.
5- Menor de 5 años: Enfermedad diarreica aguda (EDA)		
5.1	¿En el mes pasado, tuvo diarrea? (Se refiere al nombre del niño/a que tuvo diarrea identificado por correlativo de familia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 6.)
5.2	¿Lo atendieron?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 5.21)
5.3	¿Quién lo atendió?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo Itinerante de Salud (EIS) 2. Promotor de salud de la ONG 3. Promotor de salud del ministerio 4. Médico de Unidad de Salud 5. enfermera de US 6. Médico privado 7. Curandero 8. Farmacia 9. Otro:
5.4	¿En donde lo atendió?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casa 2. Casa de salud 3. Unidad de Salud 4. Hospital 5. EIS 6. Farmacia 7. Clínica privada 8. Casa Curandero 9. Otro:
5.5	¿Qué le dieron en la última atención?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remedio casero 2. Sales de Rehidratación Oral 3. Medicamentos 4. Otro 5. Nada
5.6	¿Tuvo que pagar por la consulta?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 5.8)
5.7	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
5.8	¿Cuánto tiempo se demoró en llegar desde su casa hasta el lugar donde lo atendieron?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minutos 2. Horas 3. días
5.9	¿Tuvo que pagar por el transporte?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 5.11)
5.10	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
5.11	¿Lo hospitalizaron?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 5.)

5.12	¿Cuántos días?	Nº de días
5.13	¿Tuvo que pagar por la hospitalización?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta
5.14	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
5.15	Le ordenaron medicamentos para después de la hospitalización?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 6)
5.16	¿Obtuvo los medicamentos?	
5.17	¿Dónde los obtuvo?	1. Equipo Itinerante de Salud (EIS) 2. Promotor de salud de la ONG 3. Promotor de salud del ministerio 4. Unidad de Salud 5. Hospital 6. Farmacia particular
5.18	¿Tuvo que pagar por los medicamentos?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta }
5.19	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
5.20	¿Cómo considera la atención?	1. Muy Buena (excelente) 2. Buena 3. Regular 4. Mala
5.21	¿Por qué no consultó?	1. Enfermedad era leve 2. No tuvo tiempo 3. Centro de atención lejos 4. Atención es mala 5. Atención es cara (costosa) 6. Falta personal adecuado 7. No hay medicina 8. Horario inaccesible 9. Infraestructura y equipos inadecuados 10. Problemas económicos 11. Otros: _____
6 IRA (Infección respiratoria aguda)		
6.1	¿En el mes pasado, tuvo IRA? (datos del aue enfermó de acuerdo al correlativo de hoja familia)	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 7)
6.2	¿Lo atendieron?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 6.23)
6.3	¿Quién lo atendió?	1. Equipo Itinerante de Salud (EIS) 2. Promotor de salud de la ONG 3. Promotor de salud del ministerio 4. Médico de Unidad de Salud 5. enfermera de US 6. Médico privado 7. Curandero 8. Farmacia 9. Otro:

6.4	¿En donde lo atendió?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Casa 2. Casa de salud 3. Unidad de Salud 4. Hospital 5. EIS 6. Farmacia 7. Clínica privada 8. Casa curandero 9. Otro:
6.5	¿Qué le dieron en la última atención?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remedio casero 2. Medicamentos 3. Otro 4. Nada
6.6	¿Tuvo que pagar por la consulta?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 6.8.)
6.7	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
6.8	¿Cuánto tiempo se demoró en llegar desde su casa hasta el lugar donde lo atendieron?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Minutos 2. Horas 3. días
6.9	¿Tuvo que pagar por el transporte?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 6.11)
6.10	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
6.11	¿Tuvo que pagar por los remedios?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta (Pase a 6.13)
6.12	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
6.13	¿Lo hospitalizaron?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 7)
6.14	¿Cuántos días?	Nº de días
6.15	¿Tuvo que pagar por la hospitalización?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta
6.16	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
6.17	Le ordenaron medicamentos para después de la hospitalización?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta }
6.18	¿Obtuvo los medicamentos?	
6.19	¿Dónde los obtuvo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo Itinerante de Salud (EIS) 2. Promotor de salud de la ONG 3. Promotor de salud del ministerio 4. Unidad de Salud 5. Hospital 6. Farmacia particular
6.20	¿Tuvo que pagar por los medicamentos?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 6.22)
6.21	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
6.22	¿Cómo considera la atención?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Muy Buena (excelente) 2. Buena 3. Regular 4. Mala

6.23	¿Por qué no consultó?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad era leve 2. No tuvo tiempo 3. Centro de atención lejos 4. Atención es mala 5. Atención es cara (costosa) 6. Falta personal adecuado 7. No hay medicina 8. Horario inaccesible 9. Infraestructura y equipos inadecuados 10. Problemas económicos 11. Otros: _____
7. Mujeres embarazadas en el momento de la entrevista – Control prenatal, vacunas, sulfato ferroso.		
7.1	¿Ha tenido hijos/as, nacidos vivos? (número correlativo de miembro de familia)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 7.3)
7.2	¿Cuántos?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 99. No sabe/No contesta
7.3	¿Está embarazada actualmente?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 8)
7.4	¿Cuántos meses de embarazo tiene?	
7.6	¿Tiene tarjeta de control prenatal? Verifique y escriba:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Número de gestas 2. Número de nacidos vivos 3. Número de mediciones de la altura uterina 4. Número de mediciones de la altura uterina normales 5. Número de mediciones de peso 6. Número de mediciones de peso normales 7. No tiene tarjeta (pase a 7.9)
7.6	¿A los cuantos meses de embarazo le dieron el primer control prenatal?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No tiene CPN (Pase a 7.29) 2. Primer trimestre 3. Segundo Trimestre 4. tercer trimestre
7.7	¿Cuántos controles prenatales le han realizado?	<ol style="list-style-type: none"> 1. uno 2. dos 3. tres 4. cuatro 5. cinco o más
7.8	¿Con quien ha tenido sus controles prenatales?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo Itinerante de salud 2. Médico en la unidad de salud 3. enfermera 4. Promotor de salud ONG 5. promotor de salud del MSPAS 6. Partera 7. Otro:
7.9	¿En donde fue su último CPN?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo Itinerante de Salud 2. Casa de salud del MSPAS 3. Unidad de Salud MSPAS 4. Hospital 5. Casa
7.10	¿Tuvo que pagar por la consulta?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 7.12)
7.11	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
7.12	¿Cuánto tiempo se demoró en llegar desde su casa hasta el lugar donde lo atendieron?	<ol style="list-style-type: none"> 4. Minutos 5. Horas 6. días

7.13	¿Tuvo que pagar por el transporte?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 7.15)
7.14	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
7.15	¿Tuvo que pagar por la consulta o por los exámenes que le ordenaron o por el sulfato ferroso?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 7.17)
7.16	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
7.17	¿En esa consulta le han medido la altura del útero, la han pesado, ordenaron exámenes de sangre, ordenaron exámenes de orina, le dieron vitaminas (sulfato ferroso)?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta }
7.18	¿Ha sido vacunada contra el tétanos durante este embarazo?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 7.20)
7.19	¿Cuántas dosis le han puesto?	1. 2.
7.20	¿La hospitalizaron?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 7.28)
7.21	¿Cuántos días?	Nº de días
7.22	¿Tuvo que pagar por la hospitalización?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta
7.23	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
7.24	Le ordenaron medicamentos para después de la hospitalización?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta }
7.25	¿Obtuvo los medicamentos?	
7.26	¿Dónde los obtuvo?	7. Equipo Itinerante de Salud (EIS) 8. Promotor de salud de la ONG 9. Promotor de salud del ministerio 10. Unidad de Salud 11. Hospital 12. Farmacia particular
7.27	¿Tuvo que pagar por los medicamentos?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta }
7.28	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
7.28	¿Cómo considera la atención?	1. Muy Buena (excelente) 2. Buena 3. Regular 4. Mala
7.29	¿Por qué no tiene control prenatal?	1. Problema es leve 2. No tiene tiempo 3. Centro de atención lejos 4. Atención es mala 5. Atención es cara (costosa) 6. Falta personal adecuado 7. No hay medicina 8. Horario inaccesible 9. Infraestructura y equipos inadecuados 10. Problemas económicos 11. Otros: _____
8. Mujeres con parto en el último año – atención del parto		

8.1	¿Le han atendido parto en los últimos 12 meses?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 9)
8.2	¿Quién le atendió el último parto?	1. Equipo Itinerante de salud 2. Ginecólogo 3. Médico general 4. Enfermera 5. Auxiliar de enfermería 6. Promotor de salud de la ONG 7. Promotor de salud del MSPAS 8. Partera 9. Familiar o amigo 10. sola
8.3	¿En donde atendieron el parto?	1. Casa de la persona 2. Casa de salud 3. Hospital del MSPAS 4. Hospital del ISSS 5. Hospital o clínica privada 6. Casa de partera 7. Otro:
8.4	¿Cuánto tiempo se tardó desde su casa hasta el lugar que la atendieron?	1. Minutos 2. Horas 3. días
8.5	¿Tuvo que pagar por el transporte?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 8.7)
8.6	¿Cuanto tuvo que pagar?	
8.7	¿Tuvo que pagar por la atención del parto?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 8.9)
8.8	¿Cuánto tuvo que pagar?	
8.9	¿Tuvo que pagar por la consulta?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 8.11)
8.10	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
8.11	¿Asistió a controles prenatales antes de la atención del parto?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 7.29)
8.12	¿A cuantos controles prenatales asistió?	1. uno 2. dos 3. tres 4. cuatro 5. cinco ó más
8.13	¿En los controles le dieron vitaminas (sulfato ferroso)?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta }
8.14	¿Fue vacunada contra el tétanos durante ese embarazo?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 8.16)
8.15	¿Cuántas vacunas le pusieron?	1. 2. 3.
8.16	¿Le hicieron controles a usted y a su hijo/a recién nacido/a después de la atención del parto	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a 8.19)
8.17	¿Cuántos controles le hicieron?	1. 2. 3 4

8.18	¿Al cuanto tiempo después de la atención del parto le hicieron el primer control a usted y al niño/a?	1. Horas 2. Días 3. Meses
8.19	¿Por qué no asistió a los controles después del parto?	1. No lo consideró necesario 2. No tuvo tiempo 3. Centro de atención lejos 4. Atención es mala 5. Atención es cara (costosa) 6. Falta personal adecuado 7. No hay medicina 8. Horario inaccesible 9. Infraestructura y equipos inadecuados 10. Problemas económicos 11. Otros: _____
9. Mujeres en edad fértil. Uso de métodos de planificación familiar (Número correlativo de identificación de miembros de familia. En El Salvador 10 a 19 años)		
9.1	Si no está embarazada ¿Quisiera usted tener otro hijo/a en los próximos 2 años?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 9.16)
9.2	Actualmente ¿Está usando algún método para evitar el embarazo?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 9.16)
9.3	¿Tiene tarjeta de planificación familiar? Verifique y escriba: Ultimo método de PF Fecha de inicio del último método de PF Número de controles del último método de PF	1. 2. 3. 4.
9.4	¿Cuál es el método que usted y su pareja usan para evitar o posponer el embarazo?	1. Pastillas anticonceptivas 2. Inyección 3. Dispositivo intrauterino 4. Ligadura de trompas 5. Vasectomía 6. Diafragma 7. Método del ritmo 8. Método de moco cervical 9. Coito interrumpido 10. Lactancia Materna exclusiva 11. Abstinencia 12. Condón 13. Otro
9.5	¿Hace cuanto tiempo usa el actual método?	1. Días 2. Semanas 3. Meses 4. años
9.6	¿Asiste a controles de planificación familiar?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (Pase a.)
9.7	¿Con quien ha tenido sus controles?	11. Equipo Itinerante de salud 12. Ginecólogo 13. Médico general 14. Enfermera 15. Auxiliar de enfermería 16. Promotor de salud de la ONG 17. Promotor de salud del MSPAS 18. Partera 19. Familiar o amigo 20. sola

9.8	¿En donde fue su último control de planificación familiar?	1. Casa de la persona 2. Casa de salud 3. Unidad de Salud MSPAS 4. Hospital del MSPAS 5. Hospital del ISSS 6. Hospital o clínica privada 7. Casa de partera 8. Otro:
9.9	¿Cuánto tiempo se demora en llegar desde su casa hasta el lugar en donde la atienden?	1. minutos 2. Horas 3.
9.10	¿Tiene que pagar por el transporte?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase a 9.12)
9.11	¿Cuánto tuvo que pagar?	
9.12	¿Tiene que pagar por el control de planificación familiar?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta } (pase 9.14)
9.13	¿Cuánto tuvo que pagar?	
9.14	¿Tuvo que pagar por el método de planificación familiar?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta }
9.15	¿Cuánto tuvo que pagar?	\$
9.16	¿Por qué no utiliza un método de planificación familiar?	
TERMINA LA ENTREVISTA		GRACIAS POR SUS ATENCIONES



Proyecto:

EVALUACION DE ENTREGA DE SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA POR PROMOTORES DE SALUD.

Ahuachapán y Sonsonate

Cuestionario Servicios de Salud

(Para cada una de las personas con alguna molestia, enfermedad o problema de salud en los 15 días previos al estudio)

FOLIO: _____

(Anotar el folio del cuestionario de vivienda correspondiente)

Integrante de la familia: _____

(Anotar el número de registro del integrante)

Lea las siguientes indicaciones al entrevistado:

“A continuación le haré algunas preguntas relacionadas con problemas de salud y nos interesa mucho conocer su opinión al respecto. La información que nos proporcione es confidencial y sólo será usada para fines de la investigación, como señalamos al inicio de la encuesta. Agradecemos su confianza y la veracidad de sus respuestas”.

2.3	Edad: (Copie datos de la hoja de integrantes de la vivienda)	_____ años
2.4	Sexo: (Copie datos de la hoja de integrantes de la vivienda)	1. Hombre 2. Mujer
2.5	¿Qué problema de salud tuvo?	(Anote respuesta textual) 1. _____ 2. _____ 99. No sabe/ No contesta
2.6	¿Dónde se atendió?	1. Casa (Familiar, amigo o él(la) mismo(a)) 2. Servicios de promotor de salud públicos (del Ministerio de S) 4. Servicios de la Seguridad Social 5. Hospital, clínica o médico privado 6. Promotor de salud de Organización no Gubernamental 7. Farmacia 8. Curandero, yerbero, partera 9. Otro (especifique) _____ 99. No sabe/ No responde
2.7	¿Le dieron tratamiento?	1. Sí 2. No 99 No sabe/ No contesta } Pase a 2.11

2.8	¿Qué tratamiento le indicaron?	1. Remedios caseros (té, fomentos) 2. Otro (especifique) } Pase a 2.10 _____ 3. Medicinas (fármacos de patente) 99. No sabe/ No contesta
2.9	En caso de tratamiento con medicinas, solicite el frasco y anote el nombre comercial.	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 99. No sabe/ No contesta
2.10	¿Cuánto pagó por las medicinas o remedios?	(Anote la respuesta textual) _____ (Moneda Nacional o dólares) 888. Nada 999. No sabe/ No contesta
2.11	Considera que la atención que recibió (Nombre de la persona con el problema de salud) fue: Mencione las respuestas	1. Buena 2. Regular 3. Mala 99. No sabe/No contesta
2.12	En su opinión, ¿el problema de salud que presentó (nombre de la persona) era? Mencione las respuestas	1. Leve 2. Regular 3. Grave
2.13	El problema, ¿se solucionó?	1. Sí 2. No 99. No sabe/No contesta <p style="text-align: center;">CONTINUE CON LA SECCION 3</p>