



INFORME FINAL

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

Mayo, 1994

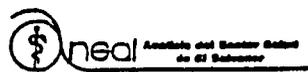
Cynthia Prieto y Agustín Carrizosa

***SISTEMA DE
SERVICIOS DE SALUD***

El Salvador

Análisis del Sector Salud

Mayo, 1994



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

Mayo, 1994

INDICE

LISTA DE SIGLAS O ACRONIMOS	i
INTRODUCCION	iii
RESUMEN EJECUTIVO	v

Capítulo I *Análisis del ambiente político, económico y social*

1

- 1 Escenario político/1
 - 2 Situación socioeconómica/2
 - 3 El Salvador en el ámbito mundial/5
-

Capítulo II *Configuración del Sector Salud*

9

- 1 Componentes del Sector Salud/9
 - 1.1 Subsector Estatal/9
 - 1.2 Subsector Privado/10
 - 1.3 Características del usuario/11
- 2 Dinámica del Sistema de Salud/11
 - 2.1 Marco jurídico/11
- 3 Política Sanitaria/13
 - 3.1 Evaluación de la implementación de la Política/15

Capítulo III *El sistema de servicios de salud*

17

- 1 **Oferta de servicios/17**
 - 1.1 **Instituciones prestadoras de servicio de Salud/17**
 - 1.2 **Organización del Sistema/19**
 - 1.3 **Modelo de atención/19**
 - 1.4 **Recursos para la oferta de servicios/20**
 - 2 **Funcionamiento del Sistema de Servicios/24**
 - 2.1 **Cobertura/24**
 - 2.1.1 **Atención de consulta externa/24**
 - 2.1.2 **Atención hospitalaria/25**
 - 2.1.3 **Cobertura de la atención del parto/25**
 - 2.1.4 **Cobertura de la atención infantil/26**
 - 2.2 **La Demanda/27**
 - 2.2.1 **Comportamiento del usuario/27**
 - 2.2.2 **Acción tomada por el usuario/28**
 - 3 **Coordinación inter e intrasectorial/29**
-

Capítulo IV *El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*

33

- 1 **Rol del Ministerio /33**
 - 1.1 **Marco legal/33**
 - 1.2 **Marco político/33**
- 2 **Organización y funcionamiento/35**
 - 2.1 **Estructura Institucional/35**
 - 2.1.1 **Nivel Central/35**
 - 2.1.2 **Nivel Periférico Operativo/36**
 - 2.2 **Funcionamiento/36**
 - 2.2.1 **Sistemas gerenciales/37**
 - 2.2.2 **Nivel Primario de Atención/38**
- 3 **Proceso de modernización/40**
- 4 **Cooperación externa/41**

D

Capítulo V *Otras instituciones prestadoras de servicios* **43**

- 1 **Instituto Salvadoreño del Seguro Social/43**
 - 1.1 **Marco legal/43**
 - 1.2 **Organización y estructura/43**
 - 1.3 **Rol y política de la Institución/44**
 - 1.4 **Cobertura/44**
 - 1.5 **Modelo de atención/45**
 - 1.5.1 **Utilización de la atención
especializada/45**
 - 1.5.2 **Privatización de la consulta
externa/46**
 - 1.5.3 **Productividad/48**
 - 1.6 **Sustentabilidad/50**
 - 1.7 **Medicina preventiva/50**
 - 2 **Bienestar Magisterial/51**
 - 3 **Administración Nacional
de Telecomunicaciones/53**
 - 4 **Comisión Ejecutiva
Hidroeléctrica del Río Lempa/55**
 - 5 **Administración Nacional
de Acueductos y Alcantarillados/56**
 - 6 **Sector Privado/56**
 - 6.1 **Subsector privado con fines de lucro/56**
 - 6.2 **Organizaciones no Gubernamentales/58**
-

Capítulo VI *Conclusiones y recomendaciones* **63**

- 1 **Política sanitaria/63**
- 2 **Coordinación intrasectorial y
Sistema Nacional de Salud/63**
- 3 **Rol de las instituciones/64**
- 4 **Racionalización del uso de los recursos/65**
- 5 **Modelo de atención/66**
- 6 **Descentralización/66**
- 7 **Aumento de la cobertura/67**
- 8 **Organismos de ayuda externa/68**
- 9 **Propuestas/68**

ANEXOS

71

- 1 Estructura organizacional del Ministerio de
Salud Pública y Asistencia Social/73**
- 2 Proceso de revisión de los informes preliminares/74**
- 3 Personas entrevistadas/78**

BIBLIOGRAFIA

79

LISTA DE SIGLAS O ACRONIMOS

AMSS	Area Metropolitana de San Salvador
ANDA	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados
ANSAL	Análisis del Sector Salud
ANTEL	Administración Nacional de Telecomunicaciones
BID	Banco Interamericano para el Desarrollo
BM	Bienestar Magisterial
CEL	Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa
CISI	Comite Internacional para la Supervivencia Infantil
COBAS	Acciones Básicas de Salud
COMUNES	Corporación de Municipalidades de EL Salvador
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
EDUCO	Educación con Participación de la Comunidad
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FIS	Fondo de Inversión Social
FUSADES	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Salud
GAES	Grupo Asesor Económico y Social
GOES	Gobierno de El Salvador
INPEP	Instituto Nacional de Pensiones de Empleados Públicos
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MAG	Ministerio de Agricultura y Ganadería
MIPLAN	Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana para la Salud
PLANSABAR	Plan Nacional del Saneamiento Básico Rural
PRN	Plan de Reconstrucción Nacional
PROSAMI	Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil
SEMA	Secretaría Ejecutiva del Medio Ambiente
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SIS	Sistema de Información Social
SNS	Sistema Nacional de Salud
UES	Universidad de El Salvador
USAID	Agencia de los Estados Unidos par el Desarrollo Internacional

INTRODUCCION

El presente informe forma parte del proyecto *Análisis de Sector Salud de El Salvador (ANSAL)*, cuyo fin principal es desarrollar un diagnóstico integral de la situación de la salud en el país.

Objetivo

El propósito principal de éste informe es definir las instituciones del Sector, sus características, sus fortalezas, debilidades y el rol que desarrollan y deberán desarrollar en un proceso de cambios que les permita optimizar los servicios de salud.

Metodología

El informe fue elaborado mediante el análisis de la información proveniente de fuentes secundarias, tales como revisión y análisis de documentos (informes, consultoría, boletines, etc.); entrevistas individuales y grupales con funcionarios del Sector Público, Privado y de agencias internacionales, cuya actividad tiene importancia para la elaboración del presente informe.

Hubo una coordinación muy estrecha con los funcionarios del Grupo Asesor Económico Social (GAES) del Ministerio de Planificación y con funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para lograr integrar nuestra tarea, de la forma más coherente posible al programa de modernización del Estado salvadoreño.

Además se realizaron visitas de campo a las instalaciones operativas y administrativas del Sector Privado y Estatal localizadas tanto en el interior como fuera de la capital.

Para las entrevistas como para las visitas de observación se elaboraron cuestionarios específicos para cada situación. La meta que los autores se propusieron desde el inicio fue recopilar la mayor cantidad de aportes y opiniones posibles de los actores del Sistema, que les permitieran arribar a unas conclusiones apegadas a la realidad de la salud salvadoreña. Tal y como se esperaba, lo anterior enriqueció la labor desarrollada, cuyo propósito no fue un simple diagnóstico.

Como parte de la ética asociada a nuestra tarea, se ha respetado al máximo la privacidad y reserva de nuestras fuentes, cuando éstas así lo solicitaban.

RESUMEN EJECUTIVO

Ambiente político, económico y social

El conflicto armado que terminó recientemente tuvo, en todos los campos, adversas repercusiones para el país; hubo pérdidas humanas, económicas y, en consecuencia, una agudización de los problemas sociales existentes.

No escapó el Sector Salud de éstas repercusiones. A pesar de ello, son notorios e importantes los esfuerzos realizados por el MSPAS, que aún en condiciones tan adversas, logró mantener y mejorar algunos índices de programas prioritarios como de vacunación, malaria y mortalidad infantil.

El proceso de paz, no sólo significó el final de la contienda bélica, sino que dio origen a cambios políticos, económicos y sociales. El proceso democrático ha impulsado dos puntos básicos de cambio en el país: *la participación comunitaria*, que integra a la comunidad al proceso de gestión pública y, *la descentralización técnico-administrativa*, que busca hacer más eficiente la función del Estado.

La necesidad de una mayor sustentabilidad obligó al GOES, a desarrollar nuevas estrategias orientadas a (1) realizar programas de estabilización y reorientación económica; (2) buscar eficiencia en la gestión; (3) priorizar las acciones de mayor impacto; (4) focalizar los recursos en donde más se necesitan y, (5) coordinar los esfuerzos y el uso de recursos.

Marco jurídico

El marco jurídico que dirige la dinámica del Sector Salud está regido, principalmente, por la Constitución Nacional y el Código de Salud. La Constitución da al Estado principalmente una función de rector y contralor estableciendo la necesidad de su participación directa sólo en casos de epidemias.

El Código de Salud norma las responsabilidades del MSPAS y del CSSP, dando al Ministerio la función de desarrollar un Programa Nacional de Salud que norme y coordine todas las actividades sanitarias en el país y, de asegurar, por intermedio de sus dependencias, la recuperación de la salud de los enfermos. Sin embargo, para algunos temas, no queda bien delimitado cual es el ámbito específico de control del MSPAS y del CSSP.

Tanto el Código como la Constitución han sido elaborados con una visión amplia que le da flexibilidad al Sector para introducir los cambios necesarios para mejorar su gestión.

Política sanitaria

La política social del GOES se describe en el Plan de Desarrollo Económico y Social 1989-1994. Los lineamientos, objetivos, estrategias y programas del MSPAS están plasmados en la Política Sanitaria y el Plan Nacional de Salud. Las estrategias institucionales que define el Plan son la extensión de la cobertura; el mejoramiento de la capacidad resolutoria de sus servicios; el desarrollo institucional; el fortalecimiento financiero; la descentralización técnico-administrativa; la coordinación inter e intrasectorial y, la cooperación externa.

El Plan Nacional de salud no ha logrado un carácter nacional, por lo que actualmente sólo es una herramienta de funcionamiento institucional para el MSPAS. Las políticas enunciadas son las correctas pero su aplicación, aún es insuficiente. Parte de éste problema es la ausencia de recursos y la falta de participación de todos los sectores involucrados en la discusión y formulación de la política de salud. En efecto, el no tener metas evaluables para todo el Sector y un cronograma determinado, la implementación de las mismas se dificulta.

Falta una instancia en la que por consenso de los diferentes actores se legitime la política sanitaria y se determine su implementación a nivel nacional. Para tal efecto, el MSPAS debe asumir el papel rector y contralor que por ley le corresponde.

Configuración del Sector Salud

Para fines de éste informe se considera al Sector Salud constituido por tres subsectores: el Estatal, el Privado y el usuario.

El subsector estatal o público está integrado por instituciones que están relacionadas al Estado; las más importantes como proveedoras de servicios de salud son: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)¹.

El subsector privado incluye a profesionales y servicios que se desempeñan con fines de lucro (médicos, químicos, odontólogos, clínicas y hospitales privados, laboratorios, farmacias, etc.) y a organizaciones sin fines de lucro conocidas como ONGs, cuya principal característica es su mística de trabajo y servicio a la comunidad, por lo que son de mucha importancia para el país.

En cuanto a la provisión de servicios de salud el mayor proveedor es el MSPAS, seguido del Sector Privado, el ISSS, las ONGs y otras instituciones estatales. Los modelos de atención son variables, pero se destaca la preponderancia del componente asistencial, con gran ponderación del accionar médico.

En general, la atención no está regulada ni normatizada (salvo para el MSPAS y varias ONGs). Hay sistema de referencia intra e interinstitucional, el cual debe ser reforzado para lograr el nivel de eficiencia que se necesita.

No se ha dimensionado el componente informal (curanderos, etc.) de la atención en salud, excepto en la atención del parto por parte de parteras empíricas. La automedicación y la atención en farmacias son un componente crítico de la atención informal.

Cobertura

La cobertura de la atención hospitalaria es mayormente estatal, mientras que en la atención ambulatoria hay una importante participación del Sector Privado.

El análisis de cobertura del MSPAS muestra variaciones llamativas: desde una relativamente buena cobertura en vacunación a niños y un exitoso programa de control de malaria hasta una baja atención institucional del parto.

La cobertura sanitaria de la población más vulnerable es insuficiente debido a la existencia de una centralización estatal que tiene una inadecuada distribución de los recursos privilegiando el componente hospitalario, la atención urbana y la atención médica especializada, en detrimento de la prevención, la atención primaria y la focalización de grupos de mayor riesgo.

¹ Hay además 17 instituciones estatales que proveen servicios de salud para sus trabajadores, de las cuales las más importantes son: Sanidad Militar (Ministerio de Defensa), Bienestar Magisterial (Ministerio de Educación), ANTEL (Administración Nacional de Telecomunicaciones) y CEL (Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa).

Otros componentes que restringe la cobertura es la escasa participación de las comunidades, el bajo nivel de resolución del personal de atención primaria y la inaccesibilidad a servicios de salud ya sea por razones educativas, culturales, económicas o geográficas.

Sistema de salud

No existe un sistema de salud formalmente estructurado en El Salvador, aunque hay conciencia de la necesidad de implementarlo. En el Plan Nacional de Salud 1991-1994, el MSPAS se compromete a "Coordinar las acciones de las diferentes instituciones del Sector, con el objeto de estructurar, a mediano plazo, un Sistema Nacional de Salud que permita la mejor utilización de los recursos del país. El Ministerio de salud Pública y Asistencia Social coordinará las acciones que realizan las instituciones públicas y privadas vinculadas a la salud de la población". Un Sistema Nacional de Salud, tal como esta enunciado en la Política Sanitaria, aún no ha sido implementado.

La Comisión Nacional de Salud, dependencia presidencial destinada a promover la coordinación entre instituciones de salud estatales, no funciona.

Existe algún tipo de coordinación interinstitucional estatal, pero aún no se ha desarrollado en la medida adecuada, desaprovechando el potencial de la integración de servicios y complementación de recursos.

No hay información sistematizada sobre la totalidad del Sector y sus componentes, lo que hace difícil el conocimiento sobre los recursos con que cuenta, los servicios prestados, la morbilidad atendida, etc. La información colectada por el Ministerio de Salud es considerada como nacional pero reconociendo la existencia de subregistros. Problema que podría superarse con un sistema de información único y obligatorio para todo el Sector, centralizado en el MSPAS y de fácil acceso.

ANÁLISIS DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Ministerio de Salud es el responsable de formular y ejecutar las políticas gubernamentales en materia de salud pública y asistencia social. Para cumplir esta función, el MSPAS debe asumir el rol de rector y contralor del Sector.

El Ministerio esta organizado básicamente en 2 niveles: (1) un nivel central encargado de la formulación y decisión política y del gerenciamiento técnico-administrativo y apoyo; (2) un nivel operativo constituido por su red de servicios

El Ministerio tiene la más amplia red de servicios del país (374 servicios y 5213 camas de las 8240 que tiene el país) y es el mayor utilizador de recursos humanos en salud (21.253 funcionarios). Su red de servicios esta formada por hospitales, centros, unidades y puestos comunitarios de salud y, dispensarios.

La salud comunitaria está a cargo de promotores y parteras empíricas adiestradas que necesitan un mayor nivel de resolución de los problemas de salud de las personas, que les permita tener un mayor protagonismo en la comunidad y, en consecuencia, aumentar la cobertura sanitaria en acciones de atención primaria.

Actualmente, el Ministerio se encuentra cumpliendo una amplia gama de funciones, que le obliga a tener que atender directamente labores asistenciales para un alto porcentaje de la población (el MSPAS es responsable del 75 % de las hospitalizaciones y del 40 % de las consultas médicas ambulatorias).

Con relación al funcionamiento de los hospitales y centros de salud, se pueden establecer algunos puntos importantes: (1) insume gran cantidad de recursos; (2) el modelo de atención es excesivamente curativo; (3) en muchos casos el gerenciamiento es precario, debido a la falta de capacitación administrativa de sus directivos, en consecuencia, (3) su eficiencia es relativamente baja, principalmente, debido al porcentaje de ocupación y estancia prolongada.

La percepción de la población de un mejor nivel de atención en los hospitales (siempre a cargo de un médico) sumado a un horario restringido de atención a nivel de servicios de baja complejidad, hace que los hospitales del MSPAS se recarguen de pacientes que no les corresponde atender, por la falta de un sistema de referencia de un escaso nivel de resolución y protagonismo del personal de nivel técnico y auxiliar y, de los promotores (la atención institucional del parto tiene un gran déficit y no se detectó acciones tendientes a superarlo).

En los últimos años se ha estado implementado la estrategia de los SILOS (Sistemas Locales de Salud) de la OPS, pero aún está en una etapa incipiente, por lo que no han logrado convertirse en un instrumento real de descentralización con participación de la comunidad.

En general, la infraestructura es deficiente en cuanto a mantenimiento y equipamiento, pero suficiente en cuanto a número de camas y superficie construida. Hay instalaciones que necesitan urgentemente una gran inversión en infraestructura (Centro de Salud de Sonsonate y el Hospital Rosales, por ejemplo). El Estado debe abstenerse de construir infraestructuras hospitalarias en los próximos años. Por el contrario, debe invertir reparando la estructura dañada mejorando el equipamiento de los servicios, de manera que pueda evitar gastos innecesarios.

Los recursos humanos son un punto crítico debido, principalmente, a la escasez de enfermeras, la contratación preponderante de médicos por 2 horas y a la escasa remuneración percibida sobretodo a nivel profesional y técnico. Muchos servicios serían más eficientes con menos personal, pero mejor pagado. Existen rigideces legales o administrativas que no permiten optimizar el uso de los recursos. A esto se suma la insuficiente utilización de recursos como enfermeras, tecnólogos infantiles y promotores².

A pesar de los esfuerzos realizados persiste un alto nivel de centralización. Hay un alta influencia de la ideología médica y una importante dependencia de la cooperación externa, lo que implica un problema de sustentabilidad.

En resumen, el Ministerio tiene un exceso de funciones que le resta fuerza en aquella que le es específica y prioritaria: *ser el rector del Sector y determinar la implementación del Plan Nacional por todos los integrantes del mismo.*

Instituto Salvadoreño del Seguro Social y instituciones otras estatales

En el campo de la atención sanitaria, dentro de un sistema de seguro de salud, el mayor proveedor es el ISSS con una baja cobertura de la población y una sobreutilización de sus servicios. El ISSS tiene un tipo de atención estatizada, con un componente privatizado de atención especializada efectuada por terceros, que necesita ser revisado.

² El tema de los recursos humanos, son analizados en el informe *Recursos Humanos en Salud*, elaborado por la Dra. Esperanza Martínez, siempre en el marco del Análisis del Sector Salud.

Un modelo de atención semejante, pero en escala menor, es el de ANTEL (la empresa estatal de telecomunicaciones), mientras que CEL (empresa estatal de energía hidroeléctrica) tiene una atención básica, estatizada, como puerta de entrada, reguladora y filtro de otras atenciones de mayor complejidad, que son privatizadas. En Bienestar Magisterial, entidad que cubre la atención de todos los maestros del Estado, el componente estatal es sólo administrativo y toda la atención en salud se realiza en el Sector Privado. Otros entes estatales mantienen algunos servicios de salud ambulatoria para la atención de sus funcionarios, pero en menor escala.

Excepto en el caso del ISSS, el aporte financiero de los beneficiarios es mínimo o simbólico, pudiendo considerarse estos sistemas como un beneficio laboral financiado en su mayor parte por la administración de los entes o sea por los usuarios de teléfonos, luz, agua, etc. Todos estos sistemas tienen modelos de atención abiertos sin restricciones, regulaciones ni sistemas de control.

El Sector Privado

El subsector con fines de lucro esta siendo estudiado por un proyecto especial, cuyos resultados se conocerán a corto plazo.

En cuanto al subsector privado sin fines de lucro u Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) que trabajan en salud, podemos destacar su protagonismo tanto por su número (más de 70 ya estudiadas y probablemente mas de 90 trabajando en el Sector Salud); su focalización en la atención a grupos de riesgo y, su énfasis en la prevención y en el desarrollo humano y comunitario como por su penetrabilidad social y vocación de servicio.

Anteriormente, la mayoría trabajaba en forma aislada, pero en los últimos años se crearon varios grupos de coordinación como CISI, PROSAMI, CIPHES, Coordinadora de Oriente y Concertación en Salud, que ha contribuido a establecer la coordinación que se necesita para lograr un trabajo integral. En cuanto a la coordinación entre ONGs y el MSPAS, la misma está en una etapa incipiente.

Recomendaciones

- El Ministerio debe asumir su rol de rector del Sector y establecer un foro de participación y coordinación intrasectorial en la Comisión Nacional de Salud u otra entidad idónea que pueda crearse (Un Consejo Nacional de Salud, por ejemplo), en cuya base se pueda implementar un Sistema Nacional de Salud que dé vigencia a la Política Sanitaria y al Plan de Salud a nivel nacional. Para ello deben participar no sólo las instituciones públicas, sino también las privadas con y sin fines de lucro, las formadoras de RRHH y los gremios.
- Desarrollar un sistema de información único, nacional y obligatorio y un sistema de vigilancia epidemiológica a nivel nacional.
- Destinar más recursos presupuestarios a la salud desarrollando sistemas modernos de administración y gerenciamiento que acompañen al proceso de descentralización.
- Optimizar el uso de recursos, destinando una mayor proporción a la atención primaria y dando mayor poder de resolución a los servicios básicos.
- Desarrollar una política que permita un mejor desempeño de los recursos humanos y evitar superposición de acciones e inversiones innecesarias en infraestructura y tecnología compleja.

- Priorizar las acciones de atención materno-infantil, prevención y saneamiento ambiental, promoviendo un aumento de la cobertura del parto y dando a promotores y enfermeras de nivel primario, un mayor nivel de resolución de problemas de salud.
- Diseñar, conforme a perfil epidemiológico, un conjunto de acciones básicas de salud (COBAS) que el Estado brinde y asegure a toda la población de escasos recursos.
- Establecer un sistema de referencia que permita la accesibilidad de la población de escasos recursos a niveles más complejos de atención.
- Regular y normatizar las prestaciones del Seguro Social y promover el aumento de su cobertura por medio del ISSS u otras instituciones.
- Descentralizar el Ministerio de Salud a nivel municipal, dejando de lado la división regional y evitar el desarrollo de una burocracia entre el nivel operativo y el nivel central. Apoyar el proceso de descentralización con un proceso de capacitación y supervisión intensivo.
- Coordinar la ayuda internacional priorizando las áreas de mayor vulnerabilidad, conforme al perfil epidemiológico.

I ANALISIS DEL AMBIENTE POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL

La relación salud/enfermedad es multicausal e intentar restringirla a factores puramente biológicos es irreal y hasta riesgoso. De la misma forma, pretender analizar el sistema de servicios de salud sin considerar su carácter multifacético y multisectorial es hacer un análisis parcial e incompleto. Por esta razón se inicia este informe describiendo algunos factores que inciden en el sistema sanitario y que deben tenerse en cuenta para cualquier intento de solución.

I Escenario político

El escenario político salvadoreño está cargado de acontecimientos histórico/políticos, que condujeron a la situación actual y que serán determinantes para estrategias futuras. Entre los de mayor significación están el conflicto armado, el proceso de paz, el clima sociopolítico y la consolidación democrática.

El conflicto armado

El conflicto armado que duró casi 12 años tuvo un costo de US\$1.630 millones aproximadamente. Durante este período, el gasto público incrementó la partida de la defensa nacional (23% del presupuesto de 1987) y el pago de intereses (21% en 1987). Este incremento obligó a disminuir la partida destinada a la inversión en Sector Social que cayó del 40% al 24%.

Los efectos del conflicto armado y de la crisis económica de los años 80 se reflejaron en una disminución del PIB (22%). Posteriormente comenzó a crecer con un promedio anual de 1,7%. Según estimaciones de la CEPAL, la disminución del poder adquisitivo del salario fue de alrededor del 60%, mientras que la tasa de desempleo y subempleo se incrementó del 21% al 60%. La consecuencia más notoria fue una agudización de los problemas sociales existentes en la década anterior; en las áreas que afectan con mayor gravedad a los grupos más vulnerables: desnutrición infantil, analfabetismo, etc. La *Encuesta de Hogares del Ministerio de Planificación del Desarrollo Económico y Social MIPLAN* realizada en 1985, revela cambios en la estructura interna de la pobreza a nivel nacional. Este estudio muestra que aunque el índice de pobreza se mantiene igual, el índice de pobreza extrema aumentó de 30,7% a 40%.

El costo en vidas humanas (75.000), las migraciones (fuera del país 750.000, dentro del mismo país 500.000) y la turbulencia social que ha dejado el conflicto, representa una dimensión del problema quizás más difícil de superar. Esta dimensión se refiere a la mentalidad social, a la predisposición y desconfianza que la población tendrá en el país, en el futuro y en las posibilidades de cambio.

Los daños causados por el conflicto armado al sistema de servicios de salud, se relacionan con destrucciones de las instalaciones físicas, pérdidas de medicamentos, de suministros médicos y con el abandono de los recursos humanos en salud de sus lugares de trabajo en áreas conflictivas. Esta situación obligó al cierre de 22 unidades y puestos de salud en las zonas de mayor conflicto, acentuando la situación ya desfavorable de salud de la población, al impedir el normal funcionamiento de los servicios.

El proceso de paz

El proceso de paz para El Salvador no sólo significó el final de doce años de conflicto bélico, sino dio origen a cambios estructurales en lo político, económico y social. A partir de Chapultepec e inclusive antes (1990), se inician reformas democráticas que se traducen en una mayor transferencia del poder al sector civil y, en una descentralización de este poder a los niveles regionales y locales de gobierno (municipio). De esta forma se buscaba acercar los niveles de decisión y de control de la gestión a la población meta de los programas gubernamentales.

En 1991 se dio inicio al Plan de Reconstrucción Nacional (PRN) enmarcado en la misma filosofía del Plan de Desarrollo Económico y Social del Gobierno de El Salvador y con más énfasis en las poblaciones afectadas por el conflicto bélico (115 municipios). El PRN nace como un esfuerzo del Gobierno para crear las condiciones económicas y sociales que fortalezcan el proceso de pacificación y reconciliación nacional. Su estrategia se orienta a promover la participación solidaria de la comunidad salvadoreña en el proceso de reconstrucción y a reintegrar a la vida civil y productiva del país los miembros de la sociedad mayormente afectados por el conflicto³. El Plan pone énfasis en la necesidad de incluir en este proceso a los gobiernos locales, las comunidades y los organismos no gubernamentales. En consecuencia, procura incorporar propuestas sectoriales y buscar niveles de consenso en el alcance y cobertura de los proyectos propuestos.

El clima sociopolítico y la consolidación democrática

El Salvador se encuentra en pleno proceso de consolidación democrática. Entre los factores sobresalientes de este momento político están las elecciones presidenciales de marzo de 1994. Con este motivo la situación de salud ha ocupado un lugar central en el debate político nacional. Un elemento de consenso parece ser la necesidad de aumentar el gasto público en el sistema sanitario, cuyas propuestas más difundidas fueron: (1) consolidar un Sistema Nacional de Salud, (2) enfatizar la descentralización técnico-administrativa del sistema sanitario y (3) fortalecer la atención primaria en salud. Otro de los tópicos normalmente debatidos se relaciona a la necesidad de (4) desarrollar sistemas de recuperación de costos y de racionalizar los recursos existentes.

Aunque en principio, todas las tendencias políticas de El Salvador, previo al evento electoral del 20 de marzo, manifestaron públicamente que debe mejorarse el sistema de servicios de salud, la misma efervescencia preeleccionaria no permitió lograr un consenso sobre el tipo de cambios que deben introducirse. Sin embargo, los nuevos gobernantes deberán procurar la participación de todos los componentes del Sector Salud para lograr la viabilidad de los cambios que se deban realizar. El consenso se hace más necesario, en cuanto, el proceso democratizador del país ha logrado una mayor distribución del poder a través de las elecciones recientes (ej. la participación de todos los sectores políticos en la Asamblea Legislativa).

Las municipalidades se perfilan como instituciones mucho más activas en la futura distribución del poder gubernamental. Esta situación dará paso para que el proceso de descentralización de las instituciones del Sector Público deba acelerarse; para lo cual, dichas instituciones deben buscar mecanismos que agilicen dicho proceso, so pena de verse precipitadas en la entrega del poder a los niveles locales del gobierno (municipalidades).

Este hecho tiene especial relevancia para algunas instituciones del Sector Público que por su tamaño y organización han perdido la agilidad necesaria para el desarrollo de sus actividades. Un ejemplo de interés para nuestro análisis es el caso del MSPAS. Esta institución ha sido una de las primeras en iniciar el proceso de

³ En relación a los programas de salud el PRN procura la:

- Rehabilitación de discapacidades físicas y sensoriales.
- Formación de promotores de salud.
- Apertura de 800 hogares materno-infantiles.
- Formación de 125 grupos de saneamiento.
- Rehabilitación y fortalecimiento de servicios de salud.

descentralización hace más de dos décadas, sin lograr consolidarlo aún. En gran parte esto se debe a la cultura centralista de la institución, que actúa en forma de inercia institucional⁴ dificultando el proceso.

2 Situación socioeconómica

Los cambios económicos y sociales de la última década han pesado sobre el funcionamiento del sistema sanitario de El Salvador. El gasto público en salud y los niveles de ingreso familiar son algunos de los ejemplos de temas que serán cada vez más determinantes para el cambio que se necesita en el Sector Salud.

La reforma económica

A partir de 1990, El Salvador ha logrado un crecimiento promedio anual del Producto Interno Bruto (PIB) del 3,8 %. Esto significó superar las metas proyectadas por el Gobierno para este período. Este crecimiento fue acompañado de un incremento del ingreso per capita (US\$1.100 aprox.) y de la creación de 120.000 nuevos puestos de trabajo. Además se logró una reducción de la tasa de inflación y el aumento del Índice de Volumen de la Actividad Económica. Este crecimiento logrado con las políticas de estabilización y reorientación económica del GOES no logró alcanzar los niveles de crecimiento de 1978.

Otra de las estrategias iniciadas por el GOES (1989) fue el plan de modernización del Estado; la meta era adecuar El Estado a su nuevo rol de gestor y rector de los cambios socioeconómicos y políticos de El Salvador. Dentro de la política de redefinición del rol del Estado en la economía, se tomaron medidas en el sentido de reducir el tamaño del Sector Público y hacerlo más eficiente.

El programa de reforma económica del GOES ha logrado una respuesta vigorosa que se traduce en las tasas de crecimiento económico de los últimos años. Además se ha alterado de manera significativa las reglas de juego que enfrentan los agentes económicos del Sector Privado. Sin embargo, no se lograron algunos de los cambios esperados del Sector Público, por ejemplo: darle mayor énfasis a las reformas de las políticas sociales, promover la provisión privada de servicios públicos, modernizar la ley del Servicio Civil, etc.

La estrategia social

Según datos de MIPLAN, cuando se inició la gestión del gobierno anterior en junio de 1989, el país se encontraba en la más profunda crisis económica y social. La mortalidad infantil alcanzaba el 56 por mil, siendo el promedio para América Latina de 52 por mil; el consumo diario de calorías per capita era de 2.155 (alrededor de cuatro quintos del promedio para América Latina) y el analfabetismo de adultos era de 30 por ciento (el doble del promedio para América Latina). Más de la mitad de la población vivía en condiciones de pobreza y alrededor de un tercio de ellos estaban en extrema pobreza. La desnutrición afectó a la mitad de los niños menores de cinco años; únicamente el 42% de los hogares tenían acceso a agua potable y sólo el 58% poseían un sistema adecuado de excretas.

La política social del GOES para 1989-94, tuvo como propósito "elevar la calidad de vida de la población e iniciar un proceso sostenido para la erradicación de la extrema pobreza".

Esta política está básicamente orientada a dos grandes objetivos: en el corto plazo, buscó minimizar el impacto adverso de las medidas de ajuste en los estratos más pobres de la población y, en el mediano plazo, la

⁴ En este informe se llama *inercia institucional* a la resistencia con la cual las instituciones burocráticas responden al cambio y a la lentitud con que se adaptan a las necesidades cambiantes de sus usuarios.

implementación de reformas profundas en los sectores sociales necesarias para incrementar la eficiencia en la entrega de servicios⁵.

La nueva política social rechazó la concepción del Estado populista, estatista y paternalista del pasado, reorientando el desarrollo social hacia una responsabilidad compartida por todos los salvadoreños, en la identificación y búsqueda de soluciones a sus propios problemas.

Para compensar el impacto negativo de las medidas de ajuste económico en los grupos más vulnerables, se desarrolló dos estrategias operativas: El Programa de Emergencia Urbana y el Fondo de Inversión Social (FIS). Este último tiene como propósito captar recursos nacionales e internacionales para compensar a la población en extrema pobreza por los efectos del ajuste estructural. Para ello, invierte en el desarrollo humano a través de organizaciones no gubernamentales y privadas que sean capaces de promover condiciones para que la población cubra sus necesidades más urgentes.

Si se utiliza el gasto social como indicador de la prioridad que el GOES asignó al Sector Social, se observa que el mismo se incrementó de 547.84 millones de colones en 1978 a 1.038,85 millones en 1989. Es necesario aclarar que, por efecto de la inflación, el gasto social de 1989 únicamente representó en términos reales un poco más de la tercera parte del mismo gasto en 1978. Esto significa que el incremento fue, más bien, nominal.

Aunque se está recuperando, El Salvador atraviesa por una época de escasez de recursos públicos. Esto impone la necesidad de aumentar la eficiencia en la administración pública a fin de mejorar la cobertura con los mismos recursos focalizando el gasto social hacia los más necesitados.

Logros y obstáculos

A pesar de que se ha logrado cambios importantes, especialmente en lo relacionado al crecimiento económico, no se ha logrado las mismas mejoras en los indicadores sociales. Aunque algunos critican los límites en la amplitud y profundidad de la política social, otros consideran fundamental cuatro situaciones como condicionantes para su operacionalización: las condicionantes financieras, jurídico/administrativas, gestión de programas y, participación y acceso comunal.

- a) *La limitada disponibilidad financiera* es una de las barreras para el logro de metas y objetivos de la reforma social. Si se considera: el déficit fiscal que proviene de años anteriores, el crecimiento demográfico elevado y la obligación de iniciar el pago de la deuda externa en 1995; es de suponer que la disponibilidad financiera seguirá siendo una limitante para lograr las metas del Sector Social.
- b) Para responder a las necesidades del Sector Social que es dinámico y cambiante, las instituciones públicas necesitan tener agilidad para atender eficiente y eficazmente las demandas de servicio. A fin de mejorar esa capacidad de respuesta del aparato estatal, se ha iniciado el *proceso de modernización jurídico-*

⁵ Para conseguir el segundo objetivo, el GOES tiene como meta:

- Focalizar el gasto social hacia los más pobres.
- Reestructurar y descentralizar la entrega de los servicios públicos.
- Proporcionar subsidios directos a los pobres en lugar de subsidios generales de precios.
- Promover la participación del Sector Privado
- Monitorear y evaluar continuamente los programas sociales.
- Articular la provisión de los servicios con los gobiernos locales.
- Crear mecanismos alternativos para la entrega de servicios sociales.
- Planificar y coordinar los recursos y acciones sectoriales e intersectoriales.

administrativa de dicho aparato. Este proceso no ha logrado realizar todos los cambios que se esperaba conseguir en el tiempo que ha transcurrido. Hay reformas a la Ley de Servicio Civil y a la vigencia de la Ley de Salarios que no se han logrado; no se ha implementado el Sistema de Información Social (SIS). Estos y otros cambios pendientes se están convirtiendo en un freno para la modernización del Estado y, en consecuencia, para el desarrollo del potencial humano y social de los salvadoreños.

- c) El Plan de Desarrollo Económico y Social del GOES y el Programa de Modernización del Estado de El Salvador exigen cambios importantes en la concepción misma del Estado. Se debe pasar del concepto de "estado benefactor y paternalista" a la concepción del *Estado como promotor del desarrollo*, protector de las libertades y los derechos de la persona, por lo cual debe asegurar la provisión de los servicios básicos a todos los salvadoreños. Debe destacarse que, en el nuevo concepto, "asegurar" no significa que el Estado deba entregar el servicio, significa que el Estado está en la obligación de buscar opciones para que el servicio sea entregado eficientemente. La entrega eficiente de los servicios requiere, con frecuencia, que la institución proveedora esté situada más cerca de los usuarios. Es decir, que la entrega de servicios esté en manos de los municipios, de grupos de la comunidad, de empresas privadas o de ONGs. Muchos de los cambios enunciados aquí, están planificados o en ejecución parcial, pero que aún encuentran obstáculos de cultura institucional o de insuficiente decisión política.
- d) Los problemas sociales son multicausales y multifactoriales. Por ello, *la atención a los problemas sociales debe ser asumida como responsabilidad compartida con la comunidad*; pero entregar responsabilidad implica delegar autoridad para que el nuevo responsable pueda cumplir con su obligación. Todo lo anterior significa que la modernización de la administración pública y la descentralización administrativa, requieren de la delegación de responsabilidades ejecutivas y ejecutoras en organismos intermedios descentralizados de la administración pública. Es necesario generar consenso sobre los problemas prioritarios de salud y los medios más eficientes para superarlos. Este consenso no podrá generarse si los organismos locales y la comunidad no cuentan con el necesario poder de decisión para atacar los problemas. Es indispensable que se promueva la confianza y se desarrolle la cultura de cooperación entre el Sector Público y el Privado.

3 El Salvador en el ámbito mundial

El accionar de un país influye sobre los países vecinos. Cuanto mayor sea el potencial de un país, más amplia será su área de influencia. Por el contrario, cuanto más débil es un país, mayor será la influencia que recibe de otros. El Salvador, siendo un país en desarrollo, recibe influencias ya sea ideológicas, políticas o económicas.

Cambios ideológicos

Con el fin de la guerra fría y el desmembramiento de la Unión Soviética se han reordenado las fuerzas y los intereses mundiales. La política actual de los Estados Unidos de Norteamérica que prioriza en la atención a sus problemas domésticos y a fortalecer su economía, ha cambiado las "reglas de juego" a nivel mundial. En la actualidad las naciones se están organizando en torno al mercado y a una economía cada vez más globalizada. Este nuevo orden mundial ha cambiado el discurso del pasado por un discurso nuevo, en el cual palabras como *innovación, capacidad competitiva y eficiencia* parecen definir conceptualmente la tendencia de la economía actual.

Este reordenamiento en las relaciones internacionales ha generado "ideas de referencia" que son la base del proceso de interacción entre los países. Algunas de éstas ideas fundamentales son la democracia, la sustentabilidad y la coordinación y, complementación de esfuerzos.

Cambios políticos

Una de las "ideas de referencia" más importante es la democracia. Sin la antítesis del comunismo, la democracia ha logrado relevancia y consenso como modelo para administrar la convivencia política y social. En la Región de las Américas, el modelo democrático ha ido reemplazando la mayoría de los modelos autoritarios y paternalistas del pasado.

Con el concepto de democracia dos estrategias adquieren preponderancia, por cuanto la fortalecen y la consolidan, éstas son:

- *Participación comunitaria* que busca integrar a la comunidad (beneficiario) en el proceso de decisión, en el control de la producción y en la evaluación del producto final de la gestión pública. Asegurando la participación de la comunidad no sólo se consolida el modelo democrático, sino que se aumenta la capacidad para diagnosticar las necesidades de la población y para focalizar los programas hacia los grupos más vulnerables.
- *Descentralización técnico-administrativa*, cuya estrategia busca lograr una organización del Estado que se acerque lo más posible al beneficiario, asegurando de esta forma la participación del usuario en el proceso de gestión de la administración pública.

Gracias a la paz y al crecimiento económico logrado, el proceso democrático salvadoreño se ha fortalecido en los últimos años. Este proceso ha significado desarrollar mecanismos que aseguren la participación comunitaria en la administración del país, como la transferencia del poder central a los municipios. Han existido obstáculos en lo referente a los recursos necesarios para su implementación y en la dificultad que presentan algunas instituciones públicas para descentralizar sus sistemas técnico-administrativos.

Con el nuevo sistema de presupuestación gubernamental, el sistema impositivo municipal y el FIS se ha logrado dirigir recursos financieros para fortalecer la descentralización. El monto de esos recursos ha resultado ser insuficiente; además hace falta desarrollar capacidad gerencial para administrar el proceso y la decisión política para consolidarlo.

En el Sector Salud las experiencias de descentralización y participación comunitaria han sido insuficientes; únicamente el MSPAS y las ONGs han desarrollado experiencias en este sentido, las cuales están en proceso de consolidarse. En el MSPAS la descentralización ha consistido en trasladar algunas responsabilidades a los niveles regionales y locales, pero falta la incorporación participativa del beneficiario. Por su parte las ONGs han logrado un poco más de participación comunitaria, en algunos casos, pero no han logrado incorporarse a un sistema nacional de planificación y coordinación que ayudaría a optimizar sus logros.

Cambios económicos

Otra "idea de referencia" es la sustentabilidad, que se relaciona con la necesidad y la posibilidad de un país por autofinanciar su desarrollo. Los recursos mundiales son cada vez más escasos y los países tienden a preocuparse más por sus problemas domésticos: es decir, la ayuda externa comienza a reducirse, por lo que los programas que financian amenazan con desaparecer. Ahora ser sustentables, es necesario.

Entre las estrategias desarrolladas para lograr la sustentabilidad, están:

- *Programas de estabilización y reorientación de la economía*. Se están desarrollando en la mayoría de los países de América con algunas variaciones entre el neoliberalismo económico y la economía social de mercado. Su mayor limitante ha sido el costo social que pueden tener.

- *Eficiencia.* La relación costo/beneficio se vuelve un componente esencial en la planificación operativa. El control de costos y la relación de éstos con la producción, es un discurso nuevo para el Sector Público y, en especial, para las instituciones del Sector Social.
- *Racionalidad.* Incorpora el concepto de "prioridad" a la administración de los recursos, a fin de utilizarlos donde logren mejores resultados.
- *Focalización.* Es "dirigir" los recursos a las necesidades o a los grupos de riesgo de una población.

El crecimiento económico de los últimos años no ha logrado mejorar la sustentabilidad del sector social; por ejemplo: el gasto en salud de El Salvador para 1992, se estima en el 3,7% del PIB⁶.

El gasto del MSPAS ha crecido a un promedio anual del 11,2%. El MSPAS entrega aproximadamente el 50% de la atención sanitaria del país y sólo recibe el 22% (alrededor del 1,0% del PIB) del gasto total en salud. Cerca del 20% de este gasto está siendo financiado por agencias internacionales. Esta contribución se irá reduciendo en los próximos años, lo que aumentará el problema de sustentabilidad para el Ministerio.

Ante esa realidad, el GOES puede: (1) buscar y encontrar otros donantes (poco probable); (2) aumentar la participación del MSPAS en los fondos del GOES; (3) enfocar los esfuerzos del MSPAS hacia una población objetivo más limitada o (4) redefinir el rol del MSPAS hacia uno más rector y facilitador de la entrega de servicios, a fin de asegurar la calidad de los mismos.

Cambios en la cooperación

Una tercera "idea de referencia" en el mundo actual muy ligada al concepto de racionalizar los recursos, cada día más escasos, es la *coordinación y complementación de los esfuerzos*. El concepto de cooperación se está integrando cada día más en la forma de enfrentar los desafíos. No importa que se trate de instituciones o países, las posibilidades de existir y, sobretodo, progresar solos se vuelven cada día más escasas. En este contexto, la coordinación es la forma de administrar la cooperación, racionalizar los recursos y armonizar los esfuerzos.

En la mayoría de los documentos que definen las políticas y las estrategias de salud de El Salvador, se encuentra la meta o la obligación de coordinar acciones y, con la misma intensidad, se constata la escasa coordinación que existe entre las instituciones involucradas en el Sector (hay ausencia de los instrumentos formales de coordinación como son las agendas de reuniones, distribución de agendas, recolección de comentarios, evaluación de comentarios, etc.).

Síntesis evaluativa

Al analizar el ambiente político, económico y social de El Salvador y el ambiente mundial, se destacan "ideas de referencia" que enmarcan, impactan y orientan el proceso de cambio que sigue el país y dan fuerza a una posible reforma del Sector Salud.

El conflicto armado de El Salvador significó pérdidas económicas, de vidas humanas, de autoestima y de confianza en el futuro. Este conflicto, sumado a la crisis económica mundial de la década de los 80's, condicionó un retroceso de la economía del país hasta niveles existentes a mediados de los 70's.

⁶ Fiedler Jack, *Financiamiento del Sector Salud*, ANSAI-1994.

La pacificación y el Plan de Desarrollo Económico y Social impulsaron un desarrollo económico importante, pero no lograron un impacto semejante en el sector social. Por el contrario, las medidas de ajuste económico han agudizado algunos problemas sociales.

El proceso de desarrollo salvadoreño ha conferido fuerza a conceptos o "ideas de referencia", las cuales adquieren relevancia en la planificación de las reformas al Sector Salud. Son ellas: (a) Descentralización; (b) Participación comunitaria; (c) Sustentabilidad; (d) Eficiencia, (e) Coordinación y, (f) Cooperación.

Todos los sectores parecen estar de acuerdo con la necesidad y la urgencia de la creación de un Sistema Nacional de Salud como ente coordinador. Sin embargo, hay ausencia de la decisión política necesaria para formalizarlo e instrumentarlo.

II CONFIGURACION DEL SECTOR SALUD

En este capítulo se describe a los integrantes del Sector Salud, sus principales responsabilidades, el impacto que producen sobre el Sector y la modalidad de interacción que se realiza entre ellos.

I Componentes del Sector Salud

Para fines del presente informe, el Sector Salud se considera compuesto por tres subsectores: estatal, privado y usuario. Estos subsectores participan e inciden en el Sector, de forma diferente y a distintos niveles.

1.1 Subsector Estatal

El subsector estatal de salud está integrado por diversas instituciones que participan en diferentes etapas y en distintos niveles del proceso: desde la formulación de políticas, pasando por la planificación, el financiamiento y la ejecución, hasta la evaluación de los programas que inciden en la salud.

La Constitución Política de El Salvador (1983) en su Art. 65 entrega al Estado y a las personas la responsabilidad de "velar por la conservación y el restablecimiento de la salud". El Organismo Ejecutivo cuenta con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) como organismo rector y ejecutor de las políticas sanitarias del Gobierno. Por lo cual el MSPAS es una de las instituciones que conforman el subsector.

En la Constitución de 1956, se creó el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) como organismo contralor del ejercicio de las profesiones y de los servicios de salud. Desde ese año, el CSSP forma parte del subsector.

Para ilustrar la complejidad del subsector estatal de salud, se enumerará algunas de las instituciones e instancias que participan en diversas acciones relacionadas directamente con la salud:

- *Promoción de políticas.* MIPLAN elabora el Plan Económico y Social. En el mismo se incorpora el Plan Nacional de Salud que representa la política específica de salud, cuya elaboración la realiza el MSPAS. La aprobación y promulgación de las políticas corresponde a la Presidencia de la República.
- *Financiamiento.* Hay varias fuentes de financiamiento. Para el presupuesto ordinario el Ministerio de Hacienda hace estimaciones de recaudación y, siguiendo los lineamientos del Plan de Desarrollo Económico y Social, establece montos indicativos para cada Ministerio. Esta distribución indicativa del presupuesto es analizada por el Consejo de Ministros en pleno (Comité Económico y Comité Social) modificada y/o aprobada. El Ministerio de Hacienda proporciona el monto indicativo al MSPAS en base al cual, este último elabora su solicitud. El Ministerio de Hacienda somete a la Asamblea Legislativa el presupuesto anual del GOES para su aprobación definitiva. Internamente el MSPAS está desconcentrando hacia el nivel regional, la elaboración y administración presupuestaria.

El presupuesto extraordinario es financiado con fondos de la cooperación internacional. Ordinariamente la utilización de los fondos es acordada entre la unidad ejecutora y la agencia de cooperación. Los convenios de préstamo deben ser aprobados por la Asamblea Legislativa. MIPLAN participa en el manejo del presupuesto extraordinario debido a su responsabilidad de coordinar la cooperación externa.

Se debe agregar que las agencias de cooperación influyen con frecuencia sobre las decisiones políticas del GOES.

- *Planificación.* Es un proceso intrainstitucional. El MSPAS ha iniciado acciones que permiten al personal regional participar en la planificación. No se pudo comprobar si se logra la participación sistemática del Sector Privado o de los usuarios en el proceso de planificación de salud.

Dentro del Programa de Desarrollo de MIPLAN hay una sección encargada de salud. Sin embargo, no participa en la elaboración del Plan Nacional de Salud.

- *Ejecución.* Cada institución del Sector⁷ ejecuta sus programas independientemente. En algunas ocasiones se establece cierto tipo de coordinación que no es sistemático.
- *Evaluación.* Cada institución tiene su propio sistema de evaluación y seguimiento. El MSPAS únicamente recibe información parcial de algunos programas que ejecutan, haciéndole casi imposible asumir su papel rector.

Se conoce un poco de la participación de los distintos organismos del Sector, por medio de encuestas de impacto o de opinión que se realiza. MIPLAN está montando un Sistema de Información Social (SIS) que servirá para la evaluación y el monitoreo de los programas sociales. Aún no ha logrado implementarse.

1.2 Subsector privado

Sector comercial

Este subsector está compuesto por el sector comercial y el no lucrativo.

Los componentes del sector comercial de la salud que incluyen la atención médica privada, odontológica, bioquímica, etc. Otros integrantes son las farmacias que incluso en el ambiente rural, tienen un rol bastante importante ya que orientan a los pacientes en la utilización de medicamentos o cuándo consultar. El nivel de automedicación es muy alto en El Salvador (47%).

Otros componentes del Sector Privado que tienen influencia sobre la salud, son las universidades privadas. En el país hay más de noventa universidades privadas. La Universidad de El Salvador (estatal) y ocho de las universidades privadas forman personal de salud (el MSPAS también es formador). No existe coordinación ni direccionalidad planificada entre éstas instituciones.

Sector no lucrativo

Según datos de PROSAMI, en el país hay unas 200 Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), distribuidas en distintas partes y que han creado fuertes vínculos con las comunidades en las que están insertas. Los recursos de las ONGs provienen de proyectos específicos, donaciones internacionales y de la comunidad.

⁷ Dentro del subsector estatal, los mayores proveedores de servicios son el MSPAS y el ISSS. Les siguen algunas instituciones gubernamentales como CEL, ANIFL, Bienestar Magisterial y el Batallón de Sanidad Militar. Hay otras dependencias estatales que realizan actividades relacionadas con el agua, saneamiento y medio ambiente; entre ellas están: Secretaría Ejecutiva del Medio Ambiente (SEMA); Dirección de Sanidad Vegetal y Animal del MAG, Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), las municipalidades en la recolección y disposición de desechos sólidos; el Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural (PLANSABAR) del MSPAS y los programas para la salud de la mujer y de las personas de la tercera edad de la Secretaría Nacional de la Familia. Entre éstas instituciones no existe la coordinación necesaria para ejecutar los programas de salud, éstos programas e instituciones.

Las ONGs tienen áreas de acción muy diversas: microempresa, labores agrícolas, atención a la infancia y a la tercera edad, atención primaria de salud, reforestación, protección a la ecología, etc. Datos de USAID (Marcable 1990) indican que hay 75 ONGs dedicadas al ámbito de la salud. Una de ellas (PRO-FAMILIA) tiene cobertura nacional en la atención materno-infantil, con un gran número de personal voluntario y de promotores pagados.

Las afirmaciones del subsector público y las ONGs permiten señalar que la coordinación entre ambos subsectores es insuficiente. La ineficiencia en la coordinación se debe básicamente a la falta de reglas claras y de instrumentos de coordinación.

1.3 Características del usuario

El perfil del usuario del servicio de salud (REACH) es el de un residente rural o de ciudades del interior del país, cuyo domicilio queda alejado del hospital o del centro de salud (23% a menos de 30 minutos y 58% a más de una hora). Son personas que acuden al servicio en situación de urgencia médica y que la mayoría de las veces no han pasado por los establecimientos periféricos de la estructura de servicios: puesto de salud, unidad de salud, etc. Generalmente son personas con baja capacidad de pago y analfabetas o con educación elemental. Culturalmente son supersticiosas, con tendencia a la automedicación y estoicas con la enfermedad.

2 Dinámica del Sistema de Salud

2.1 Marco jurídico

El funcionamiento del Sector Salud se encuentra normado por la Constitución Nacional y El Código de Salud que reglamentan su funcionamiento, definen el rol del Estado y establecen las responsabilidades y obligaciones de los diferentes actores del Sector.

La Constitución Política de El Salvador

La Constitución de El Salvador ha tenido diversas orientaciones en la composición y el funcionamiento del Sector Salud, de acuerdo a las diversas reformas que experimentó en el transcurso de la historia política del país.

La Constitución de 1841 establecía en su artículo 62 que lo referente a salud era del dominio del Poder Municipal. Entendiéndose por *Poder Municipal* el conjunto de vecinos que a través de su representatividad en el Consejo Municipal ejercían su derecho ciudadano. Este Consejo con el Alcalde, formaban el poder del gobierno local o Poder Municipal. Su responsabilidad según la Constitución era: "la conservación, progreso, salubridad, comodidad y ornato de sus vecinos".

En la Constitución de 1821, el tema de salud aparece bajo la responsabilidad del Poder Legislativo al señalar entre sus atribuciones "la creación de un Departamento de Sanidad, cuyas órdenes serán transmitidas a todas las autoridades federales y de los Estados".

Fue a partir de la Constitución de 1950 y de 1962 que se incrementa notablemente el rol del Estado en la vida económica y social del país. Frente a esta nueva modalidad de Estado, se considera a la salud como un bien público y se establece como una "obligación primordial del Estado la protección, conservación, y restablecimiento de la salud, porque se estima ésta como el don más preciado del hombre y constituye la condición indispensable para su progreso".

En 1956, se creó por disposición constitucional, el Consejo Superior de Salud Pública, como entidad de supervisión y control del Sector de la Salud tanto en sus componentes públicos como privados. Esta función parece compartirla con el MSPAS, pues en el Decreto de formación de este último (1989), se le atribuye la responsabilidad de controlar la atención de salud.

Con la creación del Consejo se crearon las juntas de vigilancia, cuyo mandato es el control de las profesiones de salud, normando y regulando el ejercicio profesional. Aunque persiste el rol importante del Estado en la dinámica sanitaria del país, la Constitución vigente propicia a la salud como de interés de la comunidad y no meramente del Estado.

La salud es entendida como un derecho y un deber en el cual, tanto la persona como el Estado, deben jugar un papel activo bajo la coordinación de éste último, quien tiene la responsabilidad de determinar la política nacional de salud y controlar su ejecución.

Esta Constitución busca reservar para el Estado una función más bien rectora y de contralor, estableciendo una intervención directa solo en el caso de epidemias.

El Código de Salud

Fue aprobado en abril de 1988. Proporciona las bases legales sobre las cuales funciona el sistema sanitario del país. El Código refleja una concepción amplia e integral de la salud y la reconoce como un derecho fundamental del hombre sin distinción de raza, religión, ideología o clase socioeconómica. El Código delinea los sistemas de control de la salud y de prevención de epidemias con bastante claridad. En lo referente a la asistencia médica, el Código señala (sección 43) que el MSPAS, por intermedio de sus dependencias, debe asegurar la recuperación de la salud de los enfermos. Para los efectos de la atención integral de la población, según el Código de Salud, el Ministerio debe desarrollar un programa nacional de salud pública, que norme y coordine todas las actividades correspondientes en el país. El tema de coordinación y de evitar la duplicación de esfuerzos se repite varias veces en el Código de Salud.

Toda la primera parte del Código se refiere al funcionamiento y responsabilidades del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia. El CSSP y las Juntas de Vigilancia funcionan como órganos contralores de los servicios sanitarios y son dependientes del Poder Ejecutivo y del Legislativo para el nombramiento de sus autoridades. Aunque es por Constitución un órgano autónomo, su presupuesto está incorporado en el presupuesto del MSPAS. Por otro lado, no queda claro cual es el ámbito de control del MSPAS y cual es el ámbito que le corresponde al CSSP.

El Código norma las responsabilidades y el funcionamiento del MSPAS y del Consejo Superior de Salud Pública, pero no hace ninguna referencia a otros componentes del Sector.

Hay que tener en cuenta que el ámbito de la salud es muy dinámico y su reglamentación debe tener la flexibilidad necesaria que le permita responder oportunamente a las necesidades del entorno.

Evaluación del marco legal del Sector Salud

El Salvador se encuentra en una posición ventajosa en cuanto al marco legal que rige al Sector Salud. Tanto la Constitución como el Código de Salud ha sido elaborado con una visión amplia que permite flexibilidad al Sector y la posibilidad de introducir los cambios necesarios. Esto que se destaca aquí como ventaja, ha sido considerado por algunos representantes del Sector Público como un inconveniente para su administración o no encuentran en sus lineamientos reglas claras para normar el sistema de salud. En este sentido, hay

reglamentaciones del Código que es necesario formular: leyes con relación al medio ambiente (en proceso), yodación de sal o sobre la venta de medicamentos en farmacias.

Un elemento que no aparece claro, ni en la Constitución ni en el Código de Salud, es la relación y la diferencia de atribuciones que debe existir entre el MSPAS y el Consejo Superior de Salud Pública. Ambos dependen del ejecutivo y, además, el presupuesto del CSSP esta incluido dentro del presupuesto del MSPAS. Sin embargo, el CSSP tiene la obligación de controlar el funcionamiento del MSPAS. Los dos tienen poder para normar y los dos deben cumplir funciones de control. No aparece muy claro a quien rinde cuenta el CSSP.

3 Política Sanitaria

La política social del GOES está delineada en el Plan de Desarrollo Económico y Social 1989-1994 el cual tiene dos componentes: el Programa de Ajuste Estructural y el Programa de Compensación Social.

El Programa de Ajuste Estructural busca promover el crecimiento económico que saque al país del estancamiento anterior y restituya las pérdidas causadas por la guerra. En este sentido, incorpora las estrategias de estabilización y reorientación de la economía.

El Programa de Compensación Social nace de dos hechos que justifican una política social: el costo social que conllevan los programas de ajuste estructural y los niveles de pobreza que existían en El Salvador. Este Programa formula los objetivos de la política social a corto y mediano plazo.

Los objetivos de la política social de corto plazo buscan minimizar el impacto del Programa de Ajuste, utilizando medidas compensatorias. El propósito de esta política es dar asistencia a los grupos en extrema pobreza a través de subsidios directos, obras sociales, generación de empleo y mejoramiento del ingreso familiar.

Las metas del Programa de Compensación Social son:

- Dar prioridad a los grupos más vulnerables o en situación de riesgo.
- Modernizar los sistemas e instrumentos que se utiliza para atender los problemas sociales e innovarlos cuando sea necesario.
- Establecer las bases para un sistema sostenido de atención social.

Las políticas sociales de mediano plazo fueron diseñadas para atender las necesidades sectoriales de salud, vivienda, educación, previsión social y otras. Las estrategias determinadas por el GOES para atender los sectores salud, educación y vivienda son: (1) Descentralización; (2) Focalización de los servicios y (3) Fortalecimiento de los sistemas de atención.

El componente de salud y nutrición de la política de mediano plazo expresa el propósito de focalizar el gasto de salud en áreas que ayuden a mejorar la atención y cobertura de los servicios primarios de salud. Para ello, enfatiza en la atención materno-infantil, la atención nutricional, el agua potable y la letrificación.

También influye sobre la política sanitaria, el Programa de Modernización del Estado de El Salvador. Este programa incorpora a cuatro ministerios (Ministerios de Salud, Educación, Planificación y Hacienda). El propósito del programa es introducir cambios estructurales en el Sector Público para mejorar la administración, fortalecer y descentralizar los presupuestos y hacer más eficiente la entrega de servicios a la población. El

Programa de Modernización pretende lograr, al igual que el Plan de Desarrollo, una mayor participación del Sector Privado en la oferta de servicios.

Otro enfoque de las políticas sociales del GOES, lo constituye el Plan de Reconstrucción Nacional (PRN). Al firmarse los acuerdos de paz en Chapultepec, el PRN recibió el apoyo internacional, lo que le dio fortaleza y respaldo para su ejecución. El PRN confiere prioridad a la atención de los 115 municipios más afectados por el conflicto armado, especialmente en las áreas a la rehabilitación y modernización de los sectores sociales. En ese sentido se ha propuesto apoyar la descentralización, focalización y participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades para consolidar las reformas institucionales del Ministerio de Educación y del MSPAS. Todo ello, con el fin de aumentar la cobertura y calidad de los servicios.

El Plan Nacional de Salud

En febrero de 1991, se aprobó el Plan Nacional de Salud 1991/1994. Contiene los lineamientos políticos, los objetivos, las estrategias y los programas del MSPAS. Asimismo, expresa el propósito del Ministerio de fomentar, proteger y restaurar la salud de la población mediante la atención integral a la persona y al medio ambiente.

El Plan está compuesto por líneas de acción que determinan los propósitos generales. Sin embargo, no tiene un cronograma que establezca el tiempo para lograrlos, ni metas que determinen los resultados específicos que se buscan.

Las estrategias institucionales del Plan pueden sintetizar en: (1) la extensión de cobertura; (2) el mejoramiento de la capacidad resolutoria de sus servicios; (3) el desarrollo institucional; (4) el fortalecimiento financiero; (5) la descentralización técnico-administrativa; (6) la coordinación inter e intra sectorial y, (7) de la cooperación externa.

El área programática se divide en lo que llaman programas operativos y proyectos estratégicos que cubren todos los componentes de la salud pública y de la atención médico/asistencial. Aquí hay una descripción de intenciones programáticas y líneas estratégicas correspondientes que carecen de un cronograma de ejecución, por lo que no logra ser una programación operativa. Este es un inconveniente para la administración y la evaluación de los programas institucionales.

El Plan Nacional de Salud 1991/1994 no ha logrado tener un carácter nacional, mas bien ha sido un plan institucional al cual se le ha dado aplicación nacional. Esto se debe a que en su elaboración no participó el resto del Sector Salud. Lo anterior refleja una falla del MSPAS en asumir la función rectora que le corresponde.

Este rol no asumido por el MSPAS, se traduce en una falta de control de la situación sanitaria, por ejemplo: no se controla adecuadamente la producción de alimentos y de medicinas. Al no existir un ente rector se pierde la oportunidad de lograr un sistema sanitario coordinado y con reglas claras. Esto se convierte en un problema cuando se quiere desarrollar estrategias globales en salud.

Los documentos relacionados con la estrategia de salud y la función del MSPAS, ponen énfasis en la coordinación del Sector y la necesidad de organizar y poner a funcionar un Sistema Nacional de Salud (SNS). Indudablemente, éste puede ser un mecanismo que permita ordenamiento, planificación y coordinación del Sector, sin que esto signifique un intervencionismo estatal contrario a la ideología política del actual Gobierno.

Un plan de salud, implica la participación de varios actores y sectores, en la organización de los recursos disponibles y en la orientación de la gestión sanitaria; implica abrir un espacio de negociación que puede ser el SNS. Esta meta fundamental y estratégica no tuvo el desarrollo esperado entre las realizaciones prioritarias del MSPAS. Como resultado, no se logró establecer el rol rector ni la coordinación necesaria para el funcionamiento del sistema. Este retraso en la instalación del SNS tuvo un costo: la oportunidad perdida de poner en ejecución una política sanitaria sectorial que fuere realmente nacional y consistente.

3.1 Evaluación de la implementación de la Política

El Plan de Desarrollo Económico y Social ha significado una real transformación de las reglas del juego para los agentes económicos. La respuesta del sector económico ha sido una tasa de crecimiento económico promedio anual de alrededor del 3,8% del PIB, en los últimos cuatro años. Es más difícil evaluar el desarrollo del sector social en el corto plazo, pero se puede señalar que no ha habido la respuesta esperada de este sector que se traduzca en un aumento significativo de la eficiencia en el suministro y la calidad de los programas y servicios a nivel nacional, por ejemplo: la extrema pobreza urbana sólo se redujo en un 0,3% entre 1991 y 1992, de cuya población el 36% es analfabeta. Además, por cada analfabeta del Area Metropolitana existen 5 analfabetas del área rural.

En el Sector Salud han habido logros importantes como haber controlado la polio y la difteria, haber disminuido el paludismo de 95.000 casos en 1980 a 3.000 en 1993. Han bajado los niveles de desnutrición y se formaron cerca de 2.000 promotores y 3.268 parteras empíricas que se encuentran trabajando en atención primaria en áreas rurales. A pesar de éstos esfuerzos los resultados siguen siendo insuficientes ante la magnitud del problema sanitario del país, pues las tasas de mortalidad y morbilidad infantil siguen siendo altas y los niveles de cobertura son insuficientes.

Gran parte del presupuesto se vuelca en la asistencia curativa antes que en la atención preventiva. No existe coordinación sectorial, ni descentralización del sistema de servicios. Hay inequidad en la distribución de recursos y desigualdad en la atención. Es dos veces más peligroso enfermarse en el área rural que en el área metropolitana por la disponibilidad de servicio; sin embargo, los riesgos de enfermarse son mayores en el área rural que en la metropolitana.

Si se analiza cada uno de estos problemas, se observa que existen políticas enunciadas que tienden a solucionarlos. Más aún, las políticas enunciadas son las correctas, pero su aplicación es irregular o insuficiente. Cabe preguntar dónde se produce el desfase o dónde se interrumpe el proceso entre la formulación y la implementación. El factor principal que contribuye al problema es la manera en que se formulan las políticas.

Si se entiende a las políticas como compromisos acordados, duraderos y respetados en un determinado tiempo y espacio, debe preguntarse si realmente existen acuerdos. Aparentemente no hay consenso entre quienes formulan las políticas de salud. También hay desacuerdos en la implementación, en cuánto, qué, cuándo, cómo, y quién debe implementarlo. Por ejemplo: no siempre se toma en cuenta la existencia de los recursos para respaldar lo que se enuncia. Por último, es difícil lograr políticas viables sino se logra consenso en torno a ellas. El consenso les da legitimidad y viabilidad. Lo que falta es un espacio de negociación donde se pueda proponer, discernir, negociar y concertar acuerdos. Una alternativa sería un consejo nacional de salud o un instancia parecida en la cual se busquen soluciones a ésta problemática.

El MSPAS, con la mayoría de las organizaciones, debe asumir la responsabilidad de la transformación del Sector Salud y de la modernización institucional, especialmente en las cinco áreas: mejorar la eficiencia;

incrementar la efectividad institucional; optimizar el uso de hospitales y recursos humanos; cambiar las expectativas culturales y enfocar a las personas de más necesidad.

Síntesis evaluativa

- 1) Hay una insuficiencia importante de coordinación entre los actores del Sector Salud, que dificulta la implementación eficaz y eficiente de una política sanitaria de cobertura nacional.
- 2) Existe la potencialidad para mejorar la cobertura y la calidad en la atención si se logra incorporar de manera racional y coherente a los diferentes actores del Sector Público y Privado.
- 3) Las normas legales son amplias y dan suficiente flexibilidad al Sector para planes de reforma. Hay algunas normas que deben ser implementadas y debe mejorarse la función de contraloría sanitaria (como es el caso de la venta de medicamentos).
- 4) Falta una instancia que, por consenso de los diferentes actores, legitime el Plan Nacional de Salud, de manera que el mismo sirva de marco para la implementación de un sistema integral de salud.

III EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Este capítulo hace, en primer lugar, una presentación de las diferentes instituciones que forman el sistema de servicios de salud de El Salvador. En segundo término, hace una descripción del funcionamiento del sistema (la dinámica entre la oferta y la demanda de servicios) y, al final, la interrelación entre los diferentes actores del sistema.

I Oferta de servicios

El sistema de servicios está compuesto por una serie de instituciones con características y roles distintos. Actualmente estas instituciones forman un sistema no integrado, ya que existe muy poca coordinación entre ellas, ni existe un plan de salud que norme el funcionamiento integral del mismo.

1.1 Instituciones prestadoras de servicios de salud

SECTOR PÚBLICO

El Sector Público está formado por el MSPAS, el ISSS y otras 17 instituciones estatales; entre ellas Bienestar Magisterial (Ministerio de Educación), la Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) y la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL).

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Es la organización prestadora de servicio más grande de todo el sistema. Tiene 374 establecimientos de salud y 21.253 funcionarios, entre los cuales hay 2.556 médicos. Con fines de programación de actividades, se estima que el MSPAS debería responder por el 80% de la población salvadoreña.

En el área rural el Ministerio tiene mejor red de servicios que las otras organizaciones del sistema. Esta red de servicios está compuesta por puestos de salud, unidades de salud, centros de salud, hospitales regionales y de especialidad. El financiamiento proviene del presupuesto general del país, de fondos de agencias internacionales y, en el caso de algunos hospitales, de recuperación de costos.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social nació en 1954, por disposición de la Ley de Seguridad Social de 1953 y del Reglamento para la Aplicación del Seguro Social, el cual fue aprobado en 1954.

La función básica del ISSS es cubrir al trabajador en dos tipos de riesgo: *los riesgos inmediatos* (de salud y maternidad) y *los riesgos diferidos* (invalidez, vejez y muerte). Los trabajadores de la empresa privada y los microempresarios están cubiertos para todos los riesgos; los trabajadores retirados y los empleados públicos, solo para los riesgos inmediatos.

Actualmente, el ISSS tiene responsabilidad por 580.000 personas aproximadamente, es decir, el 12,5% de la población de El Salvador. Para este fin, tiene un presupuesto que proviene de los aportes del trabajador (entre el 1 y 6%), del empleador (entre el 2 y 7.5%) y del Estado, el cual hace un aporte anual de 5 millones de colones. En conjunto hacen un ingreso anual de aproximadamente 600.1 millones de colones.

Su red de servicios es notoriamente menor que la del MSPAS, pues consta de 44 establecimientos y 1.386 médicos. Esta red tiene una concentración mayor en el Área Metropolitana; a nivel regional suele alquilar algunos servicios del MSPAS.

Actualmente se está desarrollando el proyecto *Consulta Externa Privada*, como respuesta al problema de las largas esperas en los servicios (hasta 55 días de espera para obtener una consulta con médico especialista).

Otras instituciones estatales

Existen alrededor de 17 instituciones del Estado que ofrecen servicios de salud, algunas de ellas son:

- *Bienestar Magisterial* nació de la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio. Financiado con el aporte de los maestros (2% de su sueldo) y del Estado. Los servicios médicos son contratados del Sector Privado, en forma de contratos que se negocian periódicamente. No existe ningún tipo de restricción a la consulta.
- El *Hospital de ANTEL*, dependencia de la Administración Nacional de Telecomunicaciones, está dirigido específicamente a los empleados de la empresa. Tiene un hospital en San Salvador y 7 clínicas de atención médica ambulatoria. El financiamiento proviene del aporte del empleado (3% de su sueldo) y a al aporte de la empresa que cubre el 97% del presupuesto.
- El *servicio de salud de CEL* dependencia de la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa, cubre a los 3.280 empleados de la empresa, sus esposas e hijos. Tienen 15 clínicas y 45 médicos que trabajan en la empresa y unos 500 médicos especialistas bajo contrato.
- El *servicio de salud de ANDA* dependencia de la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados, está formado por 6 clínicas y dispensarios que ofrecen medicamentos básicos.

INSTITUCIONES DEL SECTOR PRIVADO

El Sector Privado está formado por dos grupos: aquellos que tienen fines de lucro (entre los que se identifican las clínicas y consultorios médicos) y las organizaciones sin propósito de lucro (las ONGs).

Subsector con fines de lucro

Hay muy poca información en relación a la dimensión real de este Sector. Se calcula que está formado por unos 3.000 médicos y 36 hospitales.

Actualmente se está desarrollando un estudio del Sector, financiado por el Banco Mundial, que permitirá un mejor conocimiento de su potencialidad.

Subsector sin fines de lucro

Está formado por organizaciones de muy diferente tamaño, recursos y funciones. Debido a las características de su financiamiento, la sustentabilidad de dichas organizaciones no es muy segura y, por lo mismo, se dice que los proyectos que desarrollan no pueden ser considerados de largo plazo.

Normalmente están bastante bien integradas a las comunidades a las que sirven y sus acciones están focalizadas en áreas de alto riesgo. El 70,8% tienen programas curativos y el 61,3% programas de prevención.

1.2 Organización del Sistema

Por las mismas características del Estado las organizaciones del Sector Público tienden a ser mucho más rígidas en su organización y funcionamiento, que las organizaciones del Sector Privado. Esta falta de flexibilidad hace mucho más difícil la capacidad de adaptación frente a los cambios del entorno o a las demandas de los usuarios.

En el caso del MSPAS, esto es mucho más cierto por las características de la organización. No todo el poder de decisión está en la institución y depende del concurso de otros para ejecutar ciertos cambios en su estrategia. Esto también sucede en el caso del ISSS, ANTEL, BM, etc, aunque quizás en menor grado.

En este sentido el Sector Privado tiene mucha mayor flexibilidad para funcionar. Con la nueva política de economía social de mercado y el ordenamiento de las reglas del juego que esto implica, las posibilidades competitivas serán mayores para este Sector.

1.3 Modelo de atención

Entre las instituciones del Sector Salud se pueden diferenciar dos modelos de atención: (a) *la atención curativa*, que representa el modelo más utilizado por las instituciones del sector y (b) *la atención preventiva*, que representa el modelo de prevención de enfermedades y servicios básicos de salud.

El modelo curativo de atención ha tenido un gran desarrollo en El Salvador; el cual está también arraigado en la cultura del usuario, que prefiere automedicarse o buscar asistencia cuando está enfermo, antes que hacer algo por evitar enfermarse.

El MSPAS incluye la atención primaria de salud (APS) como una de sus estrategias prioritarias, aunque debido al peso económico que representan los hospitales, la mayor parte de su presupuesto lo invierte en la atención curativa.

Para una sola organización tener que administrar dos programas tan importantes para la salud del país como son los programas de APS y el de hospitales, vuelve difícil la toma de decisión sobre la prioridad en la asignación de recursos. No hay libertad para decidir ya que las demandas de fondos⁸ son las que realmente deciden. Todo ello da al MSPAS "poca capacidad de maniobrabilidad", en cuanto al uso de los fondos.

Las ONGs tienden más a entregar servicios básicos de salud, algunas de ellas, con poco componente preventivo. Varias utilizan promotores de salud para actividades extramurales. La formación de los promotores que laboran para ONGs es variable y va desde las organizaciones que forman sus propios promotores (utilizando en gran parte el curso diseñado por el MSPAS para tal fin) hasta aquellas a quienes el propio MSPAS les forma los promotores. Normalmente estos promotores se integran a las comunidades donde trabajan.

⁸ Se considera como demandas de fondos a la atención a los enfermos que no puede dejar de darse (hospitalaria y ambulatoria), el pago de personal, los gastos ocasionados por la inclinación de la mayoría de los médicos a curar más que a prevenir y a utilizar tecnología sofisticada que no indispensable.

1.4 Recursos para la oferta de servicios

Otro componente del sistema, que influye sobre la forma de accionar de éste, es la disponibilidad de los recursos y su ubicación. El cuadro siguiente muestra la distribución de los recursos, según las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Cuadro No. 1

RECURSOS DE LAS INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD, 1993

Subsector	Institución	Recursos			
		Establec. o clínicas	Camas	Médicos	Total personal
Estatal	MSPAS	374	3.213	2.116	21.253
	ISSS	44	1.357	1.386	9.194
	ANTEL	8	83	98	406
	Bienestar Magisterial	Contrato con el Sector Privado para todas las prestaciones			167 administ.
	Sanidad Militar	2 hospitales y 40 enfermerías	300	---	---
	CEI	15 clínicas de atención general			
	ANDA	6 clínicas de atención ambulatoria. Otras atenciones se prestan en el ISSS.			
Privado	Medicina privada	36 hospitales	1.219	3.000 aprox	---
	Seguros médicos	Contrata servicios privados			
	ONGs	90 ONGs/salud. 75 ONGs, según Marcable			11.329 aprox. 50% voluntarios
	PROSAMI	451 promotores, 93 funcionarios administrativos y 127 personas entre técnicos y médicos.			671

Fuente: Proyecto ANSAI-94

El sistema de servicios se caracteriza por una serie de establecimientos y servicios que se distribuyen según las metas institucionales de la organización a la cual pertenecen.

Como se había visto anteriormente, el MSPAS representa más de la mitad del sistema, tanto en recursos como en responsabilidad de atención. Sin embargo, comparativamente a su red, el presupuesto que administra no es de igual magnitud.

Cuadro No. 2

DISTRIBUCION DE SERVICIOS DE SALUD POR REGION, 1992

Institución	Total	Occidental		Central		Metropolitana		Paracentral		Oriental	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
MSPAS	374	85	23	60	16	42	11	66	18	121	32
ISSS	44	6	14	10	23	14	32	5	11	9	20
Hospitales Privados	35	3	8	2	6	24	67	3	8	4	11
Hospital Militar	2	---	---	---	---	1	50	---	---	1	50
ANTEL	8	1	12,5	1	12,5	4	50	---	---	2	25
Total	464	95	20	73	16	85	18	74	16	137	30

Fuente: Proyecto ANSAL, 1994.

Los datos correspondientes al Sector Privado, son datos preliminares de un estudio del Sector que al momento de escribir éste informe se estaba realizando, bajo el financiamiento del Banco Mundial. En el cuadro, no se han incluido clínicas de atención ambulatoria y consultorios médicos privados. No se incluye datos relacionados a la distribución geográfica de las 40 enfermerías de la Sanidad Militar ni de los servicios de CEL.

En cuanto a la distribución geográfica de las camas hospitalarias en 1992, se obtuvieron los datos siguientes:

Cuadro No. 3

DISTRIBUCION DE CAMAS HOSPITALARIAS
POR REGION Y POR POBLACION, 1992

Región	MSPAS	ISSS	Otros*	Hospitales privados**	Total	Camas x %00
Metropolitana	1.962	1.092	283	890	4.227	28,6
Occidental	1.056	218	---	51	1.325	12,4
Oriental	1.234	115	100	128	1.577	14,1
Paracentral	686	---	---	92	778	11,4
Central	275	---	---	58	333	4,7
Total	5.213	1.425	383	1.219	8.240	16,3

* Incluye Sanidad Militar y ANTEL.

** Estudio del Sector Privado Financiado por el Banco Mundial, datos preliminares.

Fuente: Proyecto ANSAI-91.

Al analizar el Cuadro No. 3 se puede notar la alta concentración de los recursos en el Area Metropolitana de San Salvador (más del 50% de camas). Esta distribución se debe en gran parte, a la alta concentración del ISSS y del Sector Privado en esta área. Esto responde al mayor número de asegurados del ISSS y del mayor poder adquisitivo en caso del sector privado comercial.

Esta situación es otro elemento de juicio que refuerza la inequidad en la oferta de servicios ya que se concentra la mayor cantidad de recursos en aquellos que más tienen. También se observa la inequidad en la forma de gastar en salud que tienen las diferentes instituciones del Sector, el cual se expresa en la forma desigual que existe al distribuir el gasto. Para el Area Metropolitana, ésta concentración es, en el ISSS y en el Sector Privado del 73% y, para el MSPAS, del 42%.

2 Funcionamiento del sistema de servicios

Este segmento del informe se refiere a la dinámica de la interacción entre la oferta y la demanda de servicios de salud.

2.1 Cobertura

Es difícil cuantificar la oferta en un sistema de entrega de servicios de salud. Algunas acciones como el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) han conseguido cubrir un alto porcentaje de la población; otros como la atención institucional del parto, mantienen una cobertura baja. Tampoco es igual la cobertura ni el tipo de atención ofrecida por un hospital especializado que por un centro de salud (hospital departamental pequeño). Con el objeto de dar una idea de cual es la oferta de servicios, se presenta algunos datos tomados de la investigación realizada por REACH/JOHN SNOW realizada en 1988/89⁹. Los datos muestran el uso que la población hace de los servicios que ofrecen las diferentes instituciones. Esta información es la que mejor refleja la oferta de servicios de salud.

Los datos de cobertura son estimativos y varían según se considere la atención hospitalaria o la consulta externa (ambulatoria).

2.1.1 Atención de consulta externa

Según la encuesta antes mencionada, el 11% de la población encuestada acudió a consulta externa dentro de las dos semanas anteriores a la encuesta. La distribución de cobertura de esta población fue la siguiente:

Cuadro No. 4

DISTRIBUCION DE COBERTURA DE LA CONSULTA EXTERNA, 1989

Institución	Porcentaje
MSPAS	40,0
ISSS	12,7
Otros	2,3*
Sector Privado	45,0

* Incluye otras instituciones del Sector Público: ANTEL, Fuerza Armada, etc.

Fuente: *Encuesta de Hogares*, Reach, 1989.

⁹ John Snow, *Household Demand for Health Care in El Salvador*, feb. 1990.

2.1.2 Atención hospitalaria

En lo que se refiere a la atención hospitalaria (internación), el 5% de los salvadoreños había sido hospitalizado por lo menos una vez durante el año anterior a la encuesta, cuya cobertura realizada por las instituciones responsables fue la siguiente:

Cuadro No. 5

DISTRIBUCION DE LA COBERTURA DE HOSPITALIZACION, SEGUN INSTITUCION, 1989

Institución	Porcentaje
MSPAS	75,5
ISSS	12,0
Otros	4,0
Sector Privado	9,5

Fuente: *Encuesta de hogares*, Reach, 1989.

Cabe destacar que el ISSS provee un porcentaje de atención hospitalaria semejante a la cobertura de población que representan sus asegurados, lo cual implica que el aumento de los pacientes internados por el MSPAS es a expensas de la clientela privada (30% aproximadamente). Esto haría suponer que el Estado está subvencionando la internación de la clientela del Sector Privado o que hay motivos para que las personas con poca capacidad de pago prefieran esforzarse en pagar una consulta al médico privado, antes que asistir a un consultorio del MSPAS.

2.1.3 Cobertura de la atención del parto

Otra información útil para obtener una imagen de la cobertura que proveen las diferentes instituciones con los servicios que ofrecen, es la atención del parto. Según FESAL-93, sólo el 51% de los partos son atendidos en un ambiente institucional (establecimiento hospitalario), el cual posibilita un nivel adecuado de atención; mientras que el resto no está recibiendo una atención que pueda ser considerada aceptable desde el punto de vista de salud pública (Cuadro No. 6).

Con relación a la cobertura realizada por parteras empíricas, según Salud en Cifras 1991 del MSPAS y FESAL-93, estiman que, de los 151.210 partos de ese año, el 21,5% y 36,4% respectivamente, fueron atendidos por éste tipo recurso humano. Es posible que la diferencia entre las dos fuentes (36 > 21) se deba a que los partos atendidos por las parteras en el domicilio, no son reportados al MSPAS.

En cuanto a la capacitación a las parteras, el MSPAS está realizando un importante esfuerzo para incorporarlas en su programa de capacitación, mientras que las ONGs ya se están realizando algunos programas de ésta naturaleza.

Cuadro No. 6

ATENCIÓN DEL PARTO, SEGUN LUGAR DE ATENCIÓN 1993

Lugar de atención del parto	% del total de partos
Establecimientos del MSPAS	38,1
Establecimientos del ISSS	9,7
Hospital privado	3,2
En la casa de la partera	1,7
En su casa con partera	34,7
En su casa con otros	5,9
En su casa con nadie	5,3
Otro	1,4

Fuente: Encuesta FESAL-93.

2.1.4 Cobertura de la atención infantil

Otra forma para evaluar la atención ambulatoria de carácter preventivo, es analizar los datos sobre la atención del niño. Según FESAL-93, en el período comprendido entre marzo de 1989 y febrero de 1993, el 80,8% de los niños nacidos vivos habían sido controlados por lo menos una vez, desde su nacimiento hasta la fecha de la encuesta (Cuadro No.7).

Cuadro No. 7

CONTROL DEL NIÑO SANO, SEGUN LUGAR DE ATENCIÓN 1993

Lugar de control	% Total de niños controlados
Hospital del MSPAS	33,4
Otro establecimiento del MSPAS	47,4
ISSS	10,9
Hospital privado	6,8
Otro	1,5

Fuente: FESAL-1993.

Del total de niños controlados, los servicios del MSPAS han cubierto el 80,8%, es decir más de la mitad de los controles realizados a niños sanos.

Los datos del Cuadro son promedios para el país cuyas coberturas varían, según el lugar de residencia de los usuarios. En las zonas rurales sólo el 76% de los niños fueron controlados, de los cuales el 93% lo hizo en un establecimiento del MSPAS. En el Área Metropolitana el porcentaje total fue mayor de 88,1%, de los cuales el 60% lo hizo en el MSPAS, el 22,6% en el ISSS y 17,4% en el Sector Privado.

2.2 La demanda

Otro componente del funcionamiento del sistema se refiere a la demanda de los servicios de salud, cuyas características se presentan en los siguientes párrafos.

2.2.1 Comportamiento del usuario

Las características de la demanda están dadas en gran parte por el volumen de dicha demanda, el lugar de residencia de los usuarios y su comportamiento.

Algunos de los elementos que más influyen en el comportamiento de los usuarios son: (1) la percepción de la enfermedad; (2) movilización y tiempo de espera para consulta; (3) residencia del usuario y (4) el nivel económico y educativo.

Percepción de la enfermedad

Según las encuestas REACH/USAID y MIPLAN, existe una relación directa entre el uso de la consulta preventiva y el nivel educativo de las personas, es decir, cuanto más alta es la educación, mayor uso hace la persona de la consulta preventiva¹⁰.

Movilización y tiempo de espera

Otro factor que influye en la actitud de los usuarios es la movilización y el tiempo de espera para la consulta. La encuesta de REACH/USAID, señala que el 57% de los usuarios tuvieron que viajar más de 30 minutos para llegar al lugar de la consulta. Este tiempo aumenta para las instituciones del Sector Público, donde el 15% de

¹⁰ Existe una notable desproporción entre las personas que consultaron por sentirse enfermas y aquellas que no lo hicieron: sólo el 21% (REACH/USAID) de los que se sintieron enfermos llegaron a la consulta. Según la Encuesta de MIPLAN, de la población enferma o accidentada sólo el 28% consultó con profesionales capacitados.

De aquellas personas que percibieron la enfermedad y no consultaron, el 27% no lo hizo por considerar la enfermedad de poca importancia, el 7% por razones económicas y el 20% por otras razones (evitar "pérdida de tiempo", no conseguir permiso en el trabajo, escepticismo, insatisfacción en consultas previas, etc.).

En cuanto a la conducta seguida por las personas que se sintieron enfermas y no consultaron: el 46% se automedicó (REACH/USAID), mientras que según la encuesta de MIPLAN 91/92, la automedicación fue el comportamiento elegido por el 51% de los encuestados.

En contraposición con los datos anteriores, según la encuesta REACH/USAID el número de personas que consultó sin tener percepción de enfermedad fue de 6,5% del total de consultas. De ese 6,5% los mayores porcentajes se observaron así: mujeres 7,9%; personas entre 15 y 44 años, 8,2%; residentes del AMSS, 8,0%; personas con mayor nivel educativo, 9,8%; personas cubiertas por seguros privados, 16,8%.

los usuarios del MSPAS y el 14% de los usuarios del ISSS tuvieron que viajar más de 2 horas para consultar. El tiempo de espera de la consulta fue de más de 3 horas en el 44% de los usuarios del MSPAS.

Residencia del usuario

Según FESAL-93, el lugar de residencia y la escolaridad de la madre inciden sobre el acceso de ésta a la atención institucional del parto. El informe refiere que la mayor atención hospitalaria del parto está en el Área Metropolitana (81,6%) y para aquellas mujeres con 10 ó mas años de escolaridad (85,5%). Las mujeres del área rural sólo en un 35,5%, recibieron atención hospitalaria y las de ninguna educación formal la recibieron únicamente en un 30,7%. Estas cifras expresan la dificultad de acceso que una porción grande de la población (la rural) tiene a una de las acciones sanitarias más importantes para disminuir la morbilidad de la madre y el niño, como es la adecuada atención de parto. Aquellas mujeres con peores condiciones socioeconómicas son las que tienen más riesgo de enfermar y son las que menor acceso tienen a la atención sanitaria.

Nivel económico y educativo

Los datos de la encuesta REACH/USAID dan valiosa información sobre la atención a la salud de la población. Aquí se destaca algunos de los hallazgos más relevantes: el 53% de la población encuestada percibió algunos signos o síntomas de enfermedad durante las dos semanas anteriores a la encuesta. Esta percepción fue mayor en mujeres, menores, ancianos residentes en áreas rurales y personas de bajo nivel educativo.

El 11% de la población estudiada consultó por razones de salud en las dos semanas anteriores a la encuesta, cuyo índice es mayor en el Área Metropolitana (14%) que en otras áreas urbanas (11%) y casi el doble que en áreas rurales (8%).

La demanda también está determinada por el nivel educativo y al ingreso per capita mensual. Las personas sin ninguna educación formal consultaron en un 8,2%, mientras que las de nivel educativo técnico o mayor, lo hicieron en un 15,1%. Las de ingreso menor a 101 colones consultaron en un 9,7% y las de 401 o más colones en un 13,24%. Esto expresa que a pesar de que la población de escaso nivel educativo y de áreas rurales es la que mayor percepción de enfermedad tuvo y la que menos acudió a la consulta.

2.2.2 Acción tomada por el usuario

Para la Encuesta de Hogares de MIPLAN se usó como semana de referencia, la anterior a la encuesta (octubre 1991). Los resultados mostraron que el 24,3% de la población encuestada había estado enferma o había tenido algún tipo de accidente (0,4%) durante esa semana (Cuadro No. 8).

Cuadro No. 8

ACCION TOMADA POR LA POBLACION QUE SUFRIO ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Acción	%	Persona o lugar de asistencia	
No consultó			
No hizo nada	6,46		
Se automedicó	51,25		
Consultó	42,29	Con quién consultó	%
		Con curandero	2,06
		En farmacia	8,03
		Con enfermera	0,75
		Con médico privado	23,10
		En establec. privado	10,18
		En establec. público	55,88
Total	100,0	Total	100,0

Fuente: Encuesta de Hogares 1991-1992. MIPLAN.

Conforme a los datos obtenidos, del total de personas que consultaron en busca de ayuda (42,29%), el 55,9% de ellas lo hizo en el Sector Público, el 33,3% en el Sector Privado, mientras que el 10,8% lo hizo en el sector privado informal. Esto significa que el 44,1% de la atención ambulatoria fue realizada por el Sector Privado.

3 Coordinación inter e intrasectorial

En general el Sector Salud funciona en compartimientos estancos. No existe un sistema de coordinación formal entre las diferentes organizaciones que lo integran.

A pesar de ser un reclamo general de todos los componentes del Sector y, de aparecer, en la mayoría de los documentos sobre políticas o estrategias de salud en El Salvador, la coordinación es mínima y generalmente informal.

El MSPAS tiene como mandato constitucional, del Código de Salud y del propio Plan Nacional de Salud, la coordinación con los demás sectores públicos y privados, pero no ha logrado desarrollar un sistema coordinado de salud. Inclusive dentro del propio Sector Público, el déficit en la coordinación hace difícil la implementación de programas más consistentes.

Un ejemplo de falta de coordinación es la forma en como se formulan las políticas de salud. Estas tienen dos orígenes diferentes: uno es en MIPLAN como componentes del Plan de Desarrollo Económico y Social,

mientras que el otro, es en el MSPAS Plan Nacional de Salud. La primera política claramente hecha en un discurso económico, mientras que la otra es de orientación salubrista. Al revisar el proceso de formulación de dichas políticas, los representantes de ambas instituciones han expresado la dificultad que ocasiona la falta de coordinación en sus trabajos, incluso han tenido algunas reuniones, pero no se ha podido integrar ambas concepciones.

En los niveles operativos también existe falta de coordinación. Salvo algunos programas un poco más integrados como es el caso del programa de control de agua segura entre el MSPAS y el ANDA a causa del cólera u otras actividades puntuales, la regla es más bien la falta de coordinación.

En el año 1974, se creó la Comisión Nacional de Salud integrada por el Ministro de Salud, el Ministro de Trabajo y Previsión Social, el Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Planificación (CONAPLAN) y los Directores Generales de Salud del MSPAS y del ISSS.

Según el Decreto de organización la Comisión tiene por finalidad "proyectar, orientar y coordinar las actividades de formación, conservación, restablecimiento de la salud de los habitantes de la República de El Salvador".

Para cumplir estas metas la Comisión tenía las siguientes atribuciones: (a) evaluar los sistemas de salud a cargo del Estado; (b) formar programas de ampliación de las coberturas del Seguro Social; (c) formular los planes integrales de ampliación de los servicios asistenciales del MSPAS; (d) estudiar y dictaminar sobre los proyectos de leyes referente a la salud de los habitantes de la República; (e) estudiar y coordinar la distribución de la ayuda técnica y financiera internacional que se otorgue al Gobierno concerniente a los servicios de salud y (f) revisar y evaluar periódicamente la ejecución de los planes y programas de salud pública y asistencia social.

Esta Comisión funcionó hasta el año 1978 aproximadamente, después dejó de funcionar debido a los acontecimientos políticos que fueron sucediendo. Actualmente no está operando. En gran parte ha sido sustituida en su función, por el Comité Social del Consejo de Ministros, que coordina las acciones sociales del GOES.

Gran parte de las necesidades de coordinación han sido reemplazadas efectivamente por el Comité Social, pero pareciera faltar una instancia que pueda integrar a todo el Sector Salud (público y privado). Esta instancia serviría de espacio de concertación, negociación y coordinación para hacer funcionar un sistema formal de salud. Dicha instancia coordinaría las instituciones de salud tanto públicas como privadas, con participación de gremios y entidades formadoras de recursos humanos, etc. La misma aseguraría el compromiso de las entidades con una política nacional de salud.

Lograr esta instancia depende de la voluntad de integrarse que demuestren los organismos que conforman el sector (ISSS, ONGs, ANTEL, etc.). Esto se vuelve difícil, porque lograr una integración de este tipo significa un alto grado de complementación que normalmente se mira como pérdida de autonomía. Definir las reglas de su implementación ayudaría a apaciguar los temores que existen.

Este organismo debería estar integrado por un nivel político y un nivel técnico de apoyo al nivel político.

Síntesis evaluativa

- 1) El sistema de servicios de salud actual funciona sin coordinación y en base a metas distintas.
- 2) La distribución de infraestructura y personal entrenado está concentrado en el Area Metropolitana de San Salvador, lo cual se traduce en una falta de equidad en la atención.
- 3) A pesar de que la red de servicios del MSPAS es prácticamente el doble de grande que el resto del Sistema, su presupuesto no es de igual magnitud.
- 4) No existe un espacio de concertación que integre a las diferentes instituciones de servicio con vista a una reforma del Sector que logre una distribución más racional de los recursos y un sistema equitativo de salud.

IV EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el organismo nacional que entrega el mayor volumen de servicios y cuenta con la más grande red de establecimientos del país. En este capítulo se describe el papel que desempeña el MSPAS, su organización y funcionamiento, el proceso de modernización en el cual está empeñado y la cooperación externa que recibe.

1 Rol del Ministerio

El papel que el MSPAS juega dentro del Sector Salud puede ser analizado desde varias perspectivas. Para fines del presente informe sólo se considera los aspectos legales y políticos.

1.1 Marco legal

La Constitución Nacional establece en su Art. 65 la responsabilidad compartida por "El Estado y las personas de velar por la conservación y restablecimiento de la salud"; siendo la función específica del Estado, según el mismo artículo "la determinación de la política nacional de salud, su control y supervisión". Según el Art. 66, la función asistencial se le entrega al Estado solo en caso de "prevenir la diseminación de enfermedades transmisibles" y en el Art. 69, pone énfasis en la función de vigilancia sanitaria que el Estado debe mantener.

El Código de Salud es otro instrumento legal. En la Sección 43 se da un rol más asistencialista al Estado, al decir que el MSPAS realizará "las funciones y obligaciones de asistencia médica y médico-social para asegurar la recuperación adecuada de la salud de los enfermos" por intermedio de sus dependencias. Además le determina una función normativa y rectora "formular e implementar el Plan Nacional de Salud Pública".

Existe también el Decreto No. 24 de 1989 que pone en vigencia el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo. En su Art. 42, Capítulo II, señala que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene la función de desarrollar las políticas de salud y asistencia social del Gobierno. El mismo Decreto establece para el MSPAS la función de regir el Sector Salud, la cual describe como "planificar, dirigir, coordinar y ejecutar las políticas". Otra parte del mismo artículo establece "dictar normas y técnicas en materia de salud" y "adecuar y hacer cumplir el Código de Salud". Pone especial énfasis en lo referente a la vigilancia sanitaria que debe desarrollar el MSPAS. Dictamina que las funciones de salud, en el campo de la medicina integral y la asistencia médica curativa a la población, las realizará a través de las instituciones correspondientes y en coordinación con otros actores del Sector.

1.2 Marco político

La formulación de políticas de salud del Ministerio se origina en dos instancias: en MIPLAN y el MSPAS, esta mecánica de planificación origina dos líneas distintas de pensamiento sobre cuál y cómo debe ser la misión del MSPAS.

La línea de pensamiento del MSPAS está muy influenciada por la cultura médica¹¹, paternalista y de servicio. Ve en su misión la responsabilidad de asumir en forma directa toda la variedad de funciones que abarca el ámbito de la salud.

Como en la mayoría de los países de América, ésta mentalidad ha llevado a la institución encargada de la salud, a tener que asumir una diversidad de funciones distintas a la específica de salud pública, como es el caso de: la medicina asistencial, administración hospitalaria, formación, educación y capacitación profesional, etc. Esta diversidad de actividades tienen su costo en profundidad y eficiencia. El MSPAS se desgasta en burocracias que intentan controlar la gestión y administrar el crecimiento. Pero posiblemente lo más nocivo para una institución es la pérdida de la capacidad de percibir el entorno extrainstitucional de adaptarse a ese entorno y a las demandas de cambio que el proceso de adaptación implica.

La segunda línea de pensamiento del GOES, es la del Programa de Desarrollo Económico y Social (MIPLAN), está orientada por las políticas de crecimiento económico y de eficiencia del Estado; enmarcada conceptualmente por la economía social de mercado, promueve el reordenamiento y disminución del aparato burocrático del Estado. Lo anterior significa restringir las funciones del MSPAS a regir y normar el sistema sanitario, controlar la calidad de la oferta de servicios de salud y vigilar la situación de salud.

Muchas veces estas políticas funcionan muy presionadas por los programas de ajuste estructural tratando simplemente de aliviar sus efectos o querer acelerar extremadamente los procesos de cambio, amenazando estructuras institucionales y creando turbulencias institucionales o sociales.

Esta diferencia ideológica entre las instancias que participan en la formulación de las políticas de salud ha creado cierta inconsistencia en la conformación y la implementación de la misión del MSPAS. Aunque la misión del MSPAS está enunciada en el Plan Nacional de Salud y en otros documentos del MSPAS, es poco conocida, aún por los funcionarios de la institución.

En el Plan Nacional de Salud se define el objetivo general del Plan y las políticas del Ministerio para el Sector, que de alguna manera traducen la visión que la institución tiene de su propia misión. En dicho Plan se enuncia diez políticas de salud. La primera política más asociada a la primera línea de pensamiento dice "Fomentar, proteger y restaurar la salud de la población a través de la atención integral a las personas y al medio ambiente, con la participación de la comunidad y de otros organismos gubernamentales y no gubernamentales".

La política general del Plan se sitúa en la línea de pensamiento del Programa de Desarrollo Económico y Social al introducir el componente "...programas dirigidos a los problemas prioritarios en función del riesgo de grupos vulnerables". Así como también en "...coordinando actividades con otras instituciones para utilizar de la mejor manera posible los recursos disponibles, con austeridad y honestidad".

Analizando el resto del Plan (desarrollo de la política, las estrategias, el programa operativo, etc.), se concluye que la primera línea de pensamiento es la que realmente pesa en el MSPAS. Esta preponderancia puede estar

¹¹ Para fines de este informe se interpreta como "cultura médica", la línea de pensamiento más orientada a curar y atender enfermos, que a prevenir, educar y ofrecer servicios básicos de salud.

dada por la inercia y cultura institucional¹², pero hay que considerar además el peso de la estructura institucional y de la responsabilidad social de atender la demanda.

2 Organización y funcionamiento

La organización y funcionamiento de un ente tan complejo como el MSPAS es compleja, a su vez. No es objeto de este informe el realizar una descripción exhaustiva de la estructura y funcionamiento de dicha entidad, solamente se hará referencia a puntos organizativos y funcionales relevantes.

2.1 Estructura institucional

El MSPAS está organizado estructuralmente en: a) un nivel central de formulación política (Ministro, Vice Ministro y Director de Planificación), de gerenciamiento y apoyo administrativo (Dirección General) y b) un nivel periférico operativo (Regiones sanitarias y hospitales).

2.1.1 Nivel Central

La estructura de la institución está delineada en el Decreto No. 24 de 1989 del Poder Ejecutivo y básicamente describe una organización centralizada a nivel de la Dirección General. Actualmente debido a la dificultad de la excesiva centralización se ha creado dos subdirecciones. La primera, a cargo de la atención primaria y la segunda, dirige los hospitales. Esto de alguna manera ha logrado descongestionar la comunicación hacia las instancias de decisión; sin embargo se requiere de más cambios para facilitar la gestión y lograr una administración más eficiente.

Bajo la Dirección General, pero con el mismo nivel jerárquico que las sub direcciones están: la Dirección de Planificación, de Servicios Técnicos Normativos Operativos y la de Administración. Estos niveles han funcionado en el pasado de una manera bastante independiente unas de otras y aunque actualmente se está logrando mayor coordinación, ésta sigue siendo insuficiente.

Se están incorporando otros cambios, como es el caso de la nueva organización del Depto. de Recursos Humanos y la creación del Depto. de Planificación Financiera.

Si el MSPAS continúa con la misma diversidad y cantidad de funciones como hasta ahora, la institución tendrá que introducir más cambios en su estructura, para lograr una mejor división del trabajo.

Recomendaciones

Para darle mejor funcionalidad y complementariedad a la estructura, se sugiere la creación de dos direcciones generales: una Dirección General Operativa y otra Técnico-Administrativa.

La primera Dirección General, estaría formada por tres subdirecciones: la Subdirección de Regiones Sanitarias, la Subdirección de Hospitales y la Subdirección de Logística. Su función sería dirigir, implementar y coordinar todo el nivel operativo del MSPAS.

¹² Se designa como "inercia y cultura institucional" a la resistencia de las instituciones gubernamentales, en general, para incorporar cambios en su estructura y funcionamiento.

La segunda Dirección General estaría integrada por dos subdirecciones: la Subdirección Administrativa y la Subdirección de Planificación y Evaluación. Esta Dirección General tendría la función de apoyar los programas operativos, normar, planificar y evaluar el desarrollo programático del Ministerio.

Los dos Directores Generales y los cinco Sub-Directores Operativos y Técnicos, bajo la dirección del Vice Ministro formarían un nivel de Coordinación Técnico-operativa. Al incorporar el nivel político (Ministro y Vice Ministro) se integraría un Comité de Planificación Estratégica.

2.1.2 Nivel Periférico Operativo

El nivel operativo está organizado en cinco regiones sanitarias (regiones Occidental, Central, Metropolitana, Paracentral y Oriental), que funcionan desconcentradas del Nivel Central. Su infraestructura comprende normalmente los primeros tres niveles de atención: Nivel Primario (Dispensarios, Puestos y Unidades de Salud), Nivel Secundario (Centros de Salud y Hospitales Departamentales) y Nivel Terciario (Hospitales Regionales y Especializados).

Los quince hospitales del MSPAS son organismos descentralizados pero incluidos en el presupuesto del MSPAS. Este es el nivel más costoso de atención y absorbe alrededor del 62% del presupuesto, restándole fuerza a la estrategia de atención primaria, que es la estrategia prioritaria del MSPAS.

Aunque gran parte de la atención de salud pública descansa sobre el MSPAS, constituye un elemento positivo el hecho de que algunas instituciones de carácter meramente curativo están iniciando programas preventivos, como es el caso del ISSS y otras empresas estatales.

Además, muchas de las ONGs que están actualmente trabajando en el campo de la salud tienen un componente importante de medicina preventiva y generalmente coordinan con el MSPAS sus labores de vacunación.

2.2 Funcionamiento

Por factores más históricos que técnicos, la institución ha tenido que hacerse cargo de una diversidad de funciones que le han restado eficiencia y flexibilidad a su gestión. No es lo mismo desarrollar un sistema de información epidemiológica, que implementar un sistema de lavandería hospitalaria, formar técnicos laboratoristas o desarrollar programas de letrinización rural, etc. La diversidad de funciones siempre resta profundidad a la gestión y el MSPAS, como otros ministerios de la Región, ha tenido que pagar este precio.

Otro elemento importante del funcionamiento institucional que se observa en el MSPAS, es su orientación mayor hacia la eficacia, antes que a la eficiencia. Históricamente, por las características paternalistas de los gobiernos, el costo de los servicios que ofrecía el Estado no era considerado importante. Lo importante era asistir las necesidades que el "estado benefactor" consideraba prioritarias, aunque tuvieran un costo elevado.

Esta concepción, aunque está siendo superada por la mayoría de los gobiernos en la actualidad, sigue arraigada en la cultura institucional y del usuario, haciendo difícil y turbulentos los cambios hacia la eficiencia, más cuando ésta puede significar dar prioridad a personas o programas.

2.2.1 Sistemas gerenciales

El MSPAS como toda institución compleja posee varios sistemas que trascienden a lo largo y lo ancho de la estructura organizacional. Los principales sistemas se enuncian a continuación:

El sistema de planificación

El sistema de planificación del Ministerio ha tenido un desarrollo importante últimamente. Ha implementado un sistema de programación local como instrumento de planificación operativa y de evaluación de actividades. A pesar de que no está funcionando plenamente los resultados son prometedores.

El análisis de los programas en base a conjuntos funcionales, muestra cierta atomización de actividades que se traduce en el nivel operativo en una falta de eficiencia. Lograr una mayor integración y coordinación entre los programas, como entre el Programa Materno Infantil, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y el Programa de Nutrición puede acrecentar el desempeño institucional y racionalizar la utilización de los recursos.

A través de la planificación operativa que se piensa implementar a partir de la programación local se podrá mejorar la integración programática y desarrollar un sistema de monitoreo para el control de la gestión a nivel local. Esta estrategia (programación local) está en su etapa inicial y, por lo mismo, necesitará un tiempo para integrarse a la cultura operativa del MSPAS. Además, al no haberse logrado incorporar sistemáticamente la participación de la comunidad en la identificación y solución de los problemas de salud, parecería que ésta puede ser la forma de integrar esta participación al proceso de decisión.

Otro componente que se introdujo al sistema de planificación fue la planificación financiera, que permitirá una mejor programación y un mejor control de la ejecución presupuestaria. Este componente deberá jugar un rol en la coordinación de los diferentes sistemas financieros y de administración que hay en el MSPAS. Esta coordinación será esencial para lograr una visión más completa e integrada de las diferentes fuentes de recursos, evaluar el impacto del gasto y tener un control racional de la inversión.

La falta de personal para el funcionamiento del Depto. de Desarrollo Institucional, aparece como un inconveniente, especialmente cuando se ha iniciado un proceso de modernización institucional.

El sistema de información

El MSPAS cuenta actualmente con ocho sistemas de información en niveles diferentes de implementación. Estos sistemas no están integrados, funcionan en diferentes niveles de la organización y su financiamiento depende de agencias internacionales diferentes. La información recogida es insuficiente y no hay control de calidad de la información. La integración de un sistema gerencial para la toma de decisión debe ser una meta de alta prioridad para la institución, sin embargo, esto parece difícil debido a la falta de recursos humanos en el manejo y análisis de la información gerencial y a la falta de coordinación en su implementación de parte de las agencias donantes.

El sistema de toma de decisión

La toma de decisión está centralizada y dirigida a la solución de problemas inmediatos. Al no existir un sistema de información integrado y oportuno o niveles de análisis sistemático de opciones que sustenten el proceso decisorio, éste pierde la calidad del producto. La excesiva centralización también afecta el proceso, retardándolo por las distintas etapas burocráticas que debe pasar y disminuyéndole su calidad al hacer que las decisiones se tomen a distancia de donde se genera el problema. Algunos ejemplos de centralización decisoria son: los trámites de contratación y movimiento de personal, el manejo presupuestario (aunque esto se está

modificando a partir de la nueva contabilidad del Estado), o algunos programas como sería el de Salud Comunitaria.

El sistema de comunicación y coordinación institucional

Está determinado por la estructura institucional, cuyas características de centralización que presenta el organigrama (Anexo 1), congestionan la comunicación a nivel de la Dirección General, ya que ésta se transforma en el único nivel que integra al nivel político, al nivel de planificación y al técnico-normativo con los niveles operativos.

Esto también se refleja en la coordinación. Los problemas en la coordinación se deben a la verticalidad de algunos programas o a la influencia excesiva de algunas agencias internacionales sobre determinados programas.

2.2.2 Nivel Primario de Atención

Para desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud, el MSPAS ha venido organizándose en torno a los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Estos han comenzado a organizarse en algunos municipios alrededor de un establecimiento de salud y con la participación de la comunidad.

El concepto de SILOS para el Ministerio de Salud representa un modelo de organización local de la institución. No ha sido conceptualizado como una estrategia operacional de descentralización y participación comunitaria, es decir, una forma de transferir el nivel de decisión al usuario.

Este modelo de organización en sistemas locales funciona como una forma de organización técnico-programática e incluye muy poco del componente administrativo. Además ha servido como una modalidad de cooperación interinstitucional a nivel operativo, pero sin el énfasis necesario en la participación comunitaria que parecen proponer los SILOS como estrategia.

Si bien el Ministerio de Salud comparte con otras instituciones las actividades médico-asistenciales, en aquellas funciones específicas de salud pública, su responsabilidad es casi exclusiva.

En los últimos años el MSPAS ha dado un especial apoyo a la participación de promotores de salud en el campo de la atención primaria, con énfasis en la promoción y la educación sanitaria. Para ello se ha capacitado a una importante cantidad de promotores esperando llegar a unos 2.000 promotores para 1994.

Un tema de discusión entre el MSPAS y las ONGs, en el campo de la prevención y la medicación, ha sido darle o no al promotor mayor capacidad de resolución habilitándole para el uso de medicamentos, por ejemplo la prescripción de antibióticos para el tratamiento de las IRA. Algunas ONGs que trabajan en el campo de la salud comunitaria con programas de atención primaria son ejecutados por promotores que utilizan medicamentos, lo cual crea confusión a nivel local.

Obligado por la dinámica demanda/oferta de servicios, el MSPAS ha debido asumir distintos roles, muchos de los cuales no le corresponden ni le convienen por el alto costo que implican o porque lo desvían de su función específica. También, debido a su mayor cobertura del área rural, asiste parte de los asegurados del ISSS; además, el MSPAS ha debido asumir un rol de formación y capacitación de RRHH, etc.

En gran medida, la falta de un desarrollo integrado y coordinado del Sector, ha limitado las posibilidades de una distribución más racional y eficiente de funciones.

A pesar de que los hospitales y la medicina curativa pesan institucionalmente y constituyen una limitante para el desarrollo de la salud preventiva, el MSPAS ha tenido un buen desempeño durante los últimos años en varios programas de prevención; por ejemplo: el control de la malaria o las vacunaciones. Si bien hay varias instituciones que realizan vacunaciones, la mayor cobertura está dada por el MSPAS.

De acuerdo a los datos que aparecen en la *Evaluación de actividades realizadas por el Gobierno de la República en el ramo de Salud Pública y Asistencia Social, Enero/Diciembre 1992*, las coberturas de vacunación en niños menores de 1 año, fueron para la BCG 57,7%, Sabin (3 dosis) 58,4% y DPT (3 dosis) 57,8%. La antisarampionosa alcanzó el 73,8% en el grupo de 1 a 4 años de edad.

Actividades de los promotores

El Ministerio estima en 1.899.892 personas, la población atendida por sus promotores en 1993. Durante 1992, los promotores del MSPAS realizaron las siguientes actividades educativas:

Cuadro No. 9

ACTIVIDADES REALIZADAS POR PROMOTORES DE SALUD, 1992

Campo de atención		Actividades	Número de actividades
Medio Ambiente		Letrina	112.622
		Agua	102.001
		Basura	98.648
		Higiene	94.679
		Total de actividades	407.950
Personas	Salud infantil	Crecimiento y desarrollo	92.212
		Vacunaciones	86.326
		I.R.A.	66.188
		Diarreas	62.762
		Total de actividades	307.488
	Salud materna	Planificación familiar	66.344
		Embarazadas	33.006
		Posnatal	18.918
		Total de actividades	118.268

Fuente: *Informe Anual de Salud Comunitaria*, MSPAS, 1993.

3 Proceso de modernización

La administración actual del MSPAS ha incorporado elementos de modernización institucional, en busca de una mayor eficiencia de la gestión. A pesar del esfuerzo, no se ha logrado cambios profundos en el funcionamiento de la organización debido a dos factores determinantes:

- a) Debido a la inercia institucional que hace muy difícil y lento todo proceso de cambio institucional. Dentro del concepto de inercia se estaría incluyendo la cultura de la organización y el peso que tiene su estructura, sus responsabilidades legales y políticas, su historia y sus funcionarios. Todos estos elementos empujan a la institución en una dirección no fácil de cambiar.
- b) Debido a la falta de una definición clara de cuales son los problemas que se quieren resolver. Si hay un consenso de la necesidad de cambio, pero no lo hay sobre cuales son los cambios prioritarios y cómo se deben realizar. Para este segundo factor es necesario considerar algunos puntos relevantes que indudablemente influirán sobre los resultados:
 - ¿Quiénes deben participar en este proceso? ¿Cuáles son los actores que pueden hacer viable este proceso de modernización institucional? Estos pueden ser de MSPAS, de otra dependencia del Estado o en el sector sanitario, etc. Lo importante es definir claramente quiénes son, que tienen y cómo pueden contribuir para lograr la viabilidad del cambio.
 - ¿Quiénes son los beneficiarios de la acción del MSPAS? ¿Dónde viven? ¿Qué necesitan? Estas y otras son preguntas que se deben responder con la mayor precisión. Actualmente todos los salvadoreños tienen posibilidad de ser asistidos en un servicio del Ministerio. Es más fácil, si se vive en el Area Metropolitana de San Salvador o si se tiene medio de transporte, pero las mayores necesidades no están allí. Las personas que más necesitan atención de salud están en las áreas en donde conseguir la atención es más difícil. Definir a donde dirigir el potencial de la institución, permite mayor eficiencia y eficacia.
 - ¿Qué modelo de gestión es el más conveniente para lograr la eficiencia? Actualmente se esta desconcentrando el MSPAS y parece existir un consenso dentro de la institución que la descentralización técnico-administrativa es el mejor modelo para su gestión. Pero ¿Existen realmente acuerdos en relación a este tema? ¿Habrá otro modelo más pertinente para el Sector Salud en El Salvador? ¿Es un modelo forzado desde afuera? etc.
 - ¿Hay acuerdos con relación al modelo de atención sanitaria? Se enuncia la Atención Primaria de Salud (APS) como la estrategia más conveniente... pero ¿Realmente se podrá fortalecerla con el peso económico que significan los hospitales para el MSPAS? y si se decide por la APS ¿Cómo se podrá financiar?
 - ¿Qué otras funciones debe realizar el Ministerio como órgano rector de la salud pública? Sus funciones de vigilancia sanitaria y de normar y planificar la política de salud que se está implementando ¿Es realmente para todo el Sector? y si no lo es ¿Debería serlo?

Estas sólo son algunas de las preguntas que deben aclararse para definir los cambios que necesita la institución para lograr mayor eficiencia y equidad institucional. Actualmente el MSPAS ha logrado un nivel de madurez institucional que le permite abocarse a definirlos con mayor decisión. Sin embargo, deberá desarrollarse una estrategia integral que incluya todos los componentes de los diferentes factores mencionados, de manera que

se consolide una reforma institucional que sustente, a su vez, una verdadera reforma del Sector Salud de El Salvador.

4 Cooperación externa

Probablemente uno de los puntos más débiles que actualmente tiene el MSPAS es su alto grado de dependencia del financiamiento externo. Aproximadamente el 20% del gasto del Ministerio depende de agencias internacionales. Estos son recursos sobre los cuales el MSPAS tiene muy poco control y un alto grado de dependencia, ya que están financiando gastos operativos de vital importancia (medicamentos, por ejemplo).

Otro componente sobre el que incide la ayuda externa es la posibilidad de una adecuada evaluación de la potencialidad del Ministerio. La cooperación internacional ha sido y sigue siendo de vital importancia para El Salvador debido a los distintos problemas que ha tenido y algunos que continúan existiendo, como el cólera o los niveles de pobreza. Sin embargo, esta ayuda es una situación que puede obstaculizar la visión real del problema. Una estrategia de ir asumiendo los gastos se está implementando. Es conveniente mejorar la coordinación y gerenciamiento integral de esos recursos, para lograr un desprendimiento gradual que sea lo menos traumático posible.

Síntesis evaluativa

- 1) El MSPAS es una institución excesivamente cargada de funciones, lo cual le obliga a un crecimiento que le resta flexibilidad.
- 2) A pesar de su política de descentralización, aún persiste una excesiva centralización administrativa.
- 3) Hay un dominio de la ideología médica en la gestión institucional.
- 4) Existe una alta dependencia del financiamiento externo.

V OTRAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

1 Instituto Salvadoreño del Seguro Social

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es la institución gubernamental que fue creada para dar protección social a los trabajadores salvadoreños. Inicialmente solo cubrió a las personas que laboraban en la empresa privada y la industria. En el presente tiene diversos tipos de cobertura para los empleados privados, públicos, los retirados y los familiares de los cotizantes.

1.1 Marco legal

Con las reformas de 1945, se introdujo en la Constitución Política de El Salvador, el Artículo 47 que daba el mandato de establecer "... una ley de seguro social obligatorio, con el concurso del Estado, de los patronos y de los trabajadores." En el mes de diciembre de 1953 el Poder Legislativo derogó la Ley de Seguridad Social de 1949 y decretó una nueva ley, que entró en vigencia a partir de enero del siguiente año. En abril de ese año (1954) el Poder Ejecutivo aprobó el Reglamento para la Aplicación del Régimen del Seguro Social, el cual se hizo efectivo a partir de mayo para los trabajadores del Área Metropolitana de San Salvador.

No fue sino hasta el año 1973, que el ISSS logró cubrir todo el territorio nacional como resultado de una serie de reformas al Capítulo III de dicha Ley.

Desde entonces hasta la fecha, el Instituto ha ido extendiendo su cobertura, incorporando otros grupos de cotizantes, como los trabajadores del Sector Público en 1979. A pesar de estos aumentos en la cobertura del ISSS, ésta sigue siendo una de las más bajas de la Región.

La crisis económica mundial de la década de los 80 y el conflicto armado de El Salvador significaron un estancamiento económico que se tradujo en un elevado índice de desempleo para el país, lo cual produjo una reducción en el nivel de cobertura de alrededor del 15% de la población económicamente activa (PEA), en 1979. A partir de 1989, en parte debido al programa de recuperación económica, se consiguió aumentar nuevamente la cobertura hasta alcanzar el 20% de la PEA.

Según estimaciones, el ISSS cubre alrededor del 12,6% de la población total de El Salvador.

1.2 Organización y estructura

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es una entidad autónoma, que tiene como autoridad superior a un Consejo Directivo integrado por:

- El Ministro de Trabajo y Previsión Social o en su defecto, el Viceministro. El Ministro de Trabajo es Presidente nato del Consejo Directivo.
- Cuatro representantes gubernamentales, uno por cada uno de los siguientes Ministerios: Hacienda, Trabajo y Previsión Social, Economía, Salud Pública y Asistencia Social.
- Dos representantes de los trabajadores, elegidos por los sindicatos de trabajadores legalmente constituidos.
- Dos representantes patronales, elegidos por organizaciones patronales inscritas en el Ministerio de Trabajo.
- Un representante del Colegio Médico de El Salvador.
- Un representante de la Sociedad Dental de El Salvador.
- El Director General del Instituto o en su defecto, el Subdirector, con derecho a voz pero no a voto.

Por ley, el Consejo está presidido por el Ministro de Trabajo y Previsión Social, tiene dos Vice-Presidentes elegidos anualmente de entre los demás miembros. La Secretaría del Consejo está a cargo del Director General, quien además asume la administración ejecutiva de la Institución, secundado por un Subdirector.

1.3 Rol y política de la Institución

El ISSS a fin de cumplir con su función de preservar la seguridad social del trabajador salvadoreño, desarrolla varios regímenes de servicios:

- a) *El Régimen para Riesgos Diferidos* (vejez, invalidez y muerte). Cubre sólo a los empleados de la empresa privada y a los microempresarios que voluntariamente se acogen a él. Proporciona pensiones para los beneficiarios que llegan a la edad del retiro o que se les incapacita definitivamente para el trabajo. Así mismo entrega ayudas para el sepelio de sus derechohabientes.
- b) *El Régimen para Riesgos Inmediatos o Régimen de Salud* (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales). El Régimen de Salud se divide a su vez en dos categorías:
 - (1) *El Régimen General* que otorga prestaciones médicas, económicas (Subsidios por incapacidad temporal) y en especie (Canastilla materna, aparatos de prótesis y ortopedia, etc.).
 - (2) *El Régimen Especial o Régimen de Salud* para los empleados públicos que cubre las mismas prestaciones médicas, pero no incluye las prestaciones económicas ni la canastilla materna.

Los empleados retirados por el ISSS o por el Instituto Nacional de Pensiones para los Empleados Públicos (INPEP) continúan cotizando en el Régimen de Salud del ISSS, a fin de mantener las prestaciones de dicho régimen.

Como muchos institutos de seguridad social en Latinoamérica, el ISSS se encuentra actualmente en el proceso de promover reformas que le permitan adecuarse a las necesidades de universalidad, solidaridad y equidad que rigen la política actual del GOES. Para este efecto, los directivos del ISSS han designado a un grupo de profesionales la tarea de definir una política institucional de salud que esté más acorde con esta realidad actual del país. Por otro lado, el Ministerio de Planificación (MIPLAN) ha estado desarrollando las políticas de la seguridad social, sin una adecuada coordinación con el ISSS.

1.4 Cobertura

La baja cobertura del ISSS le impide tener un rol más protagónico en el campo de la salud y de esta forma poder complementar las acciones del MSPAS.

La cobertura del ISSS en relación a población general es del 12,5% con aproximadamente 580.613 personas cubiertas. Esta cifra coincide con los datos de la encuesta REACH/USAID, ya citada antes, que registra en un 12,7% la cobertura del ISSS para la atención ambulatoria y 12,6% para la hospitalaria.

Por otro lado la Encuesta FESAL-93, estima en 9,2% la cobertura del ISSS en atención del parto y el propio ISSS señala cifras de 10,9% en cobertura de partos.

El Régimen de Salud cubre a los asegurados; sus esposas o compañeras de vida; a viudas o viudos pensionados; las compañeras de vida de los pensionados así como a los hijos de asegurados o pensionados

menores de 3 años. Dentro de una política de extensión de cobertura se aprobó la incorporación gradual de los hijos de asegurados, según el siguiente cronograma: a partir de enero de 1994, niños menores de 4 años; desde enero de 1995, niños menores de 5 años y desde enero de 1996 a los menores de 6 años.

1.5 Modelo de atención

El modelo de atención de salud del ISSS es eminentemente curativo. Sus servicios son entregados por profesionales universitarios (médicos, odontólogos, etc.), y en base a la demanda de sus derechohabientes. Los índices de atención médica se presentan en el Cuadro No. 10.

Cuadro No. 10

PROMEDIO ANUAL DE CONSULTA POR ASEGURADO,
SEGUN TIPO DE CONSULTA 1987-1992

Tipo de Consulta	1987	1989	1991	1992
Medicina general	1.71	1.92	2.04	1.96
Medicina especializada	0.83	1.11	1.63	1.54
Urgencias	0.52	0.49	0.59	0.69
Total	3.06	3.52	4.26	4.19

Fuente: *Catálogo Mínimo de Indicadores del ISSS*.

Los costos unitarios son más altos en el ISSS que en el MSPAS. Esto está relacionado al tipo de atención y al tipo de instalaciones de cada una de las instituciones, los costos llegan a ser 4 veces mayores en algunos casos¹³.

Los servicios médicos del ISSS se dan a sus derechohabientes por libre demanda y no existe ninguna restricción para el uso de los servicios ni sistema de control para evitar los abusos.

1.5.1 Utilización de la atención especializada

Los índices de consulta por asegurado (Cuadro No. 10) demuestran que en la práctica hay un excesivo uso de los servicios de parte del usuario y, aunque se vislumbra una tendencia a disminuir, se debe hacer una mejor vigilancia de ésta tendencia antes de formular una conclusión al respecto.

El documento *Información para Directivos* del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), define que el índice recomendado de consulta especializada por persona/por año debe ser de 0.74, el cual debe representar

¹³ Fiedler Jack, *Financiamiento del Sector Salud*, ANSAL, 1994.

entre el 12 y el 16% del total de consultas. El índice salvadoreño del 1,63 es 120% mayor que el recomendado por el IMSS. En relación al total de consultas realizadas, las de especialidades aumentaron del 27% del total en 1987 a 38% 1991.

Durante el año 1992, las consultas de especialidades representaron el 37% del total y, en cifras provisionales correspondientes al primer semestre de 1993, la proporción entre las consultas fue para medicina general 47%; medicina especializada 36% y urgencias 17%. Si estos niveles se mantuvieran durante el segundo semestre de 1993, podría significar una tendencia a la nivelación en un rango inferior, de la proporción de consultas especializadas. Aun así, ese rango estaría muy por encima de lo óptimo para este tipo de institución.

1.5.2 Privatización de la consulta externa

Es importante analizar el sistema de consulta de especialidades realizada en consultorios privados implementado por el ISSS. El proyecto *Consulta Externa Privatizada*, aprobado en junio de 1990, cubría sólo la primera consulta. En 1991, se extendió a la segunda consulta. Para las consultas subsiguientes deben realizarse en los consultorios de la institución.

El sistema se creó debido a las presiones de los usuarios, quienes debían esperar muchos tiempo para recibir la atención (entre 25 y 55 días hábiles para la primera consulta y más para las subsiguientes) y no por una política privatizadora de la institución. Se habilita al asegurado o derechohabiente a la consulta privatizada cuando la atención en la institución implica una demora de más de 5 días.

El porcentaje de consultas especializadas privatizadas con respecto al total de consultas de especialidades y al total de consultas realizadas en el ISSS, se presenta en el Cuadro No. 11.

Cuadro No. 11

CONSULTAS MEDICAS DE ESPECIALIDADES Y
PRIVATIZADAS TOTALES, 1991-1993

Tipo de consulta	1991	1992	1993*
Total de consultas	2.282.348	2.433.626	1.330.282
Especialidades: total	873.625	895.398	475.085
Especialidades: privatizadas	44.507	92.325	48.217
Porcentaje: privatiz/total esp	5,1%	10,3%	10,1%
Porcentaje: privatiz/total cons	1,9%	3,8%	3,6%

* Datos del semestre enero-junio de 1993.

Fuente: Proyecto ANSAI-94.

La Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES) el estudio sobre el proyecto de *Privatización de la Consulta Externa de Especialidades del ISSS*, con un interesante análisis social y administrativo del mismo.

Según el estudio, hay una sobredemanda de la consulta especializada. Las especialidades de mayor demanda fueron oftalmología, cardiología y, medicina física y rehabilitación. El 87% de la consulta especializada se realiza en el AMSS coincidiendo con la concentración del 70% de los asegurados en esa área.

La investigación de aspectos cualitativos de la consulta privatizada se hizo por medio de entrevistas y de encuestas a usuarios, personal paramédico y patronos. Uno de los resultados más resaltantes fue el de la calidad percibida por el usuario: el 50% la calificó de "muy buena" la atención privatizada y sólo el 24% le dio esta misma calificación a la de consultorio externo del ISSS. Estas cifras son llamativas teniendo en cuenta que se trata de los mismos médicos.

Hay varios factores que influyen en el tipo de aceptación que el usuario tiene de ésta modalidad de consulta:

- Tiempo para obtener la cita.* En el ISSS el promedio de espera para obtener una cita fue de 40 días, mientras que en la consulta privatizada fue de 4. El 55% de los encuestados solo necesitaron 1 día para obtener la cita.
- Tiempo en la sala de espera.* Más de una hora para el 67% de los pacientes en el ISSS y para el 40% en la consulta privatizada. Si bien en la consulta privatizada se espera menos tiene la desventaja que el paciente no sale del lugar de consulta con sus medicinas y debe ir a gestionarlas en el ISSS, lo que implica un mayor gasto de tiempo.
- Duración de la consulta.* Diez minutos o menos para el 65% de los pacientes del ISSS y más de 10 minutos para el 73% de los de consulta privatizada (alrededor de 20 minutos). Este es uno de los puntos que más influyen en la percepción de calidad de la consulta.

Siendo los mismo médicos para ambos tipos de consulta, la sobrecarga de trabajo podría ser una de las causas de ésta situación. La información de que sólo el 41% del tiempo contratado por el especialista es utilizado para la consulta externa¹⁴ y, que el resto (59%), es utilizado para otras actividades (cirugía, visita hospitalaria, docencia, etc.) debe ser profundamente evaluada por las autoridades médicas del ISSS, más aún, si se considera que se está utilizando sólo el 53% de la capacidad instalada para consulta externa.

Se debe hacer un seguimiento al proceso de contratación de terceros para atención especializada, pero privatizándolo en el completo sentido de la palabra a través de concurso abierto de médicos, sin más exclusiones que las de razones éticas, económicas o de capacidad científica.

La evaluación a mediano plazo de éste proyecto podrá servir para tomar decisiones dentro de la filosofía de la privatización, como experiencia nacional. Esta evaluación debe incluir también el componente financiero. El estudio de costos del informe de FUSADES carga los gastos administrativos solo sobre la consulta institucional como si la privatizada no implicara un componente administrativo de gestión, administración y control por parte del ISSS. Por otro lado, la consulta institucional se encarece por el bajo porcentaje de hora/médico contratada que se utiliza para ésta actividad. Consideramos por ello que éste aspecto merece un análisis más profundo, pero teniendo también, como un valor a ser considerado prioritariamente la calidad percibida por el usuario y su satisfacción.

1.5.3 Productividad

Se hizo una simple evaluación de la productividad de los médicos en base a los datos oficiales del ISSS¹⁵.

Cuadro No. 12

CONSULTAS REALIZADAS POR REGION, 1992

Región	Horas/Médico laborable	Consultas* según norma (A)	Consultas** realizadas (B)	% Var. (B/A)
Metropolitana	155.278	621.112	547.410	-12,0
Central	8.657	34.628	47.910	+38,0
Oriental	21.939	87.756	75.531	-14,0
Occidental	29.469	117.876	132.102	+12,0
Total	215.343	861.372	802.983	-7,0

* Número de consultas si se cumpliera la norma de 4 consultas por hora/médico.

** Consultas realizadas en los consultorios del ISSS.

Fuente: Proyecto ANSAI-94

¹⁴ Consulta de Especialidades Privada, Informe ISSS, FUSADES, 1992.

¹⁵ ISSS, Estadísticas de salud, 1992.

En la columna (A) se calcularon las consultas a realizarse si se cumpliera la norma mínima de 4 consultas por hora médica laborada y en la (B) se han colocado las consultas realizadas. Se debe aclarar que en los informes del ISSS aparece el total de consultas (las realizadas en los consultorios del ISSS y en los consultorios privados). Para elaborar el Cuadro No. 12, se sustrajo los datos de las consultas privadas, por lo que únicamente aparecen únicamente las realizadas en los consultorios institucionales. En la última columna de la derecha (B/A) se expresa en porcentajes la relación entre lo que debería ser y lo que se realizó.

Aparentemente un porcentaje tan bajo como 7% no debería ser motivo de análisis; sin embargo es muy importante ya que si se evalúa en términos de consulta externa privatizada se tiene lo siguiente:

Cuadro No. 13

COSTO DEL INCUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE CONSULTA, 1992

Lugar	Consultas no realizadas	Consultas no privatizadas	No realizadas x costo
Todo el país	58.389	92.325	58.389 x €40 = €2.335.560 (US\$270.006)
Area Metropolitana	73.702	86.650	73.702 x €40 = €2.948.080 (US\$340.818)

Fuente: Proyecto ANSAI-94.

Esto quiere decir que si se cumpliera la norma de 4 pacientes por hora/médico en el Area Metropolitana, se ahorraría el pago de 73.702 consultas que debieron hacerse en el Sector Privado, al no ser atendidas en las instalaciones del ISSS. Si las normas se cumplieran en todo el país la diferencia sería menor porque en las áreas Central y Occidental los médicos atienden por encima de las normas. No hubo oportunidad de estudiar en terreno el motivo de estas diferencias, pero deben ser analizadas a profundidad por los directivos del Instituto. Es necesario recordar que el 93% de las consultas privatizadas se realizan en el Area Metropolitana, donde se tiene el mayor número de consultas institucionales no realizadas.

Cuando el análisis del costo del incumplimiento de normas se profundiza, se puede diferenciar claramente los diferentes niveles de eficiencia por servicio. Hemos tomado la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación para el análisis teniendo en cuenta que es una de las tres especialidades que tienden más la privatización (9,4% de las consultas privatizadas en 1991). El ISSS tuvo 4.691 horas/médico disponibles para dicha especialidad, en la que se atendieron 9.061 consultas. De haberse cumplido la norma (4 consultas/hora), se habría dado 18.764 consultas. Es decir, se dio 9.703 consultas menos (-52%) de las que se pudo dar institucionalmente. El costo de esa falta de cumplimiento de la norma sería de €388.120 (US\$44.869). Tal vez parezca poco dinero, pero se debe evaluar al mismo tiempo el significado ético de la situación. Si la esencia de la "privatización" es atender en consultorio privado consultas que no se atendieron institucionalmente por incumplimiento de normas (ineficiencia), se está distorsionado el concepto de privatización al "premiar" la ineficiencia (dado que la consulta privada se da sólo a los médicos del Instituto). Por otro lado no hay estímulo para los

eficientes, como los médicos de otras regiones que atienden por encima de las normas y, por lo tanto, no reciben consultas privadas en sus consultorios.

Este tipo de proyecto no implica una verdadera privatización desde el momento que no cumple con los requisitos de libre mercado y libre competencia, ya que ni los usuarios pueden elegir al médico de consulta, ni el régimen es accesible a todos los médicos, pues sólo se contrata a los de la institución con la explicación de que ya conocen los procedimientos administrativos del ISSS. Curiosamente este argumento no es válido para la contratación de pediatras que brindan consulta externa privatizada para el ISSS dentro de otro proyecto diferente, ya que para la atención pediátrica (que también está privatizada) se incluye a médicos pediatras sin importar si pertenecen o no al ISSS.

La privatización de la consulta de pediatría obedeció a la falta de una infraestructura adecuada para la atención infantil que se detectó en cuanto se inició la ampliación de la cobertura de salud a los hijos de asegurados. Al inicio se procedió a la contratación por hora de los pediatras; luego pero al detectarse casos de bajo rendimiento se procedió a reestructurar la forma de contratación pagándose por acto médico.

1.6 Sustentabilidad

El modelo de atención del ISSS no ofrece restricciones de ningún tipo a sus asegurados. En consecuencia, permite abusos que encarecen el servicio y constituyen de por sí una inequidad al restarle recursos a otras personas necesitadas de atención. La falta de normatización en los tratamientos, el excesivo listado de medicamentos y la ausencia de regulación de la atención médica, pueden poner en peligro la sustentabilidad del Instituto.

Esta situación ya ha sido detectada por sus autoridades y se están haciendo esfuerzos por normar la atención médica y controlar su calidad por medio de auditorías y evaluaciones de rendimiento. La inscripción fija del usuario al servicio de su área, con la implementación de un buen sistema de referencia y contrarreferencia, así como un control del uso de los servicios, logrará un uso más racional de los recursos.

1.7 Medicina preventiva

El ISSS ha comenzado a implementar actividades de medicina preventiva llevando a cabo un programa de educación sanitaria dirigido a usuarios de los servicios y a obreros en plantas fabriles, focalizado sus acciones en algunas áreas prioritarias como prevención de accidentes de trabajo. Esto resulta importante teniendo en cuenta la gran cantidad de accidentes que se registran en el ambiente laboral. En 1991, los accidentes de trabajo fueron de 11.947 y en 1992, 14.235 (19%).

En un documento oficial del ISSS se informa como uno de los logros alcanzados en el período 1989-1993, el fortalecimiento y desarrollo del Programa de Educación para la Salud, en el cual educadores de salud realizan acciones de capacitación y orientación a trabajadores por medio de charlas educativas. Estas acciones han ido en aumento conforme a las estadísticas siguientes: en 1990, 4.580 visitas educativas; en 1991, 6.060 y en 1992, 15.056.

Es importante la realización de este tipo de actividades, por cuanto logran una mayor cobertura con la utilización de promotores voluntarios de salud ocupacional en sindicatos y asociaciones de empleados, extendiendo también las actividades educativas a grupos de familiares (promoción de salud materno-infantil, nutrición, etc.).

Se debe destacar que el ISSS desarrolla también un programa de vacunaciones conforme a las normas del MSPAS. Su cobertura es de 16.262 BCG aplicadas en recién nacidos y de 17.252 partos atendidos (94%). Igualmente se observa una importante cantidad de niños protegidos con las otras vacunas lo que constituye un hecho sumamente positivo que se debe destacar.

Conclusiones

El ISSS debe aumentar significativamente su cobertura poblacional así como su eficiencia, buscando un modelo de atención más adecuado, normado, con énfasis en la prevención y la atención básica. La privatización debe ser abierta para todos los profesionales.

Se debe crear un sistema de monitoreo que permita la evaluación constante del uso que se le da a los servicios y la productividad del personal.

2 Bienestar Magisterial¹⁶

El 22 de febrero de 1968, por Decreto número 588, la Asamblea Legislativa de la República de El Salvador creó la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio para casos de enfermedad y maternidad, en favor de los maestros que trabajan para el Estado. Estos servicios se financiaron con un aporte de los maestros del 2% de su sueldo; el Estado, por su parte cubre la diferencia necesaria para la total prestación de servicios. Los requisitos para ser beneficiario eran y continúan siendo, tener como mínimo 4 horas diarias de clase y no estar incluido en el Seguro Social

Por decreto número 257 del 21 de abril de 1977, se incluyó en los beneficios de la Ley a los maestros jubilados, siempre que así lo soliciten y aporten el 2% de su pensión mensual. Luego de varios otros decretos, se fijó las retenciones mensuales en ₡8.85 por maestro, independientemente del sueldo que perciba, el maestro aporta un monto fijo.

Los beneficiarios de las prestaciones son los maestros, sus cónyuges y sus hijos hasta los 21 años. Esta Ley está implementada por una dependencia del Ministerio de Educación, llamada Bienestar Magisterial y actualmente realiza prestaciones en tres campos en las áreas de servicios médico-hospitalarios, subvenciones y recreación.

Para los servicios médico-hospitalarios se contrata atención de médicos y de hospitales privados, cuyos contratos se negocian periódicamente con aranceles especiales. La lista de los servicios contratados es difundida entre los maestros, para que éstos puedan consultar al médico de su preferencia, siempre que estén incluidos en la lista. Los medicamentos se entregan en la farmacia de Bienestar Magisterial o en las farmacias privadas contratadas por la Institución.

La consulta es libre para todos los beneficiarios. No existe ninguna regulación ni control y los medicamentos se dan con generosidad a pesar de que teóricamente están limitados a dos recetas por médico. Las vacunaciones se realizan en servicios privados, así como todos los métodos auxiliares de diagnóstico (laboratorio, radiología, etc.) sin ningún tipo de limitación.

¹⁶ En la administración del sistema de Bienestar Magisterial (BM), trabajan 167 personas funcionarios del Ministerio de Educación: 15 directivos, 73 profesionales o técnicos (incluye 3 médicos), 55 administrativos y 24 de servicios. El nivel superior de la Institución está formado por la Dirección Nacional de Bienestar Magisterial.

El marco legal permite la contratación de servicios con hospitales del Estado, pero no lo hacen, pues consideran que sus usuarios no desearán utilizar éste tipo de servicios. Ante un sistema tan abierto, es importante una profunda evaluación financiera. Posiblemente el aporte estatal sea muy importante y este sea el motivo por el cual se atrasan los pagos frecuentemente. Esto ha llevado a la necesidad de realizar un estudio actuarial de la Institución que, de seguro, aportará valiosa información para la toma de decisiones en el futuro.

Cuadro No. 14

BENEFICIARIOS DE BIENESTAR MAGISTERIAL, 1993

Maestros activos	26.000
Maestros jubilados	4.878
Maestros subsidiados	29
Grupo familiar	108.284
Total	139.191

Fuente: *Bienestar Magisterial*,
Ministerio de Educación.

Las cifras del cuadro anterior, indican una cobertura de un 2,76% de la población, en un sistema de salud con un modelo de atención médico-hospitalaria de carácter eminentemente curativo, sin regulación y totalmente privatizado.

Cuadro No. 15

CONSULTAS TOTALES, SEGUN TIPO 1992

Tipo de consulta	Beneficiarios	Porcentaje
General	29.000	72,0
Especializada	98.000	25,0
Emergencia	13.200	3,0
Total de consulta médica	401.200	100,0

Fuente: *Bienestar Magisterial*, Ministerio de Educación

Si se establece los índices y se los compara con los del ISSS, se tiene:

Cuadro No. 16

INDICES DE CONSULTAS TOTALES, POR TIPO EN BIENESTAR MAGISTERIAL E ISSS, 1992

Tipo de consulta	BM	ISSS
General	2,07	1,96
Especializada	0,70	1,54
Emergencia	0,09	0,69
Total de consulta médica	2,86	4,19

Fuente: Proyecto ANSAI-94

Notablemente, el índice de consulta especializada para Bienestar Magisterial es el ideal conforme a las normas establecidas para este tipo de entidades (0,74). Su índice de consulta médica total es inferior al del ISSS en un 32% y el de consultas especializadas en un 55%.

En promedio, el ISSS dio 2,93 medicamentos por acto médico (consulta + egreso), mientras que Bienestar Magisterial entregó 1,91. En Bienestar Magisterial las hospitalizaciones fueron de un 5,14% con respecto al total de beneficiarios y en el ISSS de 11,29%. No se puede explicar esta diferencia en cuanto a hospitalizaciones. Este sistema a pesar de ser enteramente privatizado en su atención, no tiene la sobreutilización que tiene el ISSS. Es posible que la cuota que aporta el asegurado sea determinante para el tipo de uso que hace de la institución a la cual cotiza.

Debido a la inexistencia de un sistema estadístico de servicios prestados y morbilidad, no se ha podido recabar datos al respecto. Los directivos están conscientes de la necesidad de montar un sistema de información en salud y esperan poder hacerlo a corto plazo.

Siendo éste el único sistema de salud totalmente privatizado del país, es importante realizar una profunda evaluación, tanto de su costo, de su eficiencia como del nivel de satisfacción del usuario.

3 Administración Nacional de Telecomunicaciones

El servicio de salud de la Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), nació para dar prestaciones de salud a los empleados de esa empresa estatal y fue creciendo hasta llegar a la situación actual. Además del hospital situado en la Capital (con 82 camas), tienen 7 clínicas médicas de atención ambulatoria situadas en San Miguel, Usulután, Santa Ana y Chalatenango y, tres clínicas en el Área Metropolitana. El sistema beneficia a los empleados activos de la Institución, sus esposas e hijos (hasta los 18 años), sus padres y a los empleados jubilados.

Su financiamiento es principalmente estatal. La ley que reglamenta el servicio, estipula que el aporte del funcionario debe ser el 3% de su sueldo, al mismo tiempo limita dicho aporte a una contribución de ₡20 mensuales. Este tipo de financiamiento tiene un alto contenido de inequidad ya que aquel que más gana aporta en menor proporción que el que gana menos. Se estima que la empresa financia el 97% del presupuesto que fue de 37.5 millones de colones para 1993.

El número actual de funcionarios de ANTEL es de 6.540¹⁷ y se estima el número de beneficiarios en 47.000 personas. Se presta una amplia gama de servicios médicos: medicina general, especialidades y emergencias (tanto ambulatoria como hospitalaria), cirugía, maternidad, radiología, laboratorio, odontología, etc. Tienen servicios de cuidados intensivos y diálisis, demostrando un elevado nivel de complejidad en la atención curativa y al mismo tiempo realizan actividades de medicina preventiva como vacunaciones (siguiendo las normas del MSPAS), educación sanitaria, programa materno-infantil y medicina del trabajo.

Cuadro No. 17

CONSULTAS, SEGUN EL LUGAR DE ATENCION 1992

Tipo y lugar de consulta	Número
A. En Hospital	
Medicina general	29.189
Especialidades	79.582
Urgencias	30.894
Total en hospital	139.665
B. En clínicas periféricas	72.211
Total de consultas (A+B)	211.976

Fuente: Informe Mensual del Hospital de ANTEL, 1992.

Hay un informe mensual estadístico de servicios prestados pero no de morbilidad del cual se tomó los datos que aparecen en el Cuadro No. 17. Se estima que el índice de consulta anual por beneficiario es de casi 4,5, superior al del ISSS (4,19). No se puede asegurar esa cifra, pues no se obtuvo la cantidad exacta de usuarios.

La proporción de las consultas de especialidades con respecto al total general es de 37,5%, un poco más alta que en el ISSS (36%) y la de consultas de urgencias es de 14,6%, por debajo del ISSS (17%).

¹⁷ El sistema de salud de ANTEL tiene 406 empleados, de los cuales 374 prestan servicio en el Hospital y el resto en las clínicas periféricas. De éstos empleados, 98 son médicos y 111 son enfermeras o auxiliares de enfermería. Hay otros profesionales y técnicos como odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, laboratoristas, etc.

En el hospital se realizaron 3.170 egresos, con un porcentaje de ocupación de camas de 44,3% y un promedio de estancia de 5 días. Se atendió a un total de 263 partos en el año, con un 18% de cesáreas. Gracias a un convenio, los casos que requieren una atención especializada, que el hospital no puede brindar, son atendidos al ISSS.

4 Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa

El sistema de salud de la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL), beneficia a sus empleados, sus esposas, hijos y jubilados, totalizando 14.486 beneficiarios en 1992.

Los niños reciben atención integral hasta los 5 años, luego de esa edad sólo servicios de consulta y laboratorio. En caso de ser discapacitados, reciben atención integral toda su vida.

El sistema presta atención de consulta médica en quince clínicas situadas en puntos de conveniencia para los usuarios. Las clínicas están a cargo de 45 médicos que proporcionan atención general, 23 enfermeras y auxiliares de enfermería. La atención de especialidades médicas, psicológica, odontológica, hospitalaria y de medios auxiliares de diagnóstico (laboratorios, radiología, etc.) se realiza en el Sector Privado a través de contrato con terceros. También se incluyen en los contratos servicios del MSPAS ubicados en Ahuachapán, San Vicente y Sonsonate. Igual al Hospital de la Sanidad Militar de San Miguel.

Para la atención médica especializada tienen más de 500 médicos bajo contrato. Cubren a sus beneficiarios con atención de alta complejidad como cirugía cardíaca, trasplante renal o medular, etc. Se realizan vacunaciones incluyendo las del PAI, vacunas contra las paperas, la rubeola y la meningitis. Se rigen por las normas de la Sociedad Americana de Pediatría para la aplicación de las vacunas. Realizan charlas educativas a obreros en las Centrales y desarrollan un Programa de Higiene y Seguridad Ocupacional. Están implementando un sistema de estadísticas médicas por medio de un censo diario, pero aún no cuentan con información sistematizada.

Los medicamentos se entregan en los dispensarios de las clínicas que cuentan con un cuadro básico que cubre el 85% de las recetas y el resto se tramita en farmacias privadas. Debido a ciertos abusos detectados se llegó a limitar las recetas a 3 por médico y se llevaron a cabo algunas auditorías.

El sistema se financia con un aporte del funcionario del 1% de su sueldo y el resto lo cubre la empresa.

5 Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados

Los servicios médicos que presta la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), se efectúa en seis clínicas ubicadas en (2) en San Salvador, (2) en Santa Ana y (2) en San Miguel. Los servicios que prestan son de medicina general y de pediatría (se atiende niños de los empleados menores de 11 años), donde también se realizan atenciones básicas de enfermería, curaciones, nebulizaciones, etc.

En las clínicas hay dispensarios de medicamentos básicos, cuyo presupuesto es el más alto del programa de salud de ésta institución. Durante 1992, se realizaron 9.524 consultas de adultos y 6.103 de niños, gastándose en medicamentos c269.559. Hasta octubre de 1993 se tenían gastados c306.744 para un total de 13.071 consultas, cuyo gasto promedio fue de c24 en medicamentos por consulta.

Los trabajadores son asegurados del ISSS, por lo que acuden cuando necesitan atención especializada e internación. Las esposas son atendidas en el ISSS ya que no tienen derecho a atención dentro del sistema de

A.N.D.A. La atención odontológica se realiza por contrato en consulta privada, cuyo costo es asumido en un 70% por la empresa y en un 30% por el empleado.

Se desarrolla un programa de Higiene y Seguridad del Trabajo (con las normas del Ministerio de Trabajo, del ISSS y propias) y también de educación sanitaria con énfasis en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo, drogas, etc. Anualmente se somete al empleado a una radiografía de tórax y a una prueba serológica de V.D.R.L. (para detectar sífilis).

6 Sector Privado

Para el éste informe el Sector Privado se considera formado por dos tipos de instituciones:

- a) Las organizaciones privadas con fines de lucro, entre las cuales se incluye consultorios, clínicas y hospitales privados que ofrecen servicios para obtener beneficios económicos y,
- b) Las organizaciones no gubernamentales (ONGs) algunas de las cuales ofrecen servicios de salud gratuitos o a precios subsidiados, a fin de favorecer a las personas de escasos recursos.

6.1 Subsector privado con fines de lucro

En el Cuadro No. 18 se presenta la información sobre el universo de instituciones privadas, según el estudio Estado Actual de la capacidad instalada de servicios y facilidades en salud, elaborado por la empresa IPM (Investigación de Población y Mercado" sobre el Sector Privado¹⁸ en el Area Metropolitana de San Salvador (AMSS).

Cuadro No. 18

ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS DE SALUD, 1987

Establecimientos		Cobertura de la encuesta	
Tipo	No.	No.	%
Hospitales	18	15	83
Clínicas médicas	22	11	50
Consultorios médicos	1700	1,30 (Muestra)	8
Clínicas radiológicas	3	2	67
Clínicas odontológicas	7	5	72
Laboratorios de análisis clínico y patológico	50	37	74
Farmacias	377	Inventario y ubicación	

* Médicos agrupados para consulta externa.

Fuente: IPM, *Estado Actual de la capacidad instalada de servicios y facilidades de salud, 1987.*

¹⁸ Siempre en el marco del Análisis del Sector Salud, se realizó un estudio del Sector Privado, el cual fue elaborado por el Lic. Roberto Iunes. Debido a que el documento estaba en proceso durante la redacción de éste informe, no fue posible incluir los resultados del trabajo del Lic. Iunes.

Dentro de los hospitales y clínicas incluidos en la encuesta, se estudiaron las especialidades médicas atendidas, el número de médicos y el total de las horas médicas contratadas. Se excluyen cuatro hospitales, pues no dieron información (Bautista, Clínica Mater, de Ojos y Otorrino y Centro Médico El Salvador).

Cuadro No. 19

RECURSOS EN HOSPITALES PRIVADOS DEL
AREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR, SEGUN ESPECIALIDAD 1987

Especialidad	Hospitales	Camas		Médicos laborando		
		No.	%	No.	Total hrs/mes	Promedio p/médico
Medicina general	8	267	50	41	3212	78
Cirugía	8	100	19	36	3248	38
Ginecología/obstetricia	5	109	20	123	2964	24
Pediatría	5	58	11	34	1524	45
Total hospitales	11	534	100	284	10948	39

Fuente: IPM, *Estado Actual de la Capacidad Instalada de Servicios y Facilidades de Salud*, 1987.

CUADRO No. 20

RECURSO MEDICO EN CLINICAS PRIVADAS DEL AREA METROPOLITANA DE SAN
SALVADOR, SEGUN ESPECIALIDAD 1987

Especialidad	No. clínica	Médicos laborando		
		No.	Total horas/mes	Promedio p/med
Medicina general	10	29	2610	90
Cirugía	4	6	632	105
Ginecología/obstetricia	5	11	658	60
Pediatría	4	10	628	63
Total clínicas médicas	11	56	4528	81
Clínicas radiológicas	2	4	610	152
Clínicas odontológicas	5	12	1448	121

Fuente: IPM, *Estado Actual de la Capacidad Instalada de Servicios y Facilidades de Salud*, 1987.

Cuadro No. 21

PERSONAL SEGUN TIPO DE ESTABLLECIMIENTO MEDICO DEL
AREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR, 1987

Establecimientos		Médico		Paramédico		Administrativo		Total	
Tipo	No.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Privados									
Hospitales	15	248	33	286	33	298	34	868	100
Clinicas médicas	11	56	57	15	15	27	27	98	100
Públicos									
Hospitales	1	60	22	94	35	118	43	272	100
Clinicas médicas	29	90	34	88	33	88	33	266	100

Fuente: Proyecto ANSAL-94.

Esta comparación demuestra claramente que en el Sector Privado, donde se hace esfuerzos por reducir costos para aumentar los beneficios, se trata de optimizar la eficiencia del personal y reducir su número; mientras que en el Sector Público hay una hipertrofia del componente administrativo lo que encarece innecesariamente la atención. Como este encarecimiento lo financia el Estado no se tiene posiblemente, dentro del Sector público, una verdadera conciencia de la necesidad de una mayor eficiencia.

6.2 Organizaciones no Gubernamentales

Sin duda, bajo esta denominación se incluyen entidades muy diferentes en cuanto al tamaño, origen, capacidad financiera, tipo de actividad, recursos, etc. pero que tienen en común un deseo de participar activamente en la atención de los problemas sociales del país. La mayoría de ellas actúa en base a recursos no permanentes, de origen externo generalmente, lo que les da una sustentabilidad frágil. Para evitarlo deberían cambiar su manera de accionar buscando la autogestión, la participación de las comunidades o entidades comunitarias o la venta de sus servicios a instituciones del Estado; como podría ser el caso de contratación de ONGs para atención primaria de salud, promoción del desarrollo comunitario, etc. Algunas ya han encarado acciones para lograr la sustentabilidad en el futuro, como el caso de la Asociación Demográfica Salvadoreña, con el proyecto de adquisición y explotación de un hospital privado, con funciones sociales y de lucro al mismo tiempo.

Se debe destacar que en general, las ONGs tienen una gran sensibilidad social y enfocan sus esfuerzos a población de alto riesgo, por lo que desarrollan programas de gran prioridad para el país (atención materno-infantil, planificación familiar, vacunaciones y atención al medio ambiente con énfasis en saneamiento básico, por ejemplo). Como la mayoría de las veces sus esfuerzos son integrales teniendo planes de desarrollo comunitario, promoción de la producción agrícola (incluyendo rubros de consumo), desarrollo de microempresas, créditos y organización comunitaria, etc., su poder de penetración en las comunidades es valioso y es de esperar que el impacto de sus acciones sea importante a mediano y largo plazo.

El hecho de haber focalizado sus acciones en áreas de alto riesgo transforma a esa cobertura en importante socialmente aunque no lo sea numéricamente.

En un estudio realizado por la consultora Marcable en 1990, bajo el financiamiento de AID, sobre las instituciones privadas sin fines de lucro que prestan servicio en el campo de la salud en El Salvador, se obtuvieron los siguientes datos:

- Bajo la coordinación del Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil (CISI) se agrupan 26 ONGs.
- Bajo la coordinación del Consejo Coordinador de Instituciones Privadas de Promoción Humana en El Salvador (CIPHES) se agrupan 23 ONGs, de las cuales 16 prestaban servicios en salud.
- En total se detectaron 75 ONGs que trabajaban en el Sector Salud (se incluye a las dos coordinadoras: CISI y CIPHES), de las cuales sólo se recopilaban los datos siguientes:
 - El 50,1% de las ONGs tienen más de 10 años de servicio y el 35,4% entre 5 a 10 años, lo que implica que la mayoría de ellas tiene una gran experiencia acumulada.
 - Sobre tipo de servicio que prestan en el campo de la salud en general realizan al mismo tiempo varios tipos de atenciones: el 70,8% tiene programas de salud curativa; el 61,5% los tiene de salud preventiva y un 26% tiene actividades de apoyo a programas como son donaciones, apoyo técnico, etc. El 37% manifestó tener programas dirigidos a la mujer; el 55%, al niño; el 75%, a ambos sexos y a todas las edades. Algunos tienen un tipo de atención específica para una enfermedad o programa. El 81,5% demostró interés por incrementar sus acciones de atención materno-infantil.
 - En cuanto a la administración, el 75% contabilizan sus gastos; el 54%, realiza auditoría externa y el 78,5%, elaboraba presupuestos. El 75,5% de las que dieron información expresaron deseo de recibir ayuda de A.I.D.
 - Con respecto a la relación entre el personal y su cobertura poblacional, el 68% tienen un alto grado de absorción (eficiencia). El Cuadro No 22 nos presenta la información sobre los recursos humanos de las ONGs.

Cuadro No. 22

TOTAL DE RECURSOS HUMANOS, SEGUN AREA DE ATENCION

Area	Personas
Personal institucional	
Personal directivo, técnico y profesional	720
Administrativos	331
Servicios	902
Operativos	509
Otros y no especificados	688
Subtotal institucional	3.150
Personal voluntario	
Voluntarios	5.859
Subtotal voluntario	5.859
Personal salud	
Médicos	234
Enfermeras y aux. de enfermería	105
Odontólogos	15
Tecnólogos en salud	31
Laboratoristas y farmacéuticos	17
Paramédicos	33
Otros técnicos en salud	65
Otros profesionales en salud	25
Promotores de salud	1.795
Subtotal salud	2.320
Total de personas trabajando en ONG	11.329

Fuente: *Estudio sobre las instituciones privadas sin fines de lucro que prestan servicios de Salud*. Maricao, 1990, USAID.

Se debe destacar que muchas de las personas de nivel superior y directivo de estas instituciones son también voluntarios, por lo que se puede aseverar que más del 50% de las personas que trabajan en las ONGs no reciben remuneración.

El total de beneficiarios es difícil de calcular porque no todas las ONGs informan su cobertura, pero conforme a lo informado por el estudio de Marcable, más de 1.200.000 personas se beneficiaron gracias a sus acciones de atención, prevención y promoción de la salud.

En agosto de 1990, se inició el proyecto PROSAMI, bajo el financiamiento de AID de 25 millones de dólares el cual termina en 1997. Este proyecto coordina las acciones de 36 ONGs que se han ido incorporando bajo un mecanismo conocidas como rondas: en 1991, se incorporó la "primera ronda" con 9 ONGs; en 1992, la "segunda ronda" con 10 y en 1993 la "tercera ronda" con 17 ONGs.

Las de la primera y segunda ronda ya se encuentran trabajando en terreno mientras que las de la tercera están actualmente en etapa de capacitación. Las ONGs incluidas en el proyecto deben desarrollar indefectiblemente siete áreas técnicas o componentes:

- Control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).
- Control de las Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA) y la parasitosis.
- Salud materna: atención al embarazo, al puerperio y la capacitación de parteras empíricas para la atención del parto.
- Programa Ampliado de inmunizaciones.
- Salud neonatal.
- Control de Crecimiento y Desarrollo (CCD) y nutrición.
- Organización y participación comunitaria.

Tanto para el desarrollo de los programas de salud como para el adiestramiento de parteras y promotores. El proyecto se rige bajo las normas del MSPAS, excepto en que sus promotores utilizan sulfá con trimetoprim para el tratamiento de las I.R.A., mientras que los promotores del MSPAS no están autorizados a hacerlo.

El proyecto tiene de 5 a 6 indicadores para cada área técnica o componente y exige a sus ONGs que fijen metas para cada actividad, cuya actividad se evalúa semestralmente. El presupuesto debe estar de acuerdo a las actividades programadas para cada componente.

Las ONGs son supervisadas por médicos asesores de PROSAMI y se realizan reuniones mensuales para intercambiar información, evaluar avances, programar actividades, etc. La información de las actividades desarrolladas por cada ONGs se presenta a PROSAMI trimestralmente, en un formulario diseñado para tal fin. En PROSAMI se hace una evaluación semestral de cumplimiento de metas y se les presenta esta evaluación a los directivos de las ONGs. Este sistema de información y evaluación ha desarrollado una madurez gerencial en las ONGs, el cual es uno de los puntos más positivos del proyecto.

Las ONGs focalizan sus acciones en áreas desprotegidas por el MSPAS, de escasos recursos económicos y difícil accesibilidad; el 57% de sus actividades se realizan en áreas ex-conflictivas, incluidas en el Plan de Reconstrucción Nacional.

Los recursos humanos con que cuentan las ONGs de PROSAMI son los siguientes:

Cuadro No. 23

ONGs INCORPORADAS A PROSAMI, POR "RONDAS"

Ronda	No. de ONG	No. Empleados	Técnicos	Adminis.	Promotores
Primera	9	225	35	26	164
Segunda	10	194	43	26	125
Tercera	16	252	49	41	162
Total	35	671 (100%)	127 (19%)	93 (14%)	451 (67%)

Fuente: Proyecto ANSAI-94.

Encontramos de nuevo una proporción mínima de personal administrativo en relación al personal técnico (médicos, enfermeras, tecnólogos materno-infantiles, etc.) y operativo (promotores de salud), lo que implica una racionalización de los gastos.

Si efectuamos una comparación con la distribución de personal de una institución estatal, tenemos:

Cuadro No. 24

PERSONAL DE ONGs Y MSPAS, POR AREAS DE DESEMPEÑO

Institución	No. empleados	Prof./Tec.	Administrativo	Promotor
ONGs de PROSAMI	671 (100%)	127 (19%)	93 (14%)	451 (67%)
MSPAS*	21.253 (100%)	12.371 (58%)	7.440 (35%)	1.442 (7%)

* Existe personal por contrato que no ha podido ser clasificado al no figurar por tipo de labor desempeñada. Se estima que la mayoría de ese personal es administrativo o de servicio.

Fuente: Proyecto ANSAI-94.

Consideramos a la mayoría de las ONGs valiosos agentes de cambio comunitario y deberían recibir mayor apoyo en sus esfuerzos, bajo un sistema de coordinación y evaluación organizado.

VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conforme al análisis realizado en los capítulos anteriores, los siguientes son los puntos más críticos detectados:

- 1 Insuficiente definición del rol del Estado en aspectos de salud.
- 2 Es necesario implementar una política de salud que tenga vigencia nacional
- 3 Insuficiente coordinación intrasectorial y, en algunos casos, interinstitucional.
- 4 Hace falta modernizar el Ministerio de Salud para que cumpla con eficiencia su rol de rector del Sistema de Salud del país y coordine el proceso de reforma que el mismo necesita.
- 5 El proceso de descentralización del Sistema de Salud, en especial del MSPAS, está marchando muy lento.
- 6 Insuficiente cobertura sanitaria y necesidad de desarrollar más atención preventiva.

1 Política sanitaria

La política sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social no tiene vigencia nacional. Es importante que ésta política sanitaria priorice la atención primaria de salud, la prevención, la salud materno-infantil y el saneamiento ambiental.

La participación los integrantes del Sector en la discusión de los problemas de salud del país y elaboración de las soluciones, será un factor determinante para la vigencia a una política sanitaria nacional consensuada. De ser así, todo el Sector Salud estará comprometido para realizar su implementación bajo la coordinación de la entidad rectora.

2 Coordinación intrasectorial y Sistema Nacional de Salud

Es necesario crear un espacio de concertación que sirva para la discusión, coordinación, diálogo sobre la realidad sanitaria y elaboración de políticas, de forma que sea la base para la planificación participativa del Sistema Nacional de Salud y de su implementación. En esa instancia de concertación deben ser invitadas a participar todas las entidades y organizaciones del Sector (ONGs, Sector Privado, entidades gremiales y formadoras de recursos humanos. Este proceso, indispensable para la vigencia y vitalidad del Sistema, requiere una gran capacidad de liderazgo y negociación del Ministerio de Salud.

Es importante que no se desarrolle una nueva institución para implementar el Sistema, sino que se utilicen los recursos estatales y privados ya existentes.

Los puntos que deben ser inicialmente desarrollados dentro del Sistema:

- (1) implementación de la Política Sanitaria y del Plan Nacional de Salud;
- (2) buscar mecanismos que garanticen el cumplimiento de las normas sanitarias;

- (3) lograr la definición de una política de recursos humanos en salud que incluya la formación, capacitación y administración de dichos recursos;
- (4) implementar un sistema de información estadística único y,
- (5) lograr la participación de todos en la implementación de campañas sanitarias (PAI, SIDA, lactancia materna, etc.).

También es necesario organizar e implementar un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

3 Rol de las instituciones

No hay una definición precisa del papel que cada uno de los integrantes de Sistema debe ejecutar. En los párrafos siguientes se recomiendan los puntos inmediatos que deben definirse.

Ministerio de Salud

A fin de asumir mejor su papel, el Ministerio de Salud debe cumplir con mayor eficiencia, aquellas funciones que son inherentes a su función de rector de la salud:

- Planificar e implementar la Política Sanitaria Nacional, acorde a la situación socioeconómica del país y a su perfil epidemiológico.
- Controlar la situación de salud del país, desarrollando las acciones y los programas necesarios para proteger la salud de la población. Entre ellas, mantener un sistema de vigilancia epidemiológica de alcance nacional.
- Promover la extensión de la cobertura de una atención sanitaria integral, oportuna, equitativa y eficiente a fin de asegurar la accesibilidad a los servicios de salud de los sectores más desprotegidos y de los grupos en mayor riesgo.
- Emitir los reglamentos necesarios para aplicar adecuadamente el Código de Salud y desarrollar e implementar normas sanitarias que preserven la salud de la población; además, controlar el cumplimiento de dichas normas y reglamentos.
- Promover la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de la salud y del medio ambiente. Coordinar el desarrollo de las acciones de educación sanitaria.

El Ministerio debe liderar el Sistema Nacional de Salud velando por la implementación de la política sanitaria a nivel nacional, promoviendo la coordinación inter e intrasectorial, optimizando el uso de los recursos a nivel nacional y haciéndose cargo del control del estado de salud de la población de todo el país.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Todos los trabajadores deben ser cotizantes de un sistema de seguridad social, pero no es necesario ni conveniente el monopolio de una institución.

Es indispensable separar totalmente la administración que corresponde a las prestaciones de los riesgos diferidos (vejez, invalidez y muerte), de la administración de las prestaciones en salud. De ser posible, en

instituciones diferentes, dando opciones a los cotizantes y desarrollando la libre competencia que promueve la calidad y la eficiencia.

Debe considerarse el aumento de cobertura del componente salud de la seguridad social a fin de promover un mejor nivel de salud para la población. Se debe buscar mecanismos para lograr a largo plazo y de forma planificada y de cobertura universal, cotizando el Estado por los insolventes.

Otras instituciones gubernamentales

Se sugiere una evaluación profunda sobre éstas instituciones, sobretodo desde el punto de vista financiero, de forma que se conozcan sus fortalezas, debilidades y su sustentabilidad financiera.

En general, los otros sistemas como ANTEL, CEL y Bienestar Magisterial tienen cotizaciones bajas, lo que implica una subvención estatal que contraviene al concepto de equidad. Por otro lado, tienen mayor cercanía con sus usuarios y mayor compromiso con la satisfacción de los mismos. Cada uno de ellos tiene un modelo de prestación de servicios diferente: Bienestar Magisterial totalmente privatizado, ANTEL totalmente institucional y CEL con atención en parte institucional y en parte privatizada. Será muy útil evaluar la experiencia de estos servicios, así como el grado de satisfacción de los usuarios.

4 Racionalización del uso de los recursos

Las instituciones estatales deberán estar constantemente desarrollando e implementando mecanismos que permitan aumentar la eficiencia y la calidad de su accionar; incorporando conceptos modernos de planificación, gerenciamiento y monitoreo que permitan un mayor impacto a menor gasto. La falta de normas para el uso de los recursos o el incumplimiento de ellas, resta eficiencia a las instituciones; así como la ausencia o falta de vigencia de un sistema de evaluación que determine incentivos y sanciones.

Un punto de especial interés es el financiamiento del sistema, sobretodo del componente estatal, tanto por la forma de financiar los montos necesarios, como por su distribución, la cual da prioridad a las actividades curativas. El MSPAS debe desarrollar más la recuperación de costos, a fin de fortalecer el sistema de financiación de fuentes múltiples.

En lo que a infraestructura física se refiere, es preocupante el deseo del gobierno de continuar construyendo servicios hospitalarios que no son necesarios actualmente. Los gastos que se realicen en infraestructura física estatal deberían estar limitados a refuncionalización, rehabilitación y mantenimiento de los servicios existentes, así como a completar el equipamiento básico necesario para cumplir con el nivel de atención asignado a cada unidad. La única inversión en aumento de infraestructura física que puede justificarse es la construcción de puestos de salud en áreas rurales críticas, siempre que respondan a un diseño adecuado a la atención primaria de salud.

La deuda del Estado con el ISSS debería ser pagada entregando al Instituto en forma definitiva el Hospital de Especialidades y dando mayor vigencia a los programas especiales, de forma que se asegure el acceso a la atención especializada de pacientes indigentes atendidos en servicios del MSPAS. Esta solución sería posible si hubiera una decisión política al respecto.

Otro de los puntos más críticos dentro del Sistema de Salud estatal es el que se refiere a sus recursos humanos, se recomienda la lectura del informe que estudia ésta área (Recursos Humanos del Sector Salud, elaborado para ANSAL-94 por la Dra. Esperanza Martínez).

5 Modelo de atención

En general, los modelos de atención de las instituciones del Sector son esencialmente curativos, basados en la actividad del médico, siendo más latentes en las instituciones del MSPAS. En los servicios que cuentan con médicos, los otros profesionales o técnicos tienen poco protagonismo de por sí y más bien actúan de ayudantes o asistentes del médico.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

En visitas a los establecimientos del MSPAS se observa que, en general, los directores de los servicios de salud del MSPAS destacan la importancia de la medicina preventiva. Pero en cuanto tienen oportunidad de solicitar algún tipo de apoyo o recurso lo hacen para prestaciones curativas como equipos quirúrgicos, ampliación del hospital, etc.

Llama poderosamente la atención que no exista en las instituciones personal de nivel técnico o universitario capacitado especialmente para la atención del parto. Las enfermeras cumplen esta función en los casos en que no es posible la atención por médico, pero se debe recordar que uno de los puntos más críticos dentro del campo de la salud es la falta de enfermeras.

No hay suficiente personal técnico que pueda reemplazar a las enfermeras en su labor. En consecuencia son utilizadas para labores hospitalarias y asistenciales y en muy poca proporción cumplen trabajos comunitarios. El personal técnico y de enfermería debería tener más protagonismo en la atención de salud, dándoles mayor poder resolutivo.

Es por ello que los programas de salud comunitaria descansan sobre promotores y parteras empíricas adiestradas. Estas son personas de muy buena voluntad, pero de escaso nivel educativo y con poca supervisión de personal de enfermería u obstetricia.

La atención básica a población de alto riesgo descansa en gran proporción en personas con poca capacidad de resolución de los problemas. Los directores dejan a cargo de los supervisores específicos la dirección y evaluación de la labor de los promotores.

Instituto Salvadoreño de Seguridad Social y otras instituciones estatales

Estas Instituciones, si bien restringidas a sus beneficiarios, tienen modelos de atención excesivamente abiertos, sin ningún tipo de regulación y sin mecanismos de control. Es importante que los modelos de atención de cada una de estas instituciones esté claramente definido y normado para evitar abusos y derroche de recursos.

Las prioridades de acción deben ser determinadas en relación al contexto socioeconómico y sanitario del país. A pesar de que estas instituciones tienen un modelo primordialmente curativo se debe destacar como un punto muy positivo que han habido cambios en los últimos años y se está dando énfasis al componente preventivo. Este cambio debe ser apoyado y estimulado, ya que implica una optimización del uso de los recursos y una interpretación correcta e integral de la función de las entidades de salud.

6 Descentralización

Prácticamente ninguna de las instituciones estatales de salud está descentralizada, pero sin duda la más perjudicada por la excesiva centralización es el MSPAS. El nivel central toma las decisiones con respecto al nivel operativo, dejándole poca libertad de movimiento a éste. El presupuesto no está descentralizado en los servicios regionales y no está diseñado diferenciando cada servicio, en consecuencia, es muy difícil determinar

como se realiza la distribución de recursos. El nivel regional también centraliza el poder decisivo y aumenta la distancia entre el nivel operativo y el nivel central, utilizando para su funcionamiento un gran número de recursos humanos. Como ejemplo se puede citar que en una sola región, las oficinas regionales tenían 144 funcionarios, muchos de los cuales serían más útiles en un servicio de nivel operativo.

Luego de años de funcionamiento las regiones no están descentralizadas y el Director Regional, actúa como representante del nivel central del MSPAS, reproduciendo en el nivel operativo la burocracia central con poca capacidad de resolver problemas, más que como el representante de los servicios a su cargo.

Las cabeceras regionales tienen más recursos que las departamentales. Se intenta la implementación de SILOS (Sistemas Locales de Salud), a partir de una planificación centralizada, conforme a un diseño que busca más la subregionalización geográfica de acuerdo a grupos regionales de supervisión, que la descentralización de decisiones y recursos con participación comunitaria. El resultado es que aumentó la burocracia regional y produjo un nivel técnico intermedio que separa más al servicio, del nivel de decisión regional. Es necesario que la descentralización se haga a nivel departamental, basada en el concepto de equidad. Posteriormente esta descentralización deberá ir bajando a los niveles operativos de distritos o municipios, pudiendo o no utilizarse la figura de los SILOS.

Esto va a servir para terminar con la situación de los funcionarios que, designados para prestar servicios en un lugar de interior, se desplazan desde la cabecera regional para cumplir sus labores. Los cargos deben ser de la Institución y no propiedad de los funcionarios, quienes deben fijar su residencia en la comunidad en la que trabajan.

Conforme a planes de mediano y largo plazo de COMURES se buscará la descentralización de los servicios de salud por medio de la municipalización, luego de fortalecer gerencial y económicamente a los municipios que, en general, están muy poco desarrollados. Este proyecto debe recibir del MSPAS toda la atención posible a fin de evaluar su factibilidad.

7 Aumento de la cobertura

La cobertura universal de las prestaciones de salud dentro del contexto de la seguridad social, cotizando el Estado por los indigentes, puede ser una posibilidad a largo plazo, siempre que se amplíe previamente el acceso de los trabajadores independientes a este sistema. La sustentabilidad de esta opción se relaciona al tipo de atención que se entregue; a la posibilidad de restringir el uso de medicamentos institucionales y a establecer aranceles para algunas acciones de atención especializada y medios de diagnóstico, aún para aquellos beneficiarios cubiertos por la seguridad social convencional.

A corto plazo, el aumento de la cobertura de atención primaria a nivel rural se puede lograr dando mayor capacidad de resolución a los promotores y a las enfermeras de los Puestos y Unidades de Salud, responsabilizando a las últimas de la atención del parto. Es imprescindible que el personal de los servicios de salud resida en la localidad y se integre a la comunidad. Se debe revisar también los horarios de atención y su calidad a fin de evitar que los pacientes acudan a otros servicios más complejos por no encontrar la atención necesaria a nivel de su comunidad.

Otro mecanismo de aumento de la cobertura de la atención primaria de salud en áreas rurales, es el mejor aprovechamiento de la acción de las ONGs. El protagonismo de las ONGs en la atención primaria de salud es innegable y el MSPAS debe aprovechar ese potencial para dar mejor atención a la zona rural. Para ello, MSPAS y ONGs deben trabajar coordinadamente.

8 Organismos de ayuda externa

Es urgente lograr una mejor coordinación de la ayuda externa a fin de evitar la duplicación o superposición de acciones. La priorización de un programa por el sólo hecho de que cuenta con ayuda externa, la implementación de programas paralelos y la inadecuada utilización de recursos por falta de coordinación, de integración o por exclusividad en el uso de un recurso para un programa específico, puede fácilmente evitarse con un trabajo en equipo de los organismos que apoyan la labor gubernamental. No resulta claro en función de que tipo de priorización se canaliza la ayuda externa en el MSPAS.

La decisión de desarrollar varios y, aparentemente, incompatibles sistemas de información contrasta con la permanentemente baja atención institucional al parto. Pareciera haber poco énfasis en la atención a la salud de la mujer, en la priorización de la ayuda externa hacia varios "sistemas paralelos" de información. El hecho que se destine financiamiento externo para pagar gastos recurrentes como sueldos, por ejemplo, debe ser revertirse evitando esta situación en el futuro.

9 Propuestas

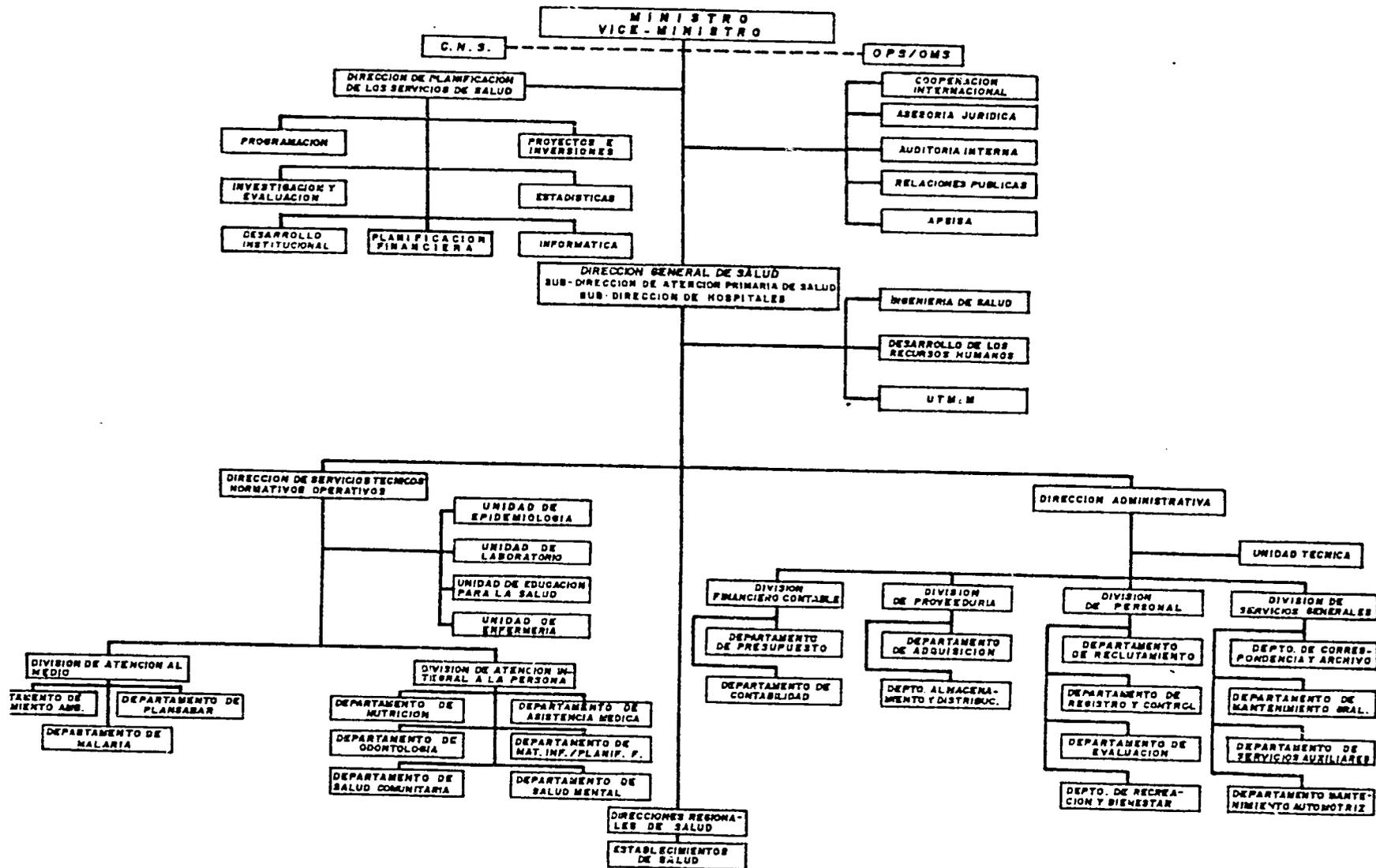
En base al análisis de la situación del Sector Salud de El Salvador se formulan las siguientes recomendaciones específicas:

- a) *Implementar el Sistema Nacional de Salud.* En base a la Comisión Nacional de Salud, como un ente de coordinación y, sin que sus integrantes pierdan su autonomía institucional, deben integrarse al SNS, regirse por las normas sanitarias del Estado, ejecutar la Política Sanitaria, los Planes de Salud del país y compartir un sistema de información común. El Sistema Nacional de Salud debe ser un foro de discusión y concertación entre las entidades prestadoras de servicios de salud (Sector Público y Privado), los gremios y las instituciones formadoras de recursos humanos. Igualmente el SNS debe servir para buscar la solución concertada a los problemas sanitarios del país.
- b) *El Ministerio de Salud debe establecer un paquete básico de acciones sanitarias para entregarlas a la población.* El Estado debe financiar el paquete destinado a la población de escasos recursos y este financiamiento tendrá prioridad por sobre todos los otros. Los servicios incluidos en el paquete básico pueden ser entregados por ONGs o por otras entidades, bajo la coordinación del Ministerio de Salud quien debe ser el mayor proveedor de estos servicios. Este conjunto básico de acciones sanitarias deben formularse y ejecutarse en función de las prioridades sanitarias del país, con énfasis en los principales problemas epidemiológicos.
- c) *Descentralizar las instituciones estatales en base a la departamentalización.* Este proyecto podría abarcar otras a otras instituciones como Ministerio de Educación y ser incluido con decisión dentro del Programa de Modernización del Estado. Este tipo de descentralización terminaría a mediano plazo con las diferencias entre departamentos cabecera de región y los que no lo son. Se justifica plenamente cuando se observa que justamente aquellos departamentos que no son cabecera regional, son los que más atención necesitan (Morazán, Chalatenango, Cabañas, etc.)
- d) *Aumentar sustancialmente la cobertura de la seguridad social.* Debe tener un modelo de atención regulado, normado y aumentando las acciones en el campo de la salud preventiva (salud ocupacional, educación sanitaria, planificación familiar, lactancia materna, etc.). El aumento de la cobertura de la salud por medio de un sistema de seguridad social no deberá ser exclusivo del ISSS, se puede incluir a otros sistemas e instituciones.

- e) *Mejorar la eficiencia de los servicios del Estado desarrollando sistemas de gerenciamiento que permitan una mejor utilización de los recursos.* Para ello deben procurar una mejor utilización de los recursos ya existentes desarrollando convenios entre entidades públicas y privadas para la prestación de los servicios. Debe evitarse la construcción de más hospitales, hay que descentralizar el poder de decisión y los recursos en el interior del país.
- f) *Promover la accesibilidad de la población a la atención en el Sector Privado, apoyando iniciativas de cooperativismo médico y la formación de grupos de profesionales que presten atención médica más accesible económicamente.* Se debe promover el desarrollo de programas de salud comunitaria y preventivos, los cuales pueden formuados y ejecutados por la empresa privada; por su parte, el Estado debe estimularlas con ventajas fiscales o comerciales.
- g) *Apoyar el desarrollo de acciones y estrategias que den sustentabilidad a las ONGs que prestan servicios de salud, por medio de la contratación de sus servicios o estimulando fiscalmente a aquellas empresas que las financian.* Por medio de convenios, el Estado debe trabajar con las ONGs para aumentar la cobertura sanitaria, sobretodo en aquellas áreas donde ya se encuentran trabajando.
- h) *Coordinar la cooperación externa evitando superposiciones y respondiendo a las necesidades de los servicios operativos y a la situación sanitaria del país.*
- i) *Aumentar sustancialmente los impuestos a los productos dañinos a la salud (cigarrillos y alcohol, así como a los juegos de azar).* Los fondos deben ser destinados a un fondo social de salud para la atención de los casos especiales incluidos dentro del sistema de referencia estatal, así como para la focalización de acciones sanitarias en poblaciones especialmente desprotegidas o vulnerables.

ANEXOS

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



Anexo I

MARZO DE 1993

Anexo 2

Proceso de revisión de los informes preliminares

Introducción

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

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

Procedimiento

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

- 1) *Comentarios escritos.* Se invitó a unas 100 instituciones y personas con experiencia en el funcionamiento de los servicios de salud a que formularan comentarios por escrito sobre:
 - la veracidad e integridad de los datos presentados;
 - la lógica del análisis utilizado;
 - la factibilidad de las recomendaciones formuladas.
- 2) *Reuniones con personal de salud e integrantes de la comunidad.* Se realizaron diez reuniones en distintos puntos del país, de forma de cubrir la mayor parte de su territorio, en las que se invitó a participar a personal de salud con diferentes niveles de capacitación (promotores, parteras empíricas, médicos y farmacéuticos), líderes de las comunidades servidas (Alcaldes, miembros de Comisiones de Apoyo de establecimientos del MSPAS o patronatos, miembros de las asociaciones comunitarias de educación o escuelas EDUCO y líderes comunitarios locales) y a funcionarios y autoridades regionales y locales del Ministerio de Salud.
- 3) *Jornadas con líderes del Sector.* Se efectuaron jornadas durante dos días con líderes de organismos públicos vinculados a los sectores sociales y a salud (MSPAS, MIPLAN e ISSS), con directivos de ONGs

activas en salud y del Colegio Médico y dirigentes del área de salud de varios partidos políticos. Fue invitado a participar pero no se hizo presente el Decano de la Facultad de Medicina de la UES.

Resultados

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

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

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

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

APORTES DE LAS REUNIONES COMUNITARIAS

Sistemas de servicios de salud

En varios puntos se destaca la necesidad de desarrollar un modelo de atención más acorde a las necesidades reales del usuario que debe estar sustentado en los siguientes aspectos:

- Incrementar el tiempo de atención (a las horas de la tarde, por ejemplo)
- Tener en consideración las características culturales de la población que se esta cubriendo.
- Busear un trato más cálido para con los usuarios.
- Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia
- Dar mayor énfasis a la medicina preventiva.
- Dar mayor énfasis a participación de la comunidad (como por ejemplo, en el establecimiento de horarios, identificación de problemas más urgentes, etc.).

Educación sanitaria

Se dio mucha importancia a la necesidad de fortalecer la Educación para la Salud a través de la comunicación masiva y de grupos pequeños (aquí se pueden aprovechar los grupos comunitarios ya existentes: familia, madres, niños en la escuela, etc.).

Accesibilidad

Se mencionó en varias oportunidades, como factores que dificultan la accesibilidad, los siguientes problemas:

- La distancia que existe entre el domicilio del usuario y el establecimiento de salud.
- La falta de educación en la población.
- Los patrones culturales y la percepción que el usuario tiene de la enfermedad.
- La capacidad de pago para el transporte y medicamentos.
- Las pérdidas económicas que ocasiona faltar al trabajo cuando es necesario acudir a un centro asistencial.
- El trato inadecuado que reciben.

Coordinación

Hubo consenso en la mayoría de los aportes sobre la urgencia de fortalecer el sistema de coordinación entre las diferentes instituciones que componen cada subsector. En consecuencia se concluyó que es de vital importancia para el mejoramiento de la salud, desarrollar un sistema de coordinación más efectivo entre las entidades del Sector Público y Privado, en especial con las ONGs.

Hay una diferencia sobre cuál y cómo debe ser esta coordinación. Por un lado el MSPAS promueve una coordinación que fortalezca la función de rectoría del Ministerio dentro del Sector y la cual permita el establecimiento de normas que armonicen la interacción de los integrantes del Sistema. Por su parte, las ONGs entienden por coordinación una mejor distribución y utilización de los recursos, sin embargo, son cautelosas cuando hablan de someterse al liderazgo del MSPAS con ente rector del sistema.

A pesar de las diferencias conceptuales mencionadas, en varias ocasiones se ha desarrollado en los niveles locales, una coordinación adecuada y funcional entre ambos sectores, sin que los problemas de cúpula afecten el trabajo.

Descentralización

La descentralización fue uno de los temas prioritarios en los diferentes grupos de discusión, los que llegaron al consenso que la descentralización que se ha implementado es insuficiente.

Al igual que en el tema de coordinación, hay varias concepciones sobre la descentralización:

- El Sector Público, especialmente el MSPAS, propone una descentralización intra-institucional, es decir, se refieren al traspaso del poder de decisión y el manejo de recursos a los niveles más primarios de atención (Unidad de Salud).
- Hay quienes piensan que la descentralización debe hacerse por vía administración municipal. Para este grupo, el liderazgo (toma de decisión) debe centrarse en las alcaldías y en los sistemas municipales de organización.
- La tercera concepción está referido a un sistema "mixto" en el cual se incluyan representantes de las organizaciones de servicio, quienes participarían en la planificación de actividades, diseño y administración del presupuesto, etc.
- Hay quienes piensan que los servicios deben ser traspasados a organizaciones privadas (con o sin fines de lucro) para su administración.

Gerenciamiento

Este tema fue tratado por los funcionarios estatales, quienes se refirieron, principalmente, a los obstáculos que dificultan la gestión, como es el caso de la excesiva burocratización, la falta de seguimiento de algunos programas y la necesidad de mejorar los sistemas de información.

Políticas de salud

Todos los participantes en las reuniones, pusieron énfasis en la necesidad de darle mayor difusión al Plan Nacional de Salud. También sugirieron que en la elaboración de los futuros planes de salud, se debe incluir la participación de otras instituciones del Sector y a las comunidades beneficiarias, en particular; de forma que todos los integrantes del Sector conozcan los planes y los utilicen como instrumento de coordinación en las acciones.

COMENTARIOS ESCRITOS

Atención preventiva/curativa

- Hay un consenso sobre que la salud debe tratarse integralmente, es decir, tanto la atención preventiva como la curativa deben darse por igual. Si bien es cierto que la demanda de la medicina curativa puede reducirse con un buen programa de prevención, siempre habrán enfermos que curar.

Sector Privado

- Las ONGs han tenido intervenciones y experiencias mayormente en el nivel primario de atención y muy poca en los otros niveles.
- La sustentabilidad de las ONGs a futuro continúa sin definirse.
- En cuanto al Sector Comercial, no hay suficiente información relacionada a su capacidad real de servicios de salud y a sus costos de operación.

Normatividad

- Hay necesidad de establecer normas y estándares que sirvan de parámetros para la organización y funcionamiento del Sector.

Seguridad Social

- Previo a ejecutar la política de cobertura universal de la Seguridad Social, se deben realizar estudios actuariales y de factibilidad, así como utilizarse experiencias de otros países. De no hacerlo, se pondría en peligro la sustentabilidad de estas instituciones.

Coordinación con ONGs

- Las Organizaciones no gubernamentales deben funcionar y organizarse en estrecha relación con el Sector Público, a partir de normas que regulen esta relación. Además, se deben buscar los mecanismos por los cuales estas ONGs puedan recibir financiamiento del Estado como una forma de fortalecer esta cooperación.

REUNION CON LIDERES DEL SECTOR

Hubo un consenso en los siguientes aspectos:

- 1) Es urgente poner mayor énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS)
- 2) La descentralización debe utilizarse como un modelo de gestión.
- 3) Debe buscarse nuevas fuentes de financiamiento del Sector que garanticen la atención a los más pobres.
- 4) La efectividad, eficiencia y sustentabilidad son los tres elementos que deben ser la base de todo el proceso de reforma.

ENTREVISTAS REALIZADAS

-Dr. Gustavo Argueta, Viceministro de Salud.
 -Dr. José Antonio Pereira, Director de Planificación del MSPAS
 -Dr. Alcides Urbina, Sub Director General del Ministerio de Salud
 -Dra. Sonia de Melchor, Jefe del Depto. de Salud Comunitaria
 -Dr. Jorge Roldán, Jefe de la División de Asistencia Médica
 -Dra. Morena Rivas de Teves, Encargada del Sistema de Información Gerencial
 -Lic. Marlene de Barrientos, Asistente del Proyecto de Implementación del Sistema de Información Gerencial
 -Dr. Gustavo José Domínguez, Subdirector de la Región Sanitaria de Oriente.
 -Dr. Juan Héctor Juvis, Supervisor Médico Regional de la Región Sanitaria de Occidente.
 -Dr. Jaime Arturo Salmán, Director del Centro de Salud de Chalchuapa.
 -Dr. Francisco Zeledón, Asesor de Suministros del Centro de Salud de Chalchuapa.
 -Dr. Salvador Linares, Jefe de Residentes del Centro de Salud de Chalchuapa.
 -Sra. Leticia Castillo, Administradora del Centro de Salud de Chalchuapa.
 -Sra. Carolina de Portillo, Enfermera Supervisora del Centro de Salud de Chalchuapa
 -Sra. Rosa Mirra Arévalo, Estadístico del Centro de Salud de Chalchuapa.
 -Lic. Edwin Morales, Administrador del Hospital Regional de Santa Ana.
 -Dr. Víctor Manuel Umaña, Jefe de Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Santa Ana.
 -Dr. Carlos Pérez Beltrán, Director del Centro de Salud Cojutepeque.
 -Sr. Samuel Hernández Bernal, Administrador del Centro de Salud Cojutepeque.
 -Dra. Gina Cañas, Coordinadora del Sistema de Información Gerencial, del Hospital de Maternidad
 -Sra. Clotilde Díez, Administradora del Hospital de Maternidad.
 -Sra. Coralia Machuca, Jefe del depto. de Estadística del Hospital de Maternidad.
 -Dr. Roger Vidal Fuentes Umanzor, Director del Hospital Rosales.
 -Dr. José Max Molina, Director del Hospital Zacamil
 -Dr. Hugo Villegas, Representante de la Organización Panamericana de la Salud en El Salvador.
 -Ing. Eduardo Carrillo, consultor de O.P.S. en Sistema de Información Gerencial.
 -Dr. Rafael Antonio Olivares, Subdirector General del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social.
 -Dra. Ana María de Gamero, Directora de la División de Salud del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social
 -Dra. Elizabeth Burleigh, Directora del Proyecto PROSAMI.
 -Ing. Carlos Castaño, Director de Clapp & Maine, Proyecto APSISA.
 -Dr. Ricardo Martínez Rojo, Asesor de Sistemas de Información Gerencial de Clapp & Mayne, Proyecto APSISA.

-Dr. Juan Ramón Umaña Cerros, Director del Hospital de ANTEL.
 -Dr. Rafael Vásquez, Jefe del Servicio de Consulta Externa del Hospital de ANTEL.
 -Lic. Celina de Choussy, Directora de Proyectos de FUSAL
 -Dr. Herbert Betancourt, Consultor en Salud Pública de FUSAL.
 -Lic. Sandra de Barraza, FUSADES
 -Dr. Miguel Murga, Presidente del Colegio Médico de El Salvador.
 -Lic. Manuel Gómez Benítez, Director de BM
 -Lic. Carlos Abraham León, Jefe de Planificación de BM.
 -Sr. José Lino Cardozo, funcionario del Depto. de Planificación de BM.
 -Capitán Luis Roberto Solís, Jefe de la Sección IV Logística del Batallón de Sanidad Militar
 -Lic. Marta Elizabeth Alfaro de Chávez, Jefe del Depto. de Bienestar Social de ANDA
 -Dr. Manuel Enrique Angulo, Superintendente de Servicios Médicos de CEL.
 -Dr. José Antonio Valle, médico del Servicio Médico de CEL.
 -Lic. Carolina Franco, Jefe de la Sección Suministros Médicos de CEL
 -Lic. Eduardo Emilio Zepeda Calderón, Gerente de la Asociación Salvadoreña de Empresas de Seguros.
 -Lic. Ana de Fonseca, encargada de los proyectos de salud de la Secretaría de Reconstrucción Nacional.
 -Lic. Miriam Hirezi de Meléndez, Coordinadora de Equipo Técnico de la C.D.D.M. (Comisión Coordinadora del Proceso De Descentralización y Desarrollo Municipal) de COMURES.
 -Lic. Ramón Calderón Araoz, integrante del Equipo Técnico de la C.D.D.M. de COMURES.
 -Sr. John Gillespie, Sr. John Wolf y Lic. María Esperanza Gutiérrez, consultores de la misión de evaluación del Proyecto APSISA.

Anexo 3

BIBLIOGRAFÍA

- FUSADES, **Análisis de la consulta externa de especialidades privatizadas en el ISSS**, 106 págs.
- Fiedler John y otros, **Antecedentes y Situación Actual del Sector Salud de El Salvador**, Clapp & Mayne inc., USAID, 1993, 55 págs.
- Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-93**, informe preliminar, El Salvador, setiembre 1993, 67 págs
- ISSS, **Estadísticas de Salud 1992**, Departamento de Actuario y Estadística, enero-diciembre 1992, 46 págs.
- ISSS, **Estadísticas de Salud 1993**, Unidad de Planificación, Departamento de Actuario y Estadística, enero-junio 1993, 36 págs.
- IPM (Investigaciones de Población y Mercado) (IPM), **Estado Actual de la Capacidad Instalada de Servicios y Facilidades de Salud: Sector Privado e Instituciones específicas del Sector Público**, julio-1987, 205 págs.
- Marcable, **Estudio sobre las Instituciones Privadas sin Fines de Lucro que Prestan Servicios en Salud**, AID, 1990, 412 págs.
- MSPAS y otras instituciones, **Focalización de Programas de Salud y Nutrición para madres y niños de hogares de bajos ingresos**, financiado por el Banco Mundial y OPS/OMS, San Salvador, 1993, 81 págs.
- Health Conditions in the Americas**, Volume I, Pan American Health Organization, Edition 1990,
- Ruiz Adelmo, **Health Sector Assesment El Salvador**, submitted by The United States Agency for International Development Mission, El Salvador, 1978, 322 págs.
- Proyeet REACH, **Household Demand for Health Care in El Salvador**, Volume I Methodology and Findings, Volume I Appendices and Volume II Determinants of Household Demand on Curative Ambulatory Medical Care, 1990.
- ANTEL, **Informe Mensual**, Hospital de ANTEL, diciembre 1992, 10 págs.
- MSPAS, **Informe de Actividades: Cifras Acumuladas 1992**, Región Oriental de Salud, 1992, 26 págs.
- Ministerio de Hacienda, **Ley de Salarios 1990**, 1989
- MSPAS, **Memoria 1991-1992**, 81 págs.
- MSPAS, **Memoria 1992 - 1993**, 1993, 55 págs.
- MSPAS, **Plan Nacional de Salud 1991-1994**, 1991, 32 págs.

MSPAS, **Plan Nacional de Salud 1994-1999**, 1993, 13 págs.

FUSADES, **Situación de la Salud y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**, 123 págs.

MSPAS, **Salud Pública en Cifras 1991**, Anuario # 23, Unidad de Estadística de Salud, 1991, 63 págs.

ISSS, **Síntesis y Desarrollo del ISSS**, Departamento de Actuariado y Estadística, setiembre 1993, 52 págs.

MIPLAN, **Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, Urbano y Rural, 1991-1992**, Volumen I y II, 512 y 520 págs. respectivamente.

MSPAS, **Manual de Supervisión**, 1992, 32 págs.

MSPAS, **Programación Local; Manual Operativo para el Plan Nacional de Salud 1991-1992**, 51 págs.

Fundación Miguel Kast R, **Sector Salud**, tomo IV, FUSADES, 1988, 60 pags.