

P.N. AB7-516

92112



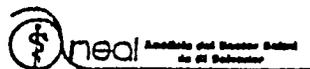
*Análisis del Sector Salud
de El Salvador*

*La Reforma de Salud:
Hacia su Equidad
y Eficiencia*

*Bajo el auspicio de 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

Informe Final



***La Reforma de Salud:
Hacia su Equidad y Eficiencia***

La redacción de este informe fue realizada por el equipo ANSAL, bajo la responsabilidad del Dr. Alfredo Solari, Director del Proyecto.

La producción y revisión editorial estuvo a cargo de Gladís Aída Polío y el diseño gráfico fue realizado por Jorge Roberto Obando.

El contenido de esta publicación puede ser reproducida parcial o completamente por cualquier medio o utilizado como referencia, siempre que se mencione la fuente.

Las opiniones expresadas en este documento son personales de los miembros de ANSAL, por lo que no expresan la posición oficial de las agencias patrocinadoras (AID, BM, OPS/OMS, BID). Asimismo, la mención de marcas comerciales no implica endoso personal o de las agencias que han financiado este proyecto

Mayo, 1994

B

INDICE

LISTA DE SIGLAS O ACRONIMOS	i
AGRADECIMIENTOS	v
INTRODUCCION	ix
PANORAMA GENERAL	xv

Capítulo I *Contexto político, económico y social* 1

- 1 Antecedentes/1
 - 1.1 Postergación de la población en situación de pobreza/1
 - 1.2 Evolución política/2
 - 1.3 Evolución económica/3
 - 2 Situación actual/3
 - 2.1 Consolidación política y económica/3
 - 2.2 Corrección de los problemas sociales/4
 - 3 Perspectivas/5
-

Capítulo II *Situación demográfica y de salud* 7

- 1 Perfil demográfico/7
 - 1.1 Estructura por edad y sexo/8
 - 1.2 Fecundidad/9
 - 1.3 Crecimiento poblacional/10
- 2 Perfil epidemiológico /11
 - 2.1 Mortalidad general/11
 - 2.2 Mortalidad infantil y de la niñez/13
 - 2.3 Mortalidad materna/15
 - 2.4 Morbilidad/16

- 3 Medio ambiente y salud/16
 - 3.1 Abastecimiento de agua/16
 - 3.2 Servicio de saneamiento/18
 - 3.3 Recolección y disposición de desechos sólidos/19
 - 3.4 Contaminación del aire/20
 - 4 Problemas prioritarios de salud/21
-

Capítulo III *Principales problemas de Salud Pública* **23**

- 1 Enfermedades del período infantil y de la niñez/24
 - 1.1 Enfermedad diarreica aguda/25
 - 1.2 Enfermedad respiratoria aguda/26
 - 1.3 Enfermedades inuno-prevenibles/27
 - 1.4 Malnutrición/28
 - 2 Enfermedades de la mujer en edad fértil/31
 - 2.1 Alta fecundidad y poco espaciamiento entre embarazos/32
 - 2.2 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA/33
 - 2.3 Cáncer cérvico-uterino/34
 - 3 Problemas de salud de los adolescentes, jóvenes y adultos/35
 - 3.1 Educación sexual y educación para la salud/35
 - 3.2 Accidentes y violencia/36
 - 3.3 Discapacitados físicos y psíquicos/36
 - 3.4 Enfermedades transmitidas por vectores/37
-

Capítulo IV *Organización del Sistema de Servicios de Salud* **41**

- 1 Función del Estado en el Sector Salud/41
 - 1.1 Coordinación en la formulación de políticas de salud/42
 - 1.2 Cumplimiento de políticas y normas vigentes/43
 - 1.3 Función de la policía sanitaria/43
 - 1.4 Políticas de formación de recursos humanos/44
 - 1.5 Participación en la formulación de planes y políticas/44

- 2 Oferta de servicios de salud/45
 - 2.1 Instituciones prestadoras de servicios de salud/46
 - 2.2 Recursos para la oferta de servicios/50
 - 2.3 Recursos humanos en salud /52
 - 2.4 Recursos financieros: fuentes, montos y destinos/57
 - 2.5 Servicios producidos/66
 - 3. Caracterización de la demanda de servicios de salud/67
 - 3.1 Percepción de la enfermedad y actitud hacia el tratamiento/67
 - 3.2 Percepción de los servicios de salud/69
 - 3.3 Acceso a los servicios de salud/71
 - 3.4 Calidad de los servicios/73
 - 3.5 Análisis cuantitativo de la demanda/74
-

Capítulo V

Áreas críticas en el Sistema de Servicios de Salud

79

- 1 Organización del Sistema de Servicios de Salud/79
 - 2 Financiamiento de los servicios de salud/82
 - 3 Recursos humanos/83
 - 4 Materno- infantil/85
 - 5 Medio ambiente y salud/86
-

Capítulo VI

Lineamientos estratégicos de La Reforma de Salud

89

- 1 Mantenimiento de los status quo/89
 - 1.1 Mantenimiento de las inequidades en los servicios/89
 - 1.2 Colapso financiero del Sistema de Salud/90
 - 1.3 Deterioro en la entrega de servicios/92
 - 1.4 Deterioro de la situación de salud/93
 - 1.5 Costos mayor de La Reforma de Salud en el futuro/94

6

- 2 Principios orientadores de La Reforma/94**
 - 2.1 Redefinir la función del Estado y del MSPAS/95
 - 2.2 Descentralizar la gestión de los servicios de salud/96
 - 2.3 Aumentar el financiamiento y establecer incentivos adecuados/98
 - 2.4 Creación de un Sistema Organizado de Salud/99
 - 2.5 Gradualidad del cambio/100
 - 3 Restricciones y potencialidades de los cambios propuestos/100**
 - 3.1 Factores que facilitan La Reforma/101
 - 3.2 Factores que dificultan La Reforma de Salud/102
-

Capítulo VII *Reforma del Sector Salud* 107

- 1 Introducción/107**
- 2 Estructura general de La Reforma de Salud/108**
- 3 Reorganización institucional del Sector/112**
 - 3.1 Redefinición de la Función del Estado/112
 - 3.2 Creación de un Sistema Organizado de Salud/113
 - 3.3 Delimitación de competencias/115
 - 3.4 Fortalecimiento institucional/115
 - 3.5 Recursos humanos/116
 - 3.6 Promoción y Prevención/117
 - 3.7 Inversiones/117
- 4 Reorganización de la Atención Primaria de Salud/118**
 - 4.1 Descentralización de los servicios de APS/118
 - 4.2 Adecuación de las estructuras del MSPAS/118
 - 4.3 Aumento del financiamiento/119
 - 4.4 Aumento de la capacidad resolutive de promotores y parteras empíricas/119
 - 4.5 Establecimiento de incentivos adecuados/122
 - 4.6 Fortalecimiento institucional en la APS/122
 - 4.7 Recursos humanos en APS/123
 - 4.8 Promoción y prevención/124
 - 4.9 Inversiones/124
- 5 Reorganización de la Atención Especializada y Hospitalaria/126**
 - 5.1 Transferencia de la gestión de hospitales del MSPAS e ISSS al Sector Privado/126
 - 5.2 Financiamiento de la AEH/126

- 5.3 **Introducir incentivos adecuados/130**
 - 5.4 **Fortalecimiento institucional de la AEH/131**
 - 5.5 **Recursos humanos para la AEH/132**
 - 5.6 **Inversiones en AEH/132**
 - 6 **Reforma de Salud: global o parcial/133**
-

ANEXOS

135

- ANEXO 1 Recomendaciones específicas/137**
- ANEXO 2 Comentarios sobre la Propuesta de Reforma de Salud/144**

SIGLAS O ACRONIMOS

ADS	Asociación Demográfica Salvadoreña
AEH	Atención Especializada y Hospitalaria
AMSS	Area Metropolitana de San Salvador
ANDA	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados
ANSAL	Análisis del Sector Salud de El Salvador
ANTEL	Administración Nacional de Telecomunicaciones
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano para el Desarrollo
BM	Bienestar Magisterial
BM	Banco Mundial
BPN	Bajo Peso al Nacer
CCS	Consejo Consultivo de Salud
CEL	Comisión Hidroeléctrica del Río Lempa
CEPRHI	Comité Ejecutivo Protector de los Recursos Hídricos
COBAS	Conjunto Básico de Servicios de Salud
COINCA	Comité Interinstitucional de Cáncer Ginecológico
COMURES	Corporación de Municipalidades de El Salvador
CONAMA	Consejo Nacional del Medio Ambiente
CONIAPUS	Comité Nacional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EHPM	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (MIPLAN)

ENV	Expectativa de Vida al Nacer
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual
FAES	Fuerza Armada de El Salvador
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FIS	Fondo de Inversión Social
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GAES	Grupo Asesor Económico y Social
GAM	Gerenciamiento de la Atención Médica
GOES	Gobierno de El Salvador
IMS	International Marketing Statistics
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
IPA	Incidencia Parasitaria Anual
IRA	Infección Respiratoria Aguda
ISDEM	Instituto Salvadoreño de Desarrollo Municipal
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MASICA	Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano
MINED	Ministerio de Educación
MIPLAN	Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NRV	Nacidos Vivos Registrados
OEDA	Oficina Especializada en Agua
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud

PIB	Producto Interno Bruto
PLANSABAR	Plan de Sanamiento Básico Rural
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PRN	Programa de Reconstrucción Nacional
PKOLIS	Programa de Reinserción Productiva de Lisiados de Guerra
PROSAMI	Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil
RRHH	Recursos Humanos
RRHISS	Recursos Humanos en Salud
SALUCO	Sistema de Salud Comunitario
SEMA	Secretaría Ejecutiva del Medio Ambiente
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SRN	Secretaría de Reconstrucción Nacional
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UES	Universidad de El Salvador
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional/El Salvador

AGRADECIMIENTOS

El Análisis del Sector Salud de El Salvador (ANSAL) ha sido un esfuerzo intenso y vasto. El mismo ha sido posible gracias al apoyo de muchas personas que le dedicaron más tiempo y esfuerzo que el requerido por el estricto cumplimiento del deber. El agradecer a instituciones y personas constituye siempre un riesgo. Puede omitirse involuntariamente a quienes colaboraron en el cumplimiento de la misión. Conocedor de ese riesgo he decidido asumirlo pues serían más numerosas y graves las omisiones implícitas en una expresión genérica de gratitud.

Los siguientes **Organismos de Cooperación Internacional** significaron un gran apoyo para ANSAL: el Banco Mundial, en particular Madalena Dos Santos; el BID a través de su representante en El Salvador, Stephen McGaughy y del Dr. Robert Kestell; la AID por medio de John Tomaro, Paul Hartenberger, Brenda Doe y el equipo de Salud, Población y Nutrición; la OPS/OMS por medio de su representante en El Salvador, Dr. Hugo Villegas y del Dr. A. Lopez Acuña; el PMA a través de su representante en El Salvador, Ing. Oscar Sarroca; así como otros organismos que permanentemente cooperaron con el proyecto como UNICEF, el FNUAP y otras agencias de cooperación bilateral.

El **Gobierno de El Salvador** cooperó durante la totalidad del esfuerzo a través del MSPAS y de MIPLAN. Merecen especial reconocimiento el Sr. Viceministro de Salud Dr. Gustavo Argueta y la Directora del GAES de MIPLAN, Dra. Evelyn de Lovo. En momentos difíciles del análisis, cuando errores de apreciación del equipo ANSAL, levantaron resistencia parcialmente justificada entre funcionarios y autoridades de diversas dependencias del MSPAS, el Dr. Argueta se constituyó en un conciliador excelente que permitió superar las dificultades y continuar el esfuerzo. La Dra. de Lovo procuró incansablemente la identificación de las áreas de acuerdo y presentó en forma insuperable la posición común acordada por un grupo diverso en varias reuniones claves. El Dr. R. Olivares aportó su apoyo, brindó información y reflexión en un área de difícil tratamiento como la seguridad social. Innumerables funcionarios del MSPAS ejercitaron su paciencia y comprensión participando en reuniones con los miembros del equipo o en diversas instancias del proceso de revisión. A todos ellos les expresamos nuestra gratitud en las personas del Dr. Alcides Urbina y del Dr. José Pereira. Finalmente, en representación de la rama legislativa, el Dr. Héctor R. Silva fue un entusiasta colaborador en toda la tarea de revisión. Su participación y consejo, el espíritu de diálogo unidos al análisis realista del Sector lo convierten en un pilar esencial de cualquier intento de reforma del Sistema de Salud.

La comunidad de ONGs apoyó nuestra tarea desde el inicio y en muy diversas formas. En particular queremos expresar nuestro reconocimiento a la ADS y a las ONGs nucleadas en PROSAMI así como a otras que no están afiliadas a ésta. Son muchos los nombres a incluir en este grupo: en la imposibilidad de incluirlos a todos mencionaremos a quienes estuvieron más cerca de nuestro esfuerzo; el Dr. Eliseo Orellana, Vicky Guzmán de Luna, Sara Ventura y Yanira Argueta. La vocación de servicio de este grupo de salvadoreños nos fue transmitida con fuerza y convicción por todos ellos.

El Salvador cuenta con fundaciones o núcleos de pensamiento que participan activamente en la elaboración pública de políticas. El aporte de estas organizaciones nos fue sumamente útil, al enriquecer nuestro análisis: FUSADES, Fundación UNGO, Fundación Maquilishuat, FUNDE y FUSAL siempre nos dieron su aporte cuando se lo solicitamos. Compartieron con nosotros sus propios diagnósticos y recomendaciones. En particular queremos agradecer a Sandra de Barraza, a Lilian de Caballero y a Herbert Bentancour por su desinteresada colaboración. El Colegio Médico de El Salvador es no sólo una organización corporativa que defiende los intereses del cuerpo médico, sino que también vela por una adecuada atención de la población.

Su contribución al proceso de elaboración de ANSAL fue muy valioso tanto por parte del Dr. Angel Murga como de su actual Presidente Dr. Ricardo Suarez Arana.

Tanto la elaboración del contenido técnico pero fundamentalmente el proceso de revisión requirieron un esfuerzo especial de organización. En particular las reuniones comunitarias no se hubieran podido realizar sin el apoyo caluroso y efectivo del personal de proyectos de USAID/San Salvador. Nuestro agradecimiento más sincero hacia el Director de APSISA y su staff, Ing. Carlos Castaño; al Director de PRO FAMILIA y el suyo, Sr. Larry Smith y, en particular al personal del proyecto PROSAMI y a su Directora Elizabeth Burleigh. Ellie nos brindó su apoyo, fue consejera y nos regaló a todos su amistad; todos le estamos muy agradecidos. Vivian Sellars fue la encargada de gerenciar buena parte de los fondos del proyecto, por parte de LTS (contratista) desde los EEUU. Con su actitud bien dispuesta, solucionó muchos inconvenientes y facilitó la tarea del equipo.

José Marques y Mauricio Silva ayudaron con su crítica constructiva, basada en su rica experiencia, a afinar el análisis y mejorar las recomendaciones. Sus consejos en la identificación de áreas críticas y en la formulación de la propuesta de reforma fueron tan valiosos que pronto se convirtieron en parte esencial de la propuesta de ANSAL. Mauricio Silva tuvo bajo su responsabilidad la redacción de la Síntesis Ejecutiva, labor que desempeñó con una capacidad y dedicación sin igual. A ambos nuestro reconocimiento.

La labor de los consultores se vio facilitada por el apoyo de la Unidad de Administración bajo la dirección de la Arq. Emilia de Quintanilla. Dorothy Carranza, Benjamín Rivera, Jashia Castillo, Rafael Hernández y Judith Melissa González aportaron un esfuerzo especial para que la convocatoria a las reuniones, distribución de documentos, acuerdos de entrevistas, etc., se desarrollaran con los mínimos contratiempos. Especial mención merece Melissa González quien demostró capacidad de liderazgo y creatividad en la organización de las diez reuniones comunitarias.

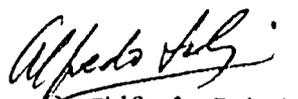
Más de 1000 páginas de documentos finales fueron editados como parte de ANSAL. Ello supone una improbable tarea de corrección, formateo, pruebas, etc. La responsabilidad le cupo a una joven periodista salvadoreña, Gladys Aída Polío quien la asumió con una madurez poco frecuente a su edad. En la excelencia de su trabajo le ayudaron con gran dedicación y capacidad, Jorge Roberto Obando (honorario), Claudia E. Morales y Marcelino García. Merece una mención especial Claudia Morales por su capacidad para organizar técnica y logísticamente las jornadas del Centro Loyola con total éxito. Los cuatro constituyeron un equipo luchador que superó todas las dificultades que se interpusieron en su camino. A su paciencia, perseverancia y esmero en la búsqueda de la excelencia, nuestro sincero agradecimiento.

ANSAL se benefició de varios estudios complementarios: Agua y Saneamiento, Lactancia Materna, SIDA, Costos Hospitalarios, Servicios Preventivos, Sector Privado y Estudio cuantitativo de la Demanda. A los integrantes de los equipos que realizaron esos estudios nuestro aprecio y gratitud. Merece destacar la labor de Joyce Fowler quien apoyó al equipo de recursos, desarrolló el estudio sobre prevención y asumió el gerenciamiento del proyecto en su etapa final.

ANSAL fue la obra de un equipo. Charles Lininger, Agustín Carrizosa, John Fiedler, Francisco Becerra, Masako Ii, Roberto Argüello, Alberto Zúñiga, Jim Bates, David Lee contribuyeron con sus conocimientos especializados al análisis de sus respectivos temas. El equipo central, el que asumió las mayores responsabilidades estuvo constituido por Jaime Ayalde, Cynthia Prieto, Esperanza Martínez y Susan Kolodin. Los esfuerzos y las tareas realizadas por cada uno de ellos los convierte en abanderados de ANSAL. Todos excedieron con creces sus términos de referencia y a ellos, mi más sincera gratitud. Además de sus respectivas tareas técnicas, que desempeñaron con total efectividad y a gran nivel, cada uno realizó un aporte especial.

Jaime aportó la madurez y sabiduría que da la experiencia, Cynthia supo identificar con valentía las trabas del Sistema, Esperanza colaboró con su enorme capacidad de análisis, aún en circunstancias personales muy difíciles y Susan fue la trabajadora incansable que solucionó con tenacidad y sapiencia, las dificultades que se fueron presentando.

Ejercer la dirección de este equipo fue un privilegio y tarea relativamente fácil pues fueron todos trabajadores incansables e inteligentes. Las diferencias de opinión que puedan haber generado descortesías de mi parte son de mi responsabilidad. Los errores técnicos del trabajo del equipo, que existieron como en toda tarea de seres humanos, son también de mi responsabilidad. Espero que los primeros no marchiten amistades y que los segundos no se conviertan en un obstáculo para que el trabajo de ANSAL contribuya efectivamente a mejorar el bienestar del pueblo salvadoreño para quien va dirigido nuestro agradecimiento final.


Dr. Alfredo Solari
Director del Proyecto

INTRODUCCION

1 Propósito y características

El Análisis del Sector Salud de El Salvador (ANSAL) tuvo como objetivo el evaluar la situación de salud de la población, la organización y funcionamiento de los servicios de salud y las políticas que orientan al Sector con el fin de formular recomendaciones a las autoridades nacionales y a los organismos internacionales tendientes a solucionar los problemas detectados.

El último análisis sectorial de salud se había realizado en El Salvador en 1978. A pesar del conflicto armado entre 1980 y 1992; de la recesión económica de inicios de la década de los 80 y del terremoto de 1986, el país había efectuado progresos en sus indicadores de salud lo cual justificaba por sí, la realización de un nuevo análisis sectorial.

A partir de los acuerdos de paz de 1992, el país inició un intenso proceso de reconciliación nacional y de fortalecimiento de las estructuras democráticas que implicó, entre otros aspectos, encarar con decisión los desafíos económicos y sociales dependiendo cada vez menos de la cooperación externa. Para fortalecer este proceso, los organismos de cooperación internacional que colaboran con el país, en particular la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), entendieron conveniente y oportuno realizar evaluaciones en profundidad de los sectores de educación y salud. Las recomendaciones emergentes de estas evaluaciones serían puestas a disposición de la autoridades que surgieran de las elecciones de marzo-abril de 1994, las primeras en muchos años en las que participarían todas las corrientes políticas del país.

La decisión de efectuar esta evaluación sectorial fue tomada en conjunto por varias organizaciones de cooperación internacional (como resultado de sus esfuerzos de coordinación) y las autoridades nacionales, representadas por los Ministerios de Planificación (MIPLAN) y de Salud (MSPAS). Se acordó desde el inicio que la evaluación pondría igual énfasis en el contenido técnico y en el proceso usado para desarrollarlo. En lo técnico ANSAL debía recomendar, sin restricciones políticas o económicas, lo que entendiera más apropiado para la salud del país en los próximos veinte años. El proceso de análisis de la información y de formulación de las recomendaciones debía ser participativo, tratando de tomar en consideración la mayor cantidad y diversidad de opiniones.

2 Estructura del equipo y productos de ANSAL

El proceso de ANSAL comenzó a inicios de 1993, en que se desarrolló, por parte del proyecto APSISA de USAID, una identificación preliminar de los objetivos del análisis, de los términos de referencia de los expertos en cada área y de las calificaciones que éstos deberían poseer. Dicho listado fue revisado y ligeramente modificado en mayo de 1993 y finalmente aprobado a fines de junio de ese año, fecha en que fue seleccionado el Director Técnico del proyecto. Durante los meses de julio y agosto se seleccionaron los expertos que integrarían el equipo. Estos y el Director Técnico iniciaron sus trabajos en el país a comienzos de octubre de 1993.

ANSAL se organizó en base a tres subgrupos principales:

- *Situación de Salud*; liderado por un epidemiólogo e integrado por expertos en Materno-infantil, Planificación Familiar, Salud Ambiental y Nutrición.

- *Sistema de Servicios de Salud*; liderado por una salubrista e integrado por expertos en Desarrollo Organizacional, Infraestructura y Productos Farmacéuticos.
- *Recursos de Salud*; liderado por un economista e integrado por expertos en Recursos Humanos, Percepción Comunitaria y Demanda de Servicios de Salud.

Se contrató un experto en aspectos legales para que asesorara a los diversos subgrupos en su labor. Este apoyo no funcionó adecuadamente.

Complementando el trabajo de los subgrupos se realizaron seis estudios especiales en temas específicos. Estos estudios requirieron diverso grado de esfuerzo y sus resultados fueron también variables; desde evaluaciones completas que dejaron recomendaciones completas: SIDA, Agua y Saneamiento, Lactancia Materna, Estudios de Costos Hospitalarios hasta estudios preliminares o reiteración de análisis, que requieren ser profundizados en el futuro: Oferta Privada de Servicios, Análisis Cuantitativo de la Demanda y Programas Preventivos.

Entre la labor de los subgrupos y los estudios especiales participaron en total 34 expertos en un esfuerzo equivalente a 72 meses/persona, lo cual arroja un promedio de casi 2 meses por experto. Los líderes de subgrupos y los expertos en temas globales tuvieron una participación de casi cuatro meses cada uno, por lo que la mayoría de los expertos participaron en el análisis durante tres a cinco semanas solamente. Todos los organismos internacionales patrocinantes financiaron la participación de expertos en diversas áreas. La tercera parte de los consultores fueron nacionales o residentes en el país.

La duración total de ANSAL en su trabajo técnico fue de ocho meses. La cantidad de consultores, lo limitado de la participación de la mayoría de ellos y la discontinuidad del esfuerzo, aún de los jefes de subgrupos crearon dificultades de organización que incidieron negativamente en el resultado final. A la luz de la experiencia recogida hubiera sido conveniente que el pequeño grupo de expertos principales hubieran permanecido en el país durante la totalidad del esfuerzo y que se hubieran seleccionado un número menor de áreas temáticas específicas a explorar mediante estudios complementarios.

ANSAL produjo varios documentos como resultados de su trabajo: 9 informes técnicos, 1 informe final y 1 síntesis ejecutiva. Asimismo, se produjeron siete informes complementarios en temas que ameritaron estudios específicos¹.

¹ Estos abarcan los siguientes temas: SIDA, Lactancia Materna, Agua y Saneamiento, Costos de los Hospitales del MSPAS, Oferta del Sector Privado, Planificación Familiar y Servicios Preventivos. Copias de los mismos pueden obtenerse en la oficina de Salud, Población y Nutrición de USAID/ San Salvador.

Los informes técnicos comprenden las siguientes áreas:

- *Perfil Epidemiológico* (Dr. Jaime Ayalde);
- *Salud Materno-infantil* (Dr. Francisco Becerra);
- *Salud y Medio Ambiente* (Ing. Roberto Argüello);
- *Sistema de Servicios de Salud* (Dres. Cynthia Prieto y Agustín Carrizosa);
- *Administración de Productos Farmacéuticos* (Dr. David Lee y Sr. James Bates);
- *Infraestructura del Sector Salud* (Arq. Alberto Zúñiga);
- *Financiamiento del Sector Salud* (John Fiedler, PhD);
- *Recursos Humanos en Salud* (Dra. Esperanza Martínez);
- *Percepción Comunitaria y Demanda de los Servicios de Salud* (Dra. Susan Kolodin).

El Informe Final resume los principales hallazgos y recomendaciones en relación a la situación de salud, a la organización del Sector y a los recursos humanos, financieros y de infraestructura disponibles y, propone una reorganización profunda del Sector: una *Reforma de Salud*.

La Síntesis Ejecutiva resume en unas 35 páginas el contenido del Informe Final; constituye un instrumento de amplia difusión fácilmente accesible a un grupo más amplio de personas interesadas en el tema.

3 Proceso participativo

Tanto la preparación como la implementación del análisis del Sector se caracterizaron por una amplia participación. Se intentó que la misma abarcara varias dimensiones: todos los organismos internacionales activos en el tema salud; todas las instituciones oficiales y organizaciones privadas involucradas en el desempeño del Sector Salud; las fundaciones activas en el proceso de diálogo nacional sobre políticas sociales; el personal de los servicios de salud y los representantes de la comunidad. La finalidad de este esfuerzo fue doble: enriquecer el conocimiento de los miembros del equipo ANSAL sobre la realidad nacional y, forjar un acuerdo pluralista sobre la naturaleza de los problemas del Sector y sus posibles soluciones.

Se usaron para ello varios instrumentos. Un elemento esencial fueron las entrevistas y contactos personales de los miembros claves del equipo técnico y del Director Técnico con las autoridades de MIPLAN, del MSPAS, con líderes de las ONGs agrupadas en PROSAMI y con los expertos en salud de las tres principales fuerzas políticas. Los responsables de los organismos de cooperación internacional patrocinantes de ANSAL fueron informados periódicamente de la marcha de los trabajos y del proceso de consulta.

Además de los contactos anteriores, se estableció un mecanismo formal de revisión de los trabajos de ANSAL. A fines de los primeros tres meses, el equipo había elaborado las versiones en borrador de los informes técnicos. Previo a la elaboración de recomendaciones basadas en estos hallazgos, era importante confrontarlos con un amplio espectro de personas conocedoras de la realidad nacional. Para ello se organizó una estrategia de revisión que comprendió los siguientes cuatro componentes:

- Comentarios escritos;
- Reuniones comunitarias;
- Jornadas con líderes del Sector;
- Taller con organismos internacionales (OPS/Washington).

1. *Comentarios escritos.* Se invitaron a 128 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.

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 más importantes.

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.

Las reuniones comunitarias consistieron en breves presentaciones técnicas por parte de los miembros del equipo de ANSAL y de grupos de discusión que cubrieron tópicos específicos. En las mismas participaron aproximadamente unas 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.

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. Doce de los trece líderes invitados a las jornadas participaron; quienes así lo hicieron permanecieron durante la totalidad del tiempo que duró el ejercicio. Fue invitado a participar pero no se hizo presente el Decano de la Facultad de Medicina de la UES.

En las jornadas se discutió la situación de salud, el funcionamiento del Sector, los recursos disponibles y una propuesta general de ANSAL de reformar el Sector, fortaleciendo los servicios preventivos y curativos básicos. Asimismo, se realizaron presentaciones por parte del MSPAS, GAES y representantes de partidos políticos. Los participantes analizaron la temática en grupos de trabajo.

4. *Taller con organismos internacionales.* Se realizó un taller de un día y medio de duración en la sede de la OPS en Washington al que asistieron cinco integrantes del equipo ANSAL, ocho invitados salvadoreños y entre 30 y 40 funcionarios de los organismos patrocinantes de ANSAL: BID, Banco Mundial, AID y OPS/OMS. La integración del grupo salvadoreño en las jornadas y en el taller fue similar, así como las presentaciones y los tópicos para discusión.
5. *Seminario nacional.* Preparados el Informe Final y la Síntesis Ejecutiva, se realizó un seminario nacional. En éste se presentaron los principales hallazgos y la propuesta de Reforma de Salud formulada por ANSAL. Se cursaron invitaciones a 250 personas incluyendo líderes de organizaciones de salud públicas y privadas así como los participantes más activos y destacados de las reuniones comunitarias. Los participantes, organizados en cinco grupos de trabajo, analizaron el material presentado sobre tres temas pre-definidos cuyas conclusiones se presentan en un anexo de este Informe.

El resultado del proceso de revisión fue sumamente útil para el trabajo de ANSAL. En particular las reuniones a nivel comunitario constituyeron una oportunidad excelente para recoger la opinión y experiencia de personas que están en la primera línea de los servicios o que representan a los usuarios más humildes. Por su parte, las jornadas con líderes y la reunión en la OPS/Washington permitieron ajustar la información disponible y precisar los conceptos que manejaba el equipo de ANSAL. Además, fueron útiles para facilitar el diálogo entre personas que, teniendo el objetivo común de mejorar la salud del país pero trabajando en distintas instituciones públicas y privadas y teniendo distinta orientación ideológica, no tienen frecuentemente la posibilidad de intercambiar ideas.

Como consecuencia natural de ese proceso, se fue elaborando un acuerdo, entre salvadoreños e integrantes del equipo ANSAL, sobre la necesidad de realizar una reforma en el Sector Salud y sobre las orientaciones básicas que la misma debería tener. Esas orientaciones generales de la Reforma de Salud fueron presentadas, en el taller en la OPS/Washington, por uno de los asistentes en nombre de los salvadoreños participantes, y reflejan un consenso explícito sobre las orientaciones principales de los cambios. Esa presentación conjunta de un grupo nacional tan diverso causó una impresión muy favorable en los representantes de los organismos internacionales quienes expresaron el compromiso de sus instituciones de continuar apoyando el desarrollo del Sector Salud en El Salvador.

4 Contenido del informe final

Este informe consta de siete capítulos y dos anexos. Los primeros cuatro presentan la situación del país y del Sector Salud. El quinto articula la parte diagnóstica inicial con la propuesta de Reforma de Salud presentada en los dos últimos capítulos. El Anexo 1 contiene las recomendaciones específicas sobre los temas explorados durante el análisis. El Anexo 2 contiene las conclusiones de los grupos de trabajo del seminario nacional a la propuesta formulada por ANSAL.

El capítulo primero presenta los principales elementos del contexto económico, social y político del país. Ello incluye: la magnitud y características de la pobreza; la distribución espacial de la población con énfasis en la ruralidad; el analfabetismo y otros factores que aumentan el riesgo de enfermar del segmento más postergado de la sociedad (grupo urbano-marginal y rural con ingresos por debajo de la línea de pobreza). Asimismo, en el capítulo se relaciona la postergación social y económica de ese segmento de la población con la evolución política del país. Se presentan algunos de los esfuerzos realizados, tanto a nivel público como privado, por corregir los problemas sociales, particularmente durante los últimos cinco años.

El capítulo segundo presenta la situación demográfica y de salud desde una visión global. Lo hace mediante tres aspectos de la sociedad salvadoreña que están relacionados entre sí:

- a) sus principales características demográficas: el predominio de niños y jóvenes; las aún elevadas tasas de fecundidad; la alta densidad poblacional y la migración tanto externa como interna.
- b) las enfermedades más comunes y que causan mayor deterioro en el estado de salud de la población: infecciosas, inmuno-prevenibles, parasitarias, transmitidas por vectores y las relacionadas al embarazo, parto y puerperio,
- c) las principales causas de esas enfermedades: relacionadas a las bajas condiciones de saneamiento básico y el acceso al agua potable.

El capítulo tercero tiene por objetivo profundizar en detalle sobre los principales problemas de salud que afectan a la población salvadoreña. Para cada uno de esos problemas se identifican, en la medida de lo posible, los principales grupos afectados (urbano, urbano-marginal o rural; por grupo socio-económico u otros);

los factores de riesgo más importantes y los esfuerzos programáticos por solucionarlos, sus resultados y perspectivas.

El capítulo cuarto tiene por finalidad describir la organización del Sector Salud y del sistema de servicios de salud, entendiendo por Sector el conjunto de organizaciones públicas y privadas que afectan el estado de salud y, por sistema de servicios, a las organizaciones que producen servicios de salud dirigidos a las personas. Se presentan tres temas: la forma en que el Estado participa en la organización del Sector; la configuración del sistema de servicios y las principales características de la oferta y, finalmente, la caracterización de la demanda de los servicios de salud por parte de la población.

El capítulo quinto analiza los aspectos relevantes o áreas críticas que, en opinión del equipo ANSAL, traban el desempeño del Sector Salud y presenta en forma esquemática, las recomendaciones más importantes para corregirlos. A efectos de facilitar su presentación se analizan por grupos temáticos: organización del sistema; financiamiento de los servicios; recursos humanos; salud materno-infantil y, agua y saneamiento. Se presentan siguiendo ese orden temático, en tablas donde se exponen esquemáticamente las principales "*áreas críticas*" y, para cada uno de ellas, las *recomendaciones* correspondientes.

El capítulo sexto presenta la introducción a la Reforma de Salud. Está constituido por tres partes: la hipótesis del mantenimiento del sistema actual, los principios orientadores de La Reforma y, sus restricciones y potencialidades. Es de particular interés en este capítulo su segunda sección, la que presenta y explica los principios orientadores de La Reforma. Los mismos fueron acordados por el grupo de salvadoreños que participó en la jornadas realizadas en el Centro Loyola y en el Taller en la OPS/Washington. Son principios orientadores generales y, por tanto, reflejan el propósito final que deberían alcanzar los cambios en el Sector Salud.

El capítulo siete describe los componentes de la Reforma de Salud propuesta por ANSAL. Estos son fundamentalmente cuatro: la reorganización institucional del Sector, la reforma de los servicios preventivos y curativos básicos (agrupados en la Atención primaria de Salud o APS), la reorganización de la Atención Hospitalaria y Especializada (AHE) y el fortalecimiento de las acciones sobre el medio ambiente.

Los capítulos 1 a 4 del Informe Final pueden ser leídos en forma independiente de los otros. Cada sección del capítulo 5 puede ser leída en combinación con el segmento correspondiente a ese tema en los capítulos 3 y 4. Los capítulos 6 y 7 pueden ser leídos en forma independiente pero son más fáciles de entender en toda su complejidad si son vistos en forma conjunta. Por último, la Síntesis Ejecutiva presenta una visión global y de fácil lectura de la totalidad del material del Informe Final, sin comprometer por ello, los elementos más importantes del diagnóstico y las recomendaciones.

El análisis técnico, el proceso participativo y los informes constituyen las principales manifestaciones del esfuerzo de ANSAL. Sin embargo, el mismo sólo será de utilidad en la medida que sus hallazgos y conclusiones sirvan, a través de su implementación, para mejorar el funcionamiento del Sector Salud y contribuyan de esa forma al bienestar del pueblo salvadoreño.

PANORAMA GENERAL

Con el actual sistema de salud, uno de cada dos niños de futuras generaciones sufrirá enfermedades vinculadas a la pobreza, las cuales limitarán su desarrollo.

En una visión de largo plazo ésta es la principal conclusión de ANSAL. Se necesitan cambios profundos para impedir esta situación. Las razones, los lineamientos y los componentes de esos cambios se exponen en esta Síntesis Ejecutiva.

La población de El Salvador está constituida mayoritariamente por mujeres en edad fértil y niños menores de quince años; ellos constituyen cerca del 65% del total. Ese grupo presenta los mayores problemas de salud y es el que está relativamente menos atendido. Sus principales problemas son de tipo primario, pudiéndose agravar al no ser tratados oportunamente. El tipo de enfermedad y su tratamiento oportuno requieren: (i) un enfoque, preventivo, educacional y curativo básico; (ii) fácil acceso a los servicios básicos de salud, sobretudo en las áreas rurales y urbano marginales; (iii) un sistema integral que permita la referencia eficaz de casos de riesgo y (iv) aumentar la disponibilidad de agua segura y la protección del medio ambiente.

El esfuerzo del Gobierno ha sido importante en los últimos cinco años resultando en la mejoría de la situación de salud. Sin embargo, el sistema de salud presenta dificultades a superar: limitación en el acceso para la población rural y pobre; problemas de eficiencia; concentración de los servicios en el Área Metropolitana de San Salvador y un enfoque predominantemente curativo e inadecuado para el perfil epidemiológico de la población. El Estado ha sido débil en la formulación e implementación de políticas, normatización y supervisión, por haber privilegiado, dada la situación de conflicto, la provisión directa de servicios. La gestión de éstos en el Sector Público ha sido centralizada, poco eficiente, dispersa en el tipo de acciones realizadas y en la población cubierta.

A pesar del aumento del gasto del Estado en los últimos cuatro años, el financiamiento del Sector es insuficiente, presenta inequidades importantes y depende parcialmente de fuentes externas. El país no ha logrado elaborar políticas efectivas de recursos humanos; tampoco ha habido una coordinación adecuada con las instituciones responsables de su formación. Todo esto ha resultado en un desequilibrio entre oferta y demanda. El manejo del personal estatal es centralizado y con incentivos inadecuados, lo que produce ineficiencias en su utilización.

De seguir operando como hasta el presente se producirán situaciones que el país puede evitar:

- deterioro en la situación de salud;
- mantenimiento de las desigualdades en los servicios;
- colapso financiero del sistema;
- deterioro en la entrega de servicios;
- mayor costo de los cambios en el futuro.

La revisión de la situación de salud y del funcionamiento del sistema estimuló a ANSAL a buscar alternativas que permitieran solucionar los problemas identificados. En cada campo específico se formularon recomendaciones relacionadas con su problemática. Un listado resumido de estas recomendaciones específicas, se presenta en el Anexo 1.

Este panorama motivó al equipo de ANSAL a buscar modelos alternativos para el desarrollo del Sector Salud en El Salvador. Para ello, complementó su estudio con un amplio proceso de consulta con funcionarios de

instituciones públicas y privadas del Sector, líderes comunitarios, usuarios, políticos de diversa extracción y representantes de organismos internacionales. Ese proceso permitió arribar a un acuerdo entre salvadoreños y el equipo ANSAL, sobre la necesidad de realizar una reforma en el Sector Salud y a determinar las orientaciones básicas que la misma debería tener. Los principales organismos internacionales consultados (Banco Mundial, BID, OPS/OMS y USAID) mostraron, en términos generales, su apoyo a esos lineamientos.

Los problemas principales del Sector son:

- atención y cobertura insuficientes,
- ineficiencias,
- inequidades y
- falta de sustentabilidad.

Para solucionarlos ANSAL propone una estrategia basada en los siguientes lineamientos:

- redefinir el rol primordial del Estado transformándolo de proveedor directo de servicios en facilitador del accionar privado;
- focalizar la atención del Estado en la población en situación de pobreza y en la Atención Primaria de Salud;
- fortalecer los programas dirigidos a los diez principales problemas de salud;
- priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;
- aumentar progresiva, pero sustancialmente el financiamiento y reestructurar sus fuentes;
- crear un sistema organizado de salud y aumentar su eficacia y eficiencia.

El término Atención Primaria de Salud o APS se usa de dos formas: (a) referido a un proceso de descentralización y participación comunitaria en los servicios, conformando una estrategia de atención (OMS/OPS) y, (b) como sinónimo de los servicios que se prestan en el primer nivel de atención, incluyendo acciones de promoción, prevención y educación en salud y actividades curativas básicas para los problemas más frecuentes de salud de la población. Durante el desarrollo de este análisis ANSAL ha convenido con algunas instituciones nacionales en usarlo en esta segunda acepción. Equivale a primer nivel, atención básica, atención primaria y otros similares.

La cobertura insuficiente, las inequidades y la falta de sustentabilidad requieren un mayor esfuerzo financiero de los usuarios y del Estado. Este deberá concentrar su financiamiento en la población de menores ingresos y focalizarlo en la APS. Para ello, se incrementarán fuertemente los aportes de los usuarios por encima del nivel de pobreza, para cubrir sus necesidades de atención. Las ineficiencias se reducirán transfiriendo la función proveedora de servicios al nivel local y al Sector Privado y, modificando prácticas administrativas, sobretudo el sistema de incentivos.

La Reforma de Salud propuesta tiene cuatro componentes:

- la adecuación institucional del Sector,
- la reorganización de la Atención Primaria de Salud,
- la reorganización de la Atención Hospitalaria y Especializada (AHE),
- el fortalecimiento de las acciones sobre el medio ambiente.

Es altamente recomendable que los cambios tengan las siguientes características: ser integrales, modificando el sistema en su conjunto y ejecutando todos sus componentes; deben implementarse gradualmente; deben

contar con fuerte apoyo político, que se refleje en liderazgo del más alto nivel y en apoyo ciudadano y tienen que implementarse con una estrategia participativa y flexible.

La **reorganización institucional del Sector** consiste en la redefinición del papel del Estado; la creación de un sistema organizado de salud; la descentralización de la APS; la transferencia de los hospitales al Sector Privado; el fortalecimiento institucional; el desarrollo de recursos humanos y la priorización de la promoción de salud y prevención de la enfermedad. El Estado, a través del MSPAS fortalecerá su papel rector, normatizador, supervisor y financiador para lo cual reestructurará y fortalecerá sus estructuras técnicas.

La **entrega de los servicios de APS** se transferirá a los municipios, los que respetando la preferencia de la comunidad, prestarán el servicio directamente o lo contratarán con instituciones privadas de diversa índole societaria de acuerdo con la preferencia de la comunidad. Será financiada y totalmente subsidiada por el MSPAS para los grupos ubicados por debajo del nivel de pobreza. El MSPAS definirá una canasta básica de servicios a ser entregados por las organizaciones locales y realizará transferencias a los municipios en base a personas cubiertas. Garantizar el acceso de los pobres a la canasta básica implica aumentar sustancialmente el financiamiento que destina anualmente el Estado a esta actividad (estimativamente, de 230 a 565 millones de colones).

El **elemento principal de la reorganización de la Atención Especializada y Hospitalaria** consiste en transferir a organizaciones privadas la gestión, aunque no necesariamente el patrimonio, de los establecimientos del MSPAS y del ISSS, que brindan hospitalizaciones y atención por especialistas. Esta transferencia debe ir acompañada de una rehabilitación completa de las plantas físicas y del equipamiento, de un aumento sustancial del financiamiento y de una modificación de su base de cálculo, pasando de presupuesto histórico a pago por persona cubierta.

Los establecimientos privados tendrán amplia autonomía en su gestión; competirán entre sí por la entrega de los servicios de hospitalización a ser incluidos en una canasta ampliada de salud. Esta consistirá en un conjunto de servicios de complejidad superior a los de la canasta básica, aunque limitado, ya que excluye tratamientos no frecuentes y caros. Entre la canasta básica y la ampliada se cubrirá aproximadamente un 90% de los problemas de salud.

La canasta ampliada debe ser pagada por los usuarios, quienes tendrán libertad de escoger el hospital donde serán atendidos. Para posibilitar su pago se propone un seguro universal y obligatorio. Las primas de los sectores pobres deberán ser subsidiadas por el Estado, de acuerdo con la capacidad de pago de los beneficiarios. Estado y asegurados aportarán su contribución a un Fondo Nacional de Salud que surge de la transformación del ISSS.

Continuar **fortaleciendo las acciones sobre el medio ambiente** es esencial para mejorar la salud de los salvadoreños. Se debe priorizar el mejoramiento de la provisión de agua segura, el tratamiento de las aguas negras y la recolección y disposición adecuada de basuras. Ello implica aumentar el financiamiento con ese fin así como la recuperación de costos de los usuarios por la provisión de estos servicios.

La Reforma de Salud permitirá mejorar sustancialmente la salud de los salvadoreños, principalmente la de los más pobres, a un costo accesible para la sociedad. Posibilitará que *los niños tengan la salud necesaria para potencializar su desarrollo y que la sociedad continúe consolidando la paz y el crecimiento económico.*

I CONTEXTO POLITICO, ECONOMICO Y SOCIAL

El análisis de un sector constituye un oportunidad especial para examinar en profundidad todos sus componentes; es un ejercicio costoso que se realiza en forma infrecuente. De hecho, el último análisis sobre la salud en El Salvador se efectuó en 1978. Ello justifica que los problemas y sus soluciones sean considerados en periodos amplios, de decenas de años. En consecuencia, las características sociales y económicas presentadas se refieren a los últimos veinte a treinta años y, por lo tanto, trascienden un período de gobierno. Las recomendaciones que se formulan, aún con un horizonte más limitado, van más allá de la próxima administración.

El análisis del Sector Salud y la formulación de recomendaciones sobre políticas, requiere la consideración del contexto social. Este capítulo presenta los principales elementos de ese contexto: la magnitud y características de la pobreza; la distribución espacial de la población con énfasis en la ruralidad; el analfabetismo y otros factores que aumentan el riesgo de enfermar del segmento más postergado de la sociedad (grupo urbano-marginal y rural con ingresos por debajo de la línea de pobreza). Asimismo, en el capítulo se relaciona la postergación social y económica de ese segmento de la población con la evolución política del país. Se presentan algunos de los esfuerzos realizados, tanto a nivel público como privado, por corregir los problemas sociales, particularmente durante los últimos cinco años. Se han alcanzado algunos logros derivados del crecimiento económico y de programas de compensación al ajuste económico. Sin embargo, subsisten problemas importantes que deben orientar la reorganización del Sector.

En función de ello, se argumenta en favor del mejoramiento de las condiciones sociales de los pobres (entre las cuales se encuentra la situación de salud), no sólo como un valor digno de alcanzar por sí mismo, sino también como un elemento necesario para consolidar la paz y promover el desarrollo económico. Como se verá, un conjunto importante de factores políticos, económicos y sociales constituyen un contexto favorable para la implementación de los cambios necesarios.

I Antecedentes

1.1 Postergación de la población en situación de pobreza

El Salvador se caracteriza por lo reducido y accidentado de su territorio en relación al tamaño de su población, lo cual crea una alta presión sobre los factores de producción, en particular la tierra cultivable. Con aproximadamente 675 habitantes por milla cuadrada, El Salvador es la nación más densamente poblada en la región de América Latina y el Caribe.

Históricamente la distribución de la riqueza, del ingreso, de las oportunidades y del bienestar, han sido muy desiguales, con particular postergación de la población rural. *Los niveles de pobreza son muy altos y reducirlos es un imperativo moral importante que enfrenta el país.* De acuerdo con la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) del Ministerio de Planificación (MIPLAN) los ingresos del 40% de los hogares más pobres representaron en 1992 el 16,2% de los ingresos totales, en tanto que para el mismo año, los ingresos del 10% de los hogares más ricos significaron un 30,4% del total. Esta situación representa un leve desmejoramiento en relación a 1988.

Estas diferencias sociales tan marcadas probablemente se han acentuado en los últimos quince años. Durante el período 1978 a 1982, el Producto Interno Bruto (PIB) per capita se redujo en un 25% y permaneció básicamente constante hasta 1990, año en que la economía comenzó a recuperarse. Debido a ese mal

desempeño en el período 1978 a 1990, la pobreza aumentó sustancialmente. La encuesta de MIPLAN permite estimar que el porcentaje de la población en situación de pobreza aumentó en 11 puntos entre 1976 y 1989, mejorando parcialmente (en 7 puntos) en los cuatro años siguientes².

Ajustando las cifras para corregir subestimaciones de ingresos (lo cual disminuye el porcentaje de pobres), el Banco Mundial estimó que aproximadamente un 50% de la población se encuentra en situación de pobreza, con un 12% en pobreza extrema. Los niveles de pobreza son mayores en las áreas rurales donde viven un 61% de los pobres y un 67% de los extremadamente pobres del país (con tan sólo 50% de la población total). En cambio en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), donde reside aproximadamente el 30% de la población, la proporción de pobres y extremadamente pobres es mucho menor³.

La educación de una sociedad refleja la distribución histórica de oportunidades y constituye, al contribuir a la movilidad social, un poderoso instrumento de disminución de la pobreza y del mejoramiento del bienestar. La educación de las madres es un factor determinante del estado de salud de los integrantes del hogar. El nivel de educación formal de la población salvadoreña es bajo. En 1992, el 24% de los niños entre 7 y 12 años no estaban matriculados en la educación básica; el 29% de los adultos eran analfabetos, con mayor proporción entre las mujeres y en el área rural. La oportunidad educativa en El Salvador varía según los distintos niveles de ingreso; en la educación básica los niños de hogares más pobres tienen menos oportunidad de ingresar a la escuela, lo hacen más tarde y permanecen en ella menos años que los niños de hogares con más recursos económicos. En suma, *un 30% de la población no ha tenido acceso a la educación formal y ese porcentaje está disminuyendo muy lentamente.*

Las diferencias de ingreso familiar, de acceso a la educación y a otros servicios como los de salud, en perjuicio de la población rural que constituye un 50% de la población del país, ponen de manifiesto un país dividido con la mitad de su población sistemáticamente postergada. Esas diferencias tan marcadas, constituyen un desafío importante al buen funcionamiento de una democracia participativa.

1.2 Evolución política

El Salvador sufrió un conflicto armado sumamente violento y prolongado entre 1979 y 1992. La imposibilidad de enfrentar y corregir las desigualdades sociales a través del sistema político fue una de las causas de ese conflicto interno. El enfrentamiento armado culminó mediante los acuerdos de paz firmados entre el Gobierno y la guerrilla pero las causas del conflicto, a pesar de los esfuerzos iniciados, continúan subyacentes y requieren ser encaradas y resueltas para garantizar la consolidación de la paz.

La Paz de 1992 se logra entre otros factores, por el deseo de ambas partes de intentar resolver las diferencias de intereses y opiniones por la vía política y democrática en lugar de hacerlo por la fuerza. Es en función de esos aspectos positivos que los Acuerdos de Paz contienen elementos de reconstrucción nacional cuyos objetivos son corregir las secuelas inmediatas de la guerra (p. ej.: reinserción de ex-combatientes) así como también sus causas más profundas (p. ej.: programa de rehabilitación de los sectores sociales).

² La EHPM subestima el ingreso, probablemente en forma mayor el de la población en los deciles más bajos. Sin embargo, es probable que la subestimación se mantenga constante a través del tiempo. De ser así, la tendencia representada por estas cifras es real y el porcentaje de la población en situación de pobreza es mayor en 1993 que en 1978.

³ Para 1992 se definió la *extrema pobreza* como el nivel de ingreso mensual insuficiente para comprar una canasta básica de alimentos (2200 calorías/persona/día), o 204 colones por hogar y por mes, en los sectores urbanos y 119 colones en los rurales; la pobreza relativa está definida como el doble de las cifras anteriores.

El Programa de Reconstrucción Nacional y el proceso político que culmina en las elecciones de abril de 1994, son los pilares fundamentales de una modificación social y política más profunda: del respeto por los derechos humanos y el fortalecimiento de la sociedad civil; de la aceptación del sistema democrático como mecanismo político idóneo para resolver los conflictos de intereses; de atenuar las diferencias sociales para disminuir la pobreza y obtener una sociedad más equitativa.

1.3 Evolución económica

El pueblo salvadoreño es étnicamente homogéneo, constituido en su gran mayoría (más de un 80%) por mestizos quienes dominan la vida política, económica y social. Las diferencias de oportunidades referidas previamente no tienen en El Salvador, a diferencia de otros países de la región, un carácter étnico. A la homogeneidad se agrega la voluntad de progreso y la laboriosidad; ambas características explican el empuje de la sociedad a pesar de la guerra, la recesión y las desigualdades.

Históricamente el país se caracterizó por una elevada emigración. Esta se acentuó marcadamente durante la década de los 80 como consecuencia del conflicto armado y de la recesión económica. Se estimaba para fines de 1993 que aproximadamente un millón de salvadoreños residían en los Estados Unidos. El emigrante salvadoreño es exitoso en su afán de progreso. La emigración no produce un desprendimiento radical; las familias se mantienen en contacto, se producen retornos temporarios o parciales y se remiten fondos para apoyo familiar. Las remesas familiares constituyeron en 1993 la principal fuente de divisas del país: aproximadamente US\$900 millones frente a US\$650 millones provenientes de exportaciones. Así como todos los estratos sociales son fuente de emigrantes, las remesas son recibidas también por todos los segmentos de la sociedad. Habiendo alcanzado un tamaño casi igual al del presupuesto del Estado y distribuyéndose en forma equitativa entre la sociedad, las remesas enviadas por los emigrantes son el principal elemento distributivo del ingreso.

La economía salvadoreña ha mejorado en su funcionamiento en los últimos cuatro años. A finales de la década de los 80 se encontraba en crisis: el crecimiento económico había sido nulo durante la década; la inflación era del 20% anual y el déficit fiscal, previo a las donaciones externas, llegaba al 6% del PIB; los ingresos por exportaciones habían caído a la mitad del inicio de la década y los atrasos en el pago de la deuda externa alcanzaban a los US\$165 millones. A partir de 1989, se implementó un programa de estabilización (reducción de déficit e inflación) y de ajuste estructural (reorientación de la economía hacia el exterior haciéndola más competitiva), con el fin de crear un marco económico adecuado para el crecimiento. Como resultado de los cambios introducidos, se ha establecido una economía más libre, abierta al exterior y se ha fortalecido el accionar del mercado en la asignación de recursos. El PIB creció un 5% por año durante 1992 y 1993 y la inflación cayó al 12% en ese último año. Sin embargo, el déficit fiscal es aún alto (3,9% del PIB en 1992) y las finanzas públicas dependen en exceso del financiamiento externo.

2 Situación actual

2.1 Consolidación política y económica

La presente administración (1989-94) alcanzó la paz y ha logrado sanear la economía y hacerla crecer sobre bases bastante firmes. El partido político en el poder ha alcanzado un respaldo muy importante en las recientes elecciones. La valoración por la población del logro de la paz, la estabilidad y el crecimiento económico parecen haber sido factores importantes en ese respaldo. Las fuerzas políticas no han formulado planteamientos radicalmente diferentes sobre la organización y el funcionamiento de la economía. La apertura comercial; la disciplina monetaria y fiscal; la liberación del mercado; han sido elementos que no levantaron

polémica en la reciente campaña electoral. Se percibe una conformidad entre la población en la marcha de la economía.

En el campo político el proceso de paz y la aplicación de los acuerdos se están consolidando. Aún hay dificultades y amenazas, como los actos de violencia política y de delincuencia común. La campaña electoral y las elecciones se realizaron con libertad de prensa y de reunión; hubieron actos de hostigamiento hacia los adversarios pero éstos fueron pocos. Las expectativas de la población están centradas en el proceso de estabilidad política, de consolidación de la paz y de la recuperación de la economía. Todos los partidos políticos han expresado su compromiso con el fortalecimiento de los programas sociales.

El fin del enfrentamiento ideológico y la pérdida de vigencia de la guerrilla en la Región, constituyen elementos positivos para esas expectativas de democracia, paz y crecimiento económico. Más aún, la modificación de la cooperación externa hará que la sociedad salvadoreña en los próximos cinco años deba apelar en forma creciente a recursos nacionales, tanto económicos como políticos, para mantener la paz y el crecimiento.

2.2 Corrección de los problemas sociales

Los elementos reseñados previamente permiten esperar con confianza el desempeño de la sociedad en los próximos cinco años. Quedan sin embargo, temas profundos por resolver como son la pobreza y las condiciones sociales en que viven los pobres. En la medida que el conflicto armado se justificó y se apoyó en la postergación social y económica de los pobres, los progresos en esta área ayudarán a la consolidación de la paz. Del mismo modo, el crecimiento de una economía competitiva requiere recursos humanos más desarrollados (mejor educados y en mejores condiciones de salud); por lo tanto, los avances en los sectores sociales apoyarán la vigencia de la reforma económica.

Independientemente de estas razones, el mejoramiento de las condiciones de bienestar de la población en situación de pobreza constituye un objetivo moral. El mismo, como se pudo comprobar durante el proceso de consulta pública realizado por ANSAL, es compartido como tal por personas de diversas ideologías, de diferentes vinculaciones institucionales y con diferentes posiciones en cuanto *al cómo* implementar los cambios. En consecuencia, el mejoramiento de la educación y la salud, en lugar de ser focos de enfrentamiento, pueden ser áreas de consenso y de unificación de la sociedad salvadoreña.

La estrategia para reducir la pobreza durante la presente administración no ha dado el resultado esperado. La misma se basó en tres pilares: el fomento del crecimiento económico; los programas para aumentar el capital humano de los pobres y los programas compensatorios, principalmente el Fondo de Inversión Social (FIS) y el Programa de Reconstrucción Nacional (PRN). Esta estrategia tuvo una debilidad importante en el aumento insuficiente en los gastos del Estado en los programas sociales⁴. Frente a la magnitud y arraigo de la pobreza en El Salvador, el Estado gasta apenas un 10% del PIB entre todas sus áreas de actividad. En consecuencia, difícilmente puede impactar positivamente en los niveles de pobreza. La insuficiencia de financiamiento nacional y la dependencia del financiamiento externo de los Ministerios de Salud y Educación reflejan la baja prioridad que el Estado ha podido asignar hasta el presente al problema de la pobreza.

⁴ Una serie de circunstancias económicas y políticas explican parcialmente este incremento insuficiente de los gastos del Sector Público en los programas sociales. La necesidad de comenzar y reafirmar la recuperación económica, los gastos militares y la ofensiva de 1989, las necesidades derivadas de los Acuerdos de Paz y de la reconstrucción nacional, pero por sobre todo la herencia de un sistema impositivo limitado e ineficaz, explican esa insuficiencia.

A su vez el componente más importante de la estrategia empleada para combatir la pobreza, el de aumento del capital humano de los pobres, ha sido aplicado con limitaciones. Esto se ha debido a la baja eficacia de las instituciones que implementan programas sociales en educación y salud, lo que ha resultado en una mejora tan sólo parcial de los indicadores sociales.

A pesar de lo anterior es importante destacar que en materia de salud se han obtenido algunos logros significativos. Entre ellos se pueden mencionar la reducción de la mortalidad infantil, el aumento de la cobertura del programa materno infantil, la focalización del gasto hacia grupos vulnerables incluyendo los programas de nutrición, inmunización y la capacitación de promotores y parteras.

3 Perspectivas

Las siguientes son las principales características del contexto político, económico y social que hereda el gobierno de El Salvador que se inicia el 1 de junio de 1994.

En lo político: el logro de la paz y el deseo de consolidar la democracia. La firma de los Acuerdos de Paz en Chapultepec, hace poco más de dos años, inicia un proceso intenso de reconciliación nacional que permite asegurar el clima de estabilidad necesario para el crecimiento económico y la paz social, reducir la ayuda externa, comenzar a institucionalizar la democracia e incrementar las formas de participación ciudadana. La apertura democrática, las elecciones y el clima de paz crean un ambiente que exige mayores prestaciones sociales, sobretodo, para los más pobres, pero a la vez permite los ajustes, algunas veces difíciles, para lograr esa mayor equidad y eficacia.

En lo económico: el crecimiento económico, el inicio del proceso de modernización del Estado, el énfasis en la disciplina fiscal, la apertura económica y la necesidad de prepararse para una reducción drástica en la cooperación externa. La modernización del Estado implica un cambio sustancial en sus funciones, pasando de un estado interventor y proveedor, a un Estado que se concentre en dirigir, facilitar y supervisar el desarrollo. En los sectores sociales esto implica modificar la función del Gobierno Central fortaleciendo su capacidad de dirigir, normar, supervisar, financiar y redistribuir reduciendo su papel de proveedor de servicios. La reforma fiscal pone énfasis en la eliminación de las ineficiencias, la búsqueda de la eficacia y la reducción del déficit fiscal, asegurando a la vez la reducción de las inequidades a través de la función redistributiva del Estado. La cooperación externa ya anunció una modificación sustancial de su contribución financiera por la cual se reducirá drásticamente el apoyo bilateral, particularmente el no reembolsable. Los tres factores -la modernización del Estado, la disciplina fiscal y la reducción de la ayuda externa- propician una nueva forma de financiar al Sector Salud, de forma que logre los objetivos de reducir las ineficiencias y desigualdades en el financiamiento, reforzar y diversificar las fuentes financieras nacionales y disminuir la dependencia de la ayuda externa.

En lo social: la postergación de amplios sectores de la población en situación de pobreza y altas expectativas de un incremento sustancial de los beneficios sociales, sobretodo, para las mayorías pobres. El fin de la guerra y el fortalecimiento de la democracia refuerzan la contribución de muchos actores civiles (ONGs, municipios, empresa privada) al desarrollo social, a la vez que enfatizan la necesidad de buscar canales efectivos de participación ciudadana. El desarrollo y la apertura económica demandan una fuerza laboral competitiva, lo que requiere una población sana y educada. Ese desarrollo tiene también como condición indispensable la estabilidad social y laboral, de allí que los sectores empresarial y laboral coincidan en priorizar la eficiencia y equidad en la salud y en la educación.

Todos estos factores crean un clima nacional propicio para efectuar los cambios necesarios en los sectores sociales, especialmente en salud y en educación.

II SITUACION DEMOGRAFICA Y DE SALUD

Este capítulo presenta tres aspectos de la sociedad salvadoreña que están relacionados entre sí:

- a) sus principales características demográficas;
- b) las enfermedades más comunes y que causan mayor deterioro en el estado de salud de la población;
- c) las principales causas de esas enfermedades.

Las principales características demográficas de la población salvadoreña, en relación a su estado de salud son, el predominio de niños y jóvenes; las aún elevadas tasas de fecundidad; la alta densidad poblacional y la migración tanto externa como interna. Existe una relación bastante directa entre la estructura por edades de la población, su distribución urbano-rural y los problemas dominantes de salud.

La mayoría de los problemas de salud de la población en El Salvador, se ubican entre las enfermedades características de la pre-transición epidemiológica⁵ (enfermedades infecciosas, inmuno-prevenibles, parasitarias, transmitidas por vectores, las relacionadas al embarazo, parto y puerperio, así como, las relacionadas con las bajas condiciones de saneamiento básico y con el acceso al agua potable). Ello requiere que el esfuerzo social en salud, particularmente el del Estado, se concentre en la prevención de las causas (prevención, promoción y educación en salud); en combatir los factores causales (medio ambiente infectado e inadecuadas condiciones de vida), así como las manifestaciones (enfermedades) propias del período pre-transicional. En gran medida, estas enfermedades derivan de condiciones ambientales y personales, propias de la situación social (prevalencia de la pobreza que alcanza el 50% de la población), presentada en el capítulo anterior.

1 Perfil demográfico

Según el Censo de 1992, la población del país es de 5.047.925 habitantes, con predominio de mujeres y sobre todo en los grupos más jóvenes de la edad fértil (20 a 29 años). Esto ilustra la importancia de los programas de salud para la mujer y en especial de planificación familiar, tanto en el presente como en el futuro próximo.

El Salvador es un país pequeño geográficamente y está densamente poblado (240 hab./km²). La tasa anual de crecimiento demográfico es de 2,2%. Se considera población urbana la que vive en todas las cabeceras municipales y en las comunidades con más de 2.000 habitantes. El resto es población rural y se estima en 50% del total a nivel nacional. Tradicionalmente la población del país ha sido migrante, fenómeno que a raíz del conflicto armado experimentó un aumento; sólo en los Estados Unidos viven como inmigrantes, aproximadamente un millón de salvadoreños. Posterior a los acuerdos de paz, algunos de ellos están retornando. Según la Misión del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR),

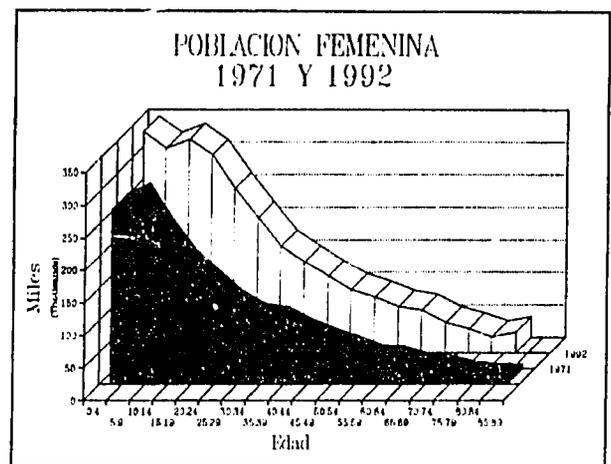
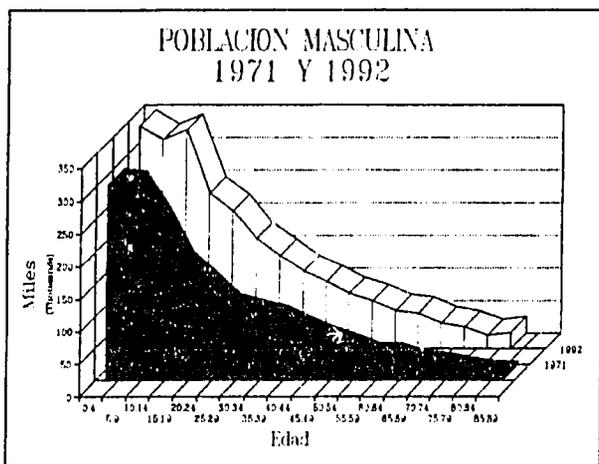
⁵ Osrám (citado por Paul F. Dever en *Textbook of International Health*, 1990) estudiando la evolución de la mortalidad y natalidad en las sociedades industriales describió un proceso evolutivo al que denominó "transición epidemiológica", donde los cambios se relacionaban con lo demográfico y epidemiológico. El primer período con elevadas tasas de mortalidad y natalidad y bajo crecimiento poblacional, donde predominan las enfermedades infecciosas, derivadas de la pobreza y la falta de control del medio ambiente; en el siguiente, descenso rápido de la mortalidad, sin modificación inmediata de la natalidad, crecimiento explosivo de la población, aquí la mortalidad disminuye por control sobre el ambiente y las infecciones; el tercer y cuarto período, caída alta de la natalidad hasta cifras bajas, crecimiento poblacional estable y muy bajo, donde comienzan a dominar enfermedades vinculadas a las conductas humanas (violencia, cáncer, enf. cardiovasculares, etc.).

casi 30.000 salvadoreños de todas las edades, regresaron después de vivir una década como refugiados. Esta situación, inevitablemente, resultará en un aumento de la demanda de los servicios de salud.

En conclusión, en un horizonte próximo de 5 a 10 años, El Salvador mantendrá una población predominantemente joven y, a pesar de los importantes progresos alcanzados en el control de las enfermedades transmisibles, aún persistirán altas tasas de mortalidad infantil, fertilidad, desnutrición y otros problemas de la pre-transición epidemiológica, características de la influencia cultural agraria.

1.1 Estructura por edad y sexo

Los datos detallados por sexo y grupos de edad del Censo de Población de 1992 muestran que en El Salvador, a pesar de la disminución de la tasa de natalidad, la pirámide de población aún presenta una base bastante amplia, con achicamiento sucesivo de los grupos de mayor edad. Comparando la pirámide correspondiente a 1992 con la de 1971 se observa un achicamiento de la base (correspondientes a niños y jóvenes) y un ensanchamiento de los grupos mayores de 15 años. El engrosamiento de la pirámide en las edades intermedias es consecuencia de las altas tasas de fertilidad observadas en el pasado, las que han resultado en un aumento en la cantidad de mujeres en edad fértil.



A pesar que la proporción de niños y jóvenes está disminuyendo, aún es elevada. En tanto en 1971 un 46,5% de la población tenía menos de 15 años, en 1992 esa proporción había disminuido a 39,2%. El porcentaje de niños y jóvenes va a seguir disminuyendo en los próximos diez años pues se debe fundamentalmente a una caída de la Tasa Global de Fecundidad (TGF).

En adolescentes y adultos jóvenes, se observa un inicio de la actividad sexual a edades tempranas. Según FESAL-93, la edad mediana de la primer relación sexual es a los 18,5 años. Esto constituye un riesgo para las enfermedades ginecológicas, de transmisión sexual (ETS/SIDA) y cáncer de cuello uterino. Esta situación se ha identificado como serio problema de salud. En cuanto a los varones, desde temprana edad (10 a 12 años), muchos de ellos se incorporan al trabajo informal urbano o bien, en número cada vez mayor se convierten en "niños de la calle". Según UNICEF (reportado por OPS) éstos pueden llegar a los 100.000. Algunos de éstos se incorporan en pandillas llamadas *maras* responsables de robos, daños a la propiedad y hechos de violencia.

El Salvador tiene casi la misma tasa de dependencia⁶ que Alemania: 44% y 43% respectivamente. Sin embargo, en tanto que en Alemania más de la mitad de la población dependiente tiene más de 64 años en El Salvador más del 90% de la población dependiente tiene menos de 15 años.

1.2 Fecundidad

Los datos del Censo de 1992 muestran un descenso significativo de la fecundidad: de 6,1 niños por mujer en edad fértil en 1971, a 3,5 en 1992 (la encuesta FESAL-93 lo había estimado en 3,85 para 1993). Este descenso de la fertilidad puede ser atribuido principalmente a un cambio en las edades en que las mujeres tienen sus hijos (a una edad más elevada), a una disminución del número de mujeres que tienen hijos y a un descenso de la fecundidad como consecuencia de un mayor uso de métodos anticonceptivos, incluida la esterilización.

Aún habiendo disminuido, la TGF es elevada. Es sustancialmente inferior a las de los países vecinos como Guatemala, Honduras y Nicaragua que presenta 5 o más. Es superior a la de Costa Rica (3,2) y a la de los países que completaron la transición demográfica (alrededor de 2).

Los datos proyectados de fecundidad para el futuro, suponiendo que la tendencia de 1971-1992 continúe hasta el año 2000, indican que para ese año la fecundidad habrá declinado a 2,9 niños por mujer. Esta tasa es similar a la de Argentina y Brasil (2,8) pero superior a las de los países desarrollados con 1,8 niños en 1991. La fecundidad tiene un comportamiento diferente según el área de residencia. Como se puede observar en el Cuadro No. 1 la TGF se mantuvo estable entre 1978 y 1993 en el AMSS, disminuyó de 4,1 a 3,5 en "otras áreas urbanas"⁷ y de 8,4 a 5,0 en el área rural.

Como en otros indicadores sociales, la población del área rural se encuentra en desventaja frente al resto al presentar una TGF más elevada que el resto de la población.

⁶ La tasa de dependencia se define como el número de personas menores de 15 o mayores de 64 años por cada 100 personas en edad laboral.

⁷ Varias encuestas denominadas FESAL dividen la población de El Salvador en tres grandes grupos: Área Metropolitana de Salud (AMSS), incluye la ciudad de San Salvador más las áreas urbanas de todos los municipios aledaños; "otras áreas urbanas" incluyen los límites urbanos de todo el resto del país y, el área rural, incluye todo territorio fuera de las áreas urbanas.

Cuadro No. 1

TASA GLOBAL DE FERTILIDAD POR AREA DE RESIDENCIA, 1978-1993
(Mujeres de 15 a 44 años de edad)

Area de residencia	1978*	1985	1988	1993
Todas las áreas	6,3	4,5	4,6	3,9
Metropolitana	2,6	3,3	3,0	2,7
Otras urbanas	4,1	3,7	3,7	3,5
Rural	8,4	5,8	5,9	5,0

* Mujeres de 15-49 años.

Fuente: Lininger Charles, *Planificación Familiar*, estudio complementario ANSAL-94.

1.3 Crecimiento poblacional

El Censo de 1992, mostró una población total significativamente inferior a la proyectada en base a las tasas de crecimiento usadas hasta ese momento por MIPLAN-CELADE-FNUAP. La tasa de crecimiento poblacional está siendo reestimada para efectuar nuevas proyecciones de población. En estas estimaciones se tiene en cuenta el crecimiento natural de la población (nacimiento menos defunciones) y la emigración. El tamaño poblacional inferior al esperado (Censo 1992), puede resultar de modificaciones en ambas variables.

La TGF ha disminuido más de lo que se esperaba en la proyección. En consecuencia, la tasa de natalidad es más baja de lo esperado. Asimismo, durante la década de los 80, por causa del conflicto armado y de la recesión económica, la emigración fue superior a la esperada. Tomando en cuenta estos datos se elaboraron nuevas proyecciones (no-oficiales) para estimar el crecimiento poblacional esperado en los próximos 30 años.

Cuadro No. 2

TASAS DE AUMENTO POBLACIONAL POR MIL HABITANTES

Período	Nacimientos	Muertes	Emigración neta	Aumento neto
1990-1995	33,47	7,05	-4,57	21,85
2000-2005	28,49	5,88	-2,60	20,21
2010-2025	23,21	5,32	-1,48	16,41

Fuente: Lininger Charles, *Planificación Familiar*, estudio complementario ANSAL-94.

Como puede apreciarse en el Cuadro No. 2, se espera que la tasa neta de crecimiento poblacional continúe cayendo a través del período; desde 2,18% en 1990-95 a 1,64% en el período 2010-25. Debe destacarse en la misma, que la disminución del crecimiento vegetativo o natural es mayor que la disminución del crecimiento neto. Esto se debe a que se proyecta una disminución de la emigración.

Dejando de lado la emigración, cuyo comportamiento es más difícil de predecir, se proyecta una continuación del descenso sustancial de la natalidad, de la mortalidad general y del crecimiento natural. De confirmarse estas tendencias, la estructura por edades cambiará en los próximos 20 años en forma más acentuada de lo que lo hizo en los últimos 20 años. En el período 2000-2005 habrá proporcionalmente menos niños y jóvenes y más personas mayores de 65 años. Debe destacarse que una mayor emigración acentúa este efecto como consecuencia de la mayor salida de grupos jóvenes en edad de formar familia y tener hijos.

Estas tendencias de cambio en el crecimiento poblacional, obligarán al país, además de combatir las enfermedades del perfil epidemiológico de la pre-transición, a prepararse para enfrentar en los próximos 10 a 15 años las enfermedades de la post-transición.

2 Perfil epidemiológico

A nivel del MSPAS, existen dos informes epidemiológicos: el primero, es un reporte semanal que incluye 100 ocurrencias epidemiológicas y cubre las necesidades de vigilancia para una decisión inmediata; el segundo, se conoce como *Sistema Integrado de Información Estadística y Epidemiológica en Salud*, (SIEES), el cual se procesa por computadora mensualmente, permite estudiar la situación y las tendencias de todas las enfermedades. Este informe incluye alrededor de 300 diagnósticos más frecuentes.

Al igual que en muchos otros países en desarrollo, en El Salvador los registros de eventos vitales (nacimientos y muertes) son de baja calidad. Hay un subregistro importante de la mortalidad, más marcado en el área rural y cuando la muerte ocurre en la infancia. En la medida que ciertas causas de muerte son subregistradas (p. ej.: prematuridad, infección de recién nacido, etc.), se afecta no sólo la tasa de mortalidad sino también la distribución por causa.

La falta de acceso universal a la atención médica hace que un tercio de las defunciones no sean certificadas por médico, en tanto otro tercio son certificadas por médicos no tratantes. En este caso, para asignar la muerte a una causa, el médico debe recurrir al relato de familiares y testigos. En consecuencia, los datos oficiales sobre las causas de muerte son poco confiables debiendo recurrir a los resultados de estudios especiales.

2.1 Mortalidad general

Se estima que el subregistro de las defunciones puede llegar a un 25% en algunas áreas del país. Presumiendo que el subregistro ha sido similar en los últimos tres a cinco años, se observa un ligero descenso en la tasa de mortalidad general, que de 5,3 por mil habitantes en 1990, pasó a 5,2 por mil en 1991. Aún no están disponibles los datos de 1992. La tendencia al descenso es atribuible a la disminución de la mortalidad infantil y de la niñez.

El Cuadro No. 3, presenta el número de defunciones y las tasas de mortalidad en las cinco regiones sanitarias del país entre 1987 y 1990.

Cuadro No. 3

DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD (POR MIL) POR REGION Y AÑO

Región	Occidental	Centro	Metropolitana	Paracentral	Oriental
Año	No. (tasa)	No. (tasa)	No. (tasa)	No. (tasa)	No. (tasa)
1987	7.183 (6,1)	3.960 (5,4)	7.106 (6,2)	3.634 (3,8)	5658 (3,6)
1988	7.118 (5,9)	3.991 (5,3)	7.014 (5,9)	3.886 (4,0)	5752 (3,6)
1989	7.287 (5,9)	3.809 (5,0)	7.756 (6,4)	3.835 (3,9)	5079 (3,1)
1990	7.500 (5,9)	3.798 (4,8)	7.498 (6,1)	3.959 (3,9)	5440 (3,3)

Fuente: MSPAS. *Salud Pública en Cifras-1991*. Anuario No. 23.

La información referente a tasas por Región⁸ no parece lógica. En efecto, es poco probable que la Región Oriental, de menor desarrollo relativo y más afectada por el conflicto armado, haya tenido tasas inferiores al Área Metropolitana⁹.

Según datos del Censo de 1992, la Expectativa de Vida al Nacer (EVN), fue estimada para 1992 en 60,5 años para los hombres y en 69,1 años para las mujeres. Esto significó una mejora notoria en relación a 1971 cuando dichos valores fueron respectivamente 52,6 y 56,9 años. Ello representa un aumento de aproximadamente 10 años en la EVN durante el período. Más aún, se espera que esa tendencia se mantenga y, en consecuencia, para el 2010 la EVN alcance los 72,7 años (cifra similar a la de los países con mejores indicadores de salud de las Américas).

La diferencia de expectativa de vida al nacer entre ambos sexos se duplicó (de cuatro a nueve años) durante el período analizado. El riesgo relativo de los hombres de fallecer a edades tempranas aumentó. Este incremento de la diferencia es atribuible a las altas tasas de mortalidad de los hombres jóvenes. La alta mortalidad en este grupo, que es común en países subdesarrollados, puede ser atribuida a la alta incidencia de muertes violentas (p. ej.: accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, etc.). En El Salvador esto refleja, además, los efectos del conflicto armado, aún cuando también hubo bajas en mujeres combatientes y en ambos sexos entre la población civil.

Como se explicó anteriormente la agrupación de defunciones por causa es poco confiable. Basta señalar que, de acuerdo con los datos de FESAL-93, correspondería haber esperado para 1993 aproximadamente 1.600

⁸ Entiéndase por Región la división territorial que el Ministerio de Salud hace de El Salvador para efectos técnicos administrativos. Estas son: Región Occidental de Salud (Deptos. Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate), Región Central de Salud (Deptos. La Libertad y Chalatenango), Región Metropolitana de Salud (Depto. de San Salvador), Región Paracentral de Salud (Deptos. Cuscatlán, Cabañas, San Vicente y La Paz) y Región Oriental de Salud (Deptos. Usulután, San Miguel, Morazán y la Unión).

⁹ Las regiones Oriental y Paracentral están formadas por Departamentos expulsores de residentes durante la década del 80. En consecuencia, los totales de población asignados a esas regiones para el cálculo de las tasas de mortalidad habrían quedado sobreestimados. Ello tiende a deprimir las tasas de ambas regiones en relación a las demás.

defunciones sólo por diarreas infantiles (debiendo agregarse las ocurridas por diarreas en niños y adultos). Sin embargo, las diarreas no aparecen entre las diez primeras causas de muerte en las cifras oficiales.

El Cuadro No. 4, muestra las defunciones de 1991 organizadas en seis grupos de causas. Pese a las limitaciones de la información, (p. ej.: las defunciones por cáncer, que es uno de los seis grupos, no están registradas) el cuadro destaca la importancia de las muertes por *causas externas* y las debidas a *enfermedades transmisibles* responsables de un 17% y un 9% del total.

Cuadro No. 4

DEFUNCIONES POR CAUSA

Grupo	Causas de defunción	No.	%
1	Transmisibles*	2.316	8,6
2	Neoplasmas	s/d	---
3	Sist. circulatorio	2.469	9,1
4	Afecc. período perinatal	1.591	5,9
5	Causas externas**	4.530	16,7
Subtotal	Causas definidas	10.906	40,3
Subtotal	Otras causas	16.160	59,7
Total		27.066	100,0

* No reportaron diarreas/deshidratación que aumentaría el grupo 1;

** En causas externas se incluye heridas o intoxicaciones, homicidio, suicidios, accidentes, otras violencias.

Fuente: Adaptado de la *Memoria*, MSPAS (1992-93).

En la interpretación de la información sobre causas de muerte se debe tener en cuenta la integralidad y calidad de datos. Ya se mencionó anteriormente el consenso que existe sobre el subregistro que afecta principalmente a zonas rurales y a ciertos grupos de edad, particularmente a los niños. Este subregistro afecta la validez de la distribución de las defunciones por causas. Además, la categoría *signos, síntomas y estados morbosos mal definidos*, para la mayoría de los países de la Región de las Américas es equivalente a *causa desconocida*.

2.2 Mortalidad infantil y de la niñez

Según estimaciones de MIPLAN, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), por mil Niños Nacidos Vivos registrados (NVR), bajó de 118 en el período 1970-75 a 57 en el período 1985-90. Según FESAL-93 para el período 1988-93 la mortalidad infantil fue de 41 por 1000 nacidos vivos y para los menores de 5 años, de 52 por 1000 nacidos vivos. Estas tasas en las zonas ex-conflictivas se mantienen más altas, estimándose en 73,1 por mil NVR en el año 1990, según Concertación en Salud.

Las tasas de mortalidad infantil para los periodos 1950-1955, 1970-1975, 1985-1990, y proyecciones para el año 2000, estimadas por CELADE y las Naciones Unidas (1989) y citados en las *Condiciones de Salud de las Américas*, OPS/OMS (1990), se presentan en el Cuadro No. 5.

Cuadro No. 5

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR MIL NACIDOS VIVOS

País o subregión	1950-1955	1970-1975	1985-1990	2000
América Latina	127	82	55	41
El Salvador	151	99	60	36
Caribe no-latino	83	40	21	15
Norte América	29	18	10	7

Fuente: OPS/OMS, *Condiciones de Salud de las Américas*, Pub. Cient. 524, 1990.

Los datos presentados sobre El Salvador se basan en encuestas y proyecciones, pues la información primaria adolece de un marcado subregistro. Por ejemplo, en el Cuadro No. 8 del Anuario No. 23 *Salud Pública en Cifras* 1991 del MSPAS, se presenta la tasa de mortalidad infantil de 28,3 en 1987 y 24,9 en 1990. Los técnicos de la Unidad de Estadística de Salud del MSPAS concuerdan en que, para los efectos de ANSAL, se deben usar las tasas estimadas en base a las encuestas, que son las que se manejan a nivel internacional. Las estimaciones coinciden en señalar la evolución favorable que ha tenido la mortalidad infantil en el país en los últimos 20 años. Los datos del Censo de 1992, referidos a la mortalidad en la niñez (0 a 4 años) confirman esas estimaciones. En efecto, la tasa fue estimada en 37,1 por mil lo cual representa una mejora sustancial en relación al valor de 108 por mil observado en 1971. Esta cifra se compara en forma muy favorable con la de Nicaragua y Bolivia, aunque aún es superior a la de Costa Rica.

Sin perjuicio de destacar las mejoras que se han logrado en los últimos 20 años, en circunstancias adversas, debe tenerse en cuenta que tanto la mortalidad infantil como la mortalidad en la niñez son elevadas y pueden mejorar. Esa mejora puede lograrse concentrando esfuerzos en la población rural. Los valores presentados son promedios compuestos por situaciones diferentes. A vía de ejemplo, la mortalidad infantil estimada para 1990 en 50 por mil NVR para todo el país, variaba entre 44 por mil para el Area Metropolitana, 60 por mil para las urbano-marginales y 73.1 por mil en las zonas ex-conflictivas.

En lo referente a las causas de muerte en la infancia y la niñez, los datos oficiales no son confiables por las razones que ya fueron expuestas. En consecuencia, para estudiar las causas de defunción debe recurrirse a datos de encuestas especiales como FESAL-93. Según la misma, las dos causas de mayor importancia en las muertes neonatales son el bajo peso al nacer/prematurez (43%) y trauma al nacimiento/asfixia (36%). Con respecto a los niños que murieron en el periodo post-neonatal, las dos causas de mayor frecuencia son la diarrea/deshidratación (51%) y las infecciones respiratorias agudas (IRAs) con el 44%. Estas dos causas son las más frecuentes en las defunciones de 1-4 años de edad (33 y 41%, respectivamente). El Cuadro No. 6, muestra las cinco primeras causas de defunción por edad del niño al morir, según datos de FESAL-93.

Cuadro No. 6

DISTRIBUCION DE CINCO PRIMERAS CAUSAS PRIMARIAS DE MUERTE
POR EDAD DEL NIÑO AL MORIR

Causa	0-4 años %	0-11 meses %	1-4 años %
Diarrea/deshidratación	20,0	19,0	24,1
Infecc. respirat. aguda	18,6	16,3	27,8
Bajo peso/prematurez	14,6	18,1	0,0
Anomalías congénitas	9,5	11,3	1,9
Trauma del nacim./asfíxia	7,6	9,5	0,0
Otras causas	29,7	25,8	46,2

Fuente: FESAL-93.

Más de la mitad de las muertes ocurridas en niños son evitables (las debidas a diarrea/ deshidratación (EDA), a Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y a bajo peso al nacer/prematurez). La descontaminación del medio ambiente, el mejoramiento de la nutrición (de la embarazada, del recién nacido y del niño) y el control efectivo del embarazo, del parto y del desarrollo del niño (diagnóstico y tratamiento precoces de las EDAs e IRAs), deberían ser los componentes fundamentales de una estrategia efectiva de abatimiento de la mortalidad infantil y de la niñez.

2.3 Mortalidad materna

FESAL-93, es la primera encuesta que en El Salvador incluye un módulo sobre salud materna. Para estimar la mortalidad materna a nivel nacional, se usó el método de la sobrevivencia de las hermanas. La tasa de mortalidad materna estimada a nivel nacional, ha sido de 158 defunciones por 1.000 nacidos vivos registrados, para el período 1988-1993, la cual resulta ser más alta que la reportada por el MSPAS (147 por 1.000 nacidos vivos registrados), pero más baja que la estimada por la OPS (300 por 1.000 nacidos vivos registrados).

Las principales causas de mortalidad materna reportadas en 1992 por el MSPAS, son: hemorragias (34,04%), toxemia del embarazo (34,0%) y sepsis puerperal y post-aborto (10,63%); además se informa la intoxicación por órgano-fosforados como una de las principales causas de mortalidad materna no relacionadas con el embarazo. La mortalidad materna hospitalaria del MSPAS para 1993, fue de 138 por 1.000 NVR, la del ISSS fue de 150 por 1.000 NVR. Sin embargo, cabe aclarar que no todas las muertes que ocurren en los hospitales fueron atendidas en los mismos, desde el inicio de la enfermedad. La gran mayoría de estas muertes ocurren en mujeres que atendándose el parto en otro lugar, llegan a los hospitales por presentar complicaciones graves, por lo que la mayoría fallecen dentro de las primeras 24 hrs. Se sabe por otra parte, que las dos terceras partes de las mismas no habían recibido consulta alguna de control prenatal.

El desarrollo de la Historia Clínica Perinatal Simplificada fue uno de los pasos importantes en el cuidado prenatal y en la reducción de la mortalidad materna. La "Historia" fue diseñada para identificar embarazos

de alto riesgo y establecer criterios según el riesgo detectado. Los criterios se basan en el nivel apropiado de atención que se requiere para la evolución de un embarazo seguro.

2.4 Morbilidad

Las principales causas de consulta en los menores de cinco años para 1990 fueron: IRAs, infecciones intestinales y parasitismo intestinal, que constituyen el 80% de las consultas y egresos hospitalarios. La notificación de enfermedades diarreicas, sujetas a vigilancia especial desde 1991, aumentó en un 77%. El cólera, a partir de agosto de 1991, se convirtió en un creciente problema.

3 Medio ambiente y salud

La falta de acceso a agua potable, la disposición inadecuada de aguas servidas y de basuras, posibilitan un alto grado de contaminación biológica en agua y alimentos y, contribuye a la proliferación de vectores. Estos factores contribuyen a la diseminación de enfermedades infecciosas y parasitarias que son las que afectan predominantemente a la población del país.

3.1 Abastecimiento de Agua

Marco institucional

En El Salvador existen una gran cantidad de organismos que participan en el Sector de Agua Potable y Saneamiento lo cual hace necesaria la coordinación entre los mismos y la delimitación clara de las funciones que tienen que cumplir cada uno.

En 1961 se creó la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), con la responsabilidad de resolver lo concerniente al abastecimiento del agua potable y saneamiento en todo el país. Posteriormente se incorporó el MSPAS con programas de abastecimiento de agua, a través del Plan Nacional de Saneamiento Básico Rural (PLANSABAR). En 1987, se creó el Instituto Salvadoreño de Desarrollo Municipal (ISDEM) para dar asistencia técnica y financiera a los municipios (de las 262 Municipalidades del país, 72 mantienen la administración y operación de los sistemas de agua potable). El Gobierno¹⁰ dentro de su política para el Sector, creó el Comité Nacional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento (CONIAPOS), que integra a los Ministerios de Salud, Planificación y ANDA.

La multiplicidad de actores en el Sector Agua es responsable de una confusión en las funciones asignadas a cada una de ellas.

¹⁰ Asimismo, en los últimos años el GOES ha creado otras instituciones que en alguna medida desarrollan programas relacionados con el abastecimiento y buen uso del agua. Las mismas son:

- SEMA Secretaría Ejecutiva del Medio Ambiente
- CONAMA Consejo Nacional del Medio ambiente
- OEDA Oficina Especializada de Agua
- FIS Fondo de Inversión Social
- SRN Secretaría de Reconstrucción Nacional
- CEPRIH Comité Ejecutivo Protector de los Recursos Hídricos
- COMURES Corporación de Municipalidades de El Salvador
- MASICA Medio Ambiente y Salud en el Istmo Centroamericano

Marco normativo

La legislación vigente es variada, pero presenta algunos vacíos. Sin embargo, los principales problemas del Sector radican en la falta de decisión política para su ejecución. Está en proceso de confección y aprobación, un Código de Aguas, que integraría normas, identificaría responsabilidades y establecería debidas sanciones. Como debilidades relevantes en esta área se pueden citar:

- La falta de una autoridad coordinadora de todos los usos del agua;
- La falta de categorización del uso del recurso;
- La necesidad de que sea la Asamblea Legislativa quien apruebe las tarifas;
- La falta de sanciones más vigorosas para los incumplimientos legales;
- La necesidad de una política tarifaria para el cobro del servicio.

Cobertura y acceso a los servicios de agua

El 45% de la población no cuenta con abastecimiento público de agua. Este dato, como otros en El Salvador, representa dos realidades muy diferentes: en tanto el 14% de la población urbana y urbano-marginal no cuentan con este servicio, este porcentaje se eleva al 84% cuando se trata de la población rural. Para los efectos prácticos de formulación de políticas y planes, la carencia de agua segura, es un problema casi exclusivo de la población rural. El Cuadro No. 7 presenta la cobertura de los servicios de abastecimiento de agua en 1992, por lugar de residencia.

Es importante destacar que el 95,5% de la población abastecida del país, recibe el servicio a través de conexiones domiciliarias, sin embargo, el abastecimiento público de agua, en términos de la calidad del servicio, no es necesariamente indicación de seguridad.

Cuadro No. 7

COBERTURA DEL SERVICIO DE AGUA POTABLE,
SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA 1992

Acceso al agua	Sistema público		Sin sistema público %
	Con conexiones domiciliarias %	Con pilas públicas %	
Urbano y periurbano	82,4	4,0	13,6*
Rural	15,4	0,7	83,9**
Total	52,4	2,5	45,1

* Incluye a la población que se abastece a través de pozos o que compra el agua a proveedores. No hay datos que permitan saber el nivel de seguridad o adecuación del suministro.

** La población obtiene el agua en forma limitada, de pozos individuales y colectivos, acarreo de fuentes superficiales y de proveedores.
Fuente: Proyecto PRO-AGUA/MASICA/OPS/OMS, *Plan Nacional para la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano*, julio 1993.

Calidad en la prestación del servicio

La intermitencia en la distribución de agua es una característica típica del Sector en El Salvador. Según información de la Gerencia de Operaciones de ANDA, el tiempo promedio de suministro de agua en el Área Metropolitana de San Salvador varía de 16 a 18 horas al día, existiendo sectores críticos como Soyapango, Ilopango y San Marcos que reciben servicio 8 horas al día. Las causas de esta deficiencia son múltiples y variantes en cada sistema. Se destacan, entre ellas, la insuficiente capacidad de producción o de las fuentes mismas; problemas de operación y mantenimiento; deficiencias en la continuidad del suministro de energía eléctrica y falta de mecanismos e instrumentos técnicos, operacionales y gerenciales que permitan compatibilizar el régimen de consumo con el de producción.

Contaminación de los recursos hídricos

Hasta el presente, el Sector no ha podido movilizar los recursos institucionales, técnicos y financieros para el tratamiento de las aguas residuales. Las plantas de tratamiento existentes, además de pequeñas y pocas, todavía carecen de una operación adecuada. El porcentaje de aguas residuales de los sistemas de alcantarillados tratadas antes de la descarga a los cuerpos receptores, es prácticamente nula. Según la Agenda Ambiental ECO92¹¹, preparada por SEMA, el agua es el recurso natural que mayor impacto contaminante recibe en El Salvador. Las aguas residuales de los sistemas de alcantarillado y los efluentes provenientes de los beneficios de café, los ingenios de azúcar, beneficios de maguey y plantas de alcohol y otros establecimientos industriales, no reciben ningún tratamiento antes de ser vertidas a los cuerpos receptores. Se considera que el 95% del agua superficial del país está afectada por contaminación, limitando su utilización para el consumo humano¹².

En 1991, el Proyecto de Agua y Saneamiento para la Salud (WASH) realizó el estudio *Contaminación de las Aguas Superficiales y Subterráneas en Determinadas Cuencas de la Región Sud-Occidental de El Salvador*. El mismo reveló datos importantes sobre la contaminación de los recursos hídricos:

- a) la contaminación fecal de las aguas superficiales y de los pozos en la zona del estudio era elevada: 13 de las 30 fuentes (45 %) contienen más de 9.000 coliformes por 100 ml;
- b) a pesar de lo anterior, la mayoría de los entrevistados que tenían pozo, consideraban que el agua era de buena calidad;
- c) se encontraron altas concentraciones de insecticida-metamidofos (tamarón) en algunas de las muestras;
- d) los ríos analizados no pueden considerarse aptos para la salud humana; en efecto, los niveles de oxígeno disuelto son inferiores a 7 mg/l en tanto que la demanda bioquímica excede los 6 mg/l;
- e) Se hallaron concentraciones de boro que exceden los límites permisibles en el suelo y en muestras de agua.

3.2 Servicio de saneamiento

La cobertura de saneamiento, incluyendo alcantarillado y letrinas, con un 69% de la población del país, es más alta que la atendida por acueductos. Sin embargo, si se considera la cobertura de alcantarillado, sanitariamente más idóneo que las letrinas, sólo un 33% de la población del país tiene conexión a dicho sistema lo cual representa una deficiencia del Sector.

¹¹ Consejo Nacional del Medio Ambiente, *Agenda Ambiental y Plan de Acción*, Volumen I, Comisión Nacional ECO-92. Enero 1992.

¹² Soto José Mario, PNUD-OPS/OMS-ANDA/OEDA, *Desarrollo de los Recursos Hídricos en El Salvador*, febrero de 1989.

Cuadro No. 8

COBERTURA DEL SERVICIO DE SANEAMIENTO
SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA, 1992

Acceso a saneamiento	Conexión al alcantarillado %	Con letrinas %	Sin sistema de disposición %
Urbano y Periurbana	59,4	24,1	16,5
Rural	no se aplica	51,9	48,1
Total	32,8	36,5	30,7

Fuente: Proyecto PRO-AGUA/MASICA/OPS/OMS, *Plan Nacional para la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano*, 1993.

PLANSABAR, *Diagnóstico del Sub-Sector Agua Potable y Saneamiento en el área rural*.

El Cuadro No. 8 presenta la cobertura de la población de acuerdo con distintos sistemas y según el lugar de residencia. Un 59,4% de la población urbana y urbano-marginal está conectada a sistemas de alcantarillado, y un 24,1% cuenta con letrinas. En el área rural, la disposición sanitaria de excretas sólo se efectúa a través de letrinas: cuentan con este servicio tan sólo el 51,9% de la población rural por lo que el 48,1% restante dispone sus excretas sin ninguna protección sanitaria.

La población rural presenta desventajas en relación a la población urbana; a su vez los centros poblados están en desventaja en relación al AMSS. En efecto, el número de cabeceras municipales con sistema de alcantarillado muestra la mejor situación del Departamento de San Salvador.

La proporción de municipios en cada región que cuenta con sistema de alcantarillado es para la Región Occidental, 51 %; Región Oriental, 18 %; Región Paracentral, 32 %; Región Central, 18%; Dpto. de San Salvador, 79 %.

En cuanto a los problemas de salud relacionados con las condiciones de saneamiento básico se destacan la alta incidencia de las diarreas, tanto en niños como adultos y la presencia reciente del problema del cólera.

3.3 Recolección y disposición de desechos sólidos

El Código de Salud asigna al MSPAS la responsabilidad de reglamentar y autorizar la disposición final de los desechos sólidos. Esta disposición no está reglamentada, lo cual dificulta su aplicación. El Código Municipal a su vez, establece como competencia de los municipios la prestación del servicio de aseo, barrido de calles, recolección y disposición final de basuras. A pesar de estas disposiciones no existe una política nacional sobre el manejo y disposición final de desechos sólidos. La responsabilidad institucional sobre esta área crítica está dispersa entre varias instituciones.

Según el ISDEM, a nivel nacional quedan sin recolectar un 50% de los residuos sólidos generados dentro de las ciudades, lo cual constituye un foco insalubre. Tan sólo el 31% de las cabeceras municipales (80 en 262) cuentan con sistemas formales de recolección de residuos. Las zonas urbano-marginales son las que más carecen de servicios de recolección de basuras. La basura abandonada favorece la reproducción de moscas

y otros insectos y éstos fomentan y transmiten infecciones. También puede favorecer la aparición de enfermedades relacionadas con roedores. Las basuras no recogidas aumentan el riesgo de incendios y ponen en grave peligro la salud de los niños que juegan en esas zonas. Asimismo, la basura abandonada bloquea los canales de desagüe, lo que agrava los problemas de salud relacionados con suelos inundados.

Los servicios de recolección y eliminación de basuras existentes no separan los residuos domésticos de los tóxicos u hospitalarios; todos los residuos sólidos se depositan en un mismo lugar.

Residuos hospitalarios

El estudio *Evaluación Rápida de los Residuos Sólidos Hospitalarios en la Ciudad de San Salvador* (OPS/OMS, 1991), mostró que en todos los hospitales evaluados, con excepción de dos, no se separaban en forma correcta y sistemática, los residuos biológicos o potencialmente tóxicos (incluidos los radioactivos) de los desechos comunes. Ambos tipos de residuos eran almacenados, recolectados y trasladados al relleno sanitario municipal en forma conjunta. La falta de infraestructura adecuada para solucionar este problema es alarmante: el 73,1% y el 63,6% de las camas de hospitales públicos y privados respectivamente están ubicadas en establecimientos que no cuentan con incinerador.

Un estudio del MSPAS en 1991 en su red de hospitales, detectó en la mayoría de ellos, problemas de infraestructura y funcionamiento en la recolección y disposición de desechos hospitalarios. En efecto, únicamente funcionaban los incineradores de los hospitales de Especialidades, Rosales, Ahuachapán y San Miguel. Los otros cuatro hospitales (Santa Ana, Chalatenango, San Vicente y Usulután), a pesar de contar con incinerador, no lo usaban por falta de combustible.

3.4 Contaminación del aire

La contaminación atmosférica se midió en El Salvador desde 1970 hasta 1980 (año en que el programa se discontinuó), mediante la Red Panamericana de Muestreo de Aire (REDPANAIRE). El objetivo de este programa regional era evaluar los niveles de partículas suspendidas, anhídrido sulfuroso, partículas sedimentables y el índice de corrosividad atmosférica, en las ciudades de Latinoamérica. El responsable del programa en El Salvador fue la División de Saneamiento Ambiental del MSPAS.

El anhídrido sulfuroso, gas corrosivo producido por combustibles con azufre, presentaba concentraciones por debajo del límite permisible, aunque con tendencia ascendente. Sin embargo, debe considerarse que en la década de los ochenta, se modificó la calidad del petróleo a refinar, el cual contiene más azufre. Si a lo anterior se le agrega el incremento del parque vehicular, puede estimarse que aquellas concentraciones han aumentado.

Las partículas sedimentables (polen, metálicas y minerales) constituyen un factor coadyuvante para las infecciones y alergias respiratorias. Las mismas presentaban, hasta 1980, niveles variables influidos por las zonas industriales y las labores agrícolas y de movimientos de tierra. Otra forma de contaminación atmosférica la constituye la emisión de humo negro en forma excesiva, proveniente de vehículos diesel. Esta forma de contaminación se produce fundamentalmente en el AMSS y en ciudades importantes como Santa Ana, San Miguel y Sonsonate.

Finalmente, es importante señalar la posibilidad de contaminación por humo proveniente de la combustión intradomiciliaria de leña. Este fenómeno no está bien documentado aunque parece tener importancia en el medio rural. Explicaría en parte las altas tasas de IRA entre la población rural y su contribución a la mortalidad en la niñez.

4 Problemas prioritarios de Salud

El análisis anterior de la situación demográfica y de salud de la población salvadoreña permite identificar algunas de sus *características más importantes que influyen en las políticas de salud. Los niños y las mujeres en edad fértil son el grupo prioritario. Los principales problemas de salud son de poca complejidad, pudiéndose agravar de no ser tratados oportunamente.* Ese tratamiento oportuno requiere:

- a) un enfoque preventivo, educacional y curativo básico;
- b) fácil acceso a los servicios de salud, sobretodo en las áreas rurales y urbano marginal;
- c) un sistema integral de salud, que permita la referencia eficaz de casos de alto riesgo y,
- d) aumentar la disponibilidad de agua segura y la protección integral del medio ambiente.

El equipo ANSAL entendió conveniente que el país identifique aquellos problemas cuya solución mejorará sustancialmente el estado de salud de la población. En función de la prevalencia, del tipo de población afectada y de las posibilidades tecnológicas de corregirlos, ANSAL identificó diez áreas temáticas que propone sean encarados en forma prioritaria. La confección de un listado de este tipo (el propuesto u otro similar), permitirá desarrollar programas prioritarios para la asignación de recursos. La eficaz implementación de esos programas permitirá mejorar la situación de salud, particularmente de la población rural y en situación de pobreza, homogeneizar las condiciones de salud del país y dominar las enfermedades típicas de la pre-transición.

Estas diez áreas temáticas representan diversos grados de especificidad: desde patologías concretas hasta grupos de acciones de salud.

- Atención integral del embarazo, parto y puerperio.
- Multiparidad y poco espaciamiento de los embarazos, principalmente en mujeres jóvenes.
- Supervivencia infantil y de la niñez, principalmente control de diarreas e infecciones respiratorias agudas.
- Nutrición de la madre y el hijo; lactancia materna.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), SIDA y cáncer cérvico-uterino.
- Disponibilidad de agua segura en áreas rurales y urbano marginales y tratamiento de aguas servidas.
- Insuficiente capacidad para recolección y adecuada disposición de desechos sólidos.
- Prevención y control de las principales enfermedades endémicas (malaria, tuberculosis, etc.).
- Discapacitados síquicos y físicos.
- Accidentes y violencia.

III PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA

En el capítulo II se ha presentado el contexto de la situación demográfica y de salud de El Salvador. El objetivo de este capítulo, es profundizar sobre los principales problemas de salud que afectan a la población salvadoreña. Para cada uno se identificarán los principales grupos afectados (urbano, urbano-marginal o rural; por grupo socio-económico u otros); los factores de riesgo más importantes y los esfuerzos programáticos por solucionarlos, sus resultados y perspectivas.

Según datos de OPS/El Salvador, las diez primeras causas de consulta externa en los establecimientos del MSPAS, durante el cuadrenio 1988/91, fueron: enfermedades infecciosas, sobre todo de origen respiratorio e intestinal; la atención del embarazo y el control del lactante y el niño sano. Por otra parte, el análisis estadístico de los hospitales para el mismo año, muestra que las causas más frecuentes de egreso hospitalario se relacionan al parto normal o sus complicaciones y enfermedades infecciosas: bronconeumonía, colitis, enteritis, infecciones urinarias y apendicitis (cuadros No. 9 y 10).

Cuadro No. 9

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA

No. de orden	Causas	Total de consultas*	%**	Tasa por*** 100.000 hab.
1	Infección vías respiratoria aguda	208.912	8,5	3.968,2
2	Infección intestinal mal definida	124.592	5,1	2.366,6
3	Embarazo normal	121.768	4,9	46.258,6/A
4	Otros trastornos uretra y aparato urinario	103.536	4,2	1.966,6
5	Rinofaringitis aguda (resfrío común)	103.320	4,2	1.962,5
6	Parasitosis intestinal s/especificar	81.380	3,3	1.545,8
7	Control de la salud del lactante/niño	74.556	3,0	n/d
8	Influenza	58.356	2,4	1.108,4
9	Bronquitis no específica: aguda o cron.	53.706	2,2	1.020,1
10	Examen: búsqueda tumor maligno	48.946	2,0	929,7
	Subtotal	979.072	39,7	
	Todas las demás primeras consultas	1.484.714	60,3	
	Total general	2.463.786	100,0	

* Se refiere a primeras consultas.

** Relación porcentual de cada causa con respecto al total de consultas.

*** Tasa en base a población total calculada en la Unidad de Estadísticas de Salud

/A En base a población total del grupo correspondiente.

n/d No disponible.

Fuente: Registro Diario de Consulta externa de los establecimientos del MSPAS, *Salud Pública en Cifras 1991*.

Cuadro No. 10

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE EGRESOS DE HOSPITALIZACION

No. de orden	Causas	Total de consultas	%*	Tasa por** 100.000 hab.
1	Parto en condiciones normales	40.691	19,1	15.458,2/A
2	Bronconeumonía, inespecífica	7.519	3,5	142,8
3	Aborto inespecífico, sin complicación	6.261	2,9	2.378,5/A
4	Colitis, enteritis, gastroent. infecc.	4.194	2,0	79,7
5	Amenaza de parto prematuro	3.485	1,6	1.323,9/A
6	Obstrucción de parto	3.450	1,6	1.310,6/A
7	Traumatismo intracraneal	3.117	1,5	59,2
8	Infección urinaria	2.765	1,3	52,5
9	Hernia inguinal s/obstrucción ni gangrena	2.447	1,1	46,5
10	Apendicitis aguda s/peritonitis	2.120	1,0	40,3
	Subtotal	76.049	35,6	
	Todas las demás primeras consultas	137.461	64,4	
	Total general	213.510	100,0	

* Relación porcentual de cada causa con respecto al total de consultas.

** Tasa en base a población total calculada en la Unidad de Estadísticas de Salud.

/A En base a población total, de embarazadas esperadas.

n/d No disponible.

Fuente: Registro Diario de Egresos de Hospitales, *Salud Pública en Cifras 1991*, MSPAS.

1 Enfermedades del período infantil y de la niñez

Mortalidad

El estudio de la mortalidad del período infantil y de la niñez comprende los siguientes grupos:

- 0 a 11 meses cumplidos (infantil)
 - 0 0 a 28 días (neonatal)
 - 0 29 días a 11 meses cumplidos (postneonatal)
- 12 a 59 meses cumplidos (en la niñez)

Según FESAL-93, las cinco primeras causas de defunción de niños de 0 a 4 años son: diarrea/deshidratación; infecciones respiratorias agudas; bajo peso al nacer/prematurez; anomalías congénitas y trauma del recién

nacido/asfíxia. En conjunto son responsables de la muerte del 70% de los niños menores de cinco años. Los datos de FESAL son más confiables que los datos sobre mortalidad reportados por las alcaldías a la Dirección General de Estadística y Censos.

Según FESAL-93, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) disminuyó entre 1988 y 1993 de 54 a 41 defunciones infantiles por 1000 nacidos vivos. Este descenso se explica por una disminución de la mortalidad postneonatal, ya que no ha bajado la tasa de mortalidad neonatal. Un poco más de la mitad de las muertes infantiles ocurren en los primeros 28 días de vida.

En el período neonatal el Bajo Peso al Nacer (BPN) y la prematuridad son responsables del 34% de las defunciones ocurridas en el mismo. Por lo tanto, las embarazadas constituyen un grupo de riesgo, al cual se le debe facilitar el acceso a los servicios de salud, a educación sobre nutrición y a programas de complementación alimentaria. El trauma del nacimiento/asfíxia constituye el 18% de las muertes ocurridas en el período neonatal. En este período es la segunda causa de defunción después de BPN. La proporción de niños fallecidos por trauma del nacimiento fue mayor en el área urbana que en el área rural. Probablemente esto se deba a que en el medio rural los registros de eventos vitales son de menor calidad.

El adiestramiento de las parteras empíricas, el acceso a los servicios de salud y la referencia de casos de alto riesgo a los niveles adecuados de atención son las estrategias que deberían fortalecerse para abatir la mortalidad por esta causa. Las anomalías congénitas constituyen el 15% de las muertes neonatales y pueden estar relacionadas con factores genéticos, deficiencias nutricionales, utilización de múltiples medicamentos, consumo de alcohol y exposición a insecticidas y plaguicidas.

En el período post-neonatal, la diarrea con deshidratación y las infecciones respiratorias agudas son responsables del 68% de las defunciones. Ello enfatiza la necesidad de:

- a) promover y facilitar el acceso oportuno de las madres con niños lactantes a los servicios de salud;
- b) introducir mejoras sustanciales en el cuidado del niño sano, como estrategia preventiva, y particularmente mejorar el conocimiento y prácticas de las madres en relación con la lactancia materna y la rehidratación oral.

Analizadas en un período de treinta años (1960 a 1989) las tasas de mortalidad infantil y de la niñez, agrupadas por causa y sexo, permiten destacar:

- a) menores de 1 año: las enfermedades transmisibles estuvieron estacionarias o en ligero aumento hasta el año 1972, cuando empezaron a disminuir;
- b) grupo de 1 a 4 años: disminuyeron marcadamente las tasas específicas por enfermedades transmisibles durante todo el período;
- c) grupo de 5 a 14 años: patrón similar al mencionado para el de 1-4 años, con disminución marcada de las enfermedades transmisibles, especialmente a partir de 1973.

1.1 Enfermedad diarreica aguda

En 1990, la diarrea fue la primera causa de muerte infantil con el 17% y de muerte en la niñez con el 19%. Por lo tanto, la mortalidad por diarrea en el grupo de 0 a 4 años significó el 69% de todas las muertes por dicha causa. Junto a las infecciones respiratorias, las diarreas constituyen los principales problemas de salud de la niñez.

En 1992 se estudió, en 80 sitios centinela, la prevalencia de la enfermedad diarreica para cada Región sanitaria. Tres regiones (Central, Paracentral y Oriental) presentaron cifras del 40 a 42% en tanto las otras dos (Metropolitana y Occidental) tuvieron alrededor del 30%. A pesar que estas dos últimas regiones son más urbanas y con mayor nivel de desarrollo, el problema de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en ellas no es despreciable. En el ISSS la diarrea es la segunda causa de morbilidad general a pesar de que la mayoría de los derechohabientes viven en zonas urbanas.

De acuerdo al Programa Nacional Integrado de Salud Materno Infantil, en 1993 cada niño presentó un promedio de 4 episodios de diarrea al año lo cual constituyó una mejoría en relación a años anteriores. El Departamento Materno Infantil del MSPAS evalúa el tratamiento de la EDA en base a los resultados de los sitios centinela. Los indicadores utilizados son: la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) que es la aplicación de cualquiera de los planes de tratamiento (A,B,C) y las Sales de Rehidratación Oral (SRO), que es el uso de sales de rehidratación en forma específica (planes B y C).

- *Tasa de Uso de TRO*: refleja la proporción de los casos de diarrea en menores de 5 años tratados con sales o con un líquido casero recomendado (planes A, B y C); en el El Salvador es del 45%;
- *Tasa de acceso a SRO*: es la proporción de la población con acceso razonable a un proveedor capacitado (promotor, enfermera o médico) que cuenta con un suministro continuo de sales de rehidratación; en El Salvador es del 84%.
- *Tasa de Uso de SRO*: representa la proporción de todos los casos de diarrea en menores de 5 años que son tratados con sales; según los resultados de los sitios centinela, es del 45%.

Los resultados de FESAL-93 y los del MSPAS (sitios centinela) son muy similares. De acuerdo con FESAL-93, el 93% de los niños enfermos de diarrea recibieron tratamiento. La tercera parte recibió tratamiento por médico y los dos tercios restantes lo recibió de familiares o en la farmacia. Se utilizaron medicamentos comerciales en el 86% de los casos. Las sales de rehidratación fueron utilizadas en un 51% y sueros de preparación casera en un 23%. Estos resultados muestran un patrón inadecuado del tratamiento de las diarreas. En efecto, es más frecuente la terapia con antibióticos y otros fármacos que con sales de rehidratación oral, las cuales constituyen el tratamiento más económico y de elección.

Siendo una enfermedad de tan alta prevalencia y mortalidad, estas prácticas deben mejorar sustancialmente para abatir la diarrea como problema de salud pública. La estrategia debe consistir en mejorar la aplicación de las políticas, planes y programas establecidos por el MSPAS en relación a esta enfermedad.

1.2 Infección respiratoria aguda

Según FESAL-93, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) constituyen la segunda causa de muerte en la infancia y en la niñez. En el grupo de 1 a 4 años, las IRA son la primera causa de defunción. Su importancia es similar en el medio urbano y en el rural. Estos datos coinciden con los presentados en el Anuario No. 23, *Salud Pública en Cifras 1991*.

Los datos de morbilidad indican un alto porcentaje de infecciones respiratorias como bronconeumonía, rinofaringitis, influenza y faringitis. Según FESAL-93 las IRA presentan una prevalencia general del 69%. La misma es ligeramente más alta en la zona rural que en la urbana. En relación al tratamiento, el 94% de los casos recibieron algún tipo de tratamiento, de los cuales el 44% recibió atención por médico. Se usaron antibióticos en el 62% de los casos en el AMSS y en el 48% en la zona rural. La proporción de IRA tratados con antibióticos es más alta que la atendida por médico, lo cual evidencia su uso sin la prescripción y supervisión adecuada.

Frecuentemente las IRAs se inician en forma leve pudiendo agravarse en la evolución. Esto hace que se pueda subvalorar la gravedad potencial del cuadro. En los países en desarrollo, el entrenamiento de promotores en la detección precoz y el manejo apropiado de IRA y diarreas ha contribuido en forma importante a reducir la mortalidad de estas enfermedades. En el MSPAS los promotores reciben capacitación para el diagnóstico de las IRAs y el manejo con tratamiento sintomático de los casos leves, debiendo referir los casos graves a los establecimientos de salud. Sin embargo, el 40% de las referencias efectuadas por los promotores quedan sin completar. En consecuencia, una cantidad importante de niños con IRA, debidamente detectados, quedan sin atención adecuada.

Las ONGs agrupadas en PROSAMI capacitan y habilitan a sus promotores en el manejo de antibióticos básicos para el tratamiento de las IRAs, debiendo referir los casos graves a un nivel de atención de mayor complejidad. Los promotores del MSPAS no reciben una capacitación similar por lo cual no están habilitados a manejar antibióticos en las IRAs. Ello se debe a que:

- a) para evitar un rol curativo la norma establece que los promotores y auxiliares pueden manejar sólo casos leves de estas enfermedades;
- b) el MSPAS tiene poca capacidad de supervisión y teme que, en ausencia de ésta, el manejo de antibióticos por los promotores resulte inadecuado.

La evaluación del manejo de las infecciones respiratorias por los promotores de PROSAMI resultó positiva: primero, los promotores detectaron tempranamente casos de neumonía grave los que fueron referidos para su tratamiento; segundo, la identificación y tratamiento con antibiótico en forma precoz, por parte del promotor, permitió que numerosos casos de neumonía evolucionaran favorablemente.

Estos hallazgos deben tenerse en cuenta en la planificación del Programa de Supervivencia Infantil. La estrategia de capacitar y habilitar a los promotores de salud para un manejo más completo de diarreas e infecciones respiratorias permitiría elevar la cobertura de servicios básicos, resolver los problemas en la propia comunidad y contribuir, en forma eficaz, a disminuir la mortalidad infantil.

1.3 Enfermedades inmuno-prevenibles

La evolución de las enfermedades prevenibles por inmunización ha sido muy positiva en los últimos cinco años (1988-93). Se han logrado coberturas altas de vacunación y la prevalencia de estas enfermedades ha disminuido. Según la OPS/OMS el país se encuentra libre de poliomielitis habiéndose detectado el último caso en 1988. El agente causante de la difteria fue aislado por última vez en 1987.

Las tasas (por 100.000 habitantes) de las enfermedades inmuno-prevenibles, han descendido entre 1988-1992 de la forma siguiente: tos ferina: 1,2 a 0,5; sarampión: 321,8 a 9,4; tétanos neonatal: 0,6 a 0,5. El sarampión y la tos ferina han descendido en forma importante, no así el tétanos neonatal. El sarampión ha continuado descendiendo en 1993; hasta fines de noviembre sólo se habían registrado 37 casos, lo cual equivale a una tasa de 0,7 por cien mil.

Según FESAL 93, las coberturas de vacunación se elevaron del entorno del 60 o 70% en 1988 a más del 80% en 1993. La proporción de niños menores de cinco años con inmunización completa en 1993 fue la siguiente: BCG: 87%; polio: 82%; DPT: 82% y sarampión 86%. Estas coberturas son elevadas para todo el país, tanto en sus áreas rurales como urbanas; las primeras aún teniendo proporciones un poco más bajas superan el 80% en todas las vacunas.

La estrategia de inmunizaciones, de acuerdo con la política vigente, es la vacunación permanente. En la práctica dicha estrategia está complementada con Jornadas Nacionales de Vacunación tipo campaña, de 15 días de duración y que se realizan simultáneamente en todo el país. La Unidad de Epidemiología del nivel central del MSPAS normatiza las acciones mientras las Regiones de Salud las ejecutan. Las ONGs participan con eficacia en estas actividades y han sido particularmente activas en zonas ex-conflictivas, con buenos resultados.

1.4 Malnutrición

La nutrición insuficiente e inadecuada de las embarazadas, los recién nacidos y los niños, constituye uno de los problemas de salud más importantes en este grupo de edad. Al igual que en otros países centroamericanos, la malnutrición infantil (y materna) es un problema crónico, extenso y con repercusiones múltiples y graves sobre el estado de salud de la población. Presenta dos aspectos: la insuficiencia alimentaria general, que provoca retardos en el crecimiento (peso y talla) y la carencia de ciertos nutrientes (yodo, vitamina A, hierro, etc) que provoca enfermedades específicas.

Bajo peso al nacer

El Bajo Peso al Nacer (BPN) es un buen indicador del estado nutricional de la madre; a la vez permite predecir el futuro estado de salud y nutrición del niño. Un niño que al nacer pesa menos de 2.500 gramos tiene mayores probabilidades de enfermar y morir en el primer año de vida. No existen datos sobre peso al nacer para todo el país; esto constituye una carencia importante de información. Se debe a que casi un 50% de los partos se producen en domicilio lo que dificulta el registro del peso. Los datos del Plan de Acción de Supervivencia Infantil (1991) aunque parciales, reflejan una situación alarmante: 16% en el Hospital de Maternidad y 21% en partos domiciliarios (registrados por parteras capacitadas).

Malnutrición infantil y en la niñez

Las encuestas FESAL-88 y FESAL-93 obtuvieron información comparable sobre el estado nutricional de los menores de 5 años. Aún cuando la situación ha mejorado subsisten deficiencias significativas en todos los indicadores del estado nutricional: retardo de crecimiento (Peso/Edad), malnutrición crónica (Talla/Edad) y malnutrición aguda (Peso/Talla). La población rural está en desventaja en relación a la urbana, particularmente la del AMSS. En efecto, como puede observarse en el Cuadro No. 11, la malnutrición en las áreas rurales es casi el doble que en el AMSS.

Cuadro No. 11

DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS
(por grupos de edad y lugar de residencia), 1988 y 1993

Parámetros	Peso/edad		Talla/edad	
	FESAL 88	FESAL 93	FESAL 88	FESAL 93
Encuesta				
Area de residencia				
AMSS	10,0	7,2	24,2	13,6
Resto urbano	14,7	9,1	25,3	20,1
Rural	17,5	14,0	34,5	28,1
Grupos de edad				
0-11 meses	8,6	4,8	11,9	8,3
12-23 meses	23,0	14,5	33,0	22,5
24-35 meses	18,8	14,4	42,3	22,5
36-47 meses	13,9	10,7	30,9	27,0
48-56 meses	12,9	10,5	34,1	32,4
Total nacional	15,2	11,2	30,0	22,8

Fuente: FESAL-88 Y FESAL-93.

La evolución en los últimos cinco años ha sido muy positiva; a pesar de ello la malnutrición continúa siendo un problema importante (Cuadro No. 11). Los valores de 1993 en todos los indicadores analizados, son mejores que los de 1988. Sin embargo, la desnutrición crónica sigue afectando a más de un 20% de los niños salvadoreños, proporción que se eleva al 28% entre los niños que residen en el medio rural. El descenso de la malnutrición en menores de 5 años entre 1988 y 1993 se debe a la recuperación de la economía y a las mejoras introducidas en las políticas sociales, particularmente a una mejor focalización de los programas de salud preventiva y nutrición en el grupo materno-infantil de riesgo.

Malnutrición en escolares

El *Primer Censo de Talla en Escolares de Educación Básica* (entre 6 y 9 años), efectuado en 1988 por los Ministerios de Educación y de Salud, mostró que un 30% de los niños sufría de desnutrición crónica. Ello concuerda con los resultados de FESAL-88, que también presentó un 30% de déficit del indicador Talla/Edad. La prevalencia del retardo en talla era mayor a medida que aumentaba la edad del escolar. Este estudio permitió identificar las zonas geográficas más deprimidas nutricionalmente. Se encontraron 67 municipios con prevalencia de retardo en talla muy alta (37,1% a 75%), lo que permitió focalizar programas sociales destinados a la erradicación de la pobreza en esos municipios¹³.

¹³ El número de municipios con programas de erradicación se han incrementado a 133, en base a criterios epidemiológicos y de riesgo del Ministerio de Salud. Entre las acciones para combatir la pobreza se encuentran: dotación de infraestructura básica, generación de empleo, crédito para microempresas y, muy especialmente, programas de atención primaria de salud y proyectos alimentarios y nutricionales.

MICRONUTRIENTES

Deficiencia de yodo

La deficiencia de yodo afecta la capacidad mental, la coordinación motora, las habilidades y el desarrollo neuromuscular. Por afectar la capacidad de aprendizaje escolar debe ser considerado en forma prioritaria en toda estrategia de desarrollo y de erradicación de la pobreza. El Salvador ha progresado significativamente en esta área. Desde 1965-67 (estudios del INCAP) a 1990 (*Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Bocio Endémico en El Salvador*), la prevalencia de la deficiencia de yodo se ha reducido del 48% al 24%; la prevalencia de bocio se ha reducido de 54% a casi 25%. No obstante esta disminución, el porcentaje en el país es todavía muy alto pudiendo erradicarse con medidas de muy bajo costo y fácil implementación (yodación de la sal de uso doméstico).

Deficiencia de vitamina A

Existe una correlación importante entre el nivel de vitamina A y tasas elevadas de mortalidad, particularmente de muertes por enfermedad diarreica y sarampión. El nivel de vitamina A no ha mejorado en los niños menores de cinco años desde que se realizaron los primeros estudios en El Salvador. En la década del 60 se encontró un 31% de deficiencia; en la década de los 70, un 33% de deficiencia y, en 1988, el 36% de deficiencia. Esta es mayor en el medio rural que en el urbano. El problema se debe a una dieta pobre en esta vitamina. Se está comenzando a implementar un programa de fortificación del azúcar de consumo doméstico con vitamina A con el apoyo de UNICEF.

Deficiencia de hierro

La deficiencia de hierro y la anemia reducen la productividad física y la habilidad de los niños para aprender; producen fatiga crónica; incrementan el riesgo de hemorragia en la mujer embarazada y aumentan la proporción de niños con bajo peso al nacer. En FESAL-88 la anemia, medida por déficit de Hemoglobina, fue de un 23% en niños menores de 5 años, con un mayor impacto negativo en aquellos entre 12 y 23 meses.

Programas nutricionales; programas de entrega de alimentos

Los programas nutricionales se agrupan en cinco tipos de proyectos: (1) alimentación complementaria, (2) micronutrientes, (3) educación en alimentación y nutrición, (4) vigilancia nutricional y (5) producción, procesamiento y consumo de alimentos en atención primaria de salud.

El Ministerio de Salud tiene tres proyectos fundamentales de alimentación complementaria:

- 1) Ración alimentaria: consiste en la entrega de una *ración familiar*. El programa se inició en la década del 80 en áreas rurales y está dirigido a mujeres embarazadas, lactantes y niños en riesgo o con algún grado de desnutrición; se acompaña de un componente educativo y del monitoreo del crecimiento y desarrollo.
- 2) Mezcla de alto valor nutritivo (Nutricereal): consiste en el aporte de un complemento a los niños entre 6 y 36 meses. El objetivo es prevenir la desnutrición en el momento del destete. Este programa es un componente del Proyecto de Rehabilitación de los Sectores Sociales (PRSS)¹⁴. Tiene un componente educativo que se realiza en base a la participación de colaboradoras en nutrición que utilizan manuales y

¹⁴ La finalidad del PRSS es apoyar a los Ministerios de Salud y Educación en el mejoramiento de sus servicios. El mismo se está desarrollando en los Municipios con mayor grado de pobreza, especialmente en sus áreas rurales. Actualmente el programa está aún en fase piloto, cubriendo aproximadamente a 6.500 niños; la meta es alcanzar a 50.000 niños en el primer año, 90.000 en el segundo año, hasta llegar a 110.000 niños en el tercer año del proyecto.

otros materiales educativos elaborados para ese objeto, por el Departamento de Nutrición con apoyo técnico de INCAP.

- 3) Centros Rurales de Nutrición: existen 29 Centros en el país. Son casas de la comunidad en las que se atienden niños menores de 5 años con voluntarias de la comunidad. Los niños asisten de 4 a 6 horas diarias, recibiendo desayuno y almuerzo que cubre aproximadamente un 60% de sus requerimientos calóricos diarios. Se efectúan actividades educativas, recreativas y de atención de salud, incluyendo el monitoreo del estado nutricional.

El Ministerio de Educación cuenta con dos programas de entrega de alimentos:

- 1) Almuerzo escolar: consiste fundamentalmente en la distribución de alimentos a las escuelas para que puedan entregar un almuerzo a los alumnos. Los objetivos del programa son mejorar la asistencia y el rendimiento escolar y el estado de salud de los alumnos¹⁵.

El funcionamiento y los logros del programa son dispares:

- La cobertura de escolares en relación a las metas fijadas alcanzó más del 100% en 1991 y 1992.
- La cantidad de alimento distribuido en 1990 y 1991 fue bajo: 44 y 42% respectivamente.
- La educación nutricional, medida en charlas educativas y en creación de huertos escolares, obtuvo bajos logros: 10 padres por charla en 1990 y 6 en 1991; y 37% de la meta establecida en huertos a crear en 1990 y 24,4% en 1991.
- Bajo cumplimiento de las metas de salud establecidas para los niños que recibieron alimento.

- 2) Refrigerio escolar: este programa es también parte del PRSS. Consiste en un refrigerio con una bebida saborizada en base a cereales y 2 galletas. Este refrigerio se distribuye diariamente en las escuelas de los 78 municipios donde funciona el programa EDUCO. El programa cubre a 30.940 niños. En el futuro la cobertura se va a extender a 39.970 niños en 1994; a 60.165 en 1995 y a 75.950 en 1996.

2 *Enfermedades de la mujer en edad fértil*

En El Salvador hay aproximadamente 1,2 millones de mujeres en edad fértil. A pesar de que la tasa de fecundidad ha disminuido, ésta aún es elevada. Los problemas de salud de este grupo son importantes en función de la proporción de la población comprendida en el mismo y de la intensidad de la actividad reproductiva.

No se desarrolla aquí como tema específico la desnutrición en la mujer por carencia de datos; los pocos disponibles son de 1978, cuando se encontró que la carencia de hierro y la anemia consecuente eran importantes. Es probable que la desnutrición en este grupo de edad tenga características similares a las presentadas anteriormente para los niños.

¹⁵ Los objetivos detallados del programa son: (a) aumentar la asistencia de los niños a las escuelas con primer y segundo ciclo de educación básica y mejorar el rendimiento escolar en áreas rurales; (b) contribuir a disminuir la deserción escolar en las escuelas participantes en el proyecto; (c) aumentar la participación comunitaria en apoyo de las actividades escolares y de las iniciativas de autoayuda relacionadas con ella; (d) promover actividades educativas de alimentación y nutrición y, (e) Promover a través de las escuelas la utilización de los servicios de salud.

2.1 Alta fecundidad y poco espaciamiento entre embarazos

El Cuadro No. 12 presenta las tasas específicas de fecundidad por grupos de edad y área de residencia. Las mismas muestran que en todas las áreas, las mujeres de 20-25 años son las que dan a luz con mayor frecuencia. A nivel nacional por cada 1.000 mujeres entre 20-24 años nacen 221 niños. Puede también apreciarse que la fecundidad, en todos los grupos de edades, es menor en el AMSS que en el área rural.

Cuadro No. 12

TASAS ESPECIFICAS Y TOTALES DE FECUNDIDAD (por grupos de edad y áreas de residencia), 1993

Edad	Metropolitana	Urbana	Rural	TOTAL
15-19	101	102	158	124
20-24	177	218	263	221
25-29	123	164	210	168
30-39	87	112	166	126
35-39	35	78	126	86
40-44	13	28	64	39
45-49	0	2	5	3

Fuente: FESAL-93, informe preliminar, (mujeres 15-49 años).

La planificación familiar en El Salvador ha aumentado; en 1993 el 53% de las mujeres en edad fértil estaban esterilizadas o utilizaban algún método de planificación familiar. Si se consideran sólo los métodos eficaces, la tasa de uso baja al 48%. En 1975 la prevalencia era del 22% y en 1985 del 46%.

A pesar del aumento en el uso de anticonceptivos, las tasas de fecundidad en mujeres de 15-19 años son altas. Esto representa un riesgo tanto para la madre como para el hijo al considerar que muchas de ellas no viven en uniones estables. Las tasas elevadas a edades tempranas están reflejando que muchas mujeres inician jóvenes su vida sexual y no utilizan métodos para prevenir o espaciar adecuadamente sus embarazos. Este es un problema importante de salud pública pues la falta de planificación incide negativamente en la salud de la mujer y de los hijos.

En El Salvador la esterilización es la principal causal de los descensos observados en las tasas de fecundidad. Muchas mujeres se esterilizan a edad temprana, cuando ya han alcanzado un elevado número de hijos. La mayor parte del incremento en la prevalencia contraceptiva en el país se debió al aumento de la esterilización femenina: del 10% en 1975 al 32% en 1993. El uso de métodos electivos de espaciamiento de los embarazos prácticamente no se modificó en los últimos 20 años. En efecto, en 1975, el porcentaje de las mujeres que utilizaban métodos temporales (orales y DIU) era del 9%; esa proporción aumentó a sólo 15% en 1993. Esto indica que los métodos efectivos pero reversibles de planificación están poco disponibles o no tienen suficiente aceptación por parte de las mujeres en edad fértil o de la comunidad médica.

La población rural muestra indicadores menos favorables en el uso de métodos contraceptivos. El Cuadro No. 13 presenta datos de utilización por lugar de residencia.

Cuadro No. 13

CONTRACEPCION POR AREA DE RESIDENCIA
(Mujeres 15-44 años en unión)

Estado de contracepción	AMSS	Urbano	Rural	Total
Utilización	66,4	56,7	42,8	53,3
Esterilización femenina	35,7	32,5	28,1	31,5
Otros método efectivos*	29,5	15,7	10,7	14,8
Condomes	3,7	2,6	0,8	2,1
Métodos menos efectivos**	6,6	6,0	3,3	5,0
Sin método anticonceptivo	33,6	43,3	57,2	46,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

* Orales, inyectables, DIU, Norplant, vasectomía

** Ritmo/Billings, retiro, espumas, etc..

Nota: El total varía por aproximaciones realizadas

Fuente: Lininger Charles, *Planificación Familiar*. ANSAI-94.

Menos del 40% de las mujeres del medio rural tienen protección anticonceptiva efectiva. De ellas, las 2/3 partes han sido esterilizadas en forma definitiva, probablemente luego de haber alcanzado la paridad deseada. Apenas 11% usan métodos temporales efectivos. En el medio rural la fecundidad es más elevada y los problemas de salud (maternos e infantiles) son más frecuentes y graves. Este grupo de mujeres, de mayor riesgo, requiere un acceso más fácil a métodos que les permitan espaciar y reducir el número de embarazos.

El promotor de salud es un recurso ideal para esta tarea en las zonas rurales. Se debe aprovechar al máximo su potencial para incrementar la cobertura de las actividades de educación sexual y de salud reproductiva. Otro recurso importante es la partera empírica capacitada quien es subutilizada en las acciones de planificación familiar. La intervención de los promotores de salud del MSPAS en el programa de planificación familiar varía según la coordinación con los médicos de los establecimientos a donde refieren las pacientes para control. Asimismo, varía según su participación en la distribución de materiales e información: en algunos lugares visitados los promotores no distribuían ningún método.

2.2 Enfermedades de transmisión sexual y SIDA

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y el SIDA, han tenido un aumento sostenido. Inciden en el mismo el patrón social en relación a la vida sexual; la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales; la cantidad de compañeros sexuales y, principalmente, la falta de programas de prevención, educación y promoción. Hay resistencia entre la población a hablar sobre estas enfermedades lo cual dificulta la búsqueda

y tratamiento de portadores. Para muchas mujeres, el control prenatal constituye la única oportunidad diagnóstica. La cobertura limitada del control prenatal conspira contra el aprovechamiento de esta oportunidad. Casi el 60% de las citologías vaginales de control realizadas en el Hospital Maternidad en el primer semestre de 1993 mostraban algún agente patógeno.

La infección por el virus del SIDA es de baja prioridad en las políticas oficiales al igual que para las ONGs que actúan en salud. Esta actitud de prescindencia hacia el problema puede estar motivada por los bajos índices de infección encontrados en los estudios de sitios centinela. Desde la aparición del primer caso de SIDA en El Salvador en 1984, la notificación de infecciones por VIH y casos de SIDA ha ido en aumento; en total 1.220 infectados: 605 enfermos y 615 seropositivos. En 1992 se informaron 286 casos de infección por VIH. En base a estos datos y usando modelos predictivos, se estima que en el país hay cerca de 30 mil personas infectadas.

La prevención de la enfermedad es más necesaria, más eficaz y menos costosa en las etapas tempranas de la propagación de la enfermedad como la que presenta El Salvador. La valoración de la infección por VIH debe ser una alta prioridad para las autoridades sanitarias. Varios factores de riesgo justifican esta recomendación:

- 1) la proximidad geográfica y el activo intercambio con Honduras, país que tiene los mas altos índices de contaminación de la Región;
- 2) el alto índice de salvadoreños en los EEUU y el activo intercambio en visitas a su país y viceversa;
- 3) los patrones de comportamiento sexual que favorecen las ETS y que tienen un efecto similar sobre la difusión del VIH;
- 4) la debilidad del programa de control de la contaminación de sangres a ser transfundidas;
- 5) la ausencia de un programa de educación sexual y el bajo índice de utilización de preservativos.

Entre los grupos con mayor cantidad de casos de VIH/SIDA, se encuentran las mujeres en edad fértil. De no efectuarse una prevención enérgica, se infectarán mayores cantidades de mujeres embarazadas, las que tienen una alta probabilidad de transmitir la infección al recién nacido. El MSPAS ha establecido una línea directa llamada TELSIDA, para contestar las inquietudes de la población en lo relacionado al SIDA. La Unidad de Educación para la Salud coordina ésta y otras acciones de promoción, mercadeo social y educación principalmente con grupos de adolescentes. Estas acciones requieren ser fuertemente reforzadas; ya que existen las condiciones para que el número de infectados en el país se incremente rápidamente.

2.3 Cáncer cérvico-uterino

La tasa de cáncer cérvico-uterino en El Salvador es de 84 por cien mil mujeres en riesgo (35 a 60 años), es una de las más altas en América Latina¹⁶. La Región Metropolitana es la que presenta las cifras más altas con una tasa de 126 por cien mil. De las mujeres diagnosticadas, el 50% muere antes de los cinco años. Son conocidas las causas que inciden en el cáncer cérvico-uterino: infecciones vaginales repetitivas, inicio temprano de las relaciones sexuales y multiplicidad de parejas sexuales.

El MSPAS está implementando un programa activo de detección precoz, que incluye el estudio, flujo y toma de decisiones en base a la citología vaginal. También se han preparado citotecnólogos que trabajan en el MSPAS y en otras instituciones. Esto ha logrado incrementar la cobertura. Para facilitar la coordinación se

¹⁶ Datos del MSPAS, ISSS y Liga del Cáncer.

ha creado el Comité Interinstitucional de Cáncer Ginecológico (COINCA), el cual está constituido por personal del MSPAS y del ISSS.

3 Problemas de salud de los adolescentes, jóvenes y adultos

De acuerdo con la OMS la adolescencia ocurre en la segunda década de la vida (10 a 19 años) y la juventud entre los 15 y los 24 años de edad. Estos cambios cronológicos no coinciden necesariamente con los cambios biológicos, sociales y psicológicos que caracterizan estos períodos de la vida. Para la mayoría de los salvadoreños, sobretodo para aquellos por bajo de la línea de pobreza, esos cambios determinan que ambos períodos terminen antes de las edades mencionadas.

Los problemas de salud más frecuentes e importantes de los adolescentes, jóvenes y adultos son los relacionados con la actividad sexual, con la violencia y con las secuelas físicas y psíquicas resultantes del conflicto armado. También tienen importancia las enfermedades tropicales vinculadas con el medio ambiente, como la malaria, la cual está controlada, sin embargo requiere un esfuerzo continuo para mantenerla en esa situación.

3.1 Educación sexual y educación para la salud

Según FESAL-93, el 50% de las mujeres ya ha tenido su primera relación sexual a los 18 años y su primer hijo a los 20. Ello evidencia un inicio precoz de la vida sexual y reproductiva. Mas aún, en ocasión de su primera experiencia sexual sólo el 4% de las mujeres usan algún método anticonceptivo, lo cual conlleva un alto riesgo de embarazo no deseado. De acuerdo con la misma encuesta, si bien el 98% de las entrevistadas tienen conocimiento sobre el SIDA y sus formas de transmisión, tan sólo el 1,5% de las personas con comportamientos de riesgo, adopta conductas de protección.

Estas conductas de riesgo, favorecedoras de embarazos no deseados o de contagio de enfermedades de transmisión sexual, son más frecuentes en el medio rural, entre mujeres de nivel socio-económico bajo y cuanto menor es el grado de escolaridad alcanzado. Ello revela una relación muy fuerte entre el nivel educativo y socio-económico y los conocimientos necesarios para preservar la salud. Los esfuerzos de educación sexual emprendidos hasta el presente han sido muy débiles para brindar la información necesaria y promover comportamientos más seguros. Los adolescentes de ambos sexos, en particular las mujeres, sufren las consecuencias de esta carencia.

Los programas generales de educación para la salud son también débiles. La prevención de diarreas, a través de la incorporación de hábitos higiénicos en la manipulación de alimentos, se ha fortalecido en los últimos tres años, a raíz de la reaparición del cólera. Aún así, las campañas son temporarias, ante situaciones de mayor riesgo, y no alcanzan a compensar la falta de programas de educación para la salud como parte del curriculum básico. Algo similar ocurre con las inmunizaciones; el país alcanzó muy buenos niveles de cobertura en las vacunas más importantes, pero ello está basado en la implementación de campañas especiales y no en el desarrollo normal del programa. Esto está reflejando carencias de conocimientos y educación en las madres.

Cuando la educación para la salud se implemente como parte del curriculum escolar, habrá que organizar además esfuerzos especiales para el 30% de la población que no accede a la educación formal la que, a su vez, constituye el segmento con mayor riesgo de enfermar.

3.2 Accidentes y violencia

La violencia física, frecuentemente mortal, como mecanismo para dirimir diferencias de intereses u opiniones ha sido una característica cultural de la región centroamericana. El Salvador no ha sido una excepción de ese patrón de comportamiento. A ese rasgo histórico se sumó el conflicto armado y últimamente la violencia asociada a hechos delictivos comunes. Esa violencia, que refleja una baja valoración de la vida, se manifiesta en morbilidad tanto física como psíquica y en mortalidad.

En términos de mortalidad las *causas externas* constituyen uno de los principales grupos como causa de defunción en el país. Las tasas de mortalidad en el grupo de 15 a 44 años, aumentaron a partir de 1973; esto se debió al aumento de muertes por enfermedades del aparato circulatorio y por *causas externas* (efectos de la guerra, violencia, accidentes). Según la Memoria del MSPAS 1992-93, en 1991 se registraron 1.464 defunciones por homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona y 838 defunciones por *otra violencia*. Sumadas son 2.302 muertes registradas por hechos violentos, o sea el 8.5% del total de defunciones registradas en el país, lo cual lleva a esta categoría a uno de los primeros lugares como causa de muerte. Los homicidios y actos violentos ocupan un lugar importante en la patología social del país, cuyos actores no han estado, necesariamente, envueltos directamente en la guerra, pero han sido influenciados por ella.

En términos de morbilidad constituyen factores importantes los accidentes, la violencia, el consumo de alcohol y los accidentes vehiculares, los cuales están frecuentemente interrelacionados. Los problemas mentales y psico-somáticos tienen importancia especial en los ex-combatientes, los discapacitados de guerra y sus familiares. La pobreza, la falta de educación y de oportunidades y los desajustes de las familias provocados por el conflicto armado y la recesión de los 80, provocan formas menos aparentes de violencia. Los grupos juveniles llamados *maras*, que se caracterizan por su violencia y su lealtad grupal, constituyen una manifestación de este fenómeno social. La mayoría de sus miembros (76%), provienen de familias desintegradas o disfuncionales. El consumo de drogas es otro factor contribuyente a este problema. Aunque los miembros de las *maras* no estuvieron directamente involucrados en la guerra, no se puede desestimar este factor. Es difícil precisar la influencia de diversos factores y para fines prácticos hay que encararlo como un fenómeno local, que debe corregirse con educación, recreación sana y oportunidades de trabajo, mejorando la situación de la familia, combatiendo el alcoholismo y la adicción a drogas.

3.3 Discapacitados físicos y psíquicos

El conflicto armado dejó secuelas de diverso tipo y gravedad en la población salvadoreña. Las más evidentes son las debidas a heridas físicas, principalmente en combatientes pero también en civiles afectados. Menos evidentes son las secuelas psíquicas. La orfandad, la pérdida de la pareja u otros miembros de la familia, o el desarraigo del lugar de residencia, son también secuelas que pueden provocar cierta discapacidad.

En 1993 se realizó el *Censo Nacional de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado*. Este empadronó a 30.854 beneficiarios potenciales del Decreto Legislativo No. 416 que incluye ex-combatientes lisiados de ambos bandos, civiles lisiados y familiares de caídos. Aún no se ha estimado el número de personas que sufren traumas psicológicos discapacitantes. En cinco de los 14 departamentos (San Salvador, Chalatenango, Morazán, Usulután y San Vicente), se concentra el 55% de los beneficiarios censados. Se ha estimado que los heridos físicos alcanzan a 12.000 personas (4.500 del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional-FMLN; 5.000 de la Fuerza Armada de El Salvador -FAES; y 2.500 civiles). De éstos, 6.000 ya han sido operados y requieren seguimiento.

En setiembre de 1993 se realizó un taller con el objeto de desarrollar una estrategia de largo plazo para los discapacitados de guerra. De acuerdo con esta estrategia los primeros beneficiarios de un programa de rehabilitación deben ser los discapacitados civiles y combatientes de la FAES y del FMLN. Los problemas en esta población meta incluyen: discapacidades físicas de heridas, que requieren intervenciones quirúrgicas y cuidados post-operatorios; aparatos prostéticos u ortésicos; daños sensoriales y nerviosos (ojos, oídos); problemas de integración psicológica; síndrome de stress post-traumático; retraimiento; episodios psicóticos; violencia física y estupro.

Como resultado del conflicto han surgido en la post-guerra, entre la población en general, nuevas exigencias de adaptación psico-social. La población estuvo expuesta a situaciones traumáticas, que dejan secuelas psicológicas más o menos importantes. Hay poco reconocimiento y aceptación de esta problemática. Hace falta personal técnico y profesional capacitado para identificar, valorar y atender estas situaciones. Basados en experiencias de otros países, los problemas psico-sociales derivados de la guerra pueden incluir:

- incremento de violencia, alcoholismo y drogadicción;
- aumento de enfermedades y afecciones psico-somáticas;
- desórdenes de la personalidad, incremento de la violencia hacia la mujer y los niños;
- apatía, desconfianza, pérdida de valores;
- aumento de la demanda de servicios psicológicos y de orientación.

La consolidación de la paz y el mejoramiento del estado de salud de la población, dentro del contexto adoptado por la OPS/OMS y el GOES, requieren que se continúen los esfuerzos por mejorar la calidad de vida de los lisiados tanto ex-combatientes como civiles y de los familiares de los caídos. Esta actividad deberá recibir prioridad en el ámbito nacional e internacional.

3.4 Enfermedades transmitidas por vectores

El Salvador ha realizado progresos importantes en el control de estas enfermedades, particularmente en lo referente a malaria. Otros problemas sociales y de salud requieren atención y recursos, por lo que podría considerarse disminuir el esfuerzo y destinar los recursos así liberados a esos otros problemas. El que estas enfermedades no estén erradicadas (sino apenas controladas) y que se mantengan las condiciones epidemiológicas (por la propia ecología) para su difusión, argumentan sólidamente en contra de esa política.

Malaria

El área originalmente malárica de El Salvador tiene una extensión de alrededor de 19.000 km² con aproximadamente 4,5 millones de habitantes que equivalen al 89% de la población. El área de mayor potencial de transmisión de la enfermedad está localizada en la zona costera en donde las condiciones ecológicas favorecen la reproducción del mosquito vector, *Anopheles albimanus*. Históricamente el paludismo ha sido un factor de daño importante para la salud; con la introducción de los insecticidas la enfermedad adquirió un carácter menos grave pero sujeto a irregularidades en su control.

En 1980 se registraron 95.835 casos de paludismo; en 1993 se registró un total de 3.887 casos. En tanto en 1980 El Salvador contribuía con el 40% de los casos detectados en la región centroamericana, en la actualidad esa proporción descendió al 3%. El éxito del programa se debe al enfoque estratégico; éste se basa en el manejo de datos epidemiológicos para la toma de decisiones a nivel local. Para eso se recurrió a la estratificación, utilizando el caserío como unidad de análisis y de operaciones. Los caseríos se clasifican por su Incidencia Parasitaria Anual (IPA), cuya clasificación se revisa periódicamente.

Es indudable que este enfoque estratégico fue muy bien concebido y ejecutado. Los resultados están a la vista. Pero El Salvador es parte de un conjunto epidemiológico y ecológico regional, donde la malaria continúa siendo un serio problema de salud. Para no perder en el corto o mediano plazo los logros alcanzados, el GOES debe mantener la prioridad del programa. Para consolidar los logros en el largo plazo, las agencias de cooperación internacional deben promover la difusión del enfoque estratégico en otros países de la Región.

Dengue

En las Américas se han reportado episodios de enfermedades similares al dengue desde hace más de 200 años. Hasta la década de los años sesenta estos episodios epidémicos se presentaban en ciclos de 10 años aproximadamente, pero después los intervalos se han ido acortando.

En El Salvador la enfermedad se ha presentado en la modalidad de dengue clásico, con pocos casos detectados clínicamente como dengue hemorrágico. No ha habido sospecha de dengue hemorrágico durante el período 1989-92. Según datos de la Unidad de Epidemiología del MSPAS el número total de casos en el quinquenio 1988-1992 osciló entre 518 (año 1989) y 2.381 (año 1990). La infestación de las casas por el vector es alta, pues oscila en las cabeceras departamentales, entre 45% en la época seca y 68% en la época húmeda.

El control del dengue es un problema de saneamiento básico. Los residentes de las áreas en riesgo pueden asumir, con gastos bajos, la responsabilidad de mantener actividades de eliminación de criaderos del vector. En efecto, el *Aedes Aegypti*, es un mosquito esencialmente doméstico y urbano, que puede ser controlado con medios físicos aplicados correctamente.

Enfermedad de Chagas

La enfermedad de Chagas, causada por el *Trypanosoma cruzi*, se encuentra en las Américas desde la Argentina hasta los Estados Unidos. Aproximadamente 16 millones de personas están infectadas y se estima que el 27% de ellas desarrollarán la forma cardíaca de la enfermedad. La transmisión se realiza en el medio rural por vectores; entre seres humanos por transfusión de sangre contaminada.

En El Salvador se ha comprobado la presencia de *T. cruzi* y también se ha confirmado la ocurrencia de cardiopatía chagásica, pero la información disponible aún es escasa y no permite evaluar su importancia como problema de salud pública. Como es de esperar, la mayoría de los casos humanos son originarios de zonas rurales, donde predominan las condiciones ecológicas adecuadas para la transmisión. La creciente migración campo-ciudad aumenta el peligro de transmisión a la población urbana a través de transfusión sanguínea.

El MSPAS informó un porcentaje de positividad en donantes de sangre de 3,8% en 14 hospitales estatales, siendo los hospitales de Sonsonate (10,8%), Ahuachapán (10,4%), La Libertad (8,9%) y Usulután (7,1%) donde se reportaron porcentajes más altos de positividad. En una encuesta realizada por miembros del equipo de ANSAL, se encontró que al menos 1 de cada 3 laboratorios que realizan transfusión de sangre no hace pruebas serológicas para la detección del mal de Chagas, por carecer de los reactivos necesarios. Las pruebas para **detectar en sangre a ser transfundida la enfermedad de Chagas, junto con las de hepatitis y SIDA deberían ser requisito indispensable** para proteger a los pacientes en caso de que sea necesario recurrir a transfusiones sanguíneas.

El factor de riesgo más importante en la Enfermedad de Chagas es la pobreza. Su prevención depende de mejoras socio-económicas. La interacción de hospederos silvestres con reservorios y vectores del ambiente doméstico, que se alimentan de sangre humana, son factores importantes en la transmisión de *T. cruzi*. Para valorar y eventualmente controlar, esta enfermedad se estima necesario:

- a) realizar estudios de prevalencia en muestras de población para determinar la importancia que tiene la enfermedad como problema de Salud Pública;
- b) evaluar la importancia de las transfusiones sanguíneas en la transmisión del *T. cruzi*;
- c) identificar las áreas de mayor riesgo para diseñar, con la participación de la comunidad, medidas de prevención y control basadas en la mejoría de la vivienda y el ambiente doméstico.

IV ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Este capítulo tiene por finalidad describir la organización del Sector Salud y del sistema de servicios de salud. Se entiende por sector el conjunto de organizaciones públicas y privadas que, con su accionar, afectan directamente el estado de salud de la población. El sistema de servicios de salud es una parte del Sector: está constituido por las organizaciones que producen servicios de salud dirigidos a las personas. A vía de ejemplo, las Facultades de Medicina forman parte del Sector pero no del sistema de servicios. El análisis de las *áreas críticas*¹⁷ que afectan el funcionamiento del sistema de servicios será presentado en el capítulo V.

Se presentan tres temas: la forma en que el Estado participa en la organización del sector; la configuración del sistema de servicios y las principales características de la oferta; y finalmente, la caracterización de la demanda de los servicios de salud por parte de la población.

1 Función del Estado en el Sector Salud

El marco normativo jurídico vigente le asigna al Estado, principalmente al MSPAS, funciones múltiples en la organización y funcionamiento del Sector. De acuerdo con la Constitución, el Estado debe velar por la salud de los ciudadanos aún cuando éstos también tienen obligación de cuidar su salud. La presencia del Estado en la salud, de acuerdo con el marco normativo, es más amplia y profunda que en otras áreas de la sociedad. El MSPAS, como principal órgano del Estado en el Sector, tiene una presencia preponderante. Ese predominio está basado predominantemente, en la producción de servicios de salud por parte del Ministerio, con sus propios recursos. Ha tenido una actuación menos destacada en la implementación de políticas, particularmente de las que afectan a la situación de salud por mecanismos diferentes de la prestación de servicios. En función de ello y como consecuencia del reordenamiento de funciones dentro del Estado, han surgido a través del tiempo, organizaciones públicas que cumplen funciones parcialmente similares a los que desempeña el MSPAS. La Secretaría del Medio Ambiente (SEMA) y la Secretaría de la Familia ejemplifican esta afirmación.

La modernización del Estado implica introducir cambios sustanciales en relación a sus funciones actuales. Consiste en pasar de un Estado interventor y proveedor, a un Estado que concentre sus acciones en la formulación de políticas, planes y programas; en la aprobación de normas; en la supervisión y en la determinación de la finalidad del gasto público. De esta forma podrá garantizar el acceso de la población, sobretodo de aquella en situación de pobreza, a servicios de salud eficaces, eficientes y equitativos.

El conflicto armado y la recesión económica de la década de los 80 provocaron un cambio importante en el gasto público. El presupuesto del MSPAS a finales de la década representaba, en relación al PIB, menos de la mitad de lo que era al inicio de la misma. La cooperación externa no compensó totalmente esta disminución. En consecuencia, el Ministerio concentró aún más su accionar en lo que entendió era su área prioritaria: la prestación de servicios a la población.

¹⁷ El término *áreas críticas* refleja la necesidad de expresar en español un vocablo inglés que no tiene traducción: *issues*. *Issues* refiere a aquellos aspectos o puntos de un tema que merecen una atención especial por su importancia, porque con frecuencia son causa de fallas de funcionamiento o por otro motivo. En castellano muchas veces se usan los vocablos "problema" o "tema relevante" al referirse a estos aspectos. En el trabajo de ANSAI se los ha denominado *áreas críticas*.

1.1 Coordinación en la formulación de políticas de salud

La política social del GOES está contenida en el Plan de Desarrollo Económico y Social 1989-94, ya a punto de concluir con el fin de la presente administración. El Plan tuvo dos componentes: uno de ajuste económico (cambios estructurales para promover un crecimiento económico sostenido) y otro de compensación social para, en el corto plazo, aliviar las repercusiones negativas del ajuste y para disminuir en el mediano plazo, los niveles de pobreza. Las políticas sociales de mediano plazo fueron diseñadas para atender las necesidades de la población de menores ingresos en materia de salud, educación, previsión social y otras. Las estrategias elegidas para atender estos sectores fueron:

- a) descentralización;
- b) focalización del gasto y los servicios;
- c) fortalecimiento de los sistemas de atención.

El componente específico de salud y nutrición tenía el propósito de focalizar el gasto de salud y mejorar la atención y cobertura de los servicios primarios: atención materno-infantil, nutricional, agua potable y letrización. En el programa de Rehabilitación de Sectores Sociales se decidió apoyar la descentralización, la focalización y la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades sociales.

El Plan de Reconstrucción Nacional, desarrollado en 1991-92 como parte de los Acuerdos de Paz, para corregir los déficits más notorios en las áreas ex-conflictivas, es otra instancia de formulación de políticas sociales, incluidas las de salud.

El Programa de Modernización del Estado de 1992, en el que se incluye el MSPAS, también incursiona en la formulación de políticas al establecer, en relación a este Ministerio, el fortalecimiento de su administración, la descentralización de su presupuesto y el mejoramiento en la eficiencia en la entrega de los servicios a la población.

Los dos planes y el programa mencionados fueron formulados predominantemente por MIPLAN, en coordinación con autoridades y técnicos de los diversos sectores, específicamente de salud. Durante el periodo octubre 93 a abril 94, autoridades y técnicos de MIPLAN formularon planes sectoriales para el periodo 1994-99, incluyendo el de salud. En ese proceso fueron evidentes las similitudes de objetivos entre MIPLAN y el MSPAS, aunque con diferencias en las estrategias para conseguirlos. Al igual que en otros países, los mismos conceptos tienen significados prácticos diferentes para los integrantes de ambos ministerios. Descentralización, focalización del esfuerzo y fortalecimiento de los servicios son entendidos por ambos organismos como *medidas prácticas diferentes*. Es posible que en ocasión de la formulación de los dos planes y el programa mencionados se haya producido una situación similar.

Los organismos, las autoridades y los funcionarios técnicos de ambas instituciones tienen objetivos similares pero ideas-fuerza distintas: en MIPLAN predomina el mediano a largo plazo y la preocupación con la eficiencia y la equidad en el uso de los recursos del Estado; en MSPAS predomina la preocupación con la satisfacción urgente y efectiva de las necesidades sanitarias de la población. Esto no quiere decir que en el MSPAS no haya preocupación con la eficiencia o que MIPLAN se despreocupe de la efectividad. Significa simplemente que hay diferencias de énfasis en los objetivos dominantes de ambas instituciones.

1.2 Cumplimiento de políticas y normas vigentes

El MSPAS, en cumplimiento de su función, ha formulado políticas y elaborado normas para su aplicación. En los últimos tres años esa actividad se ha fortalecido en las áreas materno-infantil, lactancia materna, medicamentos esenciales, diarreas, IRA y otras. Estas políticas y normas deben ser cumplidas por todas las instituciones que actúan en el Sector, independientemente de si éstas son privadas o públicas y, en este último caso, de si son servicios propios del Ministerio o no. En forma similar las instituciones del Sector deben cumplir las normas jurídicas vigentes, en su mayoría incluidas en el Código Sanitario. Este contiene disposiciones muy diversas que cubren un espectro muy amplio de temas vinculados con la salud de la población.

El Ministerio, como máximo órgano del Estado en el campo de la salud, es el encargado de vigilar el cumplimiento de estas políticas y normas. El MSPAS enfrenta dificultades en esa tarea por dos tipos de razones:

- a) debilidad de la estructura técnica, particularmente de recursos humanos y de servicios de apoyo, asignados a cumplir esa misión;
- b) limitaciones en la fuerza política para establecer sanciones y hacer cumplir la norma en caso de incumplimiento;

Las áreas a cubrir son demasiado extensas en relación a la capacidad presupuestal del Ministerio. A vía de ejemplo éste debe normatizar todo lo referente a los sitios de disposición final de basuras, normas que deben ser cumplidas por todas las municipalidades del país. Siendo de por sí un tema particularmente difícil, dadas las distintas circunstancias en cada municipio, es explicable que el MSPAS haya tenido dificultades para desarrollar las normas y más aún para vigilar su cumplimiento. Aún en temas en los que el Ministerio ha desarrollado políticas y normas bien fundamentadas, como es por ejemplo el caso de la lactancia materna, encuentra dificultades políticas para hacerlas cumplir. Estas normas se cumplen en todos los servicios del propio Ministerio pero no así en los del ISSS. El incumplimiento por parte del ISSS, que da sucedáneos de la leche materna a los recién nacidos, no se debe a falta de voluntad sino a presiones de los propios beneficiarios, que consideran la entrega de leches maternizadas y enseres relacionados, como una conquista gremial.

Como resultado de los factores mencionados, aún cuando el país cuenta con un cuadro adecuado de políticas y de normas, éstas son aplicadas casi exclusivamente por los establecimientos y servicios del propio MSPAS, lo cual limita su efectividad.

1.3 Función de la policía sanitaria

En 1956 se crearon, por disposición constitucional, el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de la Salud, como organismos de control del Sector Salud tanto en sus componentes públicos como privados. Por su parte el Decreto-Ley de creación del MSPAS le atribuye a éste la responsabilidad de controlar la atención de salud. Hay pues una responsabilidad compartida entre ambos organismos del Estado. Los límites de las respectivas responsabilidades no están bien delineadas lo cual debilita la eficacia del Estado en esta función. El ejercicio de la policía sanitaria está destinado a asegurar la calidad de los servicios que se prestan a la población e incluye, entre otras medidas, el control de calidad de los medicamentos, el control de los establecimientos de salud públicos y privados y el control del ejercicio de las profesiones.

El CSSP y las Juntas de Vigilancia son organismos autónomos cuyas autoridades son nombradas conjuntamente por el Poder Ejecutivo y los profesionales cuya actividad es controlada. De hecho sin embargo, la autonomía está parcialmente limitada por la inclusión del presupuesto de estos órganos en el presupuesto general del Ministerio de Salud.

Las mayores limitaciones en el cumplimiento de la función de policía sanitaria por parte del Estado a través del CSSP y las Juntas no deriva de la confusión en las áreas de responsabilidad ni de su dependencia presupuestal sino de su falta de capacidad técnica y de fuerza política para cumplir su función. Por falta de recursos, que podrían obtenerse a través de los propios controlados, estas estructuras tienen una capacidad de gestión muy limitada.

1.4 Políticas de formación de recursos humanos

La producción de servicios de salud descansa en la disponibilidad y productividad de los recursos humanos. Por lo tanto, en la mayoría de los países, el Estado participa activamente en la formación y en la capacitación de los Recursos Humanos en Salud (RRHHSS). En efecto, el Estado al establecer prioridades programáticas de salud y canalizar al sector porcentajes importantes del financiamiento, condiciona parcialmente el mercado. Por otra parte, al igual que en otras áreas de educación y actividad, hay fallas en la articulación entre las necesidades de los organismos que producen servicios y los perfiles utilizados por las instituciones formadoras de recursos. En El Salvador, al igual que en la mayoría de los países de América Latina, ha habido una presencia muy poco racional del Estado en este campo. En efecto, por un lado el Estado ha financiado la formación de RRHHSS a través del presupuesto de la UES y, por otro, no ha condicionado ese financiamiento a las necesidades sanitarias del país.

En éste y otros aspectos que se enumeran a continuación, ha existido incoordinación en la formulación y aplicación de políticas en las áreas de formación y utilización de los RRHHSS, entre las organizaciones formadoras y las utilizadoras de esos recursos. Las principales limitaciones han sido:

- debilidad en la planificación sobre tipo y cantidad de recursos necesarios, por parte del MSPAS;
- accionar autónomo de la UES, desvinculado de las prioridades sanitarias establecidas por el MSPAS.
- proliferación de facultades (de medicina) y escuelas (de enfermería y otras) privadas, sin un marco normativo estatal que asegure la calidad del recurso formado y sin responder a una planificación de los recursos adecuados para los problemas prioritarios de salud del país.

Se requiere una presencia más prominente del MSPAS en esta área, el cual deberá coordinar estrechamente con el Ministerio de Educación.

1.5 Participación en la formulación de planes y políticas

En 1991, el MSPAS elaboró con apoyo de la OPS/OMS el Plan Nacional de Salud 1991/1994 el cual fue aprobado el mismo año. Contiene los lineamientos políticos, los objetivos, las estrategias y los programas del Sector Salud que resultan prioritarios para el MSPAS. 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 establece los propósitos generales esperados y las estrategias institucionales. Estas son las siguientes: la extensión de la cobertura, el mejoramiento de la capacidad resolutive de sus servicios, el desarrollo institucional, el fortalecimiento financiero, la descentralización técnico-administrativa, la coordinación inter e intra sectorial y de la cooperación externa.

El área programática se divide en programas operativos y proyectos estratégicos; entre ambos cubren todos los componentes de la salud pública y de la atención médico/asistencial. Sin embargo, el plan carece de metas específicas y de un cronograma de implementación. Ello dificulta evaluar los resultados y constituye un obstáculo para la coordinación con las demás instituciones del Sector. En efecto, éstas no conocen qué se espera de ellas y cuándo.

El Plan Nacional de Salud 1991/1994 no ha sido implementado por todas las instituciones del Sector. Más bien ha sido un plan institucional (del MSPAS). Este carácter institucional y no sectorial, en parte se debe a que el resto del sector no tiene tradición de acatar la rectoría del MSPAS. Asimismo, las demás instituciones quedan poco comprometidas al no haber participado en su elaboración. Es probable que la falta de cumplimiento de otras políticas y normas establecidas legítimamente por el MSPAS se deba a que, en general fueron elaboradas por las estructuras del Ministerio de Salud, sin un proceso de consulta previa con los otros componentes del Sector. La no participación puede resultar en que la norma no sea "cumplible" por algunas de las organizaciones involucradas por razones técnicas, económicas o políticas. En otros casos el incumplimiento deriva del desacuerdo con la finalidad o el contenido de la disposición.

Varios países de América, con situaciones similares a las de El Salvador, han intentado estrategias diferentes en la elaboración de planes, políticas y normas que deben ser cumplidas, en su mayoría voluntariamente, por organizaciones diversas, tanto públicas como privadas. La participación o al menos la consulta a los involucrados en el momento de elaboración de las políticas, normas, planes y programas, atenúa las dificultades de cumplimiento. En efecto, la participación previa puede resultar en un mejoramiento de la calidad de la decisión y en un mayor compromiso de quienes disientan, al haberseles escuchado previamente.

2 Oferta de servicios de salud

El sistema de servicios de salud de El Salvador está compuesto por un conjunto de instituciones y empresas públicas o privadas y por profesionales ejerciendo individualmente su profesión. Este conjunto de entidades, en el que tienen presencia dominante el MSPAS y el ISSS en el Sector Público y las farmacias, las ONGs y los médicos en el Sector Privado, no constituyen un sistema formalmente coordinado ni menos aún integrado. Todos los países de América, con excepción de Canadá, Costa Rica y Cuba, presentan situaciones similares a las de El Salvador en cuanto a la ausencia de un sistema formalmente integrado. Ello no es necesariamente un obstáculo para proporcionar servicios efectivos y eficientes a la población. Para lograrlo hay que evitar algunos riesgos que están presentes en El Salvador.

- a) La segmentación de la población de acuerdo con su poder adquisitivo en distintas instituciones, que provoca desigualdades en el acceso a los servicios. Al menos para ciertos servicios básicos la accesibilidad debería estar en función de la necesidad y no de la capacidad de traslado o de pago. Los seguros sociales de las empresas del Estado y el ISSS (aunque éste en menor medida), por definición brindan protección más completa solamente a un grupo ya privilegiado de la población.
- b) El crecimiento del sistema por agregación de instituciones o programas favorece ineficiencias (por duplicaciones de estructuras y equipos) y lagunas de cobertura (por poblaciones que quedan desprotegidas)¹⁸. Frecuentemente las nuevas instituciones o programas, surgen ante la dificultad de corregir las deficiencias de las estructuras ya existentes y la capacidad de un grupo de la población para

¹⁸ A vía de ejemplo: en la actualidad existe insatisfacción con la atención brindada por el ISSS, lo que motiva que varias empresas hayan contratado seguros adicionales, privados, para cobertura de sus funcionarios. Quienes no tienen capacidad económica quedan en el ISSS. La contratación por fuera incrementa la demanda de servicios similares a los del ISSS, pero en el componente estrictamente privado del sistema, promoviendo duplicaciones.

financiar una solución alternativa. Las deficiencias que originan la situación quedan sin corregir y en general, con menos posibilidades de hacerlo en el futuro (por menor capacidad de presión de los beneficiarios que quedan en la institución en deterioro).

Para evitar estos riesgos el Estado de El Salvador ha asumido una función más intervencionista en este Sector de la economía. Desde el marco normativo vigente hasta las políticas sectoriales, tanto la formulada por MIPLAN como por el MSPAS, reconocen la necesidad de una presencia mayor del Estado. En particular el Plan Nacional de Salud 1991-94 contiene, como una de las siete estrategias básicas, el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud (SNS). La definición específica de un SNS que favorezca la eficacia, la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios y que sea pluralista y respetuoso de la libertad individual, no es tarea sencilla. Tampoco es suficiente la creación de una estructura formal; en varios países la estructura fue creada pero el panorama institucional no cambió. Lo imprescindible es que el Estado, a través del MSPAS, lidere la organización y el funcionamiento del sistema, mediante una definición clara de las reglas de juego aplicables a todas las organizaciones participantes. El Ministerio no pudo desarrollar el sistema en los tres años de vigencia del plan actual. En gran medida ello se debió a que sus esfuerzos fueron prioritariamente destinados al funcionamiento de su propia red de establecimientos y servicios, con un financiamiento insuficiente para ello.

2.1 Instituciones prestadoras de servicios de salud

El Sector Público está formado por el MSPAS, el ISSS y otras 17 instituciones estatales que proporcionan servicios a sus empleados y familiares. En este grupo se encuentran: Bienestar Magisterial (Ministerio de Educación), la Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), la Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL) y otras.

El mandato constitucional del Ministerio de Salud le permite proporcionar atención a toda la población; tradicionalmente ha sido visto como el principal proveedor de atención de salud al 85% de la población. El ISSS da atención a los trabajadores cotizantes y a los jubilados, sus esposas e hijos hasta la edad de tres años¹⁹. Tradicionalmente, la cobertura del ISSS ha constituido el 6 ó 7 por ciento de la población, estando el MSPAS y el Sector Privado a cargo del resto. Como resultado de una serie de ampliaciones en los criterios de afiliación, el ISSS actualmente (1993) cubre aproximadamente el 12,0% de la población salvadoreña. Los programas de salud de varias empresas del Estado y dependencias públicas dan cobertura similar a sus trabajadores y dependientes ampliando la cobertura conjunta de la "seguridad social" a aproximadamente un 15% de la población. Finalmente, las ONGs desempeñan un rol importante en la producción de servicios básicos para la población rural de bajos ingresos y los médicos y farmacias para la población urbana de todos los estratos sociales.

En 1989 se llevó a cabo una encuesta de hogares acerca de la demanda de atención (REACTI). Se encontró que las percepciones tradicionales acerca de la importancia relativa de los subsectores no era exacta. Existen dos mercados distintos de atención médica en El Salvador, uno para la atención ambulatoria y otro para atención hospitalaria. En la hospitalización, la percepción tradicional no estaba muy lejos de la realidad. El MSPAS realizó el 76% de las internaciones, el Seguro Social el 13% y el Sector Privado el 9 por ciento. Sin embargo, la consulta externa resultó muy diferente de lo esperado. El Ministerio produjo sólo el 40%, el ISSS

¹⁹ La cobertura del ISSS está incrementándose en un año de edad por cada año calendario: en 1994 se incorporarán los hijos de los beneficiarios hasta de cuatro años de edad.

el 13% y el Sector Privado el 45%. Como se verá en encuestas posteriores de MIPLAN confirman parcialmente estos hallazgos.

Estas encuestas de MIPLAN²⁰ encontraron que el Sector Privado, no tenía en la atención ambulatoria una presencia tan importante como se había hallado en el estudio de demanda de REACH. Sin embargo, la consulta privada fue mayor de lo que se suponía tradicionalmente. La encuesta de MIPLAN 1991-1992 cuantificó la actividad del Sector Privado formal en 34% de la consulta externa, la de farmacias y otros en 10% y la del Sector Público (no se diferenció entre instituciones) en el 56% restante. Según estos resultados la cobertura del MSPAS varía notoriamente entre la atención ambulatoria (que incluye los servicios básicos y preventivos) y la atención hospitalaria. Los estudios de MIPLAN y REACH fueron consistentes en sus hallazgos de que el AMSS relativamente usaba más el Sector Privado en tanto que el medio rural confiaba más en el Sector Público para obtener su asistencia. Las otras áreas urbanas del país presentaron una posición intermedia.

Sector Público

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. Entre las instituciones del sector público, el Ministerio es el que tiene mayor presencia en el área rural. La red de establecimientos del MSPAS está compuesta por dispensarios, puestos de salud, unidades de salud, centros de salud (con internación), hospitales regionales y de especialidad. El financiamiento proviene del presupuesto general del Estado, de fondos de agencias internacionales y, en el caso de los hospitales, de una muy limitada 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 previsionales (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 inmediatos²¹.

Actualmente, el ISSS tiene responsabilidad por 580.000 personas aproximadamente, lo cual implica 12,0% de la población de El Salvador. Para este fin, tiene un presupuesto que proviene de los aportes del trabajador, del empleador y del Estado, que hace un aporte anual de 5 millones de colones (además de su contribución como empleador por la cobertura de empleados públicos).

El ISSS atiende a sus derecho-habientes en sus propios servicios y con sus propios recursos humanos. La red de establecimientos del ISSS es notoriamente menor que la del MSPAS pues consta de 44 establecimientos propios (concentrados en el AMSS) y 1.386 médicos. Sin perjuicio de lo anterior, el ISSS contrata hospitalización a nivel regional en servicios del MSPAS. Asimismo, tanto en San Salvador como en las

²⁰ Estas no son enteramente comparables al estudio de demanda de REACH debido a diferencias en los instrumentos y marco de la muestra; sin embargo permiten tener una fuente complementaria de datos válidos.

²¹ Los riesgos previsionales o diferidos de éstos los cubre el INPEP.

regiones, se contrata consulta médica privada con especialistas para disminuir las (largas) listas de espera en los servicios.

Otras instituciones estatales

- Ministerio de Educación: el Ministerio presta los servicios de salud a través Bienestar Magisterial, dependencia que se creó en base a la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio; se financia con el aporte de los maestros (2% de su sueldo hasta un tope de ₡20/mes) y del Estado que cubre el 98% del gasto. Los servicios son contratados con el Sector Privado, en forma de contratos que se negocian periódicamente. No existe restricción al uso de los servicios.
- Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL): el servicio de salud de ANTEL está dirigido específicamente a los empleados de la empresa. Tiene un hospital en San Salvador y 7 clínicas de atención ambulatoria. El financiamiento proviene del aporte del empleado (3% de su sueldo, también con un tope) y de la empresa que cubre el 97% del gasto.
- Comisión Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL): los servicios de salud de CEL 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 contrata con unos 500 médicos especialistas del Sector Privado.
- Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA): los servicios de salud de la ANDA, está formado por 6 clínicas y dispensarios que ofrecen medicamentos básicos.
- Ministerio de la Defensa: El Ministerio presta los servicios de salud a través de su dependencia llamada Sanidad Militar. El servicio cubre a los funcionarios en actividad, a los retirados y sus familias; presta servicios de toda la gama de complejidad para lo cual cuenta con 2 hospitales y 40 enfermerías en todo el país.

Instituciones del Sector Privado

El Sector Privado está formado por dos tipos de proveedores: aquellos que tienen fines de lucro (hospitales privados, laboratorios, farmacias y consultorios de médicos y otros profesionales) y las organizaciones sin propósito de lucro (ONGs). El primero es importante sobretodo en la producción de atención ambulatoria en el medio urbano; los segundos son muy importantes pues complementan la acción del MSPAS llevando servicios preventivos y curativos básicos de salud a la población de bajos ingresos en el medio rural.

Subsector privado con fines de lucro

Se estima que cerca de 2.800 a 3.000 médicos ejercen en el país: un 66% en el Departamento de San Salvador y un 10% en Santa Ana, lo que implica una presencia muy débil en otras ciudades y en el medio rural²². Casi un 40% de los médicos trabajan exclusivamente en su consultorio particular, en tanto que una cantidad similar trabajan sólo para una institución pública, dividiéndose en partes iguales entre el MSPAS y el ISSS. La organización de los consultorios es muy simple, tanto en personal (menos del 3% tienen una enfermera), como en equipamiento; la productividad es baja con 1,18 consultas de promedio por hora.

²² En un estudio del Sector Privado realizado para ANSAL, que enfrentó múltiples dificultades que cuestionan la validez de sus datos, se recibió información sobre las características del ejercicio de la profesión. Siendo la única información disponible, se incluye en este informe aún cuando existen las limitaciones mencionadas.

En términos de volumen y complejidad, el grueso de la atención hospitalaria la brindan los hospitales públicos: MSPAS e ISSS. Los hospitales privados son pocos, tienden a ser muy pequeños (menos de 30 camas) y un 70% de ellos está ubicado en el Departamento de San Salvador. En consecuencia, 8 de los 14 Departamentos del país no cuentan con hospital privado. La ocupación es baja (53,5%) y la estadía promedio corta: 3,6 días. Los procedimientos que se realizan son poco complicados lo cual refleja el perfil epidemiológico del país así como la poca capacidad adquisitiva de los usuarios. Ambas características, unidas a la posibilidad de obtener hospitalización subsidiada en los hospitales del MSPAS, explican la poca inversión en hospitales privados.

También integran este Sector los laboratorios de análisis clínicos, de exámenes de patología y clínicas radiológicas. Tienen una presencia relativamente prominente, tanto en número como en complejidad, sobretodo en San Salvador.

Las farmacias son un importante componente del sistema por ser el punto de más fácil acceso en el AMSS y otras ciudades. La proporción de la población que se automedica (cerca al 50%), la consulta con farmacéutico y la compra de medicamentos sin prescripción médica, evidencian un mal funcionamiento del sistema de servicios de salud. Los productos farmacéuticos se venden en aproximadamente 1.044 puestos de venta al detalle, con una relación de 5.500 personas por farmacia. Estas farmacias se abastecen de 225 droguerías (distribuidores y mayoristas). Las droguerías pueden importar u obtener sus productos de más de 30 compañías farmacéuticas que los fabrican en el país.

En Latinoamérica es difícil obtener datos confiables sobre las ventas de productos farmacéuticos en el Sector Privado. Usando cifras de la International Marketing Statistics (IMS), citadas por personas entrevistadas, se obtuvo el siguiente estimado. El valor de las ventas totales per capita de productos farmacéuticos en el Sector Privado fue de US\$11,09. Con base en supuestos acerca de las compras totales del MSPAS y del ISSS, el mercado total de medicamentos (sectores Público y Privado) fue de US\$16.05 per capita, lo cual refleja un gasto alto para el nivel de desarrollo del país. Parte de ese gasto puede no estar justificado. En efecto, un análisis del valor terapéutico de las ventas del Sector Privado muestra que:

- la venta de 35 subgrupos de productos farmacéuticos considerados de valor terapéutico dudoso, ascendió a US\$ 10,250,000, o el 20% de las ventas de 1991 (US\$50,500,000).
- las de vitaminas y suplementos constituyeron un monto adicional de US\$ 3,800,000 ó 7.5% del total de 1991.
- los productos dietéticos sumaron US\$1,450,000 ó 3% de las ventas.
- los antibióticos, que son un subgrupo terapéutico con gran potencial de uso inapropiado, constituyeron US\$6,000,000 ó 12% de las ventas.

En suma, hasta un 42% de las ventas de medicamentos pueden tener un efecto dudoso, cuando no negativo, sobre la salud de los usuarios.

Organizaciones no Gubernamentales (subsector sin fines de lucro)

Existen aproximadamente 100 ONGs dedicadas a actividades relacionadas con salud. Estas ONGs proporcionan una amplia gama de servicios, desde educación sanitaria, capacitación de parteras, voluntarios y promotores de salud hasta atención hospitalaria en una instalación de 200 camas. En general, las ONGs están bien integradas a las comunidades a las que sirven y sus acciones están focalizadas en áreas geográficas de alto riesgo. El 71% tienen programas curativos básicos y el 62% programas de prevención.

USAID dedica parte de sus recursos para financiar a las ONGs de manera que desempeñen funciones eficientes dentro del Sector Salud. Un vehículo importante es el Proyecto de Servicios de Planificación Familiar, que

trabaja especialmente a través de una ONG, la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS). A través de su red de 12 instalaciones clínicas y de trabajadores comunitarios entrega servicios de planificación familiar, otros materno-infantiles y medicamentos.

También es apoyado por USAID el Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil (PROSAMI), el cual tiene por objeto mejorar el estado de salud de la población rural y marginal aumentando el acceso a los servicios de salud básicos. Estos son proporcionados por 36 ONGs. Las actividades incluyen la entrega de servicios de salud materna y supervivencia infantil; el fortalecimiento institucional de las ONGs; su coordinación y el desarrollo de políticas e investigación.

2.2 Recursos para la oferta de servicios

La disponibilidad de los recursos y su distribución influyen sobre el funcionamiento del sistema. El cuadro siguiente muestra la distribución de los recursos según las instituciones prestadoras de servicios de salud. El sistema de servicios está formado por establecimientos y servicios que se distribuyen según las metas institucionales de la organización a la cual pertenecen. El MSPAS representa más de la mitad de la infraestructura del sistema, tanto en recursos como en responsabilidad de atención. Sin embargo, comparativamente a su red, su presupuesto es menor al del ISSS. Esto dificulta su efectividad, le disminuye la eficiencia al imposibilitarle competir por buenos gerentes y lo condena a la inequidad en los servicios prestados, en la complejidad, el volumen, la accesibilidad y la calidad de los mismos.

Cuadro No. 14

RECURSOS DE LAS INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD

Subsector	Institución	Recursos			
		Establec. o clínicas	Camas	Médicos	Total Personal
Estatad	MSPAS	374	5.213	2.086	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	s/i	s/i
	CEL	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

Nota: s/i = Sin información

Fuente: Proyecto ANSAL-94.

La distribución geográfica de las camas hospitalarias en 1992, se puede observar en el Cuadro No. 15. En éste se puede notar la alta concentración de recursos en el AMSS (más del 50% de camas). Esta distribución es debida a la alta concentración del ISSS y del Sector Privado en esta área. Esto responde al mayor número de asegurados del ISSS y al mayor poder adquisitivo en caso del Sector Privado comercial.

Asimismo, debe recordarse que, en un país pequeño como El Salvador y con buenas vías de transporte, la concentración de recursos de mayor complejidad como los hospitales en los centros urbanos, constituye una estrategia racional.

Cuadro No. 15

DISTRIBUCION DE CAMAS HOSPITALARIAS POR REGION Y POR POBLACION

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 País	5.213	1.425	383	1.219	8.240	16,3

* Incluye Sanidad Militar y ANTEL.

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

Fuente: *Proyecto ANEAL-94*.

2.3 Recursos humanos en salud

Disponibilidad y distribución de los recursos humanos críticos del Sector Salud

Uno de los aspectos importantes en el análisis de la oferta de servicios de salud, es la cantidad, composición y distribución de sus recursos humanos tanto a nivel de las instituciones que componen el Sector, como su distribución por regiones o áreas geográficas. Esto es particularmente importante cuando se aplican al análisis criterios de prioridad y focalización. Interesa la distribución por instituciones pues El Salvador es un país pequeño, pero con varias instituciones y organizaciones de heterogénea composición. Esto permite que muchos recursos humanos trabajen simultáneamente en varias instituciones. Para conocer la distribución de los RRHHSS por regiones o áreas geográficas se recurrió a varias fuentes secundarias pues la información directa no está disponible. El Ministerio de Salud debería ser la institución responsable de contar con esa información, pero sólo cuenta con los datos sobre personal de la propia institución y no de la totalidad del Sector.

Distribución de médicos y enfermeras según áreas geográficas

Considerando que el MSPAS es la institución con mayor número de empleos y mayor infraestructura en todo el país, se puede suponer que la información de la distribución de su personal representa aproximadamente la distribución nacional de los recursos humanos en salud (RRHHSS), sobre todo en las áreas rurales. Aún esta aproximación presenta serias dificultades, por la falta de un sistema completo de información sobre el personal del MSPAS, que pueda ofrecer datos confiables sobre la realidad.

La mayoría de los informes del Ministerio de Salud, se refieren a las plazas presupuestales para personal, incluidas en la Ley de Salarios. La Ley de Salarios es la ley que rige a los empleados del Servicio Civil. Registra el número de plazas para cada tipo de profesional y su nivel de salario, pero el número de plazas no necesariamente corresponde al número de trabajadores. Además existen varias categorías de empleos dentro

de la institución como contratos, planillas, patronatos, etc. que, al carecerse de un sistema completo de información, producen distorsiones en los datos. Aún así, es interesante analizar la distribución de las plazas de médicos y enfermeras del MSPAS pues refleja la distribución de estos recursos para la totalidad del país.

Cuadro No. 16

**DISTRIBUCION DE PLAZAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS
EN LAS REGIONES SANITARIAS**

Recurso humano/población	Occidente	Central	Metrop.	Paracentral	Oriente
Superficie: 21.040 km ²	4.488,54 21%	3.669,46 18%	886,15 4%	4.267,33 20%	7.729,31 37%
Población: 5.047.925 hab.	1.066.824 21%	702.698 14%	1.477.766 30%	685.201 13%	1.154.436 22%
Ruralidad:	61%	60%	30%	65%	
Establecim. Total: 362	85 23,5	60 16,5%	42 12%	66 18,2%	109 29,8%
Médicos: Total: 2.086	354 16,97%	255 10,79%	980 46,98%	161 7,72%	366 17,55%
Enfermeras: Total: 1.537	287 18,24%	169 10,74%	611 38,84%	158 10,04%	284 10,05%
Aux. Enferm.: Total: 2.993	565 18,87%	242 8,08%	1.172 39,15%	328 10,95%	623 22,95%
Médico: 4,32/10.000 hab.	3,31	3,20	6,63	2,34	3,17
Enfermera 3,11/10.000 hab.	2,69	2,40	4,13	2,30	2,46
Aux. Enferm. 5,92/10.000 hab.	2,52	3,44	7,93	4,78	5,39

* Plazas, según Ley de Salarios
Fuente: Memoria 1992/93 MSPAS,
Ley de Salarios

En el cuadro anterior se observa que la Región Metropolitana concentra el 12% de los establecimientos de salud, el 46,98% de los médicos y tiene una tasa de 6,63 médicos por 10.000 hab. Las demás regiones tienen valores inferior a la mitad de éste. En todas las regiones la relación entre el número de enfermeras y el

número de médicos es muy desfavorable, mostrando los graves problemas que está atravesando el Sector de enfermería por la escasez de profesionales a nivel nacional. Prácticamente en todas las regiones, el número de médicos es mayor que el número de enfermeras graduadas. Según la OPS/OMS, es deseable una relación de 4,5 enfermeras por médico.

Con el objetivo de estimar el número de médicos que está trabajando en el país y su distribución geográfica y por especialidades se recurrió a otras fuentes. Estas parecen confirmar en términos generales los datos presentados previamente. Según los registros de la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, a octubre del 1993, existían en el país 4.590 médicos registrados, de los cuales se estima que estarían actualmente en ejercicio entre 2.800 y 3.000. El registro del Colegio Médico cuenta con 2.758 profesionales, que se estima están ejerciendo en el país. Se recurrió también a un laboratorio de medicamentos que trabaja en el país, que gentilmente proporcionó datos sobre cantidad y distribución de médicos de su sistema de información. A pesar de que pueden existir duplicaciones (o sea el mismo médico, registrado dos veces), éstas no superan el 5% y no distorsionan la realidad nacional. En esta fuente de información, se tienen registrados a 2.085 médicos, de los cuales el 61% se encuentran en San Salvador y el 39% restante, se encuentra distribuido por el país.

Las cifras son alarmantes cuando se calcula la tasa de médicos por 10.000 habitantes. A excepción de San Salvador con 8,6 y San Miguel con 5,2 médicos/10.000 habitantes; las otras regiones mantienen una razón igual o inferior a 2,7 médicos/10.000 habitantes. Según las recomendaciones de la OPS/OMS, la razón de médicos por 10.000 habitantes debería estar cerca de 8.

Al comparar la información del MSPAS (sobre número y distribución geográfica de sus plazas) y la del laboratorio de medicamentos, ambos presentan distribuciones similares, lo cual significa que las cifras están próximas a la realidad.

Cuadro No. 17

DISTRIBUCION DE MEDICOS POR REGION

Regiones/Deptos.	Número de Médicos		
	Total Reg.	Total/Depto.	Razón/10.000 hab.*
Región Occidental	293		2,7
Región Central	132		1,9
Región Metropolitana	1.271		8,6
Región Paracentral	89		1,3
Región Oriental	300		2,7
Total**	2.085	2.085	4,1

* Calculado en base a la población del *Censo 1992*, Dirección General de Estadísticas y Censos.

** Incluye 16 Odontólogos.

Fuente: *Registros de un laboratorio de medicamentos que trabajó comercialmente el país*, El Salvador, 1993.

Contratación de médicos en el MSPAS a tiempo parcial

El análisis de las plazas de médicos de acuerdo con la cantidad de horas laborales contratadas por día, en los servicios del Ministerio de Salud muestra datos muy interesantes. El número de plazas de médico de dos horas diarias contratadas en las Regiones de Salud era de 310 en 1990 y de 690 en 1993, lo que indica un incremento del 123%. En cambio, para los hospitales el incremento de plazas ha sido mucho menor: del 7,6%.

En 1993 el número de plazas de médicos de dos horas diarias constituye el 56% del total de plazas de médicos contratadas por la institución. Las plazas de cuatro horas y de tiempo completo constituyen el 8% y el 4% respectivamente.

Cuadro No. 18

DISTRIBUCION DE PLAZAS* POR REGION SEGUN CATEGORIAS DE MEDICOS Y HORAS CONTRATADAS

Méd.	Occ. 90 93	Metrop. 90 93	Centro 90 93	Parac. 90 93	Orient. 90 93	Total 90 93
Res.*		- 1		9 - 9	6 - 15	15 - 25
TC*	7 - 9	6 - 6	6 - 9	7 - 9	10 - 16	36 - 49
6 hs.	- 1	2 - 2	- 3	- 7	- 7	2 - 20
5 hs.		2 - 2				2 - 2
4 hs.	2 -	10 - 10	1 - 1	4 - 4	5 - 1	22 - 16
2 hs.	57 - 104	140 - 374	27 - 95	32 - 10	54 - 107	310 - 690
Int.*	101 - 91	171 - 191	30 - 31	60 - 73	56 - 56	418 - 420
Total	167 - 215	331 - 566	64 - 138	112 - 99	131 - 202	805 - 1220

* Ley de Salarios 1993.

Nota: Algunas cifras parciales no corresponden a las cifras publicadas por el MSPAS, tal vez los criterios utilizados no fueron los mismos. El número total de plazas de médicos en el MSPAS es de 2.086.

Fuente: *Ley de Salarios 1993*.

El sistema de vínculo laboral de horas/médico contratadas, es un sistema utilizado muy frecuentemente en el país, por la mayoría de las instituciones del Sector Salud. El tema merece ser estudiado profundamente para conocer si incide negativamente sobre la productividad y la calidad de los servicios. Generalmente este sistema se usa para la contratación de especialistas o para establecimientos muy pequeños donde se pueden concentrar las consultas a pocas horas. De todas maneras el límite mínimo aconsejado es de 4 horas diarias y para la atención hospitalaria de 6 y 8 horas, si ello es posible.

Distribución de recursos humanos por instituciones

Ya fue presentada la distribución de plazas para el MSPAS. A fin de completar, en la medida de lo posible, el panorama del número y distribución de los RRHHSS, se presenta la información disponible correspondiente a otras instituciones públicas del Sector.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social

El Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS), es la segunda institución más importante del Sector Público; junto con el Ministerio constituyen las instituciones que generan el mayor número de empleos para el Sector Salud en el país. El número total de funcionarios del ISSS en 1992 era de 9.194, de los cuales 1.476 (16%) eran médicos y odontólogos; 2.768 (30%) eran técnicos y paramédicos; y 4.950 (53%) eran personal administrativo y de servicios (Cuadro No. 19). Estas cifras son importantes debido a las quejas frecuentes de los usuarios sobre el elevado número de funcionarios administrativos poco eficientes. También se quejan los usuarios del sistema burocrático que genera larga esperas y que, a veces se acompañan de trato poco cortés y poca calidez de la atención.

La atención de salud en la institución se realiza preferentemente con profesionales universitarios (médicos odontólogos, etc). En 1993, el ISSS contaba con 1.386 médicos, 571 enfermeras y 1.228 auxiliares de enfermería. De ellos el 67% trabajaban en la Región Metropolitana. La alta concentración de establecimientos y personal de salud en esta Región y en otras áreas urbanas, responde principalmente a la distribución de los beneficiarios que se encuentran en menor proporción en el área rural.

Cuadro No. 19

PERSONAL DE ADMINISTRACION Y SERVICIOS MEDICO-HOSPITALARIOS DEL ISSS, 1992

Año	Total general	Oficinas Administrativas			Servicio Médico Hospitalario			
		Total	Adm.	Serv	Total	Méd./ Odon.	Tec. Parm.	Serv Adm.
1956	523	149	127	22	374	104	148	122
1960	650	149	128	21	501	120	198	183
1965	1.004	201	155	46	803	212	308	283
1970	1.959	329	257	72	1.630	323	632	675
1975	3.041	628	514	114	2.413	510	972	931
1980	4.063	844	703	141	3.219	538	1.282	1.399
1985	4.780	1.009	804	205	3.771	734	1.414	1.623
1990	5.781	1.272	1.081	191	4.509	992	1.691	1.826
1992	9.194	1.815	1.226	589	7.379	1.476	2.768	3.135

Fuente: Boletín de Estadísticas, ISSS.

Entre el MSPAS y el ISSS, este último ofrece mejores niveles salariales a los profesionales. Los recursos de apoyo para el diagnóstico y tratamiento, medicamentos y en equipos, constituyen también un mejor estímulo para los profesionales.

Bienestar Magisterial

Bienestar Magisterial nació en 1968 como un Departamento que otorgaba algunas prestaciones médicas a los maestros, en respuesta a la presión gremial. No tiene establecimientos de atención propios, por lo que contrata servicios y profesionales directamente del Sector Privado. Cubre aproximadamente 140.000 beneficiarios, lo que equivale a un 2,8% de la población.

El aporte de los beneficiarios no cubre ni el 5% de los gastos. En consecuencia, presupuestalmente depende del Ministerio de Educación. El sistema no está gerenciado y no se controla la utilización de los servicios; ésta está exacerbada por el método de pago a los proveedores que es de pago por servicio brindado. Los costos se incrementan año a año y, en consecuencia, el programa tiene serias dificultades de financiamiento; el pago a los proveedores se retrasa frecuentemente. Esto genera poco estímulo para los profesionales que venden servicios a la institución. El número de profesionales inscritos no es muy elevado. Los contratos se hacen con cada profesional y se establece un arancel para las consultas y para los otros actos médicos. El nivel de remuneración es comparativamente bajo a otras instituciones del Sector. Bienestar Magisterial tiene contrato actualmente con 214 médicos, con 12 odontólogos, 5 psicólogos, 12 técnicos anestesiistas y 2 terapeutas respiratorios.

2.4 Recursos financieros: fuentes, montos y destinos

En esta sección se presenta el gasto total en que incurrió el Sector Salud, así como las fuentes y los destinos de los mismos. El esfuerzo financiero total que realiza una sociedad para satisfacer sus necesidades de salud está representado por el gasto total en atención de la salud. Aún cuando por definición los recursos son escasos en relación a las necesidades, es importante tener una idea de la suficiencia relativa de los recursos.

Gasto operativo total del Sector

El monto gastado en la atención de salud se valora comparándolo con el tamaño total de la economía (medida en términos de Producto Interno Bruto o PIB), a efectos de determinar su adecuación. En general, países muy poco desarrollados (PIB anual per capita inferior a US\$500), tienen gastos en salud muy bajos en relación al total de la economía: menos del 3% del PBI. En cambio, países muy desarrollados (PBI anual per capita superior a US\$7000) tienden a gastar mucho en la atención de salud de su población: más del 7% del PIB²³. Los gastos en salud en los países de desarrollo intermedio en general representan entre el 4% y el 8% del PBI. El Salvador es un país de desarrollo intermedio, más bien en el sector inferior de ese rango de países. El gasto operativo total se estima en base a los gastos directos incurridos por los hogares más los gastos operativos realizados por las instituciones públicas en la producción de servicios de salud.

La encuesta de ingresos y egresos de los hogares realizada a nivel nacional por MIPIAN en 1991, permite calcular el gasto incurrido por éstos en la atención de salud. La encuesta se limitó a las áreas urbanas. Los hallazgos indican que los gastos en atención médica por hogar promediaron 1.342 colones al año, lo que constituye un 4,2 por ciento del gasto total de los hogares.

De acuerdo con la encuesta, los hogares urbanos gastaron aproximadamente 720 millones de colones en atención médica en 1991. Suponiendo que la distribución entre gastos rurales y urbanos en salud fue en 1991 similar a la encontrada por REACH en 1989 (31,6 por ciento), se puede estimar que el gasto directo de los

²³ El caso extremo lo constituye EEUU al ser el país que más gasta destinando un 14,5% de su PIB al gasto en salud.

hogares en salud ascendió a 950 millones de colones en 1991²⁴. Si se ajustan estos gastos por la inflación de 1991 y 1992 (según el Índice de Precios al Consumo), se obtiene un gasto estimado de 1,09 mil millones de colones para 1992. Para obtener el gasto total en salud de 1992, a la cifra anterior hay que sumarle: (1) los gastos del MSPAS (netos de los cobros a los usuarios): 464 millones de colones; (2) los gastos en atención médica del ISSS: 405 millones de colones; (3) el total de pagos efectuados por seguros de salud privados: 18 millones de colones; (4) 40,7 millones de colones de ANTEL; (5) 35,8 millones de colones de Bienestar Magisterial y (6) 29,7 millones de colones de CEL. En base a estos cálculos se estima que el gasto operativo total del Sector Salud en 1992 fue de 2,03 mil millones de colones²⁵.

En base a esta estimación, se puede afirmar que los gastos en atención de salud en El Salvador en 1992 fueron el equivalente al 3,71 % del PIB. Las dos instituciones más importantes del Sector Público, el MSPAS y el ISSS gastaron el 42 por ciento del total, un 1,56% del PIB. En la mayor parte de países latinoamericanos, el Ministerio de Salud por sí solo, tiene un nivel de financiamiento que excede la proporción del PIB que el MSPAS y el ISSS gastan conjuntamente en El Salvador. En otros países de la Región, el gasto en salud representa entre el 5% y el 7% de sus PIB. Se concluye que los recursos financieros dedicados al Sector en El Salvador son insuficientes. En parte, ello está corroborado por la dependencia del MSPAS y las ONGs en el financiamiento externo para cubrir sus gastos de funcionamiento.

Distribución del gasto

Tomando como base las estimaciones de la sección precedente se puede calcular la distribución porcentual del gasto en salud. Los resultados son los siguientes:

- Privado/hogares: 53,1%
- MSPAS: 22,0%
- ISSS: 19,6%
- Otros públicos: 5,3%

Surge claramente de estas cifras la discordancia entre la responsabilidad de cobertura de los diferentes subsectores y su capacidad de financiamiento. En particular es preocupante el bajo nivel de financiamiento del MSPAS el cual, para atender al 50% de la población (por tener ingresos inferiores al nivel de pobreza), dispone de sólo el 22% del total de los recursos. La capacidad del financiamiento del MSPAS preocupa más aún, si se considera que la población a la cual debe cubrir es la que tiene mayores riesgos de enfermar y la que, según todos los indicadores, tiene las peores condiciones de salud. La red de servicios del MSPAS atiende en forma abierta, es decir a cualquier persona que se presente solicitando el servicio. Por lo tanto, proporciona servicios de hospitalización a un 75% de la población. Esto agrava la desigualdad señalada previamente.

Los derecho-habientes del ISSS constituyen un 12 % de la población. La diferencia entre población cubierta y recursos disponibles para ello entre el ISSS y el MSPAS es enorme. Ello resulta en vastas desigualdades en los servicios proporcionados a sus respectivos beneficiarios. En 1992, el ISSS proporcionó un promedio de 4,88 consultas médicas por beneficiario. En contraste, el Ministerio de Salud proporcionó aproximadamente

²⁴ Estos totales constituyen costos de operación y no incluyen los gastos de inversión del GOES, ni los préstamos, donaciones o asistencia técnica internacionales.

²⁵ Esta cifra subestima el total de gastos; excluye toda la atención subsidiada proporcionada por las ONGs (incluyendo la atención gratuita). No obstante, constituye la mejor estimación disponible.

1,5 consultas por beneficiario (tomando como tal al 50% de la población). El ISSS proporcionó 3 veces más consultas médicas por persona protegida que el Ministerio. En la atención hospitalaria los beneficiarios del ISSS tuvieron cerca de 2,4 veces más admisiones hospitalarias por año que los del MSPAS: 10,5 versus 4,2. El ISSS gastó por persona cubierta 6 veces más que el MSPAS: 698 colones comparado con 116 colones.

Los beneficiarios del ISSS disponen para su atención de más recursos que los del Ministerio; a su vez, los de programas de salud de otras empresas públicas resultan más beneficiados cuando se los compara con el ISSS. Los programas de ANTEL y de CEL tienen gastos por beneficiario muy elevados. El programa de CEL en 1992, gastó 2.052 colones por beneficiario, el más alto de cualquiera de los subsectores en discusión; 3 veces mayor que el del ISSS. Las desigualdades en los recursos y servicios por persona cubierta en relación con el ISSS y el MSPAS se pueden valorar usando una medida estandarizada de los gastos relativos de cada programa. Para ello los gastos en salud por beneficiario de cada empresa, son medidos en relación a los del Ministerio de Salud. Al dividir los gastos de estas empresas entre el del MSPAS, se obtiene una medida relativa de la desigualdad. Por cada colón gastado por persona atendida o cubierta en el MSPAS, Bienestar Magisterial gasta 2, el ISSS gasta 6, ANTEL 11 y CEL 18.

Las desigualdades en la distribución de recursos también se pueden apreciar en lo geográfico. Como puede apreciarse en el cuadro siguiente casi 2/3 del gasto total se realiza en el AMSS. Salvo el MSPAS, las demás instituciones públicas y el Sector Privado concentran su gasto en la Región Metropolitana. El resultado de la concentración de recursos en San Salvador es la desigualdad en el acceso y la utilización de servicios de salud. La meta no debería ser una distribución perfectamente igualitaria. En efecto, los hospitales del MSPAS en el AMSS son de referencia nacional y presentan costos más altos de funcionamiento²⁶. Es en la distribución de las demás instituciones (78% del total), donde se crea un desequilibrio muy marcado en perjuicio de la población de otras áreas urbanas y del medio rural.

²⁶ Generalmente se cree que la mayoría de los pacientes de los hospitales del MSPAS en San Salvador provienen de otros Departamentos del país. Sin embargo, en la atención ambulatoria y en la de internación respectivamente, el 84% y el 83% de los pacientes del H. Maternidad; el 74% y el 67% del H. Rosales; el 68% y el 62% del H. Bloom residen en San Salvador. Esto sugiere que una proporción elevada del total de recursos hospitalarios del MSPAS, especialmente de los recursos de hospitalización, está siendo gastada en los habitantes de San Salvador.

Cuadro No. 20

LA CONCENTRACION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS/GASTOS
DEL Sector Salud EN SAN SALVADOR

Recursos Financieros	MSPAS	ISSS	Casi públicos*	Privados	Total
Porcentaje de recursos propios en San Salvador	42	73	70	70	
Porcentaje de recursos totales del Sector	22	20	5	53	100
Cuota Porentual Propia del Total de Recursos del Sector en San Salvador	9	15	4	37	65

* *Casi públicos* incluye a ANTEL, CEL, Bienstar Magisterial. Se estima que el 80 por ciento de Bienstar Magisterial está en San Salvador.

En el Sector Privado la mayoría de los recursos se gastan en el AMSS. A su vez un estudio del origen de los pacientes que acuden a médicos y establecimientos del Sector Privado en el AMSS, concluye que sólo el 30% provienen de otras áreas del país, predominantemente de otras zonas urbanas. Estos desequilibrios en la distribución geográfica de recursos representan una falta muy marcada de disponibilidad de servicios para el 50% de la población que reside en el medio rural. Si bien hay zonas rurales con acceso fácil a ciudades cercanas o a San Salvador, hay que considerar que aún en esos casos, para la población muy pobre, el acceso es siempre costoso. Las ONGs y el MSPAS son quienes dentro del Sector, tratan de corregir estos desequilibrios. Estos son datos importantes a considerar en la formulación de políticas.

Evolución del financiamiento del MSPAS

En las secciones anteriores se destacó la marcada insuficiencia de financiamiento del MSPAS, tanto en términos relativos (comparada con la disponibilidad por beneficiario de otras instituciones) como absolutos, (en términos de colones por beneficiario). En ésta se explicará ese bajo nivel en función de la evolución histórica del financiamiento del Ministerio de Salud. El MSPAS tiene seis fuentes distintas de financiamiento, de importancia variable, con sistemas varios de supervisión y control. Las seis fuentes son:

- Presupuesto Ordinario del GOES; principal fuente de financiamiento.
- Presupuesto Extraordinario del GOES, que consiste de préstamos externos.
- Asistencia Financiera Directa al MSPAS, que consiste en préstamos externos y donaciones específicas para proyectos del Ministerio; es la segunda fuente en volumen de recursos.
- Asistencia Técnica, que consiste en asistencia bilateral y multilateral en especies,
- Cobros a los usuarios de servicios ambulatorios, a través del sistema de patronatos (juntas de salud comunitarias).
- Cobros a los usuario de servicios de internación en hospitales.

La importancia relativa de las fuentes mencionadas se aprecia en el cuadro que sigue:

Cuadro No. 21

FUENTES DE LOS GASTOS OPERATIVOS TOTALES DEL MSPAS
(En miles de colones corrientes)

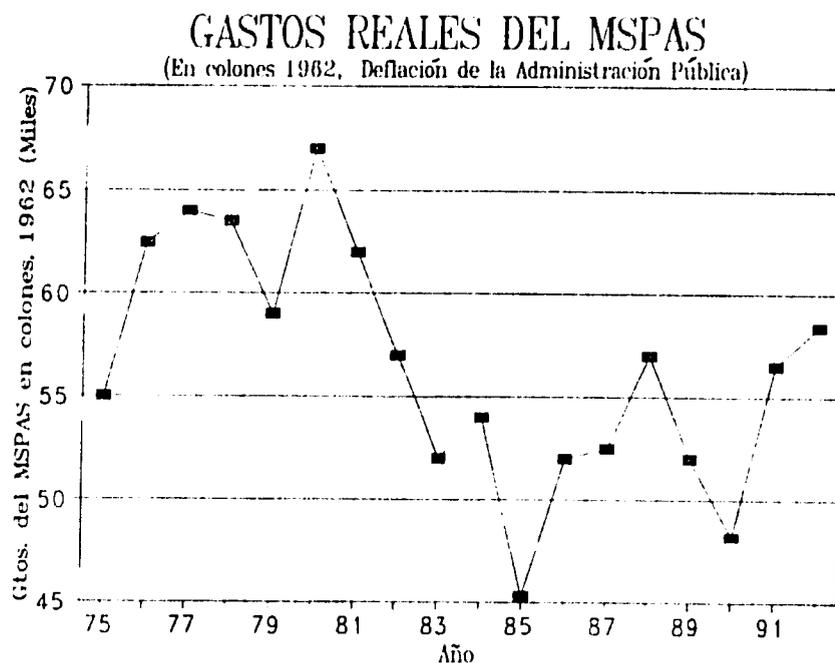
Fuentes de financiamiento	1991		1992	
	Total	%	Total	%
Asistencia internacional: Total de proyectos	138.334	23,5	120.032	19,4
Gastos de operación financiados por MSPAS-GOES (fondos grales.)	424.204	71,9	463.994	75,1
Cobros a usuarios: aten. ambulatoria	21.964	3,7	26.901	4,4
Cobros a usuario: aten. hospitalaria	5.163	0,9	6.816	1,1
Total gastos operativos del MSPAS	589.665	100,0	617.743	100,0

Los datos del Programa Mundial de Alimentos se basan en un estimado que hizo la Dirección de Cooperación Técnica Internacional de MIPLAN de que el Programa había utilizado el 60 por ciento de su asignación presupuestaria promedio anual.

Los datos del Proyecto del Banco Mundial provienen de informes inéditos sobre gastos de la Unidad de Ejecución de Proyectos. Los datos de USAID provienen de informes inéditos de SETEFE, MIPLAN.

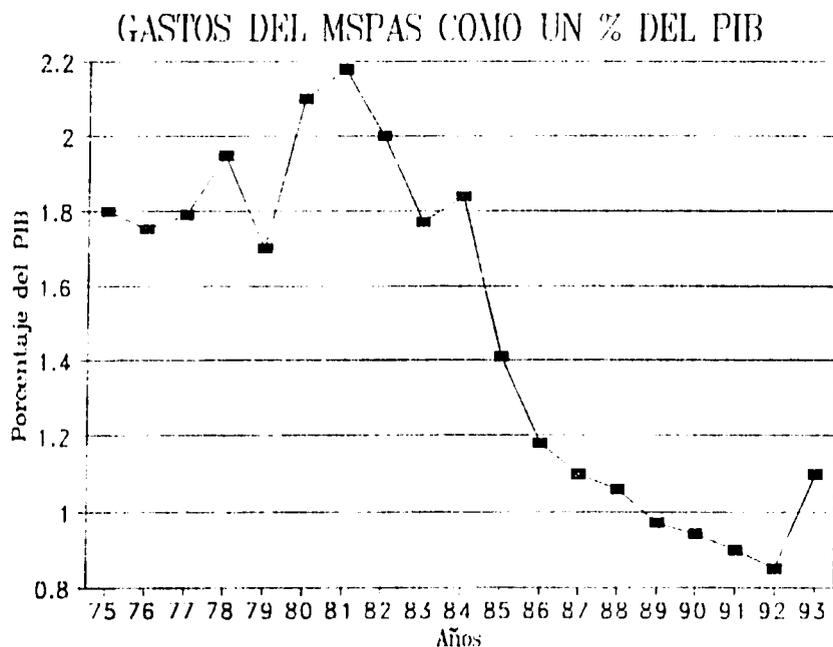
Los datos de cobros a usuarios son ingresos reales, que siempre han coincidido (95-98%) con los gastos.

El Presupuesto Ordinario es la principal fuente de financiamiento del MSPAS. Como se aprecia en la gráfica siguiente éste muestra una evolución muy desfavorable. Ella explica la insuficiencia de financiamiento que caracteriza al Ministerio así como su dependencia del financiamiento externo.



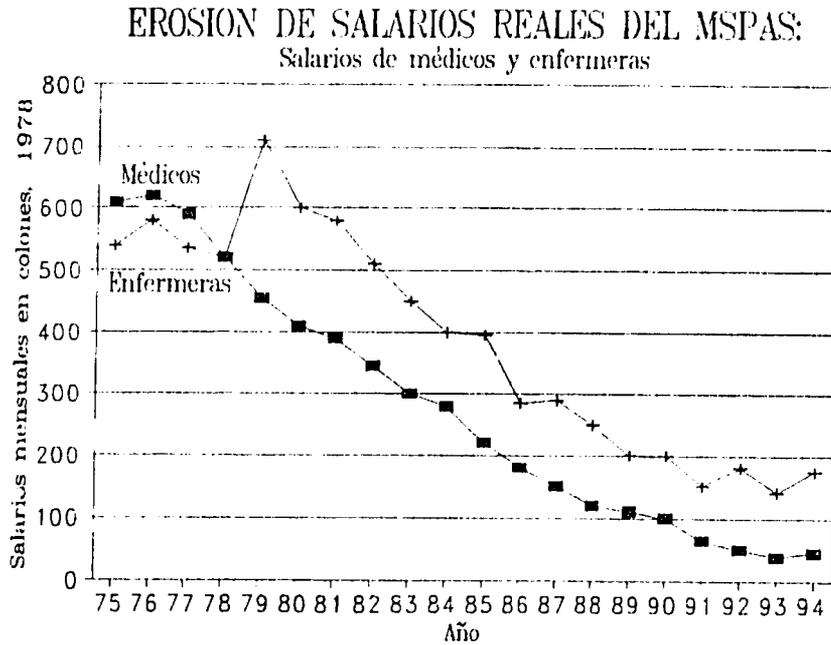
Se aprecian cuatro épocas: 1975-80; 1980-85; 1985-90; y 1990-93. El primer período se caracterizó por el crecimiento positivo que promedió 4,1% por año. El segundo (1980 a 1985) fue muy distinto: los gastos se contrajeron severamente en sólo cinco años. El Ministerio sufrió una grave distorsión financiera con una tasa de crecimiento anual negativa de -7,2%. En el período 1985-90 el crecimiento fue errático y en el balance, nulo. Desde 1990 la tasa de crecimiento anual ha sido de 15,4%, un crecimiento real muy importante. La erosión de los gastos del MSPAS, sufrida en la primera mitad de los ochenta, ha sido detenida y en los últimos 3 años se ha restablecido el crecimiento en términos reales. Sin embargo, calculados en base a la población a atender y a valores constantes (colones de 1962), los gastos del Ministerio en 1993 aún permanecerían por debajo del nivel de 1976 (14,5 y 18,1 colones per capita respectivamente).

Otra forma de medir el fuerte deterioro financiero sufrido por el MSPAS consiste en comparar sus gastos con el tamaño de la economía. El gráfico siguiente muestra esa evolución.



Debe recordarse al analizar este gráfico, que el tamaño de la economía disminuyó sustancialmente a comienzos de la década de los 80. En valores constantes, recién en 1993 la economía alcanzó el tamaño que tenía en 1978; durante todos los años intermedios el PIB fue inferior. Si a lo anterior se agrega el crecimiento de la población, en términos de PIB per capita, el tamaño relativo de la economía es todavía en 1993 inferior al de 1978. La gráfica muestra como los gastos del MSPAS bajaron del entorno del 2% del PIB en 1980-81 a un valor inferior a 1% en el periodo 1989-92. Es decir, *menos de la mitad de una economía que, de por sí, se contrajo un 22%*. Si se le agrega el componente de crecimiento poblacional, la reducción es aún mayor. Acumulado como fue, durante un período de diez años, este desfinanciamiento produjo un deterioro muy profundo del accionar del Ministerio. La recuperación de la economía durante los últimos tres años; el incremento del gasto real del Ministerio durante el mismo período; el cumplimiento de las tareas por parte del personal del MSPAS a pesar de condiciones deterioradas de trabajo, unidos al apoyo masivo externo, fundamentalmente de USAID y últimamente del Banco Mundial, explican que el Ministerio haya podido mantener un nivel adecuado de actividad.

Dada la importancia que tienen los recursos humanos en la producción de servicios de salud, es conveniente presentar información sobre la repercusión que esta caída del gasto ha tenido sobre los salarios del personal. Esta fue de dos tipos: un aplastamiento de la escala salarial y una disminución del poder adquisitivo de la compensación promedio. Las consecuencias más drásticas las han sufrido los médicos y las enfermeras. El gráfico a continuación visualiza la erosión del salario real de ambos tipos de recursos.



Como puede verse las compensaciones han disminuido a 1/3 y 1/6 de su valor de referencia para enfermeras y médicos respectivamente, en un período de 15 años. Esto ha coincidido con el deterioro de la situación financiera del MSPAS durante el mismo lapso. La disminución de la carga horaria formal, las dificultades para el cumplimiento de las cargas horarias asignadas, el deterioro de la productividad, el aumento de la conflictividad laboral, la pérdida de los funcionarios más capaces y el poco poder de atracción de recursos calificados son algunas de las consecuencias de esta política que debe ser rápidamente revertida.

Destino de los gastos del Sector

Un porcentaje excesivamente alto de los gastos se destina a financiar actividades curativas; fundamentalmente a nivel del Sector Privado, del ISSS y de los programas de salud de las empresas públicas. En el Ministerio de Salud y en las ONGs, si bien predominan los gastos curativos, también se financian en forma significativa actividades preventivas. La encuesta de hogares de MIPLAN proporciona datos interesantes sobre el destino del gasto privado. El mismo está reflejado en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 22

GASTOS DE SALUD DE LOS HOGARES, 1991

Tipo de gastos	Colones	Porcentaje
Consulta médica	337,60	18
Anteojos y oftalmología	65,88	5
Odontología	11,28	1
Otros servicios médicos	397,44	30
Medicinas	629,64	47
Total	1.341,84	100

Nota: Gastos promedio en servicios de salud, por familia, por año.
Fuente: MIPLAN, *Encuesta de ingresos y egresos de hogares a nivel nacional*, 1991.

La categoría más importante, con el 47% del gasto privado de los hogares, la constituye la compra de medicamentos. Considerando las observaciones hechas previamente en relación al valor terapéutico dudoso de algunos de los grupos de medicamentos más comercializados en el país, parecería que ésta es una fuente de ineficiencia. Casi la otra mitad del gasto de las familias se destina a pagos de honorarios médicos y "otros servicios médicos" lo cual estaría reflejando la importancia que la actividad médica privada tiene en la atención ambulatoria.

El gasto del MSPAS representa un 22% del gasto total en salud. Presupuestalmente es difícil identificar en el Ministerio los gastos incurridos por los Centros de Salud (verdaderos hospitales regionales) y separarlos de los demás gastos en que incurren las Regiones. Basándose en algunos supuestos se hizo esa separación y los gastos de los Centros de Salud se sumaron a los de los hospitales del MSPAS. De esta forma se estimó el gasto en que incurren ambos tipos de establecimientos en forma conjunta: un 75% del gasto total. Ello representa una estimación del gasto curativo en que incurre el Ministerio de Salud. El 25% restante se destina a Unidades, Puestos y otras actividades de prestación de servicios básicos, incluyendo servicios preventivos.

El ISSS ha comenzado a incorporar recientemente algunas actividades preventivas pero éstas aún no tienen volumen ni significación presupuestal; los programas de salud de las empresas públicas u otros Ministerios (Educación, Fuerza Armada) no parecen tener gastos importantes en materia de prevención.

En suma: la absoluta insuficiencia del financiamiento, particularmente el del MSPAS proveniente de los impuestos; las importantes desigualdades institucionales, geográficas y por grupo socio-económico, del financiamiento por persona protegida; la alta dependencia de la cooperación externa, sobretudo del Ministerio de Salud y las ONGs y, el bajo porcentaje destinado a actividades preventivas y curativas básicas, son los elementos dominantes del financiamiento del Sector.

2.5 Servicios producidos

Dado el perfil epidemiológico interesa particularmente la producción de servicios básicos y preventivos según sectores e instituciones. En este aspecto la *Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1993* (FESAL-93), aporta datos muy valiosos que refieren a la cobertura y al lugar de prestación del servicio, los que se presentan en las secciones siguientes.

Control prenatal

Según FESAL-93, el 69% de las embarazadas se realizó al menos un control durante la gestación²⁷. La proporción de embarazadas controladas es menor con la ruralidad, cuanto menor es el nivel socio-económico y de educación. A ví de ejemplo: se controlaron durante el primer trimestre el 56% de las embarazadas con buen nivel de educación y sólo el 20% de las que carecen de educación.

El MSPAS es la principal fuente de control prenatal seguido del ISSS. De las embarazadas que se hicieron al menos 1 control el 71% se controlaron en el Ministerio, 14% en el ISSS y 12% en una clínica o con médico privado. La proporción de embarazadas que se controlaron en el MSPAS es mayor entre las embarazadas de medio socio-económico bajo, de poca o nula educación formal y que residen en el medio rural. El ISSS y el Sector Privado tienen un perfil de usuarias exactamente opuesto al del MSPAS.

Atención del parto

El 51% de los partos se realizó en un establecimiento hospitalario público o privado; esta proporción es mayor para las embarazadas que proceden del AMSS (81,7%), de medio socio-económico alto (79,5%) y con buen nivel de educación (85,5%). Un 36,4% adicional de partos se realiza con partera, predominantemente en domicilio; esto es más frecuente en el medio rural, en madres sin educación formal o de medio socio-económico bajo²⁸.

Los establecimientos del Ministerio son el lugar más frecuente de atención del parto, a excepción de las madres que residen en el medio rural, las que tienen menos de cuatro años de educación formal y las de nivel socio-económico bajo, para quienes alrededor de la mitad de sus partos son atendidos por parteras. El ISSS atiende al 10% de los partos en tanto que el Sector Privado atiende al 3%. Para ambos la atención está concentrada en el AMSS, medio socio-económico alto y buen nivel de educación.

Control de crecimiento y desarrollo (niño sano)

El 80% de los niños menores de 5 años recibió por lo menos un control de niño sano. Si se introduce el momento en que se realizó el primer control estas cifras varían sustancialmente: sólo el 18% de los recién nacidos habían sido controlados al final del primer mes, la proporción se eleva a un 60% al final del segundo

²⁷ Este dato aislado puede inducir a pensar que la cobertura de la atención prenatal es satisfactoria. En términos generales el 31% de las embarazadas no se realizó ningún control; la evidencia sugiere que quienes no se controlaron son las de mayor riesgo materno e infantil. Sólo 1/3 se controlaron en el primer trimestre o tuvieron el mínimo de cuatro visitas de control. En general puede decirse que la cobertura del control prenatal se divide en tercios: uno con buen control, otro sin control y el tercero con control incompleto. Lamentablemente la realización del control y la calidad del mismo es inversamente proporcional al riesgo de la embarazada que lo recibe.

²⁸ El Ministerio de Salud ha capacitado cerca de 3.500 parteras empíricas; asimismo, ha tratado de organizar su trabajo. En consecuencia, en El Salvador el parto con partera puede ser un parto bien atendido. En forma inversa, los partos intrahospitalarios no siempre son controlados y asistidos adecuadamente, ni en el MSPAS, ni en el ISSS, ni en el Sector Privado: la altísima proporción de cesáreas atestigua esta aseveración.

mes. Sin embargo, la mitad o menos de los niños de medio rural, de bajo nivel socio-económico o de madre sin educación formal habían sido controlados al final del segundo mes de vida.

Las dependencias del MSPAS son la principal fuente de atención para el Control de Crecimiento y Desarrollo (CDD) del menor de 5 años, ya que en éstas se atendió el 80% de los niños que fueron llevados a control. La proporción que hace uso de este servicio en el MSPAS varía desde el 53% del total de niños controlados para quienes residen en el AMSS a 71% para los del área rural, del 37% para los niños con madres con 10 o más años de escolaridad a 69% para los de madres que no tienen educación formal y del 43% en el nivel socio-económico alto a 71% entre los de nivel bajo.

En términos generales se puede afirmar que a efectos de la cobertura materno-infantil, la población salvadoreña se divide en tercios entre quienes tienen cobertura de calidad y cantidad adecuadas, cobertura inadecuada y sin cobertura. En la prestación de servicios básicos materno-infantiles predomina la presencia del Ministerio de Salud, apoyado en el medio rural y socio económico bajo por las ONGs en una proporción imposible de discriminar. El Sector Privado, el ISSS y los demás programas de salud cubren en conjunto aproximadamente al 20% de la población, conformada casi exclusivamente por madres e hijos de medio socio-económico alto, buen nivel de educación y que residen en el AMSS.

3 Caracterización de la demanda de servicios de salud

La formulación de políticas de salud, con el objetivo de optimizar la salud de la población mediante la entrega de servicios preventivos y curativos, tiende a centrarse en la oferta de servicios de salud: en el personal de salud, en los establecimientos, equipos e insumos, productos farmacéuticos, etc. Sin embargo, es importante recordar que los sistemas de salud se definen también por la demanda que se hace de esos servicios (lo que el consumidor quiere, cree y hace)²⁹. Un buen número de características interactúan para influir en la demanda de servicios de salud en una población dada. En esta sección se analizan los factores que influyen sobre la demanda de salud o sea aquellas características de los consumidores y de los proveedores de atención de salud que influyen en el uso de esos servicios por parte de la población.

3.1 Percepción de la enfermedad y actitud hacia el tratamiento

La percepción de los problemas de salud y de las características de los servicios de salud por parte de la población, constituyen elementos importantes en la determinación de la demanda. A efectos de indagar sobre estas percepciones en la población salvadoreña se realizaron por parte de personal de ANSAL entrevistas a 120 hogares, en poblaciones rurales o urbano-marginales. Estos no constituyen una muestra representativa en el sentido técnico pues las localidades visitadas no fueron seleccionadas al azar. El instrumento de entrevista y la mayoría de las entrevistas fueron realizadas por una antropóloga, integrante del equipo ANSAL. Pese a la falta de representatividad de la muestra, los resultados son interesantes pues permiten vislumbrar áreas sobre las que existe muy poca información.

Los salvadoreños (sobretudo campesinos), tienen un conjunto propio de síntomas que aceptan como parte de su vida normal. No sienten necesidad de buscar tratamiento para ciertos problemas comunes de salud; de preferencia buscan remedios caseros o algún medicamento comprado en una farmacia o tienda. Entre estos

²⁹ La demanda de algunos servicios de salud tiene una dependencia de la oferta que no se ve en otros servicios. En la atención ambulatoria, las acciones siguientes a la consulta médica y la totalidad de los servicios en la atención hospitalaria, son determinados en gran medida por las indicaciones del médico. Los servicios preventivos y los servicios curativos básicos muestran una demanda con mayor independencia, es decir, en las que el usuario decide que servicios consumir.

síntomas leves están: el dolor de cabeza, mocosera, "diarrea leve", indigestión, gripes, etc. Los síntomas leves son tratados con una variedad de hierbas caseras, usualmente hervidas e ingeridas como té o aplicadas como un ungüento, algunas veces en combinación con algún tipo de analgésico comprado en una farmacia o tienda. En general, las personas tratan los síntomas más severos con algún remedio tradicional al principio, pero buscan ayuda rápidamente al nivel profesional más alto si persiste el problema. **Esta estrategia de resolución de los problemas/malestares de salud es más frecuente entre la población salvadoreña de bajos ingresos.**

Cuadro No. 23

TRATAMIENTO SELECTIVO POR NIVELES DE INGRESOS EN LA
ZONA METROPOLITANA (en %)

Nivel de ingresos en porcentaje	Tratamiento personal	Facilidades Públicas	Facilidades Privadas	Otros
20% Bajo	51,56	28,55	9,14	10,74
20-40%	47,84	28,03	15,12	9,02
40-60%	43,94	26,75	20,70	8,61
60-80%	40,60	27,57	24,32	7,51
20% Alto	35,48	21,18	35,62	7,72

Fuente: Encuesta REACH.

El estudio de la demanda efectuado por REACH (Cuadro No. 23) muestra que la proporción de población que recurre al autotratamiento aumenta cuanto menor es el ingreso del hogar. Es así como el 20% de la población con ingresos más bajos recurre al autotratamiento en un 52% de los casos de malestar o enfermedad; en tanto que el 20% de ingresos más elevados sólo lo hace en un 35% de las situaciones. Considerando que la población recurre en proporciones tan altas al autotratamiento parece importante que posea la mayor información posible para identificar situaciones inmediata o potencialmente graves. Los programas de educación para la salud parecen ser el vehículo adecuado para lograr este fin. Asimismo, esta distinción entre situaciones leves y graves se convierte en una responsabilidad importante del promotor ya que puede aconsejar al usuario y mejorar su decisión.

Dado el predominio de las enfermedades materno-infantiles es importante conocer la actitud de las mujeres hacia estos servicios. A menudo se supone que las personas de bajos ingresos y sin educación, saben muy poco sobre cómo tratar o prevenir una enfermedad. La mayoría de la población rural de El Salvador acepta y usa enfoques tradicionales como amuletos, dietas o hierbas para prevenir o tratar enfermedades. Estas prácticas tradicionales no las consideran incompatibles con las prácticas y conceptos "modernos" tales como mejores condiciones de saneamiento, nutrición, vacunación y consultas médicas. Existe un sincretismo en donde las personas buscan el tratamiento en todas las fuentes consideradas efectivas. Por lo tanto, sin perjuicio

de adherir también a prácticas tradicionales, la madre salvadoreña acepta ampliamente las vacunas como un "tratamiento" importante para los niños.

No todas las medidas preventivas son ampliamente aceptadas como las vacunas. En la muestra de 120 hogares, casi la mitad de las encuestadas respondieron que nunca se habían hecho la prueba de papanicolaou³⁰. De las que se lo habían hecho, muy pocas se hacían el examen con regularidad. El uso de algún método de planificación familiar y el control prenatal también resultaron muy bajos. De las que recibieron control del embarazo, la mayoría tuvo una o dos visitas y en un sólo embarazo, aún cuando hubiera tenido más de un hijo.

La planificación familiar parece ser considerada por las encuestadas como una práctica equivocada, peligrosa, o no es tenida en cuenta. Varias encuestadas, probablemente refiriéndose a los efectos colaterales de alguno de los métodos, respondieron que la planificación familiar, en especial la esterilización, debilitaban o enfermaban a la mujer. A diferencia de la planificación familiar, la atención prenatal y del parto no enfrentan obstáculos socio-culturales serios. Es probable que la baja utilización de la atención prenatal y de parteras capacitadas se deba más a la falta de información o a la no disponibilidad de los servicios. Las explicaciones más comunes para no utilizar la partera fueron: "no conozco a nadie" o "cuando llegó el momento no había tiempo para llamar a alguien y que viniera hasta aquí" o "es demasiado caro". Finalmente, la actitud de la mujer campesina hacia el embarazo y el parto es que, al no considerarlos como problemas de salud, no necesitan tratamiento.

El impedimento más importante para que las mujeres busquen atención prenatal es la falta de información o de disponibilidad de servicios en la comunidad. Entre las mujeres entrevistadas en esta muestra, la mayoría tenía que caminar más de una hora para obtener atención en una Unidad de Salud. No parece razonable esperar que las embarazadas quieran caminar esas distancias ya avanzado el embarazo, especialmente si se sienten bien.

3.2 Percepción de los servicios de salud

Los estudios de REACH y MIPLAN preguntaron a los entrevistados: ¿En dónde procuró asistencia en caso de haber estado enfermo en los últimos 15 días? Desafortunadamente, los usuarios en el medio rural y de bajos ingresos no distinguen necesariamente entre los diversos establecimientos. Por ejemplo, cuando se les pregunta ¿qué hizo la última vez que se enfermó alguien en su casa?, la respuesta usual es: "Fui a comprar medicina" o "Fui a ver al doctor".

Las categorías y filiaciones institucionales de los establecimientos son menos diferenciadas por el usuario promedio que por el formulador de políticas. Para los pacientes rurales la tienda y el botiquín son recursos similares aunque no equivalentes: el botiquín o farmacia es percibida como de mayor nivel de especialización, puesto que tiene un mayor surtido de medicinas y éstas son más potentes. Los usuarios no tienen problema en distinguir entre el Puesto de Salud y el Hospital. Sin embargo, los establecimientos de nivel intermedio de atención, es decir, Centros, Unidades y Clínicas de ONGs, parecen casi iguales. En su léxico, éstos son los establecimientos donde hay médico y comúnmente se refieren a ellos en términos genéricos como la unidad de salud. En cambio, los pacientes distinguen entre médicos privados comerciales y clínicas del Sector Público, reconociendo que los médicos privados son más caros pero tienen horarios más convenientes. En

³⁰ La muestra de 120 hogares no es representativa; en el estudio de FESAL-93, tan sólo el 32% de las encuestadas no se había hecho este examen.

algunos casos, los miembros de la comunidad asocian al promotor de salud o al puesto de salud directamente con una ONG. En otros casos, los pacientes no están seguros si les está atendiendo personal del MSPAS o de una ONG.

Es importante conocer las distinciones que hacen o dejan de hacer los usuarios de los servicios de salud, porque esto refleja qué elementos son trascendentes para ellos. En la mayoría de casos, lo que importa es si la instalación está ubicada convenientemente; si está abierta y proporciona servicios en forma regular (horarios confiables y convenientes); si el personal está capacitado para identificar y tratar sus problemas y, si los medicamentos requeridos se podrán adquirir en el lugar y a un precio razonable.

El papel de los promotores de salud

Considerando el perfil epidemiológico, la distribución de la población y la escasez de profesionales de salud (médicos y enfermeras) los promotores de salud son el recurso humano clave en la entrega de servicios de primer nivel a la población de mayor riesgo; son "la primera línea" del sistema de salud. En consecuencia, los promotores tienen el potencial de constituirse en una fuerza muy útil para la salud de la población de El Salvador.

Por lo general, los promotores son miembros respetados de la comunidad que han sido escogidos por ésta para ser capacitados y actuar como promotores. La actuación, influencia y reconocimiento de los promotores por parte de la comunidad a la cual sirven es variada. En algunas comunidades los promotores desarrollan todo su potencial al entregar una amplia gama de servicios como vigilancia epidemiológica, educación para la salud y atención curativa básica. En otras comunidades la presencia del promotor apenas se nota. Para aumentar la utilización de la atención prenatal y de otros servicios básicos, será imprescindible mejorar la entrega de estos servicios por parte de los promotores de salud (y de otros recursos de las comunidades).

Tanto el Ministerio de Salud como las ONGs han hecho un gran esfuerzo de formación de personal de atención básica de salud. El MSPAS ha capacitado a más de 3 mil parteras para brindar atención prenatal y obstétrica. Asimismo, ha capacitado a 1.500 promotores en una variedad de conocimientos y habilidades de la atención básica de salud. Los promotores reciben un curso de doce semanas sobre participación comunitaria y promoción de la salud. Los temas incluidos cubren: letrinas, agua, basura, higiene, control de crecimiento y desarrollo, vacunación, infecciones respiratorias agudas, planificación familiar, control de las enfermedades diarreicas y, atención pre y postnatal.

Las actividades desarrolladas por los promotores en las comunidades han sido poco documentadas y analizadas. Los datos del *Sistema Gerencial del Promotor*³¹ del MSPAS muestran que durante 1992 los promotores realizaron aproximadamente 400 mil charlas sobre: agua y saneamiento, letrinas, basura e higiene y tan solo 50 mil sobre atención pre y postnatal. Para contribuir a disminuir la mortalidad materna e infantil se debe aumentar el esfuerzo de los promotores en proporcionar información, educación y atenciones relacionadas con la planificación familiar, el embarazo y el período perinatal.

³¹ Tomados del informe preliminar *Evaluación del Proyecto de Apoyo del Sistema de Salud (APSISA)* preparado por la División de Salud de la Población y Nutrición, USAID/El Salvador, 8 de diciembre de 1993.

Cuadro No. 24

ACTIVIDADES DEL PROMOTOR DE SALUD EN LA COMUNIDAD

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

Fuente. Informe de Evaluación del Proyecto APSISA, 1993

La proporción de promotores hombres es del 53%, y en años anteriores era aún más elevada. Los promotores hombres se sienten más cómodos hablando sobre agua, saneamiento y construcción de letrinas que sobre problemas de salud materno-infantil. Por otra parte, los miembros de la comunidad y los propios promotores mencionaron que las mujeres se sienten incómodas al discutir asuntos como el embarazo, la menstruación y similares con una persona del sexo masculino, salvo que éste sea médico. La proporción de promotores hombres puede ser un obstáculo difícil de superar en la prestación de servicios preventivos o curativos básicos del embarazo y el parto.

3.3 Acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud depende de varios factores. Los que actúan como barreras más evidentes son la distancia y el costo. Desde el punto de vista del paciente, la selección del servicio de salud depende de factores diversos agrupables en *acceso y calidad*. El acceso se puede definir como la percepción del usuario de si un servicio está a su alcance en términos geográficos, socio-culturales, médicos y económicos. En la encuesta de ANSAL de 120 hogares pobres, los entrevistados presentaron una gran variedad de razones para no procurar asistencia: falta de recursos financieros (32,5%); demasiado lejos (7,75%); espera muy prolongada (3%); falta de confianza en los médicos (8,3%) y otras razones no especificadas (40%).

Geográficas

En este factor incide no sólo la distancia entre el hogar y el establecimiento de salud sino también la percepción que el usuario tiene de ella. El método de transporte, la calidad del camino, el tiempo de viaje y lo difícil de realizar el viaje, son todos aspectos de la distancia geográfica.

Cuadro No. 25

TIEMPO DE VIAJE POR REGION, RURAL Y URBANA
(en minutos)

Región	Rango de Tiempo de viaje aproximado zona rural	Tiempo de viaje aproximado zona urbano
Occidental	84-178	34-136
Para-Central	59-185	48-172
San Salvador	59-189	38-135
Central	71--146	38-94
Oriental	57-112	46-12

Fuente: Encuesta REACH

La Cuadro No. 25 presenta los tiempos de traslado desde el hogar hasta los establecimientos de salud para las áreas urbanas y rurales en cada una de las regiones. En cada caso se presenta el promedio (columna izquierda) y el tiempo máximo (columna derecha). Para la mayoría de la población en las áreas rurales el promedio de demora en llegar a un establecimiento de salud es de una hora o más. Este sería un tiempo razonable, si el desplazamiento se hace sólo por problemas graves pues la mayoría de los banales se resuelven en la propia comunidad. En consecuencia, otros factores geográficos que influyen sobre el acceso, además de la distancia, son el medio y el costo del transporte, la probabilidad de que el establecimiento esté abierto y que haya personal capacitado y dispuesto a atender.

Socio-cultural

Los aspectos socio-culturales también contribuyen a la percepción de los usuarios sobre los servicios de salud. Las diferencias en niveles de educación juegan un papel crucial en la impresión que el paciente tiene acerca de éstos. La proporción de personas que habiéndose sentido enfermas se auto-tratan, baja de un 54% entre quienes no tienen educación formal a un 39% entre quienes tienen trece o más años de formación. Pero hay además un factor de confianza ante el personal de salud. Los usuarios con muy bajo nivel de educación formal se sienten intimidados por el personal de salud. A veces éste les trata bruscamente o usa palabras que aquellos no pueden comprender.

3.4 Calidad de los servicios

La decisión de procurar servicios de salud está influida por el acceso y la calidad percibida por éstos. En términos generales, el concepto de *calidad de la atención* incluye un componente técnico (medible de acuerdo con estándares pre-establecidos) y la satisfacción del usuario. Esta última está influida por el *nivel técnico percibido del personal o establecimiento* que proporciona el servicio; el *tiempo de espera* hasta ser atendido; el *trato* por parte del personal; la disponibilidad de personal y otros aspectos como el horario de trabajo.

Nivel del personal o establecimiento

Las entrevistas realizadas por ANSAL en 120 hogares, proporcionaron información interesante sobre este punto. Los pacientes valoran el servicio de acuerdo con las calificaciones del personal, el tipo de instalación y la disponibilidad de equipos de diagnóstico y tratamiento. Fundamentalmente la persona analiza si el servicio es el apropiado para la gravedad (auto-percibida) de su enfermedad. En El Salvador, la distinción es entre síntomas leves, graves o desconocidos, lo cual explica porqué la mayoría de las personas buscan atención en los servicios muy simples o muy complejos. Es necesario mejorar la información del usuario y del personal del primer nivel de atención para que este factor de la accesibilidad sea mejorado.

Tiempo de espera

El tiempo que las personas permanecen en un establecimiento influye en la decisión de procurar atención. De las entrevistas realizadas surge que la población de muy bajos ingresos, que depende directamente de su jornal para satisfacer las necesidades básicas del hogar, pondera muy cuidadosamente el uso de su tiempo para solucionar problemas de salud.

Cuadro No. 26

TIEMPO DE ESPERA POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO (en minutos)

Establecimiento	Tiempo de espera aproximado
Hospitales de Salud	148,56 (2.50 hrs.)
Unidades y Puestos de Salud	146,29 (2.50 hrs.)
Privado Lucrativo	61,08 (1 hora)
ISSS	89,47 (1.50 hrs.)
Farmacia	9,35
ONGs	101,56 (1.66 hrs.)

Fuente: *Encuesta de Hogares RE-ACTI, 1989*

El Cuadro No. 26 muestra que los tiempos de espera, salvo para las farmacias, son muy prolongados. Con la certeza que serán vistos por médico los pacientes prefieren concurrir al médico privado o al hospital.

Disponibilidad de personal, medicamentos y suministros

Durante las entrevistas realizadas por ANSAL, al preguntar a quienes no concurren a los Puestos o Centros de Salud ¿Porqué no hace uso de ellos? las respuestas más frecuentes fueron: "la última vez que fui, no había nadie" o "no tenían la medicina así que me sale más barato ir directamente a la farmacia". Sin embargo, en el estudio sobre productos farmacéuticos realizado para ANSAL, los establecimientos del MSPAS presentaron los mejores índices de abastecimiento de medicamentos y otros insumos en establecimientos de baja complejidad³². En consecuencia, el problema más importante parecería ser la presencia del personal, el que con alguna frecuencia se ausenta para tareas de capacitación o para efectuar procedimientos administrativos vinculados al servicio. En las áreas rurales las personas carecen de información confiable acerca de cuándo el personal se encuentra efectivamente presente y disponible en los Puestos y Centros de Salud.

3.5 Análisis cuantitativo de la demanda

Para obtener una visión más completa de la demanda de los servicios de atención médica en El Salvador, se analizaron nuevamente, en forma cuantitativa, los datos de las Encuestas de Hogares de REACH (1989) y de MIPLAN (1990-91 y 92). Este análisis incluye sólo la atención ambulatoria de tipo curativo. El enfoque conceptual usado para el análisis es el siguiente: la persona que sufre una enfermedad o accidente debe decidir primero si se tratará a sí misma o si acudirá a un servicio de salud; en este último caso deberá decidir además, a dónde acudir.

En este análisis de la demanda se considera que son cuatro los factores que pueden influir en esta decisión: el honorario de la consulta, el precio de los medicamentos, el tiempo de traslado hasta el establecimiento y el tiempo de espera hasta ser atendido. Además de los factores señalados influirá también en la decisión, la percepción del paciente sobre la severidad de su enfermedad.

A los efectos de este nuevo análisis de la demanda la población encuestada fue dividida en tres grupos:

- Beneficiarios del ISSS;
- No beneficiarios del ISSS que residen en el medio urbano;
- Residentes del medio rural.

Hallazgos

El Cuadro No. 27 presenta los proveedores de servicios seleccionadas por los tres grupos de encuestados³³

³² Ver el informe técnico de ANSAL sobre *Administración de Productos Farmacéuticos* de D. Lee y J. Bates.

³³ Cada línea del cuadro suma 100%. El mismo representa una simplificación de la realidad: en cada grupo o segmento del mercado, se han eliminado "otros proveedores de servicios", por constituir un número muy bajo de observaciones.

Cuadro No. 27

SELECCION DE PROVEEDOR EN ATENCION CURATIVA
(distribución porcentual para cada grupo de pacientes)

Segmento del mercado	MSPAS Hospital	MSPAS Unid/Puesto	ISSS	Subsector privado	Auto-tratamiento
Beneficiarios ISSS	---	---	22,7	8,7	68,6
No beneficiario ISSS, urbano	3,6	4,3	---	4,0	83,6
Residente rural	3,2	4,3	---	4,0	88,5

Fuente: *INSAL-94* en base a datos de REACH y MIPLAN.

Los beneficiarios del ISSS deciden autotrarse en dos de cada tres episodios de enfermedad. Cuando deciden recurrir a un proveedor formal de servicios, las preferencias se dividen entre los servicios del ISSS y el Sector Privado en 2/3 y 1/3 respectivamente. Llama la atención una utilización tan elevada de los servicios privados por parte de los beneficiarios del ISSS.

Más de cuatro de cada cinco residentes de las áreas urbanas que no son beneficiarios del ISSS, decidieron autotrarse cuando se sintieron enfermos. Esta proporción es notoriamente más alta que entre los beneficiarios del ISSS. Aquellos que decidieron procurar atención se dividieron entre los servicios del MSPAS y el Sector Privado en 2/3 y 1/3 respectivamente. A pesar de que este grupo de usuarios incluye población con capacidad adquisitiva muy diversa, llama la atención que 1/3 recurra al Sector Privado.

Casi nueve de cada diez residentes de las áreas rurales decide autotrarse cuando se siente enfermo. Este grupo de la población exhibe la proporción más elevada de autotratamiento. Aquellos que decidieron procurar atención de salud se dividieron entre el MSPAS y el Sector Privado en 2/3 y 1/3 respectivamente.

Salvo por una proporción más alta de personas que deciden autotrarse, el comportamiento de los residentes del medio rural es muy similar al de los residentes urbanos que no son beneficiarios del ISSS. En ambos grupos un 66% de los que deciden tratarse asisten a los servicios del MSPAS, recurriendo con una frecuencia algo mayor a las Unidades y Puestos de Salud que a los Hospitales del Ministerio. Cuando estos comportamientos se analizan en función de las variables ya mencionadas (precio, tiempos de espera y traslado, etc.), surgen elementos de interés.

La mayoría (72%) de los derechohabientes del ISSS que decidieron consultar en los servicios de la institución no tuvieron que pagar honorarios por la consulta; los medicamentos les costaron en promedio e 2,3; esperaron un poco más de hora y media para ser atendidos y el tiempo de traslado les insumió una hora. Por su lado, los derechohabientes del ISSS que se trataron en el Sector Privado gastaron e 47,6 entre medicamentos y honorarios médicos; demoraron aproximadamente el mismo tiempo en trasladarse hasta el consultorio privado; pero, una vez en éste, esperaron tan sólo la mitad del tiempo para ser atendidos. Estos derechohabientes del ISSS que se trataron en establecimientos privados tienen mayor poder adquisitivo que quienes se atendieron en los servicios del ISSS; su ingreso promedio es 25% superior.

La mayoría (66%) de los residentes urbanos/no beneficiarios del ISSS que decidieron consultar lo hicieron en establecimientos del MSPAS dividiéndose en partes iguales entre las Unidades/Puestos y los hospitales. Los pacientes que acudieron a las Unidades/Puestos incurrieron en los gastos más bajos en consulta y medicamentos; el tiempo de traslado hasta el establecimiento fue el más corto (cerca de media hora); pero tuvieron que esperar de promedio dos horas y media hasta ser atendidos. Por su parte los pacientes de este segmento del mercado que concurren a los servicios privados tuvieron un tiempo de traslado de 45 minutos pero esperaron de promedio tan sólo una hora para ser atendidos. Este subgrupo está compuesto por personas de mayor edad, alto nivel de educación y mejor poder adquisitivo.

Nuevamente la mayoría (65%) de los residentes del medio rural que decidieron procurar tratamiento lo hicieron en dependencias del MSPAS, acudiendo con cierta preferencia a las Unidades y Puestos de Salud. Los tiempos de traslado y espera de quienes acudieron a Unidades y Puestos del MSPAS fueron similares en el medio rural y en el urbano. Ambos subgrupos de usuarios pagaron montos similares por la consulta pero los residentes rurales gastaron 50% más en medicamentos. A su vez los residentes del medio rural que usan las Unidades y Puestos de Salud tienen ingresos muy inferiores a sus contrapartes de las ciudades. En consecuencia, el impacto de este gasto sobre la economía del hogar es mayor: en tanto que los residentes urbanos destinaron 0,3% del ingreso familiar a la atención médica, esta proporción se elevó a 2,2% entre los del medio rural.

La utilización de servicios fue analizada no sólo en función de los factores enunciados (precios, tiempos, etc.) sino también en relación a algunas características de los usuarios (edad, sexo, ocupación y nivel de educación). La influencia de algunas de estas características varía según el segmento del mercado considerado. A vía de ejemplo: un mayor nivel de educación se asocia positivamente con el autotratamiento entre los residentes del medio rural pero negativamente entre los del medio urbano. Entre los usuarios de las Unidades y Puestos de Salud el ingreso familiar influye de forma opuesta entre residentes urbanos y rurales. Para estos últimos, cuanto mayor es el ingreso más alta es la probabilidad de concurrir a una Unidad/Puesto en lugar de autotratarse. Entre los residentes urbanos la relación es inversa: cuanto más alto el ingreso familiar, mayores son las probabilidades de autotratarse, acudir a un hospital o a un médico privado; en consecuencia, sólo los segmentos más pobres de la población usan las Unidades/Puestos del MSPAS.

Conclusiones

Los hallazgos y las conclusiones más importantes de este nuevo análisis cuantitativo de la demanda pueden ser resumidas de la siguiente forma.

- Los establecimientos de "primera línea" del MSPAS resuelven problemas menores de salud en tanto que los hospitales son ocupados para problemas de mayor severidad. En consecuencia, parecería que funciona adecuadamente el sistema jerárquico y de referencia de los establecimientos del Ministerio.
- Cuando aumenta el precio de los servicios de las Unidades/Puestos de Salud, disminuye la proporción de personas que acude a ellos y la utilización de los hospitales del Ministerio. Esto indica que ambos tipos de establecimientos son usados en forma complementaria. En consecuencia, los hospitales están siendo usados con la finalidad con que fueron diseñados, es decir, como lugar de atención cuando el establecimiento de "primera línea" no puede resolver el problema.
- En el medio urbano, a diferencia del rural, las Unidades/Puestos del MSPAS son valorados por los usuarios como "bienes inferiores" (en el sentido económico): cuanto mayor es el ingreso familiar per capita, menor es la probabilidad de que estos establecimientos sean seleccionados por el usuario y son mayores en

cambio, las probabilidades que el paciente acuda a un hospital (del MSPAS) o a un proveedor privado para ser atendido.

- La elasticidad (de precios) de los hospitales es mayor que la de las Unidades/Puestos. Estos, a su vez, son sustitutos de aquellos. Por lo tanto, si se establecieran aumentos similares de precios para los Hospitales y las Unidades/Puestos, la demanda de los primeros disminuiría en mayor proporción y los pacientes se desplazarían hacia las Unidades y Puestos. El establecer precios similares para todos los establecimientos del MSPAS desestimularía el uso de servicios de segundo y tercer nivel y promovería la utilización de los servicios de atención primaria.

Los residentes del medio rural tiene mayor tendencia al autotratamiento y presentan elasticidades mayores que los de las ciudades. En consecuencia, si los precios de los servicios del MSPAS se incrementan por igual en ambas áreas, una mayor proporción de los residentes rurales recurriría al autotratamiento o elegiría un proveedor privado. Por lo tanto, para obtener efectos similares en ambos grupos los niveles de precios de los establecimientos urbanos (o las modificaciones de éstos) deberían ser relativamente más altos que los correspondientes a los establecimientos ubicados fuera de las ciudades importantes.

El aumento de precios tiene mayor impacto sobre el tipo de proveedor (privado o MSPAS) que sobre la decisión de procurar tratamiento. Más del 90% de los cambios en la demanda ocurrirían en la elección del tipo de proveedor de servicios.

- La selección del tipo de servicio a ser usado es altamente sensible en relación a los tiempos de espera, particularmente en las Unidades/Puestos de Salud. Cuando el tiempo de espera disminuye la población tiende a incrementar el uso de estos servicios de "primera línea". Si el tiempo de espera de estos establecimientos disminuyera a media hora, su utilización aumentaría en un 50%.

En vista de todo lo anterior, a los efectos de aumentar al máximo el uso de servicios básicos de salud, es decir las Unidades y Puestos, habrá que disminuir el tiempo de espera de los pacientes que concurren a ellos así como mantener sus precios relativamente bajos en comparación con otras opciones, particularmente en el medio rural. Estas modificaciones tendrían un efecto beneficioso doble: por un lado mejorarían la equidad de los usuarios del medio rural en relación al medio urbano; y por otro, promoverían el uso apropiado de establecimientos del primer y segundo niveles de atención, reduciendo en consecuencia los costos totales de la atención médica.

V ÁREAS CRÍTICAS EN EL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Este capítulo analiza los aspectos relevantes o áreas críticas³⁴ que, en opinión del equipo ANSAL, traban el desempeño del Sector Salud y presenta en forma esquemática, las recomendaciones más importantes para corregirlos. Estas recomendaciones serán presentadas en mayor detalle en los capítulos VI y VII.

Los áreas críticas que pueden afectar el desempeño del Sector son de diversa naturaleza: (1) el *marco jurídico-normativo* o sea el conjunto de normas jurídicas que se aplican al Sector; (2) las *políticas* o criterios que guían las decisiones sobre un tema; (3) los *patrones de comportamiento* o formas en que habitualmente se desempeña una tarea; (4) los *roles institucionales*, es decir, las principales funciones que cumplen una organización y, (5) los *programas*, o sea el conjunto organizado de actividades dirigido a alcanzar un objetivo.

En el análisis realizado por ANSAL se usaron todas esas categorías. A efectos de facilitar su presentación se analizaron por grupos temáticos: organización del sistema; financiamiento de los servicios; recursos humanos; salud materno-infantil y agua y saneamiento. Se presentan siguiendo ese orden temático, en cuadros donde se exponen esquemáticamente las principales "*áreas críticas*" y para cada uno de ellas, las *recomendaciones* correspondientes.

1 Organización del Sistema de Servicios de Salud

En opinión del equipo ANSAL, el principal obstáculo en la organización del Sector radica en la falta de una definición precisa y realista de los roles que debería desempeñar el Estado en la planificación, el financiamiento y la entrega de los servicios de salud a la población. De acuerdo con las disposiciones constitucionales vigentes, dentro de determinados límites, el Estado puede y en determinadas circunstancias debe, cumplir esas funciones. De hecho en El Salvador el Estado participa en las tres funciones (planificación, financiamiento y entrega), a través de distintas dependencias para diversos grupos de población.

En el financiamiento y entrega de servicios, el Estado ha adoptado posiciones diversas, las cuales reflejan decisiones adoptadas en distintos momentos. A vía de ejemplo:

- financia y entrega por administración directa, a través del MSPAS, servicios de todos los niveles de complejidad, a todos los grupos socio-económicos de la población;
- financia y entrega directamente, a través del Ministerio de Defensa, servicios de todos los niveles de complejidad, a los integrantes de la Fuerza Armada y sus familiares;
- financia a través del Ministerio de Educación la entrega por proveedores privados, de servicios de complejidad variada, a funcionarios maestros y sus familiares;
- contribuye como empleador al financiamiento y entrega a través del ISSS, de servicios de todos los niveles de complejidad a grupos de funcionarios públicos;
- contribuye a través de un aporte fijo anual, al financiamiento general del ISSS, para la entrega de servicios por parte de éste a trabajadores del sector formal.

³⁴ Los términos "aspectos relevantes", "áreas críticas", "temas claves", "temas esenciales" u otros similares se usan indistintamente en este informe. En general se ha tratado de usar siempre la expresión *área crítica* para facilitar la comprensión. La misma se refiere a aspectos de la organización o funcionamiento que determinan los resultados del Sector. Por ejemplo: la falta de claridad en la definición de los objetivos de una organización puede llevar a que sus integrantes persigan fines diferentes, a veces contradictorios entre sí, disminuyendo la eficacia de la gestión.

En opinión del equipo ANSAL, en términos de funciones a desempeñar, el Estado debería priorizar la planificación y conducción del Sector, la vigilancia de la calidad de los servicios entregados por el Sistema así como el financiamiento de la atención primaria de salud. En términos de grupos poblacionales a proteger, el Estado debería priorizar la población de menores ingresos. Estas funciones el Estado las puede cumplir a través del MSPAS, debidamente fortalecido y reorganizado.

AREAS CRITICAS DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Area crítica	Recomendaciones
<p>1. Indefinición de funciones a cumplir por el Estado, fundamentalmente del MSPAS, en la formulación de políticas, en el financiamiento y en la entrega de servicios de salud en lo referente a la complejidad de servicio y el nivel económico del usuario.</p>	<p>1. El rol del ESTADO debería:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Controlar el estado de salud de la población. b) Definir la política de salud y normar, supervisar y financiar los servicios de salud. c) Asegurar la atención básica y media de la población de menores ingresos, financiándole un conjunto definido de servicios. d) Promover la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de la salud y el medio ambiente
<p>2. Falta legitimización, aceptación y cumplimiento de políticas y normas establecidas por el MSPAS, por parte de otras instituciones públicas y privadas, que entregan servicios de salud o actúan en áreas vinculadas con la salud.</p>	<p>2.1 El rol del Ministerio de Salud en esta área debería ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Elaborar las políticas de salud del país y asegurar su implementación. b) Establecer las normas para la implementación de los planes y programas de salud. c) Desarrollar un Sistema Organizado de Salud. <p>2.2 Es necesario crear una instancia de participación en la elaboración de políticas y normas: un Consejo Consultivo de Salud cuya función sería:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Facilitar la coordinación de los actores del sector (públicos y privados): b) Promover, consultar y concertar programas y planes de salud.
<p>3. Falta especificar los criterios de calidad a que deben ajustarse los establecimientos y servicios públicos y privados de salud. Existen debilidades técnicas y operativas en el control de éstos así como de los profesionales y los medicamentos.</p>	<p>3 Se estimó que en la función de control de establecimientos, servicios y medicamentos, que actualmente ejerce el CSSP, debe participar más activamente el MSPAS. La función de control de profesionales la debe seguir ejerciendo el CSSP.</p>
<p>4. Sistema de servicios tendiente a un modelo de atención médico-hospitalario-farmacológico, con énfasis en lo curativo; no apropiado para el perfil epidemiológico del país; más notorio en el Sector Privado (a excepción de las ONGs), en el ISSS y en otros programas de salud de empresas públicas.</p>	<p>4 Concentrar los recursos del Estado en la Atención Primaria de Salud (APS); limitar su participación en el financiamiento de servicios de mayor complejidad, a un conjunto limitado de servicios.</p>
<p>5. Inequidades importantes en el acceso y en la utilización de servicios en perjuicio de la población rural y de menos recursos, que es la que tiene mayores riesgos de enfermar y más necesidad de atención.</p>	<p>5 Focalizar el financiamiento del Estado en la entrega de servicios a la población de mayor riesgo de enfermar: la de menores ingresos, con menor nivel de educación formal y que reside en el medio rural; aumentar la recuperación de costos de los usuarios por encima del nivel de pobreza.</p>
<p>6.1 En el primer y segundo nivel de atención y particularmente en la entrega de servicios de APS, gestión muy centralizada del MSPAS, con poco aprovechamiento o exclusión de otras estructuras (alcaldías, farmacias, ONGs, etc.).</p> <p>6.2 Ineficiente gestión de los servicios hospitalarios, particularmente de los Centros de Salud del MSPAS y los del ISSS.</p> <p>6.3 Segmentación del manejo gerencial del MSPAS como consecuencia de la cooperación externa.</p>	<p>6.1 Descentralizar la entrega de los servicios de APS a municipios/ asociaciones de municipios quien podrá gestionarlos directamente o contratar con organizaciones privadas (ONGs, cooperativas, fundaciones);</p> <p>6.2 Establecer criterios de eficiencia y productividad para la gestión hospitalaria y la producción de servicios y vincular el financiamiento a su cumplimiento.</p> <p>6.3 Organizar la cooperación técnica de acuerdo con las prioridades y planes del MSPAS y, mediante un sistema gerencial y contable que permita el control de la totalidad de la gestión de la Institución.</p>

2 Financiamiento de los servicios de salud

El financiamiento del Sector Salud adolece de algunos problemas: es notoriamente insuficiente para la situación de salud de la población; es dependiente de la cooperación externa; establece incentivos inadecuados que generan ineficiencia e ineffectividad y favorece la existencia de desigualdades entre sectores de la población.

En el cuadro siguiente se introducen tres conceptos importantes que forman parte de la propuesta de reorganización del Sector:

- (1) Seguro Mínimo Obligatorio: se trata de un seguro al que deberán contribuir todos los residentes del país; cubrirá el costo de un conjunto de servicios de complejidad mayor que los de APS, los que podrán ser proporcionados por cualquier proveedor.
- (2) Canasta Ampliada: refiere al conjunto de servicios de atención especializada y hospitalaria (AEH) que serán cubiertos por el seguro. Incluye procedimientos de complejidad relativa y complementa los servicios proporcionados en la APS o Canasta Básica.
- (3) Gerenciamiento de la Atención Médica (GAM): expresión que se refiere a un nuevo enfoque en la prestación de la atención médica. Se basa en el principio de usar los recursos en la forma más eficiente abatiendo los costos y manteniendo o mejorando la calidad del servicio prestado.

ÁREAS CRÍTICAS DEL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Áreas críticas	Recomendaciones
1. Insuficiente financiamiento para las necesidades de APS del país; cobertura incompleta de la población de mayor riesgo.	1.1 Aumentar el financiamiento por parte del Estado para cubrir el costo total de la APS (canasta básica) para la población por debajo del nivel de pobreza.
2.1 Ineficiencias en la utilización de los recursos del Estado para APS, debido a que el MSPAS administra directamente los servicios y no utiliza formas alternativas de entrega de los mismos. 2.2 Esquema muy centralizado de gestión de los servicios de APS que resulta en decisiones alejadas del nivel local, poca participación de la comunidad usuario y del personal de los servicios. 2.3 No utilización de alcaldías para facilitar la participación local y la solución de los problemas a ese nivel; coordinación insuficiente y poca utilización de ONGs, en la entrega de servicios de APS.	2.1 Mejorar la eficiencia en el uso de los recursos del Estado para la APS transfiriendo parte de éstos, directamente o a través de las alcaldías, a organizaciones comunitarias de salud, para su gerenciamiento. Las transferencias se basarían en el tamaño de la población a cubrir y en factores que legítimamente afecten el costo (distancia, severidad del cuadro epidemiológico de la población a servir u otros). 2.2 Ajustar el esquema técnico/administrativo de prestación de servicios de APS para aumentar su eficiencia y efectividad: <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la capacidad resolutoria a nivel local. • Implementar un sistema de referencia y apoyo más efectivo y bien definido con la Unidad de Salud (con médico permanente) que sirva de base. 2.3 Descentralización de la gestión de APS a municipios y ONGs.
3. Ineficiencias derivadas de la no aplicación de instrumentos de gerenciamiento y controles técnicos en la utilización de servicios hospitalarios.	3.1 <ul style="list-style-type: none"> • Promover la implementación y utilización de instrumentos de "Gerenciamiento de la Atención Médica": controles de utilización, acceso dirigido a especialistas, uso de personal de menor costo, uso de medicamentos genéricos, confort limitado. • Promover la utilización de técnicas gerenciales modernas: planificación estratégica y financiera, incentivos laborales y otros.
4. Ineficiencias derivadas del modelo dominante de prestación de servicios: médico-hospitalario-farmacológico; aumento de consultas de emergencia para resolver problemas de salud que podrían corregirse a nivel básico comunitario.	4.1 Desarrollar plenamente la APS y descentralizar su gestión; mejorar el gerenciamiento de los hospitales y privatizar su gestión.
5. Financiamiento dependiente de fuentes externas, para gastos operativos, sobretudo del primer nivel de atención y de programas de APS, tanto en el MSPAS como en las ONGs.	5.1 Incrementar el financiamiento de los servicios de APS con fondos nacionales, fundamentalmente con recursos presupuestales ordinarios.

3 Recursos humanos

Conjuntamente con el financiamiento, los recursos humanos constituyen un elemento esencial en la prestación de servicios de salud. Se presentan en esta sección en forma esquemática los obstáculos principales y las recomendaciones destinadas a corregirlos.

Tres son los principales problemas que presentan los RRHH del Sector:

- la falta de poder resolutorio del personal de primera línea (enfermeras y auxiliares de enfermería de Puestos de Salud, promotores, parteras empíricas capacitadas, trabajadores voluntarios) en la entrega de servicios básicos a las personas (algunos tipos de anticonceptivos, antibióticos de amplio espectro en IRAs, etc.)

- la insuficiencia del número de médicos y su inadecuada distribución geográfica. En particular es insuficiente la cantidad de médicos de familia.
- la falta de incentivos y el abatimiento de los salarios de médicos y enfermeras en el MSPAS; lo primero impide premiar la productividad y dedicación del personal profesional; lo segundo desalienta el esfuerzo.

AREAS CRITICAS DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Areas críticas	Recomendaciones
1. Desequilibrio entre los recursos humanos necesarios según el perfil epidemiológico y los que se forman en el país.	1.1 El Estado debería dar incentivos (creando puestos de trabajo, subsidiando formación y otros) para aumentar la formación de los recursos humanos de acuerdo con el perfil epidemiológico: promotores, técnica-obstetra, tecnólogos (diagnóstico y terapéutico), enfermeras y médicos de familia.
2. Ausencia en el Estado de una instancia de elaboración de políticas de formación de recursos humanos, de coordinación institucional de esta elaboración y de su implementación con las instituciones formadoras.	2.1 Desarrollar una unidad técnica en el MSPAS que elabore las políticas (de incentivos y otras) necesarias para adecuar la formación de los recursos humanos al perfil epidemiológico de la población, en coordinación con otras instancias públicas y privadas. 2.2 Crear un mecanismo formal de coordinación entre instituciones usuarias de los recursos humanos en salud y las instituciones encargadas de la formación de esos recursos como parte del Consejo Consultivo de Salud.
3. Formación de algunos RRHH por el MSPAS, función que no le es propia ni prioritaria, que lo distrae del cumplimiento de otras funciones esenciales; función que es desempeñada por otras instituciones de la sociedad y que se traduce en una baja prioridad presupuestal.	3.1 Transferir la administración de las escuelas de enfermería y del Centro de Capacitación sanitaria a una entidad autónoma.
4. Utilización insuficiente por el MSPAS de sus promotores, parteras capacitadas y tecnólogos materno-infantiles, en la producción de actividades de: prevención a las personas (a diferencia de la prevención en medio ambiente), de acciones curativas básicas y de planificación familiar.	4.1 Ampliar la capacidad resolutoria de promotores y parteras capacitadas en la solución de problemas básicos de salud, dentro de una adecuada normatización y con mecanismos efectivos de supervisión.
5. Inadecuados montos y mecanismos de incentivos y compensación que favorecen: baja productividad, mala distribución geográfica, horarios inadecuados a las necesidades de la población, insuficiente cantidad y calidad de los recursos humanos.	5.1 Transferencia de la gestión de los servicios de APS y de los hospitales a la comunidad, a organizaciones autónomas o al Sector Privado, para que puedan aplicar políticas de personal más flexibles, con incentivos correctos: p. ej.: compensación vinculada a la productividad y calidad de los servicios producidos.
6. Política centralizada de manejo de personal en las organizaciones del Sector Público con efectos similares al punto anterior.	6.1 Descentralización de la gestión de los recursos humanos, transfiriéndola preferentemente a organizaciones de derecho privado.

4 Materno-infantil

Los problemas de salud de las madres y los niños constituyen el principal conjunto de problemas de salud de la población salvadoreña y seguirán siéndolo durante los próximos diez años. El mejoramiento de la situación de salud requiere atender prioritariamente los problemas específicos de madres o mujeres en edad fértil y de los niños, particularmente los menores de cinco años.

AREAS CRITICAS EN LA ATENCION MATERNO INFANTIL

Áreas críticas	Recomendaciones
1. Insuficiente focalización de la prestación de servicios en las áreas de mayores riesgos para la salud materno infantil.	1. Establecer y utilizar criterios de valoración del riesgo materno infantil para la focalización de la prestación de servicios, con prioridad al área rural.
2. Necesidad de definir para todo el Sector por parte del MSPAS, los problemas prioritarios en el área materno-infantil para concentrar los esfuerzos de todos los actores en esos problemas.	2. Las siguientes deberían ser las áreas prioritarias de Materno-infantil a ser incluidos en la canasta básica de servicios: desnutrición; espaciamiento de embarazos; supervivencia infantil; atención pre y post-natal y ETS, incluido SIDA.
3.1 Insuficiente cantidad de promotores. 3.2 Limitaciones a la capacidad de resolución de los problemas más comunes de salud, por parte de promotores y parteras.	3.1 Aumentar la cobertura rural por parte del MSPAS y de las ONGs mediante promotores y parteras capacitadas y otro personal auxiliar. 3.2 Aumentar la participación activa de los promotores y las parteras en la atención integral de la salud, incluyendo: prevención a las personas, detección y tratamiento oportuno de casos de enfermedades prioritarias.
4. Insuficiente coordinación entre proyectos, programas y departamentos del MSPAS relacionados con la Salud Materno-infantil.	4.1 Integrar los diferentes programas y departamentos que realizan acciones de Salud Materno-infantil en una sola estructura a nivel central del MSPAS.
5. La coordinación de acciones en el campo materno-infantil con otras instituciones del Sector (principalmente ONGs e ISSS) es débil y está sujeta a interferencias de criterios no técnicos;	5.1 Integrar o coordinar esfuerzos en las cinco áreas temáticas prioritarias de salud materno infantil, entre todas las instituciones del sector.
6. Necesidad de integrar los diferentes sistemas de información técnica y gerencial que existen en el Sector y aún dentro del propio MSPAS.	6. Establecer un sistema único de información que sea ágil; que permita la toma de decisiones gerenciales dentro del Sector Salud y permita valorar los logros alcanzados en forma integral.
7. Insuficiente captación y pobre calidad de las Estadísticas Vitales a nivel nacional, sobretudo en las Alcaldías de menor tamaño y capacidad de organización.	7.1 Fortalecer/reestructurar las acciones de captación de información sobre estadísticas vitales en las alcaldías y mejorar la calidad de las mismas.

5 Medio ambiente y salud

Las enfermedades más comunes en El Salvador, las que causan mayores daños a la situación de salud de la población son las enfermedades infecciosas y parasitarias. Su prevención requiere evitar la contaminación biológica y física del medio ambiente y la obtención de agua segura en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades básicas de la población.

ÁREAS CRÍTICAS DE LA SITUACION MEDIOAMBIENTAL

Áreas críticas	Recomendaciones
1. Baja cobertura en la prestación de los servicios de agua y saneamiento a la población rural; baja cobertura de saneamiento a la población urbano-marginal;	<p>1.1 Involucrar a organismos públicos y privados más eficientes en la prestación de agua potable.</p> <p>1.2 Promover la participación de ONGs, municipalidades y organizaciones comunitarias.</p> <p>1.3 Promover en las municipalidades el mejoramiento del abastecimiento de agua potable a la población rural (aún no servida) con apoyo del Fondo de Inversión Social (FIS) y del programa Municipalidades en Acción (MEA).</p>
2. Falta tratamiento de aguas servidas; contaminación biológica y química de los cursos de agua;	<p>2.1 Proteger el recurso agua, mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de aguas negras, • control de aguas servidas, • sanciones o multas a los contaminadores, • educación. <p>2.2 Aprobar una ley de aguas, con su correspondiente reglamentación, que incluya normas de calidad de agua para consumo humano y de vertidos, para prevenir la contaminación biológica y otro tipo de contaminación de los cursos de agua.</p>
3. Frecuentes interrupciones y otros problemas de calidad (contaminación cruzada) en la prestación del servicio de agua por financiamiento insuficiente e inadecuados programas de mantenimiento;	<p>3.1 Obtener una mayor recuperación de costos mediante un sistema tarifario que racionalice el uso y permita aumentar la cobertura.</p>
4. Confusión en las funciones asignadas a diferentes instituciones del Estado, particularmente en el suministro de agua segura a la población rural, entre MSPAS, FIS, comunidades, municipalidades y otros.	<p>4.1 Reordenamiento del marco institucional estableciendo un ente normador y regulador y definiendo las responsabilidades en el campo operativo de las instituciones, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manejo integral de cuencas, • sistemas urbanos, • sistemas rurales.
5. Insuficiente financiamiento y capacidad gerencial para operar adecuados sistemas de recolección y disposición final de desechos sólidos a nivel municipal;	<p>5.1 Fortalecer la capacidad de COMURES o ISDEM para dar apoyo a las municipalidades en el diseño, implementación y financiamiento del programa de manejo de desechos sólidos.</p> <p>5.2 Diseñar rellenos sanitarios ubicados en donde no contaminen cuencas de aguas.</p> <p>5.3 Asegurar el financiamiento para un adecuado sistema de recolección y disposición de basuras (impuestos y recuperación de costos, mediante tarifas).</p> <p>5.4 Promover sistemas de recolección y disposición eficientes a través de empresas privadas, municipales o mixtas.</p>

Continuación: Áreas críticas de la situación medioambiental

Áreas críticas	Recomendaciones
<p>6. Falta de manejo racional de los desechos sólidos, incluyendo aquellos peligrosos para la salud, en particular los hospitalarios.</p>	<p>6.1 Elaborar por parte del SEMA, municipalidades, ISDEM, COMURES y el MSPAS, las normas que regulen el manejo de basuras para su aprobación dentro del marco del Código Sanitario. 6.2 Diseñar e implementar un plan para el manejo racional de desechos hospitalarios de las instituciones públicas, semipúblicas y privadas. 6.3 Diseñar e implementar un plan para el manejo racional de desechos tóxicos o peligrosos en las instituciones responsables por la producción de dichos contaminantes.</p>
<p>7. Falta de normas que regulen la calidad del aire y de sistemas de monitoreo para vigilar su cumplimiento.</p>	<p>7. Elaborar y aprobar las normas y desarrollar e implementar los sistemas de vigilancia.</p>
<p>8. Aplicación inconsistente de las normas de uso de plaguicidas por parte de trabajadores agrícolas.</p>	<p>8. Aplicación de las normas vigentes.</p>

VI LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS DE LA REFORMA DE SALUD

A pesar que El Salvador ha mejorado su situación de salud, particularmente en los últimos cuatro años, tiene aún problemas a corregir. Como se ha visto en los capítulos anteriores éstos abarcan desde la situación de salud hasta el funcionamiento del sistema de los servicios de salud. El conjunto de cambios que permitirá solucionar esos problemas se ha denominado *Reforma de Salud*. Se usa el término "reforma" pues se entiende que los cambios deben ser profundos y que, como consecuencia de ellos, la configuración del Sector una vez implementados, será notoriamente diferente de la actual.

Este capítulo está constituido por tres partes: la hipótesis del no cambio; los principios orientadores de La Reforma y, finalmente, las restricciones y potencialidades de la misma.

I Mantenimiento del status quo

El Salvador ha mejorado sus indicadores de salud, algunos de ellos como las enfermedades inmuno-prevenibles, en forma rápida; otros como la desnutrición, en forma más lenta.

El sistema está compuesto por instituciones que, sin perjuicio de presentar dificultades, funcionan en forma relativamente satisfactoria.

No hay urgencia en la población por modificar los servicios de salud, aún cuando éstos son evaluados en forma negativa por sectores mayoritarios de la población. De acuerdo con una encuesta publicada en febrero de 1994 por UNICEF *Nuestra Niñez, Nuestras Mujeres, Nuestro Futuro: Dime si Cuento Contigo*, la salud no figura entre las cinco primeras áreas en las cuales los salvadoreños desearían un incremento de los esfuerzos del Estado.

Por su parte los cambios tienen que vencer la resistencia de la inercia y arriesgan los logros alcanzados; pueden ser costosos en lo político, gremial y aún en lo técnico.

Pese a estos argumentos, ANSAL entiende que es necesario reformar el Sector. La ausencia de cambios producirá varias situaciones que el país puede y debe evitar: el mantenimiento de las desigualdades existentes; el colapso financiero del sistema de salud; el deterioro progresivo en la entrega de servicios de salud; el deterioro de la situación de salud de sectores claves para un desarrollo socio-económico armónico y el costo mayor en que incurrirá la sociedad en el futuro al enfrentar estos mismos problemas, pero más enquistados.

1.1 Mantenimiento de las inequidades en los servicios

El Sector Salud presenta cuatro problemas: acceso y cobertura insuficientes, inequidades, ineficiencias y falta de sustentabilidad financiera. Dada la distribución del ingreso y de las oportunidades existente en el país, en la cual la población por debajo de la línea de pobreza tiene limitadas posibilidades de progresar, la corrección de las desigualdades es un imperativo de la agenda social y política del país. De no introducirse cambios en la organización y funcionamiento del Sector esas desigualdades serán difícilmente superadas.

La población de bajos ingresos depende de los servicios del MSPAS y de las ONGS, para preservar y recuperar su salud. El Ministerio dispone del 22% del gasto para cumplir con todas sus obligaciones. Los servicios y establecimientos del MSPAS atienden una proporción de la población que supera al 50% que está por debajo de la línea de pobreza. En la internación, proporcionan el 75% de todas las hospitalizaciones que

se brindan en el país. Por cada colón gastado por el MSPAS para proteger a sus beneficiarios, el ISSS gasta 6 colones, Bienestar Magisterial 2 colones, ANTEL 11 colones y CEL 18 colones. No se obtuvo información sobre el gasto relativo de la Fuerza Armada o del Sector Privado estricto.

Estas desigualdades de gasto por persona protegida, se deben en parte a los diferentes costos de los factores de producción: p. ej.: sueldos distintos en varias instituciones para desempeñar una misma función. Pero en mayor medida se deben a diferencias en la utilización de servicios, donde los beneficiarios del Ministerio de Salud reciben menos servicios por persona.

Esta situación adquiere relevancia al ser la población beneficiaria del MSPAS la que tiene mayores necesidades de servicios preventivos y curativos básicos. En efecto, el Capítulo III muestra claramente como la población de nivel socio-económico bajo, con poca o sin educación formal y que reside en el medio rural es la que tiene los peores indicadores de salud; tasas elevadas de mortalidad, de desnutrición, de enfermedades infecciosas y parasitarias, etc. Constituye pues el sector de la población que necesita mayor cantidad de servicios por persona para mantener y recuperar su salud. De acuerdo a las normas jurídicas, en El Salvador la salud es un derecho valorado por sí mismo. Además es una condición para el aprendizaje y el trabajo, es decir para aspirar a mejorar socialmente en función del esfuerzo propio. Las desigualdades referidas actúan en contra de ese derecho de cada salvadoreño pero además hacen que las desigualdades sociales se perpetúen al asignar menos recursos a quienes más los necesitan. El bocio por falta de yodo es un ejemplo contundente: los niños carenciados de yodo (pobres y del medio rural), tienen dificultades de aprendizaje. En El Salvador, al igual que en los demás países en vías de desarrollo, la falta de educación de las madres determina, entre otras, las pobres condiciones de salud de la familia, en especial de los niños.

Estas desigualdades y sus repercusiones no cambian si no hay una reasignación profunda de los recursos del Estado.

1.2 Colapso financiero del Sistema de Salud

Los servicios del MSPAS y de las ONGS están subsidiados por organismos internacionales. El apoyo financiero internacional cubre gastos operativos de áreas vitales de funcionamiento (medicamentos, alimentación complementaria, capacitación en servicio, apoyo a campañas de inmunizaciones, sistema logístico, reactivos de laboratorio, etc). Una alta proporción de esa ayuda se destina a cubrir gastos de programas preventivos o curativos básicos. El financiamiento operativo externo equivale al 50% de los gastos del MSPAS en el primer nivel de atención.

Se estimó que el financiamiento externo representó en 1992 el 24% y en 1993 el 19% de los gastos operativos del MSPAS. Tan sólo dos proyectos, APSISA de USAID y Rehabilitación de los Sectores Sociales del Banco Mundial, representan el 15% de esos gastos. El primero termina indefectiblemente a mediados de 1995 y el segundo a fines del mismo año. El Estado o los usuarios deberán incrementar su gasto en esa proporción para mantener el actual nivel de funcionamiento del sistema, aún con sus déficits y carencias.

En otros países los usuarios han aceptado incrementos en los pagos por los servicios, pero sólo cuando éstos van acompañados de una clara mejoría en su calidad. Tal es el caso de la atención primaria autofinanciada en Bolivia.

La presión por aumentar los recursos en el Sector Público se manifiesta fundamentalmente mediante descontento del personal en los hospitales, en particular los del AMSS. El deterioro de las retribuciones a los médicos y enfermeras durante la década de 1980, en relación a sus niveles históricos, puede explicar esc

descontento. Por lo tanto, la competencia por los recursos adicionales que se asignen al Sector, será entre el sector curativo hospitalario y el primer nivel de servicios. El primero puede aliviar tensiones políticas inmediatas en tanto que el segundo mejorará la situación de salud de la población.

La tercera fuente de dificultad financiera está en el ISSS³⁵. El problema radica en un aumento de los gastos por beneficiario que no se corresponde con la capacidad de aporte de empresarios y trabajadores, ni con mejoras en la situación de salud de los beneficiarios o en la calidad de los servicios generados. Los gastos en salud por beneficiario del ISSS aumentaron en términos reales entre un 5 y un 10% por año entre 1989 y 1992; pasaron de 250 a 315 colones (valores 1987) entre 1987 y 1992.

En el mismo período la utilización de servicios por beneficiario aumentó: las consultas médicas y los días de hospitalización por beneficiario aumentaron.

Cuadro No. 28

SERVICIOS Y GASTOS POR BENEFICIARIO DEL ISSS

Año	Cons/benefic.	Adm/benefic.	Días hosp/bene	Gasto/benefic	Gasto K/benef
1988	3,70	100,6	496,3	342,4	285,8
1989	3,52	90,6	491,0	339,3	240,8
1990	4,04	105,3	557,0	473,3	270,9
1991	4,25	108,9	557,5	596,6	298,5
1992	4,19	105,0	573,5	697,8	313,9

Fuente: *ANS, II-94*

Notas: Columnas 2, 3 y 4 refieren a consultas médicas, hospitalizaciones y días de internación por beneficiario por año; columnas 5 y 6 refieren a gastos por beneficiario por año, la 5 en colones corrientes y la 6 en colones constantes de 1987.

En el ISSS el uso de los servicios no tiene restricciones ni en la cantidad ni en la complejidad. Hacia fines de 1989 se produjo la incorporación como beneficiarios de los hijos de los cotizantes, lo cual podría explicar el incremento en consultas por beneficiario. Pero esa incorporación no explica el aumento en los días de internación, que pasaron en un período de tres años de alrededor de 500 a 570 días por 1.000 beneficiarios por año³⁶. A pesar de lo anterior la población beneficiaria del ISSS presenta disconformidad marcada con el acceso a los servicios y la calidad de los mismos.

³⁵ Los programas de salud de las empresas públicas y de otros Ministerios tienen el mismo problema de incremento de costos por falta de gerenciamiento. Su repercusión es menor pues su gasto representa una proporción inferior en relación a la del ISSS. Sin embargo, la tasa de aumento de los gastos per capita es mayor, por lo cual desde este punto de vista el problema es más grave en estos programas.

³⁶ Como punto de referencia puede establecerse que las organizaciones de prepago de EEUU y de Uruguay, con una población beneficiaria más envejecida y con mayores riesgos de enfermar, utilizan alrededor de 350 a 400 días de internación por año y con tendencia a descender.

Los programas de ANTEL, CEL y Bienestar Magisterial tienen gastos por beneficiario sustancialmente mayores a los del ISSS y que aumentan más rápido que éstos; es probable que presenten problemas de utilización creciente de los servicios.

En suma, en su actual configuración técnica los servicios de salud de los seguros sociales (incluido el ISSS) son ineficientes, provocan inequidad y no son sustentables. Esta situación requiere modificar la relación entre el seguro como fuente de financiamiento y los prestadores de servicios, de forma que éstos, al competir entre sí, mejoren su eficiencia. Requiere también introducir mecanismos de gerenciamiento de la atención de forma de controlar la cantidad y complejidad de los servicios que se producen. Para ello se requieren cambios profundos en los seguros de salud.

1.3 Deterioro en la entrega de servicios

La opción de no modificar el Sistema resultará en un deterioro progresivo de la calidad de los servicios. Esto se debe a tres razones: aumento de población, deterioro de la infraestructura y pérdida de productividad.

La población de El Salvador crece a una tasa aproximada de 2,2% por año. La mayor parte de ese crecimiento ocurre en la población de bajos ingresos, fundamentalmente en el área rural. Eso significa que la población que más se beneficiaría, a través del MSPAS y las ONGs de la atención preventiva y curativa básica, crece a un ritmo aún más alto. Aún cuando hubiera un incremento del gasto en este primer nivel que compensara el crecimiento poblacional, sería muy difícil mantener los actuales niveles de cobertura en este tipo de servicios. En efecto, la complejidad de gerenciar en forma centralizada un sistema con personal tan numeroso y disperso, aumenta a medida que éste crece de tamaño.

Hay otro cambio en la población que presiona sobre el sistema: el perfil demográfico. Los cambios principales consisten en una disminución de la mortalidad, de la natalidad y del crecimiento; a mediano plazo se acompañarán de cambios en las enfermedades dominantes. Este cambio no es simultáneo en todos los segmentos: la población urbana, particularmente la del AMSS, ha avanzado más en esa transición. En consecuencia, hay un segmento de la población, cuya proporción aumenta con el tiempo, que requiere servicios más complejos para mantener y recuperar su salud. Este cambio presiona sobre el ISSS, los programas de salud de las empresas públicas y los hospitales del MSPAS. Sin un mejoramiento del gerenciamiento de estos establecimientos, sus servicios se deteriorarán.

La segunda razón por la cual decaerían los servicios, en la hipótesis del no cambio, está basada en el deterioro de las plantas físicas y equipos por falta de mantenimiento preventivo. Este ha sido descuidado a nivel tanto del Sector Público como del Privado. No es un problema exclusivo de El Salvador; la escasez de recursos, el privilegiar obras nuevas y el priorizar la entrega de servicios, han repercutido negativamente sobre el mantenimiento de la infraestructura en la mayoría de los países de la Región. Pese a los esfuerzos realizados en los últimos años por el MSPAS, con apoyo de organismos internacionales (GTZ, OPS/OMS, Banco Mundial), se estima que el nivel de deterioro de la red de las instalaciones físicas y equipamiento del nivel primario de atención del Ministerio alcanza el 35%. Este deterioro por falta de mantenimiento existe, pero en menor proporción, en el Seguro Social (7,5%) y en el Sector Privado (5%).

Los establecimientos del Sector requieren una dirección más ágil y un gerenciamiento más eficaz, para mejorar el mantenimiento preventivo. Ese tipo de conducción es difícil de alcanzar en estructuras centralizadas, carentes de incentivos que motiven al personal en los propios establecimientos y en las que la Dirección del mismo no responde directamente ante la comunidad usuaria. Por ello es necesaria una profunda descentralización como uno de los ejes principales de la reforma.

Finalmente los servicios, particularmente los curativos, van a continuar decayendo si no se producen cambios, debido al efecto que tiene sobre la productividad el deterioro de las condiciones laborales y funcionales de médicos y enfermeras. En el capítulo IV se presentó la erosión de los salarios de médicos y enfermeras a 1/5 y 1/3 respectivamente del valor que percibían hace quince años. Más aún, en los últimos tres años se ha extendido en el Ministerio y en el ISSS, la contratación por cargas horarias reducidas, fundamentalmente de dos horas. Ello disminuye la identificación con la institución y reduce la productividad. Esta, para el personal existencial del MSPAS, es baja y parece continuar cayendo. El promedio anual de consultas por plaza de médico en 1987-88 fue 1.102 consultas; en 1990-91 éstas sólo promediaron 852 consultas. Un estudio reciente de la Unidad de Estadísticas del MSPAS encontró que los médicos producen por hora menos de la mitad de las consultas que deberían producir de acuerdo con las normas de la propia institución. Asimismo, ello representa menos de la mitad de las que produce un médico del ISSS. Posiblemente esta baja productividad esté motivada por la dedicación a otras actividades como supervisiones o tareas administrativas. A diferencia de otros países de América Latina, que tienen sobre-oferta de médicos, El Salvador tiene una proporción baja de éstos en relación a la población. Siendo un recurso escaso y necesario, es imprescindible que el MSPAS desarrolle una política de compensaciones más realista para con el cuerpo médico.

La corrección de las compensaciones genera fuertes presiones sobre el financiamiento de los servicios. Estas presiones se pueden resolver, al menos en parte, aumentando la eficiencia con que se utilizan los recursos. Para ello es imprescindible un gerenciamiento diferente de los establecimientos, tanto del MSPAS como del ISSS.

1.4 Deterioro de la situación de salud

El Salvador ha evolucionado positivamente en su situación sanitaria. Se han ido superando problemas con medidas relativamente sencillas y de bajo costo. Hay aún un camino por recorrer para superar ese tipo de enfermedades denominadas de pre-transición. Sin efectuar cambios es posible, aunque no probable, que el país continúe mejorando en ese tipo de problemas.

Hay dos factores que hacen que, en ausencia de cambios, la situación pueda empeorar: la contaminación del ambiente y el surgimiento de enfermedades infecciosas que requieren una gran disciplina social y buen funcionamiento de los servicios de salud para ser evitadas y controladas. Se pueden mencionar entre otras: el cólera, el SIDA y las enfermedades psíquicas.

La presión demográfica y el desarrollo industrial han causado una contaminación muy extensa del medio ambiente. Se puede considerar que todos los cursos de agua están contaminados biológicamente mediante basuras, desechos industriales y aguas servidas. De no haber cambios sustanciales en el Sector, esta contaminación no sólo va a mantenerse sino que se agravará como consecuencia del crecimiento de la población. En el mejoramiento de la situación de salud de El Salvador han contribuido cuatro componentes principales: diarreas, infecciones respiratorias agudas, enfermedades prevenibles por inmunización y desnutrición. Estas enfermedades están disminuyendo en su importancia relativa, en parte gracias al desarrollo económico del país y en parte por las acciones de prevención y control. Si el medio ambiente continúa siendo un foco permanente de contaminación, cualquier debilitamiento de los esfuerzos de control redundará en un rebrote de estas enfermedades y en el deterioro de la situación de salud. El resurgimiento del cólera es una evidencia de este peligro.

Por otra parte, están surgiendo enfermedades que requieren una respuesta social enérgica y disciplinada. Uno de los pilares de la reforma consiste en que el Estado asuma plenamente la función que le asigna la Constitución de velar por la salud de la población. Para ello se requiere un Ministerio de Salud más fuerte,

con capacidad para organizar y hacer implementar por parte de todas las instituciones del Sector, los programas que establezca como prioritarios. De mantenerse la situación actual, el MSPAS seguirá encontrando dificultades prácticas para desempeñar efectivamente esa función. El Salvador tiene vecindad e intercambio frecuente de personas con Honduras, el país con mayores índices de contaminación con el virus del SIDA en Centroamérica. Por otra parte las costumbres sociales de inicio sexual temprano y sin protección, hacen que las posibilidades de diseminación de la enfermedad sean altas. Se requiere una firme presencia del Estado, con capacidad de convocatoria y liderazgo, para evitar la epidemia del SIDA. El MSPAS podrá hacerlo en la medida que defina mejor las funciones que debe desempeñar.

El problema no es sólo el SIDA. Algunos de los otros problemas que requieren un liderazgo programático fuerte del MSPAS son: las secuelas psíquicas del conflicto armado, responsables de una verdadera epidemia de violencia; los accidentes de tránsito que han aumentado más que proporcionalmente con el incremento del parque automotor y, el surgimiento de diversas formas de cáncer y de enfermedades cardiovasculares, que dominarán el perfil epidemiológico en tan sólo diez años.

1.5 Costo mayor de La Reforma de Salud en el futuro

Las desigualdades y la falta de eficacia y eficiencia hacen que la reforma del Sector sea necesaria. La resistencia al cambio puede trabar la implementación de la reforma y hacerla más costosa a medida que transcurre el tiempo. Entre otras, las fuentes de ineficiencia son: utilización innecesaria de servicios; trabajadores con baja productividad; inversiones poco útiles para mejorar el nivel de salud; infraestructura y equipos subutilizados; pacientes que consultan en los Departamentos de Emergencia de los hospitales cuando podrían solucionar su problema en un nivel de complejidad y costo inferior. Corregir estas situaciones requiere un cambio de conducta, tanto en el personal como en los usuarios; la modificación de situaciones laborales y la afectación de intereses del personal y de los proveedores.

El transcurso del tiempo solidifica estos patrones de conducta y fortalece la posición de los intereses legítimos o no, que se verán afectados por los cambios. En la medida que ésto ocurra, el costo político, social y económico de realizar los mismos cambios será mayor cuanto más se pospongan. La apertura de la consulta externa del ISSS a proveedores privados, fue una medida bien recibida por los asegurados. Para facilitar la gestión se restringió a los médicos que son funcionarios del ISSS. Probablemente hubiera sido igualmente eficaz pero más eficiente, haber abierto de entrada la entrega de servicios a todos los médicos habilitados para ejercer. Esta apertura levantará más resistencia ahora, luego de tres años de funcionamiento del Sistema, que si se hubiera hecho al inicio. La reforma en general tiene esa dinámica: su retraso incrementa el costo de su implementación.

2 Principios orientadores de La Reforma

El análisis del Sector hecho por ANSAL tuvo dos componentes fundamentales: a) el diagnóstico de los problemas y la formulación de recomendaciones y b) la consulta de esos hallazgos y propuestas con un conjunto amplio de instituciones y personas, a nivel nacional e internacional

En forma simultánea a ANSAL, el Grupo Asesor Económico y Social (GAES) de MIPLAN conjuntamente con el Ministerio de Salud, elaboraron una propuesta de plan de salud para el periodo 1994-99. Rápidamente se hizo evidente que los problemas encontrados y sus posibles soluciones, identificados por GAES y por ANSAL, eran muy similares. Esa coincidencia se fue acentuando durante el desarrollo del trabajo de ANSAL hasta que las propuestas elaboradas por ambos grupos adquirieron grandes semejanzas.

Desde mediados de enero hasta mediados de marzo ANSAL hizo un amplio esfuerzo de consulta. Se emplearon varias estrategias: se solicitaron comentarios por escrito sobre los borradores de informes técnicos a unas 300 instituciones o personas; se convocaron diez reuniones de 40 personas cada una, con representantes de la comunidad y personal afectado directamente a la entrega de servicios de salud; se realizó una jornada de dos días (Centro Loyola), con quince invitados de diversa extracción institucional y orientación ideológica para analizar en profundidad los hallazgos y discutir las propuestas y, finalmente, se realizó un taller de dos días con funcionarios de los organismos internacionales que patrocinaron a ANSAL (en OPS/Washington), al cual fueron invitados ocho salvadoreños representando diferentes corrientes de pensamiento en el país.

La integración del grupo salvadoreño en las jornadas y en el taller fue bastante similar.

El resultado de estas consultas permitió ajustar la información y precisar los conceptos que manejaba el equipo de ANSAL. Además, fue útil para facilitar el diálogo entre personas que, teniendo el objetivo común de mejorar la salud del país, no tienen frecuentemente la posibilidad de intercambiar ideas. Como consecuencia natural de ese proceso, se fue elaborando un acuerdo, entre salvadoreños e integrantes del equipo ANSAL, sobre la necesidad de realizar una reforma y sobre las orientaciones básicas que la misma debería tener. Esos lineamientos fueron presentados por uno de los asistentes, en nombre de los salvadoreños participantes, en el taller en la OPS/Washington. Reflejan pues un consenso explícito sobre las orientaciones principales de los cambios. Esta sección recoge los elementos principales de ese acuerdo.

2.1 Redefinir la función del Estado y del MSPAS.

Se entendió que:

- *"El Estado debería concentrar sus esfuerzos en la Atención Primaria de Salud (APS); poner énfasis en lo materno-infantil, en agua y saneamiento".*
- *"El Estado debía focalizar sus esfuerzos y recursos en los más pobres, entregando directamente o financiándoles la entrega de una Canasta Básica de servicios³⁷ y otorgándoles subsidios parciales o totales, según el nivel de pobreza, para que accedan a una Canasta Ampliada de servicios".*

Según este lineamiento la acción asistencialista del Estado estaría restringida al otorgamiento de un subsidio y no incluiría necesariamente la prestación directa del servicio. *El esfuerzo del Estado se concentraría fuertemente en la APS y en los pobres.*

El subsidio a otorgar tendría las características siguientes: a) de un 100% (sin cargo al usuario) en favor de la población en situación de pobreza, para los servicios de APS incluidos en la Canasta Básica y b) para los servicios de complejidad mayor que los anteriores y que se incluyan en la Canasta Ampliada, en un 100% para la población en situación de pobreza crítica y en proporciones decrecientes para personas por encima de ese nivel. Se eliminaría el subsidio a quienes están por encima de la línea de pobreza.

³⁷La Canasta Básica de servicios está formada por un conjunto de servicios preventivos y curativos básicos que implementan la estrategia de la APS. En la propuesta de ANSAL desarrollada en el capítulo siguiente, se les denomina *Conjunto Básico de Servicios de Salud* o COBAS.

Esta propuesta es compatible con la disposición constitucional vigente. En efecto los artículos 65 y 66 de la Constitución establecen las principales funciones que debe cumplir el Estado, en materia de atención de salud³⁸. En esencia, el Estado tiene dos funciones: a) determinar la política nacional de salud y b) otorgar asistencia gratuita a personas en situaciones especiales: los pobres y los que tienen enfermedades transmisibles (cuyo tratamiento previene la difusión). Nótese que no se establece la administración directa de estos servicios por parte del Estado, sino simplemente su gratuidad para quien los recibe, cuando éste cumple determinados requisitos.

Importa destacar que el concepto de *Canasta Ampliada* de servicios tiene dos connotaciones: a) incluye aquellos que tienen una complejidad superior a los de la APS; b) establece un límite superior en términos de complejidad o costo. El término *Canasta* implica un conjunto definido de servicios. Ello significa que habrán servicios, técnicamente justificados desde el punto de vista asistencial, que el Estado no subsidiará, ni siquiera a las personas en pobreza extrema.

Este lineamiento está basado en la necesidad de usar los recursos del Estado en forma más eficiente (concentración en APS) para corregir las inequidades del Sistema (focalización en los pobres) y en forma más eficiente (concentración en APS). Otorga más énfasis a lo preventivo, financiándolo en un 100% y pone una restricción en el componente curativo a través del límite establecido por el concepto de Canasta Ampliada. Este criterio modifica en forma muy importante el uso de los recursos públicos para servicios de salud, fundamentalmente los del MSPAS, pero también los de los Ministerios de Educación y de Defensa. Modifica también los subsidios estatales al ISSS. Los hospitales del MSPAS, sobretodo los servicios de mayor complejidad de esos establecimientos, serían los más afectados por este principio. El grado de impacto dependerá de la definición que se adopte de las canastas básica y ampliada.

2.2 Descentralizar la gestión de los servicios de salud

Se entendió que:

- *"Se debían descentralizar los servicios de salud, especialmente los de APS, para fortalecer el poder resolutivo del nivel local".*
- *"Lograr una mayor participación de la comunidad y de los oferentes directos de los servicios de salud (personal) en la gestión de los servicios".*
- *"Lograr una mayor participación del Sector Privado en la producción de servicios de salud y promover su eficiencia, estableciendo reglas que favorezcan la competencia".*
- *"Propiciar la redefinición de las funciones correspondientes a los niveles local y central del sistema, de forma que:*
 - *El Nivel Central: defina políticas, propicie la coordinación, elabore normas, canalice el financiamiento, realice la supervisión y la evaluación.*

³⁸ El art. 65 establece que: *"La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación".*

Por su parte el art. 66 estipula que: *"El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento".*

- *El Nivel Local: asuma la responsabilidad por la organización y coordinación de la entrega de servicios, según las necesidades sentidas localmente por la comunidad y las normas establecidas por el nivel central.*

Este lineamiento busca mejorar la eficacia y la eficiencia en el gerenciamiento de los servicios de salud transfiriendo el poder de decisión hacia las estructuras más cercanas al lugar de producción y entrega de los mismos. El criterio modifica sustancialmente la gestión de los servicios del Ministerio de Salud y del ISSS; tiene efectos y connotaciones algo diferentes para los servicios preventivos y curativos básicos (APS) y para los servicios más complejos de atención especializada y de hospitalización.

En relación a la APS, el MSPAS transformaría sustancialmente su organización delegando progresivamente la administración directa de los establecimientos y personal del primer nivel de atención (Unidades de Salud, Puestos, promotores y otros). Con ello se abrirían oportunidades a las ONGs y a una variedad muy amplia de otras formas organizativas. Se entiende que, a pesar de los esfuerzos de regionalización, desconcentración y descentralización emprendidos hasta el presente por el Ministerio de Salud, los niveles locales aún carecen de las potestades necesarias para adoptar decisiones que serían beneficiosas para la gestión.

La dificultad con este criterio, como lo expresaron en varias oportunidades las autoridades del MSPAS y otros expertos nacionales e internacionales consultados, radica en las dificultades prácticas que plantea su implementación. En efecto, las estructuras locales tanto comunitarias como de los propios servicios, son débiles y se requieren esfuerzos, recursos y tiempo considerables para desarrollarlas.

La experiencia de Bolivia y en menor medida la de otros países, con la atención primaria autofinanciada para poblaciones de bajos ingresos, enseña que es esencial para una buena gestión, el equilibrio entre sistemas y programas desarrollados centralmente y decisiones adoptadas localmente. Por lo tanto, se requiere un Ministerio de Salud con capacidad de formulación de políticas y normas (capacidad que el MSPAS posee); y con capacidad para vigilar el cumplimiento de esas políticas y normas por parte de las organizaciones ejecutoras (capacidad que el Ministerio no posee en grado suficiente). Estas organizaciones cuya función es entregar servicios de APS a la población pueden tener distintos tipos de vinculación jurídica/administrativa con el Estado: desde ser públicas pero autónomas hasta ser privadas y totalmente independientes.

El criterio de la descentralización produce sus efectos más importantes en la atención especializada y hospitalaria, tanto del Ministerio de Salud³⁹ como del ISSS y de ANTEL. La gestión de estos establecimientos pasaría al Sector Privado, tanto comercial como sin fin de lucro. Estas organizaciones o empresas privadas competirían por los pacientes de los seguros sociales (ISSS y otros) y por los pacientes financiados por el Ministerio de Salud.

Se entiende que, para que estos establecimientos brinden servicios de la mejor calidad posible y al menor costo, es imprescindible dotarlas de gran flexibilidad en su gestión; ésto abarca las áreas de personal, adquisiciones, manejo financiero, organización técnico-asistencial, mantenimiento de planta física y equipos. Las únicas restricciones a esta descentralización estarían dadas por el cumplimiento de las políticas y normas del Ministerio de Salud en aspectos programáticos.

Tanto para la entrega de servicios básicos como especializados, la descentralización modificará necesariamente los vínculos de financiamiento existentes entre el MSPAS, el ISSS u otros organismos públicos por un lado

³⁹ Los establecimientos de internación del MSPAS incluyen todos sus hospitales y Centros de Salud.

y las organizaciones autónomas o privadas que proporcionarán los servicios por el otro. Ello constituye el núcleo central del próximo lineamiento.

2.3 Aumentar el financiamiento y establecer incentivos adecuados

Se entendió que era necesario:

- *"Obtener un aumento gradual del financiamiento de salud".*
- *"Promover mejoras en la eficiencia y eficacia de los servicios por medio de su reorganización y el establecimiento de incentivos correctos".*
- *"Procurar la autosostenibilidad institucional y financiera a fin de depender cada vez menos de la cooperación externa".*

Este principio orientador intenta corregir los problemas del financiamiento del Sector: su insuficiencia, su dependencia y su bajo rendimiento. Los recursos que gasta el país en la atención de salud de su población resultan insuficientes: 3,7% del PIB, en comparación con 4% a 8% en países con similar nivel de desarrollo. A su vez, se presentó información sobre la baja productividad de los recursos en los distintos efectores del sistema, particularmente en el ISSS y en los otros programas de salud de organismos públicos.

Este lineamiento indica que la reforma del Sector Salud debe incluir el aumento de los fondos destinados al Sector para: a) hacerlo sustentable y menos dependiente de la cooperación externa; b) aliviar las desigualdades existentes y c) mejorar la disponibilidad de recursos para servicios preventivos y curativos básicos, adecuándolos al aumento de la población.

El aumento del financiamiento debería provenir simultáneamente de tres fuentes:

- Recursos Ordinarios del presupuesto del Estado;
- Aportes de los usuarios ya sea como pagos en oportunidad de consumir los servicios o como seguros obligatorios (seguridad social) o voluntarios (seguros comerciales).
- Reasignación de recursos generados dentro del sistema por aumento de la eficiencia.

De acuerdo con la estrategia propuesta en el primer lineamiento (redefinición de la función del Estado), éste apoyará la entrega de servicios comprendidos en las dos canastas. Estas se definirían de forma diferente: *la Básica*: de acuerdo con las necesidades primarias de la población; y *la Ampliada*: de acuerdo con el monto de recursos disponibles y el cálculo actuarial de costos y utilización de los servicios. En función de ello es importante dimensionar el volumen de financiamiento público que tendrá el Sector pues determina los servicios a incluir en la Canasta Ampliada. El factor limitante en este esquema es el esfuerzo financiero adicional que puedan hacer los usuarios y el Estado.

En efecto, el gasto del ISSS por beneficiario es 6 veces superior al del Ministerio. Supongamos que los establecimientos hospitalarios del Ministerio, a través de una política agresiva de recuperación de costos, generan ingresos equivalentes al 100% de los costos incurridos en los servicios de Canasta Ampliada, por los usuarios por encima del nivel de pobreza y al 75% (en promedio) de los costos de esos mismos servicios, para quienes están por debajo de ese nivel. Tomando como base el paquete de servicios y los costos del ISSS, el

MSPAS debería incrementar su presupuesto en un 300% para subsidiar esos mismos beneficios⁴⁰. Este aumento de presupuesto es inviable por su volumen; además sería inconveniente porque impediría reforzar presupuestalmente áreas del Ministerio que se consideran prioritarias: la APS y la conducción del Sector. En consecuencia, será necesario disminuir el costo de la Canasta Ampliada excluyendo los servicios de menor beneficio en relación al costo y mejorar la eficiencia con que se produzcan los servicios.

Por ello se acordó la necesidad de establecer incentivos que mejoren la eficiencia de las instituciones del Sector abatiendo costos y generando recursos que pueden ser reasignados. Estos están vinculados a la forma de compensación. No hay información sobre como se determinan los presupuestos de los establecimientos del ISSS. Dado el volumen de recursos que manejan, éste es un elemento importante. En el MSPAS los presupuestos de los hospitales se determinan en base a valores históricos. Es necesario, tanto en el ISSS como en el Ministerio, que los hospitales tengan su compensación vinculada a la producción de servicios, a la complejidad de los mismos y a la eficiencia con que se desempeñan. Los métodos con mejores resultados son la compensación en base: a) al número de personas protegidas, es decir con derecho a asistirse en determinadas condiciones de pago según su capacidad económica o b) a pagos por paciente egresado (según grupos diagnósticos).

Finalmente, este lineamiento incluye una fuerte recomendación para que los usuarios participen en el costo de los servicios que utilizan. Este es un aspecto difícil pues no se quiere dificultar el acceso a servicios esenciales estableciendo una barrera económica. Por otra parte, la propia conducta del pueblo salvadoreño demuestra que las personas tienen capacidad y voluntad de pagar, en la medida de sus posibilidades, por los servicios de salud. El alto porcentaje de utilización de los servicios ambulatorios privados y los gastos efectuados directamente por los pacientes en medicamentos están evidenciando esa capacidad y voluntad de pago.

El cobro de los servicios, a diferencia de lo que comunmente se cree, redundará en un aumento de la equidad, si se hace en forma apropiada. En efecto, al presente un porcentaje alto de las internaciones de los dos quintiles superiores de ingresos de la población, se realiza en hospitales del Ministerio de Salud, sin que el pago cubra la totalidad del costo. En la medida que estos pacientes paguen el 100% del costo del servicio que consumen, estarán liberando recursos del presupuesto ordinario para atender a quienes no tienen capacidad de pago.

2.4 Creación de un Sistema Organizado de Salud

Se entendió que era necesario:

- *"Crear un Sistema Organizado de Salud, donde confluyan los distintos actores (públicos y privados), para coordinar y planificar sus acciones".*
- *"La búsqueda de un sistema de salud que favorezca la equidad, la corresponsabilidad, la solidaridad, la participación y la sostenibilidad".*

⁴⁰El MSPAS gasta 75% de su presupuesto en el sector hospitalario, lo cual es algo menor que lo que el ISSS gasta en todos sus servicios. La proporción de población en pobreza extrema es alrededor del 12%; cifra similar a la proporción de asegurados por el ISSS. Si la Canasta Ampliada fuera similar al paquete de servicios que otorga el ISSS y su costo por servicio fuera igual, el Ministerio tendría que destinar todos los recursos que hoy gasta en los hospitales para subsidiar en un 100% la Canasta Ampliada a la población en pobreza extrema. La población en situación de pobreza relativa es un 38% adicional. Al ser tres veces más grande, para subsidiar en un 75% la Canasta Ampliada de este grupo poblacional, se necesitarían dos veces y media la cantidad de recursos destinados a la población en pobreza absoluta. Es decir, habría que triplicar el presupuesto del MSPAS con este sólo fin.

Estos lineamientos refieren a las características principales del Sistema que se busca desarrollar: el primero en cambio refiere a la forma como el mismo se desarrollaría y conduciría y, el segundo expresa los valores fundamentales que lo caracterizarían.

La equidad, la corresponsabilidad, la solidaridad, la participación y la sostenibilidad son valores alcanzables por diferentes caminos. La forma concreta en que el Sistema que se propone desarrollar, procuraría alcanzar estos valores, no fue especificada por el grupo que llegó a este acuerdo, ello fue reconocido explícitamente por los integrantes del grupo. Esa es parte de la tarea de implementación. El valor de este aporte radica en que se trata de un conjunto de valores equilibrados y prácticos, con componentes de responsabilidad individual (corresponsabilidad, sostenibilidad) y colectiva (solidaridad, equidad).

El otro componente de este lineamiento apunta a la forma en que el nuevo sistema podría desarrollarse; un sistema pluralista, formado por actores que conservan su autonomía, pero que deciden coordinar y planificar en forma conjunta para lograr un todo organizado. Como fuera señalado en el Capítulo IV la mayor debilidad del proceso de formulación de políticas de salud ha sido la limitada participación que han tenido sus principales actores.

2.5 Gradualidad del cambio

Se acordó que el cambio:

- *"debe ser gradual, racional y flexible, tanto en las formas de organización del sistema como en la provisión de los servicios".*
- *"debe preservar los componentes que funcionan adecuadamente, ajustándolos gradualmente a la nueva configuración del sistema".*

Este lineamiento responde al convencimiento de que se debe actuar con cautela para modificar sólo aquello que no funciona adecuadamente pero preservando y cuidando lo que funciona. Aceptados determinados valores que fueron presentados en un lineamiento anterior, el cambio debe ser flexible. Como se indicó en esa oportunidad, hay varios caminos para alcanzar esos valores. Se debe actuar con racionalidad y flexibilidad para buscar, conjuntamente, los caminos más aceptables.

Además, el cambio debe ser gradual; está pensado para un horizonte de largo plazo, de diez a veinte años. Se quiere definir el punto de llegada y avanzar hacia él, con aproximaciones sucesivas.

Como se puede apreciar, todas estas orientaciones se caracterizan por ser ambiciosas en la meta a lograr, pero realistas y cautelosas en la forma de progresar hacia ellas.

3 Restricciones y potencialidades de los cambios propuestos

La reforma de un sector es una tarea compleja. Existen factores que la facilitan y otros que la dificultan. Se presentan estos condicionamientos para facilitar la toma de decisión.

3.1 Factores que facilitan La Reforma

Hay varios elementos que hacen de éste, un momento propicio para emprender un cambio de esta magnitud.

Clima de optimismo nacional.

La recuperación económica que experimenta El Salvador y la paz alcanzada hace dos años han creado un clima de optimismo y de confianza en las fuerzas nacionales para conquistar los desafíos del desarrollo. A su vez, la paz y el crecimiento deben ser consolidados mediante cambios que solucionen las necesidades vitales que tiene la población.

Este clima de confianza en las propias fuerzas facilita el emprendimiento de grandes tareas como lo es la reestructuración del Sistema de Salud. Las metas a alcanzar con esa reestructuración pueden incorporarse a ese mecanismo de retroalimentación de la confianza nacional.

Modernización del Estado en salud

En los países de América Latina, el Estado paternalista e intervencionista está desprestigiado por ineficaz. En El Salvador se comenzó un proceso profundo de transformación del Estado, liberándolo en el campo económico, de su carácter intervencionista. Sin embargo, aún no se concretó la nueva formulación de la función del Estado en la corrección de problemas sociales. La descentralización, la responsabilidad individual, la participación del Sector Privado en la solución de problemas públicos y la participación de la comunidad, son algunos de los elementos que han sido propuestos para esa tarea. En El Salvador el programa EDUCO representa un ejemplo audaz e innovador de modernización del Estado. Este clima de modificación de estructuras públicas que requieren renovación, facilita la introducción de cambios que ayuden al Estado a cumplir más eficaz y eficientemente con esa parte social de su misión.

Consenso sobre la reforma de salud

En la sección previa se presentaron los elementos acordados por un grupo pequeño, pero muy calificado, de expertos nacionales sobre la necesidad de reformar el Sector y el rumbo general que deberían asumir esos cambios. Como lo expresaran los funcionarios de los organismos internacionales presentes en la reunión en OPS/Washington, El Salvador está en una situación muy ventajosa pues ha logrado consolidar acuerdos mediante un proceso ampliamente participativo. Sin desmerecer los logros alcanzados, debe recordarse que los mismos no comprometen a instituciones pues fueron logrados entre personas actuando a título individual; además, es más fácil acordar metas comunes que caminos específicos para lograrlas. Aún con esas precisiones hay una conciencia emergente de la necesidad de encarar en profundidad las dificultades de organización y funcionamiento que aún atraviesa el Sector a pesar de las importantes mejoras alcanzadas. Mas aún, hay un consenso en la necesidad de dar soluciones estables a los problemas de salud aún pendientes.

Apoyo de organismos de cooperación internacional

El Banco Mundial destinó su *Informe Anual del Desarrollo* de 1993 al tema de la salud en los países en desarrollo. En el mismo propone que los países reformen sus sistemas de salud, concentrando los esfuerzos del Estado en los segmentos más pobres y en las enfermedades que más afectan a la población y que tienen menor costo de prevenir o tratar.

El BID, en la Asamblea de Gobernadores de 1994, decidió destinar el 40% de sus recursos para proyectos en el área social, con énfasis en salud y educación y con el mandato de resolver en forma prioritaria los problemas de los sectores más pobres de la población. A diferencia de los enfoques tradicionales del Banco se privilegian soluciones integrales que desarrollen o fortalezcan sistemas autosostenibles y eficaces. Si bien no se propone un tipo de reforma de salud se enfatiza que las soluciones deben ser integrales.

La OPS/OMS ha adoptado varias resoluciones urgiendo a sus países miembros a atender de preferencia los problemas de salud de las poblaciones con peores indicadores. Asimismo, ha aconsejado desarrollar Sistemas Locales de Salud (SILOS), como forma efectiva de descentralización, de participación comunitaria y de coordinación a nivel local.

Entre las cuatro estrategias prioritarias para la nueva administración de USAID está el fortalecimiento de programas de planificación familiar y de salud, fundamentalmente los servicios preventivos y curativos básicos de salud, para la población de más bajos ingresos.

El Análisis del Sector Salud o ANSAL surgió de un esfuerzo entre los cuatro organismos de cooperación internacional, nombrados previamente para coordinar sus actividades de apoyo a El Salvador en el campo de la salud; que para ello era conveniente contar con un análisis global del Sector de forma que las respuestas fueran integrales y coordinadas. Ninguno de esos organismos está comprometido con las opiniones o recomendaciones formuladas por ANSAL. Resulta evidente que los mismos apoyan un fortalecimiento profundo del Sector que aumente su sustentabilidad, equidad, eficacia y eficiencia, en favor de toda la población. Si las autoridades salvadoreñas decidieran implementar una reforma del Sector Salud, siguiendo en términos generales los lineamientos expuestos en la sección previa de este capítulo⁴¹, ésta recibiría un fuerte apoyo de los organismos internacionales mencionados. Esto fue manifestado públicamente por los representantes de esas organizaciones en la reunión de OPS/Washington, sin perjuicio de reservarse una opinión definitiva hasta que hubieran sido tomadas las decisiones correspondientes y desarrolladas las propuestas concretas.

Este apoyo nacional e internacional es explicable en función de los beneficios que pueden derivarse de estos cambios. A vía de ejemplo, se puede mencionar que los mismos responden a las necesidades básicas de bienestar de amplios sectores de la población y, como tales, tienen un alto valor ético y político; se aumentan las posibilidades de desarrollo del país al mejorar la capacidad de aprendizaje y de trabajo de segmentos numerosos de la población que, hasta el presente, han tenido limitada su capacidad de aportar al desarrollo.

3.2 Factores que dificultan La Reforma de Salud

Existen situaciones que dificultan la implementación de estos cambios.

Cambios de poder por la descentralización

Los servicios de salud son valorados por la población y su entrega es percibida como una fuente de poder por parte de quienes los dirigen. Se produce en consecuencia una puja entre instituciones por asumir la responsabilidad por la prestación del servicio. La relación entre algunos servicios del MSPAS y algunas ONGs ha tenido esa característica. Ha incidido negativamente que entre algunas ONGs predominara una corriente ideológica que las llevara a estar enfrentadas con el Estado; que se pretendiera usar a la ONG como instrumento de competencia política.

Por otra parte, en niveles regionales del MSPAS, no siempre se han cumplido las directivas de coordinación con las ONGs y en alguna oportunidad hubieron actos de manifiesta hostilidad hacia éstas.

⁴¹ Se refiere a los lineamientos generales acordados por los expertos nacionales que participaron en la jornada en el Centro Loyola y en la reunión en la OPS/Washington, que fueron presentados en la segunda sección de este capítulo.

Este es un aspecto a considerar en la descentralización de la APS. La misma sólo podrá llevarse adelante bajo dos principios: el acatamiento de la autoridad del Estado de conducir al Sector por medio del MSPAS y la no interferencia de objetivos ajenos al mejoramiento de la salud de la población por parte de todos los involucrados. Para ello, la activa participación de la comunidad a nivel local es fundamental.

La descentralización es percibida como una pérdida de poder por parte de estructuras centrales y regionales. Como toda pérdida, levanta resistencias por parte de quienes han ejercido esa autoridad hasta el presente. Se requiere cuidado especial para separar los argumentos que identifican riesgos reales de aquellos que sólo sirven para mantener la situación existente.

Modificación de los derechos de los beneficiarios de Seguro Social

El mejoramiento de la equidad del sistema, requiere un aumento del esfuerzo del Estado en favor de los pobres. Como se vio previamente en este mismo capítulo, igualar a éstos con los beneficiarios del ISSS, requeriría triplicar, con ese único propósito, el presupuesto del MSPAS. Tampoco es una solución realista disminuir los beneficios que perciben los beneficiarios del ISSS. Ayudará a la equidad el mejorar la eficiencia de los servicios del ISSS y reasignar el excedente a la cobertura de grupos poblacionales cuyo aporte no alcanzara para cubrir el costo del seguro.

Las medidas para aumentar la eficiencia a través de controles en el uso de servicios pueden ser percibidas negativamente por los beneficiarios. La introducción de copagos, de deducibles, de restricciones mayores en el listado de medicamentos cubiertos por el seguro, de limitaciones en el acceso directo a especialistas y similares, pueden ser vistas como disminución de la calidad del servicio, aún cuando ello no sea objetivamente así. La experiencia de las organizaciones de prepago en los EEUU muestra que estas medidas, para ser aceptadas por los usuarios, tienen que ser elegidas por éstos a cambio de algún beneficio, generalmente la reducción del aporte.

Aumento de los precios de los servicios

La viabilidad financiera de La Reforma se apoya en la modificación sustancial del financiamiento de los servicios. El resultado es que deberán aumentar su gasto en salud, el Estado, los usuarios y probablemente los empresarios. Dependiendo de la evolución de la economía y de la magnitud y rapidez de los cambios que se introduzcan en el Sector, la viabilidad financiera puede convertirse en un obstáculo insalvable. Los costos de La Reforma no están calculados, por lo que sólo se puede presentar una estimación muy básica.

Al final de un período intermedio de cinco años, el Estado debería haber incrementado sus gastos corrientes, con las finalidades y en las proporciones⁴² que se indican: a) asumir el costo de bienes y servicios cubiertos por la parte de cooperación internacional que será discontinuada (15%); b) financiar el acceso a servicios de APS en un 100%, en la etapa inicial de 5 años, al 50% de la población por debajo de la línea de pobreza (12%)⁴³; c) financiar el subsidio en favor de los pobres para que puedan acceder a la Canasta Ampliada (porcentaje a determinar de acuerdo con la definición de la Canasta Ampliada; en principio se puede estimar en un 50%)⁴⁴; d) acompañar el incremento poblacional de 3% anual (16%) y e) fortalecer la estructura central

⁴² Los porcentajes se refieren al gasto adicional en relación al gasto total del MSPAS en 1993. Los mismos resultan de estimaciones preliminares que deben ser ajustadas.

⁴³ Duplicando el gasto actual en APS, el cual representa el 25% del gasto total del MSPAS.

⁴⁴ Calculado sobre supuestos que se explican en la sección 5.2 del capítulo VII.

del MSPAS. Esto representa un incremento del gasto en valores constantes, por parte del Estado del 65% en cinco años o un 10% por año durante un período de cinco años. Este es un esfuerzo muy importante pero que persigue un reacondicionamiento del Sector. El riesgo alternativo consiste en incurrir en gastos de magnitud similar, motivado por presiones gremiales o de opinión pública, que no resulten al final del período en una reorganización del Sistema.

Los usuarios también deberán aumentar su contribución al financiamiento del sistema y ello puede ser fuente de resistencias. En la actualidad un 75% de la atención hospitalaria es brindada por los hospitales del MSPAS. La recuperación de costos de estos establecimientos en su conjunto representa un 4% del gasto total del Ministerio. Una vez implementada La Reforma, un 12% de la población (en pobreza extrema) recibirá el servicio gratis, un 18% pagarán el 15% del costo, un 20% pagarán el 50% y un 25% la totalidad del costo. Esto equivaldría a aumentar en 20 veces los gastos que efectúan los usuarios, un aumento extraordinariamente alto. Debe recordarse que ese aumento está compuesto de incrementos pequeños para quienes están por debajo de la línea de pobreza y aumentos muy elevados para quienes, teniendo capacidad de pago, al presente usan los hospitales del Ministerio en forma casi gratuita.

La Canasta Ampliada y el Cuerpo Médico

El concepto de racionar un servicio de acuerdo con la disponibilidad de recursos, es difícil de aceptar tanto para la población como para los médicos. En particular, en las culturas latinas es difícil aceptar que el racionamiento se haga en forma explícita. El concepto de Canasta Ampliada supone un racionamiento explícito, en el cual se indicará que procedimientos quedarían excluidos y, en consecuencia, no serán cubiertos por el Estado o el Seguro Social. Si el paciente no tiene capacidad económica y no surgen mecanismos de caridad, el procedimiento no se realiza. El planteamiento tiene consideraciones éticas sobre el ejercicio de la profesión, que se resuelven sólo mediante decisiones formales de la sociedad.

Resistencia de los funcionarios públicos

El MSPAS tiene cerca de 21.500 funcionarios y el ISSS 9.000. La descentralización de los servicios y la transferencia de la gestión a organizaciones comunitarias o a empresas privadas, representa una modificación en los derechos laborales de estos funcionarios públicos. Esa pérdida de derechos puede verse compensada por una mejora funcional o salarial, pero las posibilidades que éstas sean sustanciales no son evidentes. En consecuencia, aquellos funcionarios con menor ubicación en el mercado (administrativos, de servicio, etc.) resistirán estos cambios. Ello puede generar reclamaciones de tipo gremial.

Pérdidas por corrección de ineficiencias

En general, detrás de una ineficiencia en un servicio de salud hay personas, organizaciones o empresas que, directa o indirectamente, se benefician de ésta. La corrección de la ineficiencia requiere eliminar o disminuir esos beneficios. Un ejemplo, ayudará a entender la oposición que esto puede generar a la reforma del Sector. El 20% de partos por cesáreas observado en algunos servicios de maternidad de San Salvador, no refleja sólo necesidades técnicas sino también, en alguna proporción, la conveniencia de quienes realizan o reciben esos procedimientos. La pérdida de eficiencia equivale a la proporción de cesáreas realizadas por razones que no sean estrictamente técnicas. Estas pueden ser varias: oportunidad de aprendizaje de la técnica; menor tiempo para resolver un trabajo de parto; eliminar la incertidumbre sobre el momento del nacimiento; comodidad de la madre y otras. La corrección de esta fuente de ineficiencias, representa pérdidas para quienes usufructuaban de los beneficios vinculados a las razones no técnicas.

Hay muchas situaciones de ineficiencias a corregir: medicamentos de dudoso valor terapéutico; consultas y exámenes con utilidad limitada; internaciones más prolongadas de lo necesario; productividad baja de los recursos humanos; bajas tasas de ocupación de los hospitales; incumplimientos de horarios por el personal;

etc. El aumento de la eficiencia es una tarea ardua, en la que es difícil no generar resistencias por parte de quienes pierden sus rentas.

La distinción entre razones técnicamente legítimas y las que no lo son y la explicación de éstas a los usuarios, son elementos claves para controlar esta fuente de oposición a La Reforma. La resistencia a la corrección de ineficiencias puede convertirse en el mayor obstáculo a cualquier tipo de cambio.

Falta de capacidad gerencial a Nivel Periférico

La descentralización de la gestión, tanto de la APS como de la especializada y hospitalaria, enfrentan limitaciones por la debilidad de la capacidad gerencial en las estructuras locales. Se pueden correr riesgos grandes si la descentralización no va precedida de un fortalecimiento importante de la capacidad gerencial a nivel local.

En la descentralización de la APS hay que dar un trato especial a los programas que requieren, para funcionar adecuadamente, del firme apoyo de una estructura vertical: malaria, inmunizaciones, nutrición y otros. Asimismo, hay que ser muy cuidadoso en la estrategia de implementación pues, pueden haber comunidades, en las que no hay personas interesadas o con la capacidad mínima requerida, para asumir esa responsabilidad.

En la atención especializada y hospitalaria la dificultad no es propia de la descentralización sino que con ésta, se hace más evidente: la carencia de administradores hospitalarios formados y con experiencia, que asuman las funciones gerenciales en los establecimientos. Estos deben ser formados y deben adquirir experiencia en forma previa a asumir la responsabilidad de la gestión total. Circunstancia similar se plantea cuando la transferencia se realiza a una empresa privada. El país no tiene carencia de camas hospitalarias; tampoco tiene una oferta excesiva. En consecuencia, el fracaso de una de estas empresas, debe ser una circunstancia a evitar y cuando se produzca, debe ser posible mantener la continuidad del servicio, sin que ello signifique pérdidas para el Estado.

Los componentes específicos de la Reforma de Salud son presentados en el capítulo próximo.

VII REFORMA DEL SECTOR SALUD

I Introducción

El Salvador ha mejorado la situación de salud de su población durante los últimos quince años a pesar de enfrentar circunstancias políticas y económicas muy adversas. Particularmente en los últimos cuatro años, como consecuencia de la recuperación económica, de alcanzar la paz y de un accionar más dirigido y efectivo del MSPAS y de las ONGs, se produjo una mejoría notoria en los principales indicadores de salud. Para que estas mejoras se aceleren y sean autosostenibles es preciso corregir algunos problemas estructurales del Sector. Ese es el objetivo de la Reforma de Salud que propone ANSAL⁴⁵.

El Sector Salud presenta cuatro tipos de problemas principales: baja cobertura y accesibilidad; falta de equidad; ineficacia e ineficiencias y falta de sustentabilidad.

- *Baja cobertura y accesibilidad:* a los servicios básicos preventivos y curativos, especialmente de la población con mayores riesgos de enfermar (población rural y de menores recursos).
- *Desigualdades:* por la relación inversa entre las necesidades de servicios y la disponibilidad de recursos para atenderlas. La población con bajo nivel socio-económico, poca o ninguna educación formal y que reside preferentemente en el medio rural, es la que presenta peores indicadores de salud y la que tiene menos acceso a los servicios.
- *Ineficacias e ineficiencias:* por la baja productividad de los recursos tanto humanos como físicos (pocas consultas por hora trabajada, bajo porcentaje de ocupación de los hospitales) y por el modelo de atención en el que prevalece el enfoque médico-hospitalario-farmacológico, el cual no es el adecuado para el perfil epidemiológico de la población.
- *Falta de sustentabilidad:* por una dependencia de fuentes externas de financiamiento para atender los costos recurrentes, sobretudo de componentes claves de la atención preventiva y curativa básicas: programas nutricionales, medicamentos esenciales y apoyo logístico.

Estos problemas para ser solucionados, requieren una respuesta integral compuesta por estrategias específicas y complementarias entre sí.

- Las inequidades no se pueden solucionar disminuyendo los beneficios de quienes están en mejor situación sino mejorando el acceso a quienes están peor. El esfuerzo económico que este Sector de la población puede hacer por su propia salud es limitado. En consecuencia, la disminución de las desigualdades requiere un *aumento del gasto del Estado*, la *concentración* de ese gasto en los segmentos de menores ingresos (y mayores riesgos) y su *focalización* en la APS. Esta estrategia está expresada en la Reforma

⁴⁵ El Análisis del Sector Salud (ANSAL), no tenía necesariamente que proponer una reforma sustancial del sistema de salud de El Salvador. Debe "analizar el Sector y proponer los cambios que entienda convenientes para su mejor desarrollo". Coincidentemente con el esfuerzo de ANSAL, el GOES se abocó a la preparación de un Plan Económico y Social para el período 1994-99 coordinado por MIPLAN. ANSAL trabajó en forma coordinada con MIPLAN y el MSPAS coincidiendo en el análisis y en la necesidad de proponer cambios profundos en la organización y financiamiento del Sector. En consecuencia, ANSAL concluyó que era conveniente presentar su propuesta de Reforma de Salud. Existen alternativas de solución; entre ellas ANSAL seleccionó la más adecuada técnicamente y la que mejor cumplía con los lineamientos presentados anteriormente.

de Salud por el financiamiento y subsidio total del Estado a los servicios de APS a la población por debajo del nivel de pobreza y por el subsidio total o parcial, también a cargo del Estado, de esa población para que acceda a un nivel más complejo de servicios.

- Las ineficacias e ineficiencias se pueden disminuir sancionándolas y premiando la productividad. Para ello se requiere una *modificación de los incentivos* para los proveedores de los servicios. En la actualidad, tanto en el MSPAS como en el ISSS, los presupuestos se determinan en base a valores históricos: los sueldos de los funcionarios en base a un escalafón. Ello dificulta premiar al que más produce o a quien lo hace más eficientemente. En la Reforma de Salud se propone agilizar y flexibilizar la gestión mediante la *descentralización de los servicios de APS al nivel municipal* y la *transferencia al Sector Privado de los hospitales públicos* (MSPAS e ISSS). El separar la gestión de los servicios de la administración pública introduce incentivos adecuados a los proveedores al sustituir el principio de autoridad/obediencia por el de interés/conveniencia.
- La falta de sustentabilidad del Sector requiere un incremento de recursos nacionales. Estos pueden provenir del Estado y de los usuarios. La Reforma de Salud le asigna al Estado una responsabilidad financiera mayor para disminuir las desigualdades. La corrección de ambos problemas (inequidades y falta de sustentabilidad) no las puede afrontar sólo el Estado. En consecuencia, el mejoramiento de la sustentabilidad requiere fundamentalmente un *esfuerzo financiero mayor de los usuarios*. Esta estrategia está expresada en la Reforma de Salud por la eliminación del subsidio en la atención especializada y hospitalaria a los usuarios no pobres, los cuales financiarán su propio consumo por medio de la recuperación de costos y de un seguro mínimo obligatorio.

2 Estructura general de La Reforma de Salud

Consta de cuatro componentes esenciales y cuatro de apoyo. Los primeros tienen por objeto corregir los problemas más importantes del Sector. Los segundos están destinados a facilitar la implementación de La Reforma.

Los cuatro componentes esenciales son:

- *Reorganización institucional del Sector;*
- *Reorganización de la Atención Primaria de Salud (APS);*
- *Reorganización de la Atención Especializada y Hospitalaria (AEH);*
- *Fortalecimiento de acciones sobre el medio ambiente.*

Los elementos de apoyo están constituidos por:

- *Promoción de salud y la prevención de la enfermedad;*
- *Fortalecimiento institucional;*
- *Recursos humanos: formación, capacitación, vínculo laboral, incentivos;*
- *Inversiones en infraestructura y equipos⁴⁶.*

⁴⁶ El componente de inversiones no ha sido desarrollado en plenitud. La estrategia general propuesta se compone de tres aspectos: (a) **orientar las inversiones a los sectores poblacionales más necesitados**, (b) **recuperar primero la red de instalaciones e inversión existente** y, una vez en condiciones aceptables, (c) **dar el debido énfasis a programas de mantenimiento preventivo permanentes**.

Los componentes esenciales y de apoyo pueden apreciarse en forma esquemática en las tablas No.7 a No. 3. La Reforma de Salud requiere diez años para su implementación total. La reorganización institucional podrá completarse en tres años; la de la AEH en seis y la de APS en diez. De los cuatro componentes esenciales los tres primeros son transitorios y están relacionados entre sí. El cuarto está constituido por el fortalecimiento de las acciones para descontaminar el medio ambiente. En sentido estricto no es un aspecto de La Reforma pues contiene acciones que son permanentes; éstas deberán continuar cuando los otros tres componentes se hayan completado.

La *reorganización de la APS* se basa en la hipótesis de que la gestión y la entrega de este tipo de servicios se hace con mayor efectividad y eficiencia, a través de instituciones locales, más cercanas a la comunidad a ser servida, como municipalidades u organizaciones (ONGs) contratadas por éstas. Las organizaciones locales deben contar con políticas, normas, recursos, apoyo y supervisión proporcionados por el nivel central del sistema de salud.

En este componente de La Reforma de Salud se propone definir un conjunto básico de servicios o Canasta Básica, centrado en los programas prioritarios de salud, con acciones de promoción de salud, de prevención de las enfermedades más frecuentes y acciones curativas básicas⁴⁷. La entrega de los servicios de la Canasta Básica a la población en situación de pobreza será financiada por el MSPAS, mediante transferencias a la Municipalidad. Estas, actuando solas o en conjunto, según su tamaño, grado de desarrollo y de acuerdo con la preferencia de la comunidad a servir, prestarán el servicio directamente o lo contratarán con una organización privada⁴⁸.

Se propone realizar experiencia con diversos modelos de gestión descentralizada en tres Departamentos y dos zonas urbano-marginales. De acuerdo con la evaluación resultante, las autoridades estarán en condiciones de decidir sobre la generalización de la descentralización usando los modelos más exitosos. El cronograma de este componente requiere un período inicial de preparación (entre 6 y 12 meses); un lapso de experimentación de 18 a 24 meses durante el cual se entregue la Canasta Básica en las áreas seleccionadas, bajo la responsabilidad de los Municipios; un período posterior (6 meses) para evaluación y adopción de la decisión sobre generalización; y finalmente, la extensión de la descentralización durante los siete años siguientes.

La *reorganización de la atención especializada y hospitalaria (AEH)* se basa en la hipótesis⁴⁹ de que la gestión de este nivel de atención se realiza en forma más eficiente cuando los servicios se administran en forma privada, asumiendo además el proveedor el riesgo derivado de la variación en la utilización y costo de

⁴⁷ La Canasta Básica incluirá entre otros, los siguientes servicios: el control del recién nacido y del niño sano (de desarrollo y crecimiento); control del embarazo, parto y puerperio; inmunizaciones; educación nutricional y suplemento alimentario; control de enfermedades infecciosas prevalentes: malaria, cólera y tuberculosis, etc. Estos se deberían corresponder con los diez programas prioritarios propuestos por ANSAL que son: atención integral del embarazo; parto y puerperio con enfoque de riesgo; salud reproductiva de la mujer y planificación familiar; educación nutricional y nutrición; supervivencia infantil; programa de ETS/SIDA; enfermedades infecciosas y parasitarias prevalentes; violencia y accidentes; discapacidades psíquicas y físicas a consecuencia del conflicto armado; agua y saneamiento básico; tratamiento de aguas servidas; recolección y disposición final de residuos. Los tres nombrados en último término no integran la Canasta Básica.

⁴⁸ ANSAL consideró como alternativa posible la descentralización de estos servicios directamente a las comunidades organizadas. Estas podrían formar asociaciones comunitarias de salud similares a las que, en educación, gerencian las escuelas primarias en el programa EDUCO. El equipo prefirió la descentralización a nivel municipal como forma de mantener la integridad del Estado en el nivel local.

⁴⁹ Esta hipótesis ha sido comprobada en países que cuentan con sistemas privados de prepago para la prestación de este tipo de atención como es el caso de EEUU, Uruguay, Chile y otros.

los mismos (es decir, cuando el proveedor es pago por persona cubierta y no por servicio brindado). Por lo tanto, se propone transferir la gestión de los hospitales (y demás dependencias en las que se entrega servicios especializados) del MSPAS e ISSS, a organizaciones privadas de diversa índole societaria (fundaciones, ONGs, empresas comerciales, cooperativas de médicos, etc.) para que las administren. Los establecimientos transferidos al Sector Privado tendrán amplia autonomía en su gestión; competirán entre sí y con los restantes del Sector Privado, por la entrega de la Canasta Ampliada a toda la población. Esta consistirá en un conjunto de servicios de complejidad superior a los de la Canasta Básica, aunque no incluye los de alto costo⁵⁰. Entre ambas cubrirán aproximadamente un 90% de los problemas de salud.

La Canasta Ampliada debe ser pagada por el usuario y accesible a toda la población, para lo cual los pacientes pobres deben ser subsidiados. Para posibilitar el pago de los usuarios no subsidiados, se resolvió incluir en la Reforma de Salud, un seguro de atención médico-hospitalaria, obligatorio y universal. Al seguro deberán aportar todos los residentes del país: quienes estén por encima del nivel de pobreza lo pagarán directamente⁵¹ en tanto que el resto de la población será subsidiado parcial o totalmente por el Estado, en función de su capacidad de pago. La suma de todos los aportes constituirán el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los asegurados tendrán libertad de elegir el establecimiento en el que recibirán los servicios de la Canasta Ampliada. Hecha esa elección, será responsabilidad de la organización seleccionada establecer un sistema efectivo para relacionarse con la estructura donde el paciente recibe la APS. De esa forma el sistema de referencia y contrarreferencia funcionará más adecuadamente.

La eficiencia de la atención es un fin en sí mismo pero en el contexto de la Reforma de Salud propuesta es además un medio para que el costo de la Canasta Ampliada sea compatible con la cobertura universal. Para ello se proponen dos elementos: el pago *per capita* y el *Gerenciamiento de la Atención Médica*. Se propone que el pago por parte del FONASA a cada proveedor se haga de acuerdo con la cantidad de personas que lo hayan seleccionado para recibir atención; por ende, el monto dependerá de su capacidad de atraer y mantener usuarios en su lista. El Gerenciamiento de la Atención médica (GAM), comprende un conjunto de instrumentos gerenciales, que limitan la indicación y uso de los servicios a las situaciones en que éstos son estrictamente necesarios. Asimismo, procura que los servicios se prescriban al menor nivel de complejidad y costo, compatibles con una atención eficiente y de buena calidad. La Reforma propone apoyar a las organizaciones privadas para que mejoren su eficiencia incorporando estos instrumentos.

El tercer componente esencial de la Reforma de Salud es la *reorganización institucional del Sector*. Esta comprende cambios en las estructuras del MSPAS y del ISSS derivados de los dos componentes anteriores así como de la necesidad de fortalecer al Ministerio en sus estructuras técnicas para asumir plenamente el liderazgo del Sector Salud. Con este último fin se propone que el Ministerio fortalezca su Departamento de Planificación dotándolo de capacidad de análisis económico, demográfico y gerencial. Se propone además que mejore su capacidad de convocatoria de las instituciones e intereses del Sector, a través de la formación de un órgano asesor: el Consejo Consultivo de Salud (CCS). De esa forma la formulación de planes, políticas y normas será el resultado de un proceso participativo en el que estén involucrados todos los actores relevantes, tanto públicos como privados. Finalmente se propone que el MSPAS preserve y fortalezca los programas verticales de APS y Educación en Salud que quedarán bajo su administración directa y que transforme en una

⁵⁰ La Canasta Ampliada complementa a la básica aunque no en forma total. En efecto, incluirá servicios como la cirugía abdominal aguda, la cirugía obstétrica y ginecológica, la emergencia y la internación de cuadros de etiología médica. Sin embargo, servicios de alto costo como la diálisis renal crónica y el trasplante de riñón, como la neurocirugía, cirugía cardíaca y otros similares, no podrán por ahora, ser incluidos en este grupo de servicios.

⁵¹ Esta población debería poder contratar una póliza adicional para cubrir el costo de la Canasta Básica.

empresa autosostenible las estructuras encargadas de compras y abastecimiento de insumos para la atención primaria.

De acuerdo con La Reforma de Salud propuesta, el ISSS se desprenderá de la administración directa de sus establecimientos de salud y sus asegurados aportarán al seguro obligatorio y universal. Eso lo harían mediante aportes proporcionales al sueldo, de forma similar al sistema actual. El ISSS debería separar el programa de *salud del mantenimiento de ingresos* y transformar el primero en el embrión de la estructura que administrará el FONASA. A los actuales asegurados del ISSS se les disminuirán sus aportes en forma proporcional a la reducción de beneficios que represente la Canasta Ampliada. Se estima que esta reducción estará situada en un 50%. Seguirán aportando al ISSS por los programas de mantenimiento del ingreso para invalidez, vejez, muerte y enfermedad, como hasta el presente. Los beneficios actualmente protegidos que fueren excluidos de la Canasta Ampliada, deberán ser incluidos en un seguro complementario, que podrá negociarse con el propio ISSS o con aseguradoras privadas.

Finalmente, La Reforma comprende el *fortalecimiento de las acciones sobre el medio ambiente* para remover, en la medida de lo posible, las causas de contaminación infecciosa y parasitaria. La formación de la Secretaría del Medio Ambiente (SEMA) y su dinámica actuación en este campo, hacen necesario un reordenamiento institucional en el área ambiental. Específicamente se propone liberar al MSPAS de la formulación de políticas y la ejecución de programas con finalidad ambiental y el fortalecimiento de su capacidad inspectiva en agua segura de consumo humano, saneamiento, disposición final de basuras, contaminación del aire y uso y comercialización de plaguicidas. El control de los alimentos y su manipulación quedarían bajo la responsabilidad del MSPAS.

Como se expresó previamente este componente es esencial para mejorar el estado de salud de la población pero no es un elemento interrelacionado con los otros de La Reforma de Salud. En consecuencia, a diferencia de éstos, sus principales acciones se detallan a continuación y no en secciones separadas de este capítulo.

Agua Potable

- *Reordenamiento del marco institucional.* Establecimiento de un ente normador y regulador y definición de las responsabilidades en el campo operativo de las instituciones, para:
 - manejo integral de cuencas,
 - sistemas urbanos,
 - sistemas rurales.
- *Marco legal.* Es necesario dirimir el derecho de propiedad sobre los cursos y fuentes de manera que el acceso al agua para consumo humano para las comunidades rurales tenga preferencia sobre otros usos. Para ello debe ser considerada como un bien público, aprobando la legislación pertinente.
- *Provisión del servicio.* Involucrar a organismos públicos y privados más eficientes (empresas, ONGs, municipalidades y organizaciones comunitarias), en la prestación del servicio de agua potable.
- *Asesoramiento técnico.* Es necesario fortalecer a varias organizaciones para que puedan brindar asesoramiento técnico sobre la construcción y el mantenimiento de sistemas de agua segura. COMURES e ISDEM parecen ser instancias válidas para mejorar la asistencia técnica a las comunidades rurales. CONIAFOS puede desempeñar un rol importante como organismo de asesoría técnica del nivel central. Es necesario además fortalecer la asesoría técnica sobre las fuentes de contaminación de los sistemas de almacenamiento y de distribución de forma de aumentar la eficacia de éstos y mejorar la seguridad del agua.
- Por último se propone que, para las comunidades rurales pobres *el Estado asuma los costos de desarrollo inicial de los sistemas de agua*, en tanto que las comunidades se encarguen de financiar su mantenimiento.

Saneamiento

- Continuar con los programas de letrización en el medio rural, promoviendo los tipos de letrinas más adecuados a la cultura, los recursos y las características geográficas de la Región.
- Estudiar y formular planes de tratamiento de las aguas servidas mediante tecnología apropiada.

Desechos Sólidos

- Fortalecer a las municipalidades a través de COMURES e ISDEM, para el diseño e implementación de rellenos sanitarios y establecer líneas de financiamiento para implementarlos.

Se presentan en las secciones siguientes los otros tres componentes esenciales en mayor detalle. Los respectivos componentes de apoyo se presentan al final de cada uno de ellos.

3 Reorganización institucional del Sector

En el Tabla No. 1, se puede apreciar una presentación esquemática de los elementos propios y de apoyo de este componente.

3.1 Redefinición de la función del Estado

El Estado, a través del MSPAS, debería asumir la conducción del Sector en términos de liderar la elaboración de políticas, formulación de planes y programas, determinación de áreas temáticas prioritarias, formulación y aprobación de normas y determinación de la finalidad de los gastos públicos. Asimismo deberá garantizar, a través de su financiamiento, el acceso de la población en situación de pobreza a los servicios de salud. Para obtener mayor eficacia y eficiencia, el Estado se desprenderá progresivamente de la administración de los establecimientos que pueden ser gerenciados por otras organizaciones públicas o privadas.

Para que el MSPAS asuma el liderazgo del Sector es necesario fortalecer sus estructuras técnicas centrales en lo que refiere al análisis y formulación de políticas. La Reforma de Salud propone que incorpore equipos multidisciplinarios (economistas, demógrafos, epidemiólogos, administradores de servicios de salud), organizándolos en una estructura cuya finalidad sea alimentar técnicamente el proceso de toma de decisión. Esta estructura se desarrollaría a partir del actual Departamento de Planificación y desempeñaría funciones similares a las que cumple actualmente el GAES en MIPLAN. Asimismo, es necesario fortalecer otras estructuras técnicas involucradas en la supervisión del cumplimiento del cuerpo normativo, para asegurar su pleno cumplimiento.

La función rectora del MSPAS, que abarca temas tan amplios y en los que participan tantas instituciones públicas y privadas, requiere el desarrollo de una instancia de participación y coordinación. Esta puede adoptar la forma de un Consejo Consultivo de Salud, integrado por los organismos públicos y privados involucrados en la prestación de servicios de salud, así como también por los grupos de interés que actúan en el Sector⁵². Este órgano consultivo tendrá carácter asesor y debería ser apoyado por el grupo multidisciplinario mencionado en el párrafo precedente.

⁵² A vía de ejemplo deberían participar en éste el Seguro Social, ANDA, SEMA, el Colegio Médico, otras asociaciones de profesionales, asociaciones de farmacias y droguerías, instituciones de formación de RRHHSS, sindicatos de trabajadores de la salud, etc.

3.2 Creación de un Sistema Organizado de Salud

Con el fin de promover la equidad, eficacia, eficiencia y competitividad en el Sistema, La Reforma de Salud propone crear un sistema organizado. Los municipios y organizaciones privadas que entreguen la Canasta Básica, las empresas que administren los establecimientos en los que se proporcione la Canasta Ampliada y el FONASA, bajo la conducción técnica y política del Ministerio de Salud, constituirán en su conjunto, un sistema organizado de salud. Su objetivo último es organizar la prestación de estos servicios de forma que sea accesibles para toda la población salvadoreña, independientemente de su condición y lugar de residencia. La coordinación se hará a través de normas y de mecanismos organizados de contratación y financiamiento. La característica principal del sistema será el predominio del Estado en su normatización y de organizaciones privadas en la entrega de los servicios. Para ello La Reforma propone la modificación del programa de salud del ISSS.

Tabla No. 1
REORGANIZACION INSTITUCIONAL DEL SECTOR

ELEMENTOS PROPIOS	ELEMENTOS DE APOYO		
	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	RECURSOS HUMANOS	PROMOCION Y PREVENCIÓN
<p>COMPONENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redefinir el rol del Estado MSPAS. - Crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), dependiente del MSPAS. - Transferir componente de salud ISSS → FONASA. - Creación de un Sistema Organizado de Salud. - Creación de un órgano de asesoramiento y coordinación adjunto al MSPAS (Consejo Consultivo de Salud). - Fortalecimiento estructura técnica del MSPAS; creación del Grupo Asesor en Salud (GAS). - Delimitación competencias entre: <ul style="list-style-type: none"> a) CSSP, Juntas de Vigilancia y MSPAS b) SEMA, ANDA, FIS, municipalidades y MSPAS 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo por el GAS de sistemas de información y análisis sobre políticas de salud en: financiamiento; personal; infraestructura; tecnología; canastas mínima y ampliada. RRIHSS, etc. - Creación de sistemas de planificación financiera y presupuestal integrales, para MSPAS y el FONASA. - Fortalecimiento de los sistema de estadísticas vitales y de vigilancia epidemiológica. - Diseñar e implementar modelos que permitan la selección, evaluación y actualización de los problemas y programas prioritarios en salud. - Creación de una unidad de administración financiera en el FONASA. - Desarrollo e implementación de un sistema de regulación de la incorporación de tecnología compleja y de alto costo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar políticas explícitas de formación de RRIHSS para adecuarlos al perfil epidemiológico del país. - Priorizar la formación de: planificadores, economistas, administradores, educadores en salud, comunicadores sociales. - Transferir la administración de las escuelas de enfermería y de capacitación sanitaria a entidades de enseñanza, autónomas, fuera del MSPAS. - Crear un mecanismo formal de coordinación entre organizaciones usuarias y formadoras de RRIHSS. - Elaboración de un procedimiento para modificar el status funcional y el vínculo laboral del personal de los establecimientos del MSPAS e ISSS cuya gestión y entrega de servicios (APS y AEII) se transfiere a organizaciones privadas. - Asignar presupuesto para formación y capacitación de RRIHSS, de acuerdo con prioridades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Asignar presupuesto para promoción y prevención. (comunicación social) en los diez programas prioritarios. - Coordinar con el MINED para formular planes conjuntos de Educación para la Salud y de formación de RRHH. - Diseñar e implementar estrategias de mercadeo de La Reforma de Salud.

Se propone transferir los servicios que hoy administran el MSPAS y el ISSS a organizaciones privadas que proporcionarán servicios a toda la población los que serán financiados por el Estado y los usuarios a través del FONASA. Sería una duplicación ineficiente mantener el sistema de administración financiera del ISSS y crear otra paralela en el MSPAS. Por otra parte, para que el Ministerio de Salud pueda ejercer efectivamente la rectoría de la política de salud debe controlar el financiamiento que el Estado y la población, a través del seguro obligatorio, destinan a ese fin. En consecuencia, La Reforma propone separar del ISSS el programa de salud, transformándolo en una entidad autónoma, con agilidad operativa, aunque bajo la tutela técnica y política del MSPAS. La entidad administraría el FONASA, es decir gestionaría los fondos provenientes del presupuesto del Estado para subsidiar la atención de los pobres y las contribuciones por el seguro de salud.

3.3 Delimitación de competencias

El Estado tiene la responsabilidad de asegurar la calidad de los servicios y bienes de salud que se entregan a la población. Esto lo hace a través del ejercicio de la función de policía sanitaria, confiada al MSPAS, al Consejo Superior de Salud Pública y a las Juntas de Vigilancia de las profesiones de la salud. Las atribuciones de ambos organismos, particularmente en lo referente a la habilitación de establecimientos, insumos médicos, equipamiento y medicamentos no están claramente delimitadas. El Consejo y las Juntas, a pesar de ser órganos autónomos, tienen sus presupuestos incluidos en el del MSPAS. Su capacidad de vigilancia y aún de registro es sumamente limitada. La Reforma de Salud no tiene una propuesta sobre los problemas de jurisdicción y funcionamiento detectados en esta área. Se recomienda que la misma sea estudiada en profundidad.

3.4 Fortalecimiento institucional⁵³

Las actividades de fortalecimiento en este componente (Reorganización Institucional del Sector) se centran en dotar al Ministerio de Salud de la capacidad técnica y operativa necesaria para desempeñarse como entidad rectora del Sector. Las principales acciones que propone la Reforma de Salud en esta área son:

- (1) Desarrollo de sistemas de información y análisis sobre políticas de salud: financiamiento, personal, infraestructura, tecnología médica, recursos humanos, especificación de las canastas mínima y ampliada y costos. Dependiendo de la calidad se debería usar la información disponible y propender a fortalecer los sistemas de información existentes. La creación del equipo multidisciplinario descrita en 3.1 de este capítulo es un elemento clave del fortalecimiento del Ministerio.
- (2) Creación de un sistema integral de planificación y ejecución financiera y presupuestal, el que se subdividirá en el presupuesto propio del MSPAS y el del FONASA. Es necesario que la cabeza del Sector cuente con información completa sobre el monto y destino del financiamiento que el Estado y los asegurados aportan al Sector.
- (3) Mejorar la información sobre la situación de salud a través de un fortalecimiento de los sistemas de estadísticas vitales y de vigilancia epidemiológica. En estadísticas vitales se debe promover la cooperación técnica a las municipalidades, directamente o a través de ISDEM y COMURES. En vigilancia epidemiológica es necesario fortalecer el funcionamiento de la unidad de epidemiología del MSPAS.

⁵³ La implementación de cada componente esencial requiere la ejecución de varias acciones de apoyo. Se presentan las más importantes sin pretender agotar la lista de actividades a realizar. Estas acciones están agrupadas por categorías (fortalecimiento institucional, recursos humanos, promoción y prevención e inversiones), las que son similares para todos los componentes claves. En consecuencia, estas categorías se repiten al final de la descripción de cada componente clave, en las secciones siguientes de este capítulo.

Asimismo, se debe fortalecer la recolección de información por parte de las instituciones públicas y privadas al sistema de vigilancia epidemiológica.

- (4) Diseñar e implementar modelos epidemiológicos, clínicos y económicos que permitan la selección, evaluación y actualización periódica de los programas prioritarios de salud⁵⁴. El objetivo es que todos los integrantes del sector, conozcan cuales son los problemas de salud que reciben atención prioritaria en el país y les asignen los recursos necesarios para su prevención y control. En base al análisis de la situación de salud, ANSAL propone diez áreas temáticas para que sean consideradas prioritarias.
- (5) Transformación del programa de salud del ISSS en la estructura administradora del FONASA: organismo con autonomía de gestión y subordinación técnica y política del MSPAS, encargado de administrar todos los fondos del Estado y los provenientes del seguro obligatorio, destinado a la Canasta Ampliada. En el FONASA, entre otros serán necesarios los siguientes sistemas: cálculo actuarial y verificación de costos; contrataciones con proveedores privados y administración financiera.
- (6) Desarrollo e implementación en el MSPAS de un sistema que regule la incorporación de tecnología de alta complejidad y costo para evitar duplicaciones innecesarias pero sin generar por ello, situaciones monopólicas.

3.5 Recursos humanos

Por causas ya señaladas el país no ha podido elaborar e implementar políticas explícitas que promuevan la formación estable de los RRHHSS necesarios de acuerdo con su perfil epidemiológico. Para corregirlo la Reforma de Salud propone las siguientes acciones:

- (1) Elaboración de políticas explícitas de formación de RRHHSS para que éstos se adecuen a las necesidades sanitarias del país. Es necesario fortalecer la información sobre los recursos disponibles, su rendimiento y distribución. Asimismo es necesario mejorar su análisis, de forma de proponer políticas con base técnica. Esta es un área temática a ser desarrollada por el grupo multidisciplinario referido en el punto 3.1 de este Capítulo.
- (2) Crear e implementar un mecanismo formal de coordinación entre las instituciones de formación y las organizaciones usuarias de RRHHSS al estilo de FEPADE⁵⁵. Ese organismo, que podría ser una rama especializada del Consejo Consultivo de Salud, arbitraría los recursos que el Estado destine a la formación y capacitación de recursos humanos en salud.
- (3) La Escuela de Enfermería y la Escuela de Capacitación Sanitaria están en el Ministerio, distrayéndolo de sus objetivos específicos. Esta docencia puede ser desarrollada fuera del mismo. Se propone que el MSPAS transfiera la administración de estas escuelas a entidades autónomas de enseñanza, de preferencia autosostenibles, ubicadas fuera de su órbita directa.

⁵⁴ En estos modelos deben interactuar los factores epidemiológicos, para considerar la importancia de la enfermedad; clínicos, para tener en cuenta las acciones posibles y, económicos, para considerar los costos de su prevención y control.

⁵⁵ Esta fundación privada, patrocinada por el Estado, armoniza las necesidades de recursos humanos de la empresa privada con la capacidad de formación de los mismos, por parte de instituciones de formación.

- (4) A efectos de fortalecer las estructuras del MSPAS en la reorganización y conducción del Sector es necesario que el país disponga de planificadores, economistas y administradores especializados en servicios de salud, educadores y comunicadores sociales para la salud. Salvo que los estudios de oferta de RRHHSS indiquen que existen recursos suficientes, sería conveniente priorizar su formación.
- (5) Elaboración de un procedimiento para modificar el perfil funcional y el vínculo laboral del personal que trabaja en los establecimientos del MSPAS y el ISSS, cuyas administraciones serán transferidas a las municipalidades o al Sector privado. Los beneficios jubilatorios son derechos que los funcionarios, a ser transferidos a la órbita privada, desearán preservar. Habrá que desarrollar mecanismos para que la preservación de esos derechos no interfiera con la implementación de la reforma.
- (6) Finalmente es necesario que la asignación de presupuesto del Estado para capacitación y formación de RRHHSS refleje las políticas que en esta materia establezca el MSPAS y los asesoramientos que se formulen por el organismo de articulación de necesidades y posibilidades, descrito en el numeral 2 de esta sección.

3.6 Promoción y prevención

En este componente esencial de la reorganización institucional del Sector, las acciones se centran en la creación de condiciones normativas, técnicas y financieras que favorezcan la difusión de mensajes de promoción y

prevención para modificar las conductas negativas para la salud. Las más importantes son:

- (1) Introducir y aprobar legislación que: (a) promueva la difusión de mensajes en los medios masivos de comunicación dirigidos a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y (b) prohíba la difusión de mensaje dañinos para la salud a través de esos mismos medios. Se recomienda prestar particular atención a la promoción de la violencia y del consumo de alcohol y tabaco.
- (2) Coordinar entre el MSPAS, el Ministerio de Educación y los organismos de enseñanza, el desarrollo e implementación de planes conjuntos de Educación para la Salud, a ser incluidos en la currícula de la educación formal, particularmente en la primaria, así como mecanismos para incluirla en la educación informal.
- (3) Coordinar entre el MSPAS y el Ministerio de Educación la acreditación y supervisión de la calidad de los cursos públicos y privados para la formación de RRHHSS.
- (4) Asignar en el presupuesto del MSPAS, partidas específicas para la actividades de promoción y prevención, en particular de los diez programas prioritarios identificados por ANSAL.

3.7 Inversiones

No se han identificado necesidades de inversión en infraestructura para el componente de reorganización institucional. Se necesitarán algunas inversiones para el equipamiento de varias unidades del MSPAS (la unidad de elaboración y análisis de políticas, la de Epidemiología), de la administración del FONASA y otras.

4 Reorganización de la Atención Primaria de Salud

En la Tabla No. 2 se pueden apreciar esquemáticamente los elementos que integran este componente.

4.1 Descentralización de los Servicios de APS

La Reforma de Salud propone que los servicios de APS, comprendidos en la Canasta Básica, sean gestionados y entregados por los municipios o por organizaciones no gubernamentales o privadas que éstos contraten, de acuerdo con la preferencia de la comunidad a ser servida. Se propone que a esta combinación de municipio y organización local se le denomine Sistema de Salud Comunitario (SALUCO)⁵⁶. Hay municipalidades muy pequeñas que no tienen un mínimo de población para organizar un servicio de APS. En estos casos se preve la posibilidad que varios municipios se asocien o deleguen su responsabilidad en el Consejo de Desarrollo Departamental.

Es importante destacar que, en la medida de lo posible, se debe atender la preferencia de la comunidad sobre la modalidad de prestación del servicio. Hay comunidades rurales y urbano-marginales que tienen servicios de APS brindados a través del MSPAS o de ONGs. En la medida que las comunidades prefieran la continuidad de ese servicio, esa preferencia debería ser favorecida.

En el esquema propuesto, el MSPAS mantiene la responsabilidad de establecer los programas, las políticas y las normas; tiene asimismo la potestad de recabar la información necesaria para evaluar el estado de salud de la población y la entrega de servicios. Los SALUCOS tienen derecho, dentro del marco normativo establecidos por el MSPAS, de recibir una compensación por su trabajo y de adoptar la modalidad de prestación que mejor se amolde a las características de la organización y la población a ser servida.

La descentralización debe asegurar que toda la población tiene efectivamente acceso a la Canasta Básica de servicios; para ello es necesario asegurarse que toda la población rural y urbano marginal está cubierta por un SALUCO. Debe asegurar además que la población de bajos ingresos tiene acceso a la Canasta Ampliada, por medio de un sistema eficaz de referencias y contrarreferencias. Para ello, cada SALUCO debe establecer vínculos formales con las organizaciones proveedoras de la AEH a las cuales está adherida su población beneficiaria. La descentralización busca introducir incentivos correctos en el funcionamiento del servicio. La comunidad a través de sus alcaldes, líderes comunitarios y aún de los cabildos abiertos, debe poder influir en la selección, premiación o sanción del personal que le presta el servicio (médico, enfermera, promotor, partera empírica y auxiliar de obstetricia rural). Asimismo, debe poder participar en la planificación y gerenciamiento de los servicios de APS.

4.2 Adecuación de las estructuras del MSPAS

Se estima que un 60% de la población accederá a los servicios de la Canasta Básica, por medio de los SALUCO's. Ello representa aproximadamente 3 millones de personas a ser cubiertas por estas estructuras. En su forma más simple el componente operativo de los SALUCOs, la unidad básica de entrega de servicios, estará constituido por personal auxiliar a nivel de cada comunidad (promotor, partera u otro) y un equipo de salud con médico permanente, a nivel del centro de apoyo y referencia (actuales Unidades de Salud). Si cada

⁵⁶ La OPS/OMS ha promovido un concepto similar denominado Sistemas Locales de Salud o SILOS. Varios de éstos se están experimentando exitosamente en El Salvador. La estructura propuesta es algo diferente pues constituye no sólo una instancia de coordinación sino que debe asumir la responsabilidad de la gestión y del manejo presupuestal y, por ende, de las contrataciones de personal, pagos de sueldos, compra de insumos, etc.

unidad básica es capaz de atender a diez mil personas de promedio, se necesitarán cerca de 300 unidades para satisfacer la demanda. Los niveles central y regional del Ministerio serían estructuras muy remotas para brindar apoyo y supervisión a este elevado número de unidades básicas. En consecuencia, La Reforma de Salud recomienda crear, como dependencia del MSPAS, instancias de apoyo y supervisión a nivel Departamental (y del AMSS). Estas diecisiete (4 para el AMSS) estructuras departamentales no deberán intervenir en el manejo presupuestal y financiero, el que se realizaría directamente entre el FONASA y el municipio⁵⁷. El nivel departamental servirá como estructura de apoyo técnico y logístico para la implementación de la Canasta Básica por parte de todos los SALUCOs en su Departamento; servirá asimismo para coordinar actividades en las que las economías de escala hagan preferible una acción concertada a nivel superior al local. Otra función importante de este nivel departamental es la supervisión técnica de la entrega de servicios de la Canasta Básica: de esa forma los SALUCOs estarán controlados no sólo por las comunidades a las que sirven, sino también por personal especialmente capacitado, que contará con una guía técnica para ese fin. No parecen existir razones para mantener las oficinas regionales del Ministerio una vez completados los componentes esenciales de La Reforma de Salud.

Existen en el MSPAS programas nacionales que, por sus características de economías de escala y eficaz funcionamiento, es conveniente mantenerlos como programas verticales. El programa de malaria, el componente de distribución de alimentos de los programas de nutrición, el suministro de biológicos para inmunizaciones, los programas de educación para la salud a través de medios masivos, son algunos de ellos.

El mantenimiento preventivo de la infraestructura de APS del MSPAS ha sido muy limitado por lo que se recomienda su transferencia al Sector Privado. Se recomienda, asimismo transformar en empresas autosostenibles y autogestionables en el nivel que se determine, en lo posible en el Sector Privado, a las estructuras de compras y abastecimientos del MSPAS. Estas estarán obligadas a vender sus bienes y servicios a los SALUCOs que lo soliciten; éstos por su lado, no estarán obligados a comprar en dichas empresas.

4.3 Aumento del financiamiento

Es necesario definir con mayor precisión el contenido de la Canasta Básica y de los programas que se mantendrían en régimen vertical para estimar en forma más precisa su costo. Se ha estimado que el costo de proporcionar el componente materno-infantil de la Canasta Básica, a la población por debajo del nivel de pobreza (50% del total) puede insumir, sin incluir el costo de los alimentos a transferirse ni acciones preventivas o curativas básicas a la población adulta, unos €565 millones, a valores de 1993. Esa cifra supera lo que gastó el Estado para este tipo de servicios en ese año. Esto se estimó en €230 millones de los cuales €130 fueron aportados por la cooperación externa. No se incluyó en esta estimación el gasto incurrido por las ONGs en la entrega de este tipo de servicios. Debe recordarse que la mayoría de la cooperación externa está destinada a la APS y los dos proyectos principales (APSISA y Rehabilitación de los Sectores Sociales) finalizarán a fines de 1995. En consecuencia, La Reforma de Salud recomienda incrementar progresivamente, a lo largo de tres años, el gasto del Estado para alcanzar la meta de financiar el acceso de toda la población en situación de pobreza a este tipo de atención.

⁵⁷ La competencia y responsabilidad primaria del FONASA deberá ser la administración del seguro obligatorio y universal. Se propone asimismo, que administre los contratos y pagos a los municipios por la prestación de la Canasta Básica, pues constituirá en la órbita del MSPAS, la estructura idónea con capacidad gerencial para esa función. Otra alternativa sería desarrollar en el MSPAS una unidad que maneje las transferencias a los municipios/SALUCOs.

4.4 Aumento de la capacidad resolutive de promotores y parteras empíricas.

La limitación impuesta a los promotores de salud del MSPAS en la entrega de medicamentos está retardando tratamientos, con consecuencias negativas para la salud del usuario. Asimismo, se está limitando la difusión de métodos de espaciamiento de embarazos al impedir a éstos y a las parteras empíricas la entrega de algunos tipos de anticonceptivos⁵⁸. La experiencia de las OIGs agrupadas en PROSAMI, en la que antibióticos de amplio espectro son dispensados por los promotores a enfermos con infección respiratoria aguda, en situaciones normatizadas y bajo una supervisión técnica adecuada, disipa las dudas sobre la conveniencia y seguridad de esta práctica. Por otra parte, la extendida automedicación que existe en el país, indica que la población accede igual a antibióticos sin la debida prescripción.

En consecuencia, La Reforma de Salud recomienda permitir a los promotores y parteras capacitadas dispensar un grupo limitado de medicamentos y anticonceptivos y autorizarlos a efectuar una gama más amplia de procedimientos diagnósticos y curativos básicos. Ello mejorará la situación de salud al disminuir la automedicación y la prescripción de fármacos fuera de un contexto normatizado, capacitado y supervisado.

⁵⁸ Los promotores del MSPAS están habilitados a entregar anticonceptivos orales bajo las siguientes condiciones: a) la persona debe tener indicación médica (de la Unidad o Puesto de Salud) y b) se entregan ciclos para sólo tres meses, luego de lo cual la mujer debe realizarse un nuevo control y renovar la indicación.

Tabla No. 2

REORGANIZACION ATENCION PRIMARIA DE SALUD

ELEMENTOS PROPIOS	ELEMENTOS DE APOYO		
	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	RECURSOS HUMANOS	PROMOCION Y PREVENCIÓN
<p>COMPONENTES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descentralización de la gestión y entrega de servicios de APS del MSPAS a municipios/asociaciones de municipios, quien podrá gestionarlos directamente o contratar con organizaciones privadas (ONGs, cooperativas, fundaciones) - Creación de una instancia de apoyo y supervisión (no maneja presupuesto) a nivel de cada Departamento y del AMSS, como estructura del MSPAS. - Transferir al Sector Privado la función de mantenimiento de edificios y equipos, en el MSPAS (a todo nivel). - Transformar en empresas autosostenibles y autogestionables, las estructuras de abastecimientos de insumo del MSPAS, al nivel que se determine, para proporcionar sus servicios a los SALUCOs quienes no están obligados a comprarles. - Mantener como programas nacionales (verticales) aquellos que lo requieran por sus características (escala, buen funcionamiento, otros): malaria, P.A.I, nutrición, educación para la salud, etc. - Aumentar el financiamiento por el Estado a la APS para subsidiar el total de la población demandante - Aumento de la capacidad de resolución de promotores y parteras empíricas. - Fortalecer la participación comunitaria en la planificación y gerenciamiento de los servicios de APS a través de la participación de los consejos municipales, cabildos abiertos y líderes comunitarios en la toma de decisiones. - Especificar por parte del MSPAS en consulta con el Consejo Consultivo de Salud, los servicios que componen la Canasta Básica - Desarrollar los contenidos del contrato entre el MSPAS-FONASA y los municipios para el pago de la entrega de servicios de APS; incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> o "pago per capita", ajustado según factores de costo; o libre disponibilidad del excedente a nivel local; o Partidas presupuestarias para programas de educación en salud comunitaria. - Desarrollar contrato tipo entre municipios y SALUCOs. - Desarrollar e implementar sistema de referencia y contrarreferencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación, fortalecimiento y desarrollo de modelos técnicos para la entrega de servicios de la Canasta Básica, específicos para las áreas rural y urbana, incluyendo: personal, insumos, procedimientos, equipos, vehículos, etc.. - Desarrollar e implementar un sistema de acreditación de Municipios, SALUCO's, ONGs y otros, para la prestación de servicios de APS. - Diseñar e implementar sistemas estandarizados y obligatorios de información de los Municipios SALUCOs al MSPAS FONASA sobre: <ul style="list-style-type: none"> o Ejecución presupuestal. o Entrega de servicios. - Desarrollo de un sistema para que la instancia Departamental del MSPAS brinde asistencia técnica a los Municipios para que éstos puedan asumir la responsabilidad de la APS. - Sistema gerencial para los SALUCOs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Priorizar la formación y capacitación de RRIHSS críticos para la APS: <ul style="list-style-type: none"> o Médicos de formación general o de familia, tecnólogos de diagnóstico y tratamiento, enfermeras generales y de salud pública, promotores, parteras empíricas, auxiliares de obstetricia rural; o Administradores de SALUCOs y organizaciones locales de APS - Incrementar la productividad mediante incentivos a la productividad y calidad de los servicios. - - Establecer sistemas efectivos de capacitación en servicios para el personal de APS. 	<ul style="list-style-type: none"> -Diseñar módulos técnicos educativos de promoción de salud y prevención de enfermedad a ser implementados por los Municipios SALUCOs en su trabajo comunitario.

4.5 Establecimiento de incentivos adecuados

La Reforma de Salud recomienda la descentralización de la gestión y entrega de los servicios de APS a los Municipios. Como consecuencia se crea un vínculo nuevo entre la municipalidad/SALUCOs por un lado y el Ministerio/FONASA por otro. Se propone registrar los derechos y obligaciones de ambas instituciones en un contrato el cual deberá incorporar los mecanismos destinados a incentivar la eficacia y eficiencia en la producción de los servicios. En consecuencia, será necesario desarrollar el contenido del "contrato tipo" entre el MSPAS/FONASA y los municipios/SALUCOs para cubrir los aspectos técnicos y financieros de la entrega de servicios de APS. El mismo deberá incluir, entre otros, los siguientes aspectos:

- Pago per capita ajustado según factores de costo;
- Partidas especiales globales (no per capita) para financiar educación comunitaria en salud;
- Libre disponibilidad de excedentes, en gastos cuyo objetivo sea salud, a nivel local;
- Contenido y especificaciones técnicas de la Canasta Básica de servicios.
- Información sobre producción de servicios, situación de salud de la población protegida, funcionamiento financiero, etc.
- Área de influencia, población total y proporción de ésta cubierta por el SALUCO.
- Mecanismos de participación comunitaria.

4.6 Fortalecimiento institucional en la APS

En el componente de Reorganización de la APS, las acciones se centran en el fortalecimiento de las instancias locales de administración: los municipios y los SALUCOs. Muchas municipalidades son pequeñas y no tienen infraestructura suficiente para administrar sus propios servicios. Algunas no tienen capacidad de vigilar el cumplimiento de contratos por parte de organizaciones privadas. La Reforma de Salud propone aprovechar los recursos locales técnicos y administrativos del MSPAS para fortalecer el nivel municipal y los SALUCOs. En consecuencia, se proponen, entre otras, las siguientes acciones:

- (1) Evaluación, fortalecimiento y desarrollo de las estructuras municipales y comunitarias (cabildos, líderes, clubes de acción social, iglesias, etc.) para que puedan asumir la responsabilidad de la gestión y entrega de los servicios de APS, específicamente de la Canasta Básica. Este componente tiene dos instancias: la inicial, previa a la descentralización que estaría a cargo de un proyecto especial y, la posterior, una vez transferida la responsabilidad del servicio, la que estaría a cargo de la estructura departamental del MSPAS⁵⁹. La primera requerirá el desarrollo e implementación de módulos de fortalecimiento específicos para los Municipios, para las comunidades y para las organizaciones existentes o que se formen para prestar servicios. La segunda requerirá el desarrollo de guías de asistencia técnica y supervisión.
- (2) Evaluación, fortalecimiento y desarrollo de esquemas organizativos para la entrega de los servicios de la Canasta Básica, específicos para las áreas rurales y urbano-marginales. Estos esquemas o modelos deberían incluir: servicios específicos a entregar; cantidad y tipo de personal (promotores, parteras, médicos, etc.); equipamiento e insumos necesarios y procedimientos técnicos y administrativos a utilizar. La unidad básica de prestación de servicios cuenta con dos polos: el comunitario, con personal auxiliar y el centro de referencia, con el equipo de salud incluyendo médico permanente. Cada centro de referencia

⁵⁹ La estructura departamental del MSPAS es diferente de los Consejos Departamentales de Desarrollo que están implementándose como instancias vinculadas al fortalecimiento municipal. Sin perjuicio de lo anterior ambos deberían estar vinculados entre sí.

puede servir de apoyo a 10 o más polos comunitarios; esta cifra variará en el medio rural dependiendo del tamaño de las comunidades y las distancias.

- (3) Desarrollo e implementación por el MSPAS de un sistema de acreditación de los municipios/SALUCOs para determinar si están en condiciones técnicas y gerenciales para asumir la responsabilidad de la gestión y entrega de servicios de APS. La acreditación incluirá factores como capacitación del personal técnico y gerencial, mecanismo para la toma de decisiones, métodos para la participación comunitaria, análisis de las necesidades de la comunidad y de la entrega de servicios, sistemas de información: técnicos, financieros y gerenciales. El sistema de acreditación será desarrollado y establecido conjuntamente por el MSPAS y el FONASA, con participación de representantes de los municipios y las ONGs que participan en la APS y será administrado por la instancia departamental del Ministerio.
- (4) Desarrollo e implementación de sistemas estandarizados de información a ser enviada por los municipios/SALUCOs al MSPAS/FONASA como parte del sistema de supervisión y control, sobre: población cubierta, situación de salud (o eventos especiales de enfermedad o muerte), acceso de la población a los servicios, servicios producidos y ejecución presupuestal.

4.7 Recursos humanos en APS

El Salvador ha implementado en forma sostenida, programas de formación de recursos humanos para la Atención Primaria de Salud. En los últimos tres años el MSPAS y las ONGs han realizado esfuerzos importantes para formar promotores y capacitar parteras. El Ministerio triplicó la cantidad de promotores (a 1 500) y capacitó cerca de 3.500 parteras. Para implementar con éxito el componente Reorganización de la APS, la Reforma de Salud propone las siguientes acciones:

- (1) Priorizar la formación de recursos humanos críticos para el gerenciamiento de los servicios y la entrega de los servicios de la Canasta Básica, como son:
 - Médicos de familia, tecnólogos de diagnóstico y tratamiento, enfermeras generales y de salud pública, promotores, parteras y auxiliares de obstetricia rural;
 - Alcaldes, personal de las municipalidades, miembros de la comunidad integrantes de las directivas de los SALUCOs, administradores de éstos, supervisores de APS para el nivel departamental del MSPAS.
- (2) Promover mediante incentivos el aumento de la productividad del personal que entrega los servicios tanto en el polo comunitario como en el centro de referencia. Se recomienda incorporar en la fórmula de pago del FONASA a las municipalidades, como factor legítimo de costos, la necesidad de establecer compensaciones atractivas para el personal radicado en comunidades rurales apartadas.
- (3) Establecer sistemas efectivos de capacitación en servicio para el personal que participa directamente en la entrega de servicios de la Canasta Básica. Se propone aprovechar los mecanismos de supervisión departamental para detectar necesidades que puedan superarse a través de cursillos, seminarios, etc. y brindar capacitación en servicio durante las propias actividades de supervisión.
- (4) Ampliar la capacidad resolutoria de enfermeras, auxiliares de enfermería, promotores y parteras capacitadas en la solución de problemas básicos de salud, dentro de una adecuada normatización y con mecanismos efectivos de supervisión.

4.8 Promoción y prevención

El Salvador ha orientado adecuadamente sus esfuerzos de promoción de salud y prevención de la enfermedad en los programas de APS ejecutados por el MSPAS y las ONGs. Lamentablemente en el resto del Sector las actividades en este sentido son mínimas. La Reforma de Salud con su componente Reorganización de la APS, debería reforzar y no entorpecer estas acciones. En consecuencia se recomienda:

- (1) Diseñar por parte de las estructuras centrales del MSPAS, en coordinación con representantes de los municipios/SALUCOs módulos técnico-educativos de promoción de salud y prevención de enfermedad a ser implementados por éstos en su trabajo comunitario.
- (2) Informar y educar a la población de bajos ingresos en el reconocimiento de los síntomas de gravedad para aumentar la proporción de episodios de enfermedad, que son referidos oportunamente a la atención del promotor, la partera u otro personal comunitario y, en su caso, al nivel técnico de apoyo que corresponda.

4.9 Inversiones

Este elemento del componente Reorganización de la APS adquiere importancia para reponer plantas físicas que llegaron al fin de su vida útil o para desarrollar aquellas que se justifican en base a nuevos asentamientos o crecimientos de la población. Hay estudios detallados del MSPAS así como una estimación muy general realizada para ANSAL. La Reforma de Salud identificó como las necesidades más importantes en el área de inversión en APS, las de mantener bien provistos de equipamiento y vehículos al personal de APS en el polo comunitario.

De acuerdo con el estudio preparado para ANSAL, para el próximo quinquenio se necesitarían, para el nivel primario de atención del MSPAS, unos US\$13 millones. Esta cantidad incluye cerca de US\$2 millones para gastos en un programa de mantenimiento preventivo. Por su lado una estimación realizada por el propio Ministerio sitúa ese monto en US\$30 millones. Ninguna de esas estimaciones tiene en cuenta la transferencia de la gestión y entrega de la Canasta Básica a los municipios y SALUCOs. Será necesario entonces completar el estudio de microplanificación de la red existente, que está siendo realizado por el MSPAS con apoyo del Banco Mundial, no sólo en dependencias del MSPAS sino también de las ONGs y del ISSS, para reestimar las necesidades no satisfechas.

Tabla No. 3

REORGANIZACION ATENCION ESPECIALIZADA Y HOSPITALARIA

ELEMENTOS PROPIOS	ELEMENTOS DE APOYO		
	FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	RECURSOS HUMANOS	PROMOCION Y PREVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Transferencia de la gestión de los hospitales (y Centros de Salud) del MSPAS e ISSS a organizaciones privadas (patronatos, fundaciones, cooperativas, ONGs, etc.) Modificación del financiamiento de la AEH: <ul style="list-style-type: none"> ○ Subsidios parciales o totales por el Estado para cubrir a los pobres ○ Recuperación de costos incurridos por los usuarios. ○ Seguro de atención médico-hospitalario, mínimo, obligatorio y universal. - Especificar los servicios que componen la Canasta Ampliada. - Desarrollar los contenidos del vínculo contractual entre el FONASA y las organizaciones privadas que gestionan la AEH <ul style="list-style-type: none"> ○ Perfeccionar la estratificación del subsidio de acuerdo con la capacidad de pago del usuario. ○ Desarrollar sistemas de clasificación de usuarios por niveles de ingreso, para calificar para el subsidio. ○ Establecer la fórmula para pago a las organizaciones privadas que brindan AEH por parte del FONASA, mediante un sistema per capita, en base al cálculo actuarial del costo de proporcionar la Canasta Ampliada. - Desarrollar y ajustar el sistema de referencia y contrarreferencia con los SALUCOs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar e incorporar los instrumentos de la "Atención Médica Gerenciada" para mejorar la efectividad y eficiencia en la entrega de la Canasta Ampliada: <ul style="list-style-type: none"> ○ Control de utilización; ○ Uso de personal adecuado; ○ Uso de medicamentos genéricos; ○ Patrones de conducta clínica y normas de atención; ○ Ruta crítica de atención al paciente; - Desarrollar un sistema de acreditación de organizaciones privadas para la AEH (para calificar para el FONASA) - Diseñar e implementar sistemas estandarizados de información de las organizaciones de AEH al FONASA/MSPAS sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ejecución presupuestal; ○ Entrega los servicios. - Adaptar e implementar sistemas de administración hospitalaria: personal, compra de insumos, financiera, prestaciones de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Formación de una masa crítica de administradores de hospitales e integrantes de cuerpo directivos de las organizaciones privadas de AEH - Capacitación en servicios de personal clínico (médico, enfermeras, odontólogos) en la aplicación de los instrumentos de la "Atención Médica Gerenciada" como ser: <ul style="list-style-type: none"> ○ Control de utilización; ○ Planificación de tratamientos; ○ Aplicación de protocolos de conductas clínicas; ○ Utilización de genéricos. - Promover el incremento de la productividad y de la calidad de los servicios, mediante la introducción de incentivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionar el monto per capita a ser pago por el FONASA con el desarrollo de programas de educación de los asegurados en la adopción de comportamientos que promueven la salud y previenen la enfermedades; vincularlo, en lo posible con las conductas de los asegurado en el listado de la organización de AEH.

5 Reorganización de la Atención Especializada y Hospitalaria

5.1 Transferencia de la gestión de hospitales del MSPAS e ISSS al Sector Privado

El elemento principal de la reorganización de este nivel de atención consiste en transferir del MSPAS e ISSS a organizaciones privadas la gestión de sus establecimientos y servicios. El objetivo es mejorar su eficiencia al posibilitarles una gestión más ágil en materia de compras, financiamiento y personal⁶⁰. Los hospitales del MSPAS han gozado tradicionalmente de cierta autonomía y han tenido fuentes de financiamiento adicionales a los recursos del Presupuesto Ordinario. Históricamente fueron apoyados por comisiones comunitarias, (patronatos), las que recolectaban fondos para cubrir necesidades eventuales del hospital. Estas sufrieron dos transformaciones: menguó la capacidad comunitaria de participar y aportar y se generalizó la recolección de contribuciones voluntarias a pacientes asistidos en el establecimiento. En algunos establecimientos del MSPAS aún existen patronatos con importante actividad de apoyo; en otros es sólo un término que refiere a los ingresos provenientes de pacientes.

La transferencia de la gestión a organizaciones privadas puede hacerse con mantenimiento o no del patrimonio en la esfera del Estado. En el primer caso se establecería un régimen de concesión del servicio y parecería fácil atraer interesados. La organización privada que gestionaría el establecimiento podría ser el propio patronato o una fundación creada con ese fin o una ONG o empresas constituidas por el personal profesional del establecimiento. La venta del patrimonio tiene algunos obstáculos adicionales derivados de la valuación del patrimonio y de la creación de situaciones oligopólicas, en las capitales de Departamentos y otras ciudades del interior, donde los establecimientos del MSPAS y del ISSS, son los únicos centros de internación. La hipótesis de la venta plantea además la dificultad de quitarle al Estado un mecanismo que le permita negociar adecuadamente la prestación de la Canasta Ampliada a los asegurados, en condiciones de precio que sean accesibles al FONASA y de copagos que no impidan el acceso a los usuarios.

En La Reforma de Salud, la transferencia de la gestión va precedida de un rehabilitación de la planta física y del equipamiento, se acompaña de un aumento del financiamiento y de una modificación de la base de cálculo (pago per capita). El cambio de financiamiento del presupuesto al pago por la cantidad de personas cubiertas creará un fuerte incentivo para hacer más eficiente la gestión. Se recomienda comenzar la reorganización por los Centros de Salud pues son quienes tienen un porcentaje más bajo de ocupación; su falta de poder resolutivo dificulta el acceso del paciente a este nivel de atención, congestiona los hospitales centrales e inhibe la radicación de médicos en ciudades fuera del AMSS.

5.2 Financiamiento de la AEH

Una expresión inequívoca de las inequidades del Sistema actual radica en la diferencia de recursos por persona, en este nivel de atención, entre los distintos proveedores. En 1993 el ISSS gastó en servicios de salud

⁶⁰ La modificación del financiamiento, pasando a un pago per capita, que posibilitará a los pacientes del ISSS y del MSPAS elegir el proveedor, hará que estos establecimientos gestionados privadamente, compitan entre sí. La introducción de instrumentos de Gerenciamiento de la Atención Médica ayudará a aumentar la eficiencia sin comprometer la calidad del servicio. El actual personal de los hospitales podrá mantenerse bajo la nueva administración en la medida que sea necesario y que su productividad lo justifique.

aproximadamente €605 millones para brindar servicios⁶¹ a cerca de 600 mil beneficiarios. Ello significó un gasto por beneficiario de un poco más de €1000 por beneficiario en el año. Durante el mismo periodo se estima que el MSPAS gastó €690 millones en AEH (Centros de Salud y hospitales). Las encuestas de demanda estiman que alrededor del 75% de la hospitalización del país se hace en estos establecimientos del MSPAS. En consecuencia, el gasto de éste per capita por año equivale a €185. Este es un gasto 5,5 veces menor que el del ISSS.⁶² Las diferencias de gastos con otros programas de salud de empresas del Estado (CEL, ANTEL y otras) es aún mayor.

La Reforma de Salud propone modificaciones al financiamiento para reducir estas desigualdades. Para ello se propone incrementar el gasto que el Estado realiza en este tipo de atención, pero concentrándolo en la población en situación de pobreza, para llevarla en seis años al 50% del nivel de gasto del ISSS (€550 por persona por año). Se propone además recuperar en un 100% los costos incurridos por los usuarios no pobres. Esa recuperación de costos, pagada en el momento de recibir el servicio, es difícil para personas con niveles limitados de ingreso (inmediatamente por encima del nivel de pobreza). Para evitar el incentivo de "clasificarse" en grupos de menores ingresos que se benefician con el subsidio, se recomienda que éste sea escalonado y que la recuperación de costos se vea facilitada mediante el seguro obligatorio.

La Tabla No. 4, presenta una proyección de las necesidades de financiamiento en Atención Primaria de Salud y en Atención Especializada y Hospitalaria de la población actualmente cubierta por los servicios hospitalarios del MSPAS, de acuerdo con los cambios propuestos en la Reforma de Salud. Las estimaciones fueron realizadas en base a los gastos de 1993 del MSPAS e ISSS y las proyecciones están expresadas a precios constantes de 1993. El período de implementación reflejado en la tabla es de tan sólo 6 años pues a partir del 7mo. no hay cambios sustanciales en el financiamiento. Las columnas corresponden a los siguientes años de implementación: 0, 1, 2, 3, 4 y 6, el año 5 es idéntico al año 4. Los renglones están distribuidos en cinco grupos: gastos de implementación de la reforma; gastos de la APS, gastos de la AEH, gastos totales y porcentajes de incremento. Se ha distinguido en la fuente de los gastos entre usuario, Estado y cooperación externa.

Los gastos de implementación de La Reforma, a financiar con cooperación externa, comprenden inversiones: para adecuación y mantenimiento de la capacidad instalada de APS y de la red hospitalaria (hospitales y Centros de Salud del MSPAS e ISSS); asistencia técnica: para diseño de los cambios específicos y apoyo al proceso de implementación; capacitación y educación: de los recursos humanos de salud y campañas de sensibilización sobre la reforma a toda la población.

El cronograma de implementación de La Reforma de Salud establecería:

- Para el año 0 (1994):
 - Toma de decisión sobre La Reforma de Salud;

⁶¹ Está excluida de esta suma el monto gastado en mantenimiento del ingreso de los asegurados mientras están enfermos, este representa un 28% del total del gasto en salud que realiza la institución que fue de aproximadamente €840 millones en el ejercicio.

⁶² Si bien la diferencia por persona cubierta para la atención AEH es correcta, la diferencia por episodio de enfermedad está sobrestimada a favor del ISSS. Varios factores tienden a subestimar el gasto del Ministerio por internación: la proporción de población que efectivamente accede a la AEH en los establecimientos del MSPAS es menor al 75%; la tasa de internación es inferior entre los beneficiarios del MSPAS (aproximadamente la mitad de la del ISSS); los costos de los factores de producción, fundamentalmente personal profesional, son inferiores en el MSPAS y los pacientes del ISSS tienden a obtener la totalidad de sus servicios en éste en tanto que en el Ministerio, parte de los mismos se obtienen en la actividad privada.

- Para el año 1 (1995):
 - Inicio de los cambios en APS y en AEH: fortalecimiento de inversiones en la red existente;
 - Preparación de los instrumentos para los cambios en la reorganización de la AEH: de la gestión o administración hospitalaria; de la recuperación de costos, del seguro médico obligatorio, fortalecimiento y reestructuración de los sistemas de organización y administración de la prestación de servicios; de los instrumentos para la atención médica gerenciada.
 - Incremento del gasto de Estado en APS, absorbiendo un 20% de la cooperación externa en esa área en relación al año anterior

- Para el año 3 (1997):
 - Terminación de la fase experimental en la descentralización de APS, evaluación y generalización del sistema descentralizado e incremento del gasto, llegando al 100% de sus necesidades estimadas. Se disminuye a un 40% la cooperación externa en esa área.
 - Implementación del seguro mínimo médico-hospitalario, obligatorio y universal para facilitar el pago de la recuperación de costos en la AEH;
 - Establecimiento de subsidios por el Estado para indigentes y pobres en la AEH y en los siguientes porcentajes:

. indigentes (12% de la población):	100% de subsidio
. pobres nivel 1 (18% de la población):	85% de subsidio
. pobres nivel 2 (20% de la población):	50% de subsidio
. no pobres (25% de la población):	sin subsidio
 - Incremento del gasto per capita en AEH, al doble del año 0: de ¢185 a ¢370, tendiendo a aproximarla al nivel de gasto del ISSS.

- Para el año 6 (2000):
 - Absorción por parte del Estado del 100% del financiamiento de la APS; finaliza la cooperación externa en esta área;
 - Incremento del gasto per capita en AEH al triple del año 0: de ¢185 a ¢555.

En la Tabla No.4, en tanto que el gasto del Estado en la AEH se incrementa en un período de 6 años en un 63%, este incremento es mayor para los indigentes y pobres nivel 1 que para los pobres nivel 2. Más aún, para la población no pobre usuaria del sistema de servicios, la contribución del Estado se reduce de ¢216 millones en el año 1 a cero en el año 3, reflejando el 100% de recuperación de costos a este nivel⁶³.

⁶³ La estimaciones de la Tabla No. 4 suponen un comportamiento totalmente inelástico en este segmento de la población; no preve una restricción de la demanda ante un aumento del precio real tan pronunciado. Ello es inexacto pero a los efectos de la estimación del gasto por el Estado, en este grupo o en total, objetivo con el que fue hecha la tabla, no tiene repercusiones importantes.

Tabla No. 4

REFORMA DE SALUD: Gastos en APS y AEH, 1994-2000 **
(en millones de colones constantes de 1993)

AÑOS	Año 0 1994	Año 1 1995	Año 2 1996	Año 3 1997	Año 4 1998	Año 6 2000
IMPLEMENTACION DE LA REFORMA (Coop. Externa)	0	361	661	661	0	0
GASTOS DE APS:	230	300	300	565	565	565
- Total:	130	220	220	525	525	565
- Estado:	100	80	80	40	40	0
- Cooperación externa:						
GASTOS DE AEH:						
- Total:	690	690	690	1380	1380	2070
- Estado:	605	605	605	660	660	990
- Usuario:	45	45	45	720	720	1080
- Cooperación Externa:	40	40	40	0	0	0
GASTOS DE AEH:						
- Indigentes (12% pob.):						
- Estado (100% subs.):	103					
- Pobreza nivel 1 (18% pob.):		103	103	206	206	309
- Estado (85% subs.):	155					
- Usuario:	7	155	155	275	275	413
- Pobreza nivel 2 (20% pob.):		7	7	49	49	73
- Estado (50% subs.):	171					
- Usuario:	8	171	171	179	179	269
- No pobreza (25% pob.):		8	8	179	179	269
- Estado (no subs.):	216					
- Usuario:	30	216	216	0	0	0
		30	30	492	492	738
GASTOS TOTALES (APS/AEH):						
- Estado:	735	825	825	1185	1185	1555
- Usuarios:	45	45	45	720	720	1080
- Cooperación externa:	140	481	741	701	0	0
GASTO TOTAL GENERAL:	920	1351	1611	2606	1945	2635
% DE INCREMENTO DEL GASTO EN RELACION AL AÑO 0:						
- Estado:	0	90	90	450	450	820
- Usuario:	0	0	0	675	675	1035
GASTO PER CAPITA (AEH) *	185	185	185	370	370	555

* en colones de 1993; ** Para el 75% de la población actualmente cubierta por MSPAS
Nota: Cifras en columnas corresponden a gastos a efectuarse durante el año que se indica.

Las principales modificaciones propuestas en el financiamiento de la AEH son:

- Aumento progresivo del gasto en este tipo de atención, tendiendo a equipararlo con el del ISSS, duplicándolo en relación al inicio de la Reforma en el 3er. año y triplicándolo en el 6to. Este incremento permitirá progresivamente expandir el contenido de la Canasta Ampliada, mejorar las condiciones en que se produce el servicio y mejorar su calidad.
- Subsidios parciales o totales por el Estado para cubrir a los pobres de acuerdo con los parámetros presentados anteriormente.
- Recuperación de costos incurridos por los usuarios. El cobro a los usuarios comienza en el 3er. año de la reforma⁶⁴. La razón para posponer este paso radica en la necesidad de mejorar la infraestructura y el funcionamiento de los servicios de AEH, previo a un aumento sustancial del pago. Los intentos de cobrar servicios que no han sido previamente mejorados han fracasado⁶⁵.
- Seguro de atención médico-hospitalario, obligatorio y universal. Los costos por episodio de enfermedad que requieran AEH superan la capacidad de pago de la mayoría de los usuarios en base a sus ingresos corrientes. El seguro es un mecanismo adecuado para posibilitar ese pago.

Se propone que la recuperación de costos correspondiente al usuario se haga mediante un seguro obligatorio y universal. El carácter obligatorio introduce un elemento de solidaridad al asegurarse personas con bajo y alto riesgo de enfermar. El carácter universal responde al concepto de red básica de seguridad social. En efecto, se establece que *las canastas básica y ampliada representan el mínimo de servicios de salud a que tiene derecho toda la población salvadoreña*⁶⁶.

5.3 Introducir incentivos adecuados

Lo recaudado por el seguro médico-hospitalario, obligatorio y universal será administrado por el FONASA, bajo las directivas técnicas del MSPAS. Los servicios de la Canasta Ampliada serán entregados por organizaciones privadas. Será necesario pues desarrollar una fórmula que los vincule, con sus respectivos derechos y obligaciones. Este vínculo debe ser *voluntario*⁶⁷ para ambas partes. De esta forma se modifican sustancialmente las reglas de juego para los hospitales. En consecuencia, cuanto más eficientes sean éstos, mejor resultado económico obtendrán. La necesidad de acordar un precio de la Canasta Ampliada que sea aceptable para los hospitales y financiado por el FONASA constituye un punto crítico del Sistema. Los copagos, deducibles y otros cobros al usuario, por el uso de servicios asegurados, deben estar reglamentados

⁶⁴ La recuperación puede comenzar antes, en aquellos hospitales cuyos plantas físicas y servicios hayan mejorado; los cobros que se están efectuando continuarán durante la transición.

⁶⁵ Esta recuperación implica un costo aproximado por episodio de enfermedad, para la población no pobre, de \$53.950 en el año tres y de \$5.900 en el año seis de la reforma, representando una alta proporción del ingreso. En efecto, el ingreso mensual promedio de los hogares en el 6to. y 7mo. deciles en el año 1992 fue de \$1.823,4 y \$2.201,6 respectivamente.

⁶⁶ La población por encima del nivel de pobreza tiene que pagar además los servicios de la Canasta Básica. A efectos de facilitar ese pago se podrá proponer un seguro adicional que cubra ese costo.

⁶⁷ Siendo un vínculo voluntario, las organizaciones que administran los hospitales pueden negarse a contratar con el FONASA si las condiciones de compensación son poco atractivas.

para que no se conviertan en una barrera. Es decir, debe regularse la potestad de los hospitales de cobrarle a los asegurados, en el momento de consumir los servicios de la Canasta Ampliada, por fuera de lo que el hospital le cobra al FONASA.

El contenido del vínculo contractual entre el FONASA y las organizaciones privadas que gestionan la AEH deberá cubrir entre otros, los siguientes puntos:

- Definir con mayor precisión los servicios a ser incluidos en la Canasta Ampliada en base a los recursos disponibles, a las enfermedades más comunes y sus costos de tratamiento.
- Perfeccionar la estratificación del subsidio, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario.
- Desarrollar el sistema de clasificación de usuarios por niveles de ingreso, a efectos de calificar para el subsidio;
- Establecer la fórmula de pago per capita por parte del FONASA a las organizaciones privadas en base a cálculo actuarial de costos de la Canasta Ampliada.
- Establecer la libre disponibilidad de los excedentes.

Sólo se han esbozado los lineamientos generales del sistema; quedan por definir muchos aspectos para que éste sea viable.

5.4 Fortalecimiento institucional de la AEH

En el componente Reorganización de la AEH las acciones de fortalecimiento se centran en el desarrollo de estructuras existentes (hospitales del MSPAS e ISSS) y en la creación de organizaciones privadas, con capacidad para administrar sistemas complejos de servicios de salud. Los principales son:

- (1) Gerenciamiento de la Atención Médica. La equidad en la atención especializada y hospitalaria requiere además del aumento de los gastos del Estado, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Para ello es necesario incorporar los instrumentos de la "atención médica gerenciada" como ser:
 - Control de utilización. p. ej.: plan de internación al ingreso, especificando estadía esperada;
 - Uso de personal adecuado. p. ej.: exámenes prenatales y atención del parto por partera capacitada, salvo la existencia de factores de riesgo en cuyo caso se haría por médico;
 - Uso de medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca;
 - Patrones de conducta clínica: p. ej.: especificación del plan de tratamiento para las IRAs;
 - Ruta crítica de atención al paciente: especificación de contenido, tipo de personal y lugar indicados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más comunes, p. ej. cuadro abdominal agudo.
- (2) El Estado tiene la obligación de garantizar la calidad de los servicios de salud por lo que es necesario que verifique a través del MSPAS, el cumplimiento de los criterios de calidad por parte de quienes los entregan. La acreditación de servicios constituye un mecanismo simple y de bajo costo para realizar esa verificación⁶⁸. En consecuencia, se recomienda que el MSPAS desarrolle e implemente un sistema de acreditación de las organizaciones privadas para habilitarlas a que entreguen los servicios de la Canasta

⁶⁸ Hay métodos más eficaces aunque también más costosos, para asegurar la calidad de la atención médica y hospitalaria. Requieren personal más calificado y mayor cantidad de recursos por lo que se propone no adoptarlos en esta instancia. Sin embargo, sería conveniente una consulta con el proyecto de AID de "Aseguramiento de la Calidad de la Atención" para definir más precisamente este punto.

Ampliada. Los servicios no acreditados deberían ser excluidos de la lista de establecimientos a los que el FONASA contrata para sus asegurados.

- (3) Diseñar e implementar sistemas estandarizados para la producción de la información que las organizaciones de AEH deberán enviar al FONASA/MSPAS sobre:
 - Ejecución presupuestal.
 - Entrega de servicios.
 - Población protegida.
- (4) En los hospitales cuya gestión se transfiere a organizaciones privadas, adaptar e implementar sistemas de administración hospitalaria: mercadeo, personal, compra y almacenamiento de insumos, financiero contable y prestaciones de servicios.

5.5 Recursos humanos para la AEH

Este es un elemento de apoyo crítico para el éxito de la reforma pues los recursos humanos de estos niveles de atención tienen bajo su responsabilidad el gasto del 75% de los recursos del Sector. Se han detectado tres necesidades especiales:

- (1) Formación de una masa crítica de integrantes de cuerpos directivos y de gerentes de organizaciones privadas de prepago (que asumirán la gestión de los hospitales del MSPAS e ISSS), de administradores hospitalarios, y de gerentes específicos de personal, compras y manejo financiero de las organizaciones privadas de AEH
- (2) Capacitación en servicio de personal clínico de esas mismas organizaciones (médicos, enfermeras, odontólogos, tecnólogos y parteras) en la aplicación de los instrumentos de la "atención médica gerenciada" ya señalados.
- (3) Promover el incremento de la productividad y de la calidad de los servicios, mediante la introducción de incentivos en los sistemas de compensación al personal.

5.6 Inversiones en AEH.

Las inversiones en la atención especializada y hospitalaria se centran en la rehabilitación de las plantas físicas y del equipamiento de los Centros de Salud y Hospitales del MSPAS, así como en la implementación de programas de mantenimiento preventivo. Se estima que las necesidades de los establecimientos del ISSS en inversiones y mantenimiento son muy inferiores a los del Ministerio. Esta "puesta al día" de las dependencias de ambas instituciones es esencial para que se pueda concretar la transferencia de su gestión a organizaciones privadas como está propuesto en el primer elemento de este componente.

El estudio de necesidades de inversión en planta física y equipos realizado para ANSAL las estima en los montos siguientes (Tabla No. 5).

Tabla No.5

Gastos estimados en inversiones para AEH

Institución	Concepto	Monto (millones US\$)
MSPAS	- Rehabilitación de Planta Física	42,3
	- Rehabilitación de Equipamiento	17,3
	- Mantenimiento de Planta Física	7,5
	- Mantenimiento de Equipamiento	16,5
ISSS	- Construcción y Rehabilitación de Pta Física	35,6
	- Adquisición y Rehabilit. de Equipamiento	16,0
	- Mantenimiento de Planta Física	6,7
	- Mantenimiento de Equipamiento	14,2
Total		156,1

Fuente: Zúñiga Alberto, *Infraestructura del Sector Salud*, ANSAI-94

Estas estimaciones fueron realizadas en base a las plantas físicas existentes en ambas instituciones y por ende son una aproximación inicial de las necesidades para el próximo quinquenio. Será necesaria una planificación detallada de estado de conservación y necesidades de cada establecimiento para precisar esta estimación.

6 Reforma de Salud: global o parcial

La reforma puede efectuarse en forma global (implementando todos sus componentes en forma simultánea) o en forma parcial (realizando en primer lugar uno de sus componentes claves y dejando para una instancia posterior, los demás). Dejando de lado el componente del medio ambiente, que puede tener una implementación independiente, las alternativas parciales pueden ser:

- (1) Implementar en una primera etapa, el componente de "Transferencia de los servicios de APS al Nivel Local;
- (2) Comenzar por el componente que reforma la gestión de los hospitales del Sector Público; los del MSPAS y los del ISSS, pueden encararse en forma conjunta o separada.

Existen razones imponentes para recomendar un encare global y simultáneo de ambos componentes claves. La disminución de la cooperación externa, de no ser substituida por otra fuente de financiamiento, representará un deterioro de los servicios que ofrece el MSPAS, particularmente en el área de acciones preventivas y curativas básicas que es donde se concentra. El tipo de servicio (de APS) y la población a la que va destinado (pobres con mínima capacidad de pago), prácticamente excluyen otras fuentes de financiamiento que no sea el Estado para substituir este componente de cooperación externa. El mayor financiamiento a cargo del Estado de la APS brinda una oportunidad única para comenzar a implementar la reforma en este Sector. Dados los plazos de terminación de la cooperación internacional (fines de 1995) esta transformación debería comenzar

lo antes posible. La misma es conveniente que se implemente gradualmente por áreas geográficas sucesivas; p. ej.: iniciar con dos Departamentos, evaluar distintas alternativas luego de dos años de funcionamiento descentralizado y generalizar la experiencia de ahí en más hasta completarla en un período de diez años.

Comenzada la transformación de la entrega de la APS en un área geográfica es conveniente modificar el régimen de gestión de los hospitales del MSPAS correspondientes a esa área. En efecto, éstos son los centros de referencia a los que enviarán sus pacientes complicados, los SALUCOs. Técnicamente no sería apropiado evaluar la descentralización de la atención primaria, si los niveles superiores, a quienes deben referir sus pacientes más complejos, funcionan aún bajo un régimen centralizado y con poco apoyo financiero. En un país tan pequeño es imposible establecer políticas agresivas de recuperación de costos por áreas geográficas, sin alterar el comportamiento de la demanda. En consecuencia, la recuperación de costos y la descentralización de la gestión de los hospitales del MSPAS deben hacerse en forma concomitante en todo el país.

El mejoramiento de los problemas de equidad, eficiencia y sustentabilidad del sistema de salud se corregirán con una implementación global de los componentes de La Reforma; si los mismos se desfazan en el tiempo podrá acentuarse alguno de los problemas planteados.

ANEXOS

Anexo 1

Recomendaciones específicas

Este anexo resume las principales recomendaciones realizadas por los consultores de ANSAL. Estas se realizaron antes de que se diseñara la Reforma de Salud. Por lo tanto, algunas pueden parecer poco compatibles con aspectos de la Reforma de Salud (por ejemplo: el aumento del número de promotores del MSPAS).

Recomendaciones sobre la problemática de salud*Materno-infantil*

- Focalizar recursos a grupos de mayor riesgo en salud materno-infantil, MI (hogares en los que la madre tiene poca educación, bajo nivel socio-económico, vive en medio rural).
- Fortalecer la operación sectorial en MI a través de una Comisión del Consejo Consultivo de Salud.
- Ofrecer paquete básico de servicios MI en áreas rurales en donde no existan servicios.
- Diseñar programas educacionales coherentes con áreas y riesgos priorizados.
- Integrar los diferentes programas y departamentos del MSPAS que realizan actividades MI en una sola estructura.
- Fortalecer supervisión orientada a funciones resolutorias de problemas encontrados durante la supervisión.
- Integrar instancias de coordinación a nivel local, con el concepto de SILOS.
- Aumentar el número de los promotores y parteras (MSPAS y ONGs).
- Aumentar la capacidad de resolución de promotores y parteras.
- Integrar o por lo menos homologar, los sistemas de información estadística y gerencial dentro del MSPAS.
- Mejorar la detección y registro de enfermedades infecciosas, principalmente VIH/SIDA.
- Fortalecer la captación de estadísticas vitales a nivel de municipalidades.

Lactancia materna

- Promover la aprobación del anteproyecto de ley de lactancia materna.
- Incluir en el Código de Trabajo disposiciones que permitan a madres lactantes disponer de tiempo para alimentar a sus niños.
- Divulgar normas y procedimientos estandarizados que propicien una lactancia exitosa.
- Apresurar el contacto de la madre con el recién nacido, reduciendo el uso de la anestesia general y reduciendo el lapso entre el parto y la esterilización cuando ésta esté indicada.
- Incluir información sobre alimentación infantil en la enseñanza de los profesionales de salud.
- Divulgar que la alimentación con leche materna es suficiente para satisfacer necesidades de nutrientes y permitir desarrollo óptimo durante los primeros seis meses de vida del niño

Programas alimentarios

- Crear una Unidad de Políticas y Programas Alimentarios y Nutricionales (UPFAN) como una comisión específica del Consejo Consultivo de Salud (CCS).
- Controlar la logística (a nivel local deben llegar paquetes familiares) y asegurar la continuidad en la entrega de alimentos
- Integrar los programas nutricionales como programas regulares de los Ministerios de Salud y Educación
- Desarrollar la educación nutricional conjuntamente con la entrega de alimentos y promover la responsabilidad familiar y comunitaria
- Adoptar sistemas de información que permitan evaluar los respectivos proyectos
- Mantener un buen control de calidad de los alimentos a entregar
- Asegurar la sustentabilidad financiera de los programas alimentarios

Planificación familiar

- El programa de Planificación familiar (PF) debe ser parte integral de los programas de salud reproductiva.
- El Consejo Nacional de Población podría ejercer una acción coordinadora si se le amplía su autoridad y pasa a ser una Comisión del CCS.
- Se debe evaluar el programa con objeto de reorientar la asistencia a las áreas de mayor prioridad y se debe rediseñar el sistema de información.
- Aumentar las opciones en cuanto a métodos de contracepción.
- Capacitar al personal de salud en la aplicación del DIU, la utilización de formulaciones anticonceptivas orales e inyectables y en aplicación de nuevas tecnologías (Norplant) así como sobre sus indicaciones y contraindicaciones.

ETS/VIH/SIDA

- Focalizar la acción del programa en áreas geográficas y en grupos de población seleccionados de acuerdo con factores de riesgo.
- Combinar estrategias de intervención de modo que tengan un efecto sinérgico.
- Capacitar personal del programa en el uso e interpretación de encuestas CAP.
- Coordinar acciones de diagnóstico y tratamiento de ETS, SIDA y cáncer cérvico-uterino
- Enfatizar la comunicación para obtener cambios de conducta.
- Organizar/ampliar la red de distribución y control de calidad de condones. Distribuir instrucciones sobre su uso correcto.
- Reforzar la vigilancia de grupos centinela como Trabajadoras Comerciales del Sexo (TCS) y realizar estudios entre "personas en su lugar de trabajo" para identificar otros grupos de población con mayor riesgo, como motoristas de transporte a larga distancia.
- Proveer de equipos y suministros a los bancos de sangre para que estén en condiciones de realizar una vigilancia estricta sobre donantes y dispongan de los elementos necesarios para la correcta toma de sangre y su almacenamiento.
- Realizar una evaluación técnica del programa actual de Mercadeo Social de Condones (MSC) con objeto de proyectar su expansión.
- Promover la participación activa de ONGs y otras organizaciones privadas en las actividades de MSC.

Ambiente físico

- Reordenar el marco institucional para el manejo integral de cuencas y para la administración de sistemas urbanos y rurales de agua y saneamiento y, abrir espacios a organismos públicos y privados más eficientes.
- Promover la participación de ONGs, municipalidades y organizaciones comunitarias en agua y saneamiento.
- Aprobar la ley de aguas con su correspondiente reglamentación. La ley debe establecer que el agua es un bien público, los criterios de calidad que debe cumplir y las disposiciones sobre vertidos.
- Fortalecer la recuperación de costos (racionalizar el uso y permitir el aumento de cobertura)
- Proteger el recurso agua (sanciones, multas a contaminadores, educación).
- Mejorar abastecimiento de agua a la población rural con apoyo del FIS y MEA.
- Diseñar e implementar un plan de manejo racional de desechos hospitalarios.
- Diseñar e implementar un plan de manejo racional de desechos tóxicos o peligrosos.
- Fortalecer COMURES, ISDEM u otro ente para dar apoyo a las municipalidades.
- Diseñar e implementar rellenos sanitarios en donde no contaminen cuencas.
- Obtener financiamiento para inversiones en adecuados sistemas de recolección y disposición de basuras.
- Elaborar (MSPAS y SEMA) un reglamento para el manejo de basuras.
- Apoyar adopción de Estrategia Nacional del Medio Ambiente preparada por SEMA y otros entes
- Apoyar *Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud* (OPS).
- Apoyar programas de salud y medio ambiente, como MASICA (MSPAS/ANDA/SEMA).

Ambiente social

- Apoyar el enfoque intersectorial (MSPAS y MINED) de educación en salud.
- Promover la lucha contra el analfabetismo, con participación de Sector Público, Privado y voluntariado.
- Reforzar programas de salud mental, incorporándolos a APS.
- Apoyar programas de rehabilitación basados en la comunidad y en grupos de auto-ayuda.
- Promover esfuerzos multi-sectoriales orientados a la disminución de la pobreza.
- Focalizar la atención de salud en los grupos más pobres.
- Apoyar componentes de salud de programas de reinserción productiva de lisiados de guerra.
- Priorizar atención a la mujer y al niño víctimas de maltrato.
- Reforzar los programas integrales de salud familiar y de "niños de la calle".
- Apoyar programas del Sector Público, Privado y voluntariado para la prevención de drogadicción.

Mortalidad por causas externas (homicidios, violencias, accidentes)

- Identificar los factores contribuyentes para la mortalidad por causas externas.
- Identificar los grupos de edad más afectados por tipo de causa.
- La educación, la lucha contra el alcoholismo, las diversiones sanas y las oportunidades de trabajo contribuirán substancialmente a disminuir la mortalidad por causas externas.
- Además de los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona y de los accidentes vehiculares, identificar la importancia de otros accidentes como ahogamiento, incendio, caídas, envenenamiento, intoxicación alimenticia, asfixia por ingestión de objetos y otros accidentes.
- Identificar la importancia de accidentes que sufren los niños menores de 5 años en los domicilios y programar medidas correctivas.
- Diseñar programas multisectoriales para prevenir o combatir las causas mencionadas u otras que surjan como importantes dentro del estudio que se realice.
- Invitar la participación de instituciones del Sector Público y Privado para la puesta en marcha de programas ampliados de prevención, control y rehabilitación.

Discapacitados físicos y mentales

ANSAL apoya las recomendaciones del taller Desarrollo de la Estrategia para la *Rehabilitación Integral de Discapacitados y Heridos de Guerra en El Salvador*, auspiciado por el MSPAS, USAID y PROLIS con la participación de la mayoría de las organizaciones e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, locales e internacionales que están directamente involucradas en el desarrollo de programas en beneficio de los discapacitados de guerra de El Salvador. Como resultado del taller se preparó una estrategia para la rehabilitación integral de los discapacitados.

USAID/El Salvador puso a disposición de ANSAL el borrador del informe final (febrero 1994), el cual se propone la estrategia y los mecanismos de coordinación para llevarla a cabo. En forma resumida, las acciones prioritarias que proponen realizar son las siguientes:

- Terminar la fase de intervenciones médicos-quirúrgicas.
- Ampliar el acceso y cobertura de programas de rehabilitación integral.
- Efectuar una medición de necesidades en el área de salud mental
- Provisión de pensiones temporales y permanentes.
- Depuración y validación del Censo Nacional de Lisiados y Discapacitados a Consecuencia del Conflicto Armado.
- Establecer el procedimiento de verificación y evaluación de beneficios.
- Establecer criterios para la función de la Comisión Técnica Evaluadora.
- Establecer mecanismos para crear una estructura de coordinación e implementación.
- Desarrollo de una red de instituciones y organizaciones públicas y privadas que puedan combinar sus esfuerzos para proporcionar tratamiento continuo a los discapacitados por el conflicto.

Recomendaciones sobre el Sistema de Salud

Sistema de Servicios de Salud

- El MSPAS debe cumplir prioritariamente su función de definir e implementar la Política Sanitaria y el Plan Nacional de Salud; establecer las normas necesarias para una adecuada atención de la salud de la población; ejercer el control del estado de salud de la población; asegurar la atención básica y de mediana complejidad de la población en situación de pobreza y, promover la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de la salud.
- Implementar el Sistema Organizado de Salud y crear como instancia de coordinación el Consejo Consultivo de Salud (CCS).
- Concentrar los recursos del Estado en la Atención Primaria de Salud, determinando un paquete básico de acciones sanitarias.
- Descentralizar el poder de decisión y la gestión de los recursos del MSPAS al nivel local.
- Coordinar la cooperación externa.
- Separar la administración de las prestaciones de los Riesgos Diferidos (IVM) del Seguro Social, de las prestaciones de salud en instituciones diferentes

Financiamiento

- Desarrollar un fondo de salud único, universal y obligatorio financiado con las contribuciones de todos los patrones y trabajadores.

Financiamiento del MSPAS

- Duplicar el financiamiento de la APS, focalizándola en la población más pobre.
- Aumentar los precios al usuario en la atención especializada y hospitalaria y, desarrollar otras fuentes de financiamiento.
- Contener los costos y mejorar la eficiencia.

Presupuesto del MSPAS, mientras se implementa La Reforma.

- Debe ser planificado en base a las necesidades de cada servicio.
- Desarrollar una fórmula de asignación de presupuesto hospitalario, no histórico
- Implementar la descentralización de los servicios desarrollando sistemas de capacitación y control.
- Definir un presupuesto por Municipio o Departamento

Recursos humanos

- Corresponde al MSPAS definir las políticas de desarrollo de los recursos humanos.
- El MSPAS y las entidades formadoras deben delimitar el perfil de las carreras profesionales de acuerdo a las necesidades de salud del país.
- Transferir las escuelas nacionales de enfermería y la Escuela de Capacitación Sanitaria (y sus recursos) al sector formador.
- Priorizar la formación de personal de salud de nivel técnico y auxiliar para la atención del parto.
Revisar el perfil de los promotores del MSPAS y ampliar su capacidad de resolución.
- Promover la formación de médicos de familia.
- Promover la formación de personal de enfermería.
- Priorizar y reformar las carreras tecnológicas adecuándolas a las necesidades del país.

- Implementar un Programa de Residencia Rural para médicos (3 años).
- Aumentar la incorporación de enfermeras y tecnólogos a los servicios de salud.
- Promover la contratación de los médicos por 6 a 8 horas diarias (mínimo 4 horas).
- Aumentar las horas de consulta, incluyendo la tarde y las primeras horas de la noche.
- Estandarizar la asignación del personal, según el modelo de atención.
- Aumentar los salarios de los profesionales y técnicos del MSPAS.
- Proporcionar incentivos positivos para los proveedores de servicios del MSPAS.
- Reforzar la supervisión, la capacitación continua y el seguimiento del personal.
- La Institución a cargo del registro y control de los profesionales debe ser autónoma, con presupuesto independiente y con aranceles que permitan su autofinanciamiento.
- El registro de profesionales debe ser de carácter obligatorio y ser actualizado periódicamente.

Percepción de la comunidad y demanda de los servicios de salud

- Reforzar la supervisión y la capacitación de promotores y parteras. Proverles de equipo y medicinas para tratar enfermedades comunes como IRA.
- Priorizar la atención materno-infantil en el desempeño del promotor.
- Capacitar a un mayor número de parteras para mejorar la cobertura de las áreas periurbanas y rurales.
- Implementar una eficiente red de referencia.
- Contratar a las organizaciones locales para que administren la entrega de APS.
- Desarrollar y ejecutar programas de mercadeo de los servicios de APS.
- Incluir a los farmacéuticos en el sistema de atención primaria de salud.
- Proporcionar servicios básicos de salud comunitaria a comunidades marginales periurbanas.

Administración de productos farmacéuticos

- Implementar una política farmacéutica nacional basada en medicamentos esenciales.
- Fortalecer el Consejo Superior de Salud Pública para que pueda regular y controlar los medicamentos conforme a lo dispuesto por la ley.
- Implementar los tratados de libre comercio de productos farmacéuticos del Grupo de los 4 de Centro América.
- Verificar el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Fabricación (BPF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Solicitar su ingreso al Esquema de Certificación de Calidad de Productos Farmacéuticos Objeto de Comercio Internacional de la OMS.
- Implementar un sistema de información computarizado para el registro de medicamentos
- Armonizar el formulario de medicamentos de las instituciones del Sector Público, comenzando con los medicamentos de atención primaria.
- Llevar a cabo análisis ABC para la adquisición de medicamentos en el Sector Público y analizar la factibilidad de adquisiciones conjuntas entre el MSPAS y el ISSS para los productos farmacéuticos de atención primaria.
- Estudiar la factibilidad de la recuperación de costos para productos farmacéuticos
- Compartir los recursos del MSPAS y del ISSS para garantizar un buen control de calidad

Infraestructura

-
- Priorizar la recuperación de toda la red de instalaciones y de equipamiento existente
 - Evitar la construcción de nuevos hospitales en los próximos 5 años
 - Expandir la infraestructura del MSPAS en forma limitada y sólo en el nivel primario de atención.
 - Dar el debido énfasis a programas permanentes de mantenimiento preventivo.
 - Continuar y reforzar la microplanificación física en el Sector.

Anexo 2

Comentarios sobre la Propuesta de Reforma de Salud

El 16 de mayo de 1994, en San Salvador, ANSAL realizó un seminario nacional que tuvo por objetivos:

- Presentar los hallazgos, las recomendaciones específicas y la Propuesta de Reforma del Sector Salud de ANSAL.
- Recibir de los participantes comentarios, críticas y planteamientos sobre dicha propuesta.

Asistieron 99 participantes; incluyendo autoridades y funcionarios del Sector Público (MSPAS, ISSS), representantes del Sector Privado con y sin fines de lucro (ONGs), representantes y funcionarios de Organismos de Cooperación Internacional.

Durante el seminario se analizaron tres componentes esenciales de La Reforma:

- La reforma institucional del Sector.
- La Reorganización de la Atención Primaria de Salud (APS).
- La Reorganización de la Atención Hospitalaria y Especializada.

El análisis se realizó en 5 grupos de trabajo : 2 para el primer tema, 2 para el segundo y 1 para el tercero. Las discusiones y la presentación de las conclusiones de los grupos se organizaron en base a guías de discusión establecidas por ANSAL. Así, el tema de *La Reforma Institucional del Sector* se subdividió en tres subtemas: el rol de las diferentes entidades integrantes del Sector, la transformación del ISSS en FONASA y la creación del Sistema Organizado de Salud y del Consejo Consultivo de Salud. El tema de la *Reorganización de la Atención Primaria de Salud* se subdividió en dos subtemas: la descentralización (que incluye: municipalización, SALUCOs y participación comunitaria) y la Canasta Básica de servicios (servicios a incluir o excluir, recursos humanos que prestarán dichos servicios y modelo de financiamiento). En el tema de la *Reorganización de la Atención Hospitalaria y Especializada*, se solicitó a los participantes que identificaran los problemas y las ventajas de la propuesta.

Sobre cada uno de los temas analizados se presentan a continuación las conclusiones a las que arribaron los grupos de trabajo. Las conclusiones se transcriben siguiendo la forma esquemática usada por los grupos en sus presentaciones ante el plenario del seminario. Luego de las conclusiones de cada grupo se presenta, para cada tema, un resumen y comentario a cargo del equipo ANSAL.

*Tema: La Reforma Institucional del Sector***Grupo I***Subtema I. Roles institucionales*

- MSPAS
 - Rector del Sector en sus componentes público y privado.
 - Dicta las reglas y normas.

- Supervisión.
 - Coordinación del sistema.
 - Prestador de servicios en una primera etapa.
 - Define las políticas de salud para el sistema.
 - Formula los planes de salud.
 - Vigilancia epidemiológica.
 - Gestor y coordinador de la cooperación internacional.
 - Velar por la implementación de las leyes relacionadas a la salud.
- El Consejo Superior de Salud Pública debe ser :
 - Asesor del MSPAS (cambio de nombre y redefinición de sus integrantes y su rol).
 - Juntas de Vigilancia:
 - Que la autorización y vigilancia de las profesiones pase a ser un rol de los colegios profesionales.
 - Que la vigilancia y control de los establecimientos pase al MSPAS.
 - Instituciones que trabajan en el campo del medio ambiente
 - MSPAS: Debe tener función normatizadora, controladora de los factores del medio ambiente que afectan la salud humana.
 - ANDA: Debe tener una función normadora y reguladora del abastecimiento de agua y la disposición de excretas a nivel nacional.
 - FIS: función de ejecutor y financiador de proyectos en el área de la salud.
 - SEMA: Coordinar a las instituciones relacionadas con actividades del medio ambiente.
 - Municipios: Se debe fortalecer su capacidad técnica, administrativa y financiera para asumir, en coordinación con su comunidad, sus responsabilidades en la preservación del medio ambiente.
 - Sector Privado: prestador de servicios de atención a la salud bajo contratación por licitación.

Subtema II. Transformación del ISSS en FONASA.

El grupo considera que la propuesta debe ser sometida a un análisis de:

- Viabilidad política.
- Factibilidad técnica y económica.

Se debe estructurar un grupo multidisciplinario local y multiagencial (que el Colegio Médico participe) para llevar a cabo los puntos anteriores.

Debe ser desarrollado en forma progresiva y racionalmente.

Subtema III. Creación del Sistema Organizado de Salud y del Consejo Consultivo de Salud

El grupo está de acuerdo con la creación de estas entidades. Se propone que el Consejo Consultivo de salud se forma a partir del actual Consejo Superior de Salud Pública

Grupo II*Subtema I. Roles institucionales*

- MSPAS
 - Formulación de políticas.
 - Normatización.
 - Vigilancia y supervisión.
 - Financiamiento.

Esto implica cambios en el marco legal; por lo tanto debe ser gradual y participativo.

- Consejo Superior de Salud Pública y Juntas de Vigilancia.
 - Calificación de profesionales y acreditación de instituciones.
 - Registro de productos farmacéuticos, cosméticos y alimentos (establecimientos productores).
 - Calificación de la propaganda.
 - Control de materias primas y productos tóxicos.
 - Todas las atribuciones que le establece el Código Sanitario.
 - El Presidente del CSSP debe ser el Presidente nato del Consejo Consultivo de Salud.
- Instituciones que trabajan en el campo del medio ambiente
 - SEMA: Formular políticas para el control del medio ambiente y coordinar con otras instituciones (ANDA, municipios, etc.) lo relacionado con el mejoramiento del medio ambiente.
 - ANDA: Proveer abastecimiento equitativo de agua potable a toda la población.
 - FIS: es una entidad transitoria, que continúe con su rol.
 - Municipios: Se los debe fortalecer para la real descentralización de los servicios.
 - El Sector Privado debe utilizar procesos de producción con tecnología limpia (evitar la contaminación).
- Sector Privado
 - Entrega de servicios.
 - Proveedor de insumos.

Subtema II. Transformación del ISSS en FONASA

- Es deseable la universalización del seguro médico.
- Es deseable que se separen los dos fondos (salud y previsión).
- En este momento no es viable.
- Existen limitaciones económicas.

Subtema III. Sistema Organizado de Salud y Consejo Consultivo de Salud

Se está de acuerdo siempre y cuando se le brinde el apoyo y los recursos necesarios para su efectiva implementación. Se está de acuerdo con el objetivo de una atención adecuada y equitativa a toda la población, buscando mejores niveles de eficacia y eficiencia.

Dudas

- La organización propuesta no garantiza necesariamente la atención hospitalaria especializada a la población de menores recursos económicos.
- La atención primaria en manos de los municipios no garantiza la eficacia y la eficiencia de los servicios.

Resumen de las conclusiones de los grupos y comentarios de ANSAL

- Hubo total acuerdo con la reforma planteada por ANSAL, en que el rol de rector del Sector corresponde al MSPAS.
- En cuanto a las Instituciones que trabajan en el sector medio Ambiente los grupos propusieron que la función de coordinación general las desempeñe SEMA. Los grupos proponen que el MSPAS elabore las normas en lo que respecta a la relación del medio ambiente con la salud de las personas; y responsabilizo a ANDA del abastecimiento de agua a nivel nacional.
- En el tema de la transformación del ISSS en FONASA planteada como un componente importante de la reforma, los grupos coincidieron en que este tema es conflictivo. Por lo tanto debe ser tratado con mucha cautela, realizando, previamente a cualquier toma de decisión, estudios profundos tanto desde el punto de vista técnico y económico como desde el punto de vista político.
- Con respecto a la creación del Sistema Organizado de Salud ambos grupos están de acuerdo con esta parte de la Reforma.

Tema: Reforma de la Atención Primaria de Salud

Grupo I

Subtema I. Descentralización del Sector Salud

A. Municipalización

Problemas:

- Deficiencia de la capacidad instalada en la mayoría de las municipalidades
- Sobrecarga de funciones gerenciales adicionales en un corto período (saturación de las instituciones receptoras de nuevas funciones, asignadas o delegadas dentro del esquema de descentralización por varios ministerios, como Salud, Educación y otros).
- Limitada capacidad gerencial de los gobiernos municipales para identificar y abordar necesidades en salud.
- Falta de un marco legal que defina claramente los mecanismos de asignación de partidas presupuestales.
- Falta de participación activa de las comunidades en la toma de decisiones.
- Peligro de interferencia de "manipulaciones político-partidistas".
- Falta de reconocimiento de la autoridad de los gobiernos municipales (inserción o ejecución de nuevos programas generados en otros niveles y ofrecidos por el nivel central, sin consulta previa con los Alcaldes).
- Limitado conocimiento del método de planificación a nivel municipal y poco uso del mismo por parte de los gobiernos locales respectivos.

Soluciones

- Coordinar con COMURES e ISDEM la elaboración de un diagnóstico sobre capacidad instalada, evaluar la viabilidad del proyecto y programar la adecuación de recursos que permitan desarrollar las nuevas funciones en forma eficiente.
- Delegar funciones hacia el Consejo Municipal y otros grupos organizados dentro de la comunidad.
- Asesoría y capacitación del personal a través de instructivos de fácil comprensión.

B. SALUCO**Problemas**

Falta definir:

- El sistema de referencia y de contrarreferencia
- La participación interinstitucional e intersectorial
- La estratificación de las diferentes clases sociales en términos de capacidad adquisitiva y su respectivos aportes al sistema.
- El diseño de un sistema contable ágil y adecuado.

Soluciones

- Hacer efectiva la descentralización técnica, administrativa y financiera a través de los SILOS.

C. Participación comunitaria**Problemas**

- Limitada participación de las comunidades no organizadas.
- Limitada participación activa de las comunidades en la detección de sus problemas; en la actualidad se prioriza la oferta sobre la demanda, al contrario de lo que debería ocurrir.
- Limitada capacidad de autogestión de sus problemas por parte de la comunidad.

Soluciones

- Promover e integrar la participación social en todas las etapas del proceso de planificación de programas y proyectos

Subtema II. Canasta Básica de Servicios

- El grupo consideró que debe incluir:
 - Atención al medio ambiente a través de la educación y gestión.
 - Adecuar la Canasta Básica al perfil epidemiológico de cada lugar.
- El grupo consideró que no hay ningún servicio a excluir.
- Los servicios de la Canasta Básica pueden ser brindados, además de los incluidos en la lista, por: Inspectores de saneamiento y otros agentes de salud a nivel comunitario.
- Pago por persona protegida y subsidio total del Estado:
El grupo opina que se debe pagar una cantidad estimada en base a un cálculo "per-cápita" y no por servicio prestado, para evitar abusos.

Grupo II

Subtema I: Descentralización del Sector Salud

A. Municipalización

Problemas

- Poco nivel de gestión y ejecución de algunos municipios.
- Posible burocratización a nivel del grupo departamental de apoyo (MSPAS).
- Politización del proceso de reforma; peligro de un parcialismo político a nivel local.

Soluciones

- Capacitación para prepararlos para la gestión municipal.
- Crear comisión de salud para apoyar el municipio.
- Que el Municipio subcontrate a aquellos que le puedan ayudar.
- Dar suficiente poder de decisión al municipio.
- Desconcentrar (en la etapa intermedia) al MSPAS y reestructurarlo.

El Grupo Departamental de Apoyo debe tener funciones claras:

- Supervisión y apoyo a la Canasta Básica
- Funciones desconcentradas de los programas descentralizados (P.E. saneamiento) y que sea ágil y eficiente.
- Adoptar urgentemente la estrategia de la reforma y negociar el apoyo de los organismos de cooperación de manera que garantice la participación en el proceso de los diferentes sectores sociales (p.e. ONGs) y políticos.

B. SALUCO

Problemas

- Posibilidad de que la referencia y contrarreferencia al nivel superior de atención no sea eficiente.
- Que existan ineficiencias en la información.
- Baja capacidad resolutoria y de decisión de los servicios de salud por falta de la autonomía necesaria para la administración de los recursos.

Soluciones

- Implementar un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia que asegure la atención del paciente. Hacer capacitación para una gestión ágil y adecuada.
- Implementar un sistema de información, sanitaria y financiera, ágil y completo.
- Reforzar integralmente los servicios de salud
 - Equipos
 - Personal preparado (capacitación)y darles autonomía para administrar y asignar recursos.

C. Participación comunitaria

Problemas

- Hay promotores que prestaron y prestan servicios en sus comunidades pero no están reconocidos por el MSPAS y por lo tanto no han sido incorporados al sistema.
- Falta de información de los promotores y parteras de cómo deberán actuar cuando esté implementada la reforma.

- Hay parteras que están atendiendo a la población y no están capacitadas.
- Curanderos están aislados del sistema.
- Que otras instituciones no participen y no se incorporen al proceso de reforma.

Soluciones

- Hacer un curso de nivelación de promotores en coordinación con el MSPAS, para ser incorporados.
- Informar y capacitar a parteras y promotores para que sepan cómo les afectará la Reforma.
- Capacitar a todas las parteras a fin de incorporarlas al SALUCO.
- Formar a los curanderos e incorporarlos al sistema
- Firme decisión política al mas alto nivel y proceso de información a todos los niveles.

D. Canasta Básica

- El grupo consideró que se debe incluir:
 - Atención al recién nacido (dar un énfasis especial aunque se supone que está incluido en la atención al menor de un año)
 - En educación sanitaria incluir a los padres
 - Incluir la promoción de los derechos del niño y de la mujer
 - Atención Primaria para discapacidades físicas
 - Tercera edad
 - Salud oral: flúor, cepillado, y educación sanitaria
 - Algún programa para incentivar la producción de alimentos
 - Capacitación para uso de medicamentos básicos
 - Recordar que dentro del control de crecimiento y desarrollo se debe hacer estimulación temprana
- Los servicios de la Canasta Básica pueden ser brindados total o parcialmente por:
 - Promotores con capacidad ampliada
 - Voluntarios.
 - Parteras.
 - Madres, padres, niños.
 - Curanderos.
 - Enfermeras, a las que se debe dar mayor participación y protagonismo en la entrega de servicios de APS y en trabajos comunitarios de salud.
 - Médicos y Paramédicos (los trabajadores de la salud pueden ser tanto del MSPAS, como de ONGs).
- Pago por persona protegida y subsidio estatal

Problemas

- Migración interna intensa sobretodo en época de cosecha.
- Paternalismo Estatal al dar en forma gratuita los servicios
- Nivel de pobreza difícil de determinar

Soluciones

- Establecer sistema de información y referencia entre SALUCOs.
- Pagos mínimos ó simbólicos de las personas que puedan hacerlo, proporcional a sus ingresos, aun por debajo del nivel de pobreza.

- Definir el nivel de pobreza en base a: visitas domiciliarias, preguntas indirectas (si se pregunta directamente el ingreso familiar las respuestas pueden no ser confiables)

Resumen de las conclusiones de los grupos y comentarios de ANSAL:

Ante la propuesta de municipalización de ANSAL, ambos grupos plantearon inquietudes basadas en: la poca capacidad de gestión de muchos municipios, problema que, a su entender, no será fácil de superar a corto plazo. También preocupó la reacción que pudieran tener los actuales funcionarios del MSPAS ante el cambio de su situación laboral y la posibilidad de perder alguno de sus derechos adquiridos, así como la posibilidad de intromisión de factores políticos en el desempeño de los servicios.

Los grupos propusieron que los servicios de salud tengan autonomía y poder de decisión a fin de que no se deteriore su funcionamiento y organización, por la dependencia de una entidad que, a consideración del grupo, no entiende del tema salud (el municipio). También han propuesto que la Reforma sea dirigida y controlada en su implementación por un grupo nacional en el que tengan participación ONGs y representantes de todas las tendencias políticas. La propuesta de ANSAL no contempla la formación de este tipo de grupo ya que plantea como foro de coordinación, concertación y búsqueda consensuada de soluciones a los problemas, al Consejo Consultivo de Salud, considerando innecesario implementar otro tipo de entidad.

Hay consenso con ANSAL en cuanto a la formación de SALUCOs, aunque a nivel de los grupos por momentos fue difícil discernir entre SALUCOs y SILOS. El concepto de SALUCO de ANSAL difiere de los actuales SILOS que funcionan en el país, en que el SALUCO administra sus recursos con amplio poder de decisión. Preocupó a los grupos la accesibilidad de los pacientes referidos por el SALUCO a niveles superiores de atención. Se aclaró a los participantes que la propuesta de ANSAL incluía un sistema eficiente de referencias y contrarreferencias.

Al igual que en la propuesta, los grupos consideraron importante la participación comunitaria. Los participantes propusieron que se realizase por medio de la formación de una Comisión de Salud que apoye al municipio, propuesta que coincide con el concepto de participación comunitaria de ANSAL.

Se planteó también la integración al sistema de los promotores que actualmente están marginados (generalmente ex-brigadistas), de las parteras que aún no han sido capacitadas; así como de curanderos y voluntarios. Este planteamiento, a consideración de ANSAL, no corresponde al tema de participación comunitaria tal como está conceptualizada en el proyecto: donde la comunidad participa activamente en la gestión y administración de los servicios de salud.

No se excluyó ningún servicio de la Canasta Básica presentada por ANSAL. Se propuso añadir algunos que se detallan en las conclusiones del seminario y que son compatibles con el nivel de atención propuesto. En lo que respecta a la inclusión del tema de saneamiento ambiental en la Canasta Básica, ANSAL lo incorpora dentro del componente de Educación Sanitaria, pero no incluye la ejecución de actividades específicas como construcción de sistemas de agua, etc.

Preocupó a un grupo la creación del Grupo Departamental de Apoyo del MSPAS incluida en la propuesta, considerando que puede burocratizarse fácilmente. Se consideró importante restringir sus funciones estrictamente al plano técnico (tal como lo define ANSAL) a fin de que no peligre la autonomía de los SALUCOs. Un grupo consideró que el Grupo Departamental de Apoyo podría hacerse cargo de supervisar actividades de saneamiento básico a nivel departamental.

En lo que respecta a quiénes pueden brindar la Canasta Básica, los grupos coincidieron en dar más protagonismo y nivel de resolución a promotores y enfermeras. Asimismo propusieron incorporar a la comunidad: madres, padres, niños, curanderos, voluntarios, etc. a actividades de promoción, prevención y educación sanitaria, coincidiendo con el enfoque de ANSAL.

Uno de los grupos propuso como problemas a tener en cuenta: la importante migración interna causada por las cosechas que hace necesario un sistema de referencia entre SALUCOs, y el peligro de empeorar el paternalismo estatal al entregar en forma totalmente gratuita la Canasta Básica, aún a personas que a pesar de estar bajo el nivel de pobreza, podrían hacer un pequeño aporte al servicio. Preocupó bastante al grupo la metodología que se usará para determinar el nivel de pobreza de los usuarios, considerando que las respuestas a preguntas referentes a ingresos económicos no son confiables en muchas ocasiones. El método que dará información más adecuada es la visita domiciliaria, pero no es la más fácil y práctica, considerando la dispersión de la población en el sector rural.

Tema: Reorganización de la Atención Hospitalaria y Especializada

Subtema I. Privatización de hospitales

Problemas

- restricciones del marco legal actual
- RRHH (empleados públicos que dejan de serlo)
- Malas condiciones de las plantas físicas y equipamiento para relizar una eficiente venta de servicios
- Falta educación a los usuarios para que utilicen los servicios
- Inestabilidad de La Reforma ante cambio del Gobierno y/o Política
- Oposición de sectores políticos, universitarios y sociales (sindicatos, empleados)
- Existe el concepto de que la privatización se hace con fines de lucro
- Politización de la privatización
- Rechazo al indigente, al paciente de tercera edad o en estado crítico
- Rechazo de los usuarios al Sistema

Ventajas

- Descentralización y autonomía
- Recuperación de costos
- Capacitación
- Administración por patronatos.
- Planteado para ser realizado progresivamente y con apoyo técnico y administrativo
- Mayor cobertura por el seguro
- Mayor calidad del servicio
- Mejora en salarios, beneficios, incentivos.

Conclusiones

- Hay temor a la privatización por parte de los beneficiarios/usuarios
- Se aprueba la propuesta de un sistema mixto de financiamiento, ni totalmente estatal ni totalmente privado, implementado progresivamente.

- Hay inquietud en la forma en que sería implementada esta reforma.
- La cobertura sería incompleta

Subtema II. Canasta Ampliada

Debe incluir:

- Consulta externa general y especializada
- Rutina laboratorial y radiológica
- Algunos exámenes especializados
- Hospitalización (tener en cuenta la epidemiología del país y de las hospitalizaciones)
- Emergencias
- Cuadro básico de medicamentos
- Rehabilitación

Resumen de las conclusiones de los grupos y comentarios de ANSAL

El grupo consideró los problemas y ventajas de la propuesta y concluyó que se debe estudiar cuidadosamente la forma en que se implementaría. La palabra privatización, así como la posible pérdida, por parte de los indigentes, del acceso a servicios no incluidos en la Canasta Ampliada pero imprescindibles para su curación puede causar una reacción negativa a este componente de La Reforma. Se debe destacar que la propuesta ANSAL contempla acompañar el proceso de implementación de la Reforma con una estrategia de información amplia y sistemática tanto a la población en general como a los funcionarios de salud y los usuarios de los servicios a fin de que comprendan el concepto de la privatización tal como esta encarada por ANSAL. En cuanto a las limitaciones de la Canasta Ampliada, en varios comentarios vertidos dentro de la discusión se refleja la presión de los especialistas con respecto a la prestación de servicios complejos y a la dificultad del cuerpo médico de aceptar limitaciones explícitas.

El grupo consideró que la Canasta Ampliada debe contener servicios que en conjunto cubran un alto porcentaje de las patologías más comunes, conforme al perfil epidemiológico de las hospitalizaciones que se realizan actualmente en los servicios. La propuesta ANSAL propone un balance entre la mejor cobertura posible y el costo de la misma teniendo en cuenta que el seguro universal y obligatorio que dará accesibilidad a esta Canasta a la población bajo el nivel de pobreza estaría financiado por el Estado, cuyos recursos financieros son limitados, así como también es limitada la capacidad de pago de los usuarios no pobres y no subsidiados.

Los participantes están de acuerdo con el sistema mixto de financiamiento (usuario-Estado) que propone ANSAL.