

PN ABI-517  
92113



## *Análisis del Sector Salud de El Salvador*

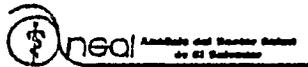
# *La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia*

---

*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*

## *Síntesis Ejecutiva*



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

La redacción de esta síntesis ejecutiva fue realizada por el equipo ANSAL, bajo la responsabilidad del Lic. Mauricio Silva y supervisada por el Dr. Alfredo Solari, Director del Proyecto.

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

El contenido de esta publicación puede ser reproducido 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

---

<b>Capítulo I PANORAMA GENERAL</b>	<b>1</b>	
<hr/>		
<b>Capítulo II UN SECTOR QUE REQUIERE LA REFORMA Y UN CONTEXTO QUE LA FACILITA</b>	<b>5</b>	
1 El contexto político, económico y social/5		
2 Situación demográfica y de salud/6		
3 El Sistema de Salud/10		
<hr/>		
<b>Capítulo III LA NECESIDAD DEL CAMBIO Y SUS LINEAMIENTOS GENERALES</b>	<b>15</b>	
1 Mantenimiento del status quo/15		
2 Principios orientadores de La Reforma/16		
• <i>Redefinición la función del Estado/16</i>		
• <i>Focalizar la acción del Estado en la Atención Primaria de Salud y en los pobres/17</i>		
• <i>Fortalecer los diez programas prioritarios/17</i>		
		• <i>Priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades/17</i>
		• <i>Aumentar el Financiamiento al Sector y reestructurar sus fuentes/17</i>
		• <i>Crear un sistema organizado de salud/17</i>
		• <i>Descentralizar y mejorar la eficiencia del Sistema de Salud/17</i>
		3 Restricciones y potencialidades de los cambios/18
<hr/>		
		<b>Capítulo IV LA REFORMA DEL SECTOR SALUD</b>
		<b>22</b>
		1 Reorganización de la Atención Primaria de Salud/22
		2 Reorganización de la Atención Hospitalaria y Especializada/24
		3 Reorganización institucional del Sector/26
		4 Fortalecimiento de los acciones sobre el medio ambiente/28
<hr/>		
		<b>ANEXOS</b>
		<b>29</b>
		1 Recomendaciones específicas/29
		2 Reforma de salud: Gastos en APS y AEH/34

---

# SIGLAS

---

<b>AHE</b>	Atención Hospitalaria y Especializada	<b>EDA</b>	Enfermedad Diarreica Aguda
<b>AID</b>	Agencia de los EE UU. para el Desarrollo Internacional	<b>ETS</b>	Enfermedades de Transmisión Sexual
<b>AMSS</b>	Area Metropolitana de San Salvador	<b>FONASA</b>	Fondo Nacional de Salud
<b>ANDA</b>	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillado	<b>GOES</b>	Gobierno de El Salvador
<b>ANSAL</b>	Análisis del Sector Salud de El Salvador	<b>IRA</b>	Infección Respiratoria Aguda
<b>ANTEL</b>	Administración Nacional de Telecomunicaciones	<b>ISSS</b>	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud	<b>JVPS</b>	Junta de Vigilancia de la Profesión de Salud
<b>BPN</b>	Bajo Peso al Nacer	<b>MSPAS</b>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
<b>CCS</b>	Consejo Consultivo de Salud	<b>ONGs</b>	Organizaciones no Gubernamentales
<b>CEL</b>	Comisión Hidroeléctrica del Río Lempa	<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>CNS</b>	Consejo Nacional de Salud	<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>CSSP</b>	Consejo Superior de Salud Pública	<b>RRHH</b>	Recursos Humanos
		<b>SALUCO</b>	Sistema de Salud Comunitario

## ***I 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, sobretodo 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) y,**
- **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** ♦

## **II UN SECTOR QUE REQUIERE LA REFORMA Y UN CONTEXTO QUE LA FACILITA**

### **1 El contexto político, económico y social**

Las características principales del contexto político, económico y social que hereda el próximo gobierno de El Salvador son:

- en lo **político**: el logro de la paz y un deseo de consolidar la democracia;
- 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;
- 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.

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

La firma de los Acuerdos de Paz de Chapultepec, hace poco más de dos años, dan inicio a un proceso intenso de reconciliación nacional que permite asegurar un 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 administración que termina dio comienzo a procesos de ajuste estructural y económicos que incluyen la apertura económica, la reforma fiscal y la modernización del Estado. Las organizaciones internacionales con las que el país trabaja ponen énfasis en un proceso basado en un

equilibrio entre el progreso económico y el social. Varios de estos factores permiten y exigen, una reorganización del Estado e incrementan las expectativas de cambios sociales.

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 y, 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 el sector salud 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.

La **apertura democrática, las elecciones y el clima de paz** crean un ambiente que exige mayores prestaciones sociales, sobretodo para los mas pobres, pero a la vez permite los ajustes -algunas veces difíciles- para lograr esa mayor equidad y eficacia. Las elecciones de marzo/abril de este año, evidencian un acuerdo nacional en un modelo de desarrollo que, entre otros, potencialice a los actores de la sociedad civil, continúe el crecimiento económico y fortalezca la inversión social. Existe un convencimiento

nacional de que el Estado es en general, poco eficiente para proveer servicios, de que todos los salvadoreños deben contribuir al bienestar social y de que éste es necesario para la paz y para el crecimiento económico. La apertura democrática y el fin de la guerra 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.

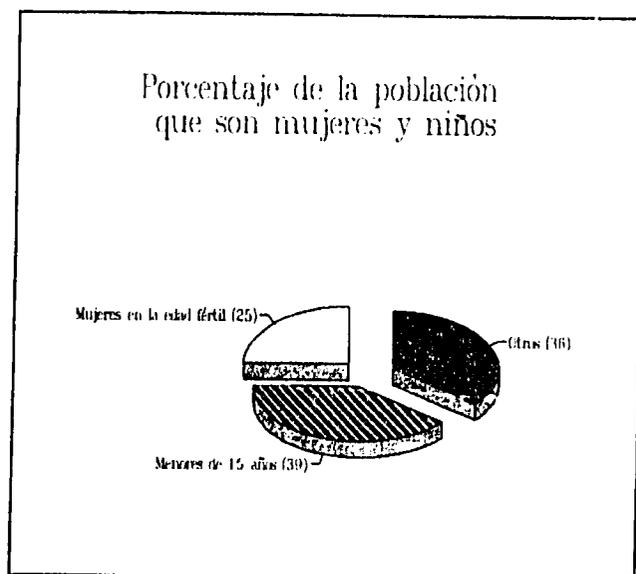
Por último, pero lo más importante dentro de estos factores estructurales, está la **postergación de amplias capas de la población en situación de pobreza**. Históricamente la distribución de la riqueza, el ingreso, las oportunidades y el bienestar han sido muy desiguales, con particular postergación de la población rural y urbano marginal. Los niveles de pobreza son muy altos y reducirlos es un imperativo moral importante que enfrenta el país. El Banco Mundial estimó que aproximadamente un 50% de la población se encuentra en situación de pobreza, con un 12% en situación de pobreza absoluta; ésta es mayor en las áreas rurales. MIPLAN estima porcentajes más elevados.

Este contexto propicia la reforma de salud por la necesidad de reducir la pobreza y por la coincidencia entre los lineamientos generales que la orientan y las reformas ya iniciadas por el GOES.

## 2 Situación demográfica y de salud

Los datos del Censo de Población de 1992, muestran que en El Salvador la pirámide de población presenta una base amplia. En 1992, un 39,2% de la población tenía menos de 15 años. Casi una cuarta parte -aproximadamente 1.2

millones- son mujeres en edad fértil. Ello significa que cerca del 65% de los salvadoreños son niños menores de quince años) o mujeres en edad fértil. La población crece, en el período 1990-95, a una tasa anual del 2,2%, con una fecundidad promedio de 3,5 niños por mujer en edad fértil.



Por ser la población pobre la destinataria de los programas sociales, es importante señalar algunas de sus características principales. La población rural es bastante dispersa, la urbana marginal muy concentrada. Sus niveles de educación son bajos. En 1992, el 24% de los niños con edades comprendidas entre 7 y 12 años no estaban matriculados entre 1 y 6 grado. El 29% de los adultos eran analfabetos, con mayor proporción entre las mujeres y en el área rural.

Los datos de distribución de la población por grupos de edad, las tasas globales de fecundidad -especialmente altas en las zonas rurales-, los embarazos en edad temprana y las tasas de mortalidad, subrayan la importancia de dar **prioridad en la atención al binomio madre e hijo**.

**Las condiciones de salud de la población han mejorado** en los últimos años. La tasa de mortalidad materna bajó de 4,6 en 1987 a 3,7 en

1990 (x 10.000 niños recién nacidos vivos). Durante el período 1950-1993, El Salvador logró el descenso de su Tasa de Mortalidad Infantil a una



## Condiciones que han Mejorado

- La tasa de mortalidad infantil bajó de 118/1.000 en 1970 a 57/1.000 en 1985-90
- Las enfermedades inmuno-prevenibles han disminuido gracias a la cobertura de vacunación
- Las tasas de tos ferina, sarampión y tétanos neonatal han decrecido
- Los coeficientes de desnutrición en niños menores de 5 años han disminuido
- La deficiencia de yodo y la prevalencia de bocio han descendido a más de la mitad
- El número de casos de paludismo se redujó de casi 100.000 en 1980 a unos 4.000 en 1990

tercera parte. Otros países de la Región lo ha logrado sólo a la mitad.

Las enfermedades inmuno-prevenibles han mostrado una evolución muy positiva. Se han logrado coberturas satisfactorias de vacunación y las tasas de prevalencia de estas enfermedades han disminuido. Según la OPS el país se encuentra libre de poliomielitis y difteria. Las tasas de tos ferina, sarampión y tétanos neonatal han decrecido. Los coeficientes de desnutrición han disminuido, especialmente entre los niños menores de 5 años. La deficiencia de yodo y la prevalencia de bocio han descendido a más de la mitad desde 1965 a 1990. El número de casos de paludismo se redujo de cerca de 100 mil en 1980 a menos de 4 mil en 1993.

A pesar de los logros mencionados, en la situación de salud de la población salvadoreña aún predominan las enfermedades infecciosas, las derivadas de una nutrición inadecuada y de la

contaminación del medio ambiente.

Las cinco principales causas de muerte del niño son la diarrea, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), el bajo peso al nacer, las anomalías congénitas y el trauma del nacimiento. Las IRA, infecciones intestinales y el parasitismo intestinal, constituyeron en 1990, más del 80% de las consultas y egresos hospitalarios de los niños menores de 5 años. Un alto porcentaje de las muertes ocurridas en los niños son evitables, particularmente aquellas debidas a la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), IRA y al bajo peso al nacer.

**La atención de los niños menores de un año** requiere principalmente un enfoque preventivo, educacional, participativo y curativo básico. La descontaminación del medio ambiente, el mejoramiento de la nutrición de la embarazada, del recién nacido y el niño y el control efectivo del embarazo, parto y desarrollo del niño deberían ser los componentes fundamentales de una estrategia efectiva de abatimiento de la mortalidad infantil. Ello enfatiza la necesidad de facilitar el acceso oportuno de las mujeres embarazadas y madres con niños lactantes a los servicios de salud, mejorar el conocimiento y prácticas de la madre en relación con la lactancia materna y la referencia eficaz de casos de alto riesgo.

**En el grupo de 1 a 4 años** las IRA son la primera causa de defunción. Frecuentemente las IRA se inician en forma leve pudiéndose agravar en la evolución. En los países en desarrollo, el entrenamiento de promotores de salud en la detección precoz y el manejo apropiado de IRA y diarreas ha contribuido en forma importante a reducir la mortalidad por estas enfermedades. Los promotores del Ministerio de Salud pueden tratar casos leves pero no están habilitados a manejar antibióticos, debiendo referir los graves de IRA a los establecimientos de salud. Sin embargo, el 40% de las referencias efectuadas por los promotores de salud se quedan sin completar. En parte por ello, principalmente en las zonas rurales, es tan frecuente la medicación sin la prescripción y supervisión adecuada.

**La nutrición** insuficiente e inadecuada de las embarazadas, de los recién nacidos y de los niños menores de cinco años, constituye uno de los problemas de salud más importantes de esos grupos. La desnutrición crónica sigue afectando a más de un 20% de los niños salvadoreños, porcentaje que se eleva a un 28% entre los niños que residen en el medio rural.

La desnutrición es más severa en algunas áreas y más importante en algunos micronutrientes. Existen municipios con índices especialmente elevados de desnutrición, lo que permite focalizar programas. A pesar de los logros señalados, la deficiencia de yodo, que afecta la capacidad mental, la coordinación motora y el desarrollo neuromuscular, todavía es muy alta. Ello pudiera erradicarse con medidas de muy bajo costo y fácil implementación, como es la yodación de la sal. Algo similar ocurre con la vitamina A, la cual tiene una correlación importante con muertes por enfermedad diarreica y sarampión. Para 1988, todavía existía un 36% de deficiencia de esta vitamina lo que se puede remediar fortificando el azúcar de uso doméstico. Los Ministerios de Salud y Educación han implementado programas de entrega de alimentos más eficientes, pero de limitada cobertura.

**Los problemas de salud de la mujer** en edad fértil son importantes en función de la proporción de la población comprendida en este grupo (25%) y de la intensidad de la actividad reproductiva. Los problemas principales de este grupo son la alta fecundidad, el poco espaciamiento entre embarazos, las enfermedades de transmisión sexual y el cáncer cérvico-uterino. Las tasas altas de fecundidad en mujeres jóvenes reflejan que muchas mujeres inician su vida sexual en edades tempranas y no utilizan métodos para prevenir o espaciar adecuadamente sus embarazos. A los 18 años, el 50% de las mujeres ya ha tenido su primera relación sexual y a los 20 su primer hijo.

**La planificación familiar** en El Salvador ha aumentado, subiendo el porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan algún método de planificación del 22% en 1975 al 53% en 1993. Sin embargo, sólo el 15% utiliza métodos temporales

eficaces, señalando el alto porcentaje de esterilizaciones y la poca aceptación de los métodos efectivos de planificación temporal. La población rural muestra indicadores menos favorables en el uso de métodos contraceptivos. El promotor de salud y la partera empírica son recursos ideales para incrementar la cobertura de las actividades de educación sexual y salud reproductiva en los grupos de mayor riesgo. La intervención de los promotores de salud del MSPAS en el programa de planificación familiar varía según el nivel de coordinación de éstos logrado con los médicos de los establecimientos a donde son referidas las pacientes, señalando una vez más, la necesidad de un enfoque integral en la reorganización del sistema de salud.

**La tasa de cáncer cérvico-uterino** en El Salvador es una de las más altas en América Latina. **Las enfermedades de transmisión sexual (ETS)**, el **SIDA** y otras han tenido un aumento sostenido. Los factores principales que inciden en esta problemática son: el patrón social en relación a la vida sexual; la temprana edad en el inicio de las relaciones sexuales; la cantidad de compañeros sexuales y, principalmente, la falta de programas de prevención, educación y promoción. Es muy importante la identificación y tratamiento de los portadores de ETS. Para muchas mujeres el control prenatal constituye la única oportunidad para obtener este diagnóstico. El SIDA ha ido en aumento, estimándose un total de 30 mil personas infectadas por el virus VIH. Es justamente en etapas tempranas de la propagación de la enfermedad, previo a que alcance dimensiones epidémicas, cuando su prevención es necesaria, más eficaz, menos costosa y tiene mayor impacto.

**Las muertes por accidentes y violencia** hacen de esta categoría una de las principales causas de muerte en el país. Homicidios, accidentes vehiculares y de otro tipo son sus manifestaciones más frecuentes. Los factores que contribuyen a los accidentes y la violencia son el consumo de alcohol y de drogas, la pobreza, la falta de educación y de oportunidades y los desajustes personales y familiares provocados por el conflicto armado y la recesión económica. Estos últimos provocan además formas menos aparentes, pero

importantes, de violencia. Muchas de estas causas pueden corregirse con educación, recreación sana,



## *Problemas en el Medio Ambiente*

- El 45% de las fuentes de agua están contaminadas
- El 67% de la población no está conectado a un sistema de alcantarillado
- El 48% de la población rural no tiene ningún sistema de disposición de basura
- El 50% de los residuos sólidos generados dentro de las ciudades quedan sin recolectar
- El 69% de las cabeceras departamentales no cuentan con servicio de recolección de basura

oportunidades de trabajo y, combatiendo el alcoholismo y las drogas.

**El medio ambiente** del país es deficiente, situación que afecta particularmente a los pobres. El 45% de la población no cuenta con abastecimiento público de agua; este porcentaje se eleva al 84% en el área rural. El servicio de agua es deficiente; de las fuentes de agua analizadas en un estudio reciente, el 45% estaba contaminado; sólo un tercio de la población cuenta con sistema de alcantarillado. Casi la mitad de la población rural no tiene sistema de disposición de excretas. Más de la mitad de los residuos sólidos generados dentro de las ciudades queda sin recolectar. En los hospitales no se separan en forma correcta y sistemática, los residuos biológicos o potencialmente tóxicos de los comunes.

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

Tomando como base el análisis realizado, ANSAL seleccionó diez **áreas temáticas, las que deberían recibir atención prioritaria por el Sector.** Representan diversos grados de especificidad: desde patologías concretas hasta grupos de acciones de salud. Las mismas fueron



## *Diez Areas Prioritarias en 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, infecciones respiratorias agudas y enfermedades inmuno-prevenibles
- 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 la recolección y una adecuada disposición de desechos sólidos
- Prevención y control de las principales enfermedades endémicas (malaria, tuberculosis, etc.)
- Discapacitados síquicos y físicos
- Accidentes y violencia

seleccionadas con el criterio de focalizar en ellas los recursos de la sociedad, de forma de obtener de éstos el mayor rendimiento.

### 3 El Sistema de Salud

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, 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 tenido que privilegiar, 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 tres 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. 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.

#### *Rol del Estado*

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 tiene una presencia preponderante basada en la producción de servicios de salud con sus propios recursos. En cambio, en la implementación de políticas de salud su presencia ha sido más limitada. Está vigente un Plan Nacional de Salud que no ha sido implementado por todas las instituciones del Sector. Esto se debe a que esas

instituciones no tienen tradición de acatar la rectoría del MSPAS.

Por disposición constitucional, el Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de Salud, son organismos de control del Sector Salud. Sin embargo, la ley de creación de MSPAS le atribuye también esa responsabilidad. Hay pues una responsabilidad compartida, sin límites institucionales claros. Esta indefinición diluye la responsabilidad y quita eficacia al contralor lo cual resulta en un incumplimiento parcial por el Estado del mandato constitucional.

La autonomía de los dos primeros órganos está parcialmente limitada por la inclusión de sus presupuestos en el del MSPAS. Las mayores limitaciones en el cumplimiento de la función de vigilancia sanitaria por parte del Estado deriva, principalmente, de la falta de capacidad técnica y fuerza política para cumplir esa función.

#### *Oferta de servicios*

La oferta de servicios de salud está compuesto por un conjunto de instituciones en las cuales en el Sector Público tienen presencia dominante el MSPAS y el ISSS y, en el Sector Privado las farmacias, las ONGs y los médicos. Se estima que el MSPAS cubre un 50% de la población en cuanto a servicios básicos y un 75% en lo referente a hospitalarios. El ISSS cubre un 12% de la población al prestar servicios a sus asegurados y familiares. Existen también los servicios de salud de Bienestar Magisterial, ANTEL, CEL, ANDA y Defensa.

En el Sector Privado existen aproximadamente unas 100 ONGs dedicadas a actividades relacionadas con la salud. La mayoría tienen programas preventivos y curativos básicos. Su importancia radica en que entregan servicios básicos de salud a la población de bajos ingresos en el medio rural.

Unos 3.000 médicos ejercen en el país, de ellos un 66% lo hacen 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 rural.

Las farmacias son un componente importante de la oferta de servicios de salud, dado el alto grado de automedicación. En El Salvador existen 1.044 puestos de venta al detalle, cubriendo todo el territorio nacional.

El 51% de los partos se realizó en un establecimiento hospitalario; un 37% adicional de partos se realiza con partera, predominantemente en domicilio; esto es más frecuente en el medio rural, en madres sin educación formal y/o de medio socioeconómico bajo.

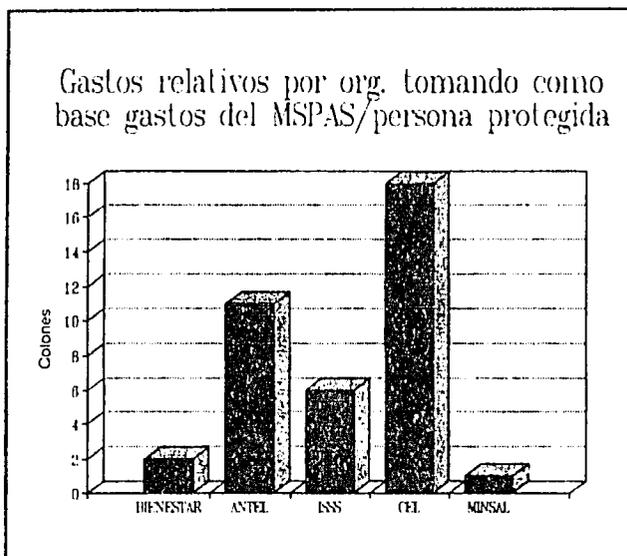
En la prestación de servicios materno-infantiles predomina la presencia del Ministerio, apoyado en el medio rural y socioeconómico bajo por las ONG's. El Sector Privado, el ISSS y los demás programas de salud, cubren en conjunto aproximadamente el 20% de la población, preferentemente de medio socio-económico alto, de buen nivel de educación y que residen en el AMSS.

#### Financiamiento

Los recursos disponibles para el Sector son insuficientes y su distribución presenta serias inequidades entre instituciones y áreas geográficas, resultando en una muy desigual atención por estratos socioeconómicos. En 1992, los gastos de todos los sectores (Estado, privado, individuos, etc.) en atención de salud en El Salvador equivalieron al 3,7% del PIB. Los gastos de salud en los países de desarrollo intermedio, grupo en el que se encuentra El Salvador, representan entre el 4% y el 8%.

Es preocupante el bajo nivel de financiamiento del MSPAS, el cual para atender entre el 50% y el 75% dispone de sólo el 22% del total de recursos. Esto se agrava al considerar, que la población que debe cubrir, es la de mayores riesgos de enfermar y peores condiciones de salud. Más aún, parte de ese 22% se destina a brindar sin cargo, servicios hospitalarios a población con recursos suficientes para cubrir sus costos. En consecuencia, la

disponibilidad de recursos para la población objetivo del MSPAS se ve disminuida aún más.

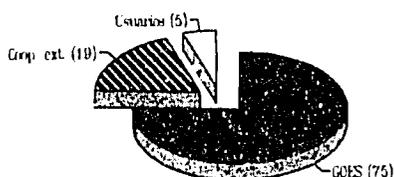


Al dividir los gastos por persona cubierta de otros servicios de salud entre los del MSPAS, se observan fuertes desigualdades. Por cada colón gastado por persona protegida en el MSPAS, Bienestar Magisterial gasta 2, el ISSS 6, ANTEL 11 y CEL 18. Esto resulta en una vasta desigualdad en los servicios. En 1992, el ISSS proporcionó un promedio de 4,9 consultas médicas por beneficiario, el MSPAS 1,5. El ISSS tiene casi 3 veces más médicos por beneficiario que el MSPAS.

Las anteriores desigualdades se vuelven más preocupantes al analizar la evolución del financiamiento del MSPAS. Sus gastos han bajado notablemente en las últimas dos décadas calculados en base a la población a atender y en valores constantes. A pesar del incremento sustancial logrado en los últimos tres años, permanecían en 1993, por debajo del nivel de 1976.

El financiamiento del MSPAS proviene en un 75% del Gobierno de El Salvador, un 19% de asistencia internacional y un 5% de cobros al usuario. Ello evidencia una dependencia no saludable del financiamiento externo. La AID financia cerca del 50% de las compras de medicamentos e insumos

Financiamiento del MSPAS según fuente como % del total



50% de las compras de medicamentos e insumos y cerca del 11% de sus costos totales de operación.

Otra desigualdad importante es la geográfica. Casi dos tercios del gasto total en salud se realiza en el AMSS. Salvo el MSPAS y las ONGs, las demás instituciones públicas y privadas concentran su gasto en la Región Metropolitana. Lo anterior repercute en una falta muy marcada de servicios para el resto de la población y sobre todo, para el 50% que reside en el medio rural. A excepción de San Salvador con 8,6 médicos por 10.000 habitantes y San Miguel con 5,2, las otras regiones mantienen una razón de médico por habitante de casi una tercera parte de lo que recomienda la OPS, que es de 8 médicos por 10.000 habitantes.

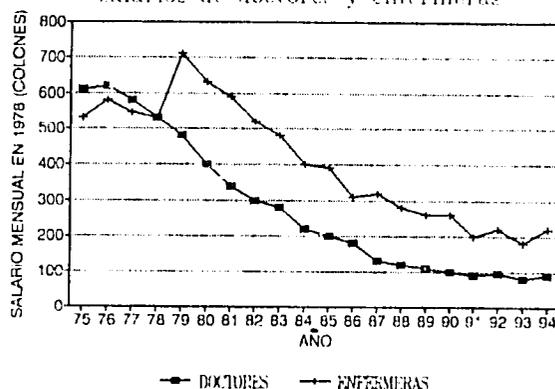
#### *Ineficiencias administrativas y técnicas*

La repercusión de la caída del gasto en los salarios del personal del MSPAS fue de dos tipos: un aplastamiento de la escala salarial y una disminución del poder adquisitivo de la compensación. Los salarios de enfermeras y médicos han disminuido, en términos reales, a 1/3 y 1/6 de su valor en 1978.

El deterioro salarial contribuyó a una disminución del horario formal (la mayoría de los médicos se contratan por dos horas diarias), aumento del nivel del multiempleo, deterioro de la productividad,

aumento de la conflictividad laboral, pérdida de los funcionarios más capaces y poco poder de atracción de recursos calificados. El crecimiento de las contrataciones por horarios reducidos se

Caída de los salarios reales del MSPAS salarios de doctores y enfermeras



ha debido asimismo al modelo de organización de los servicios y a la presión profesional ante la falta de realismo de sus compensaciones. Lo anterior se debe a prácticas de manejo de recursos humanos no eficientes: favorecer la



## **Problemas con el Financiamiento del Sector**

- Insuficientes recursos
- Inequidades en la distribución de recursos entre instituciones
- Desigualdades geográficas
- Desfinanciamiento del MSPAS como porcentaje del PIB
- Dependencia del financiamiento externo
- Deterioro de la escala salarial
- Falta de un presupuesto único
- Falta de planificación financiera de largo plazo

contratación de especialistas sobre médicos generales, centralización en el manejo del personal, poco poder de decisión para los niveles técnicos, horario restringido de atención externa (lo que produce una alta utilización del sistema de emergencia que es más costoso), modelo de atención centrado en el médico, sistemas de incentivos poco eficaces, falta de controles sobre



## Problemas Principales del Sector Salud

- **Baja cobertura y accesibilidad**
- **Inequidades**
- **Ineficiencia**
- **Falta de sustentabilidad**

el proceso de trabajo e insuficiente capacitación en gerenciamiento de servicios.

Otras prácticas administrativas son poco eficientes: modelos de atención excesivamente abiertos sin regulación ni control; asignación de recursos en base a presupuestos históricos; falta de un presupuesto unificado; falta de integración de los sistemas financieros y, de planificación financiera eficiente de largo plazo.

Otra fuente de ineficiencias es de naturaleza técnica: un porcentaje excesivamente alto de los gastos del Sector se destinan a financiar actividades curativas. Esto se debe principalmente a los gastos del Sector Privado y de los seguros de salud. En el MSPAS y en las ONGs aunque se financian en forma significativa actividades preventivas, todavía predominan los gastos curativos.

El Sector Salud presenta cuatro tipos de problemas principales:

- **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).
- **Inequidades** por la relación inversa entre las necesidades de servicios y la disponibilidad de recursos para atenderlas.
- **Ineficiencia** por la ineficaz administración que produce baja productividad de los recursos tanto humanos como físicos y por el modelo de atención que no es el adecuado para el perfil epidemiológico de la población.
- **Falta de sustentabilidad** por un financiamiento insuficiente que crea dependencia de recursos externos ♦

## III LA NECESIDAD DEL CAMBIO Y SUS LINEAMIENTOS GENERALES

### 1 Mantenimiento del status quo

El capítulo anterior nos presenta un perfil que refleja condiciones deficitarias de salud para la mayoría de la población salvadoreña, así como un sistema poco eficaz para mejorarlas. De continuar el Sector salud operando como hasta ahora se producirían varias situaciones que el país puede y debe evitar:



### Mantenimiento del Status Quo

- Deterioro de la situación de salud
- Mantenimiento de las desigualdades en los servicios
- Colapso financiero del Sistema de Salud
- Deterioro en la entrega de servicios
- Mayor costo de una reforma en el futuro

La salud es una condición necesaria para el aprendizaje y el trabajo. De acuerdo con La Constitución de El Salvador, la salud es un derecho valorado por sí mismo. La población pobre del medio rural y urbano marginal es la que tiene peores indicadores de salud y constituye el sector poblacional que necesita mayor cantidad de servicios para recuperar y mantener su salud; sin embargo, es el que menos servicios recibe. Ello implica que el mantenimiento del status quo, **mantendrá o agudizará las desigualdades del sistema**. Peor aún, hay factores que, en ausencia de cambios, hacen que la situación pueda empeorar: la contaminación del medio ambiente y el surgimiento de enfermedades infecciosas requieren una gran disciplina social y buen funcionamiento de los servicios de salud para que

no alcancen dimensiones epidémicas (el SIDA y el cólera por ejemplo).

De no modificarse el **financiamiento del sistema, éste entrará en colapso**. El MSPAS y las ONGS tienen una fuerte dependencia del financiamiento externo, el cual ya anunció una modificación drástica de su apoyo en los próximos años. Los gastos de los seguros sociales muestran un aumento que no se corresponde con la capacidad de aporte de los empresarios y trabajadores. Esto es debido a la falta de restricciones en la cantidad y complejidad de los servicios que prestan y a sus ineficiencias.

La opción de mantener el status quo resultará también en un **deterioro progresivo de la calidad de los servicios**, debido al aumento de la población, deterioro de la infraestructura y pérdida de la productividad. La población del país crece a una tasa promedio anual de 2,2%. La mayor parte de ese crecimiento ocurre en la población pobre, la que demanda más servicios y la que podría beneficiarse de un aumento en el gasto de primer nivel. Por el contrario, si ese aumento no ocurre, el estado de la salud de esa población empeorará, incrementando la demanda sobre los servicios de niveles superiores y más caros.

La falta de mantenimiento preventivo de las plantas físicas y equipos acorta su vida. El costo de reponer equipo e infraestructura es varias veces más alto que el de mantenerlo. El mantenimiento preventivo es difícil de alcanzar en estructuras centralizadas, carentes de incentivos y en las que la dirección de los establecimientos no responde directamente a la comunidad usuaria. La complejidad de gerenciar un sistema aumenta a medida que éste crece en tamaño. Finalmente los servicios, principalmente los curativos, continuarán cayendo por el efecto del deterioro de las condiciones laborales.

Las desigualdades y la falta de eficacia y eficiencia hacen que la reforma del Sector sea necesaria. Entre más se retrase ésta, más aumentarán su costo político, social y económico. El no mejorar la entrega de la Atención Primaria de Salud incrementa los costos de la medicina curativa; el transcurso del tiempo solidifica patrones de conducta negativos y fortalece posiciones de los intereses que se verán afectados por el cambio.

## *2 Principios orientadores de La Reforma*

La revisión de la situación de salud y del funcionamiento del sistema estimuló a ANSAL a buscar recomendaciones que permitieran solucionar los problemas identificados. En cada campo específico se formularon recomendaciones relacionadas con su problemática y el accionar dirigido a solucionarla. Algunas de las áreas cubiertas en ese trabajo fueron: nutrición y programas alimentarios; lactancia materna; planificación familiar, financiamiento del sector; recursos humanos; y otras. La amplitud y extensión de los problemas y las recomendaciones correspondientes indujeron a ANSAL a realizar un análisis y desarrollar una propuesta más global: La Reforma de Salud que es el tema principal de éste y el próximo capítulo. Un listado resumido de las recomendaciones específicas, anteriormente referidas, se presenta en el Anexo 1.

Las consecuencias adversas de mantener el actual sistema estimularon a 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 en la que participaron funcionarios de instituciones públicas y privadas involucradas en el Sector, usuarios, políticos de diversas tendencias y representantes de organismos internacionales. Ese proceso de consulta llevó a un acuerdo entre salvadoreños y el equipo ANSAL, sobre la necesidad de realizar una reforma del Sector Salud en El Salvador y las orientaciones básicas que la misma debería tener. Esos lineamientos generales son los que se exponen en esta sección.



## **Principios Orientadores de La Reforma**

- **Redefinir la función del Estado**
- **Focalizar la acción del Estado en APS y en los pobres**
- **Fortalecer los 10 programas prioritarios de salud**
- **Priorizar la promoción de salud y prevención de las enfermedades**
- **Aumentar el financiamiento del Sector y reestructurar sus fuentes**
- **Crear un sistema organizado de salud**
- **Descentralizar y mejorar la eficiencia del Sistema de Salud**

### *Redefinir la función del Estado*

El Estado priorizaría su función de rector, coordinador, normador, supervisor y financiador del sistema, disminuyendo progresivamente su función de proveedor de servicios. El MSPAS sería la institución rectora del sistema y, por lo tanto, responsable de El Plan Nacional de Salud; la coordinación interinstitucional e intersectorial; la promoción de la responsabilidad individual y colectiva en el cuidado de la salud y del medio ambiente; el control del estado de salud de la población; el control de establecimientos, servicios y medicamentos. Además, el Ministerio deberá establecer normas y programas; desarrollar las políticas de recursos humanos y asegurar la atención básica y de complejidad media de la población en situación de pobreza. La autoridad y responsabilidad sobre estos temas es del Ministerio; sin embargo, en la elaboración de las decisiones es conveniente que adopte una estrategia participativa.

Se recomienda por lo tanto, establecer un Consejo Consultivo de Salud (CSS) que tendrá como funciones facilitar la coordinación de los actores del Sector (públicos y privados) y promover, consultar y concertar programas y planes de salud. El CSSP continuaría ejerciendo la función

de control de profesionales. El ISSS se convertiría en la instancia donde operaría el Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del cual se efectuaría el financiamiento de los servicios hospitalarios y especializados. El MSPAS y el ISSS reducirían su participación en la prestación directa de servicios.

*Focalizar la acción del Estado en la Atención Primaria de Salud y en los pobres*

El Estado focalizaría su financiamiento en la entrega de servicios a la población de mayor riesgo. Para ello financiaría y subsidiaría en un 100% la APS para toda la población por debajo del nivel de pobreza, así como todos los programas verticales de educación en salud y control epidémico. El Estado limitaría su participación en el financiamiento de servicios de mayor complejidad, a un conjunto limitado de éstos (canasta ampliada) y mediante un subsidio variable de acuerdo con la capacidad de pago del usuario.

*Fortalecer los diez programas prioritarios*

El Estado focalizaría su accionar fortaleciendo, a través de todo el sector y para toda la población, los programas para atender los diez problemas principales de salud. Se priorizaría el enfoque preventivo y curativo básico, para lo cual se definiría y entregaría una *canasta básica de servicios* por medio de una unidad básica de salud comunitaria o Sistema de Salud Comunitaria (SALUCO), que integraría a los diversos proveedores locales, incluyendo a varios Puestos de Salud alrededor de una Unidad de Salud.

*Priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades*

El Estado fortalecería el enfoque preventivo y educacional. Se aumentaría la cobertura rural y urbano marginal por parte del MSPAS y de las ONGs mediante promotores, parteras capacitadas y otro personal auxiliar. Se daría un impulso sustancial y un aumento significativo al financiamiento de las campañas educativas en las diez áreas temáticas prioritarias.

*Aumentar financiamiento al Sector y reestructurar sus fuentes*

El Estado aumentaría en forma significativa y gradual su financiamiento al Sector para subsidiar

totalmente la canasta básica y parcialmente la canasta ampliada a los grupos pobres. Se incrementará fuertemente la recuperación de costos por los usuarios por encima del nivel de pobreza, para cubrir sus necesidades de atención. También se disminuiría la dependencia del financiamiento externo y se introduciría un seguro obligatorio y universal. La cooperación externa financiaría los costos de transformación del sistema que se estiman en aproximadamente US\$200 millones. El gasto corriente del Estado al final del 5to. año de la reforma se incrementaría en un 63%. El Anexo 2 presenta una estimación primaria de los costos de la Reforma.

*Crear un sistema organizado de salud*

Se reorganizaría el sistema de salud existente en una forma integral para que funcione como una red de instituciones, que se coordinen y complementen entre sí. El Consejo Consultivo de Salud sería la instancia donde se planificaría participativamente y se realizaría la coordinación interinstitucional. Se daría mayor poder de decisión al técnico local (promotor, partera) quien detectaría y referiría casos difíciles a la Unidad de Salud. Este a su vez referiría los casos de AHE a la red hospitalaria.

*Descentralizar y mejorar la eficiencia del Sistema de Salud*

Los servicios de APS se transferirían a los municipios quienes manejarán sus presupuestos. Estos podrán contratar con otras instituciones (comunales, ONGs, privadas, etc.) la prestación del servicio. La administración de los hospitales y aún el patrimonio se pasaría a entes privados. Se establecerían criterios de eficiencia y productividad para la producción y control de servicios, se organizaría la cooperación técnica de acuerdo a las prioridades del MSPAS, se aumentaría la capacidad resolutoria a nivel local, se daría autonomía a las organizaciones locales para el manejo de recursos incluyendo los ahorros, los hospitales competirían entre sí por los usuarios y se les pagaría por persona (no por servicio), se introducirían sistemas de atención gerenciada, se establecería un sistema único de información y se pasaría la formación de recursos humanos (RRHH) de salud a instancias fuera del MSPAS.

### **3 Restricciones y potencialidades de los cambios**

La reforma del Sector es tarea compleja; existen factores que la facilitan y otros que la dificultan. Se presentan esos condicionamientos para facilitar la toma de decisiones.

Existe un **contexto nacional que facilita** la reforma:



### **Factores que Facilitan la Implementación de La Reforma**

- Un clima de optimismo y confianza
- Reformas iniciadas por la administración anterior concuerdan con los lineamientos de La Reforma
- La modernización del Estado
- La apertura democrática crea expectativas
- Disciplina fiscal y reducción de la ayuda externa que obligan a reestructurar las fuentes de financiamiento del Sector

- El clima de optimismo a nivel nacional crea un entorno de confianza en que las fuerzas nacionales son capaces de emprender grandes tareas como es la reestructuración del sistema de salud.
- Las reformas iniciadas por la administración anterior concuerdan con los lineamientos propuestos para La Reforma de Salud.
- La apertura democrática crea expectativas de mejores prestaciones sociales y de mayores formas de participación social.
- La disciplina fiscal y la reducción de la ayuda externa obligan a reestructurar las fuentes de financiamiento del sector.

- Existe consenso nacional para este tipo de cambios sociales. La propuesta de ANSAL siguió un amplio proceso de consulta, que creó consenso, de una mayoría de los actores nacionales. Los lineamientos del componente salud y nutrición del Plan Nacional de Desarrollo 1994-99 elaborado por MIPLAN, coinciden con los de esta propuesta.
- Los organismos internacionales ya manifestaron su apoyo a la necesidad de reorientar del Sector Salud de El Salvador.

Existen **factores que dificultan** el cambio:

- El reordenamiento institucional implica cambios en la relación de poder entre los actores involucrados, sobretodo, en los procesos de descentralización de la atención primaria a los municipios y de la atención hospitalaria al Sector Privado. La descentralización implica transferencia de poder de los niveles central y regional a los municipios, lo cual levantará resistencias de parte de quienes han ejercido esa autoridad hasta ahora.



### **Factores que Dificultan el Cambio**

- Cambios en la relación de poder entre los actores involucrados
- Tránsito de poder de los niveles central y regional a los locales
- Grupos de interés quienes temen cambios en sus beneficios actuales
- Debilidades en la capacidad gerencial en las estructuras locales y en el Sector Público
- La Reforma debe ser integral para no resultar en logros parciales o producir mayores ineficiencias

- La reforma implica que habrá grupos especiales que verán modificados sus beneficios actuales. Los beneficiarios del ISSS probablemente perciban en forma errónea, que sus derechos se verán disminuidos. El seguro universal y obligatorio puede implicar la introducción de copagos, de restricciones en los tipos de tratamiento e incluso, la exclusión de ciertas enfermedades no muy comunes y limitaciones en el acceso directo a los especialistas.
- El cuerpo médico enfrentará dos conceptos que le pueden ser difíciles de aceptar, el de racionar un servicio en forma explícita (lo que hará el nuevo seguro) y el de cambiar sus relaciones laborales.
- Modificación de los derechos laborales de los empleados de los servicios del MSPAS y el ISSS que se descentralizan y cuya gestión se transfiere a organizaciones comunitarias o empresas privadas.
- En general, sin que ello implique dolo o mala fe, detrás de una ineficiencia pueden haber personas u organizaciones que se benefician de ella; su corrección requiere alterar esos beneficios y ello genera resistencias.
- La descentralización de la gestión enfrenta limitaciones por la debilidad de la capacidad gerencial en las estructuras locales y del Sector Público; por lo tanto, debe ir acompañada de un fortalecimiento importante de la capacidad gerencial a esos niveles ♦

## IV LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Los cuatro componentes principales de la reforma son:

### *Cuatro Componentes de La Reforma*

- **Reforma de las instituciones del Sector**
- **Reforma de la Atención Primaria de Salud**
- **Reforma de la Atención Hospitalaria y Especializada**
- **Fortalecimiento de las acciones sobre el medio ambiente**

Este último componente es esencial para mejorar el estado de la salud de la población, por lo que no se puede dejar fuera; sin embargo, no es un elemento interrelacionado, ni en el cual ANSAL haya profundizado suficientemente, por lo que las recomendaciones para ese Sector se mantienen a nivel general.

Es altamente recomendable que La Reforma tenga las siguientes características:

- **Integral:** modificando el sistema en su conjunto y ejecutando todos los componentes de la estrategia. Esto se debe a que es recomendable que el sistema de salud funcione de forma integral, por lo cual no es conveniente modificar una parte del sistema, sin modificar el resto. A vía de ejemplo: no conviene reformar sólo la atención primaria, sin mejorar la hospitalaria pues las referencias podrían quedar sin resolver. Si se cambian sólo los hospitales la demanda sobre éstos será excesiva e indebidamente costosa.

- **Gradual:** la magnitud y el profundo carácter innovador de los cambios hace necesario que su implementación sea gradual.
- **Apoyo político y liderazgo:** por su importancia y dimensión necesita un decidido apoyo y liderazgo al más alto nivel político. Asimismo requiere una amplia concertación de los sectores políticos y sociales para el cambio.
- **Participación ciudadana:** Es necesaria para que el funcione el enfoque preventivo, para generar apoyo político, para lograr eficiencia en la administración de ciertos programas e inducir cambios de actitudes en los usuarios y los trabajadores de la salud.
- **Flexible:** se debe considerar como un proceso en el cual se van incorporando las lecciones de las primeras experiencias, se van corrigiendo los errores e introduciendo las sugerencias de las personas e instituciones involucrados.

### *Características de La Reforma*

- **Integral**
- **Gradual**
- **Cuenta con apoyo político y liderazgo**
- **Participación ciudadana**
- **Flexible**

## 1 Reorganización de la Atención Primaria de Salud

Los componentes finales de la reorganización de la Atención Primaria de Salud (APS) se presentan a continuación. Estos se implementarán en forma progresiva iniciándose con un período experimental en varios municipios. De ser positiva su evaluación y basados en la experiencias más exitosas, se difundirán a todo el país en un período de diez años.



### Reorganización de APS

- Descentralización de los servicios
  - SALUCOs
  - Canasta básica de servicios
  - Financiada por MSPAS para los pobres
  - Reorganización del MSPAS
  - Incorporación de incentivos
  - Formación y capacitación de recursos humanos críticos
  - Aumento del poder resolutivo del personal auxiliar comunitario
- **Descentralización de los servicios:** se propone que los servicios comprendidos en la canasta básica, sean administrados por los municipios, los que podrán contratar su entrega de los mismos con organizaciones de diversa índole de acuerdo con la preferencia de la comunidad (ONGs, fundaciones, empresas con fines de lucro, cooperativas de trabajadores de la salud, etc.), de acuerdo con la preferencia de la comunidad. En caso de municipios muy pequeños, éstos se pueden asociar o delegar esta responsabilidad en los Consejos de Desarrollo Departamental. La descentralización requiere un importante fortalecimiento de las instancias locales de administración, para lo cual será necesario

desarrollar y coordinar programas con COMURES e ISDEM.

- **Sistema de Salud Comunitario:** Será la unidad básica de la entrega de servicios de APS definida por el volumen de población a atender y las distancias en su área de influencia. El vínculo de un SALUCO con la municipalidad es variado: puede ser una dependencia de ésta o servir a varias alcaldías o tan sólo a una parte de una municipalidad. Estará constituido por un centro de referencia y el personal auxiliar a nivel comunitario en el área de influencia. El Centro de Referencia (complejidad Unidad de Salud) tendrá médico permanente, un equipo de apoyo técnico y auxiliar; será el punto de referencia y supervisión del personal comunitario al cual presta apoyo. Los SALUCOs asumirán la responsabilidad del manejo presupuestal y por ende las contrataciones, pago de salarios, manejo de excedentes, compra de insumos, etc.. Deberá asegurarse que la comunidad organizada pueda participar en forma institucionalizada en la planificación y supervisión de los servicios.



### Canasta Básica Tipo de servicios

- Vacunación
- Prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas
- Programa de nutrición
- Educación sanitaria
- Prevención, detección y tratamiento de parasitosis
- Prevención y control de ETS
- Planificación familiar
- Papanicolau y examen de mama
- Control de embarazo y partos normales
- Control del niño sano

- **Canasta Básica:** Estará constituida por un conjunto de servicios de atención primaria de salud que puedan ser brindados en el primer nivel de atención por el personal auxiliar comunitario y por el centro de referencia. Incluye entre otros: control prenatal y de crecimiento y desarrollo; prevención y tratamiento de diarreas; educación nutricional, etc. El Ministerio de Salud en coordinación con los SALUCO, diseñará, implementará y evaluará módulos técnicos de entrega de la canasta básica para las áreas urbano marginales y rurales. Esos módulos deben incluir: servicios concretos a entregar, tipos de personal para efectuar la entrega, procedimientos técnicos y administrativos a utilizar y un sistema gerencial tipo para los SALUCOs. También se elaborarán módulos técnico-educativos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.
  - **Financiamiento:** la entrega de la canasta básica será financiada y totalmente subsidiada por el MSPAS, para los grupos por debajo del nivel de pobreza. Garantizar la canasta básica para los pobres implica, aumentar el financiamiento del Estado en la Atención Primaria de Salud. El pago de los servicios de Atención Primaria a los municipios, y de éstos a las empresas con las que contraten, se hará en base a contratos, los que incluirán: pago per capita ajustado según factores de costo local; partidas especiales globales (no per capita) para financiar educación comunitaria en salud; libre disponibilidad de excedentes, contenido y especificaciones de la canasta básica; y mecanismos de participación comunitaria.
  - **Reorganización del MSPAS:** mantiene la responsabilidad de establecer programas, políticas, y normas relativas a la Atención Primaria de Salud, a la canasta básica y a los SALUCOs y supervisar su cumplimiento. Se recomiendan crear, como dependencias del MSPAS, instancias de apoyo y supervisión a nivel departamental, las que resultarán de la reorganización y reubicación del personal de los niveles regionales.
- El Ministerio de Salud convertirá sus estructuras de compras y abastecimiento en empresas autogestionables, las que estarán obligadas a proveer servicio a los SALUCOs, pero éstos no estarán obligados a comprar en dichas empresas. Se deberá desarrollar e implementar un sistema de acreditación de Municipios y SALUCOs.
- **Incorporación de incentivos correctos:** para lograr que este sistema funcione adecuadamente será necesario el establecimiento de incentivos adecuados. Se deberán establecer compensaciones atractivas para el personal que se radique en comunidades apartadas. La flexibilidad de la gestión; la cercanía del control comunitario; el pago por persona protegida; y oportunidades de capacitación de personal, son algunos de los incentivos que se pueden usar.
  - **Formación y capacitación de recursos humanos críticos:** como son los médicos generales, tecnólogos, enfermeras, promotores, parteras y administradores de SALUCOs.
  - **Aumento del poder resolutivo del personal auxiliar comunitario:** Se debe disponer el aumento en la capacidad resolutiva de los promotores y las parteras para que los mismos puedan dispensar antibióticos y anticonceptivos bajo determinadas circunstancias normatizadas y bajo un sistema de supervisión técnica adecuado.

## 2 Reorganización de la Atención Hospitalaria y Especializada

- **Canasta Ampliada:** los servicios de este nivel de atención complementan a los entregados en la APS. Sin embargo, no lo hacen en forma completa pues la canasta ampliada no incluye servicios de alta complejidad o costo. Entre ambas deberían cubrir aproximadamente el 90 % de las enfermedades del país. Para ello es necesario fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre los dos niveles: el de APS y el de AEH. La canasta ampliada incluye los servicios típicos del segundo nivel: cirugía aguda de abdomen; tratamiento de malaria, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas; partos complicados; tratamientos de urgencia de traumatismos e intoxicaciones; tratamiento ambulatorio o de internación en las cuatro especialidades básicas; medicamentos de mayor complejidad; etc. Excluye acciones como la tomografía computarizada, la neurocirugía, la cirugía cardio-vascular, la terapia intensiva, etc. Los establecimientos hospitalarios públicos (incluyendo los Centros de Salud), deben tener los recursos humanos y tecnológicos para poder brindar prácticamente la totalidad de este conjunto de servicios.
- **Transferencia de la gestión de hospitales públicos al Sector Privado.** La AHE se administrará en forma privada, para lo cual el MSPAS y el ISSS, transferirán la gestión de sus hospitales, laboratorios y clínicas, a organizaciones privadas de diferente índole societaria (fundaciones, ONG's, cooperativas de médicos, empresas comerciales, etc). Existen dos alternativas para la transferencia de estas responsabilidades al Sector Privado: con o sin transferencia del patrimonio por parte del Estado. La venta del patrimonio tiene algunos obstáculos por la creación de situaciones oligopólicas y problemas de

transferencia, como la valorización del patrimonio. Por lo tanto ANSAL recomienda que el patrimonio se mantenga en poder del Estado, por lo menos inicialmente; esta opción facilitaría el papel supervisor del Estado y la negociación con esos establecimientos para la prestación de servicios.



## Reforma de AEH

- **Canasta ampliada de servicios**
  - **Transferencia de la gestión de hospitales públicos al Sector Privado**
  - **Desarrollar un mecanismo para financiar la Canasta Ampliada**
  - **Transformación del ISSS y creación del FONASA**
  - **Aumento de la eficiencia técnica y administrativa**
  - **Fortalecimiento institucional en la AEH**
  - **Preparación de recursos humanos**
- **Desarrollar un mecanismo para financiar la Canasta Ampliada:** Establecer la canasta ampliada como un mínimo de servicios al que tiene derecho toda la población, implica un aumento sustancial del gasto. El aumento financiero será progresivo lo que permitirá expandir la canasta ampliada y mejorar su calidad. Esta debe ser pagada por el usuario, quien tendrá la libertad de escoger el hospital donde será atendido.

Para que la canasta ampliada sea accesible a toda la población, los sectores pobres deben ser subsidiados por el Estado, de acuerdo a su capacidad de pago. Para posibilitar el acceso de los usuarios no subsidiados, se incluye un seguro obligatorio y universal. El carácter obligatorio del seguro introduce un elemento de solidaridad al incorporarse

personas con alto y bajo riesgo de enfermar. A su vez obliga al usuario a prevenir, ahorrando a través del seguro, para esas enfermedades. El carácter universal garantizará que todas las personas tengan acceso a esos servicios cuando los requieran y elimina la situación de la persona que al necesitar atención, no tiene capacidad para pagarla. Al seguro aportarán todos los residentes del país: para quienes están por debajo del nivel de pobreza lo hará el Estado, total o parcialmente, y los otros lo harán directamente. El subsidio alcanza un 100% para la población de extrema pobreza (12% de población total), un 85% del costo para el 2o y 3er decil de ingresos (18% del total) y 50% del costo de la canasta ampliada para los siguientes dos deciles de la población (20%).



## *Canasta Ampliada* *Ejemplos del tipo* *de servicio incluido*

- Casos de enfermedades infecciosas agudas referidos por niveles más bajos
- Partos complicados
- Cirugía aguda abdominal
- Tratamientos de urgencia de traumatismo e intoxicaciones
- Atención de malaria y tuberculosis

- **Transformación del ISSS y creación del FONASA:** Estado y usuarios no pobres, aportarán su contribución a un Fondo Nacional de Salud (FONASA). El FONASA se creará por la transformación del programa de salud del ISSS en un organismo con autonomía de gestión y con un cuerpo directivo presidido por el Ministro de Salud. El FONASA administrará los fondos provenientes del seguro y pagará a

los establecimientos proveedores de servicios.

Paralelamente, al trabajo de ANSAL, se está diseñando una reforma del ISSS, por la cual éste pierde su componente previsional. Quedándole sólo su programa de salud, es natural de el ISSS pase de la órbita del Ministerio de Trabajo al de Salud.

La base del seguro será el contrato entre el FONASA y las entidades proveedoras de los servicios. Esta forma contractual debe ser voluntaria para ambas partes. El FONASA podrá no contratar con un proveedor o viceversa, cuando los costos u otras condiciones, no sean aceptables para cualquiera de ellos. El asegurado podrá elegir la institución en la cual estará cubierto, debiendo permanecer en esa institución por un período mínimo de tiempo. El pago del FONASA al prestador de servicio será por persona cubierta, no por prestación de servicio; es decir se pagará un monto/persona/año.

El contrato entre el FONASA y las organizaciones que gestionan la atención hospitalaria deberá cubrir, entre otros, los siguientes puntos: los servicios a incluir, sus formas y costos de implementación; el perfeccionamiento de la estratificación del subsidio; sistemas de clasificación de usuarios por niveles de ingreso; fórmula para pago por parte de FONASA. Además deberá establecer normas para regular la libre disponibilidad de excedentes y las condiciones en que se pueden efectuar cobros adicionales a los pacientes por la provisión de servicios por encima de los especificados en la canasta ampliada.

- **Aumento de la eficiencia técnica y administrativa:** La Reforma propone la incorporación del Gerenciamiento de la Atención Médica (GAM), con los objetivos de incrementar la eficiencia de los proveedores de los servicios y la equidad del sistema. El GAM comprende un

conjunto de instrumentos gerenciales que limitan la indicación y el uso de los servicios a las situaciones en que éstos son necesarios; procura que los servicios se prescriban al menor nivel de complejidad y costo. Lo anterior se logra mediante la implementación de mecanismos gerenciales como el control de utilización, uso de personal adecuado y medicamentos genéricos, patrones de conducta clínica y ruta crítica de atención al paciente.

- **Plan de fortalecimiento institucional en la AHE:** Incluye el desarrollo por el MSPAS de un sistema de acreditación de organizaciones privadas para entregar servicios de atención hospitalaria. Será necesario también diseñar e implementar sistemas estandarizados de información que las instituciones proveedoras de la atención hospitalaria deberán enviar al MSPAS y FONASA.
- **Preparación de recursos humanos:** Es un elemento clave para el éxito de La Reforma en este Sector. Es necesario formar una masa crítica de administradores de hospitales e integrantes de sus cuerpos directivos; capacitar en servicio al personal clínico en la aplicación de los instrumentos de la GAM e introducir incentivos para aumentar la eficiencia.

### ***3 Reorganización institucional del Sector***

La reorganización institucional comprende:

- **La redefinición de la función del Estado:** el Estado debe asumir su papel de líder del sector, a través del MSPAS; en la formulación de políticas; en la aprobación e implementación de planes y normas; en el control de la salud de la población; y en el financiamiento y determinación de la finalidad del gasto público. El MSPAS progresivamente se desprenderá de la administración de los servicios, en la

medida que éstos sean transferidos a administraciones municipales y a organizaciones privadas. A su vez mantendrá y reforzará sus programas verticales de Atención Primaria y Educación en Salud que quedarán bajo su administración directa.

Para facilitar la coordinación en la elaboración de políticas, planes y programas se creará el Consejo Consultivo de Salud como instancia de participación y asesoría, integrado por todos los organismos públicos y privados involucrados en la problemática de salud de la población, incluyendo la prestación de servicios y productos farmacéuticos. El Consejo podrá organizarse en comisiones cubriendo áreas temáticas (recursos humanos, financiamiento, medio ambiente, salud de los trabajadores, funcionamiento del sistema organizado de salud, etc.). El Consejo y sus comisiones podrán apoyarse en las estructuras técnicas del MSPAS para el cumplimiento de su cometido. Tendrá exclusivamente carácter asesor.

El fortalecimiento de las funciones propias hace necesario que el MSPAS transfiera la administración de las escuelas de enfermería y de capacitación sanitaria a entidades autónomas.

- **Creación de un sistema organizado de salud:** que estará integrado en el Sector Público por el MSPAS, el FONASA y los municipios y en el Sector Privado por los SALUCOs, las ONGs y por organizaciones privadas locales de APS así como por las empresas que administren los establecimientos de AEH. Estas instituciones se relacionarán en una red bajo la conducción técnica y política del Ministerio de Salud. El objetivo del sistema es funcionar en forma eficaz y eficiente entregar los servicios de la canasta básica y la ampliada a toda la población y hacerlo en forma equitativa.

- **Delimitación de competencias institucionales:** 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 vigilancia 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. 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.

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 la responsabilidad primaria en la formulación de políticas y en la ejecución de programas con finalidad ambiental. A su vez el MSPAS debería ser fortalecido en su capacidad de inspección 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 también bajo la responsabilidad del MSPAS.

- **Fortalecimiento institucional:** 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 el Ministerio 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 desempeñaría funciones similares a las que cumple actualmente el GAES en MIPLAN y sería la unidad ejecutora del proyecto de implementación de la Reforma de Salud.

Asimismo, es necesario fortalecer otras estructuras técnicas involucradas en la supervisión del cumplimiento del cuerpo normativo, para asegurar su pleno cumplimiento. Además, deberá desarrollar sistemas de información y análisis sobre políticas de salud; planificación y ejecución financiera y presupuestaria; estadísticas vitales y de vigilancia epidemiológica, entre otros.



## *Reorganización Institucional del Sector*

- **La redefinición de la función del Estado**
  - **Creación de un sistema organizado de salud**
  - **Delimitación de competencias institucionales**
  - **Fortalecimiento institucional**
  - **Desarrollo de recursos humanos**
  - **Priorización de la promoción y prevención de la salud**
- **Desarrollo de recursos humanos:** es necesario priorizar políticas explícitas de recursos humanos que promuevan la formación y capacitación de éstos a nivel nacional (planificadores, economistas y administradores especializados en servicios de salud, médicos de familia, enfermeras de salud pública, parteras, promotores, educadores y comunicadores sociales para la salud). Es necesario crear e implementar un mecanismo formal de coordinación entre las instituciones de formación de recursos

## *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 resolutivas 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 (UPPAN) 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.

## ***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, focalizándolo 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. Proveerles 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.

- Continuar y reforzar la microplanificación física en el Sector ♦

#### *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.

## Anexo 2

### Cuadro No. 1

#### 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 3 1997	Año 6 2000
GASTOS DE IMPLEMENTACION DE LA REFORMA (Coop. externa)	0	361	661*	0
GASTOS DE APS:				
- Total:	230	300	565	565
- Estado:	130	220	525	565
- Cooperación externa:	100	80	40	0
GASTOS DE HOSP. Y ATEN. ESP.				
- Total:	690	690	1380	2070
- Estado:	605	605	660	990
- Usuario:	45	45	720	1080
- Cooperación externa:	40	40	0	0
GASTOS DE HOSP. Y ATEN. ESP. S/ ESTRAT. DE LA POBLACION:				
- Indigentes (12% pob.):				
- Estado (100% subs.):	103	103	206	309
- Pobreza nivel 1 (18% pob.):				
- Estado (85% subs.):	155	155	275	413
- Usuario:	7	7	49	73
- Pobreza nivel 2 (20% pob.):				
- Estado (50% subs.):	171	171	179	269
- Usuario:	8	8	179	269
- No pobreza (25% pob.):				
- Estado (no subs.):	216	216	0	0
- Usuarios:	30	30	492	738
GASTOS TOTALES (APS/AEH):				
- Estado:	735	825	1185	1555
- Usuarios:	45	45	720	1080
- Cooperación externa:	140	481	701	0
<b>GASTO TOTAL GENERAL:</b>	<b>920</b>	<b>1351</b>	<b>2606</b>	<b>2635</b>
% DE INCREMENTO DEL GASTO EN RELACION AL AÑO 0.				
- Estado:	0	90	450	820
- Usuarios:	0	0	675	1035
GASTO PER CAPITA (AEH) **	185	185	370	555

\* En el año 2 se efectúa un gasto similar; \*\* 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.