Comisión Nacional de Salud

PROPUESTA DE LINEAMIENTOS PARA LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE EL SALVADOR

SAN SALVADOR, FEBRERO DE 1999.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DECRETO No 36

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR

CONSIDERANDO

I) Que de acuerdo al Art 65 de la Constitución la salud de los habitantes de la Republica constituye un Bien Publico debiendo el Estado determinar la Politica Nacional de Salud controlar y supervisar su aplicación

II) Que en nuestro país se hace necesario incrementar y mejorar los servicios de salud tanto publicos como privados

III) Que en las actuales circunstancias por las que atraviesa nuestro país se vuelve necesaria la creación de una Comisión de carácter temporal la cual deberá de presentar lineamientos que posibiliten llevar adelante un proceso de REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD en todos sus niveles y modalidades proporcionando dicha Comisión un marco conceptual que sustentará los esfuerzos técnicos que se están desarrollando en las áreas de salud

POR TANTO
En uso de sus facultades legales

DECRETA

Art 1 Créase la Comisión Nacional de Salud en adelante La Comisión la cual tendrá por finalidad dictar lineamientos que hagan posible la reforma del Sistema de Salud en todos sus niveles y modalidades proporcionando el marco conceptual que sustentará los esfuerzos técnicos que desarrollan en las áreas de salud

La Comisión dispondrá de un plazo de seis meses contados a partir de la vigencia de este Decreto para el cumplimiento de su cometido

Art 2 La Comisión estará integrada por las siguientes personas

i) Dr Rafael Lorenzana
ii) Licda Zoila Marina de Guadrón
iii) Dr Rodrigo brito Lara
iv) Dr Benjamin Valdez
v) Dr Alejandro Gamero Orellana
vi) Dr Juan José Fernández
vii) Dr Carlos Díaz del Pinal
viii) Dr Iván Ordóñez
ix) Licdo Juan Héctor Vidal
x) Licdo Carlos Quintanilla Schmidt

Art 3 La comisión tendrá las siguientes funciones

a) Presentar al país un espacio de discusión que recoja y confronte experiencias y reflexiones nacionales internacionales sobre temas estratégicos relacionados con la salud

b) Abrir un espacio de discusión a nivel nacional que identifique la salud como objetivo nacional más que el quehacer de un Ministerio o un Gobierno en donde se estimule la amplia participación de todos los sectores de la vida nacional

Art 4 La Comisión dispondrá de apoyo técnico el cual será facilitado por todas aquellas instituciones de Estado que sean requeridas por la comisión

Art 5 La Comisión podrá crear los Comités que juzgue convenientes para el desarrollo de sus atribuciones

Art. 6 La Comisión establecerá su propia organización interna

Art 7 El presente Decreto entrara en vigencia desde el día de su publicación en el Diario Oficial

DADO EN CASA PRESIDENCIAL San Salvador a los veintiséis días del mes de marzo de mil novecientos noventa y ocho

ARMANDO CALDERON SOL
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

EDUARDO INTERIANO
MINISTRO DE SALUD PUBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL

B

...Abrir un espacio de discusión a nivel nacional que identifique a la salud como objetivo nacional, en donde se estimule la amplia participación de todos los sectores de la vida nacional, fue la consigna que motivó nuestro trabajo...

Comisión Nacional de Salud

Autores

Comisión Nacional de Salud·

Dr Benjamín Valdez
Coordinador

Dr Juan José Fernández
Coordinador Adjunto

Enfermera Zoila Marina de Guadrón
Secretaria

Dr Rafael Lorenzana

Dr Rodrigo Brito Lara

Dr Alejandro Gamero Orellana

Dr Carlos Díaz del Pinal

Lic Juan Héctor Vidal

Grupo Técnico:

Lic Jorge Flamenco
Director Ejecutivo

Lic Gisela Cente Guerrero

Dr Jorge Roberto Cruz González

Presentación

Hace casi un año aceptamos el reto encomendado por la Presidencia de la República, de elaborar los Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud Salvadoreño

Desde su inicio, estuvimos conscientes de la enorme responsabilidad que habíamos asumido, y después de algunos tropiezos comprensibles, nos dimos a la tarea de hacer un análisis exhaustivo de la situación actual de la salud en nuestro país, recabando toda la informacion disponible de diferentes fuentes tanto nacionales como internacionales La situación de la salud en nuestro país, aunque ha tenido algunos avances significativos desde hace 15 años, sobre todo en la lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas y en la protección al binomio madre-hijo, está aun lejos de alcanzar los niveles de salud que necesitamos los salvadoreños

También es preocupante el hecho de que la salud no ha figurado en un lugar preponderante en los discursos políticos, y por tanto no es un tema prioritario que se incluya en los grandes problemas a resolver en nuestro país Así mismo, vemos que la poblacion ignora que su salud es un derecho claramente establecido en nuestra Carta Magna, por lo que consideramos que la reforma en el Sector Salud más allá de las consideraciones de orden político economico y financiero se vuelve un imperativo moral

Creemos firmemente que con voluntad politica, mayor interés de parte de la población y la solidaridad que siempre nos ha caracterizado, es posible articular un verdadero Sistema Nacional de Salud que pueda mejorar sustancialmente las condiciones sanitarias actualmente prevalentes y por ende contribuir al desarrollo integral del pais

Esperamos confiados en Dios que este esfuerzo realizado por la Comisión Nacional de Salud, sea de utilidad para realizar el anhelo, muchas veces expresado en la consulta sectorial que desarrollamos, y se traduzca en hechos tangibles que propicien un verdadero cambio en las estructuras deterioradas del sector salud de nuestro pais, que logren armonizar un verdadero Sistema Nacional de Salud, basado en los principios fundamentales de satisfacción del usuario, eficiencia, eficacia, equidad, universalidad, accesibilidad y solidaridad, para que en un futuro cercano, nuestro pais logre mejores niveles de salud para toda la poblacion

El Sector Salud no puede alcanzar esas metas por sí sólo, porque la salud es un producto social en el que participan ademas del sistema de atención, otros elementos tales como la biologia humana, el medio ambiente y el estilo de vida Por lo anterior, para que la reforma que estamos proponiendo resulte verdaderamente eficaz, debe ser complementada por una amplia participación de todos los sectores de la vida nacional relacionados con la salud

Nuestros agradecimientos a todas aquellas personas que en forma desinteresada y preocupados por la salud, nos brindaron su colaboracion externando ideas con franqueza Tambien agradecemos a los diferentes gremios relacionados con la salud, sindicatos, asociaciones, ONGs, igualmente al Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Asociacion de Hospitales Privados, Universidades y otras instituciones relacionadas con la salud, por sus valiosas opiniones que han sido tomadas en cuenta en este trabajo que hoy ponemos a consideracion de todas las fuerzas vivas de nuestro pais con el afan de lograr un consenso nacional que permita impulsar las reformas necesarias del Sector Salud, para beneficio de las actuales y futuras generaciones de salvadoreños

Tambien deseamos expresar nuestro especial agradecimiento a la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID), por la asistencia tecnica y financiera que nos proporciono, asi mismo nuestros agradecimientos a la Organizacion Panamericana de la Salud (OPS) y Cooperacion Tecnica Alemana (GTZ), por su colaboracion

En cumplimiento a nuestro compromiso, hacemos entrega al Señor Presidente de la Republica, a las fuerzas vivas de la nacion y a la poblacion en general, esta **Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador**

COMISION NACIONAL DE SALUD

San Salvador, febrero de 1999

F

CONTENIDO

INTRODUCCION

RESUMEN EJECUTIVO i

CAPITULO 1 1

CONDICIONES DE SALUD EN EL SALVADOR 1
ANTECEDENTES 1
1 1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONOMICO Y POLITICO 1
1 2 SITUACION DE SALUD EN EL SALVADOR 5
1 3 SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL 11
1 4 CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE 12
1 5 INDICE DE DESARROLLO HUMANO 17

CAPITULO 2 20

SITUACIÓN ACTUAL DEL SECTOR SALUD DE EL SALVADOR 20
2 1 CONFORMACION DEL SECTOR SALUD 20
2 2 PERFIL DEL SECTOR SALUD 21

CAPITULO 3 27

PRINCIPALES RETOS PARA EL SECTOR SALUD 27
3 1 SINTESIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN EL SALVADOR 27
3 2 SINTESIS DE LOS PROBLEMAS DE ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DE EL SALVADOR 29
3 3 PRINCIPALES RETOS PARA EL SECTOR SALUD 32

CAPITULO 4 34

MARCO CONCEPTUAL PARA LA CREACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 34
4 1 CARACTERISTICAS BASICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 35
4 2 OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 36
4 3 PRINCIPIOS Y VALORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 36
4 4 MISION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 37
4 5 VISION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 37

CAPITULO 5 38

LINEAMIENTOS PARA LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE EL SALVADOR 38
5 1 CONTEXTO ACTUAL 38
5 2 VISION DE FUTURO 38
5 3 JUSTIFICACION DE LA REFORMA 39
5 4 LINEAMIENTOS PARA LA REFORMA 40
A Modelo de Sistema de Salud Propuesto 40
a 1) Descripción General del Modelo Propuesto 40
a 2) Lineamientos Generales y Líneas de Accion 42
a 3) Principales Estrategias Aplicables 48
a 4) Regimen del Seguro de Salud Universal 52
B Conformacion del Sistema Nacional de Salud 53
b 1) Descripcion General del Sistema 53
b 2) Elementos integrantes y funciones basicas asignadas 54
b 3) Interrelaciones entre elementos del Sistema 57
b 4) Entidades fuera del Sector, relacionadas con el tema de la Salud 58
b 5) Estructura del Sistema Nacional de Salud 59
b 6) Cambios relevantes de la Estructura de Organización propuesta 60

G

CAPITULO 6 64

Factibilidad y Viabilidad de la Propuesta de Reforma del Sistema de Salud de El Salvador 64

6 1 PROCESO GENERAL DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL SALVADOR 64

6 2 ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA REFORMA 65

6 3 FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DE LA PROPUESTA DE REFORMA 68

A Liderazgo y continuidad del proceso 68

B Consenso y concertacion politica sobre la reforma 69

C Estudios de soporte 69

c 1) Estudio de las implicaciones legales de la reforma 69

c 2) Estudio Economico - Financiero 70

c 3) Estudio sobre la capacidad gerencial de los establecimientos gubernamentales 70

c 4) Estudio sobre la participacion de la comunidad en el control social de la gestión en salud 71

D Diseño tecnico del Modelo 72

6 4 ESTRUCTURA DE SOPORTE PARA LA CONTINUIDAD DEL PROCESO 73

Personas e Instituciones que participaron en la Consulta Ciudadana y del Sector Salud 74

Instituciones que respondieron encuestas de opinion 74

Funcionarios de Instituciones y Organizaciones que participaron en entrevistas a profundidad 75

Organizaciones que participaron en grupos de enfoque 76

Comunidades que participaron en Asambleas Comunitarias 77

GLOSARIO 78

DOCUMENTACION CONSULTADA 85

ANEXOS 87

ANEXO N^{Q} 1 89

ANEXO N^{Q} 2 89

ANEXO N^{Q} 3 90

ANEXO N^{Q} 4 91

INTRODUCCIÓN

Estamos a las puertas de un nuevo milenio, momentos en que El Salvador ha experimentado logros en el orden económico No obstante estos logros, tambien es cierto que nuestro pais tiene grandes problemas en el área social y del medio ambiente, lo que condiciona la problematica del sector salud descrito ampliamente en los primeros capitulos de la propuesta, afectando la calidad de vida de la poblacion, limitando la productividad y el desarrollo economico del pais

Ante esta situación, consideramos que es necesaria la implementacion de reformas profundas que permitan lograr equilibrio entre el desarrollo económico y social del pais y en especial en la salud de la poblacion En ese contexto nace la Comision Nacional de Salud, instancia encomendada por la Presidencia de la República para llevar a cabo la elaboracion de "lineamientos que posibiliten la Reforma del Sistema de Salud en todos sus niveles y modalidades" Para el cumplimiento de dicha misión fue necesario conocer las experiencias nacionales desarrolladas, asi como los diferentes diagnósticos efectuados sobre la situacion de salud en el pais

Parte importante del proceso lo constituye la Consulta realizada por la Comision Nacional de Salud, desarrollada con funcionarios, tecnicos y personal operativo de las diferentes instituciones que conforman el sector, quienes a traves de entrevistas a profundidad, grupos focales y encuestas, manifestaron sus opiniones respecto a la problemática y las soluciones factibles y viables de ser implementadas, que conduzcan a ofrecer una mejor atencion de salud a la población

Otro aspecto relevante en el proceso de consulta fueron las "Asambleas Comunitarias" consistentes en reuniones desarrolladas con la poblacion a fin de escuchar de los usuarios, la percepcion que tienen de los servicios de salud que reciben

Los resultados de tres seminarios-taller complementan los insumos utilizados por la Comisión Nacional de Salud para la elaboracion de la Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud salvadoreño, el primero estuvo relacionado con el Marco Conceptual para la Reforma y Reflexiones sobre Experiencias en países de America Latina, el segundo se relacionó con la Definicion de la Visión de futuro del Sistemas de Salud e Identificacion de los Elementos estratégicos para la reforma del sector salud de El Salvador

El tercer seminario desarrollado fue sobre Iniciativas de Reforma del Sector Salud, durante el cual la mayoría de las instituciones que conforman el sector expusieron sus propuestas

Se visitaron cuatro paises de America Latina conjuntamente con Diputados de la Comisión de Protección al Medio Ambiente y Salud Pública de la Asamblea Legislativa, para conocer las experiencias positivas y negativas de los procesos de reforma implementados, a fin de considerar aquellas útiles al proceso salvadoreño

La propuesta de lineamientos para la reforma del sistema de salud salvadoreño contenida

en este documento, comprende seis capitulos, y en ellos se presentan los siguientes aspectos

El Capitulo Primero, "Las Condiciones de Salud en El Salvador", describe los principales problemas de salud que aquejan a la poblacion, del medio ambiente y como estos repercuten en la salud de la poblacion

El Segundo Capitulo, esta referido a la "Situacion del Sector Salud de El Salvador", describiendose su conformacion y un analisis de la problematica que enfrentan las instituciones que lo conforman

El Tercero, contiene los "Principales Retos para el Sector Salud", y en el se presenta una sintesis de los problemas que estan produciendo enfermedad y muerte en la poblacion, y los que estan afectando la organizacion y funcionamiento del sector, planteando a partir de ellos los problemas que el sector salud debe resolver

El Cuarto Capitulo esta referido al "Marco Conceptual para la Creacion del Sistema Nacional de Salud", en el cual se describen los principios y valores que deben constituir sus bases

En el Quinto se formulan los "Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador", este Capitulo constituye la parte medular y central del documento

En el Capitulo Sexto, "Factibilidad y Viabilidad de la Propuesta", se plantea el proceso a seguir a partir de la presentacion de la misma y las acciones a desarrollar a fin de obtener el apoyo necesario para su implementacion

Deseamos destacar que esta propuesta esta dirigida a la nacion y especialmente a todos aquellos interesados en desarrollar actividades relacionadas con la salud de manera solidaria, con equidad, eficacia, eficiencia, calidad y calidez humana

El presente documento "Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador", pretende destacar aquellas acciones que se consideran vitales para el cambio de las estructuras del Sector Salud, condicion indispensable para que el proceso de reforma sea congruente con su significado

Naturalmente este no es el final del camino, mas bien aspiramos que sea el inicio de un proceso de consenso nacional y constituya la base de un esfuerzo integral, amplio y sostenido hacia la configuracion de un Sistema Nacional de Salud, que propicie mejores niveles de salud y bienestar para la poblacion salvadoreña

RESUMEN EJECUTIVO

En los años 1993, 1994, un equipo de consultores internacionales y nacionales, con los auspicios de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organizacion Panamericana para la Salud (OPS), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), formularon el proyecto Analisis del Sector Salud de El Salvador y produjeron el documento La Reforma de Salud Hacia su Equidad y Eficiencia, que contenia un diagnostico y propuesta para la reforma de la salud en nuestro pais

Los productos de ese esfuerzo no fueron aprovechados, porque la propuesta no obtuvo respaldo en los niveles tecnicos y politicos relacionados con la salud

En los años 1994 - 1995, por encomienda de la Comision Intersectorial de Salud, conformada por el Ministro de Salud Publica y Asistencia Social, el Ministro de Planificacion y Coordinacion del Desarrollo Economico y Social y la Directora General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Grupo de Reforma del Sector Salud, integrado por tecnicos nacionales representantes de las instituciones mencionadas elaboraron el Documento Guía para la Reforma del Sector Salud en El Salvador

Esta propuesta solamente llego a ser un documento de trabajo, pues hacia falta el consenso de las instituciones representadas en la Comision sobre algunos de sus puntos medulares y porque no se conto con la decision politica necesaria para abrir este documento a una discusión sectorial, en busqueda de consenso y viabilidad

En 1998 el tema salud surgio nuevamente como un elemento importante de la politica social que es necesario definir e impulsar, consiguiendo un espacio importante y sostenido en el debate político nacional

Proliferaron multiples esfuerzos institucionales que abordan el tema de la problematica de la salud y algunos que proponen soluciones Entre los más significativos podemos mencionar los realizados por la Mesa 13 de la Comision Nacional de Desarrollo, Sanidad Militar, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Universidad de El Salvador, Colegio Medico de El Salvador, Sociedad Dental de El Salvador, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sindicato de Trabajadores del Seguro Social y un grupo de ONGs que trabajan en el campo de la salud

Esto demuestra el interes institucional por abordar y resolver los problemas de salud que aquejan a la población, pero denota al mismo tiempo la necesidad de integrar y cohesionar esas inquietudes, al igual que procurar consensar sus contenidos

En este contexto nace la Comision Nacional de Salud, creada por el Señor Presidente de la Republica con la finalidad de "dictar lineamientos que hagan posible la Reforma del Sistema de Salud en todos sus niveles y modalidades "

CONTEXTO DEMOGRAFICO SOCIOECONOMICO Y POLITICO

Durante el periodo 1970-1992 nuestro pais atraveso una crisis politica y social que ocasiono un cambio significativo en la dinamica poblacional Durante ese periodo se incremento la mortalidad masculina y aumento la migracion al exterior lo que agudizo el problema de la desintegracion familiar

La poblacion de El Salvador estimada para 1998 era de 6,031,326 habitantes, con una densidad de 291 habitantes por km^2, en una proporcion de 49% hombres y 51% mujeres y una distribucion de 57 8% poblacion urbana y 42 2% rural

Segun las Proyecciones de la Direccion General de Estadistica y Censos (DIGESTYC), para el año 2005 la poblacion de El Salvador se estima en 6 8 millones de habitantes y en 7 9 millones para el año 2015

Los indicadores macroeconomicos muestran una recuperacion importante de la economia en el periodo posterior al conflicto armado, con un PIB per capita estimado para 1995 en US$ 1,610 00[1] y un incremento anual del 2 8 % en el periodo 1985 -1995 La inflacion se ha reducido, alcanzando un nivel de 4 2 % en 1998, que la ubica como la tercera mas baja en Latinoamerica y la de menor crecimiento en America Central

Pero a pesar del crecimiento economico de los ultimos años, los indicadores de pobreza se mantienen en niveles relativamente altos Para 1997 un 48 3 % de la poblacion se encontraba en situacion de pobreza, 28 7 % de ella en pobreza relativa y 19 6 % en pobreza extrema Esta situacion tiene mayor incidencia en la poblacion rural, donde la pobreza se mantiene practicamente igual a los niveles de 1992

En el aspecto politico, entre los logros mas importantes se pueden considerar la finalizacion del conflicto armado, el avance en el cumplimiento de los acuerdos de paz y el asentamiento de las bases para la construccion de la democracia Pero hace falta bastante camino que recorrer en cuanto a la consolidacion del proceso democratico

En el campo social, segun la Encuesta de Hogares de Propositos Multiples, en 1996 existia una tasa de analfabetismo de 23 5% en poblacion arriba de 6 años, siendo mayor en el area rural El 20 5% de la poblacion mayor de 6 años no habia asistido a la escuela, el 28 3% habia cursado solo el primer ciclo basico (1º, 2º y 3er grado) y el 21% alcanzaba el segundo ciclo (4° a 6° grado)

En lo que respecta a vivienda, el pais presenta un significativo deficit habitacional, con manifestaciones extremas de hacinamiento de la poblacion en viviendas improvisadas en el area rural y urbano- marginal

[1] Situacion Alimentaria y Nutricional de la poblacion de El Salvador 1988 1998 MSPAS AID

En el tema de saneamiento básico las coberturas alcanzadas todavía son insuficientes y los servicios prestados son deficientes Datos disponibles en el MSPAS para 1998 indican que la cobertura de agua potable en el área urbana es de 82 % y de agua entubada en el area rural 25 %, el porcentaje de viviendas con adecuada disposicion de excretas en el área urbana es de 93 5 % y en el area rural 65% para el mismo año[2]

Los Informes sobre Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) han señalado en forma reiterada que **el crecimiento económico y el desarrollo humano deben ir de la mano, y que la inversión sostenida en salud y educación es la mejor forma de obtener mejoría de calidad de vida de la población**

En nuestro pais, de acuerdo a los indicadores macroecomicos de los ultimos años, se han obtenido mejoras sustantivas en la economia nacional, pero no ha existido todavia una repercusion de esas mejoras en el aspecto social, especialmente en el sector salud y particularmente en los sectores de poblacion mas desposeídos

Al realizar una comparacion internacional, a traves del Indice de Desarrollo Humano (IDH) manejado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que mide el adelanto de un pais en función de la esperanza de vida (que refleja la situación de salud en general), el nivel educacional y el ingreso ajustado, observamos que El Salvador se ubica en el lugar numero 114 entre 174 países considerados

SITUACIÓN DE SALUD

Las estadisticas de los últimos años registran que las infecciones respiratorias agudas y los problemas gastrointestinales ocupan los primeros lugares entre las causas de morbilidad general Estas patologias tienen origen principalmente en la contaminacion atmosferica y deficiencias en el saneamiento basico, con insuficientes coberturas en agua potable y adecuada disposicion de excretas

Las principales causas de mortalidad general han estado encabezadas por enfermedades de la violencia y cronico degenerativas

Las afecciones originadas en el período perinatal ocupan el primer lugar como causa de muerte en el menor de un año, pasando a segundo lugar las enfermedades Infecciosas Intestinales La tasa de mortalidad infantil ha experimentado un franco descenso en el último quinquenio, con un indicador de 35/1000 nacidos vivos en 1998, pero aún lejos del indice de Costa Rica, que es de 11 8/1000 nacidos vivos

Lo antes expuesto demuestra que el pais muestra un perfil epidemiologico en transicion, que requiere un nuevo enfoque en el modelo de atención a aplicar

[2] Cobertura de Saneamiento Basico a Nivel Nacional 1998 MSPAS - OPS

SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La situacion alimentaria y nutricional en el pais ha mostrado grandes mejorias en el ultimo quinquenio en lo relativo a micronutrientes especificos, en donde se han alcanzado importantes avances, principalmente en la poblacion menor de 5 años Sin embargo la desnutricion cronica, aguda y global se ha mantenido en los mismos niveles en el quinquenio Mientras la prevalencia de anemia en menores de cinco años es de 30 5 % en 1998

La inseguridad alimentaria global y familiar se mantiene alta en el pais, particularmente en el area rural, con una disponibilidad de calorias, proteinas y vitaminas per capita por debajo del valor minimo recomendado

CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE

Todos los años mueren miles de niños y niñas a causa de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias que podrian prevenirse mediante servicios adecuados y suficientes de saneamiento basico Esta situacion tiene mayor impacto en el area rural y urbano - marginal, donde las coberturas de los programas son mas bajas
Es necesario reforzar las acciones y programas nacionales dedicados a la proteccion de alimentos, adecuada administracion de sustancias quimicas, manejo de plaguicidas, desechos peligrosos y manejo apropiado de desechos solidos, control de contaminacion por vertidos industriales y reduccion de la contaminacion del aire

Situación Actual del Sector Salud de El Salvador

El Sector Salud en El Salvador esta conformado por un conjunto de entidades de las areas Gubernamental, Privada y de la Comunidad, que **funcionan sin coordinación sistemática en el desempeño de los roles** que les corresponden como normadores, reguladores, administradores, financiadores, proveedores y usuarios de los servicios

Durante los ultimos años las instituciones del Sector Salud han obtenido importantes logros en la mejoria de las condiciones de salud de la poblacion, especialmente mediante el combate a enfermedades infecto contagiosas que caracterizan a los perfiles epidemiologicos de paises en vias de desarrollo, habiendose logrado la erradicacion o el control de algunas de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestro medio, tales como la poliomielitis, el sarampion y el paludismo Tambien se han realizado esfuerzos tendientes a la modernizacion institucional de las principales entidades del Sector

Pero esos esfuerzos han sido insuficientes y han carecido de un enfoque sectorial y una vision integral y de largo plazo, por lo cual el Sector Salud todavia adolece de fallas y vacios que configuran una situacion debil en su estructura y funcionamiento, lo cual se denota en algunas manifestaciones en el orden politico, economico, social, institucional y legal

En lo Político, a pesar de las reiteradas declaraciones oficiales, la salud no ha constituido una verdadera prioridad para los Gobiernos **En lo Económico,** la debilidad tiene expresion en la escasa dedicacion de recursos financieros para el gasto publico y la inversión en salud **En lo Social,** la poblacion no ha expresado preocupación por el tema de la salud y los Gobiernos no han mostrado suficiente interes para reforzar las acciones de salud dirigidas a grupos vulnerables y población en mayor riesgo **En el orden Institucional,** las principales entidades del Sector han demostrado escasa capacidad de respuesta para atender las necesidades de salud de la poblacion, y **en el orden Legal** se carece de un marco que permita regular en forma adecuada a los elementos integrantes del Sector y no se cuenta con mecanismos que hagan posible el ejercicio de la rectoria por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Los **modelos de atención** de las instituciones del Sector carecen de un enfoque de integralidad y continuidad para la prestacion de los servicios de salud y se encuentran principalmente orientados hacia aspectos médico/curativos, sin congruencia con el perfil epidemiologico del pais

Los grupos poblacionales de mayor riesgo binomio materno/infantil, personas de la tercera edad, población rural y poblacion en situacion de pobreza, tienen dificultades en el acceso a servicios del Primer Nivel de Atención y mayores dificultades para acceder a los servicios de medicina especializada del Segundo y Tercer Nivel

En el aspecto de **organización,** se carece de una estructuracion sistemica del Sector, no existe una clara delimitacion de roles institucionales, ni separacion de las funciones rectora, normativa, financiera y de provision de servicios

En el tema de **funcionamiento**, el MSPAS ha demostrado una limitada capacidad para normar, planificar y evaluar programas y procesos de salud a nivel sectorial, lo que afecta el ejercicio del papel rector que le corresponde

El Régimen de Salud del ISSS se ha manejado como un sistema cerrado, con muchos privilegios para una poblacion reducida y sin compartir recursos con otras instituciones que lo necesitan En casi 45 años de existencia este Regimen no ha alcanzado el 20 % de cobertura de la poblacion del país **Los planes de beneficios y las asignaciones financieras del ISSS**, comparadas con las demas instituciones del Sector, son claros **ejemplos de inequidad y falta de solidaridad** Las quejas constantes de los asegurados sobre **demoras en el servicio y maltrato del personal**, revelan **deficiencias en la calidad y calidez del servicio**, situaciones que han sido constatadas en las asambleas de usuarios realizadas por la Comision Nacional de Salud

A pesar de los esfuerzos realizados, todavía prevalece una estructura administrativa de corte centralizado en los **modelos de gestión** de las instituciones del Sector, al igual que algunas deficiencias en el manejo de los recursos humanos y tecnologicos en la mayoria de las instituciones

La **participacion social** es insuficiente en las labores de identificacion de problemas e impulso de acciones de promocion, fomento y recuperacion de la salud

En el tema de **financiamiento**, se observa que la asignacion gubernamental, representa una proporcion muy baja con relacion al Producto Interno Bruto En efecto en 1996 el Gasto Nacional en Salud fue de 7 3 % del PIB y la contribucion gubernamental de 1 7 % del mismo

En el estudio "Estimacion del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1996", se demuestra que para el año **1996 el Gasto Nacional en Salud (GNS) ha sido aproximadamente de 6,800 millones de colones salvadoreños** En ese GNS participan cuatro sectores de la vida nacional (Hogares, Gobierno, Seguro Social, Compañias de Seguros Privados) La contribucion mas cuantiosa corresponde a los Hogares, con un 4 2 % del PIB, pero es importante señalar que en ese 4 2 % **existe una significativa participacion de la población en situación de pobreza que representa el 40 % de los gastos en salud aportados por los Hogares**

Los programas de Seguros de Salud Privados y Medicina Pre - pagada para la poblacion con capacidad de pago, todavia no han alcanzado suficiente desarrollo

En el **aspecto legal**, las disposiciones aplicables en el Sector se encuentran descoordinadas y en algunos casos yuxtapuestas Un estudio exhaustivo de tales disposiciones constituye una necesidad inmediata

Principales Retos Para El Sector Salud

Es importante identificar los principales problemas de salud, a fin de contar con una base para plantear los retos y orientar las soluciones a incorporar en la Propuesta Entre esos problemas se encuentran

- Insuficientes coberturas de atencion prenatal, atencion institucional del parto y control post – natal
- Problemas de salud en el menor de un año
- Problemas de salud del adolescente (10 –19 años)
- Problemas de salud mental
- Alto crecimiento demografico
- Enfermedades cronico – degenerativas
- Problema nutricional
- Problema de saneamiento basico
- Contaminacion del aire

Igualmente es necesario identificar los principales problemas en la organizacion y funcionamiento del Sector Salud, entre los cuales pueden mencionarse

- ➢ Fragmentacion y desarticulacion de las instituciones que integran el Sector Salud
- ➢ Se carece de una estructuracion sistemica del sector y de una clara definicion de los roles que corresponden a las instituciones que lo integran
- ➢ Escasa coordinacion entre las instituciones integrantes del sector
- ➢ Carencia de integralidad y continuidad en el modelo de atención
- ➢ Dificultades de orden geográfico y cultural en el acceso a los servicios
- ➢ En el modelo de provisión se denota una insuficiente cobertura poblacional, duplicidad de esfuerzos en algunas areas y poca eficiencia en el uso de los recursos
- ➢ Modelo de gestión no estructurado, centralizado, burocrático y poco participativo
- ➢ Modelo de financiamiento no solidario e inequitativo
- ➢ Carencia de una politica nacional de salud y falta de continuidad en las acciones de salud
- ➢ Carencia de fuerza politica, soporte legal y recursos suficientes para el ejercicio de la rectoria del Sector, por parte del MSPAS
- ➢ Insuficiente coordinacion intra e intersectorial
- ➢ Alto costo de los servicios y baja asignacion gubernamental para el gasto nacional en salud
- ➢ Funcion de control y fiscalizacion diluida entre varias instituciones y con muy poca consistencia en sus acciones
- ➢ Poca importancia otorgada a la estrategia de Atencion Primaria de Salud (APS) y a los programas de salud comunitaria
- ➢ Marco Legal obsoleto
- ➢ Escasa participacion social en la identificación de problemas y propuesta de soluciones a los problemas de salud
- ➢ Pocas oportunidades para la participación privada en la provisión de servicios
- ➢ Carencia de una Politica Nacional de Población
- ➢ Ausencia de un programa de investigación científica, tecnica y social en el campo de la salud
- ➢ Falta de capacidad gerencial en los establecimientos gubernamentales de salud
- ➢ Bajos niveles de calidad y calidez humana en la provision de los servicios
- ➢ Tiempos de espera excesivamente largos para recibir los servicios
- ➢ Escasez de medicamentos

Esta problemática, plantea un doble desafio a la sociedad salvadoreña alcanzar mejores niveles de salud para toda la población del país, en condiciones de equidad, calidad y calidez humana en el servicio, y conformar un Sistema Nacional de Salud que propicie eficacia y eficiencia a la estructura organico funcional del Sector

Para afrontar estos desafios, es necesario abordar un proceso de reforma, que procure un verdadero desarrollo de la organizacion, gerencia, control y evaluacion de los sistemas y procesos tecnico - administrativos en las diferentes entidades del Sector

En funcion del proposito antes mencionado, se plantean los siguientes retos para el Sector Salud de nuestro país

- Establecer y fortalecer las relaciones entre los diferentes actores de la vida nacional relacionados con la salud de la poblacion
- Maximizar la contribucion del Sector Salud en la conformacion de una poblacion salvadoreña sana y productiva
- Lograr mejores niveles de salud para los habitantes del pais, mediante atencion integral a toda la poblacion, especialmente aquella mas vulnerable o mas expuesta a riesgo
- Procurar eficiencia y eficacia en la organizacion y funcionamiento del Sector a traves de un Sistema Nacional de Salud que procure excelencia en la aplicacion de sus modelos de atencion, provision y gestion en todos los niveles de la organizacion
- Propiciar sostenibilidad al sistema, mediante el fortalecimiento de los aportes financieros gubernamentales y ciudadanos, para lograr un modelo solidario, equitativo y subsidiario
- Contribuir a la formulacion e implementacion de una Politica Nacional de Poblacion

Marco Conceptual para la Creación del Sistema Nacional de Salud

En orden a la conformacion de un Sistema Nacional de Salud (SNS) en nuestro pais, es necesario definir un marco conceptual que sirva de base, para ello se ha adoptado el concepto vertido por la Organizacion Panamericana de la Salud que lo define como

"Un todo coherente, compuesto de muchas partes relacionadas entre si, tanto sectoriales como intersectoriales además de la propia comunidad, y que produce un efecto combinado en la salud de la poblacion"

Lo anterior implica la necesidad de integrar en un todo organizado a las instituciones del sector, definiendo claramente sus roles y las lineas de coordinacion entre ellas y otros sectores relacionados con la salud

El Sistema Nacional de Salud que se propone contempla entre sus estrategias basicas **la creación de un Seguro de Salud Universal** con cobertura para toda la poblacion, mediante el cual se proporcionen servicios de atencion integral, por parte de multiples proveedores de servicios

Se ha establecido como **Objetivo General del SNS**

Lograr niveles optimos de salud, para toda la poblacion del pais, mediante la aplicacion de un modelo integral de atencion, de acuerdo a los recursos disponibles y procurando una relacion de equilibrio con el medio ambiente, en condiciones de eficacia, eficiencia y equidad en la provision de los servicios, y en funcion de las necesidades de la poblacion

El Sistema Nacional de Salud que se propone, se sustenta en los principios y valores de **solidaridad, subsidiaridad, equidad, universalidad, eficacia, eficiencia, integralidad, flexibilidad, sostenibilidad política y financiera, con calidad y calidez humana**

Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador

VISION DE FUTURO

La vision de pais y el concepto de desarrollo expuestos en las **Bases para el Plan de Nación** de la Comision Nacional de Desarrollo (CND), los conceptos sobre el rol que debe asumir el Estado, contenidos en el **Programa de Modernización** impulsado por el Gobierno a traves de la Comision Presidencial para la Modernizacion del Sector Publico (CPMSP), la Imagen Objetivo del Sector Salud definida en el **Documento Guía para la Reforma del Sector Salud**, algunos elementos retomados de la **propuesta de ANSAL** y otros obtenidos de las experiencias de paises de America Latina, han servido de base conceptual para la formulación de estos lineamientos de reforma del Sistema de Salud y para definir la siguiente **VISION**

> *"Sistema Nacional de Salud Institucionalizado que procure mejores niveles de salud para la población del país, mediante acciones integrales y permanentes, con amplia participación social y en equilibrio con el medio ambiente"*

JUSTIFICACION DE LA REFORMA

Es innegable que en los ultimos años el pais ha obtenido importantes logros en materia de salud, pero por otra parte, múltiples diagnosticos y estudios a nivel sectorial realizados en años recientes revelan la persistencia de condiciones deficientes de salud, especialmente en grupos poblacionales en mayor riesgo y en sectores de poblacion en situacion de marginacion y de pobreza Asi mismo esos diagnostico plantean las ineficiencias e inequidades que se producen en el funcionamiento del sector y en la atención a los usuarios, como efecto de las debilidades internas, de su obsolescencia tecnica y administrativa y de la falta de proyeccion hacia una modernizacion sectorial

La necesidad de mejorar los niveles de salud de la poblacion obliga a realizar un analisis de la situacion y plantear medidas de ajuste sustanciales en cuanto a los modelos de atencion, gestion, provision y financiamiento, así como en el marco legal del sector y en su estructura organico funcional

Una de las partes esenciales del trabajo de la Comision Nacional de Salud ha sido la consulta realizada en el Sector, pues solo mediante esta práctica se trasciende de los ejercicios academicos y estudios tecnicos, hacia el campo objetivo donde se manifiestan

los problemas de la demanda de servicios de salud por parte de la poblacion y las dificultades que afrontan las instituciones para administrarlos y proveerlos adecuadamente **Esta consulta constituye uno de los principales elementos de soporte y sustento de nuestra propuesta de lineamientos** En la encuesta de opinion realizada en el marco de la consulta mencionada, el 91 7 % de las personas manifestaron que es necesario introducir cambios sustantivos en la organizacion y funcionamiento del Sector Salud **Este tipo de inquietudes manifestadas por los usuarios y operadores del sistema es el principal argumento de justificación de la reforma**

MODELO DE SALUD PROPUESTO

El analisis de la situacion de salud en El Salvador y de la problematica afrontada en el Sector, reafirma la necesidad de introducir un modelo general de sistema de salud que responda a las demandas de la poblacion, conformado por cuatro componentes un **modelo de atención integral y accesible**, un **modelo de gestion estructurado, descentralizado y participativo**, un **modelo de provisión mixto** que permita la participacion de diferentes modalidades de proveedores y que tenga **cobertura universal** y un **modelo de financiamiento solidario, equitativo y subsidiario**

El **modelo de atención integral** debe considerar una reforma programatica que incorpore acciones de fomento, promocion y educacion para la salud, prevencion y curacion de la enfermedad, restauracion y sostenimiento de la salud Comprendera acciones dirigidas a las personas, en funcion de sus condiciones demograficas, economicas, sociales y culturales, lo mismo que acciones y programas orientadas a la proteccion del medio ambiente Este modelo propicia condiciones convenientes para la eliminacion de barreras de caracter geografico, social, cultural y economico, que impiden en la actualidad un acceso real a los servicios de salud en condiciones de equidad, afectando especialmente a las personas mas desposeidas

El **modelo de gestion** propugna por el establecimiento de un equilibrio, donde el nivel central fortalezca sus aspectos normativos y regulatorios y el ejercicio de la rectoria y coordinacion y la aplicacion de un proceso gradual de descentralizacion, mediante el cual los actuales establecimientos de salud gubernamentales se conviertan en establecimientos con "autonomia de gestion" La participacion civil en la identificacion de necesidades y en la propuesta de soluciones a los problemas de salud es otra caracteristica importante del modelo de gestion propuesto

El **modelo de provisión** plantea una apertura a la participacion de diferentes modalidades privadas en la entrega de servicios de salud a las personas y en la generacion de acciones de proteccion al medio ambiente, asi mismo propone una tendencia progresiva de transferencia de la funcion proveedora de servicios de salud, del sector gubernamental hacia establecimientos de salud con autonomia de gestion, bajo diferentes modalidades de asociacion, tales como cooperativas de trabajadores de la salud y sociedades anonimas laborales Esta apertura propicia eficiencia al sistema y procura una cobertura universal de la poblacion en un sistema integrado de salud

El **modelo de financiamiento** persigue la aplicacion del principio de **solidaridad** en el sostenimiento del sistema de manera que contribuyan todos los habitantes del pais de acuerdo a sus condiciones laborales y a sus posibilidades economicas Los trabajadores dependientes mediante cotizaciones obrero-patronales, los independientes mediante cuotas que se establezcan de acuerdo a sus niveles de ingresos, cuotas deducidas de sus pensiones mensuales a los jubilados y asignaciones gubernamentales en base a los impuestos de la ciudadania en general En cuanto al principio de **equidad**, los recursos financieros dedicados a salud deberan asignarse en relacion directa a la poblacion que cubran y a los servicios que proporcionen los proveedores, de acuerdo a un plan de beneficios uniforme para toda la poblacion, pero con esfuerzos focalizados en los grupos mas vulnerables y los de mayor riesgo

Lineamientos Generales

MODELO DE FINANCIAMIENTO Conjunto de disposiciones normativas e instancias administrativas que promuevan el cumplimiento de los principios de solidaridad equidad y subsidiaridad en el financiamiento del Sistema Nacional de Salud De manera que el Gobierno, la empresa privada y los ciudadanos participen de acuerdo a sus responsabilidades y capacidades, y que la asignacion de los recursos se realice en funcion de las necesidades de la poblacion, con prioridad a los grupos poblacionales desposeidos	1er LINEAMIENTO GENERAL Crear un Seguro de Salud Universal para dar cumplimiento a los principios de solidaridad equidad y subsidiaridad 2º LINEAMIENTO GENERAL Procurar eficiencia en el manejo, y equidad en la asignacion y distribucion de los recursos financieros del Sector
MODELO DE PROVISION Se concibe el modelo de provision como el conjunto de modalidades alternativas para la entrega de servicios de salud a la poblacion, con cobertura universal	1er LINEAMIENTO GENERAL Propiciar la participacion de diferentes modalidades publicas y privadas en la oferta de servicios de salud a la poblacion, para conformar un sistema mixto que propicie calidad y eficiencia a traves de la competencia 2º LINEAMIENTO GENERAL Universalizar la cobertura de los servicios de salud 3er LINEAMIENTO GENERAL Convertir a los actuales proveedores publicos de salud en entidades gubernamentales con autonomia de gestion

MODELO DE GESTION Conjunto de principios y normas técnico-administrativas que orientan y rigen la forma de administración de una organización el desarrollo de las funciones asignadas a los elementos que la integran y el desempeño de las personas responsables de su funcionamiento	1er LINEAMIENTO GENERAL Conferir al Ministerio de Salud el rol rector del Sistema Nacional de Salud y establecer las condiciones pertinentes para que ejerza el liderazgo que le corresponde 2º LINEAMIENTO GENERAL Redefinir los roles institucionales a algunas entidades del sector y conferir el rol que corresponde a nuevas instituciones que integraran el Sistema 3er LINEAMIENTO GENERAL Modernizar la gestión administrativa y financiera a nivel del Sector Salud y en las instituciones que lo conforman 4º LINEAMIENTO GENERAL Definir la politica nacional de formacion y desarrollo de recursos humanos en salud, de acuerdo a las necesidades de salud de la poblacion
MODELO DE ATENCION Plan de beneficios o conjunto de servicios que se ofrecen a la poblacion por parte de los diferentes proveedores, con aplicacion a nivel sectorial	1er LINEAMIENTO GENERAL Diseñar e implementar un modelo de atencion integral en salud que se aplique en los tres niveles de atención 2º LINEAMIENTO GENERAL Proveer Servicios integrales de Salud con calidad y calidez humana 3er LINEAMIENTO GENERAL Configurar e introducir una unidad administrativa basica para la atención en salud (area sanitaria), circunscrita a un area geografica determinada y que comprenda el primero y segundo nivel de atencion con la finalidad de procurar mayor eficiencia en el sistema y facilitar la aplicacion del modelo de atencion integral en salud

PRINCIPALES ESTRATEGIAS APLICABLES

Para apoyar la implementacion de los lineamientos generales y lineas de accion, se requiere el empleo de estrategias fundamentales que se aplicaran en diferentes momentos del proceso de Reforma del Sistema de Salud, Entre las que podemos mencionar

- **Gradualidad** en la aplicacion de los lineamientos y las lineas de accion
- **Descentralización**, como mecanismo de equilibrio entre funciones normativas y regulatorias, contra funciones operativas
- **Participación Privada** en apoyo a la universalidad de la cobertura de servicios, mediante el fortalecimiento de las modalidades actuales y la apertura a nuevas modalidades, tales como cooperativas y sociedades anonimas laborales
- **Competencia**, en busqueda de eficiencia y cristalinidad en la gestion, procurando la concurrencia de proveedores publicos y privados, en igualdad de condiciones
- **Participación Social** en la identificacion de necesidades de la poblacion y propuesta de solucion a los problemas de salud

- **Intersectorialidad** como una forma de contribuir al logro de eficiencia y eficacia en la solución de los problemas de salud
- **Atención al Cliente,** especialmente en los componentes de Atencion y de Provision, para lograr satisfaccion en los usuarios
- **Intercambio de Recursos** como una forma de lograr eficiencia en la utilizacion de los recursos materiales y tecnológicos del Sector
- **Separación de Funciones** con la finalidad de obtener mayor eficiencia en el funcionamiento del sistema, de manera que se delimiten y definan las competencias de cada una de las instituciones que estaran encargadas de las funciones rectora, normativa, coordinadora, proveedora, financiera y fiscalizadora
- **Atención Primaria en Salud,** estrategia netamente aplicable al modelo de atencion, en los terminos definidos en ALMA ATA en 1968
  "La Atencion Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en metodos y tecnologias practicas, cientificamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y de la comunidad, mediante su plena participacion y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espiritu de autorresponsabilidad y autodeterminacion La atencion primaria forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el nucleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo mas cerca posible la atencion de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"
- **Política Nacional de Población** El sector salud debe coordinar esfuerzos con otros sectores de la vida nacional para la formulación e implementacion de una politica nacional de poblacion orientada a frenar el acelerado crecimiento de la poblacion del pais, como una forma de obtener eficiencia en los programas sociales y contribuir al desarrollo sostenible del pais
- **Adecuacion del Marco Legal** para la conformación, implementacion y desarrollo del Sistema Nacional de Salud
- **Fortalecimiento del Aporte Gubernamental** Esta es una de las principales estrategias para garantizar la sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud En el nuevo esquema el aporte gubernamental debe establecerse en función del Producto Interno Bruto del país, con una tendencia creciente y sostenida
- **Investigación** Para fortalecer el modelo de atencion integral a aplicar, es indispensable la introduccion de programas de investigacion en el campo científico, técnico y social, de las diferentes disciplinas o profesiones de la salud, de manera que en forma permanente estén produciendo insumos para la innovacion programatica y técnica del sistema de salud, en funcion de las necesidades de la poblacion

Régimen del Seguro de Salud Universal

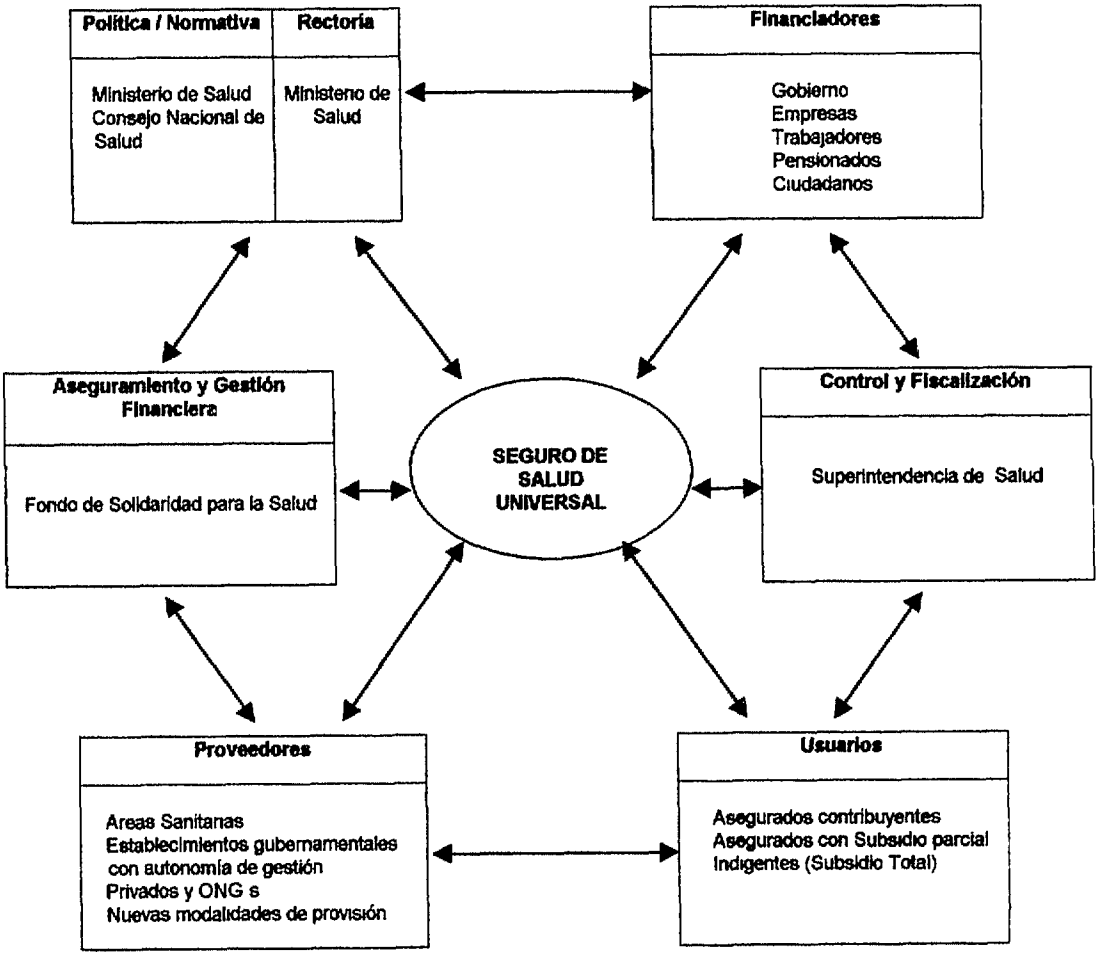
Uno de los elementos mas representativos del cambio en el modelo de salud, es la creacion del Seguro de Salud Universal, que no representa la creacion de una nueva institucion sino una nueva entidad juridica o regimen de normativa tecnica y legal, que procura la universalizacion de la cobertura

La participacion en este regimen constituira un derecho para todos los ciudadanos, pero tambien sera una obligacion ciudadana, apoyarlo y sostenerlo

El Seguro de Salud Universal, necesitara del soporte de diferentes entidades o instituciones, que deben cumplir las funciones que les corresponden, en cumplimiento de la estrategia de separacion de funciones, que constituye otro de los elementos fundamentales de reforma del sistema de salud, tal como se muestra en el siguiente esquema

ESQUEMA DE SEGURO DE SALUD UNIVERSAL

ESQUEMA DE SEGURO DE SALUD UNIVERSAL



Conformación del Sistema Nacional de Salud

Las tendencias modernas estan orientadas a una concepcion sistémica de la administración de servicios de salud, que involucran estrategias esenciales tales como (a) la separación de funciones normativas, administradoras, financiadoras, proveedoras y fiscalizadoras, (b) apertura a modalidades privadas en la provision de servicios, (c) la participacion social, (d) la intersectorialidad

La propuesta esta orientada a la creacion de un SISTEMA NACIONAL DE SALUD mediante el cual se proporcione atencion de salud a la población del pais, basada en los principios de solidaridad, equidad, eficiencia, eficacia, calidad, calidez humana, integralidad, accesibilidad, universalidad y sostenibilidad

A PRINCIPALES ELEMENTOS INTEGRANTES DEL SISTEMA

Normativos y Reguladores
- Ministerio de Salud
- Superintendencia del Sistema de Salud

Rectoria
- Ministerio de Salud

Asesoria y Apoyo
- Consejo Nacional de Salud

Administracion y Provision de Servicios
- Areas Sanitarias
  - Establecimientos Gubernamentales (1º y 2º nivel) con autonomía de gestion, anteriormente propiedad del MSPAS, ISSS y Sanidad Militar
  - Establecimientos Privados 1º y 2º Nivel de Atencion
  - Organismos No Gubernamentales (ONGs)
  - Nuevas Modalidades de Provisión (Cooperativas de Trabajadores de la Salud, Sociedades Anónimas Laborales y otras)
  - Empresas de Medicina Prepagada
- Hospitales de 3er Nivel con autonomia de gestion
- Servicios Privados del 3er Nivel de Atención

Aseguramiento y Gestión Financiera
- Fondo de Solidaridad para la Salud
- Unidades desconcentradas del Ministerio de Salud
- Seguros Privados

B ENTIDADES FUERA DEL SECTOR, RELACIONADOS CON EL TEMA DE LA SALUD

OTRAS ENTIDADES DEL ORGANO EJECUTIVO

La solucion a los problemas de salud que afronta el pais y el mantenimiento de una poblacion saludable, requieren de esfuerzos coordinados del Ministerio de Salud con otras instituciones del Organo Ejecutivo, tales como Ministerio de Educacion, Ministerio del Medio Ambiente, Ministerio de Obras Publicas, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Agricultura y Ganaderia, Administracion Nacional de Acueductos y Alcantarillados, para lo cual debera aplicarse la estrategia de intersectorialidad que favorezca la aplicacion de un modelo de servicios integrales de salud, razon por la cual se ha recomendado que integren el Consejo Nacional de Salud

INSTITUCIONES FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Estas instituciones seran responsables de formar profesionales de la salud en concordancia con las necesidades de la poblacion, el perfil epidemiologico del pais y la capacidad del sistema de salud para absorberlos Para cumplir esta funcion, es necesario coordinar esfuerzos para adecuar los pensum de las entidades formadoras de recursos humanos, con las necesidades de las instituciones normadoras y proveedoras de servicios de salud

MUNICIPALIDADES

Las entidades integrantes del Sector Salud, deben coordinar acciones con las municipalidades para aunar esfuerzos en actividades de saneamiento basico e impulso a los programas de proteccion del Medio Ambiente

ASAMBLEA LEGISLATIVA
Se requerira el apoyo de la Asamblea Legislativa para la emision de los decretos/leyes que le confieran respaldo y viabilidad al proceso, y en la adecuacion del marco legal, que propicie sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud

C ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los cambios sustantivos en la estructura de organizacion del Sistema Nacional de Salud se refieren a la reafirmacion del rol rector del Ministerio de Salud y su responsabilidad en la formulacion y evaluacion de las politicas nacionales de salud La conformacion del Consejo Nacional de Salud como instancia consultiva y asesora del Ministerio de Salud La creacion del Fondo de Solidaridad para la Salud como ente asegurador, gestor financiero y comprador de servicios del sistema La creacion de la Superintendencia de Salud como entidad de control y fiscalizacion, asi como la implementacion, fortalecimiento y generalizacion de las Areas Sanitarias como unidad administrativa basica para la gestion y provision de servicios de salud en el primero y segundo nivel de atencion

Factibilidad y Viabilidad de la Propuesta de Reforma del Sistema de Salud de El Salvador

PROCESO GENERAL DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE EL SALVADOR

El proceso de Reforma del Sistema de Salud de El Salvador comprende tres fases iniciales La primera fase corresponde a la elaboración de la Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador La segunda, se refiere a las actividades de factibilidad y viabilidad de la propuesta, que debe culminar con una propuesta de Proyecto de Ley para someterla a consideracion de la Asamblea Legislativa La tercera fase comprende las gestiones y negociaciones para la aprobación de la Ley del Sistema Nacional de Salud en la Asamblea Legislativa, continuando con el Plan de Implementacion de la Reforma, hasta llegar al momento en que se tenga el Sistema Nacional de Salud funcionando

ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA REFORMA

Como parte del proceso de Consulta en el Sector Salud, se realizo una encuesta de opinion a funcionarios que desempeñan Jefaturas de nivel medio y de direccion local en las principales instituciones integrantes del Sector Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Hospitales Privados, ONGs e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Invalidos

Las propuestas mas frecuentes que hicieron los encuestados respecto a las acciones estrategicas que debe emprender el Gobierno en el corto, mediano y largo plazo, para mejorar la situacion de la salud en el país, combinadas con los resultados obtenidos en las Entrevistas a Profundidad, Grupos de Enfoque y Asambleas de Usuarios, nos han permitido formular un planteamiento general de orientacion estrategica para la reforma, que se incorpora como parte de la propuesta de esta Comisión

FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DE LA PROPUESTA

Entre la finalización de la Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador y la aprobacion de la Ley del Sistema Nacional de Salud por parte de la Asamblea Legislativa, existe un periodo de transición en que deben cubrirse una serie de actividades que procuren continuidad al proceso, entre ellas podemos considerar

a) Liderazgo y continuidad del proceso

La reforma de salud es un proceso complejo, con muchas ramificaciones que afectaran el desempeño de las actuales instituciones integrantes del sector y tendrán repercusiones en el accionar de muchas entidades fuera del Sector Salud

Por tanto la reforma demanda de un claro liderazgo, que idealmente debiera ser ejercido por el Ministro de Salud

B) CONSENSO Y CONCERTACIÓN POLÍTICA SOBRE LA REFORMA

Para que la propuesta sea viable debe gozar de aceptacion en la poblacion y en los grupos de influencia de la sociedad y debe haber claridad en sus propositos y fines para conferirle sostenibilidad Despues de la presentacion de la Propuesta, se deberan llevar a cabo reuniones sistematicas con las diversas organizaciones politicas que tienen representacion en la Asamblea Legislativa, con grupos gremiales, sindicales y empresariales que seguramente tendran interes en conocer y discutir sobre la naturaleza de la reforma y las implicaciones para sus organizaciones, asi como con el publico en general y los medios de comunicacion

C) ESTUDIOS DE SOPORTE

Estudio de las Implicaciones Legales de la reforma

Los resultados de este estudio deben servir de base para la formulacion del Anteproyecto del Ley del Sistema Nacional de Salud

Estudio Financiero

Los Lineamientos de la Reforma proponen la creacion de un Seguro de Salud Universal Este estudio debiera orientarse a la determinacion del costo de los servicios ofrecidos y la capacidad nacional de financiar ese Seguro, a traves del Fondo de Solidaridad para la Salud y otras fuentes de financiamiento

Estudio sobre la Capacidad Gerencial de los hospitales del sector público

Para que la autonomia de gestion de los proveedores de servicios gubernamentales sea factible, es necesario determinar la capacidad gerencial de los establecimientos gubernamentales y en funcion de las debilidades que se detecten, formular un programa para la capacitacion de los nuevos gerentes del sistema de salud reformado

Diseño Técnico del Modelo

Debe desarrollarse un modelo en el que se detallen los aspectos tecnicos del sistema En ese modelo se deben identificar y proponer soluciones para las implicaciones administrativas, laborales, civiles, financieras y sociales, que producira la reforma y que deben quedar claramente establecidas y normadas en la propuesta de ley del SNS

ESTRUCTURA DE SOPORTE PARA LA CONTINUIDAD DEL PROCESO

Se debe considerar de inmediato la constitucion de una Comision de Alto Nivel para la Reforma de Salud, que sea responsable de impulsar y coordinar las acciones de factibilidad y viabilidad de la propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador, que es necesario desarrollar durante el periodo de transicion

CAPITULO 1

Condiciones de Salud en El Salvador

ANTECEDENTES

En los años 1993, 1994, un equipo de consultores internacionales y nacionales, con los auspicios de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organizacion Panamericana para la Salud (OPS), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), formularon el proyecto Análisis del Sector Salud de El Salvador y produjeron el documento La Reforma de Salud Hacia su Equidad y Eficiencia, que contenia un diagnostico y propuesta para la reforma de la salud en nuestro pais Los productos de ese esfuerzo no fueron aprovechados, porque la propuesta no obtuvo respaldo en los niveles tecnicos y politicos relacionados con la salud

En los años 1994 - 1995, por encomienda de la Comision Intersectorial de Salud, conformada por el Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministro de Planificacion y Coordinacion del Desarrollo Economico y Social y la Directora General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Grupo de Reforma del Sector Salud, integrado por tecnicos nacionales representantes de las instituciones mencionadas elaboraron el Documento Guía para la Reforma del Sector Salud en El Salvador

Esta propuesta solamente llegó a ser un documento de trabajo, pues hacia falta el consenso de las instituciones representadas en la Comision sobre algunos de sus puntos medulares y porque no se conto con la decisión politica necesaria para abrir este documento a una discusión sectorial, en busqueda de consenso y viabilidad

En 1998 el tema salud surgio nuevamente como un elemento importante de la politica social que es necesario definir e impulsar, consiguiendo un espacio importante y sostenido en el debate politico nacional

Proliferaron multiples esfuerzos institucionales que abordan el tema de la problematica de la salud y algunos que proponen soluciones Entre los mas significativos podemos mencionar los realizados por la Mesa 13 de la Comision Nacional de Desarrollo, Sanidad Militar, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, Universidad de El Salvador, Colegio Medico de El Salvador, Sociedad Dental de El Salvador, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sindicato de Trabajadores del Seguro Social y un grupo de ONGs que trabajan en el campo de la salud

Esto demuestra el interes institucional por abordar y resolver los problemas de salud que aquejan a la poblacion, pero denota al mismo tiempo la necesidad de integrar y cohesionar esas inquietudes, al igual que procurar consensar sus contenidos

En este contexto nace la Comision Nacional de Salud, creada por el Señor Presidente de la Republica con la finalidad de "dictar lineamientos que hagan posible la Reforma del Sistema de Salud en todos sus niveles y modalidades "

1 1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO, SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO

La situacion politica y social que vivio el pais durante el periodo comprendido de 1970-1992, ocasiono un brusco cambio en la dinamica poblacional Durante este periodo se incremento la mortalidad masculina, aumento la migracion al exterior, produciendose desintegracion familiar en muchos hogares, lo que contribuyo a disminuir la tasa global de fecundidad de 3 8 en 1993 a 3 5 en 1998[3]

Segun los censos nacionales de 1992, V de Poblacion y IV de Vivienda, la poblacion proyectada para 1998 es de 6,031,326 habitantes, con una densidad poblacional de 291 habitantes por km², de los cuales el 49% son hombres y el 51% mujeres La poblacion residente en el area urbana representa el 57 8% y la del area rural el 42 2% de la poblacion

Para 1995[4] la poblacion menor de 15 años representaba el 37%, lo que nos indica que la poblacion de El Salvador es eminentemente joven, la edad promedio no supera los 21 años y por cada 100 personas en edad productiva hay 72 que dependen de ellos Lo anterior es debido a las altas tasas de fecundidad que existen en el pais, a pesar de la reduccion observada en el periodo 1993 - 1998

En los proximos años se presentaran cambios importantes en la estructura de la poblacion salvadoreña, asi del 37% de menores de 15 años en 1995, disminuira al 25 7% en el año 2025 En este mismo periodo la poblacion mayor de 65 años pasara del 4 6% a 7 4%, proyectandose un incremento de la edad mediana de 20 a 29 años, por lo que la poblacion ira tomando un perfil de un pais en transicion demografica

Segun las Proyecciones de Poblacion en El Salvador de la Direccion General de Estadistica y Censo (DIGESTYC), se espera que para el quinquenio 1995-2000 la esperanza de vida en los hombres mejore en 3 2 años con respecto al quinquenio anterior y en 1 5 en las mujeres Asi la esperanza de vida promedio de los salvadoreños se aumentaria a 69 4 años para el año 2000

El Salvador tiene la mas alta densidad de poblacion en America Latina con 291 habitantes/ km² debido a que tenemos una alta tasa global de fecundidad y una reducida extension geografica

[3] Encuesta Nacional de Salud Familiar 1998 (FESAL 1998)
[4] Proyección de la Poblacion en El Salvador 1995 2025 DIGESTYC

Como resultado de las politicas de estabilización economica, la inflacion se redujo a 4 2% en 1998, segun publicaciones de la DIGESTYC, que la ubica como la tercera mas baja en Latinoamerica La politica de libertad y convertibilidad cambiaria, se ha mantenido estable en los ultimos cinco años, con una tasa de cambio de US$ 1 00 por ¢8 75 colones salvadoreños[5]

Los indicadores macroeconomicos muestran una recuperacion importante de la economia en el periodo posterior al conflicto armado, manteniendose cierta estabilidad economica y un PIB per capita estimado para 1995 de US$ 1,610 00[6] con un incremento anual del 2 8 % en el periodo 1985-1995 El Banco Central de Reserva de El Salvador ha reportado para 1998 una tasa de crecimiento de 3 5%, superior al promedio de paises de America Latina, que es de 2 3%

PORCENTAJE DE POBLACIÓN EN NIVELES DE POBREZA SEGUN AREA 1992 1997

AÑOS	NACIONAL			URBANA			RURAL		
	TOTAL	RELATIVA	ABSOLUTA	TOTAL	RELATIVA	ABSOLUTA	TOTAL	RELATIVA	ABSOLUTA
1992	58 7	31 0	27 7	52 9	31 0	21 9	65 1	31 0	34 0
1992 1993	57 5	30 5	27 0	50 4	29 6	20 8	65 3	31 5	33 8
1994	52 4	28 5	23 9	43 8	27 5	16 3	64 6	29 8	34 8
1995	47 7	29 4	18 3	40 3	27 7	12 6	58 2	31 8	26 4
1996	51 7	29 8	21 9	42 3	27 8	14 5	64 8	32 5	32 3
1997	48 3	28 7	19 6	39 0	26 5	12 5	62 1	32 1	30 0

⇒ Elaborado a partir de datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Multiples (EHPM) de diversos anos FUSADES

EVOLUCION DEL COSTO DE LA CANASTA BASICA DE ALIMENTOS URBANA Y RURAL

AÑOS	URBANA	% VARIACION (1990=100%)	RURAL ¢	% VARIACION (1990=100%)
1990	704 7	100	418 2	100
1991	837 9	18 9	496 3	18 8
1992	848 1	20 3	492 3	17 7
1993	932 4	32 3	569 7	36 2
1994	976 2	38 5	597 0	42 7
1995	1 018 8	44 5	616 5	47 4
1996	1 162 5	65 0	748 5	78 9
1997	1 185 6	68 2	766 5	83 3

⇒ Cifras hasta julio de 1997
⇒ Fuente MEC/Dirección General de Estadistica y Censos 1997
Costos estimados por esa Dirección a nivel familiar

A pesar del crecimiento economico de los ultimos años, los indicadores de pobreza no han sido modificados significativamente en el area rural En el periodo 1992 a 1997, la proporcion de poblacion en situacion de pobreza a nivel nacional se redujo de 58 7% a 48 3%

Sin embargo el descenso ocurrio basicamente en la poblacion urbana, pasando de 52 9% en 1992 a 39% en 1997, mientras que en la poblacion rural, la pobreza solo tuvo un descenso muy leve de 65% a 62% en el mismo periodo

El costo de la canasta basica de alimentos en el area urbana aumento de ¢704 70 en 1990 a ¢1,185 60 en 1997, y en el area rural de ¢418 20 a ¢766 50 en el mismo periodo

En el país, a pesar del crecimiento de la economía, los niveles de pobreza no se han modificado significativamente

5 La Salud en las Americas volumen II edicion 1998 OPS
6 Situacion Alimentaria y Nutricional de la poblacion de El Salvador 1988 - 1988 MSPAS-AID

Segun la Encuesta de Hogares de Propositos Multiples (EHPM), en 1996 encontro una tasa de analfabetismo global de 23 5% en poblacion arriba de 6 años Siendo mayor en el area rural El 20 5% de la poblacion mayor de 6 años no habia asistido a la escuela, el 28 3% habia cursado el primer ciclo basico (1º, 2º y 3er grado) y el 21% alcanzaba el segundo ciclo (4° a 6° grado) La tasa de desercion en educacion basica bajo de 15% en 1989 a 6% en 1996 y la tasa de repitencia bajo de 8% en 1990 a 6% en 1996

El analfabetismo y la baja escolaridad de la poblacion hacen mas dificil los cambios de actitud en beneficio de la salud

En lo que respecta a vivienda, el pais presenta un deficit habitacional, provocando hacinamiento de la poblacion con viviendas improvisadas en el area rural y urbano-marginal El gasto publico en vivienda fue de 6% en 1985 y de 0 5% en 1995, con respecto al PIB[7]

En el area de saneamiento basico hay diferencias marcadas entre el area urbana y rural, las coberturas alcanzadas son insuficientes y los servicios prestados son deficientes Datos disponibles en el Ministerio de Salud Publica para 1998 indican que la cobertura de agua potable para el area urbana es de 82% y de agua entubada para el area rural de 25%, para un promedio nacional de 53 5%, el porcentaje de viviendas con adecuada disposicion de excretas en el area urbana es de 93 5% y en el area rural es de 65% para el mismo año[8], para un promedio nacional de 79 1%

Los bajos indices de escolaridad y un saneamiento basico insuficiente condicionan que la poblacion mantenga un perfil epidemiologico de enfermedades infecciosas, prevenibles con medidas de fomento, promocion y proteccion de la salud

La salud, educacion, vivienda, alimentacion y el trabajo constituyen los principales indicadores del nivel de vida de los pueblos

El gasto publico de educacion y salud ha mostrado un incremento durante los ultimos 8 años En el periodo 1989-1996 el gasto publico en educacion aumento de US$ 93 5 millones a US$ 232 millones por año, mientras que el gasto publico en salud se incremento de US$ 50 3 millones a US$ 152 1 millones en el mismo periodo

GASTO PUBLICO EN EDUCACION Y SALUD, 1989 1996

AÑOS	EDUCACION		SALUD PUBLICA	
	MILLONES US$	% CAMBIO	MILLONES US$	% CAMBIO
1989	93 5	29 8	50 3	20 3
1990	99 0	5 9	53 0	5 4
1991	103 9	4 9	57 4	8 3
1992	122 2	17 6	77 5	35 0
1993	153 7	25 8	100 2	29 3
1994	185 5	20 7	122 9	22 6
1995	138 4	25 4	150 6	22 5
1996	232 2	67 8	152 1	1 0

⟹ Fuente Banco Central de Reserva Indicadores Económicos 1989 a 1996 Diario oficial del 28 de enero de 1998 pág 3

En el ambiente politico, los aspectos mas sobresalientes en los ultimos años son los avances en la modernizacion del Estado, el progreso en la participacion politica y la finalizacion del periodo de cumplimiento de los acuerdos de paz

7 La Salud en las Americas Volumen II Edicion 1998 OPS

8 Cobertura de Saneamiento Basico a Nivel Nacional 1998 MSPAS OPS

En la actualidad el debate nacional entre el gobierno y los diferentes sectores sociopoliticos, se centra en la segunda fase de la reforma estructural o modernizacion del Estado Esto requiere cambios que demandan una mayor participación de la empresa privada, sin lo cual dificilmente se podría imprimir consistencia y continuidad a las reformas

Los temas de debate son las estrategias para mejorar las condiciones sociales, mantener los indicadores macroeconomicos, desarrollar instituciones modernas, aumentar la participacion del sector privado, consolidar la reforma educativa, llevar a cabo la reforma del sector salud y de otras instituciones del gobierno

A pesar del aumento de los presupuestos de salud y educación, todavía hay problemas importantes de analfabetismo y las coberturas de muchos programas de salud aún no alcanzan el nivel útil

1 2 SITUACIÓN DE SALUD EN EL SALVADOR

1 2 1 MORBILIDAD

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD REPORTADAS POR EL MSPAS - ISSS 1997

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD REPORTADAS POR EL MSPAS - ISSS 1997

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL		INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL	
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD	PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO	PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA AMBULATORIA	PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO HOSPITALARIO
Infecciones respiratorias agudas Parasitismo intestinal Diarrea Infección de vías urinarias Infección de la piel Cefalea Gastritis Vaginitis aguda Hipertensión primaria y Asma	Complicaciones del embarazo parto y puerpero Neumonía y bronconeumonia Diarrea Insuficiencia renal crónica Infección de vías urinarias Diabetes mielitus Apendicitis aguda Asma Traumatismo de cráneo Hernia inguinal	Catarro comun Faringoamigdalitis Infecciones intestinales Infecciones de vías urinarias Accidentes de trabajo Amibiasis sin absceso Colon irritable Trastornos de ansiedad gastritis Lumbago	• Embarazo Parto y Puerperio Enfermedades del Sistema Genito Urinario Enfermedades del Sistema Digestivo Traumatismo y Envenenamiento y algunas otras consecuencias de causas externas Enfermedades del Sistema Circulatorio Tumores Enfermedades endocrinas y metabólicas
Fuente Unidad de Información Monitoreo y Evaluación MSPAS	Fuente Unidad de Información Monitoreo y Evaluación MSPAS	Fuente Programa de Epidemiologia Departamento de Medicina Preventiva ISSS 1997	Fuente Boletin de Estadística del ISSS 1997

Al observar las principales causas de morbilidad de la población para 1997, las infecciones respiratorias agudas y los problemas gastrointestinales ocupan los primeros lugares Estas patologias tienen su origen principalmente en la contaminacion atmosferica existente, saneamiento basico insuficiente con bajas coberturas de agua potable y de adecuada disposicion de excretas

Las principales causas de morbilidad son prevenibles con medidas de bajo costo y alto impacto

1 2 2 MORTALIDAD GENERAL

DIEZ CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD GENERAL
1996

No	CAUSA
1	Homicidios y lesiones infligidas por otras personas
2	Disritmia cardiaca
3	Infarto agudo del miocardio
4	Accidentes de tráfico de vehículos de motores
5	Neumonía
6	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
7	Infección intestinal mal definida
8	Nefritis síndrome nefrótico y nefrosis
9	Pirexia de origen desconocido
10	Diabetes Mellitus

⇒ Fuente Anuario estadístico de la DIGESTYC 1996

En lo referente a la mortalidad general, las principales causas para 1996 son homicidios y lesiones infligidas por otras personas, y las enfermedades circulatorias, pasando a ocupar el quinto lugar las enfermedades de tipo infeccioso, que anteriormente ocupaban los primeros lugares Lo observado indica la transicion epidemiologica en que ha entrado el pais

Es necesario hacer notar que las enfermedades producidas en el periodo perinatal estan ocupando un importante lugar como causa de muerte, lo que nos obliga a enfatizar nuestros esfuerzos en la mujer embarazada y en el recien nacido

El Salvador presenta un perfil epidemiologico en transicion, en el que los homicidios y lesiones y las enfermedades cronico-degenerativas ocupan los primeros lugares como causa de muerte

1 2 3 LOS PROBLEMAS DE SALUD POR GRUPOS DE POBLACIÓN

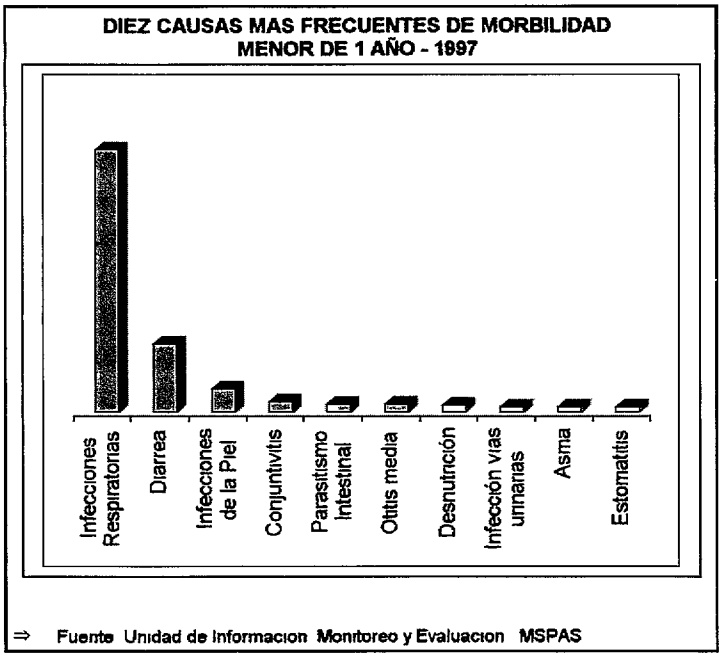
A GRUPO MENORES DE 1 AÑO

De acuerdo con la DIGESTYC, para 1996 las causas principales de muerte en menores de 1 año, en orden de importancia, fueron

1 Afecciones originadas en el periodo perinatal
2 Infeccion intestinal mal definida
3 Neumonia
4 Anomalias congenitas
5 Bronquitis cronica
6 Espina bifida con hidrocefalia
7 Septicemia
8 Meningitis
9 Anomalias cardiacas
10 Deficiencia de la nutricion

Al observar el perfil epidemiologico, tenemos que las afecciones originadas en el periodo perinatal ocupan el primer lugar como causa de muerte en el menor de un año, pasando a segundo lugar las enfermedades Infecciosas Intestinales

La tasa de mortalidad infantil muestra un franco descenso para el ultimo quinquenio, pasando de 41/1000 NV durante el periodo 1988-1993, a 35/1000 NV durante el periodo 1993-1998, segun la Encuesta Nacional de Salud Familiar 1998 (FESAL 1998) Esta tasa es alta si la comparamos con la de Costa Rica que es de 11 8 / 1000 NV, para el mismo periodo



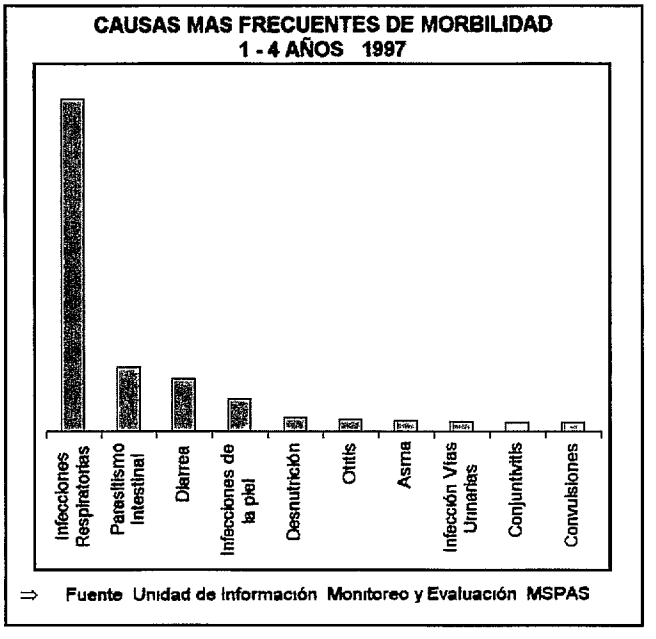
En las diez primeras causas de morbilidad, notificadas por el Ministerio de Salud en 1997, para el menor de un año, las Infecciones Respiratorias Agudas ocuparon el primer lugar del total de primeras consultas, con un 41 3%, el segundo lugar lo ocupo la diarrea con el 10 9% del total de todas las consultas Seguidamente y en orden decreciente se presentaron las siguientes patologias Infecciones de la piel, conjuntivitis, parasitismo intestinal, otitis media, desnutricion, infeccion de vias urinarias, asma y por ultimo la estomatitis

Las afecciones originadas en el periodo perinatal es la principal causa de muerte en el menor de 1 año

B GRUPO DE 1 A 4 AÑOS

Segun datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1998, la tasa de mortalidad en el grupo etario de 1 a 4 años, disminuyo en el ultimo quinquenio, pasando de 12/1000 N V en 1993, a 8/1000 N V en 1998

Observamos que las principales causas de Morbilidad General reportadas por el Ministerio de Salud para 1997 son en orden de importancia las Infecciones Respiratorias, Parasitismo Intestinal y las Diarreas Estas enfermedades tienen su origen principalmente por un saneamiento basico insuficiente y la contaminacion atmosferica



Como podemos observar las causas principales de morbilidad del grupo etario de 1 a 4 años es parecido al menor de 1 año y están asociadas a contaminación ambiental, insuficiente cobertura de agua potable y de adecuada disposición de excretas de la población

C GRUPO DE 5 A 9 AÑOS

Del total de fallecidos en 1996, el 42% ocurrio en niñas y el 58% en niños Las principales causas de muerte para el año en mencion fueron los accidentes de trafico de vehiculo automotor, homicidios y lesiones infligidas por otras personas, ubicandose en tercer lugar los problemas infecciosos

CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD GENERAL
5-9 ANOS 1996

No	CAUSA
1	Accidentes de Tráfico de Vehiculo automotor
2	Homicidios y lesiones infligidas por otras personas
3	Infección intestinal mal definida
4	Ahogamiento y Sumersion Accidental
5	Anomalias congenitas del corazon y del aparato circulatorio
6	Neumonía
7	Otros signos, síntomas y estados morbosos mal definidos
8	Pirexia de origen desconocido

⇒ Fuente Numero de Defunciones por Grupos de Edad y Sexo Segun Causa 1996 DIGESTYC

D GRUPO DE 10 A 19 AÑOS

En el grupo de adolescentes (10-19 años), las principales causas de mortalidad para 1996 fueron en orden de importancia[9]

1 Homicidios y lesiones infligidas por otras personas
2 Accidentes de Trafico de Vehiculo de motor
3 Suicidio y Envenenamiento auto-infligido
4 Ahogamiento y Sumersion accidental
5 Signos, sintomas y estados morbosos mal definidos
6 Pirexia de origen desconocido
7 Otros accidentes, incluso los efectos tardios de estos

De los casi 1,300 delitos que tienen lugar cada mes, un 69% son cometidos por adolescentes y jovenes menores de 25 años, muchos de ellos reincidentes

En relacion con la salud reproductiva del adolescente, el 30 9%[10] de la poblacion de 15 a 19 años refieren haber tenido relaciones sexuales y unicamente el 9 5% uso anticonceptivo en la primera relacion sexual, el uso fue mayor en el area urbana y menor en el area rural

Uno de los principales problemas que ocurre en la poblacion adolescente es el embarazo, ya que el 18 8%[11] de estos ocurren entre los 10 y 19 años, debido principalmente a una deficiente educacion sexual en este grupo poblacional y a la poca penetracion de los programas de planificacion familiar

La insuficiente educacion sexual en la poblacion adolescente y la poca cobertura de los programas de planificacion familiar son algunas de las causas de embarazos no deseados, produciendo aumentos en la morbilidad y mortalidad materna e infantil

9 Numero de Defunciones por Grupos de Edad y Sexo Segun Causa 1996 DIGESTYC
10 FESAL 1998
11 Diagnóstico de la Situacion de salud en El Salvador 1998 Unidad de Informacion Monitoreo y Evaluacion Ministerio de salud Publica y Asistencia Social

E GRUPO DE 20 A 59 AÑOS

En la poblacion adulta de 20 a 59 años, las principales causas de muerte para 1996[12] fueron en orden de importancia

1 Homicidios y lesiones infligidas por otras personas
2 Accidentes de trafico de vehículo de motor
3 Sindrome de dependencia del alcohol y otros problemas mentales
4 Disritmia cardíaca
5 Suicidios y envenenamientos autoinfligidos

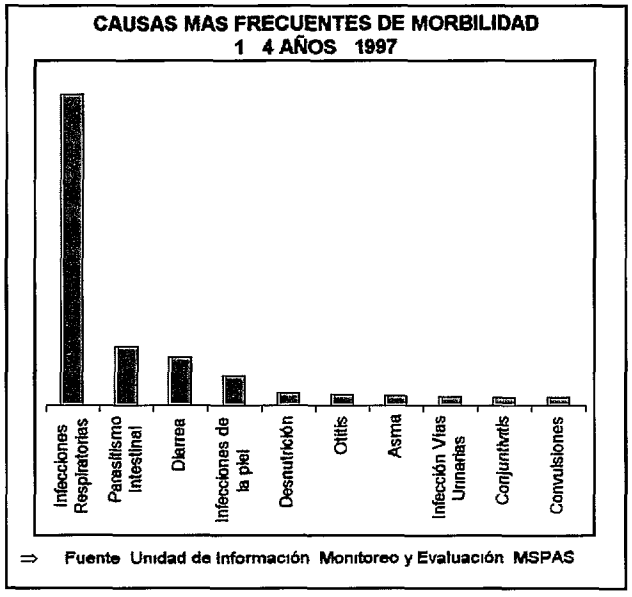
El perfil epidemiológico de la población adulta muestra que los homicidios, accidentes, enfermedades mentales y circulatorias ocupan los primeros lugares como causa de muerte desplazando a las enfermedades infecciosas como causa importante de muerte en este grupo

F MUJERES EN EDAD FÉRTIL (15 - 44 AÑOS)

Un estudio realizado por el Banco Mundial en 1995, en 26 hospitales que tienen servicio de maternidad, del Ministerio de Salud, revela que las principales causas de mortalidad materna son La hemorragia, trastornos hipertensivos del embarazo, infección, problemas anestesicos y aborto El mismo estudio refiere que el 95% de las fallecidas no usaron ningun tipo de anticoncepcion previo a su embarazo, el 60% no tuvo control prenatal, y que el 16 9% tenian entre 15 y 19 años Tambien revela que la tasa de mortalidad materna en las maternidades del Ministerio de Salud disminuyo de 14 1 / 10,000 N V en 1990 a 9 9 / 10,000 N V en 1995

Informacion estadistica proporcionada por el Ministerio de Salud, indica como las principales causas de mortalidad materna para 1997, las siguientes Hemorragia, hipertension inducida por el embarazo, sepsis, embolismo pulmonar, coriocarcinoma, hepatitis A y complicaciones de aborto provocado

Las causas de muerte materna son prevenibles a través de la cobertura universal del control prenatal, atención institucional del parto y cobertura suficiente en el programa de planificación familiar



Con relacion a la poblacion de mujeres en edad fertil, según la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1998, el uso de metodos anticonceptivos aumentó del 33 8% en 1993 a 38 3% en 1998, siendo la esterilizacion femenina la que muestra mayor prevalencia La tasa global de fecundidad descendio de 3 8 a 3 5 en el mismo periodo

[2] Numero de Defuciones por Grupos de Edad y Sexo, Segun Causa 1996 DIGESTYC

El uso de metodos anticonceptivos fue mayor en las mujeres casadas y unidas (acompañadas), con un 59 8% y menor en las solteras con un 2 9%

Las principales instituciones proveedoras de metodos anticonceptivos fueron el Ministerio de Salud Publica con un 47 1%, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con el 18 3% y la Asociacion Demografica Salvadoreña con el 15 5%

En lo relativo al control prenatal, los datos de FESAL 1998, revelan que hubo un aumento en la cobertura, pasando del 68 7% en 1993 a 76 0% en 1998 La poblacion que asistio a control prenatal fue mayor en el area urbana 82 5% y menor en la rural 71%

En cuanto a las embarazadas que recibieron toxoide tetanico, la cobertura mejoro de 79 4% en 1993 a 89 6% en 1998

En lo relativo a la atencion del parto hospitalario, este mostro un aumento en el ultimo quinquenio, pasando del 51% en 1993 a 58% en 1998 De los partos no atendidos hospitalariamente, el 32% fue atendido por partera tradicional (capacitada y no capacitada)

En la atencion posnatal, se experimento una mejoria en la cobertura en el periodo 1993-1998, al pasar de 30 3% a 44 7%, siendo mayor la cobertura en el area urbana (52 5%) con respecto al area rural (38 6%)

En lo relativo al uso del examen para diagnostico precoz del cancer cervico-uterino, este practicamente se mantuvo igual con coberturas de 45 9% en 1993 a 47 3% en 1998

G GRUPO MAYORES DE 60 AÑOS

En el adulto mayor de 60 años, las principales causas de defuncion para 1996[13] fueron en orden de importancia

1 Disritmia cardiaca
2 Infarto agudo del miocardio
3 Neumonia
4 Enfermedad Cerebrovascular
5 Tumores malignos

Las causas mas frecuentes de morbilidad en este grupo etario para 1997, reportadas por el Ministerio de Salud Publica, en orden de importancia fueron Infecciones Respiratorias, Artritis, Infeccion de vias urinarias, Hipertension primaria, Diarrea, Gastritis, Diabetes mellitus, Lumbago, Parasitismo Intestinal, y Cataratas

El aumento de la esperanza de vida de la poblacion salvadoreña requiere de la implementacion de programas de salud focalizados a la poblacion de la tercera edad

[13] Numero de Defunciones por Grupos de Edad y Sexo Segun Causa 1996 DIGESTYC

1 3 SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

La desnutricion cronica del menor de 5 años en el area urbana disminuyo de 20 1% en 1993 a 14 8% en 1998, sin embargo a pesar de los esfuerzos realizados en el area de la alimentacion y nutricion en el sector salud **la desnutrición crónica, aguda y global** se ha mantenido practicamente igual a nivel nacional durante el quinquenio 1993-1998 Como podemos observar segun la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1998, los porcentajes de desnutricion cronica, aguda y global para 1998 son de 23 3%, 1 1% y 11 1% respectivamente La prevalencia de **anemia** en menores de cinco años, fue de 30 5% para el mismo año

% PREVALENCIA DE DESNUTRICION EN MENORES DE CINCO AÑOS, SEGUN AREA DE RESIDENCIA. 1993-1998

AREA	DESNUTRICION	FESAL 1993	FESAL 1998	% DIFERENCIA
TOTAL PAIS	GLOBAL (P/E)	11 2	11 1	-0 1
	CRONICA (T/E)	22 8	23 3	+0 5
	AGUDA (P/T)	1 3	1 1	-0 2
METROP	GLOBAL (P/E)	7 2	N D	---
	CRONICA (T/E)	13 6	N D	---
	AGUDA (P/T)	0 3	N D	---
URBANA	GLOBAL (P/E)	9 1	8 7	-0 4
	CRONICA (T/E)	20 1	14 8	-5 3
	AGUDA (P/T)	1 2	1 0	-0 2
RURAL	GLOBAL (P/E)	14 0	14 0	0 0
	CRONICA (T/E)	28 1	29 6	+1 5
	AGUDA (P/T)	1 8	1 3	-0 5

⇒ Fuente FESAL 1993 FESAL 1998

La situacion alimentaria y nutricional en el pais ha mostrado grandes mejorias en el ultimo quinquenio en lo relativo a micronutrientes especificos, en donde se han alcanzado importantes avances, principalmente en la poblacion menor de 5 años

NIVEL DE ANEMIA, NIÑOS DE 12 A 59 MESES, 1988 1998

AREA	ESANES 1988	FESAL 1998	% DIFERENCIA
TOTAL PAIS	23 2	30 5	+7 3
URBANA	26 2	28 7	+2 5
RURAL	23 1	31 8	+8 6
METROPOLITANA	19 5	27 5	+9 2

⇒ Fuente ESANES 1988 FESAL 1998

En relacion a la **vitamina A** se ha obtenido una reduccion sorprendente en los niveles sericos de retinol en los ultimos diez años, pasando de 36% en 1988, a 3 8% en 1998 La explicacion es dada por la politica de fortificacion del azucar con vitamina A, y otras estrategias que el Ministerio de Salud ha implementado durante el ultimo quinquenio

NIVELES SÉRICOS DE RETINOL EN NIÑOS DE 12 A 59 MESES, SEGUN ÁREA DE RESIDENCIA (<= 20 ug/dl) 1988-1998

AREA	ESANES 1988	FESAL 1998	% DIFERENCIA
TOTAL PAIS	36 0	3 8	-32 2
URBANA	32 7	4 1	-28 6
RURAL	40 8	3 6	-37 2
METROPOLITANA	26 6	5 2	21 4

⇒ Fuente ESANES 1988 FESAL 1998

La tasa de iniciacion en la lactancia materna es alta, pero la lactancia exclusiva es de un 31 5% en los menores de seis meses[14]

[14] Diagnostico de la Situacion de Salud de El Salvador 1998 Unidad de Informacion Monitoreo y Evaluacion Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social

NIVELES DE EXCRECION URINARIA DE YODO EN ESCOLARES Y % DE SAL ADECUADAMENTE YODADA 1997 1998

NIVELES DE RIESGO	%
SIN RIESGO (10>ug/dl)	94 4
RIESGO LEVE (5 9 9 ug/dl)	4 6
RIESGO MODERADO A SEVERO (< 5 ug/dl)	1 0
SAL YODADA SEGUN NORMA 1998	98 0
SAL YODADA SEGUN NORMA 1997	92 0

⇒ Fuente Primer Estudio de Excreción Urinaria en Escolares 1998
Monitoreo Nacional de la yodación de sal 1997

DISPONIBILIDAD DE CALORIAS Y PROTEINAS POR PERSONA Y ADECUACION DEL CONSUMO APARENTE 1975 1995

AÑOS	DISPONIBILIDAD (CONSUMO APARENTE)		ADECUACION (%)	
	calorías	proteínas (g)	calorías	proteínas
1975	2688	68	122	145
1976	2229	55	101	117
1977	2428	60	110	128
1978	2644	66	120	140
1979	2295	51	104	109
1980	2263	50	102	106
1981	2236	47	102	100
1982	2057	43	94	92
1995	2140	58	97	123
% Variación 1995 1975	20 4	14 7		

⇒ Recomendación nutricional 2200 Kcal y 47 g proteínas
⇒ Fuente MIPLAN Indicadores Económicos y Sociales MSPAS

Las afecciones por deficiencia de **yodo** han sido controladas gracias a la yodacion universal de la sal La excrecion urinaria de yodo en escolares, en un estudio realizado en 1997, mostro solamente un 5 6% de riesgo en deficiencia de yodo

La inseguridad alimentaria global y familiar se mantiene alta en el pais, particularmente en el area rural, con una disponibilidad de calorias, proteinas y vitaminas per capita oscilando por debajo del valor minimo recomendado

La desnutricion es un grave problema nacional de origen multicausal por lo que su tratamiento debe ser multisectorial

1 4 CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE

Hay una relacion directa entre las condiciones ambientales en que vive el hombre y su condicion de salud, obviamente cuando se ha eliminado los elementos adversos del medio ambiente fisico y social, el estado de salud fisico y mental mejora, propiciando y acelerando el desarrollo integral del hombre como persona

Todos los años mueren miles de niños y niñas a causa de enfermedades diarreicas y de infecciones respiratorias que podrian prevenirse mediante servicios adecuados y suficientes de saneamiento basico En nuestro pais esta situacion tiene mayor impacto en el area rural y urbano marginal ya que las coberturas de los programas son mas bajas en estos sectores

1 4 1 AGUA SEGURA Y ADECUADA DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

Para 1998[15], el Ministerio de Salud Publica reporta un 82% de poblacion con agua potable en el area urbana y un 25% con servicio de agua entubada en el area rural, para un promedio nacional de 53 5%, y una adecuada disposicion de excretas del 93 5% en el area urbana y un 65% en el area rural, para un promedio nacional de 79 2% Esta situacion da como consecuencia un aumento de la incidencia de las enfermedades gastrointestinales que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la poblacion

[15] Cobertura de Saneamiento Basico a Nivel Nacional 1998 MSPAS OPS

Por otra parte, investigaciones recientes realizadas en el pais, han medido los costos economicos anuales de los impactos a la salud ocasionados por la contaminacion del agua, concluyendose que los costos por perdida de productividad debido a enfermedad, tratamiento, y mortalidad por enfermedades diarreicas oscilan anualmente entre ¢980 y ¢1,426 millones de colones

COSTOS ECONÓMICOS ANUALES DE LOS IMPACTOS A LA SALUD POR LA CONTAMINACIÓN DEL AGUA (En millones de colones), 1997

IMPACTO	COSTO
Pérdida de productividad debido a enfermedad	17 5 – 26 3
Costos de tratamiento	87 5 – 131 0
Pérdida de productividad por mortalidad	875 – 1 268 7
TOTAL ANUAL	980 – 1 426

⇒ Fuente Desafío Salvadoreño De la Paz al Desarrollo Sostenible FUSADES y CEDES Mayo 1997

1 4 2 PROTECCIÓN DE ALIMENTOS

Constituye uno de los principales problemas que producen un alto impacto en las tasas de morbilidad en la poblacion, por las enfermedades ocasionadas por alimentos contaminados

Las acciones implementadas no han sido suficientes para aplicar la normativa existente al expendio de alimentos, tanto en vias publicas como alimentos almacenados y expedidos en establecimientos comerciales

El Ministerio de Salud tiene un Programa de Control y Vigilancia de la Calidad de los Alimentos, pero no existe un programa a nivel nacional que involucre a todas las instituciones del Gobierno, lo que imposibilita tener un efectivo control de la cadena alimenticia que comprenda desde la produccion, almacenamiento, distribucion, comercializacion hasta el consumo por la población En la actual legislacion hay una segmentacion de responsabilidades por instituciones, dando como resultado falta de continuidad y duplicidad de funciones

Aunque la empresa privada ha mejorado significativamente su control de calidad, aun hay deficiencias, especialmente en el sector informal, por lo que es necesario que el Gobierno asuma la responsabilidad que le corresponde en lo relativo a vigilar el estricto cumplimiento de la normativa establecida

1 4 3 SUSTANCIAS QUÍMICAS, PLAGUICIDAS Y DESECHOS PELIGROSOS

Uno de los problemas principales en la administracion de los productos quimicos toxicos, es la poca informacion cientifica y la carencia de una adecuada normativa para poder evaluar los riesgos que presentan la utilizacion de un gran numero de ellos y la falta de recursos para evaluar los productos, respecto de los cuales si se dispone de informacion

En 1992 y 1994, fueron creadas las comisiones nacionales de plaguicidas y de seguridad quimica respectivamente, las cuales estan integradas por representantes del Ministerio de Salud, de la Secretaria del Medio Ambiente (hoy Ministerio del Medio Ambiente), Ministerio de Agricultura y Ganaderia, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Economia, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Universidad de El Salvador y la empresa privada, quienes desarrollan funciones de caracter consultivo y asesor en materia de plaguicidas y de sustancias quimicas peligrosas Sus funciones se han visto limitadas por la falta de un reglamento que permita que las recomendaciones emanadas de estas comisiones sean de acatamiento obligatorio

El Ministerio de Salud Publica desarrolla desde 1997, un proyecto especifico sobre problemas ocupacionales y ambientales de las intoxicaciones por plaguicidas (PLAGSALUD), que comprende el fortalecimiento de las areas de educacion, reforzamiento de la legislacion, prevencion de las intoxicaciones y la vigilancia epidemiologica[16]

Por muchos años se han dado casos de contaminacion por quimicos en algunas industrias, agricultura y en transporte terrestre en nuestro pais, produciendose graves daños a la salud de la poblacion y contaminacion al ambiente

Lo anterior es debido principalmente a que no existe un plan integral de capacitacion para los usuarios, sobre el uso y manejo adecuado de las sustancias quimicas y plaguicidas, y a la deficiente aplicacion de la legislacion vigente por parte de las instituciones involucradas en la problematica

La situacion señalada hace impostergable conocer de mejor forma los riesgos que implica los trabajos con productos quimicos, las medidas de seguridad que se deben practicar y la informacion que el personal de salud debe poseer a fin de minimizar los daños a la salud de la poblacion

1 4 4 DESECHOS SÓLIDOS

El Plan Nacional de Salud, 1994 - 1999, refiere que solamente el 31% de las Cabeceras Departamentales cuenta con servicio municipal de tren de aseo para la recoleccion de basura y que no se recoge el 50% de los residuos solidos generados dentro de las ciudades del pais

Estos residuos se acumulan en las calles al aire libre, y en basureros que no poseen sistemas de proteccion y tratamiento adecuado, asi como en las margenes de rios y quebradas

En el area rural el problema es mas evidente ya que en la mayoria de los casos los residuos se disponen en areas aledañas a las viviendas y quebradas adyacentes

[16] Normas y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiologica de las Intoxicaciones Agudas y Cronicas por Plaguicidas MSPAS 1998

La problemática anteriormente planteada trae como consecuencia un incremento de las enfermedades infecciosas, gastrointestinales y de parasitismo intestinal

Las Alcaldías deben operar sistemas de recolección, tratamiento y disposición final de residuos solidos de su comprension, en cumplimiento a la Ley del Medio Ambiente y del Codigo de Salud El aseo urbano tiene menor prioridad que otros servicios publicos a nivel de los gobiernos locales, debido en gran parte a los pocos conocimientos que estos tienen sobre las graves repercusiones de los desechos sólidos en la salud de la poblacion, siendo necesario dar mas capacitaciones sobre el tema, ya que el Municipio es el nivel operativo del servicio

En la mayoria de hospitales publicos y privados del pais no existe un adecuado tratamiento de los residuos solidos hospitalarios, lo que constituye un grave problema de salud para la población Lo anterior se agrava por la falta de un lugar adecuado para la disposicion final de estos desechos

Para el Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales la formulacion de planes y programas resulta todavia dificil, dada su reciente creación en 1997, encontrándose en etapa de consolidacion y la Ley de Medio Ambiente es de expedicion reciente

Actualmente existe en El Salvador un Plan Nacional de Residuos Solidos que esta bajo la coordinacion de la Comision Nacional de Desechos Solidos, en el cual los Ministerios de Salud Pública y Medio Ambiente y Recursos Naturales son las principales instituciones Esta comisión tiene funciones consultivas y de asesoria en materia de Desechos Solidos

1 4 5 CONTAMINACIÓN POR VERTIDOS INDUSTRIALES

El articulo 67 del Codigo de Salud, prohibe descargar residuos de cualquier naturaleza, aguas negras y servidas en acequias, ríos, esteros, lagos y lagunas

De acuerdo a investigaciones realizados por el Ministerio de Salud, en 1995 existian 1584 industrias que vierten liquidos residuales, generados por el proceso de produccion Del total de industrias analizadas, 454 se encuentran en el area rural y 1130 en el area urbana De las ubicadas en el area urbana, el 68% descarga los líquidos residuales en el sistema de alcantarillado, el 10% a los colectores de aguas pluviales, el 15% a rios y quebradas, el 1 4% directamente al mar y únicamente el 4% tiene un sistema de tratamiento de los vertidos industriales, dando como consecuencia, contaminacion de los cuerpos de aguas superficiales (ríos, lagos, lagunas, esteros, etc) [17]

La poblacion principalmente del area rural y urbano-marginal, que carece del recurso hidrico adecuado, se ve en la necesidad de hacer uso de estos cuerpos de agua superficiales, causando altos indices de enfermedades gastrointestinales y parasitarias

[17] Analisis Sectorial de Residuos Solidos en El Salvador Tomo I MSPAS MARN - ISSS Alcaldia de San Salvador - OPS Mayo 1998

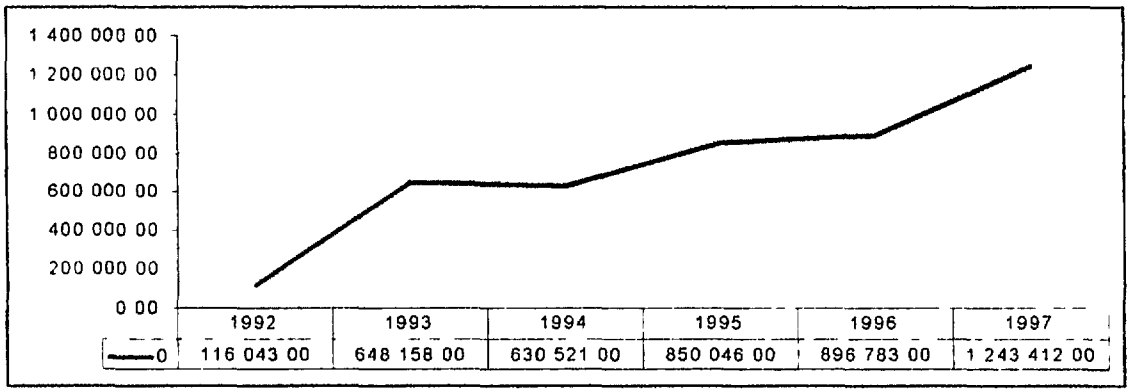
1 4 6 CONTAMINACIÓN DEL AIRE

El Art 78 del Codigo de Salud vigente establece que el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, directamente o por medio de los organismos competentes, tomara las medidas que sean necesarias para proteger a la poblacion de contaminantes tales como Humo, ruido y vibraciones, olores desagradables, gases toxicos, polvora y otros gases atmosfericos

Sin embargo la aplicacion de este marco regulatorio no ha sido posible debido a la falta de normas y procedimientos que permitan la vigilancia y control de los contaminantes atmosfericos Por otro lado, no ha existido la participacion suficiente de todas las instituciones involucradas en la problematica de la contaminacion atmosferica, asi como una participacion activa de la comunidad en el tratamiento del problema

La problematica planteada ha dado como resultado que desde 1992, las infecciones respiratorias agudas muestren un comportamiento ascendente hasta 1997, constituyendose en una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la poblacion

INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS 1992 1997



	1992	1993	1994	1995	1996	1997
0	116 043 00	648 158 00	630 521 00	850 046 00	896 783 00	1 243 412 00

Fuente Unidad de Epidemiologia – MSPAS
A partir de 1993 se han sumado Catarro Comun + Faringoamigdalitis Aguda

Investigaciones realizadas han identificado los costos economicos anuales de los impactos a la salud debido a la contaminacion del aire Las enfermedades respiratorias ocasionan costos tanto para los individuos como para la sociedad, incluyendo la perdida de vidas humanas, costos de tratamiento y perdida de productividad por enfermedad Los costos anuales calculados oscilan entre ¢858 y ¢1,410 millones de colones

COSTOS ECONOMICOS ANUALES DE LOS IMPACTOS A LA SALUD POR LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE (En millones de colones), 1997

IMPACTO	AIRE EXTERNO	AIRE INTERNO	TOTAL
Pérdida de productividad debido a enfermedad	61 105	193 306	254 – 411
Costos de tratamiento	114 175	289 491	403 - 666
Pérdida de productividad por mortalidad	53 79	148 254	201 333
TOTAL ANUAL	228 359	630 – 1 051	858 – 1 410

⇒ Fuente Desafio Salvadoreño De la Paz al Desarrollo Sostenible FUSADES y CEDES Mayo 1997

1 5 INDICE DE DESARROLLO HUMANO

El analisis de las condiciones de salud en El Salvador y los esfuerzos para la introduccion de reformas tendientes a mejorarlo, deben constituir elementos fundamentales del proceso de desarrollo integral de la nacion

En el contexto internacional, los Informes sobre Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) han señalado en forma reiterada que el Crecimiento Economico y el Desarrollo Humano deben ir de la mano, y que la inversion sostenida en salud y educacion es la forma mas efectiva de lograr impacto en la mejoria de calidad de vida de la poblacion

En nuestro pais, de acuerdo a los indicadores macroecomicos de los ultimos años, se han obtenido mejoras sustantivas en la economia nacional, pero no ha existido todavia una repercusion de esas mejoras en el aspecto social, especialmente en el sector salud y particularmente en los sectores de poblacion mas desposeidos

El Indice de Desarrollo Humano contenido en los informes mencionados, mide el adelanto de un pais mediante la combinacion de los indicadores de esperanza de vida (que refleja la situacion de salud en general), el nivel educacional y el ingreso ajustado El Informe correspondiente a 1998, en lo concerniente a este indicador, ubica a El Salvador en el lugar número 114 entre 174 paises considerados, con un valor del IDH de 0 604, mientras que Canada que ocupa el primer lugar tiene un valor de 0 960 y Sierra Leona que ocupa el ultimo lugar es de 0 185 En el siguiente cuadro se presenta una comparacion del IDH y del PIB real per capita para los paises centroamericanos

CUADRO COMPARATIVO
DE LOS INDICES DE DESARROLLO HUMANO (DH) Y EL PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB) REAL PER CAPITA DE LOS PAISES DE CENTRO AMERICA, 1995

PAIS	IDH	UBICACION	PIB real "per cápita" $ (PPA)
Costa Rica	0 889	34	5 969
Panama	0 868	45	6,258
Belice	0 807	63	5 623
Guatemala	0 615	111	3 682
El Salvador	0 604	114	2 610
Honduras	0 573	119	1 977
Nicaragua	0 547	126	1 837

fi Fuente Informe sobre Desarrollo Humano PNUD 1998

Indicadores

DEMOGRAFÍA – 1998	
Población Total	6,031,326 hts
Tasa Cruda de Natalidad	27 6 / 1,000 hts
Tasa Anual de Crecimiento Demografico	2 3%
Tasa Global de Fecundidad	3 5 hijo / mujer
Poblacion Urbana	57 8%
Poblacion Rural	42 2%
Razon de Dependencia	72 / 100 hts
Esperanza de Vida al Nacer	69 6 anos
Esperanza de Vida en hombres	66 6 años
Esperanza de Vida en Mujeres	72 6 anos

COBERTURA	
Atencion Prenatal	76% (1998)•
Atención del parto hospitalario	58% (1998)•
Atencion post-natal	44 7%(1998)•
Viviendas con agua potable	
Urbano	82% (1998)
Rural	25% (1998)
Viviendas con adecuada disposicion de excretas	
Urbano	93 5% (1998)
Rural	65 0% (1998)
Cobertura de inmunizaciones en niños menores de 5 años	
DPT3 (Vacuna contra difteria tetano y tosferina)	85 1% (1998) •
OPV3 (Vacuna antipoliomielitica oral)	85 1% (1998) •
BCG (Vacuna antituberculosa)	95 3% (1998) •
Sarampion (Vacuna antisarampionosa)	86 5% (1998) •
Prevalencia de uso de anticonceptivos	38 3% (1998) •

MORBILIDAD – 1997	
Defunciones por Sarampion	0 0
Casos confirmados de Sarampión	0 0
Tasa de incidencia de Tuberculosis	29 1 / 100 000 hts
Casos reportados de Colera	0 0
Poblacion en riesgo de Malaria	38 1%
Casos confirmados de Dengue	368
Incidencia anual de SIDA	69 2 / 1,000,000 hts
Razon Hombre-Mujer casos de SIDA	3 1
Prevalencia de bajo peso al nacer	7 0% (1996)

MORTALIDAD	
Mortalidad Materna	60 / 100,000 N V (1997)
Mortalidad Infantil	35 / 1,000 N V (1998) •
Mortalidad en el menor de 5 años	8 / 1,000 N V (1998) •
Mortalidad General	6 1 / 1000 hts (1995)
Tasa de mortalidad por Enfermedades Infecciosas	95 2 / 100,000 hts (1995)
Tasa de Mortalidad por Enfermedades Neoplásicas Malignas	71 4 / 100 000 hts (1995)
Tasa de Mortalidad por Enfermedades Circulatorias	91 / 100,000 hts (1995)
Tasa de Mortalidad por Causas Externas	125 / 100 000 hts (1995)

RECURSOS	
Medicos / 10,000 hts	10 0 (1998)
Enfermeras / 10,000 hts	3 8 (1997)
Odontólogos / 10 000 hts	4 0 (1998)
Camas hospitalarias / 1000 hts	1 5 (1995)
Gasto Nacional de Salud Percapita	US$ 134 9 (1996)°
Gasto Nacional de Salud % PBI	7 3 %(1996)°

› Fuente Programa de Analisis de Situacion de Salud Division de Salud y Desarrollo Humano
Indicadores Básicos 1998 OPS OMS
• FESAL 1998
Estimacion del Gasto Nacional de Salud en El Salvador durante 1996 Cuentas Nacionales del Gasto en Salud MSPAS ISSS BCR DIGESTYC PROSAMI Sanidad Militar 1998

CUADRO COMPARATIVO DE INDICADORES SOCIO ECONOMICOS 1995-1998

Paises	% Crecimiento Demográfico 1998	Tasa Global de Fecundidad 1998	Tasa de Mortalidad General (1 000 hts) 1995	Tasa Cruda de Natalidad (1 000 NV) 1998	Muerte Materna (100,000 NV) 1997	Muerte Infantil (1 000NV) 1997	Tasa de Mortalidad Menores 5 años (1 000 NV) 1997	Prevalencia de bajo peso al nacer (<2500 g) 1996	% Población alfabeta 1995	Esperanza de vida al nacer 1998	Gasto Nacional en Salud % PIB 1995	Gasto Nacional en Salud Per cápita US$ 1995
El Salvador	23	35*	61	276	60	350*	105	70	790	696	68	158
Costa Rica	21	29	36	238	29	118	273	73	950	769	86	224
Colombia	16	27	57	232	87	240	296	80	910	710	73	140
Argentina	13	26	ND	198	44	200	243	70	960	733	98	796
Chile	13	24	54	197	25	130	148	50	950	754	80	331
Cuba	04	16	66	130	33	79	107	79	970	761	90	106
Republica Dominicana	17	28	54	239	110	450	560	41	820	710	53	77
Uruguay	06	22	100	168	190	175	205	80	970	729	100	516

⇒ Fuente Situación de Salud en las Américas Indicadores Básicos 1998 OPS OMS
* FESAL 1998

CAPITULO 2

Situación Actual del Sector Salud de El Salvador

El Sector Salud en El Salvador esta conformado por un conjunto de elementos de las areas Gubernamental, Privada y de la Comunidad, que funcionan sin coordinacion sistematica en el desempeño de los roles que les corresponden como normadores, reguladores, administradores, financiadores, proveedores y usuarios de los servicios

El analisis de la situacion del sector salud y los esfuerzos para la introduccion de reformas tendientes a mejorarlo deben constituir elementos fundamentales del proceso de desarrollo integral de la nacion

2 1 CONFORMACION DEL SECTOR SALUD

2 1 1 AREA GUBERNAMENTAL

El Area Gubernamental cuenta principalmente con la participacion del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (MSPAS), el Consejo Superior de Salud Publica (CSSP), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Sanidad Militar, el Programa de Bienestar Magisterial y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitacion de Invalidos (ISRI)

El Codigo de Salud vigente (1987) asigna al MSPAS funciones normativas, regulatorias, de administracion de programas, financieras, de apoyo tecnico - administrativo y de provision directa de servicios de salud para la poblacion del pais en general

El Consejo Superior de Salud Publica tiene asignadas multiples y diversas funciones en el Art 14 del Capitulo II del Codigo de Salud, especialmente en aspectos normativos, regulatorios y operativos

El ISSS es un ente autonomo vinculado con el organo ejecutivo a traves del Ministerio de Trabajo y Prevision Social, desempeña funciones normativas, de administracion de programas de salud, financieras, de apoyo tecnico - administrativo y de provision de servicios a la poblacion asegurada y sus respectivos beneficiarios Tradicionalmente el ISSS ha estado orientado hacia programas curativos y de salud ocupacional, pero en los ultimos años el Instituto ha ampliado sus servicios hacia aspectos preventivos, de promocion y educacion para la salud y algunas acciones sobre el medio ambiente

Sanidad Militar proporciona servicios medicos preventivos y curativos al personal de la Fuerza Armada, pensionados militares y sus respectivos grupos familiares En los ultimos años se ha dado apertura para prestar servicios medicos a la poblacion que lo requiera, mediante pago directo

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos es un ente autónomo dedicado al aspecto de rehabilitacion, para lo cual cuenta con varios institutos especializados para atencion de discapacitados y ancianos

El Programa de Bienestar Magisterial proporciona servicios de salud exclusivos para los maestros y su grupo familiar, mediante la contratacion de servicios y con la contribución financiera de sus afiliados y un subsidio gubernamental Actualmente se encuentra en proceso de revision y ajuste

Algunas instituciones gubernamentales, como ANDA, CEL, BCR tienen programas de salud suplementarios a los del Seguro Social, para los trabajadores y sus grupos familiares

2 1 2 AREA PRIVADA

En esta área participan las empresas privadas dedicadas a la provisión de servicios de salud, tales como clinicas medicas y odontologicas, hospitales privados, laboratorios clinicos y otros servicios de apoyo para el diagnostico y tratamiento También participan en esta area los Seguros Medicos Privados y Programas de Medicina Prepagada, dedicados a funciones de financiamiento y provision de servicios, respectivamente En la fabricación y comercializacion de medicamentos tienen importante participacion las droguerias, laboratorios farmaceuticos y farmacias

Tambien participan en el área privada los Organismos no Gubernamentales (ONG's), que se dedican principalmente a la provision de servicios en el Primer Nivel de Atencion

2 1 3 LA COMUNIDAD

La comunidad participa esencialmente como demandante o usuaria de los servicios en entidades gubernamentales y privadas, y como financiadora de los programas, a traves de cotizaciones de parte de empresas y trabajadores, y mediante los impuestos de la población en general

2 2 PERFIL DEL SECTOR SALUD

Durante los ultimos años las instituciones del Sector Salud han obtenido algunos avances en el mejoramiento de las condiciones de salud de la poblacion, especialmente mediante el combate a enfermedades infecto contagiosas que caracterizan a los perfiles epidemiologicos de paises en vias de desarrollo, habiendose logrado la erradicacion o el control de algunas de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestro medio, tales como la poliomielitis, el sarampion y el paludismo Tambien se han realizado esfuerzos tendientes a la modernizacion institucional de las principales entidades del Sector

Pero esos esfuerzos han sido insuficientes y han carecido de un enfoque sectorial y una vision integral y de largo plazo, por lo que en la actualidad el Sector Salud de El Salvador todavia adolece de fallas y vacios que configuran una situacion debil en su estructura y funcionamiento, lo cual tiene manifestaciones en el orden politico, economico, social, institucional y legal

- **En lo politico,** a pesar de las reiteradas declaraciones oficiales, en la practica la salud no ha constituido una verdadera prioridad para los Gobiernos
- **En el plano Económico** la debilidad tiene expresion en la escasa dedicacion de recursos financieros para el gasto publico y la inversion en salud
- **En lo Social,** en las consultas realizadas a la poblacion en general, los ciudadanos no han expresado preocupacion por el tema de la salud
- **En el orden Institucional,** las principales entidades del Sector han mostrado escasa capacidad de respuesta para atender las necesidades de salud de la poblacion en el momento oportuno
- **En el orden Legal** se carece de un marco que permita regular en forma adecuada a los elementos integrantes del Sector y no se cuenta con mecanismos que hagan posible el ejercicio de la rectoria por parte del MSPAS

Los **modelos de atencion** de las instituciones del Sector carecen de un enfoque de integralidad y continuidad para la prestacion de los servicios de salud y se encuentran principalmente orientados hacia aspectos medico/ curativos, sin congruencia con el perfil epidemiologico del pais

En opinion de las personas que participaron en la Encuesta realizada por la Comision Nacional de Salud, al introducir **reformas a los actuales modelos de atención,** debiera concederse **mayor énfasis a las acciones de medicina preventiva, educacion para la salud, saneamiento ambiental, nutrición y salud mental**

Los grupos poblacionales de mayor riesgo binomio materno/infantil, personas de la tercera edad, poblacion rural y poblacion en situacion de pobreza, tienen dificultades en el acceso a servicios del Primer Nivel de Atencion y mas dificil aun, a los servicios de medicina especializada del Segundo y Tercer Nivel

En el aspecto de **organizacion,** se carece de una estructuracion sistemica del Sector, no existe una clara delimitacion de roles institucionales, ni separacion de las funciones rectora, normativa, financiera y de provision de servicios, todo lo cual limita la posibilidad de acciones sectoriales eficientes

En la misma encuesta de opinion, los participantes manifestaron que **los principales motivos que dificultan el acceso de la población a los servicios de salud son**

a) Recursos insuficientes en los centros de atencion
b) Alto costo de los servicios
c) Vias de acceso inadecuadas

En el nivel institucional, tanto en el MSPAS, como en el ISSS y otras entidades, existen deficiencias internas en la formulacion e implementacion de politicas, normas, sistemas y procesos, situacion que provoca ineficiencia administrativa - financiera y dificulta la provision equitativa de servicios de salud integrales y de calidad a la poblacion

El **Régimen de Salud del ISSS** se ha manejado como un sistema cerrado, con muchos privilegios para una poblacion reducida y sin posibilidades de compartir recursos con otros grupos de poblacion que lo necesitan

A pesar de los esfuerzos realizados, todavia prevalece una estructura administrativa de corte centralizado en los **modelos de gestión** de las instituciones del Sector

En el tema de **funcionamiento**, el MSPAS ha demostrado una limitada capacidad para normar, planificar y evaluar programas y procesos de salud a nivel sectorial, lo que afecta el ejercicio del papel rector que le corresponde

El manejo de los recursos humanos y tecnológicos en la mayoria de las instituciones del Sector presenta deficiencias en sus **modelos de gestión** Algunas muestras de lo anterior se pueden notar en la prevalencia del **multiempleo**, escasa productividad, relaciones laborales politizadas, carencia de un sistema de incentivos para el personal, ausencia de una politica sectorial de desarrollo de recursos humanos e insuficientes programas de capacitacion de personal en **aspectos gerenciales**

La **participación social** es insuficiente en las labores de identificacion de problemas e impulso de acciones en promocion, fomento y recuperacion de la salud

En la consulta realizada en el Sector Salud, **arriba del 85 % de los entrevistados manifestaron que la participación social es importante para el logro de eficiencia, equidad y calidad en la provisión de los servicios de salud**

En el tema de **financiamiento**, al comparar la situación de El Salvador con otros paises de America Latina y el Caribe, y con el promedio general de esta region se observa que el gasto gubernamental en salud se ha mantenido en niveles muy bajos con relacion al Producto Interno Bruto

GASTO NACIONAL EN SALUD EN PAISES DE AMERICA CENTRAL – 1995

PAIS	GNS % del PIB	GNS per cápita en dolares
Belice	3 9	106
Costa Rica	8 6	224
El Salvador	6 8	158
Guatemala	4 2	56
Honduras	7 4	44
Nicaragua	9 2	35
Panamá	9 2	258
Promedio América Central (a)	7 4	102
Estados Unidos	14 3	3 858
Haiti	3 5	9
Promedio Regional (América en general)	7 3	240

⇒ Fuente La Salud en las Americas OPS 1998

Nota El promedio para América Central no aparece en el documento la Salud en las Americas por lo que ha sido estimado a partir de informacion de diferentes cuadros de datos de la misma fuente En el Anexo No 1 se presenta un detalle de los calculos

Como puede observarse en el cuadro anterior, El Salvador con un Gasto Nacional en Salud de 6 8 % del PIB, se encuentra abajo del promedio de America Central (7 4 %) y del Promedio de America en general (7 3%) Es dificil pretender elevar de inmediato estos indicadores, a niveles semejantes a los de Estados Unidos (14 3 % del PIB), pero puede aspirarse a lograr en el corto plazo una elevacion de las asignaciones hasta niveles semejantes al promedio regional de America en general, o al nivel de Costa Rica (8 6 % del PIB), que es el pais de la region centroamericana que tiene mayor asignacion

La comparacion del gasto per capita en dolares de El Salvador con respecto a los demas paises de Centro America, indica que la asignacion de El Salvador (158 dolares per capita) se encuentra solo debajo de Costa Rica y Panama y arriba del promedio de America Central (102 dolares), los demas paises tienen muy bajas asignaciones, sin embargo, la asignacion salvadoreña se encuentra abajo del Promedio Regional de America en general Esto indica que todavia es necesario incrementar esta asignacion

En cuanto a la composicion de la participacion publica y privada, segun el informe de la Organizacion Panamericana de la Salud, La Salud en las Americas, podemos observar que El Salvador es, entre los paises de America Latina y El Caribe, el que tiene menor asignacion gubernamental, tal como se muestra en el siguiente cuadro

PARTICIPACION PUBLICA Y PRIVADA EN EL GASTO NACIONAL EN SALUD EN PAISES DE AMERICA CENTRAL, 1995

PAIS	% publico	% privado
Nicaragua	63	37
Honduras	49	51
Guatemala	45	55
El Salvador	27	73
Costa Rica	74	26
Belice	46	54
Panamá	78	22

COMPARACION CON OTROS PAISES

PAIS	% publico	% privado
Haití	37	63
Canadá	71	29
Estados Unidos	44	56
Islas Caimán	55	45
Promedio Ponderado	**41**	**59**

⇒ Fuente La Salud en las Américas OPS 1998

La contribucion gubernamental a la salud en cada pais obedece a caracteristicas y condiciones propias de la situacion politica, economica y social, pero en terminos generales indica la prioridad que los gobiernos otorgan a la politica nacional de salud

En el cuadro anterior se muestra que los paises de la region que tienen mayor participacion gubernamental en el Gasto Nacional en Salud son Canada (71%), Costa Rica (74%) y Panama (78%) En el modelo canadiense el Estado participa en el financiamiento y la provision de servicios en forma directa, en un esquema altamente estatizado, mientras en Costa Rica y Panama, la participacion estatal en la provision de los servicios se realiza a traves de Cajas de Seguros Sociales

Lo anterior demuestra que la asignacion gubernamental en El Salvador es exigua, en comparacion con otros paises del área centroamericana, lo que señalaria la importancia de incrementarla

Por otra parte, en el estudio "Estimacion del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1996" publicado en mayo de 1998, se señala que **el gasto en salud ha sido de 6,800 millones de colones salvadoreños, equivalente al 7 3 % del PIB**, situacion que de acuerdo a esta fuente ubica al pais en el promedio de gasto en salud de los paises de America Latina y El Caribe, lo que representa una mejoría con respecto a años recientes

Es importante señalar que en ese 7 3 % del PIB dedicado al gasto en salud participan cuatro sectores de la vida nacional, en las siguientes proporciones

1	Hogares	4 2 %
2	Gobierno	1,7 %
3	Seguro Social	1 2 %
4	Las Compañias de Seguros y otros	0 2 %

Pero mas importante todavia es señalar que en ese 4 2 % del PIB con que contribuyen los Hogares, **existe una significativa participación de la población en situación de pobreza que alcanza un nivel del 40 % de los gastos en salud aportados por las familias**, que lamentablemente se orienta a gastos en bienes y servicios de salud en el sector informal, en su mayor parte poco eficientes y eficaces

Estas observaciones realizadas en cuanto al financiamiento del sector indican una mejoria en los ultimos años, a pesar de las dudas sobre la calidad de los datos, En terminos generales se advierte la necesidad de incrementar la participacion gubernamental en el Gasto Nacional en Salud y la exigencia de canalizar adecuadamente la participacion privada, en busqueda de una mejor distribucion de las asignaciones y una mayor eficiencia en el uso de los recursos

En la Consulta Sectorial desarrollada por la Comisión Nacional de Salud se encontro que

El 85 2 % de la población encuestada manifestó que los recursos asignados por el Gobierno para salud no son suficientes
El 76 9 % estuvo de acuerdo en la posibilidad de introducir impuestos específicos al consumo de productos o uso de sustancias dañinos para la salud
El 80 9 % considera que el Gobierno debe financiar la Medicina Preventiva para toda la población y el 78 % opina que el Gobierno debe proporcionar un subsidio completo para proveer servicios integrales de salud a la población en situación de pobreza

Los programas de Seguros de Salud Privados y Medicina Prepagada para la poblacion con capacidad de pago, todavia no han alcanzado suficiente desarrollo y a nivel gubernamental existe poca apertura para la modalidad de pago complementario de servicios de medicina especializada, como una alternativa de financiamiento

Un 81 5% de las personas que participaron en la Encuesta de Opinion en el Sector Salud, manifestaron que los **Seguros Privados pueden servir como mecanismo de financiamiento de servicios del segundo y tercer nivel de atención, para la población con capacidad de pago**

En el **aspecto legal**, las disposiciones aplicables en el Sector se encuentran descoordinadas y en algunos casos yuxtapuestas Un estudio exhaustivo de tales disposiciones constituye una necesidad inmediata

El 96 2 % de la poblacion encuestada opinó que es necesario introducir reformas en el marco legal aplicable en el Sector Salud y señalaron que las disposiciones legales que principalmente es necesario reformar son

a) El Codigo de Salud
b) El Reglamento Interno del Ministerio de Salud
c) La Ley y Reglamentos del Seguro Social

CAPITULO 3

Principales Retos Para El Sector Salud

El Salvador presenta actualmente un perfil epidemiológico en transición, que se caracteriza por la prevalencia de enfermedades transmisibles, que corresponden a países poco desarrollados y por otra parte, manifiesta un incremento importante de enfermedades y muertes a causa de problemas de violencia y enfermedades crónico degenerativas, con lo cual la problematica se complica y exige un replanteamiento de las soluciones, bajo una vision de salud integral y teniendo en cuenta las responsabilidades de carácter intersectorial

En este sentido, es importante identificar los principales problemas de salud para orientar las soluciones a incorporar en la Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador Una síntesis de esos problemas se presenta a continuación

3 1 SINTESIS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN EL SALVADOR

- **Insuficientes coberturas de atención prenatal, atención institucional del parto y control post-natal** Como se ha mencionado, los problemas de salud de la mujer en edad fertil estan relacionados con la falta de coberturas utiles en la atención de los eventos mas importantes del embarazo, lo que da como consecuencia altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, en comparacion con otros paises de la region latinoamericana que tienen condiciones sociales, políticas y económicas parecidas a nuestro pais En atención a lo anterior, en la propuesta de lineamientos para la reforma deben incorporarse para el corto plazo, acciones conducentes a tener coberturas utiles (mas del 80%) en el programa de atencion materna

- **Problemas de Salud en el menor de 1 año** Las tres principales causas de mortalidad en el menor de un año son las afecciones originadas en el periodo perinatal, las infecciones intestinales y las neumonias La primera causa está relacionada con las insuficientes coberturas de la atencion prenatal, atencion institucional del parto y una adecuada y oportuna atencion del recien nacido Las infecciones intestinales y las neumonías son propiciadas por un saneamiento basico insuficiente y por la contaminacion del aire Por lo anterior debe priorizarse la atencion materno – perinatal como un elemento a fortalecer en el corto plazo Igualmente deben desarrollarse en forma permanente acciones conducentes a fortalecer el saneamiento básico y reducir la contaminación del aire

- **Problema de salud del adolescente (10 - 19 años)** La problemática de salud de éste grupo poblacional esta relacionada principalmente con homicidios, lesiones y violaciones, originados principalmente por la desintegración familiar y la consiguiente

perdida de valores morales, generados como producto del conflicto armado que vivio el pais Otro de los problemas que afecta la salud de los adolescentes esta relacionado con la escasa cobertura de los programas de educacion sexual Una investigacion reciente desarrollada en el pais indica una baja tasa de uso de anticonceptivos, lo que trae como consecuencia embarazos precoces y muchas veces no deseados, con el consiguiente aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna La atencion de este problema debe considerar un enfoque de atencion integral al adolescente, con enfasis en la promocion de valores morales y la educacion para la salud

- **Problemas de salud mental** Se ha observado que entre las tres principales causas de mortalidad en el adulto (20 – 59 años) se encuentran los trastornos mentales La atencion de estos problemas debe incluirse en el diseño del modelo integral de atencion en salud

- **Alto crecimiento demográfico** Al comparar el crecimiento demografico de El Salvador (2 3% para 1998) con otros paises, observamos que es uno de los mas altos de America Latina El problema se agudiza por nuestra pequeñez geografica, dando como consecuencia una densidad poblacional de 291 hts/Km^2, la mas alta de America Latina La solucion a esta critica situacion, debe abordarse a traves de la formulacion e implementacion de una politica nacional de poblacion, en el corto, mediano y largo plazo, con el fin de disminuir el indice de crecimiento demografico del pais, lo cual es determinante para mejorar la calidad de vida de la poblacion

- **Enfermedades crónico-degenerativas como causa importante de enfermedad y/ o muerte** El aumento de la esperanza de vida en la ultima decada ha propiciado el aparecimiento de patologias que dificultan que la poblacion de la tercera edad tenga una mejor calidad de vida, por lo que se hace necesario introducir en el modelo de atencion integral, acciones de tipo preventivo para este grupo poblacional

- **Problema nutricional** Es uno de los grandes problemas a tratar dentro del fortalecimiento programatico del Sector La desnutricion del niño y de la madre, es de origen multicausal y por ende el abordaje debe ser multisectorial Observamos que las tasas de desnutricion aguda, cronica y global en el menor de 5 años se han mantenido igual en el ultimo quinquenio, lo que amerita un replanteamiento de las estrategias de abordaje del problema, que involucre a todos los sectores que directa e indirectamente tienen responsabilidad en la nutricion de la poblacion Este problema es prioritario y debera abordarse en el corto plazo

- **Problema de saneamiento básico** Las insuficientes coberturas en agua potable, adecuada disposicion de excretas y de los desechos solidos contribuyen a mantener

un ambiente hostil para la salud de la poblacion, propiciando el aparecimiento de enfermedades gastrointestinales y parasitarias, como causas importantes de morbilidad y mortalidad en la poblacion Esfuerzos en el saneamiento basico deben estar focalizados al tratamiento oportuno y suficiente de los problemas señalados

➢ **La contaminación del aire** Es un problema que tiene graves repercusiones en la salud de la poblacion en general, principalmente en la niñez, ya que las enfermedades respiratorias constituyen la principal causa de morbilidad en el niño menor de 1 año y de 1 a 4 años, por lo que es recomendable la introduccion de acciones conjuntas de todos los sectores responsables de prevenir la contaminacion del aire, para el corto y el mediano plazo

3 2 SINTESIS DE LOS PROBLEMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO EN EL SECTOR SALUD DE EL SALVADOR

El Sector Salud en El Salvador esta conformado por un conjunto de entidades de las áreas Gubernamental, Privada y de la Comunidad, que funcionan sin coordinacion sistematica en el desempeño de los roles que les corresponden como normadores, reguladores, administradores, financiadores, proveedores y usuarios de los servicios

En el aspecto institucional, el Sector Salud de El Salvador se encuentra fragmentado y completamente desarticulado, sin una configuración formal definida y con escasa coordinacion entre los diferentes actores del Sector

3 2 1 PRINCIPALES PROBLEMAS EN EL MODELO DE SALUD

➢ **Modelo de Atención** Cada institucion en el Sector aplica su propio modelo, carente de integralidad y continuidad, todavía sin establecer un balance entre acciones de tipo preventivo y curativo, sin correlación con el perfil epidemiologico prevalente en el país Es indispensable la renovacion y estandarización de un modelo de atencion integral para toda la población, en el cual debe incorporarse la Atencion Primaria de Salud, como estrategia principal para obtener integralidad y accesibilidad

➢ **Modelo de Provisión** A pesar de una alta participacion gubernamental en la provision de servicios de salud, a traves del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y de Sanidad Militar, no se ha logrado universalizar la cobertura Por el contrario, se ha producido duplicidad o multiplicidad de esfuerzos e inadecuada utilizacion de los recursos

➢ **Modelo de Gestión** No existe un modelo estructurado de gestion En el sector gubernamental prevalecen los esquemas centralizados, burocráticos, con insuficiente capacidad gerencial y poca oportunidad a la participación social

- **Modelo de Financiamiento** A pesar de los progresos alcanzados, el aporte gubernamental es todavia insuficiente La escasa cobertura del Seguro Social, la dispersion en la gestion financiera y la falta de criterios adecuados para la distribucion de los recursos, provocan graves problemas que afectan a las instituciones y a los ciudadanos, especialmente a los mas debiles y a los mas desposeidos, configurando un modelo no solidario ni equitativo

3 2 2 PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR

- **Politicas y Normas** No existe una politica nacional de salud, ni normas tecnicas y administrativas con aplicacion sectorial Por otro lado, es notable la falta de continuidad y sostenibilidad en las acciones de salud de los diferentes actores del sector, al no disponer de politicas institucionales y sectoriales, que orienten el accionar del sector para el largo plazo, independientemente de los funcionarios o partidos politicos que ejerzan el poder en las principales entidades del sector

- **Rectoría** La rectoria del Sector, segun el Codigo de Salud, esta asignada al Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, pero este ministerio no la ejerce, porque carece de fortaleza politica, soporte legal y recursos suficientes para desempeñarla

- **Coordinación Intra e Intersectorial** La coordinacion dentro del sector es insuficiente y a nivel intersectorial practicamente inexistente cuando se trata de formular planes conjuntos y desarrollar acciones complementarias para la solucion de los problemas de salud de la poblacion

- **Organizacion** Se carece de una estructuracion sistemica del Sector y no existe una clara asignacion de roles ni separacion de funciones para las diferentes instituciones que lo integran

- **Desintegración Sectorial** El ISSS ha manejado en forma independiente su propio Regimen de Salud, con una cobertura inferior al 20 % de la poblacion del pais en casi 45 años de existencia La comparacion de los Planes de Beneficios y del gasto anual por asegurado año en el Seguro Social, con respecto a las demas instituciones del Sector, son claros ejemplos de falta de solidaridad e inequidad Las quejas por demoras en la atencion y maltrato a los usuarios, manifestadas constantemente por los asegurados, han sido constatadas en las asambleas de usuarios realizadas por la CNS, con lo cual se confirma la existencia de debilidades en la calidad y calidez de la atencion en los establecimientos de esta institucion

- **Costo y Financiamiento** El alto costo de los servicios de salud ha sido señalado como uno de los principales problemas que afronta la poblacion, segun lo manifestado en la consulta en el Sector Salud, realizada por la Comision Nacional de Salud En cuanto al financiamiento, a pesar de que el gasto nacional en salud ha crecido en los ultimos años, la asignacion gubernamental todavia se situa en

niveles muy bajos (1 7 % del PIB) y la contribucion de la población (4 2% del PIB) no esta bien orientada, ni adecuadamente canalizada, porque se invierte en practicas y acciones ineficientes e ineficaces Por otra parte se carece de estándares adecuados para la asignación de recursos y de una gestión especializada que propicie eficiencia en su utilizacion

- **Control y Fiscalización** La función de control y fiscalización se encuentra definida y asignada en algunos instrumentos legales, pero en la practica la responsabilidad de su ejercicio esta diluida entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Consejo Superior de Salud Pública y sus Juntas de Vigilancia, sin ninguna consistencia en sus acciones El MSPAS por insuficiencia de recursos y el CSSP, por su mayor dedicacion al registro y control de medicamentos, que constituye su fuente de autofinanciamiento, no dedican el esfuerzo necesario al desempeño de estas importantes funciones

- **Servicios Básicos de Salud** A pesar del reconocimiento reiterado en multiples diagnosticos de salud, en el sentido de que todavía prevalecen en el perfil epidemiologico salvadoreño las enfermedades transmisibles, no se otorga, por parte de las instituciones del sector, la prioridad que amerita la Atencion Primaria de Salud y los programas de salud comunitarios, para abatir las enfermedades caracteristicas de paises en desarrollo, que afectan a la poblacion en situacion de pobreza Nunca sera demasiado insistir en el fortalecimiento de estas estrategias

- **Marco Legal** En el aspecto legal, las disposiciones aplicables en el Sector se encuentran descoordinadas y en algunos casos yuxtapuestas Un estudio exhaustivo de todas las disposiciones legales aplicables al sector salud constituye una necesidad inmediata Los resultados de este estudio serviran para sentar las bases para los ajustes a las leyes pertinentes y la conformacion de un nuevo marco legal para el Sector Salud del país

- **Participación Social** La participacion social en la identificacion de los problemas de salud y en la propuesta de soluciones a los mismos, es todavia incipiente Por una parte no ha habido disposición de las instituciones para abrir los espacios para hacerla efectiva, En terminos generales los ciudadanos no identifican esta vía como una forma conveniente de manifestar sus inquietudes y orientar sus esfuerzos El consenso entre las partes para hacer viable esta estrategia es importante para la conformacion de un modelo de atención que sea participativo Sin embargo, en la consulta realizada por la Comision Nacional de Salud, dirigida a funcionarios de las entidades del sector y usuarios de los servicios, los participantes mostraron mucho interes en el tema de la salud y realizaron importantes sugerencias orientadas a la solucion de los problemas

- **Participación Privada** Durante los ultimos años, la empresa privada dedicada al area de salud ha realizado importantes esfuerzos para desarrollarse, pero sin una verdadera integracion en el Sector Ha demostrado calidad en el servicio y eficiencia en la gestion, sobre todo en medicina especializada de Segundo y Tercer Nivel de Atencion, pero

actualmente su capacidad instalada excede a la demanda de la poblacion (45 % de ocupacion de camas hospitalarias)[18] Es necesario analizar alternativas de corto plazo para incrementar la participacion de los establecimientos privados en la funcion proveedora de servicios, como una forma de aprovechar esos recursos y generar competencia en el sector

En las **ASAMBLEAS DE USUARIOS** realizadas por la Comision Nacional de Salud como parte de la investigacion en el Sector Salud, los participantes manifestaron que los principales problemas que afrontaban al hacer uso de los servicios, eran los siguientes

- El maltrato por parte del personal de los Centros de Atencion (especialmente en el ISSS)
- Personal medico inaccesible para preguntas o comentarios durante la consulta medica
- El personal de salud no tiene suficiente acercamiento a las comunidades, sus visitas se limitan a prestar atencion a consultas por enfermedades, por lo tanto desconocen los problemas reales
- Tiempos de espera excesivamente largos (especialmente en el ISSS)
- El establecimiento de salud no dispone de suficientes medicamentos y equipo para atencion en la comunidad
- Cobro arbitrario de cuotas "voluntarias", sin un estudio socio – economico adecuado
- Hay escasez de medicamentos y los que existen son de mala calidad

Las deficiencias y problemas detectados en la organizacion y funcionamiento del Sector Salud, plantean la necesidad urgente de abordar un proceso de reforma, que permita obtener un verdadero desarrollo de la organizacion, gerencia, supervision y evaluacion de los sistemas y procesos tecnico - administrativos en las diferentes entidades que lo conforman y provea soluciones a los retos que se plantean adelante, en funcion de los problemas identificados

3 3 PRINCIPALES RETOS PARA EL SECTOR SALUD

Los resultados de investigaciones bibliograficas y los productos de la consulta en el Sector Salud realizadas por la Comision Nacional de Salud y la comparacion con sistemas de salud de otros paises de America Latina, refuerzan la tesis de que la situacion de la salud en nuestro pais es critica, debido a causas de orden estructural que incluyen aspectos politicos, economicos, sociales, culturales, demograficos y ambientales, que constituyen factores condicionantes negativos para la salud de la poblacion, tal como se ha demostrado con los indicadores expuestos en los capitulos anteriores

[18] Fuente Informe de la Asociación de Hospitales Privados de El Salvador Ver detalles en Anexo N° 2

El reconocimiento de esta realidad, plantea un doble desafio a la sociedad salvadoreña

1 Conformar un Sistema Nacional de Salud que propicie eficacia y eficiencia en su estructura orgánico funcional
2 Alcanzar mejores niveles de salud para toda la poblacion del pais, en condiciones de equidad, calidad y calidez humana en el servicio

Mas alla del mandato constitucional, razones de indole etico y moral plantean como compromiso nacional el imperativo de cubrir las necesidades de salud de la poblacion salvadoreña, especialmente aquella que se encuentra en mayor riesgo de enfermar, tal como la poblacion rural y urbano-marginal en situación de pobreza

La sintesis de los problemas relativos a la salud de la poblacion de El Salvador y a la organizacion y funcionamiento del Sector presentadas anteriormente, permiten identificar los siguientes retos para el pais

- Estructurar y fortalecer las relaciones entre los diferentes actores de la vida nacional relacionados con la salud de la poblacion, en procura de un modelo participativo
- Maximizar la contribucion del Sector Salud en la conformacion de una poblacion sana y productiva
- Lograr mejores niveles de salud para los habitantes del país, mediante atencion integral a toda la población, especialmente aquella más vulnerable o mas expuesta a riesgo
- Procurar eficiencia y eficacia en la organización y funcionamiento del Sector a traves de un Sistema Nacional de Salud que procure excelencia en la aplicacion de sus modelos de atencion, provisión y gestión en todos los niveles de la organizacion
- Propiciar sostenibilidad al sistema, mediante el fortalecimiento de los aportes financieros gubernamentales y ciudadanos, para lograr un modelo equitativo y solidario
- Contribuir a la formulacion e implementacion de una Politica Nacional de Población

CAPITULO 4

Marco Conceptual para la Creación del Sistema Nacional de Salud

Los aspectos tratados a lo largo del presente documento, especialmente en lo referente a la situacion de salud y las condiciones actuales a nivel del sector, evidencian, la necesidad de fortalecer a las instituciones que lo integran definiendo claramente sus respectivos roles, la articulacion y coordinacion de todas ellas en un **Sistema Nacional de Salud**

En la consulta recien efectuada, con el objetivo de recoger las opiniones de los actores sociales del sector, se pudo conocer que la mayoria identifico varias debilidades, entre las mas relevantes se encuentran la baja cobertura que el actual sistema de salud ofrece a la poblacion, grupos poblacionales con poco acceso a los servicios, mientras otros se encuentran sobreatendidos debido a la duplicidad de esfuerzos entre las instituciones proveedoras de los servicios

De igual manera fue indicada la poca importancia que la mayoria de las instituciones dan a la satisfaccion de los usuarios, la debilidad normativa y rectora dentro del sector y las deficiencias en sus modelos de gestion que ha resultado en ineficacia, ineficiencia, falta de calidad y otros problemas

En tal sentido se plantea la necesidad de definir el Sistema Nacional de Salud que el pais urgentemente necesita, para lo cual sera considerado el concepto vertido por la Organizacion Panamericana de la Salud que lo define como

> *"Un todo coherente, compuesto de muchas partes relacionadas entre si, tanto sectoriales como intersectoriales ademas de la propia comunidad, y que produce un efecto combinado en la salud de la poblacion"*

Lo anterior implica la necesidad de integrar en un todo organizado a las instituciones del sector, definiendo claramente sus roles y las lineas de coordinacion entre ellas y otros sectores relacionados con la salud

Por razones metodologicas haremos un marco de referencia en que se sustentara la propuesta de lineamientos para la creacion del **Sistema Nacional de Salud,** el cual debera incluir los siguientes elementos

- **Características Básicas**
- **Objetivos**
- **Principios y valores**
- **Visión**
- **Misión**

4 1 CARACTERISTICAS BASICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A continuación se presentan las caracteristicas basicas debidamente conceptualizadas, producto de los Talleres Nacionales y reuniones de trabajo realizados por la Comision Nacional de Salud

- **Seguro de Salud Universal**
  Estrategia a través de la cual toda la población garantiza su acceso a los servicios de salud

- **Cobertura Universal**
  Estrategia que permitirá a toda la poblacion acceder a los servicios de salud, independientemente de su nivel economico, sexo, edad y religión

- **Modelo de Atención Integral**
  Conjunto de servicios de salud que comprende promoción, prevencion, tratamiento y rehabilitación, prodigados a la poblacion de acuerdo a sus necesidades

- **Múltiples Proveedores de Servicios de Salud**
  Es la diversidad de instituciones publicas y privadas, debidamente acreditadas, organizados en el sistema, que constituyen la oferta de servicios de salud

- **Modelo de Gestión Eficiente**
  Estilo de gerencia de las instituciones, caracterizado por altos niveles de productividad, con calidad y costos razonables

- **Atención con Excelencia y Calidad**
  Consiste en prodigar servicios de salud cumpliendo estándares de calidad establecidos, satisfaciendo las necesidades y expectativas del usuario

- **Recursos Humanos Calificados**
  Personal de salud debidamente capacitado y certificado para el ejercicio de sus funciones en la gestión de los servicios de salud

- **Financiamiento Sostenible**
  Eficiente planificación y gestión de recursos financieros, que asegure la liquidez del Sistema Nacional de Salud

- **Participación Ciudadana Efectiva**
  Es la participación activa y consciente de la poblacion en la detección de necesidades y priorizacion de soluciones a los problemas de salud para apoyar la gestión de los servicios a nivel de la comunidad

- **Autoridad Sanitaria Fortalecida**
  Definición clara de roles y responsabilidades de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, debidamente coordinadas por el ente rector

4 2 OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Objetivo General

Lograr niveles optimos de salud, para toda la poblacion del pais, mediante la aplicacion de un modelo integral de atencion en relacion con los recursos disponibles, procurando una relacion de equilibrio con el medio ambiente, en condiciones de eficacia, eficiencia y equidad en la provision de los servicios, y en funcion de las necesidades de la poblacion

Objetivos Específicos

- Lograr gradualmente la **cobertura** de toda la poblacion en el sistema nacional de salud
- Instaurar un modelo **integral** de atencion para toda la poblacion
- Procurar **eficacia, eficiencia, y equidad** en la provision de los servicios de salud
- Promover la **Participación Ciudadana Efectiva** en la gestion de los servicios de salud
- Procurar el equilibrio con el **medio ambiente**

4 3 PRINCIPIOS Y VALORES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Con base en la consulta sectorial y el analisis objetivo del actual sector salud se han definido los principios y valores que deben caracterizar el Sistema Nacional de Salud a proponer

- **SOLIDARIDAD**
  Considerando este principio como la accion mediante la cual todos los individuos contribuyen al desarrollo integral de la salud de acuerdo a sus posibilidades y capacidades El Estado propicia este compromiso reciproco y garantiza los servicios a la poblacion indigente
- **SUBSIDIARIDAD**
  Este principio implica la reorientacion de los aportes financieros en salud, en terminos de la demanda y enfocados a brindar apoyo o soporte financiero a las personas que por sus circunstancias de pobreza tengan poca o ninguna posibilidad de acceder a los servicios de salud
- **EQUIDAD**
  Este principio fundamental consiste en hacer la distribucion de bienes y servicios a la poblacion en funcion de sus necesidades priorizando a los menos favorecidos
- **UNIVERSALIDAD**
  Consiste en hacer realidad el derecho que tiene toda la poblacion de acceder a los servicios de salud de la mejor calidad

- **EFICACIA**
  Este principio implica que los servicios de salud deben causar satisfaccion verdadera a las necesidades de la poblacion El Estado debe propiciar y facilitar el empleo de mecanismos que garanticen la calidad de la atencion en salud y que impacten positivamente en el perfil epidemiologico
- **EFICIENCIA**
  Los servicios de salud deben proveerse, haciendo uso racional de los recursos disponibles y empleando tecnologia apropiada a las necesidades de la poblacion y a las posibilidades del pais
- **INTEGRALIDAD**
  Se refiere a un sistema integrado y resolutivo que visualiza y da respuesta a todas las necesidades de salud de la población, en interacción con el medio ambiente
- **FLEXIBILIDAD**
  Se entiende como un proceso en el cual se van incorporando las lecciones aprendidas en las primeras experiencias, se van corrigiendo los errores e introduciendo las sugerencias de las personas e instituciones involucradas
- **SOSTENIBILIDAD POLITICA**
  Por su importancia y dimension necesita un decidido apoyo y liderazgo al mas alto nivel político Es necesario una amplia concertacion de los sectores políticos y sociales, para asegurar la continuidad de los programas
- **PLURALISMO**
  Oportunidad de participacion de todos los actores sectoriales y de la ciudadania en el proceso

4 4 MISIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Formular, ejecutar y evaluar las politicas, normas, planes y programas nacionales, que garanticen la atención integral de salud a la poblacion, en condiciones de eficiencia, eficacia, equidad y calidad

4 5 VISIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Sistema Nacional de Salud institucionalizado que procure mejores niveles de salud para la población del país, mediante acciones integrales y permanentes, con amplia participacion social y en equilibrio con el medio ambiente

CAPITULO 5

Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador

5 1 CONTEXTO ACTUAL

El contexto politico y socio-economico nacional, las condiciones de salud de la poblacion y la situacion del sector salud de El Salvador, estan descritos en capitulos precedentes y su contenido reafirma que el problema de la salud en nuestro pais es de caracter estructural e institucional

5. 2 VISION DE FUTURO

El documento BASES PARA EL PLAN DE NACION, en el apartado correspondiente a VISION DE PAIS expone

> *"Aspiramos a un pais moderno en el que todos los habitantes tengan cubiertas sus necesidades basicas, en el que se multipliquen y aseguren opciones de presente y futuro para nuestros hijos y para las generaciones sucesivas"*

Una parte muy importante de las necesidades basicas de la poblacion, corresponde al tema de salud En ese mismo documento, dentro del CONCEPTO DE DESARROLLO se establece que

> *"El crecimiento economico no es ni puede ser el fin del desarrollo, sino solo uno de los componentes para lograrlo Por consiguiente, si el crecimiento no es parte de un proceso integral de desarrollo, puede llegar a favorecer el mantenimiento de las condiciones de pobreza, el deterioro del medio ambiente, los desequilibrios regionales y el debilitamiento de la capacidad productiva"*

El Programa de Modernizacion impulsado por el Gobierno durante los ultimos años enfatiza que

> *"El Estado debe ser fuerte y con amplia capacidad para articular los intereses de la sociedad, hacer efectiva la democracia politica economica y social, desarrollar y mantener la credibilidad de sus instituciones, mantener la vigencia del estado de derecho y hacer cumplir a todos sus ciudadanos las normas que emanan de sus instituciones"*

La contribucion del Sector Salud en este proceso debe reflejarse fundamentalmente en la adopcion y desarrollo del papel rector por parte del Ministerio de Salud, en el fortalecimiento de sus funciones normativas y regulatorias y en el abandono gradual de su actual funcion proveedora de los servicios

En 1994, el Grupo de Reforma del Sector Salud en su documento de trabajo "Documento Guia para la Reforma del Sistema de Salud", planteaba una imagen objetivo del sector en los siguientes terminos

> La IMAGEN OBJETIVO **del Sector Salud se proyecta como un sistema que posea políticas nacionales de salud bien definidas, objetivos sectoriales orientados a la cobertura universal, con enfoque de salud integral, basado en los principios de eficiencia, eficacia y equidad, que facilite la participación privada en la provisión de los servicios y la participación de la comunidad en la identificación de problemas de salud y en la propuesta de soluciones a los mismos, con una gestión administrativa descentralizada, y que sea financieramente sostenible, pero que en última instancia procure una población saludable y satisfecha**

Los fundamentos conceptuales expuestos en las Bases para el Plan de Nación y los esfuerzos anteriores en materia de Reforma del Estado y Reforma del Sector Salud, han sido retomados y elaborados por la Comision Nacional de Salud para plantear la **VISION del SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

"Sistema Nacional de Salud Institucionalizado que procure mejores niveles de salud para la población del país, mediante acciones integrales y permanentes, con amplia participación social y en equilibrio con el medio ambiente"

5 3 JUSTIFICACION DE LA REFORMA

Es innegable que en los ultimos años el país ha obtenido importantes logros en materia de salud, pero por otra parte, multiples diagnosticos y estudios de proyeccion a nivel sectorial realizados en años recientes revelan la persistencia de condiciones deficientes de salud, especialmente en grupos poblacionales en mayor riesgo y en sectores de poblacion en situacion de marginacion y de pobreza Así mismo esos diagnosticos plantean las ineficiencias e inequidades que se producen en el funcionamiento del sector y en la atencion a los usuarios, como efecto de las debilidades internas, de su obsolescencia tecnica y administrativa y de la falta de proyeccion hacia una modernizacion sectorial

La necesidad de mejorar los niveles de salud de la poblacion del pais obliga a realizar un analisis de la situacion y plantear medidas de ajuste sustanciales en cuanto a los modelos de atencion, gestion, provision y financiamiento, asi como en el marco legal del sector y en su estructura organico funcional

El 91 7 % de las personas que participaron en la Encuesta de Opinion realizada por la Comision Nacional de Salud manifestaron que es necesario introducir cambios sustanciales en la organización y funcionamiento del Sector Salud

Una de las partes esenciales del trabajo de la Comision Nacional de Salud ha sido la consulta realizada en el Sector, pues solo mediante esta practica se trasciende de los ejercicios academicos y estudios tecnicos, hacia el campo objetivo donde se manifiestan los problemas de la demanda de servicios de salud por parte de la poblacion y las dificultades que afrontan las instituciones para administrarlos y proveerlos adecuadamente **Esta consulta constituye uno de los principales elementos de soporte y sustento de nuestra propuesta de lineamientos** En la encuesta de opinion realizada en el marco de la consulta mencionada, mas del 90 % de las personas manifestaron que es necesario introducir cambios sustantivos en la organizacion y funcionamiento del Sector **Este tipo de inquietudes manifestadas por los usuarios y operadores del sistema, es el principal elemento de justificación de la reforma**

La población encuestada manifestó que el principal problema que enfrenta actualmente el pais en el área de la salud es, (en orden de precedencia)
1º) Alto costo de los servicios
2º) Escasez de medicamentos
3º) Personal no preparado

5 4 LINEAMIENTOS PARA LA REFORMA

A MODELO DE SISTEMA DE SALUD PROPUESTO

A 1) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MODELO PROPUESTO

El analisis de la situacion de salud en El Salvador y de la problematica afrontada en el Sector, reafirma la necesidad de introducir un modelo general de sistema de salud que responda a las demandas de la poblacion y este conformado por cuatro grandes componentes que serian un **modelo de atención integral y accesible**, un **modelo de gestion estructurado, descentralizado y participativo**, un **modelo de provision mixto** que permita la participacion de diferentes modalidades de proveedores y que tenga **cobertura universal** y un **modelo de financiamiento solidario, equitativo y subsidiario**

El **modelo de atención integral** incluye una reforma programatica que incorpore acciones de fomento, promocion y educacion para la salud, prevencion y curacion de la enfermedad, restauracion y sostenimiento de la salud Comprende acciones dirigidas a las personas, en funcion de sus condiciones demograficas, economicas, sociales y culturales, lo mismo que acciones y programas orientadas a la proteccion del medio ambiente Este modelo propicia condiciones convenientes para que las personas puedan tener acceso a los servicios, eliminando las barreras de caracter geografico, social, cultural y economico, que impiden en la actualidad un acceso real a los servicios de salud en condiciones de equidad, afectando especialmente a las personas mas desposeidas

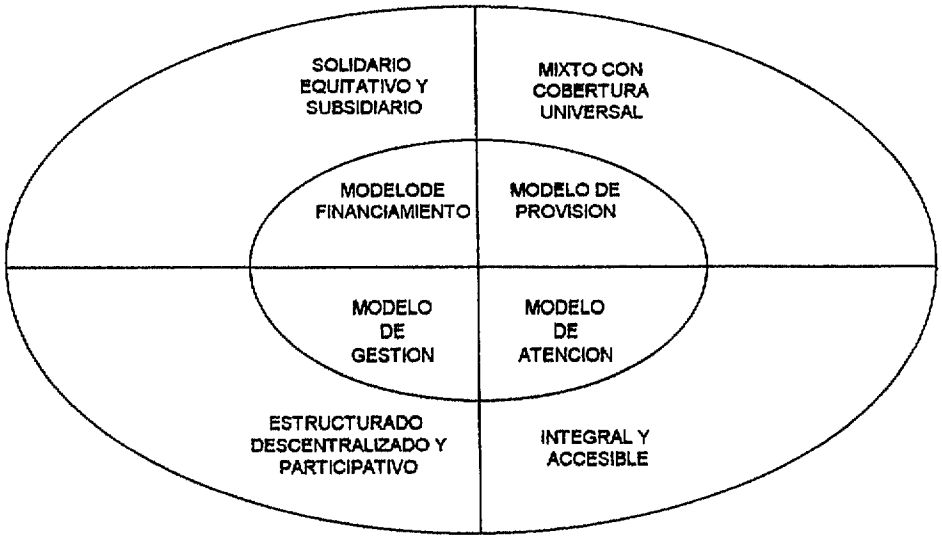
El **modelo de gestión** propugna por el establecimiento de un equilibrio en la gestion, mediante el fortalecimiento del nivel central en sus aspectos normativos y regulatorios y en el ejercicio de sus funciones de rectoria y coordinacion, la aplicación de un proceso gradual de descentralizacion y la conversion de los actuales establecimientos de salud gubernamentales en establecimientos con "autonomía de gestion" Pero este proceso no debe conducir a una mayor desintegración del sector, sino más bien a la configuracion de un **sistema estructurado** Otro aspecto importante en este modelo de gestion **es la participación civil** en la identificacion de necesidades y en la propuesta de soluciones a los problemas de salud

El **modelo de provisión** plantea una apertura a la participacion de diferentes modalidades privadas en la entrega de servicios de salud a las personas y en la generación de acciones de proteccion al medio ambiente, asi mismo propone una tendencia progresiva de transferencia de la funcion proveedora de servicios de salud por parte del sector gubernamental, hacia establecimientos de salud con autonomía de gestión, bajo diferentes modalidades de asociacion, tales como cooperativas de trabajadores de la salud, sociedades anónimas laborales y otras semejantes Esta apertura propicia eficiencia al sistema y procura una cobertura universal de la población en un sistema integrado de salud

En el **modelo de financiamiento** se persigue la aplicacion del principio de **solidaridad** en el sostenimiento del sistema de manera que a su financiamiento contribuyan todos los habitantes del pais los trabajadores dependientes, mediante las cotizaciones obrero-patronales en funcion de los salarios devengados, los trabajadores independientes, mediante cuotas que se establezcan de acuerdo a sus respectivos niveles de ingresos, los pensionados mediante cuota descontada de su pension mensual y la ciudadania en general mediante el pago de impuestos, a traves del sistema tributario El principio de **subsidiaridad** se aplicará mediante la participacion gubernamental, con subsidios para el financiamiento de los servicios de salud a las personas que no tengan capacidad para contribuir En cuanto al principio de **equidad**, los recursos financieros dedicados a salud deberan asignarse a los proveedores de servicios, en relación directa a la población que cubran y a los servicios que proporcionen, de acuerdo a un plan de beneficios uniforme para toda la poblacion, pero con esfuerzos focalizados en los grupos mas vulnerables y los de mayor riesgo, que generalmente corresponden a la poblacion pobre, especialmente en el area rural y urbano-marginal

En el grafico siguiente se presenta un esquema del modelo de salud propuesto

ESQUEMA DEL MODELO DE SISTEMA DE SALUD PROPUESTO



A 2) LINEAMIENTOS GENERALES Y LÍNEAS DE ACCIÓN

MODELO DE FINANCIAMIENTO

Conjunto de disposiciones normativas e instancias administrativas que promuevan el cumplimiento de los principios de solidaridad y equidad en el financiamiento del Sistema Nacional de Salud De manera que el Gobierno, la empresa privada y los ciudadanos participen, de acuerdo a sus responsabilidades y capacidades, y que la asignacion de los recursos se realice en funcion de las necesidades de la poblacion, con prioridad a los grupos poblacionales desposeidos

1er LINEAMIENTO GENERAL

- Crear un **Seguro de Salud Universal**, para dar cumplimiento a los principios de solidaridad, equidad y subsidiaridad

LINEAS DE ACCION

- ➢ Establecer que la participacion en el Seguro de Salud sera un derecho de toda la poblacion, pero tambien la afiliacion al mismo sera obligatoria
- ➢ Incluir un Plan de Beneficios uniforme para toda la poblacion
- ➢ Diseñar e implementar mecanismos pertinentes para que todos los trabajadores dependientes de patrono y sus respectivos empleadores participen efectivamente en el financiamiento del Seguro Universal, mediante sus cotizaciones
- ➢ Eliminar los topes salariales para el pago de cotizaciones al Seguro Universal, como una medida de fomento de la solidaridad
- ➢ Diseñar e implementar un sistema de clasificación socioeconómica de la poblacion, que sirva de base para determinar la contribucion de los trabajadores independientes para el financiamiento del Seguro Universal e identificar a la poblacion indigente, cuyos servicios seran subsidiados por el Gobierno
- ➢ Dictar e implementar las disposiciones legales, tecnicas y administrativas necesarias para que todos los habitantes del pais tengan igualdad de oportunidades para acceder a los servicios de salud
- ➢ Diseñar e implementar los sistemas y procesos pertinentes para la asignacion y distribucion de los recursos financieros en funcion de las demandas de la poblacion
- ➢ Focalizar recursos financieros en programas de salud dedicados a la atencion de grupos poblacionales en mayor riesgo
- ➢ Orientar prioritariamente los recursos gubernamentales a la atencion de la poblacion en situacion de pobreza

2º LINEAMIENTO GENERAL

- Procurar eficiencia en el manejo, y equidad en la asignación y distribucion de los recursos financieros del Sector

LINEAS DE ACCION

- ➢ Crear el **Fondo de Solidaridad para la Salud**, como una instancia especializada que se responsabilice por la captacion, asignación y distribución de todos los recursos financieros del Sector Salud
- ➢ Garantizar el aseguramiento de toda la poblacion del pais, a cargo de la institucion responsable de la administración financiera del sistema
- ➢ Establecer los parametros y estandares que sirvan de base para la asignacion de los recursos financieros sectoriales y el pago a los proveedores de los servicios
- ➢ Emitir los lineamientos para la gestion de compra y contratación de los servicios de salud y para el seguimiento y evaluacion de los Contratos de Gestion, que se establezcan entre el ente financiador y los proveedores de servicios
- ➢ Establecer un sistema permanente de evaluacion de la satisfaccion de los usuarios de los servicios de salud, acompañado de un plan de incentivos

MODELO DE PROVISION

Se concibe el modelo de provision como el conjunto de modalidades alternativas para la entrega de servicios de salud a la poblacion, con cobertura universal

1er LINEAMIENTO GENERAL

- Propiciar la participacion de diferentes modalidades publicas y privadas en la oferta de servicios de salud a la poblacion, para conformar un sistema mixto que estimule la calidad y eficiencia a traves de la competencia

LINEAS DE ACCION

- ➢ Introducir y desarrollar mecanismos que propicien la competencia en igualdad de condiciones, entre los proveedores de servicios de salud, como instrumento para el logro de mayor eficiencia y calidad en los servicios de salud
- ➢ Asignar una instancia a nivel departamental, responsable de la funcion de compra de servicios y del seguimiento de los Contratos de Gestion que se establezcan entre el gestor financiero del sistema y el proveedor de los servicios
- ➢ Generalizar la aplicacion de las Areas Sanitarias para la provision de servicios del Primero y Segundo nivel de Atencion

2º LINEAMIENTO GENERAL

- Universalizar la cobertura de los servicios de salud

LINEAS DE ACCCION

- ➢ Aplicar el **Seguro de Salud Universal**, como instrumento para universalizar la cobertura, mediante un plan de beneficios uniforme para toda la poblacion, de acuerdo a la capacidad financiera del pais
- ➢ Este seguro sera obligatorio para todos los habitantes del pais
- ➢ Para su sostenimiento contribuira todo a aquel que tenga capacidad de pago, en la proporcion que se establezca en los estudios financieros correspondientes
- ➢ Se aplicara un subsidio gubernamental para la poblacion que no pueda pagar el seguro universal
- ➢ Debe implementarse un sistema de informacion para orientar a los usuarios

3er LINEAMIENTO GENERAL

- Convertir a los actuales proveedores publicos de salud en entidades gubernamentales con autonomia de gestion

LINEAS DE ACCION

- ➢ Las normas y procedimientos tecnico-administrativos para la provision de los servicios de salud seran establecidas y vigiladas por el Ministerio de Salud, en el ejercicio de su funcion de rectoria, mediante las entidades o instancias que se establezcan para efectos de vigilancia y control de calidad de los servicios y serán de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes del Sector Salud
- ➢ Los actuales establecimientos gubernamentales que proveen servicios de salud se convertiran en entidades con "autonomia de gestion", manteniendo su calidad de bienes del Estado
- ➢ Los establecimientos publicos y privados deberan ser acreditados por el Ministerio de Salud para establecerse y funcionar como proveedores de servicios de salud, para lo cual deberan cumplir los requisitos que demuestren su idoneidad y permitan garantizar la calidad en el servicio
- ➢ Se firmaran contratos de gestion entre el ente gestor financiero del sistema (Fondo de Solidaridad para la Salud) y cada uno de los proveedores, como instrumento de control y fiscalizacion del financiamiento y para monitoreo de la calidad de los servicios de salud que proporcionen
- ➢ Se estableceran Juntas o Asociaciones de Usuarios, en los diferentes niveles de atención, para implementar la contraloria social en la provision de los servicios de salud

MODELO DE GESTION

Conjunto de principios y normas tecnico- administrativas que orientan y rigen la forma de administracion de una organización, el desarrollo de las funciones asignadas a los elementos que la integran y el desempeño de las personas responsables de su funcionamiento

1er LINEAMIENTO GENERAL

- Conferir al Ministerio de Salud el rol rector del Sistema Nacional de Salud y establecer las condiciones pertinentes para que ejerza el liderazgo que le corresponde

LINEAS DE ACCION

- ➢ Asumir por parte del Ministerio de Salud, la responsabilidad de formular, controlar y evaluar las politicas nacionales de salud
- ➢ Extender la competencia del Ministerio de Salud a todas las entidades publicas y privadas, asi como a las personas que desarrollan actividades directa e indirectamente relacionadas con la salud de la poblacion
- ➢ Introducir las disposiciones normativas necesarias y crear las condiciones suficientes a fin de que el Ministerio de Salud ejerza el rol rector del Sistema
- ➢ Transferir progresivamente del Ministerio de Salud a otras entidades, las funciones asistencialistas que actualmente tiene asignadas

2º LINEAMIENTO GENERAL

- Redefinir los roles institucionales a algunas entidades del sector y conferir el rol que corresponde a nuevas instituciones que integraran el Sistema

LINEAS DE ACCION

- ➢ Crear un ente colegiado ubicado en el nivel superior de la organizacion que desempeñe el rol consultivo y asesor del Sistema Nacional de Salud
- ➢ Crear el Fondo de Solidaridad para la Salud, como una entidad especializada a quien se confiera el rol de gestor financiero del Sistema Nacional de Salud, asegurador universal en el nuevo regimen de seguro de salud y comprador de servicios de salud a los proveedores
- ➢ El ISSS abandona el rol proveedor de servicios de salud, sus centros de atencion (Hospitales, Unidades y Clinicas) se convierten en Establecimientos Publicos con autonomia de gestion
- ➢ Conferir al actual Consejo Superior de Salud Publica (CSSP), previa reingenieria institucional, el rol de contralor y fiscalizador del Sistema Nacional de Salud
- ➢ Definir y oficializar una division geografica uniforme para el Sector Salud (regional o departamental), que apoye la desconcentracion administrativa de las instituciones y el proceso de descentralizacion sectorial

3er LINEAMIENTO GENERAL

- Modernizar la gestion administrativa y financiera a nivel del Sector Salud y en las instituciones que lo conforman

LINEAS DE ACCION

- ➢ Desarrollar un proceso gradual de descentralizacion, en el que ademas de transferir competencias hacia el nivel local, se les confiera efectivamente el poder de decision y se les entreguen los recursos financieros para la provision de servicios, en terminos de competencia y con la debida fiscalizacion
- ➢ Incorporar elementos de gestion moderna en las instituciones del Sector, tales como control de costos, analisis costo/beneficio, capacidad de gestion, planificacion estrategica, analisis de rendimiento, calidad en la atencion, satisfaccion del usuario, competencia
- ➢ Asignar los recursos financieros de acuerdo a la responsabilidad institucional y de los centros de atencion, por la cobertura de poblaciones determinadas o por volumenes de produccion de servicios
- ➢ Diseñar e implementar mecanismos que favorezcan la participacion civil en la identificacion de necesidades y propuestas de solucion a los problemas de salud
- ➢ Introducir mecanismos que fomenten la participacion privada en la provision de los servicios de salud
- ➢ Establecer un Sistema de Informacion agil, oportuno y confiable, que apoye y facilite la toma de decisiones

4º LINEAMIENTO GENERAL

- Definir la política nacional de formación y desarrollo de recursos humanos en salud, de acuerdo a las necesidades de salud de la población

LINEAS DE ACCION

- ➢ Adecuar la curricula de las profesiones de la salud en funcion de las necesidades de la población
- ➢ Establecer un equilibrio entre la produccion de recursos humanos en salud y la capacidad del Sistema de Salud para absorberlos
- ➢ Establecer programas de educacion continua para profesionales del area clinica y administrativa La participación en estos programas educativos sera obligatoria, debidamente evaluada y acreditada
- ➢ Perfeccionar los procesos de reclutamiento, seleccion y contratación de personal y los sistemas de evaluacion del desempeño
- ➢ Implementar un sistema de incentivos al personal, tomando en cuenta la formación, experiencia y desempeño de los trabajadores

MODELO DE ATENCION

Plan de beneficios o conjunto de servicios que se ofrecen a la poblacion por parte de los diferentes proveedores, con aplicacion a nivel sectorial

1er LINEAMIENTO GENERAL

- Diseñar e implementar un modelo de atencion integral en salud, que se aplique en los tres niveles de atencion

LINEAS DE ACCION

- ➢ Establecer un nuevo esquema de atención que se aplique a nivel sectorial, basado en la definicion de los perfiles epidemiologicos de las poblaciones a atender y de acuerdo a sus caracteristicas demograficas, economicas, sociales y culturales
- ➢ Incorporar acciones de fomento, promoción y educacion para la salud, prevencion y curacion de la enfermedad, restauracion y sostenimiento de la salud, en un modelo de atencion integral, con enfasis en programas preventivos, de promocion y educacion para la salud, priorizando los programas de salud comunitaria
- ➢ Incorporar elementos especificos en los modelos de atencion, orientados a grupos de poblacion mas vulnerables, tales como el binomio madre-niño, los jóvenes y la poblacion de la tercera edad
- ➢ Enfatizar acciones pertinentes al sector salud, en los programas intersectoriales de proteccion al medio ambiente
- ➢ Introducir programas de investigación en el campo de la ciencia y tecnologia medica y en el area social de la salud

2º LINEAMIENTO GENERAL

- Proveer Servicios integrales de Salud con calidad y calidez humana

LINEAS DE ACCION

- ➢ Establecer estandares nacionales de calidad para los servicios de salud a nivel sectorial
- ➢ Diseñar e implementar un programa de monitoreo y garantia de calidad para los servicios de salud, que se aplique en todas las instituciones proveedoras de servicios de salud que participen en el Sistema Nacional
- ➢ Introducir tecnicas de atencion al cliente
- ➢ Capacitar al personal encargado de la provision de servicios, en tecnicas modernas de atencion a los usuarios y sensibilizarles sobre el ingrediente de calidez humana que deben agregar al conocimiento tecnico y experticia en el desempeño de sus funciones

3er LINEAMIENTO GENERAL

- Configurar e introducir una unidad administrativa basica para la atencion en salud (area sanitaria), circunscrita a un area geografica determinada y que comprenda el primero y segundo nivel de atencion, con la finalidad de procurar mayor eficiencia en el sistema y facilitar la aplicacion del modelo de atencion integral en salud

LINEAS DE ACCION

- ➢ Definir los niveles de atencion en salud, determinando los servicios a proporcionar en cada uno de los tres niveles reconocidos y los recursos necesarios para realizarlo con propiedad Ademas deben definirse las interrelaciones y mecanismos de comunicacion y coordinacion entre ellos
- ➢ El primer nivel de atencion sera la puerta de entrada al sistema y en el se aplicara un sistema de asignacion geografica de pacientes, o sistema de adscripcion fija de usuarios a un centro de atencion
- ➢ Para acceder al segundo y al tercer nivel de atencion se hara uso de un sistema de referencia y retorno de pacientes
- ➢ Se instalara en todos los centros de atencion sistemas y procesos que reduzcan los tiempos de espera de los pacientes en la recepcion de los servicios

A 3) PRINCIPALES ESTRATEGIAS APLICABLES

Para apoyar la implementacion de los lineamientos generales y lineas de accion antes expuestas para cada uno de los elementos integrantes del Modelo de Salud Propuesto, se requiere el empleo de estrategias fundamentales que se aplicaran en diferentes momentos del proceso de Reforma del Sistema de Salud Algunas de ellas son aplicables a los cuatro elementos integrantes del modelo general y otras solo a algunos elementos del mismo

GRADUALIDAD

La estrategia de Gradualidad en la aplicacion de los lineamientos y lineas de accion, debera estar presente en los cuatro componentes, dado que la reforma es un proceso tecnico y social, que considera acciones de corto, mediano y largo plazo, en el area de atencion, gestion, provisión y financiamiento de los servicios de salud

DESCENTRALIZACION

La propuesta considera la aplicacion de una estrategia de Descentralizacion, en base al principio de centralizacion normativa y descentralización operativa, que procura equilibrio entre acciones de centralizacion y acciones de descentralizacion Las funciones y atribuciones normativas, de administración financiera y de tipo regulatorio, deben estar centralizadas, mientras las funciones de administración y provisión de los beneficios, deben tender a la descentralizacion

PARTICIPACION PRIVADA

En la propuesta del nuevo esquema del Sistema Nacional de Salud, se plantea el fomento de la participacion privada como una estrategia que apoye la universalidad de la cobertura en salud Esta participacion privada comprende a las entidades con fines de lucro, las ONG s y otras modalidades de provision tales como Cooperativas y Sociedades Anónimas Laborales También participan en esta area los Seguros Médicos Privados y Programas de Medicina Pre-pagada Este fomento aplica especialmente en los componentes de atención, provisión y financiamiento

COMPETENCIA

Otra estrategia aplicable es la introducción de mecanismos de competencia entre proveedores publicos y privados, utilizando instrumentos que propicien transparencia y garanticen igualdad de condiciones para todos los participantes Esta estrategia aplica en los componentes de gestion y provisión

PARTICIPACION SOCIAL

El fomento de la participacion social en el Sistema Nacional de Salud constituye una estrategia importante que aplica especialmente en los componentes de atencion, provision y financiamiento del modelo y propende por la introducción de mecanismos que favorezcan la participación civil en la identificacion de necesidades y propuestas de solucion a los problemas de salud, con tendencia al establecimiento de una contraloria social en la provision de los servicios de salud, en procura de mejoría en la calidad y calidez humana en la atencion

INTERSECTORIALIDAD

Como una forma de contribuir al logro de eficiencia y efectividad en la solucion de los problemas de salud, se plantea la introduccion de la estrategia de intersectorialidad, dado que en la aplicación de un modelo de salud integral es necesario tomar en cuenta a otros

sectores intimamente relacionados con la salud, tales como educacion, vivienda, recursos hidricos, medio ambiente, agricultura y ganaderia, obras publicas y municipalidades

ATENCION AL CLIENTE

En los componentes de Atencion y de Provision, se propone la introduccion de tecnicas de "atencion al cliente" para lograr su satisfaccion en los usuarios, al recibir servicios de salud integrales y continuos, con calidad y calidez humana

INTERCAMBIO DE RECURSOS

En el corto plazo es recomendable la aplicacion de la estrategia de intercambio de recursos entre las instituciones del Sector, como una forma de lograr eficiencia en la utilizacion de los recursos materiales y tecnicos del Sector, para lo cual seria necesario se conformara un Comite Permanente de Cooperacion Interinstitucional, con representacion de los principales integrantes del Sector, mas la integracion de una red de informacion sectorial, que contenga datos completos y confiables sobre los recursos materiales y tecnicos de todas las instituciones del Sector Salud

SEPARACION DE FUNCIONES

Con la finalidad de obtener mayor eficiencia en el funcionamiento del sistema y evitar interferencias entre las instituciones del Sector, es conveniente introducir como una estrategia la separacion de las funciones, que delimite y defina las competencias de las instituciones que estaran encargadas de las funciones rectora, normativa, coordinadora, proveedora, gestion financiera y fiscalizadora

ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Se considera que la estrategia de Atencion Primaria en Salud permanece valida, debido a la prevalencia de perfiles epidemiologicos caracteristicos de paises en via de desarrollo y aplica especialmente en el componente de Atencion De acuerdo a la declaracion de Alma Ata, la Atencion Primaria de Salud debe ocupar un lugar importante en la infraestructura de un Sistema Nacional de Salud, segun lo expresa la publicacion Cuadernos de Salud Publica de la Organizacion Mundial de la Salud No 77 de 1984

> "La Atencion Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en metodos y tecnologias practicas, cientificamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y de la comunidad, mediante su plena participacion y a un coste que la comunidad y el pais puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espiritu de autorresponsabilidad y autodeterminacion La atencion primaria forma parte integrante, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la funcion central y el nucleo principal, como del desarrollo social y economico global de la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo mas cerca posible la atencion de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"

ADECUACION DEL MARCO LEGAL

Otra estrategia necesaria consiste en el establecimiento del marco legal adecuado para la conformacion, implementacion y desarrollo del SISTEMA NACIONAL DE SALUD, que debe iniciar con la formulacion de un diagnostico del marco legal vigente en el Sector y una propuesta indicativa de los cambios fundamentales que serian necesarios para la Reforma del Sistema En tal sentido, contratar servicios de profesionales del derecho para que realicen un inventario de necesidades de adecuación o reforma de las diferentes disposiciones legales para establecer el nuevo marco legal que regulara el Sistema Nacional de Salud, se ha vuelto una necesidad inmediata El analisis podria comenzar por los siguientes instrumentos

a) Artículos No 65 al 70, Sección Cuarta (Salud Publica y Asistencia Social) del Capítulo II (Derechos Sociales) de la Constitución de la República,
b) El Código de Salud,
c) El Reglamento Interno del Organo Ejecutivo, en el Titulo II, donde se detallan las atribuciones de las Secretarias de Estado, entre ellas el MSPAS,
d) El Reglamento Interno del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social,
e) La Ley y Reglamentos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social,
f) Los Decretos de creacion de los Organismos Autonomos relacionados con el Ramo de Salud Pública,
g) El Reglamento Interno del Consejo Superior de Salud Pública,
h) Las demás disposiciones legales aplicables en el Sector Publico, tales como la Ley de Contabilidad Gubernamental, la Ley de Administracion Financiera Integrada, la Ley del Servicio Civil, los Decretos anuales de Presupuesto del GOES

FORTALECIMIENTO DEL APORTE GUBERNAMENTAL

Una de las principales estrategias a aplicar, con la finalidad de darle sostenibilidad al Sistema de Salud, es la relativa al fortalecimiento del aporte gubernamental para el financiamiento del sistema En el nuevo esquema el aporte gubernamental debe establecerse en funcion del Producto Interno Bruto del país y establecer una tendencia creciente de tal aporte, de manera que en un mediano plazo (3 a 6 años), dicho aporte alcance el promedio de asignacion registrado para los paises de America Latina y El Caribe

POLITICA NACIONAL DE POBLACION

La formulacion e implementación de una Política Nacional de Poblacion es de mucha trascendencia, no solo en lo que atañe a salud sino en todos los temas relativos al desarrollo sostenible del pais El desarrollo de esta estrategia está intimamente ligado al enfoque de solucion de problemas con una vision multisectorial

En la encuesta de opinion realizada por la Comision Nacional de Salud en el Sector, en relacion al tema de estrategias aplicables

- **Un 95 7 % estuvo de acuerdo en que la estrategia de descentralización era muy importante**
- **Un 97 1 % considero que la estrategia de Atencion Primaria de Salud debe aplicarse para obtener eficiencia en la atención e impacto en la mejoría de los niveles de salud de la población**
- **Un 85 9 % opino que el intercambio de recursos es una estrategia conveniente de aplicar en el corto plazo**
- **Un 83 % de los encuestados manifestaron que la separacion de funciones en las instituciones componentes del sector es una estrategia que servira para obtener mayor eficiencia y calidad en atención en salud**

A 4) RÉGIMEN DEL SEGURO DE SALUD UNIVERSAL

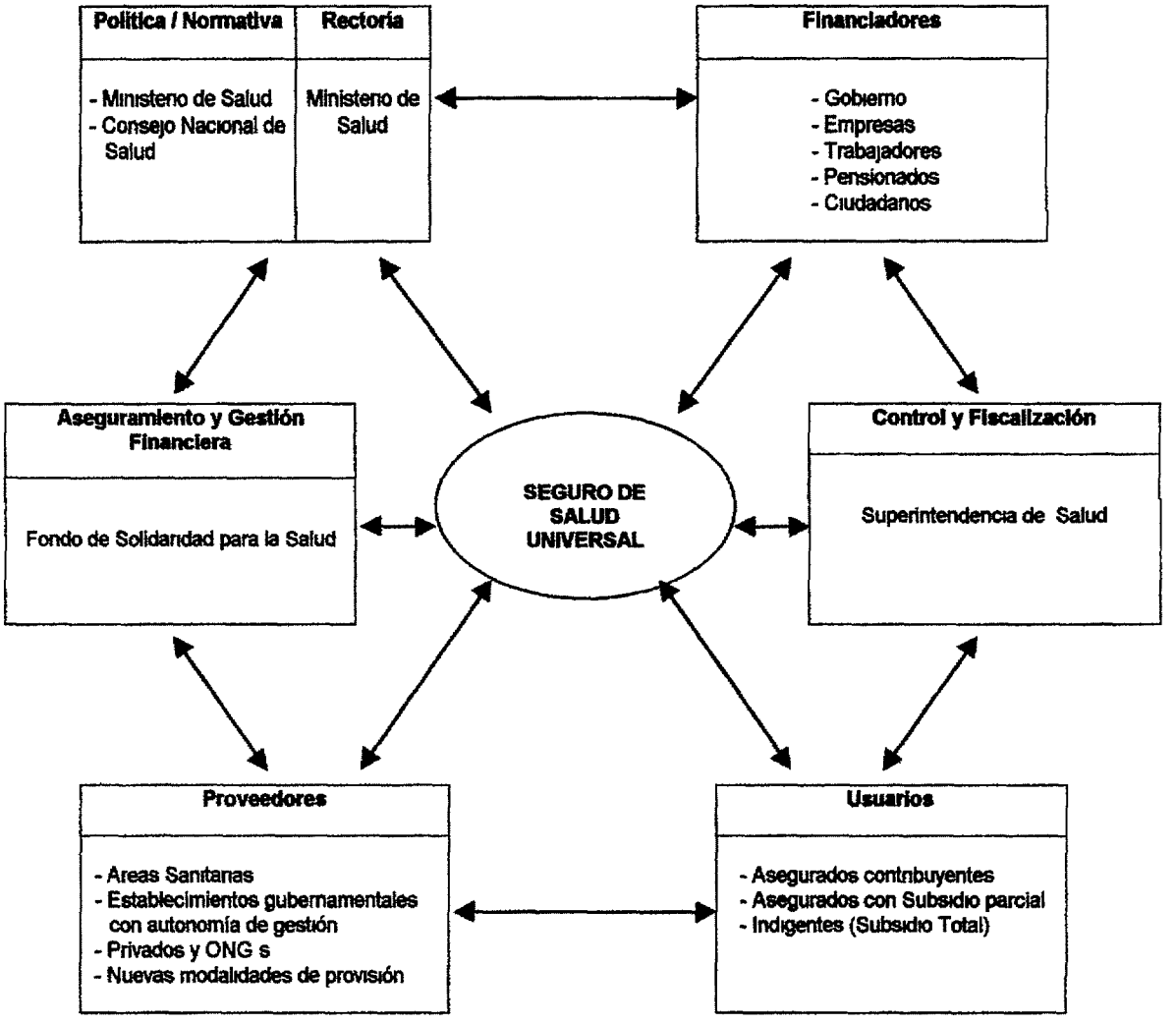
El Seguro de Salud Universal, como se indica en el grafico siguiente, necesitara del soporte de diferentes entidades o instituciones, que deben cumplir las funciones ahi indicadas, en cumplimiento de la estrategia de separacion de funciones, que constituye otro de los elementos fundamentales de la reforma del sistema de salud

Uno de los elementos mas representativos del cambio en el modelo de salud, es la creacion del Seguro de Salud Universal, que no constituye un nuevo elemento de organizacion sino una nueva entidad o regimen de normativa tecnica y legal, que procura la universalizacion de la cobertura

La participacion en este regimen constituira un derecho para todos los habitantes del pais, pero tambien sera una obligacion ciudadana, apoyarlo y sostenerlo

Un 82 7 % de la poblacion participante en la misma encuesta, estuvo de acuerdo en la introduccion de un Seguro de Salud Universal como mecanismo de financiamiento de un Plan de Beneficios de Salud para toda la poblacion

ESQUEMA DE SEGURO DE SALUD UNIVERSAL



B CONFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

b 1) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL SISTEMA

La organización sanitaria u organización para la salud es el conjunto de estructuras y personas abocadas a la busqueda de soluciones a los problemas de salud de una poblacion determinada, pero sobre todo a mantener a esa población en un estado saludable

Las organizaciones dedicadas a producir salud tienen como caracteristica intrínseca la

conduccion de una politica social, lo cual requiere un manejo administrativo particular Las tendencias modernas en este aspecto estan orientadas a una concepcion sistemica de la administracion de servicios de salud, que involucran estrategias esenciales tales como (a) la separacion de funciones normativas, administradoras, financiadoras, proveedoras y fiscalizadoras, (b) apertura a modalidades privadas en la provision de servicios, (c) la participacion social, (d) la intersectorialidad

En este orden de ideas, con respecto a la estructura organizativa de soporte, se propone en principio la creacion de un SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS) mediante el cual se proporcione atencion de salud a la poblacion del pais, basada en los principios de solidaridad, equidad, eficiencia, eficacia, calidad, calidez humana, integralidad, accesibilidad, universalidad y sostenibilidad

b 2) Elementos integrantes y funciones básicas asignadas

Los principales elementos integrantes del SISTEMA NACIONAL DE SALUD serian la resultante de la consolidacion de algunos de los elementos actuales, la transformacion de otros y la creacion de algunos nuevos elementos que vengan a cubrir vacios detectados en la actualidad

El paso de la conformacion actual del Sector Salud hacia la estructuracion de un Sistema Nacional de Salud no puede ser instantaneo, mas bien debe constituir un proceso gradual y sostenido de cambio institucional, que permita mantener los servicios de atencion a los usuarios

En atencion a lo anterior, debe prestarse atencion al periodo de transicion entre la situacion actual y la situacion planteada como vision o imagen objetivo del sistema, tema sobre el cual se presentan algunos elementos en el Capitulo siguiente

Como punto de partida debe hacerse una revision de los elementos actuales y los que se crean a partir de esta propuesta, los cuales se detallan a continuacion

Elementos de organización existentes

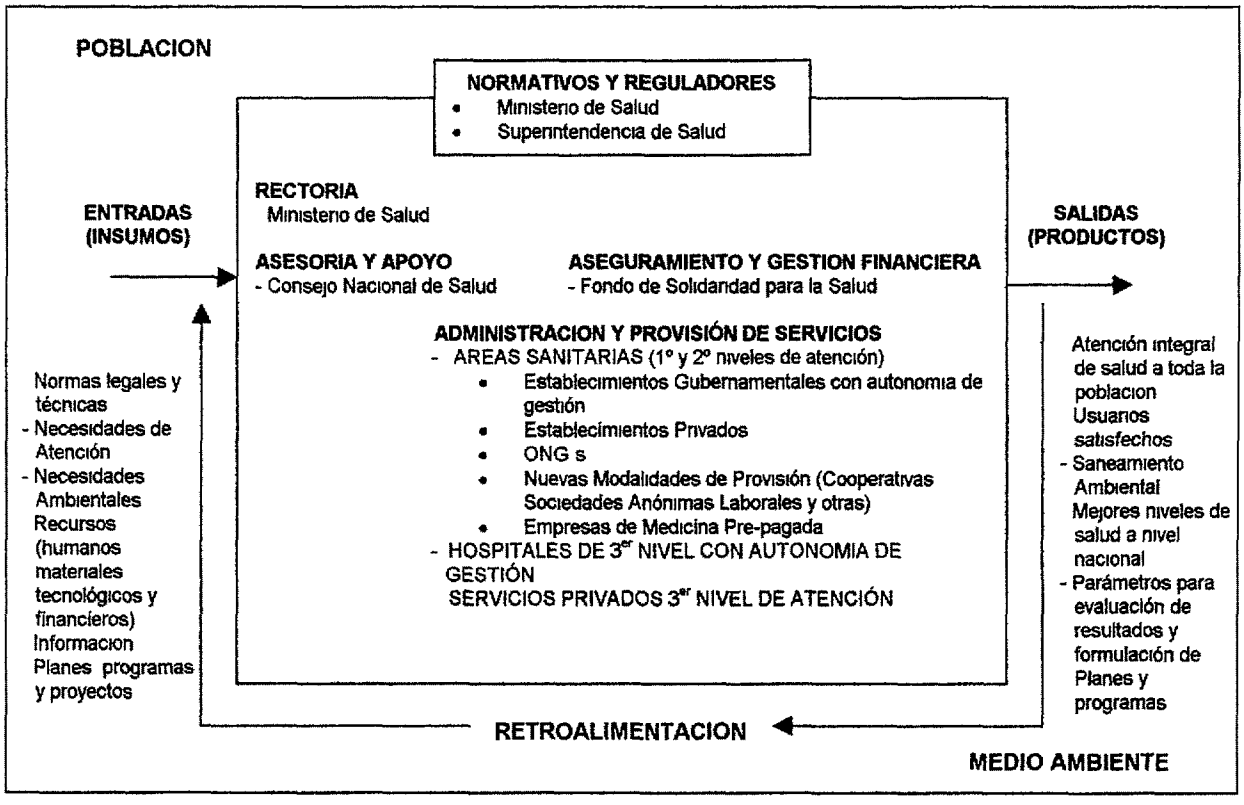
- Ministerio de Salud
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Sanidad Militar
- Entidades Financiadoras (Gobierno, ciudadanos, patronos, trabajadores)
- Entidades Proveedoras (establecimientos publicos, privados y ONGs)
- Entidades Asistenciales (Cruz Roja, Instituto Salvadoreño de Rehabilitacion de Invalidos, Hogares de Ancianos y otras similares)
- Organizaciones de la Comunidad

Nuevos elementos que se integran al Sistema

- Consejo Nacional de Salud
- Superintendencia del Sistema de Salud
- Fondo de Solidaridad para la Salud
- Areas Sanitarias
- Establecimientos de Salud con autonomia de Gestion

En el esquema que se presenta a continuacion, se hace una sintesis de la nueva forma de funcionamiento del Sistema de Salud de El Salvador

ESQUEMA DE FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Las funciones basicas atribuidas a las entidades integrantes del Sistema Nacional de Salud propuesto son las siguientes

MINISTERIO DE SALUD

- Ejercicio de la Rectoria del Sector
- Formulacion de politicas y normas

CONSEJO NACIONAL DE SALUD

➢ Organo colegiado de naturaleza asesora y consultiva, que ademas es responsable de apoyar al Ministerio de Salud en su funcion coordinadora del Sistema Nacional de Salud

SUPERINTENDENCIA DEL SISTEMA DE SALUD

➢ Entidad responsable de la funcion contralora y fiscalizadora del Sistema Nacional de Salud

FONDO DE SOLIDARIDAD PARA LA SALUD

➢ Entidad especializada, que sera responsable de la recaudacion, asignacion y distribucion de los recursos financieros del Sector Salud, de acuerdo a lineamientos que recibira del Ministerio de Salud Para la ejecucion de sus funciones operativas, el Fondo se apoyara en un Consorcio Bancario que realizara las actividades de recaudacion y desembolsos

ENTIDADES FINANCIADORAS

➢ Las principales entidades financiadoras del sistema seran los ciudadanos mediante el pago de sus impuestos, los trabajadores dependientes y sus respectivos patronos, mediante cotizaciones al Fondo de Solidaridad para la Salud, los trabajadores independientes, mediante cuotas de aportacion determinadas con base en un estudio socio-ecomico, el Gobierno mediante asignaciones en el Presupuesto General que cubran los aspectos preventivos para toda la poblacion, un subsidio total para los indigentes y parcial para la poblacion con limitada capacidad de pago, y los Seguros Privados, en el financiamiento complementario al Seguro Universal, en los casos que el usuario obtenga esta cobertura adicional

ENTIDADES PROVEEDORAS

➢ Establecimientos publicos con autonomia de gestion (pertenecientes actualmente al Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Sanidad Militar), establecimientos y clinicas privadas, ONGs, otras modalidades de provision tales como Cooperativas, Sociedades Anonimas Laborales, empresas de Servicios Medicos pre-pagados Todos ellos tendran como funcion principal la provision de servicios a la poblacion, regulados a traves de contratos de gestion El proveedor de servicios para una poblacion especifica sera seleccionado, de acuerdo a una ley de licitaciones y en condiciones de competencia

➢ Los establecimientos de salud del 1º y 2º Nivel, bajo cualquiera de las modalidades antes mencionadas, funcionaran integrados a las Areas Sanitarias, y los del 3er Nivel de Atencion con autonomia de gestion y con una nueva forma de gobierno, participaran en la provision de servicios mediante un Sistema de Referencia y Retorno de pacientes

ENTIDADES ASISTENCIALES

➢ Sus funciones basicas son asistir a la poblacion en aspectos relacionados con la salud, en situaciones de emergencia y/o en la provision de servicios de salud a grupos de poblacion indigente, discapacitados y ancianos Entre estas entidades se contemplan

La Cruz Roja, el Instituto Salvadoreño de Rehabilitacion de Invalidos, Hogares de Ancianos

ORGANIZACIONES DE LA COMUNIDAD

- Participacion de los ciudadanos en la identificacion de necesidades y propuestas de solucion a los problemas de salud
- Promocion del auto-cuidado de la salud

AREAS SANITARIAS

- Unidad Basica organizativa para la aplicación del Modelo de Atencion Integral en Salud, en el 1º y 2º Nivel de Atencion, que cubre un area geografica definida y un grupo poblacional determinado

b.3) INTERRELACIONES ENTRE ELEMENTOS DEL SISTEMA

La separación de funciones normativas, financiadoras, proveedoras y fiscalizadoras plantea la exigencia de formalizar y fortalecer los mecanismos de comunicacion y coordinacion intrasectorial

El Ministerio de Salud, de acuerdo a su rol rector en el Sector y a sus funciones de coordinacion y facilitacion en el sistema, sostendrá relaciones de autoridad lineal solamente con las dependencias tecnico normativas del nivel central, y las unidades desconcentradas en el nivel regional o departamental Sus relaciones con las instituciones proveedoras de servicios de salud se limitan a las de tipo normativo

El Consejo Nacional de Salud fomenta las relaciones de comunicacion entre elementos normativos, proveedores y usuarios, asi mismo fortalece las posibilidades de coordinacion intra e intersectorial

La creacion del Fondo de Solidaridad para la Salud, por si mismo constituye un mecanismo de relacion solidaria entre las personas participantes en el financiamiento del sistema, al exigir una mayor participación financiera de los que tienen mas posibilidades, para cubrir las necesidades de quienes tienen menos

La participacion de diferentes modalidades de proveedores de servicios favorece la competencia y contribuye a mejorar la calidad de los servicios, en beneficio de los usuarios

La instancia que se encargara de la comercializacion de los servicios, establecera relaciones comerciales con los proveedores a través de un Contrato de Gestión, que permite un mejor control de la provision de los servicios y de la calidad con que estos se proveen, mediante el empleo de estandares previamente establecidos, utilizando mecanismos de competencia en igualdad de condiciones para todos los proveedores

El nuevo enfoque de participacion de la comunidad, favorece la relacion directa entre elementos institucionales del sistema y los usuarios de los servicios

b 4) ENTIDADES FUERA DEL SECTOR, RELACIONADAS CON EL TEMA DE LA SALUD

OTRAS ENTIDADES DEL ORGANO EJECUTIVO

➢ La solucion a los problemas de salud que afronta el pais y el mantenimiento de una poblacion saludable, requieren de esfuerzos coordinados de parte del Ministerio de Salud con otras instituciones del Organo Ejecutivo, tales como Ministerio de Educacion, Ministerio del Medio Ambiente, Ministerio de Obras Publicas, Ministerio de Hacienda, Ministerio de Agricultura y Ganaderia, Administracion Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), para lo cual debera ponerse en practica la estrategia de intersectorialidad que favorezca la aplicacion de un modelo de servicios integrales de salud

INSTITUCIONES, PUBLICAS Y PRIVADAS, FORMADORAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

➢ Estas instituciones seran responsables de formar profesionales de la salud en concordancia con las necesidades de la poblacion y los perfiles epidemiologicos del pais y la capacidad del sistema para asimilarlos

Para cumplir esta funcion, es necesario coordinar esfuerzos para adecuar los pensum de las entidades formadoras de recursos humanos, con las necesidades de las instituciones normadoras y proveedoras de servicios de salud

MUNICIPALIDADES

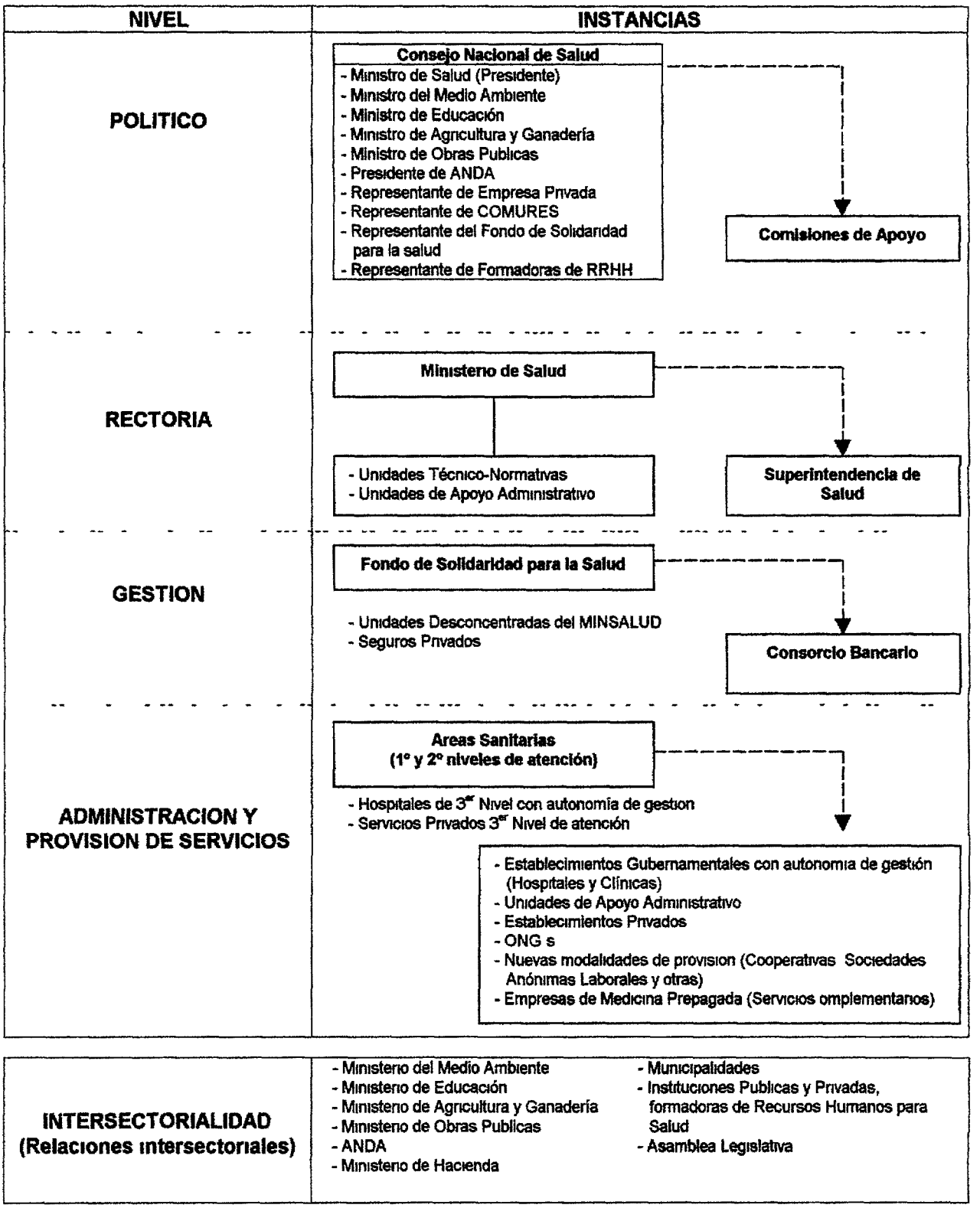
➢ Las entidades integrantes del Sector Salud, deben coordinar acciones con las municipalidades para aunar esfuerzos en actividades de saneamiento basico e impulso a los programas de proteccion del medio ambiente

ASAMBLEA LEGISLATIVA

➢ Se requerira el apoyo de la Asamblea Legislativa para la emision de los decretos/leyes que le confieran respaldo y viabilidad al proceso, y en la adecuacion del marco legal, que propicie sostenibilidad al Sistema Nacional de Salud

b 5) ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



En el cuadro anterior se plantea una sintesis del esquema de organizacion del Sistema Nacional de Salud, en el cual se presentan los elementos mas representativos del sector, haciendo enfasis en aquellos que tienen cambios sustantivos con respecto a la situacion anterior y en aquellos otros que se crean en virtud de la presente propuesta de Reforma

En un apartado anterior se han presentado las funciones basicas de cada uno de estos elementos de organizacion, pero sera necesario un esfuerzo adicional en que se detallen las funciones especificas de cada uno de ellos y se definan los procedimientos y otros requerimientos, hasta conformar los manuales administrativos necesarios para el funcionamiento adecuado del sistema

b 6) CAMBIOS RELEVANTES DE LA ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN PROPUESTA

Para resolver la problematica de Organizacion y Funcionamiento del Sector Salud la propuesta de lineamientos para la creacion del Sistema Nacional de Salud incorpora los siguientes cambios relevantes

FUNCION NORMADORA

PROPUESTA
El Ministerio de Salud sera responsable de formular las politicas nacionales de salud y las normas tecnico- administrativas, que deben ser acatadas obligatoriamente por todas las instituciones del Sector

FUNCION RECTORA

PROPUESTA
El Ministerio de Salud asumira la rectoria del Sistema Nacional de Salud, siendo responsable de dictar las politicas y normas para su funcionamiento Formulara y coordinara la implementacion de los planes estrategicos de salud, velara por su cumplimiento y evaluara el impacto de su aplicacion Por otra parte, entrara en un proceso de abandono progresivo del papel proveedor de servicios de salud

FUNCION CONSULTIVA Y ASESORA

PROPUESTA
Se crea el CONSEJO NACIONAL DE SALUD, entidad de caracter permanente y de naturaleza asesora y consultiva para el Ministerio de Salud, tendra como principales atribuciones

- Colaborar en la formulacion de las politicas y normas nacionales de salud, y
- Proporcionar asesoria a los titulares del Ministerio de Salud

Este Consejo estara integrado por el Ministro de Salud, quien lo presidirá, el Ministro de Educacion, el Ministro de Agricultura y Ganaderia, el Ministro del Medio Ambiente y Recursos Naturales, el Ministro de Obras Publicas, el Presidente de la Administración de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), el Presidente del Fondo de Solidaridad para la Salud, un representante de la Empresa Privada (como financiadora del sistema), un representante de la Instituciones Formadoras de Recursos Humanos para Salud y un representante de la Corporacion de Municipalidades de la Republica de El Salvador (COMURES)

FUNCION DE CONTROL Y FISCALIZACION

PROPUESTA
Se crea la Superintendencia del Sistema de Salud, como entidad autonoma en el ambito del Ministerio de Salud, que sera responsable de las funciones de Control y Fiscalizacion en el Sistema Nacional de Salud y tendra entre sus atribuciones

- Controlar y fiscalizar el manejo de los recursos financieros del Sector
- Controlar la actuación de los proveedores, con base en el cumplimiento de los Contratos de Gestion
- Vigilar la transparencia de los procesos de licitación de Servicios de Salud
- Vigilar el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud,
- Certificar a los profesionales de la salud,
- Atender las quejas de los usuarios y proveedores de servicios, evaluarlas y canalizarlas adecuadamente
- Verificar el registro y control de calidad de los medicamentos

FUNCION FINANCIADORA

PROPUESTA

Al financiamiento del Sistema contribuiran principalmente

- El Gobierno de la Republica (con base en los impuestos de los ciudadanos),
- Los trabajadores asalariados y sus empleadores(mediante cotizaciones)
- Los trabajadores independientes (mediante cuotas, en función de sus ingresos)
- Los Pensionados del sistema publico (ISSS, INPEP) y del sistema privado (AFP´s)

Los fondos recaudados de las fuentes mencionadas, se trasladarán a una entidad especializada que sera creada para la administracion de estos recursos y cuya integracion y funciones se plantean más adelante

Para garantizar la sostenibilidad del sistema, el Gobierno destinara una asignacion anual (en porcentaje del PIB), que cubra el financiamiento de los servicios de medicina preventiva para toda la poblacion, un subsidio para los servicios a los indigentes y la subvencion necesaria para la poblacion sin suficiente capacidad para pagar

Todos los residentes en el pais que desarrollen una labor remunerada por un empleador deberan contribuir al Fondo de Solidaridad para la Salud, con un porcentaje de su salario, que sera complementado por otro porcentaje aportado por el empleador La proporcion de la contribucion se determinara con base en los estudios economicos financieros pertinentes Los trabajadores independientes contribuiran al financiamiento del Sistema de Salud, con un porcentaje de sus ingresos, que se determinara por los estudios mencionados

FUNCION DE ADMINISTRACION FINANCIERA

PROPUESTA
Se crea el FONDO de SOLIDARIDAD PARA LA SALUD, entidad autonoma que estara encargada de ejecutar con eficiencia las politicas financieras que le dictara el Ministerio de Salud Este fondo estara orientado al cumplimiento de los principios de solidaridad, universalidad, equidad y subsidiaridad en la captacion y distribucion de los recursos del sistema

El Fondo de Solidaridad para la Salud tendra entre sus funciones principales la afiliacion o aseguramiento de la poblacion y la compra de servicios de salud a los proveedores, respetando los principios de libre competencia, con base en la respectiva Ley de Licitaciones y aplicando mecanismos que garanticen transparencia

La direccion del Fondo de Solidaridad para la Salud estara a cargo de una Junta Directiva en que esten representadas las instituciones y organizaciones que proveen financiamiento para el Sistema de Salud

En la funcion operativa el Fondo se apoyara en un CONSORCIO BANCARIO que desarrollara las labores de captacion y desembolso de los recursos financieros del Sistema Nacional de Salud, bajo lineamientos del Ministerio de Salud y vigilancia de la Superintendencia del Sistema Financiero y la Superintendencia del Sistema de Salud

De la poblacion encuestada en el Sector Salud, un 91 7 % considera viable la creacion de un Fondo de Solidaridad para la Salud como mecanismo apropiado para la administracion conjunta de los recursos financieros del Sector Salud, provenientes del Gobierno, Empresa Privada, Trabajadores, Hogares y Cooperacion Internacional

FUNCION PROVEEDORA

PROPUESTA
Los principales proveedores de servicios de salud serán

- Los Hospitales Publicos, con Autonomia de Gestion (actualmente del MSPAS y del ISSS)
- Los Hospitales Privados
- Las Unidades de Salud gubernamentales, con autonomia de gestion (actualmente del ISSS y del MSPAS)
- Consultorios o Clinicas Privados
- Hospitales y Clinicas de Sanidad Militar (con autonomia de gestión)
- Las ONGs
- Nuevas modalidades de provision de servicios, tales como Cooperativas de Trabajadores de la Salud, Mutuales, Sociedades Anónimas Laborales
- Empresas de Medicina Pre-pagada

Los actuales establecimientos de salud gubernamentales se convertiran en entidades con AUTONOMIA DE GESTION que administraran los servicios en forma independiente, pero cumpliendo las normas que el Ministerio de Salud MSPAS establezca para el Sistema Este nuevo esquema fomenta la competencia, con la consecuente mejoria en la calidad de la atención

La AUTONOMIA DE GESTION debe acompañarse de un componente de "control" de esa autonomia, basado en los siguientes mecanismos

1 Vigilancia del cumplimiento de las Politicas de Salud, establecidas por el MSPAS y que son de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes del sistema - Corresponde al MSPAS
2 Control y evaluacion de la aplicacion de Normas Tecnico – administrativas sectoriales - Corresponde al MSPAS
3 Seguimiento de los Contratos de Gestion, como instrumento de control y regulacion del financiamiento y compra de Servicios de Salud, por parte del Fondo de Solidaridad para la Salud Corresponde al Fondo de Solidaridad
4 Vigilancia de la calidad de la atención y satisfaccion del usuario - Corresponde a la Superintendencia de Salud

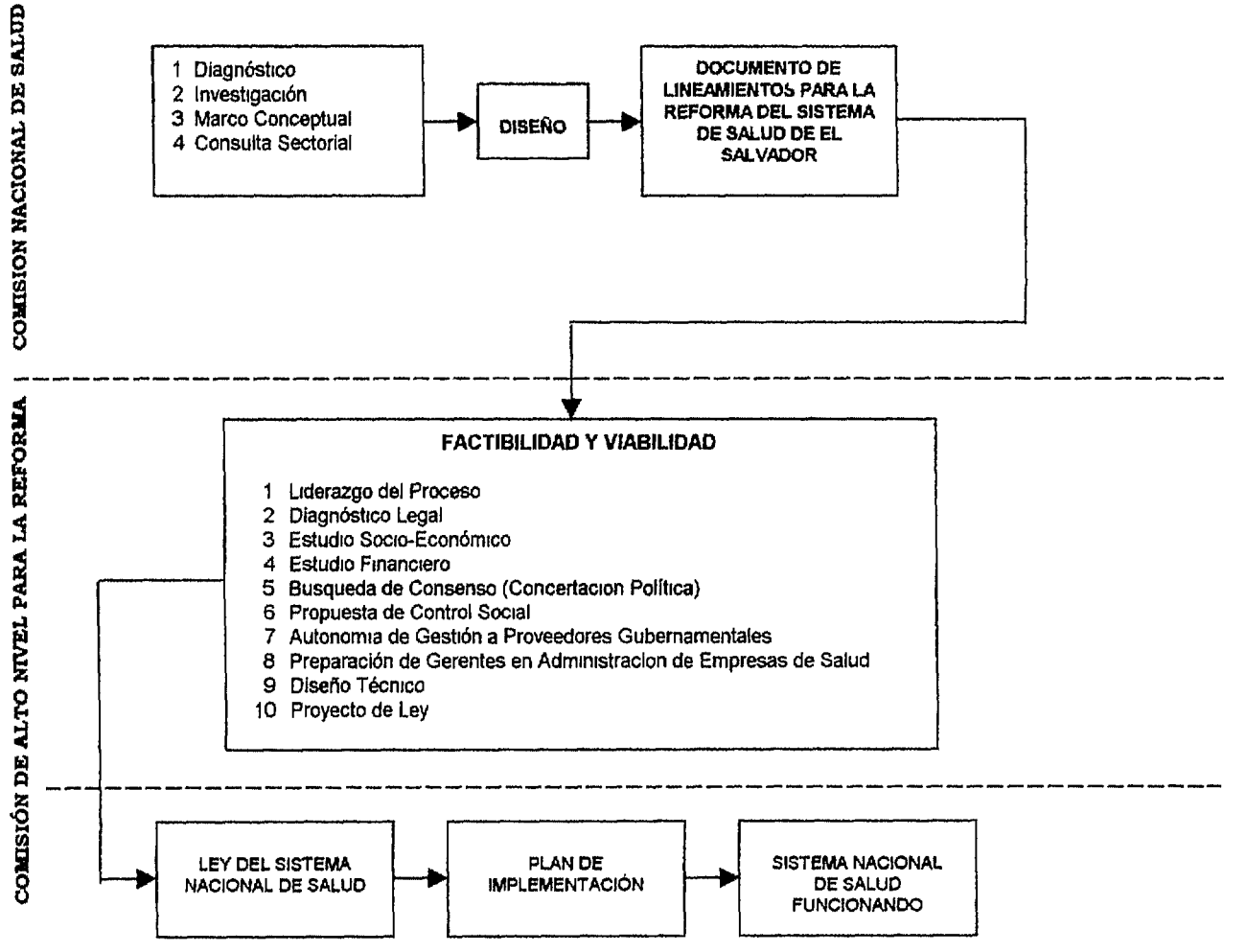
Capítulo 6

Factibilidad y Viabilidad de la Propuesta de Reforma del Sistema de Salud de El Salvador

6 1 PROCESO GENERAL DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL SALVADOR

En el siguiente diagrama se presenta en forma esquematica una vision general de la reforma, desde las fases iniciales de diagnostico, investigacion, definicion del marco conceptual y consulta sectorial, pasando por la etapa de diseño, hasta el momento en que se tenga el Sistema funcionando plenamente Este proceso tomara varios años, y desde luego, en su desarrollo se realizaran sucesivos ajustes al mismo

ESQUEMA DEL PROCESO GENERAL DE REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE EL SALVADOR



El **primer nivel** de este diagrama es lo que se podría llamar el primer evento de la reforma la elaboracion de esta Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador, llevada a cabo por la Comision Nacional de Salud y que culmina con la presentacion de este documento al Señor Presidente de la Republica en cumplimiento de la encomienda recibida en marzo de 1998

En el **segundo nivel** del diagrama se plantean las actividades llamadas de factibilidad y viabilidad de la propuesta, coordinadas por la Comision de Alto Nivel para la reforma Estas van encaminadas a cubrir los requerimientos para que la propuesta sea factible desde el punto de vista legal, tecnico y financiero y para impulsar las gestiones necesarias para otorgarle respaldo político Este proceso debe culminar con una propuesta de Proyecto de Ley para someterla a consideracion de la Asamblea Legislativa, con lo cual finaliza el segundo evento de la reforma

El **tercer nivel** comprende las actividades que se deben realizar desde las gestiones y negociaciones para la aprobacion de la Ley del Sistema Nacional de Salud en la Asamblea Legislativa, continuando con el Plan de Implementación de la Reforma, hasta llegar al momento en que se tenga el Sistema Nacional de Salud funcionando Este es, evidentemente, el tercer evento de la reforma

6 2 ORIENTACIÓN ESTRATÉGICA DE LA REFORMA

Como parte del proceso de Consulta en el Sector Salud, se realizó una encuesta de opinion a funcionarios que desempeñan Jefaturas de nivel medio y de direccion local en las principales instituciones integrantes del Sector Salud Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Hospitales Privados, Organizaciones No Gubernamentales e Instituto Salvadoreño de Rehabilitacion de Invalidos

En la encuesta se incluyo una pregunta relativa a las acciones que debe emprender el Gobierno para mejorar las condiciones de salud en el pais, esta interrogante se propuso como "pregunta abierta", de manera que cada quien tuviera libertad para proponer lo que le pareciera mas conveniente Las opiniones recibidas se sometieron a un proceso de sistematización cualitativa, para agruparlas por afinidad de acuerdo a los temas tratados y teniendo en cuenta los tramos propuestos CORTO PLAZO, hasta 3 años, MEDIANO PLAZO más de 3 y hasta 6 años, LARGO PLAZO, de 6 años en adelante

A esta encuesta respondieron 277 funcionarios Las propuestas más frecuentes que hicieron los encuestados sobre las acciones estrategicas que debe emprender el Gobierno en el corto, mediano y largo plazo, para mejorar la situación de la salud en el pais, se muestran a continuación Una tabla de frecuencias de estas opiniones se presenta completa en el Anexo N° 3

OPINION DE FUNCIONARIOS DE NIVEL MEDIO Y DE NIVEL LOCAL SOBRE LAS ACCIONES QUE DEBE EMPRENDER EL GOBIERNO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES DE SALUD DEL PAIS

Octubre de 1998

ACCIONES DE CORTO PLAZO	ACCIONES DE MEDIANO PLAZO	ACCIONES DE LARGO PLAZO
➢ Incrementar el Presupuesto dedicado a Salud ➢ Fortalecer la Atención Primaria de Salud ➢ Estructurar el Sistema Nacional de Salud ➢ Fomentar la Coordinación interinstitucional e intersectorial ➢ Implementar la estrategia de Descentralización	➢ Formulación de Politicas y Normas de salud sectoriales ➢ Capacitación y formación de los Recursos Humanos en Salud ➢ Mejorar los servicios básicos ➢ Coordinación interinstitucional e intersectorial	➢ Consolidar el Sistema Nacional de Salud ➢ Formulación de Políticas y Normas sectoriales ➢ Mejorar e incrementar la Infraestructura ➢ Coordinación interinstitucional e intersectorial

⇒ Fuente Encuesta de Opinion Consulta Sectorial, Comision Nacional de Salud 1998

Al comparar las respuestas de esta Encuesta de Opinion, con los resultados obtenidos en las Entrevistas a Profundidad, Grupos de Enfoque y Asambleas de Usuarios, todas ellas realizadas como parte de la consulta sectorial efectuada por la Comision Nacional de Salud, se denota coincidencia en las opiniones, por lo cual se considera que constituyen una buena base para realizar un planteamiento general de orientacion estrategica en los terminos que se presentan en el siguiente cuadro

PLANTEAMIENTO GENERAL DE ORIENTACION ESTRATEGICA

CORTO PLAZO < 3 AÑOS	MEDIANO PLAZO 3 - 6 AÑOS	LARGO PLAZO > 6 AÑOS
➢ Estructurar el **Sistema Nacional de Salud** ➢ Incrementar el **Presupuesto Gubernamental para salud** ➢ Establecer los términos y crear los mecanismos para la **Coordinación interinstitucional e intersectorial** ➢ Fortalecer la estrategia de **Atención Primaria de Salud** ➢ Fortalecer los programas de **Promocion y Educación para la Salud, Nutrición y Medio Ambiente** ➢ Formular el **Estudio económico-financiero** de soporte para la Reforma ➢ Realizar una **clasificación socioeconómica de la población** ➢ Formular las **políticas y normas sectoriales** ➢ Elaborar el **Estudio sobre la participación de la comunidad** en el control social de la gestion ➢ Crear el **Fondo de Solidaridad para la Salud** ➢ Elaborar el **Diseño tecnico del Modelo General de Salud** ➢ Crear la **Superintendencia del Sistema de Salud** ➢ Elaborar el **Estudio sobre la capacidad gerencial** de los establecimientos de salud gubernamentales ➢ Crear el **Consejo Nacional de Salud** ➢ Elaborar la **propuesta de Ley del Sistema Nacional de Salud** ➢ Ajustar el **marco legal** ➢ Organizar las **áreas sanitarias** con participacion sectorial ➢ Iniciar el proceso de otorgación de **autonomía de gestión** a los establecimientos gubernamentales ➢ Crear el **Seguro de Salud Universal** ➢ **Reasignar roles** al Ministerio de Salud Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Consejo Superior de Salud Publica y Sanidad Militar ➢ Incrementar la **participación de establecimientos privados** en la provision de servicios	➢ Fortalecer las **políticas y normas del Sistema Nacional de Salud** ➢ Establecer un programa permanente de **formación y capacitación de recursos humanos en salud** ➢ Mejorar los **servicios básicos de salud** ➢ Fortalecer e institucionalizar la **Coordinación interinstitucional e intersectorial** ➢ Complementar los instrumentos de apoyo del **Sistema Nacional de Salud** ➢ Impiementar a nivel nacional las **Areas Sanitarias** ➢ Complementar el proceso de otorgamiento de **autonomia de gestion** a los proveedores	➢ Consolidar el **Sistema Nacional de Salud** ➢ Consolidar el **proceso de formulación de politicas y normas del SNS** ➢ Consolidar los **mecanismos e instrumentos de Coordinación interinstitucional e intersectorial** ➢ Consolidar las **áreas sanitarias a nivel nacional** ➢ Consolidar la **autonomia de gestión de proveedores**

En este planteamiento general de orientacion estrategica se han tomado en cuenta ademas el resultado del intercambio de opiniones en el seno de la Comision Nacional de Salud y algunas de las opiniones vertidas por los participantes en Talleres y Seminarios que se han promovido entre abril y diciembre de 1998

Naturalmente este es apenas el primer intento por plantear las acciones estrategicas que deben considerarse para la construccion de un proceso de reforma del sector salud y la primera aproximacion hacia los tiempos en que esas acciones deben ubicarse Aquellas que deben emprenderse en el corto plazo para sentar las bases de la reforma y en los plazos sucesivos continuarse y consolidarse Al igual que otras acciones, que probablemente deberan iniciarse en el mediano o en el largo plazo, dependiendo de su naturaleza, de la oportunidad en que sean necesarias o de los recursos o requerimientos que sea indispensable conseguir o construir, antes de su implementacion

6 3 FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DE LA PROPUESTA DE REFORMA

De acuerdo con el Proceso General de la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador expuesto en el diagrama anterior, antes de llegar a una propuesta de ley para ser discutida por la Asamblea Legislativa, es necesario obtener la informacion que respalde algunos de sus lineamientos mas importantes, tal es el caso de la capacidad de la sociedad para financiar un Seguro de Salud Universal, lo cual se determinara en el estudio financiero correspondiente, o el caso de ajustes legales que se requieren para crear el marco legal que apoye la Reforma, situacion que quedara establecida en estudio de las implicaciones legales de la propuesta de reforma o diagnostico legal

Es importante señalar que entre el momento de la finalizacion y presentacion de la Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador, y la aprobacion de una Ley del Sistema Nacional de Salud, por parte de la Asamblea Legislativa, existe un periodo de transicion en que deben cubrirse una serie de actividades y gestiones que mantengan el ritmo del proceso, sobre las cuales a continuacion se hacen algunas consideraciones

A LIDERAZGO Y CONTINUIDAD DEL PROCESO

Como ha sido reconocido a lo largo de este documento, la reforma de salud es un proceso complejo, con muchas ramificaciones que afectaran el desempeño de las actuales instituciones integrantes del sector y tendran repercusiones en el accionar de muchas entidades fuera del Sector Salud

Por tanto la reforma demanda de un claro liderazgo Este liderazgo debe ser idealmente ejercido por una autoridad que cuente con el apoyo del poder politico constituido, como consecuencia el lider "natural" de la reforma es el ministro de salud, por ser el funcionario del Organo Ejecutivo que tiene estas atribuciones y especialmente por el rol rector que le corresponde desempeñar en el Sector Salud El pais se encuentra actualmente en proceso de cambio de las maximas autoridades en el Organo Ejecutivo, por lo que resulta necesario asegurar que la reforma tenga cobertura durante el periodo de transicion

B CONSENSO Y CONCERTACIÓN POLÍTICA SOBRE LA REFORMA

Para que la propuesta sea viable debe gozar de aceptacion en la población y en los grupos de influencia de la sociedad y debe haber claridad en sus propositos y fines para darle sostenibilidad

A continuacion de la presentación de la Propuesta, se debe pasar a un intenso proceso de concertacion y búsqueda de consenso politico sobre la misma aclarar dudas, resolver preguntas y discutir sus implicaciones El pais esta en un notable proceso de cambio en todos sus ambitos En el caso del Organo Ejecutivo, en el segundo semestre del presente año tendrá nuevas autoridades, por tanto la oportunidad es propicia para que en los primeros seis meses del nuevo gobierno se establezca una solida fundamentacion para la reforma del Sistema de Salud

Dentro de este proceso de busqueda de consenso alrededor de la propuesta de Reforma del Sistema de Salud, deberán llevarse a cabo reuniones sistematicas con las diversas organizaciones políticas que tienen representación en la Asamblea Legislativa, con grupos gremiales, sindicales y empresariales que seguramente tendrán un interes importante en conocer y discutir sobre la naturaleza de la reforma y las implicaciones para sus organizaciones, con los organismos internacionales cuya cooperación ha sido de mucho valor y lo sera en adelante para apoyar su continuacion e implementacion Asi como con el publico en general y los medios de comunicación

C ESTUDIOS DE SOPORTE

c 1) ESTUDIO DE LAS IMPLICACIONES LEGALES DE LA REFORMA

Las implicaciones legales de la propuesta deben ser señaladas oportunamente En este sentido, se debe proceder como parte del proceso de transicion, a realizar las siguientes acciones

- ➢ Elaborar los Terminos de Referencia para la elaboracion de un diagnóstico legal, con base a los Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud
- ➢ Identificar empresas o personas expertas en aspectos legales que puedan realizar ese trabajo de diagnóstico

Este diagnostico debera ser un estudio comprensivo de todas las leyes aplicables en el sector salud de El Salvador y las leyes que sobre este tema estén vigentes en otros paises de America Latina Los resultados del estudio servirán de fundamento para la conformacion del Marco Legal del Sistema Nacional de Salud de El Salvador

Para una referencia sobre el tema, se estima que deberán revisarse las disposiciones legales mencionadas en el Capitulo V

c 2) ESTUDIO ECONÓMICO - FINANCIERO

Los Lineamientos de la Reforma proponen la creacion de un Seguro de Salud Universal, que cumpla los principios de solidaridad y obligatoriedad Este lineamiento esta condicionado por dos elementos claves

- El costo de los servicios ofrecidos, y
- La capacidad del pais de financiarlo

El estudio economico - financiero debera proporcionar una informacion razonable sobre estos dos aspectos, basandose en fuentes secundarias que esten disponibles en el pais, y a nivel internacional Los resultados de este estudio, ademas de dar informacion sobre la factibilidad del Seguro de Salud Universal, tambien deben servir de base para un estudio mas detallado de tipo socioeconomico que determine la estratificacion actual de la poblacion en cuanto a su capacidad para contribuir al Seguro de Salud Universal

El estudio economico financiero debera comprender al menos los aspectos siguientes

- Gasto nacional en salud, diferenciando la participacion gubernamental, de la empresa privada y de los hogares, y relacionandola con el Producto Interno Bruto de la nacion
- Nivel de gasto necesario para dar soporte al total de atenciones que la poblacion demandaria, en funcion del Seguro de Salud Universal, que contempla un plan de beneficios uniforme para toda la poblacion
- Costo de los servicios a proveerse en los diferentes niveles de atencion, incluyendo los de naturaleza preventiva, promocional, curativa y de rehabilitacion
- Impacto que representaria el pago de impuestos especiales dedicados a la salud, aplicados al consumo o el uso de factores que la afectan negativamente, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, los pesticidas y otros contaminantes
- Una proyeccion de largo plazo que señale las proporciones de contribucion financiera de los contribuyentes al sistema, para otorgarse sostenibilidad

c 3) ESTUDIO SOBRE LA CAPACIDAD GERENCIAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS GUBERNAMENTALES

La Propuesta de Reforma plantea como un lineamiento la autonomia de gestion de los actuales proveedores gubernamentales de servicios de salud Esto significa que para mejorar la calidad, la eficiencia y la calidez humana de los servicios al publico, los establecimientos de salud deben administrarse empleando principios de satisfaccion al usuario como la fuerza motora, abandonando el esquema actual de gerencia, basada en financiamiento por presupuestos historicos, sin incentivos, ni principios de control de costos, administracion estrategica, productividad y satisfaccion al cliente

Naturalmente, muchos establecimientos de salud requeriran de un proceso de readaptacion y capacitacion para acoplarse al nuevo enfoque de gerencia, en el cual tendran que competir por calidad y eficiencia y demostrar sus habilidades en satisfacer a su clientela, la cual, por su parte, dispondra de mecanismos para mostrar su satisfaccion

Donde las posibilidades de la oferta de servicios lo permitan, los usuarios tendran la opcion de escoger en qué establecimiento recibir los servicios, o al menos dentro de un mismo establecimiento tener opciones para seleccionar entre varios medicos

Dentro de esta nueva vision propugnada por la reforma, el **contrato de gestión** sera el instrumento que intermediara las relaciones entre el proveedor de servicios y el comprador como agente financiero La precision de los objetivos y resultados alli señalados, asi como los montos y mecanismos de pago, demandaran de una gerencia moderna, eficiente y eficaz Por esta razon, es conveniente iniciar un **estudio de la capacidad gerencial actual de los establecimientos de salud** que a futuro tendran autonomia de gestion Los sistemas de costos, los mecanismos de incentivos, el análisis de productividad y rendimiento, la satisfaccion del usuario, los mecanismos de compra de insumos y equipos, el control de calidad y la administracion estrategica son algunos ejemplos de los nuevos conceptos gerenciales que entraran en vigencia En este sentido es necesario

- Elaborar los terminos de referencia para un estudio de situación de la capacidad gerencial de los establecimientos de salud actuales del Ministerio de Salud, del ISSS y de Sanidad Militar
- Determinar las brechas existentes entre la situación actual y las demandas futuras de una administracion moderna y descentralizada, basada en productos y costos muy concretos
- Proponer un plan de adaptacion a esta nueva vision gerencial

Como un producto especifico de este estudio, debera proponerse un plan para la capacitacion de los nuevos gerentes del Sistema Nacional de Salud

c 4) ESTUDIO SOBRE LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL CONTROL SOCIAL DE LA GESTIÓN EN SALUD

La utilizacion de nuevas modalidades descentralizadas de gestion y provision de los servicios de salud, en busca de mejorar la eficiencia y la calidad, implica la identificacion de nuevas formas de control de gestion, bajo la premisa de que estas nuevas modalidades de provision de los servicios deben estar mas cerca de las necesidades y demandas de la poblacion a la cual sirven Las juntas directivas de ciudadanos, la participacion de las autoridades electas en los municipios y otras formas de gestion deberan ser exploradas

La posibilidad de lograr servicios de salud satisfactorios para la poblacion esta vinculada muy estrechamente a la participacion de los usuarios en su gestion En este sentido es conveniente desarrollar estudios sobre diversas alternativas para apoyar e incentivar esa participacion, tanto de tipo retrospectivos analizando experiencias nacionales como internacionales, asi como estudios prospectivos de prueba sobre nuevas modalidades y evaluando sus resultados En este sentido es conveniente

- Contratar personas o entidades conocedoras del tema para hacer una revision de las experiencias nacionales e internacionales
- Incluir un sondeo sobre las opiniones de la poblacion y sus diversos grupos en cuanto a las modalidades de participacion que tengan mayor aceptacion
- Desarrollar una o varias propuestas para probar modalidades especificas de participacion social de la gestion en salud Estos resultados seran insumos de importancia para el proceso de descentralizacion propuesto en la reforma

D Diseño Técnico del Modelo

Los Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud aprobada, mas los estudios de soporte antes mencionados deberan servir de base para la formulacion de un documento tecnico en el cual deben desglosarse y especificarse los detalles suficientes para configurar el Modelo General de Salud que se desea instalar y han de servir, ademas, de fundamento para formular la propuesta de ley que debera ser presentada a la Asamblea Legislativa

Esta es una de las tareas mas importantes en el desarrollo de la reforma, y como antes fue mencionado, es el segundo gran evento del proceso para llevarla a termino Cada lineamiento de la reforma tiene una serie de lineas de accion que tienen implicaciones administrativas, laborales, civiles, financieras y sociales, que deberan quedar claramente establecidas y señaladas en el diseño tecnico del modelo y consecuentemente en la propuesta de ley, de manera que sirva de guia precisa para su discusion en la Asamblea Legislativa Como es facil comprender, la reforma tiene muchas implicaciones que deber ser identificadas y previstas

Aunque nunca es posible prever todas las situaciones que se presentaran como producto de la aplicacion y desarrollo de la reforma, el esfuerzo en este sentido debe ser exhaustivo, amplio y detallado

La aprobacion de la ley sobre la reforma en salud, sin duda que conllevara discusiones profundas e intensas entre los actores politicos y sus constituyentes, pues es un tema de actualidad y lo seguira siendo en el futuro proximo La salud junto con la educacion, es tan importante para la poblacion y para el desarrollo del pais, que no debe permanecer en un segundo plano Esta connotacion, que ahora parece estar clara en la conciencia de la poblacion y de sus dirigentes, exigira de mayores esfuerzos y recursos para su desarrollo ulterior De cualquier manera, debe siempre tenerse en mente que el proceso sera duro y dificil, pero vale la pena emprenderlo, sostenerlo y consolidarlo, conscientes de que los ajustes sobre el camino seran necesarios

La elaboracion del Diseño Tecnico, como complemento a los Lineamientos para la Reforma debe ser iniciada pronto Lo ideal seria que las actuales autoridades nacionales, a traves del Ministerio de Salud, procedieran a su inicio en los proximos meses Para esto debe existir un cuerpo de trabajo que lo lleve a cabo, lo que es motivo de la siguiente seccion

6 4 ESTRUCTURA DE SOPORTE PARA LA CONTINUIDAD DEL PROCESO

El proceso de la reforma es continuo, no debe ser visto como un fenomeno de eventos aislados Aun cuando hay momentos claves, entre cada uno de ellos hay un periodo de transición que debe estar debidamente cubierto El riesgo de no prever esto, es que se pierda la continuidad del proceso, disminuyendo su fuerza e impulso

Este documento representa, como también fue mencionado antes, la culminacion del primer evento la Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud Entre este y el segundo evento, que es la aprobacion de la Ley del Sistema Nacional de Salud, hay un periodo de transicion que debe cubrirse adecuadamente para poder culminar exitosamente en el segundo elemento clave

De acuerdo con lo antes dicho, se debe considerar de inmediato

- La constitucion de una Comision de Alto Nivel para la Reforma del Sistema de Salud que de continuidad a la labor de la Comision Nacional de Salud, que ahora culmina con este documento, la misión para la cual fue creada Esto permitirá la continuación ininterrumpida del trabajo de reforma, que cada vez demandara mayores esfuerzos Esta comisión de alto nivel debera contar con el apoyo institucional, politico y social necesario

Personas e instituciones que participaron en la consulta ciudadana y del sector Salud

Nuestros agradecimientos a todas aquellas personas e instituciones que de forma espontanea y preocupadas por la salud de la poblacion nos dieron su apoyo, expresando sus ideas, lo cual fue de mucho valor para que la Comision Nacional de Salud llevara a feliz termino la mision encomendada

Las personas e instituciones que nos proporcionaron su colaboracion son

• INSTITUCIONES QUE RESPONDIERON ENCUESTAS DE OPINION

- Secretaria de Estado del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
- Oficinas Centrales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Hospitales del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
- Hospitales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Hospitales Privados
- Hospital Militar
- Batallon de Sanidad Militar
- Facultades de Medicina y Odontologia
- Directores Departamentales del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
- Unidades de Salud del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
- Unidades Medicas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Clinicas Comunales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Grupo de ONG s de PROSAMI

• FUNCIONARIOS DE INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES QUE PARTICIPARON EN ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

CARGO	INSTITUCIÓN
• Ministro de Salud	MSPAS
• Vice-Ministra de Salud	MSPAS
• Director General	ISSS
• Director General de Salud	MSPAS
• Director de Planificación	MSPAS
• Jefe División Medica	ISSS
• Director de Planificacion	ISSS
• Director Financiero	ISSS
• Director Administrativo	MSPAS
• Presidente del C S S P	CSSP
• Presidente de ANES	Gremial
• Presidente de la J V de la Profesion Médica	C S S P
• Presidente de la J V de la Profesión Odontologica	C S S P
• Directora Ejecutiva de PROSAMI	ONG s
• Presidente de la J V de de la profesion de Enfermeria	C S S P
• Presidente del Colegio de Químicos y Farmacéuticos	Gremial
• Representante de los Seguros Privados	Gremial
• Presidente de la C R S	C R S
• Presidente de la J V de Laboratorios Clinicos	C S S P
• Presidente de la Sociedad Dental	Gremial
• Presidente Sociedad Médica de Occidente	Gremial
• Director del Hospital de Maternidad	MSPAS
• Secretario General de ANTMSPAS	Gremial
• Secretario General de STISSS	Gremial
• Director Hospital Militar	Fuerza Armada
• Director Hospital Rosales	MSPAS
• Presidente de la J V de Profesionales en Psicología	C S S P
• Presidente del ISRI	MSPAS
• Director Hospital de Chalchuapa	MSPAS
• Presidente Sociedad Medica de Oriente	Gremial
• Director Hospital de San Miguel	MSPAS
• Director Departamental de San Miguel	MSPAS
• Sub-Jefe Division Medica	ISSS

• ORGANIZACIONES QUE PARTICIPARON EN GRUPOS DE ENFOQUE

PROFESION	INSTITUCION
• Directores de Hospitales	Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
• Directores Departamentales de Salud	Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
• Jefaturas Administrativas	Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
• Directores de Hospitales	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
• Jefaturas Administrativas	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
• Comision de proteccion al medio ambiente y Salud Publica de la Asamblea Legislativa	Asamblea Legislativa
• Asociacion de Trabajadores del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (ANTMSPAS)	Gremio de Trabajadores
• Decanos y/o Directores de Facultad de Ciencia de la Salud Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer Universidad Nueva San Salvador Universidad Jose Matias Delgado Universidad Autónoma de Santa Ana	Universidad de El Salvador Universidad Evangelica
• Directores de Escuelas Formadoras de Enfermeras Universidad Militar Universidad de El Salvador Escuela Técnica para la Salud	Sociedad de Profesionales de Enfermeria Universidad Andres Bello
• Directores de ONG's SETEFE y otras	Organizaciones No Gubernamentales de
• Directores de Hospitales Privados	Sector Privado de Salud
• Asociacion Nacional de Enfermeras (ANES)	Asociacion Nacional de Enfermeras
• Sindicato de Trabajadores del ISSS (STISSS)	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
• Directores Unidades de Salud	Ministerio de Salu Publica y Asistencia Social
• Comite de Reforma del Gremio Odontologo	Gremial
• Jefe de Programas del ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
• Directores Unidades Medicas del ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
• Junta Directiva CSSP	Consejo Superior de Salud Publica
• Usuarios de los Servicios de Salud	Comite de Defensa del Consumidor
• Consejo de Administracion de COMEDICA	Cooperativa de Medicos (Comedica)
• Médicos de Diferentes Especialidades	Sociedades de Especialistas
• Junta Directiva Industria Quimica y Farmaceutia (INQUIFAR)	Gremial
• Junta Directiva Sociedad de Psicología	Gremial
• Jefe de Programas del MSPAS	Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social

• COMUNIDADES QUE PARTICIPARON EN ASAMBLEAS COMUNITARIAS

• Canton Las Delicias	Departamento de Sonsonate
• Canton La Danta	Departamento de Ahuachapán
• Canton Santa Rosa, San Marcos	Departamento de San Salvador
• Canton San Antonio Abad	Departamento de San Salvador
• Canton El Cerro, Moncagua	Departamento de San Miguel
• Canton El Nuevo Porvenir, Ciudad Barrios	Departamento de San Miguel
• Cantón Archila, Concepcion Batres	Departamento de San Miguel
• Comunidad Bambular	Departamento de San Salvador
• Comunidad Montecarmelo, Unicentro	Departamento de San Salvador
• Comunidad San Jeronimo, Guazapa	Departamento de San Salvador
• Concepción Quezaltepeque	Departamento de Chalatenango
• Canton Piedra Blanca, Conchagua	Departamento de La Union
• Canton San Antonio, Tepecoyo	Departamento de La Libertad
• Canton Ayagualo, Nueva San Salvador	Departamento de La Libertad
• Comunidad Santa Teresa, San Martin	Departamento de San Salvador

GLOSARIO

ACREDITACIÓN
Procedimiento de evaluacion de los recursos institucionales, voluntario, periodico y reservado que tiende a garantizar la calidad de atencion a traves de estandares previamente aceptados

AGUA ENTUBADA
Agua que se provee a traves de cañeria, pero que no necesariamente es potable

AIRE INTERNO
Es el aire que existe al interior de los hogares o de otro espacio cerrado

AIRE EXTERNO
Es el aire que existe fuera de los hogares o de otro espacio cerrado

ÁREA SANITARIA
Unidad basica organizativa para la aplicacion del modelo de atencion integral en salud, en el primero y segundo nivel de atencion que cubre una area geografica definida y un grupo poblacional determinado

AUTONOMÍA
Es la caracteristica y la condicion de una organizacion que planifica, programa y administra sus recursos financieros, humanos, fisicos y tecnologicos de acuerdo con sus propias iniciativas y requerimientos, siendo responsable por los resultados obtenidos ante un organismo central, superior jerarquicamente, que no interviene en la ejecucion de las actividades

AUTORIDAD
Poder legal o legitimo Derecho de mandar o de actuar La persona, Junta o Comision que tiene poder en un campo especifico El que ejerce el poder o mando

CANASTA BÁSICA ALIMENTARIA
El conjunto de productos considerados basicos en la dieta de la poblacion residente en el pais, en cantidades suficientes para cubrir adecuadamente por lo menos las necesidades energeticas y proteinicas del individuo promedio

CENTRALIZACIÓN
Reunion o fusion de la autoridad o gobierno en una o pocas personas

COBERTURA UNIVERSAL
Estrategia que permitira a toda la poblacion, acceder a los servicios de salud, independientemente de su nivel economico, sexo, edad, religion o condicion de salud

COMITÉ
Conjunto de personas que se reunen para deliberar sobre un aspecto concreto, y obtener un producto terminado

COMPETENCIA
Obligación o responsabilidad de un individuo u organizacion en el cumplimiento de su mandato

CONSEJO
Grupo colegiado de personas que se reunen para deliberar sobre aspectos concretos y tomar decisiones

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

COORDINACIÓN
Acto de conducir personas, informacion o cosas distintas a una accion o condicion comunes Actuacion armonica

DELEGACIÓN
Acto bilateral, donde un superior jerarquico confiere deberes y responsabilidades a un subalterno En casos donde se tiene que trabajar con otras personas bajo mando, se le delega autoridad

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

DESCENTRALIZACIÓN OPERATIVA
Transferencia de actividad y responsabilidad desde el Nivel Central hacia los Niveles Departamentales y Locales del Sistema de Salud

DESCONCENTRACIÓN
Accion que implica trasladar tareas del órgano central hacia organos subordinados en zonas diferentes a aquella donde se encuentra la casa matriz

DIRECCIÓN
Tecnica para conducir las actividades de individuos dentro de un marco formal de actuaciones

EFICACIA
Los servicios de salud deben causar satisfaccion verdadera a las necesidades de la poblacion El Estado debe propiciar y facilitar el empleo de mecanismos de garantia de calidad de la atencion en salud

EFICIENCIA
Los servicios de salud deben proveerse, haciendo un uso racional de los recursos disponibles y empleando la tecnologia apropiada a las necesidades de la poblacion y a las posibilidades del pais

EJECUCIÓN
Acto de poner en practica una idea o un plan

EQUIDAD
Distribucion de bienes y servicios a la poblacion en funcion de sus necesidades priorizando a los menos favorecidos

EVALUACIÓN
Acto de enjuiciar racionalmente una situacion concreta, determinando y analizando elementos, causas y efectos de actuaciones y resultados, comparados con modelos o estandares de comportamiento Implica diseño de medidas y estrategias alternativas de correccion Se ejerce antes (ex-ante) durante y despues (ex-post) de realizar un proyecto

FLEXIBILIDAD
Se entiende como un proceso en el cual se van incorporando lecciones aprendidas en las primeras experiencias, se van corrigiendo los errores e introduciendo las sugerencias de las personas e instituciones involucradas

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

FORMULACIÓN
Tecnica para investigar y definir objetivos, politicas, metas y actividades de un plan o programa Implica integrar, organizar y asignar recursos a las actividades planeadas

FUNCIÓN
Accion continua que se realiza y conduce a un producto determinado

FUNCIÓN DE ADMINISTRACIÓN
Es la forma como una organizacion o dependencia de este, asegura la operacionalidad de una entrega adecuada de acciones de salud sobre las personas y el ambiente

INSUMO
Materia prima que se emplea para elaborar un producto, o para producir servicios

MARCO JURÍDICO
Conjunto de disposiciones legales que norman el funcionamiento de una organización

MISIÓN
Constituye el fundamento de la cultura deseada para la organizacion A partir de ella se define el tipo de organizacion que se quiere ser y el sentido que quiere darse a la accion organizacional

MODELO DE ATENCIÓN
Plan de beneficios o conjunto de servicios de salud, que se ofrecen a la poblacion por parte de los diferentes proveedores

MODELO DE FINANCIAMIENTO
Conjunto de disposiciones normativas e instancias administrativas que apoyan y promueven el cumplimiento de los principios de solidaridad y equidad en el Sistema Nacional de Salud, de manera que el gobierno, la empresa privada y los ciudadanos participen en el financiamiento del sistema de acuerdo a sus responsabilidades y capacidades y que la asignacion de los recursos se realice en funcion de las necesidades de la poblacion, y con prioridad en los grupos poblacionales desposeídos

MODELO DE GESTIÓN
Conjunto de principios y normas tecnicas administrativas que orientan y rigen la forma de administracion de una organizacion y el desarrollo de las funciones asignados a los elementos que la integran

MODELO DE PROVISIÓN
Es el conjunto de modalidades alternativas para la entrega de servicios de salud a la poblacion, con cobertura universal

NIVEL DE POBREZA
Limite establecido al comparar el nivel de ingresos de los hogares con el costo de la canasta basica alimentaria y la canasta ampliada (dos veces el costo de la canasta basica)

NIVEL OPERATIVO
Nivel de ejecución de las actividades en la busqueda de un objetivo comun

NORMA
Guia completa y sistematica que ayuda al proveedor de atencion y al paciente a tomar decisiones sobre la atencion apropiada

OBJETIVO
Deseo que se quiere hacer realidad Puede ser general o especifico

ORGANIZACIÓN
Conglomerado de estructuras y personas que van tras el logro de un fin comun

PARTICIPACIÓN CIUDADANA EFECTIVA
Es la participacion activa y consciente de la poblacion en la deteccion de necesidades y priorizacion de soluciones a los problemas de salud para apoyar la gestion de los servicios a nivel de la comunidad

PLAN
Conjunto de programas y proyectos coherentes, integrados, interrelacionados y conducentes a un objetivo comun, a lograr en un tiempo y espacio predeterminado Conjunto armonico de decisiones racionales que conducen a un objetivo comun

PLANIFICACIÓN
Proceso sistemico y continuo de prevision y organizacion racional de los recursos, con miras a lograr objetivos y metas en un tiempo y espacio predeterminados

PLURALISMO
Oportunidad de participacion de todos los actores sectoriales y de la ciudadania en el proceso de planeacion, organizacion, financiamiento, ejecucion y control de las politicas de salud

POBREZA ABSOLUTA
Se encuentran ubicados en esta situacion aquellos hogares cuyos ingresos son menores que el costo de la canasta basica alimentaria, la cual es diferenciada por area de residencia

POBREZA RELATIVA
Aquellos hogares cuyos ingresos son mayores que el costo de la canasta basica alimentaria, pero son menores que el costo de la canasta ampliada

POLÍTICA
Expresion formal o virtual del poder politico acerca de la forma como se dara satisfaccion a las necesidades de la poblacion

PRIMER NIVEL DE ATENCION
Conjunto de instituciones que proporcionan atencion simplificada de salud a la poblacion Comprende las Unidades de Salud, Casas de Salud, Dispensarios y Centros Rurales de Nutricion

PROCEDIMIENTO
Metodo, operacion o serie de operaciones con que se pretende obtener un resultado

PROMOCIÓN DE LA SALUD

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

RECURSOS

Son los medios que utilizamos para realizar una actividad personas, financiamiento, planta, materiales, equipos, legislacion, tiempo, etc

REFORMA DE SALUD

Es un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del Sector con el proposito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestion y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfaccion de las necesidades de salud de una poblacion

RENDIMIENTO

Volumen de produccion o de servicios de un factor, por unidad de tiempo

ROL REGULADOR

Funcion que se ejerce a traves de un conjunto de leyes, decretos, reglamentos, circulares, normas y otros instrumentos que permiten el diseño, evaluación, control y monitoreo de procesos tecnicos y administrativos propios del Sistema de Salud en los subsistemas publicos, privados y otros, con el fin de lograr un mejoramiento continuo del nivel de salud de la poblacion

SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

Conjunto de instituciones que proporcionan atención de salud ambulatoria y de hospitalizacion en las cuatro especialidades Pediatria, Medicina Interna, Cirugia General y Gineco-obstetricia

SEGURO DE SALUD UNIVERSAL

Estrategia a traves de la cual toda la poblacion garantiza su acceso a los servicios de salud

SISTEMA DE SALUD

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

SOLIDARIDAD

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

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

SUPERVISIÓN
Proceso administrativo educativo que orienta, guia, dirige y coordina la ejecucion de las actividades, permitiendo comparar lo realizado con lo programado o esperado, con el fin de corregir, desarrollar y/o modificar actitudes y habilidades para lograr el maximo de calidad y rendimiento de acuerdo a la realidad existente

TERCER NIVEL DE ATENCION
Conjunto de instituciones que ofrecen servicio de salud ambulatoria y de hospitalizacion en las diferentes especialidades medicas y sub-especialidades

UNIVERSALIDAD
Es el derecho que tiene toda la poblacion de acceder a los servicios de salud de calidad

VISIÓN
La vision de la organizacion es una especie del "yo ideal" de la organizacion, lo que nos gustaria ser en el futuro Es un blanco, una imagen ideal, un "que" a donde se quiere llegar

Siglas Utilizadas

C N S	Comision Nacional de Salud
C S S P	Consejo Superior de Salud Publica
C N S	Consejo Nacional de Salud
I S S S	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
E P S	Entidades Promotoras de Salud
C C S S	Caja Costarricence de Seguridad Social
H P A	Hospital Publico de Autogestion
A R S	Administradores del Regimen Subsidiado
I P S	Instituciones Proveedoras de Salud
I S A P R E S	Instituciones de Salud Previsional
I S R I	Instituto Salvadoreño de Rehabilitacion de Invalidos
M S P A S	Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social
C N D	Comision Nacional de Desarrollo
C P M S P	Comision Presidencial para la Modernizacion del Sector Publico
S N S	Sistema Nacional de Salud
E B A I S	Equipo Basico de Atencion Integral de Salud
S A L	Sociedades Anonimas Laborales

DOCUMENTACION CONSULTADA

- Constitucion (Explicada) – FESPAD, 1998
- Codigo de Salud (Con reformas hasta diciembre de 1993) – MSPAS/OPS
- Informe sobre Desarrollo Humano 1998 – PNUD
- Bases para el Plan de Nacion – Comision Nacional de Desarrollo – Enero 1998
- Plan de Gobierno de la Republica de El Salvador 1994 – 1999, (MIPLAN - 1994)
- Plan Nacional de Salud 1994 – 1999 / MSPAS, octubre 1994
- La Reforma de Salud Hacia su Equidad y Eficiencia – ANSAL - Sintesis Ejecutiva – Mayo 1994
- La Reforma de Salud Hacia Su Equidad y Eficiencia – ANSAL – Informe Final – Mayo 1994
- Diagnostico Institucional y Gerencial del MSPAS – Programa de Modenizacion del Sector Publico – Mayo 1994
- Caracterización y Agenda para la Modernización del MSPAS – Programa de Modernizacion del Sector Publico – Julio 1994
- Documento Guia para la Reforma del Sector Salud en El Salvador (Borrador para discusion) – Grupo de Reforma del Sector Salud – Enero 1995
- Normas y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiologica de las Intoxicaciones Agudas y Cronicas por Plaguicidas MSPAS 1998
- Salud para todos los Mexicanos – (Lineas estratégicas para un Programa de Salud 1994 – 2000) – Noviembre 1994
- El futuro de la Salud en Colombia – Ivan Jaramillo – 1996
- Reforma del Sector Salud – Costa Rica – Enero 1998
- Estimacion del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1996 – Mayo 1998
- El Salvador Plan de Nacion del Sector Salud (Documento Preliminar para discusion) – Dr Roberto Badia – 23 de septiembre de 1998
- El Desafio Salvadoreño De la Paz al Desarrollo Sostenible – Comision de Desarrollo Sostenible (FUSADES) y Consejo Empresarial Salvadoreño para el Desarrollo Sostenible (CEDES)
- Introduccion a la Teoria General de la Administracion (Cuarta Edicion) – Idalberto Chiavenato – Editora McGraw Hill
- Planificacion y Programacion – Carlos Hernández Orozco – Departamento de Publicaciones de la Universidad Estatal a Distancia (UNED), Costa Rica
- La Mision de la Empresa – Karl Albrecht – Ediciones Paidos Iberica, S A , Barcelona, España
- Encuesta Nacional de Salud Familiar – FESAL 1993
- Encuesta Nacional de Salud Familiar – FESAL 1998
- Proyeccion de la Poblacion de El Salvador 1995-2025 - DIGESTYC, 1996
- Salud en Las Americas – OPS, 1998
- Situacion Alimentaria y Nutricional de la Población de El Salvador 1988-1998 , Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social – AID
- Cobertura de Saneamiento Basico a nivel nacional, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social – OPS, 1998

- Diagnóstico de la Situacion de Salud en El Salvador, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social, 1998
- Normas y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiologica de las Intoxicaciones Agudas y Cronicas por Plaguicidas, Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social – 1998
- Analisis Sectorial de Residuos Solidos en El Salvador, Ministerio de Salud, Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Alcaldia de San Salvador, Organizacion Panamericana para la Salud –1998
- Indicadores Basicos, Programa Analisis de Situacion de Salud, Division de Salud y Desarrollo Humano - OPS,1998
- La Reforma del Sector Salud en Chile, Experiencias y Retos – OPS 1994
- Estrategias Innovadoras en Salud – La Reforma Programatica y Financiera Chilena, Ministerio de Salud de Chile – 1998
- Novedades, Organismos, Indicadores, Comunicacion – Ministerio de Salud Publica de la Republica Oriental del Uruguay – 1998
- Hospital Publico de Autogestion, Marco Conceptual, Estrategias e Instrumentos Operativos – Ministerio de Salud de Argentina – 1997
- Numero de defunciones por grupo de edad por sexo, segun causa 1996 DIGESTYC
- Diez Primeras Causas Mas Frecuentes de Morbilidad, 1997 Unidad de Informacion, Monitoreo y Evaluacion MSPAS Enero 1998

ANEXOS

ANEXO No. 1

PROMEDIOS ESTIMADOS GASTO NACIONAL EN SALUD PER CÁPITA Y GASTO NACIONAL EN SALUD EN PORCENTAJE EL PRODUCTO INTERNO BRUTO CENTROAMÉRICA 1995

PAIS	(1) GNS (Miles de colones)	(2) POBLACIÓN (Miles de habitantes)	(3) GNS PER CAPITA $	(4) PIB PER CAPITA $	(5) GNS % DEL PIB	(6) PIB (Miles de colones)
Belice	22,684	214	106	2 696	3 9	576 944
Costa Rica	739,200	3 300	224	2 610	8 6	8 613 000
El Salvador	838,980	5 310	158	1 610	6 8	8 549 100
Guatemala	594 776	10 621	56	1 340	4.2	14 232,140
Honduras	240 328	5 462	44	600	7 4	3 277,200
Nicaragua	144 865	4 139	35	380	9.2	1 572 820
Panamá	665 390	2 630	253	2 750	9.2	7,232 500
X Centroaménca	3,246,223	31 676	102		7 4	

⇒ Fuente La Salud en las Américas OPS Edición 1998

NOTA Procedimiento de calculo GNS (1) = GNS Per capita (3) x Poblacion (2)
PIB (6) = PIB Per capita (4) x Poblacion (2)

ANEXO No. 2

OCUPACION DE CAMAS HOSPITALARIAS ASOCIACION DE HOSPITALES PRIVADOS DE EL SALVADOR (Encuesta Mayo – Agosto de 1998)\

UBICACION	No de Hospitales	No de Camas	No de Quirofanos	% Ocupación de Camas	Disponibilidad de Camas
San Salvador	12	468	39	45	257
San Miguel	3	171	7	40	102
Santa Ana	2	61	4	50	30
TOTALES	**17**	**700**	**50**	**45**	**389**

⇒ Fuente Asociación de Hospitales Privados de El Salvador (AHPES)

Previous Page Blank

ANEXO No. 3

PREGUNTA En su opinion ¿Que es lo mas urgente que debe hacer el Gobierno para mejorar la situacion de salud en el pais? Considerando el CORTO PLAZO en menos de tres años, MEDIANO PLAZO de tres a seis años y LARGO PLAZO, seis años en adelante

PROPUESTAS	CORTO	MEDIANO	LARGO
	F	F	F
1 Incrementar el Presupuesto	76	29	16
2 Fortalecer la APS	45	26	19
3 Capacitación y formación de los RRHH	34	38	21
4 Mejorar los servicios básicos	14	35	18
5 Reestructuración del SNS	42	30	42
6 Coordinación interinstitucional e intersectorial	39	34	27
7 Mejor y más infraestructura	8	20	35
8 Estratificación de la población	9	8	8
9 Mejorar y unificar el Sistema de Información	3	2	7
10 Educación en salud	26	23	19
11 Investigación y diagnóstico en salud	26	26	10
12 Descentralización	38	21	19
13 Mayor participación de la Sociedad Civil	15	22	15
14 Mayor equipamiento y abastecimiento	34	17	12
15 Políticas y Normas	38	43	38
16 Evaluación y supervisión de salud	15	26	24
17 Seguros de Salud	9	13	19
18 Planificación estratégica	0	1	1
19 Acceso a los servicios	11	10	8
20 Sistemas Sanitarios	14	29	26
21 No respondieron	58	101	170
TOTAL	554	554	554

NOTA En la sistematización se incluyeron las dos primeras respuestas de cada uno de los encuestados, haciendo un total de 554 respuestas para cada plazo

ANEXO No. 4

La Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina

Los sistemas de salud vigentes en algunos países de America Latina han sido producto de iniciativas de la Organizacion Panamericana de la Salud en la decada de los años cincuenta, las cuales plantearon objetivos y organizaciones que ya no responden a las necesidades actuales y mucho menos a las futuras

Algunas de estas Organizaciones de Salud son todavia de tipo patriarcal y burocratico Las decisiones se toman en forma centralizada y sin mayor participacion de los diferentes actores del sistema Los programas de salud enfatizan el aspecto curativo medido con parametros cuantitativos, donde el cumplimiento de las metas es de mayor importancia que la calidad y calidez en la atencion

Por esta razon las organizaciones de salud de América Latina se estan reformando en Sistemas Nacionales de Salud, en los que se han incorporado objetivos tendientes a mejorar los resultados, optimizar la utilizacion de los recursos, disminuir las inequidades y satisfacer al usuario

En los modelos de organizacion se han incorporado acciones innovadoras tales como planificacion estrategica, programas de salud basados en evidencia, compromisos de gestion, prioridades programaticas, modalidades privadas y otras

En los programas de salud se busca incrementar la cobertura, desarrollar la atencion primaria e incorporar acciones tendientes a proporcionar una atencion con eficiencia, eficacia y calidad a la mayoria de la poblacion

I SISTEMA DE SALUD DE ARGENTINA

El Sistema de Salud en Argentina esta formado por el Ministerio de Salud y Accion Social y las Obras Sociales Estas ultimas son una especie de entidades previsionales de salud

El Ministerio de Salud y Accion Social tiene su sede en la capital del pais, y en cada provincia existen Ministerios de Salud que conforman el Consejo Federado de Salud, una instancia deliberativa y consultiva El Ministerio de Salud y Accion Social tiene como funciones dictar la politica nacional de salud, normar y regular la salud del pais, ademas de financiar la salud de los pobres

El Ministerio dicta las politicas de salud en el Plan Nacional de Salud, las que deben ser cumplidas por las instituciones del sistema Sin embargo las provincias pueden adaptarlas a su realidad

Los establecimientos de salud se organizan en primero y segundo nivel, y un nivel hospitalario especializado o tercer nivel Una de las principales reformas en el nivel hospitalario es lo referente al modelo de Hospital Publico de Autogestion (HPA), llamado tambien "Hospital Moderno u Hospital Empresa"

El HPA forma redes con otros establecimientos publicos y privados del area geografica de influencia constituyendose en el eje de la red de servicios

Un aspecto fundamental del HPA es considerar al presupuesto como un instrumento de analisis economico y de gestion, para lo cual es necesario especificar las actividades a desarrollar, el producto que se desea alcanzar y las unidades de gestion involucradas en cada caso

Las Obras Sociales compran servicios de salud a los hospitales publicos o privados, consultorios particulares y medicos en general La contratacion de medicos se realiza a traves del Colegio Medico En cuanto a recurso humano en salud, el Gobierno Nacional tiene programas de formacion que coordinan la calidad y cantidad del mismo y para ello cuenta con la participacion activa de los formadores de recursos humanos

En conclusion, los principales aspectos que se advierten en el Sistema de Salud de Argentina son

1 La autonomia de las provincias no permite la homologacion de las politicas de salud
2 No se advierten mecanismos de control de las "Obras Sociales"
3 Hay autonomia de proveedores publicos y privados
4 Hay libre eleccion de proveedores publicos y privados, por parte del usuario
5 Sistema de Salud esta hipermedicalizado
6 Las provincias adaptan a su realidad las politicas nacionales emanadas del nivel central
7 La consulta privada es menos del 5%
8 La unica vinculacion del Ministerio de Salud del Nivel Central y las provincias es a traves del Consejo Federado de Salud

II SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA

La organizacion de la salud en Costa Rica, data de la decada de los años cuarenta, con la creacion en 1943 de la Caja Costarricense de Seguridad Social (C C S S) A partir de esta decada se han efectuado ajustes a fin de alcanzar la universalidad de los servicios de salud

En 1961, se propone universalizar la seguridad social en un plazo de 10 años, en 1973 se traspasan los hospitales del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguridad Social, en 1975 se crea el Seguro Obligatorio para los pensionados, en 1978 se crea la legislacion para la incorporacion de los trabajadores independientes, en 1984, se establece el Regimen de Asegurados por cuenta del Estado, que incluye al indigente, en 1989 se inicia la autonomia de los proveedores, en 1993 se traspasan los servicios de atencion primaria a la C C S S , en 1993 se dicto la Ley de Seguro Universal Obligatorio para todos los Costarricenses y a partir de 1999 se consolidara la autonomia de los proveedores, mediante la aplicación de la Ley de Desconcentracion y de Creación de Sociedades Anonimas Laborales

En la actualidad el Sistema de Salud de Costa Rica se compone de dos instituciones con funciones complementarias, el Ministerio de Salud Pública que tiene un rol rector, normador y regulador, y la Caja Costarricense de Seguridad Social, que es la mayor proveedora de servicios de salud

El Sistema Nacional de Salud funciona con una organización basica que son las "Areas de Salud", las cuales estan formadas por Equipos Basicos de Atencion Integral de Salud (EBAIS) y un hospital de segundo nivel

Los EBAIS realizan actividades de promocion en salud, prevencion, curación y de referencia Estos equipos o EBAIS son formados para cada 4,000 personas aproximadamente y son la puerta de entrada al sistema

Paralelamente el Ministerio de Salud ejerce funciones de rectoria, normativas, regulatorias, acreditacion, etc , a traves de equipos destinados a cada area de salud

La Caja Costarricense de Seguridad Social ha emprendido un programa de desconcentracion, facilitando mediante contrato de gestion, la administracion de clínicas denominadas Sociedades Anonimas Laborales (SAL), que son entidades formadas por no menos del 51% de los empleados de la institucion, cada una de ellas, con no mas del 10% de capital accionario

La CCSS paga a estas instituciones por capitacion y las clinicas son responsables hasta el segundo nivel de atencion incluyendo la atencion preventiva y la promocion de salud La CCSS pretende incrementar la desconcentracion de la provision de servicios en todo el territorio nacional

En resumen, el modelo de salud de Costa Rica se caracteriza por

1 Universalidad a traves del Seguro de Salud Obligatorio
2 Fondo Nacional Unico, a traves de la C C S S
3 Autonomía de gestion de los proveedores publicos y privados
4 Ministerio de Salud rector y con funciones de acreditacion
5 Una CCSS compradora de servicios de Salud
6 Financiamiento por trabajadores, empleadores, pensionados, pensionadores y el Gobierno

III SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA

En la decada de los años cuarenta se crea la Caja Nacional de Prevision y el Instituto Colombiano de Seguridad Social

Al igual que en otros paises de America Latina, se hicieron revisiones periodicas al sistema de salud y en 1991 la Asamblea Constituyente incorpora tres principios de la Seguridad Social

- Universalidad
- Solidaridad
- Eficiencia

Para el cumplimiento del principio de eficiencia se abren las puertas a la competencia y la concurrencia entre el sector publico y privado para la prestacion de los servicios publicos de la seguridad social

En 1993, la Comision de Seguridad Social establece las bases tecnicas para la Ley 100, dicha ley desarrolla y define el sistema de Seguridad Social Integral, bajo la guia de dos ideas rectoras

- Conseguir cobertura universal
- Crear un ambiente para la libre competencia y libre eleccion

Esta ley incorpora ademas de los principios constitucionales antes mencionados, la descentralizacion y la participacion ciudadana

El gran aporte del pensamiento neoliberal contemporaneo al nuevo diseño de la seguridad social en salud en Colombia ha sido propiciar la libre seleccion de los usuarios entre diferentes entidades promotoras de salud (EPS), las Instituciones Proveedoras de Servicios (IPS), y los profesionales de la salud

Todas las EPS, ofrecen el mismo plan integral de salud y todos los afiliados deben pagar una proporcion igual de su ingreso La libre seleccion en el sistema colombiano, se hace unica y exclusivamente en funcion del prestigio, la calidad, la oportunidad y la accesibilidad geografica que se ofrece a los usuarios

El nuevo regimen facilita la participacion del sector privado y de las organizaciones asociativas en el nuevo sistema

El Sistema de Salud Colombiano funciona bajo la direccion y control del Ministerio de Salud y de un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Los Gobernadores y Alcaldes son los responsables de la identificacion de la poblacion mas pobre y beneficiaria de los subsidios y de la formacion de entidades publicas y privadas para la administracion de los subsidios

Para garantizar un Plan Integral de Salud a toda la población colombiana, el Sistema incorpora tres instituciones fundamentales

1 Las Entidades Promotoras de Salud (EPS)
2 Las Instituciones Proveedoras de Servicios (IPS)
3 Fondo de compensacion y reaseguramiento nacional

El Sistema Colombiano de Salud es complejo y esta siendo implementado lentamente mediante el proceso de acreditacion en los diferentes departamentos y/o regiones

En conclusion, el modelo de salud de Colombia se caracteriza por

1 Ministerio de Salud con funcion de rectoría
2 Consejo Nacional de Salud y Seguridad Social que cumple funciones de rectoria y administracion del fondo de seguridad y garantia
3 Una Superintendencia de Salud con funciones de vigilancia y control de los recursos financieros y la calidad de los servicios
4 Una separacion entre los programas de Salud Pública a cargo del Ministerio de Salud, las Secretarías Departamentales y Municipales y los servicios profesionales (privados) a cargo de las Aseguradoras (Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado)
5 Descentralizacion de los recursos financieros en los Departamentos y Municipios para el pago de los servicios de 1°, 2° y 3er nivel
6 Un regimen contributivo de seguridad social manejado por treinta EPS y financiado por el 12% de las contribuciones obrero-patronales
7 Un fondo de compensacion que garantiza el mismo presupuesto para todas las EPS
8 Un regimen subsidiado, manejado por los Administradores del Regimen Subsidiado (ARS) y financiado con recursos fiscales de los Municipios y aportes de solidaridad por parte del regimen contributivo
9 Un sistema de proveedores publicos (Hospitales) organizados en forma autonoma y descentralizados bajo la modalidad de las Empresas Sociales del Estado
10 Consagracion del principio de libre elección por parte de los usuarios sobre los aseguradores y los proveedores

Este nuevo Sistema aunque ha impulsado la participacion privada en el sistema de salud y la ampliacion de la cobertura, no presenta en este momento un aumento en la calidad de los servicios principalmente porque el recurso humano de salud se encuentra desmotivado, tanto por la forma en que opera el sistema, como por su precaria situacion salarial

IV SISTEMA DE SALUD DEL URUGUAY

El Ministerio de Salud Publica tiene como mision velar por el estado de salud de la poblacion y recuperar la misma en caso de enfermedad, formular las politicas y las estrategias de salud a nivel nacional y garantizar un nivel adecuado de asistencia a la poblacion, fortalecer la accion normativa, de control, prevencion y promocion de salud, focalizar la asistencia medica gratuita hacia los sectores de poblacion indigentes y carentes de recursos, promoviendo la reforma gradual de gestion de las prestaciones de los Hospitales Publicos, fundado en la descentralizacion operativa que tienda a un mejor aprovechamiento de las capacidades humanas y hospitalarias

IV 1 PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN URUGUAY

En Uruguay hay cobertura universal de atencion en salud, siendo proporcionada a traves de cinco instancias

1 Ministerio de Salud Publica, con cobertura de un 100% de la poblacion respecto a medicina preventiva y unicamente un 20% de medicina curativa
2 El Banco de Asistencia y Prevision Social atiende un 18% de la poblacion total y en su mayoria compra servicios
3 Las Mutuales, que atienden un 70% de la poblacion, nacieron como organizaciones de ayuda mutua a fines del siglo pasado Son compañias de Seguro de Salud, con sistema de prepago, eficientes y compiten entre si para dar la mejor atencion a los usuarios, los cuales reciben las mismas prestaciones no importando su condicion socioeconomica Hay un sindicato de medicos que trabaja por el metodo de prepago, incluye unos 2000 medicos Todos los pacientes afiliados tienen libre escoge de institucion y de medicos El pago por estos seguros es de $50 00 mensuales, los cuales son suministrados por el Gobierno, Banco de Asistencia y Prevision Social y trabajadores independientes, segun corresponda
4 Instituto de Medicina Altamente Especializada (IMAE) Es responsable de la atencion medica especializada Se financia con el pago de $5 00 por mes adicionales al seguro original Ademas el Fondo se nutre con aportes publicos y privados y es administrado por personas pertenecientes a ambos sectores
5 Unidades de Medicina de Urgencia o Unidades Moviles Por un modico pago el paciente tiene servicios de emergencia-urgencia en su domicilio y si el caso lo amerita es trasladado a un centro hospitalario

En noviembre de 1987, fue emitida la Ley que crea la Administracion de Servicios de Salud del Estado (A S S E), como un ente descentralizado del Ministerio de Salud Publica y cuya funcion principal es la de administrar los establecimientos de atencion medica del Ministerio de Salud

IV 2 NOVEDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL URUGUAY 1997

a) PROGRAMA DE DESARROLLO HOSPITALARIO Y ATENCIÓN EN BARRIOS Y ZONAS PERIFÉRICAS

A partir de 1997 fue puesto en marcha el Programa de Fortalecimiento y Desarrollo Hospitalario con la finalidad de agilizar la gestion en salud, procurar mejor oportunidad en la toma de decisiones y una mayor eficiencia en las unidades hospitalarias Igualmente, ha sido fortalecida la atención en barrios y zonas periféricas de la ciudad, mediante la instalacion de policlinicas comunitarias que permitan a la población de escasos recursos, acceder a servicios de salud integral

b) FONDO NACIONAL DE RECURSOS

El Fondo Nacional de Recursos es un sistema solidario mediante el que cualquier uruguayo independientemente de su situacion socioeconomica tiene acceso a la medicina altamente especializada sin costo, funciona como una persona pública no estatal, que se nutre de aportes economicos publicos y privados y es dirigida por representantes de ambos sectores

Ha sido creado para financiar la cobertura de actos medicos especializados y costosos, los que se efectuan a traves de Instituto de Medicina Altamente Especializada

c) HACIA MUNICIPIOS Y COMUNIDADES SALUDABLES

El desarrollo de los Municipios y Comunidades Saludables es un objetivo primordial de la Direccion General de la Salud Para su consecución se emplea principalmente la estrategia de Atención Primaria de Salud

Para incorporarse al Programa de Municipios y Comunidades Saludables, se procura la sensibilizacion de las autoridades municipales en reuniones de reflexion y analisis sobre la salud, las atribuciones del Municipio y las posibilidades de mejorar las condiciones de vida de sus habitantes Se organiza y mantiene activo un Comité Departamental de Salud, cuya primera función es elaborar un diagnóstico de salud a partir de diagnosticos sectoriales

V. SISTEMA DE SALUD DE CHILE

El sistema de salud chileno ha ido evolucionando con la finalidad de proporcionar cada vez mejor atencion de salud a la poblacion

En 1980 se reorganizó el Servicio Nacional de Salud (SNS) y el Servicio Medico Nacional de Empleados (SERMENA), al mismo tiempo que se redefinieron las funciones del Ministerio de Salud

- ➢ Se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con las caracteristicas de autonomia administrativa, patrimonio y personal propio, manejo presupuestario independiente y exclusividad de las funciones operativas
- ➢ Las funciones normativas y de control permanecieron asignadas al Ministerio de Salud
- ➢ La funcion financiera fue asignada al Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Municipalización de la Atención Primaria

A partir de 1981, se traspasaron a las distintas municipalidades del pais, la totalidad de los establecimientos del primer nivel de atencion En base a un convenio, el municipio debe administrar el personal y los bienes, entregar las atenciones de salud en este nivel a la poblacion beneficiaria, en conformidad a las normas establecidas por el Ministerio de Salud, el cual a traves de un Servicio Regional supervisa y entrega las orientaciones a las municipalidades

El financiamiento se establecio principalmente por facturacion de las atenciones prestadas en los consultorios, segun el valor unitario asignado a ellas

En 1981 se permite la formacion de las Instituciones de Salud Previsional(ISAPRES), entidades privadas a las que los interesados puedan optar en sustitucion del Sistema Estatal

A las ISAPRES se les faculto para afiliar trabajadores que podrian contribuir al financiamiento de un Plan de Salud con sus propias cotizaciones, ademas estaban autorizadas para administrar los beneficios ofrecidos y proveer directamente las atenciones, las cuales debian ser proporcionadas por instituciones privadas

> En resumen, las reformas impulsadas durante la decada de los años ochenta consistieron fundamentalmente en Descentralizar el sistema de salud publica, crear instituciones de salud previsional, transferir a los 334 municipios del pais la responsabilidad de la atencion primaria y crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Las Instituciones de Salud Previsional, en la medida que han cumplido una decada de existencia, comienzan a evidenciar problemas inicialmente no previstos Es ejemplo de ello un significativo aumento de los costos, como ocurre en todo sistema de seguro que no regula la demanda de atenciones

En 1992 el gobierno envio al Parlamento un proyecto de ley que reformaba la legislacion de ISAPRE en dos materias centrales

1 Mayores atribuciones de fiscalizacion para la Superintendencia de ISAPRES
2 Mayor equidad en la relacion contractual ISAPRE-Afiliado

El Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal

Entre 1981 y 1988 el gobierno traspaso los consultorios y postas de atencion primaria a los respectivos municipios en un esfuerzo descentralizador y para involucrar al municipio en la problematica de salud de sus habitantes

La evaluacion practicada por expertos, trabajadores de la salud y usuarios de este proceso es negativa

En este contexto, en enero de 1992, se presento al Parlamento un proyecto de ley para normar el Sistema de Atencion Primaria, con tres planteamientos centrales

De los Funcionarios

- Los trabajadores de los establecimientos de atención primaria vuelven a ser funcionarios públicos
- Garantiza, por lo demás, la igualdad de oportunidades para el ingreso, acceso a la capacitacion, la objetividad de las calificaciones y estabilidad en el empleo
- Establece finalmente una carrera funcionaria de 15 niveles sucesivos y crecientes

De la Administración

Entrega definitivamente todos los establecimientos a la propiedad del respectivo municipio en quien radica la responsabilidad de la atención primaria No obstante, las normativas, planes y programas serán impartidos por el Ministerio de Salud

Del Financiamiento

Establece que sin perjuicio de los fondos que cada municipalidad destine al financiamiento de sus servicios de salud, por Decreto Supremo cada año se establecera un aporte estatal a cada entidad administrativa de salud municipal

Los cambios del Ministerio de Salud de Chile, para el periodo 1997-2000, son reformar las estrategias y programas de salud publica, modernizar y fortalecer el sector publico de salud y, finalmente, lograr mayor transparencia del Mercado de Seguros, considerando que en Chile un 70% de la poblacion atiende sus necesidades recuperativas de salud en el sector publico y un 30% en el sector privado

Los objetivos son satisfacer las necesidades del usuario, en terminos de cobertura y calidad de la atencion, disminuir las brechas de equidad, mejorar los resultados y controlar los costos, lo que no significa disminuir la financiacion en salud, sino utilizar adecuadamente los recursos

- La Reforma Programatica implica pasar de programas cuantitativos a programas cualitativos, con enfasis en las actividades de prevención, fomento y proteccion, que aseguren lo esencial para atender las necesidades de salud, con un mejoramiento permanente de la calidad

Los cambios introducidos en el sistema financiero estan orientados a proporcionar a la poblacion una atencion de salud de mejor calidad y proveer financiamiento para nuevos programas relacionados con la atencion de la poblacion de la tercera edad

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), ente rector de la captacion y administracion de las finanzas del sector publico de salud en Chile, se caracteriza por tener en la actualidad un plan de prestaciones que cubre mediante el arancel del regimen de prestaciones y las bonificaciones financieras brindadas La actualizacion en forma gradual de los beneficios que otorga, que incluye la incorporacion, eliminacion y/o modificacion de las prestaciones medicas, el estudio de las coberturas financieras y co-pago, y las condiciones de satisfaccion en la entrega

Con respecto a las necesidades de los usuarios del sistema publico, el FONASA se ha preocupado en una primera etapa de determinar aquellos elementos generales que preocupan mas a sus beneficiarios Entre estos se destaca la importancia que tiene para el usuario los tiempos de espera para acceder a una intervencion quirurgica, la cobertura para las patologias graves y de alto costo y las necesidades especificas de los adultos mayores

Asimismo, la institucion ha definido como aspectos relevantes en la actualizacion de los beneficios que entrega, los siguientes criterios

- Oportunidad en el acceso a la atencion
- Orientacion de la compra de atenciones de salud basada en las necesidades de los distintos grupos
- Calidad de Atencion
- Libre eleccion
- Participacion de los usuarios
- Utilizacion de la red asistencial existente en el pais en forma integral, considerando el sector publico y privado

En el contexto anterior, el FONASA ha implementado tres programas que son parte del plan de salud y constituyen las acciones visibles de la reforma del Seguro Publico de Salud Estos programas son Programa de Prestaciones Complejas, Programa del Adulto Mayor y Programa de Oportunidad en la Atencion