

USAID
CLAPP AND MAYNE, INC.

ANEXO 1

**ANTECEDENTES Y SITUACION ACTUAL
DEL SECTOR SALUD DE EL SALVADOR**
**DOCUMENTO INFORMATIVO PARA LA
EVALUACION PROPUESTA
DEL SECTOR SALUD**

John L. Fielder Luis Carlos Gomez, William Bertrand

Abril de 1993

TABLA DE CONTENIDOS

	Pag. No.
RESUMEN EJECUTIVO	
1. EL PAIS	1
1 1 PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS POLITICO-ECONOMICOS RECIENTES	1
1 2 NIVELES DE VIDA Y SITUACION DE SALUD	3
1 3 SALUD Y RECONSTRUCCION	5
2. EL SECTOR DE SALUD DE EL SALVADOR UNA VISION GLOBAL	6
2 1 EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION Y LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO	6
2 1 1 PERFIL EPIDEMIOLOGICO (MORBILIDAD)	7
2 1 2 FACTORES DE RIESGO	9
2 1 2 1 FACTORES DE RIESGO BIOLOGICOS	10
2 1 2 2 FACTORES DE RIESGO ECONOMICOS	10
2 1 2 3 FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y COMPORTAMENTALES	10
2 1 2 4 FACTORES DE RIESGO FISICO-AMBIENTALES	10
2 1 2 5 SERVICIOS DE SALUD	10
2 2 EL MARCO DE REFERENCIA LEGAL	11
2 3 ORGANIZACION Y COBERTURA DEL SECTOR	13
2 4 RECURSOS	14
2 4 1 RECURSOS FISICOS Y HUMANOS	14
2 4 2 RECURSOS FINANCIEROS	17
2 5 PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	18
2 6 DINAMICA DEL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD	21
3 EL MINISTERIO DE SALUD	23
3 1 OBJETIVO Y ESTRATEGIAS	23
3 2 ORGANIZACION	23
3 2 1 LAS UNIDADES DE APOYO	25
3 2 2 DIVISION DE ATENCION AL MEDIO	25
3 2 3 DIVISION DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS	26

3 2 3 1	NUTRICION	26
3 2 3 2	ODONTOLOGIA	26
3 2 3 3	ASISTENCIA MEDICA	26
3 2 3 4	SALUD MATERNO-INFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR	26
3 2 3 5	SALUD COMUNITARIA	26
3 2 3 6	SALUD MENTAL	27
3 2 4	ALGUNOS PROGRAMAS CRITICOS DEL MS Y SU RECIENTE DESEMPEÑO	27
3 3	EL DESEMPEÑO GENERAL DEL MS 1976-1991	28
3 3 1	FACTORES QUE CONDICIONARON EL DESEMPEÑO DEL MS EN EL PERIODO 1979-1992	30
3 3 2	IMPEDIMENTOS ESTRUCTURALES PARA UN MEJOR DESEMPEÑO	31
3 3 2 1	ENTIDADES CENTRALIZADAS VERSUS DESCENTRALIZADAS	31
3 3 2 2	PRESUPUESTOS DE INVERSION Y DE OPERACION IMPLICACIONES DE LOS COSTOS RECURRENTE	32
3 3 2 3	EL EXCESO DE PRESUPUESTOS OPERATIVOS Y SISTEMAS FINANCIEROS DEL MS	32
3 3 2 4	IMPLICACIONES DE LA ASIGNACION DE RECURSOS CON BASE EN PRESUPUESTOS HISTORICOS	33
3 3 3	RESPUESTA LOCAL A LA CRISIS DE COSTOS RECURRENTE DEPENDENCIA CRECIENTE DE INGRESOS DE LAS TARIFAS A USUARIOS	34
3 3 3 1	PATRONATOS	34
3 3 3 2	FONDOS DE ACTIVIDADES ESPECIALES	35
3 3 4	EL VUELCO EN EL DESEMPEÑO DEL MS DESPUES DE 1986 Y LAS PERSPECTIVAS FUTURAS	36
3 3 5	OTRAS AREAS PROBLEMA	38
3 3 5 1	ASPECTOS DE PERSONAL	38
3 3 5 1 1	TENDENCIAS EN LA REMUNERACION Y LA PRODUCTIVIDAD	38
3 3 5 1 2	EL SISTEMA DE PERSONAL Y LA RESPONSABILIDAD DEL MS	39
3 3 5 2	CONSULTAS DE URGENCIAS Y HORARIOS ASPECTOS DE EFICIENCIA Y ACCESO	40
3 3 5 3	SI HAN DE CONSTRUIRSE NUEVAS INSTALACIONES, DEBERIAN SER UNIDADES DE SALUD	41

4.	EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL	42
4 1	COBERTURA	42
4 2	DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE AFILIADOS	45
4 3	FINANCIACION DEL ISSS	46
4 4	ASPECTOS DE EFICIENCIA COMPARACIONES INTERNACIONALES Y NACIONALES	46
4 5	COORDINACION ISSS-MS	47
4 6	PRIVATIZACION PARCIAL DE LA ATENCION AMBULATORIA ESPECIALIZADA DEL ISSS	48
4 7	SATISFACCION DE LOS BENEFICIARIOS DEL ISSS	48
5.	EL SECTOR PRIVADO	49
5 1	EL SUBSECTOR LUCRATIVO	49
5 1 1	SEGUROS PRIVADOS DE SALUD	49
5 2	FUENTES DE INFORMACION SOBRE EL SUBSECTOR SIN ANIMO DE LUCRO	52
ANEXO	TIPOS DE SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD PRESTADOS POR ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN EL SALVADOR, 1992	

d

RESUMEN EJECUTIVO

Entre 1979 y 1992 El Salvador se vio sumergido en una guerra civil que tuvo un alto costo en terminos de sufrimiento humano y de alteracion del orden social y economico del pais. El 16 de Enero de 1992, el Gobierno y el Frente Farabundo Marti para la Liberacion Nacional, acordaron la finalizacion de la guerra civil. Actualmente, el pais ha emprendido un proceso necesariamente largo y dificil de reconstruccion y reconciliacion.

TENDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS Y PERFIL ACTUAL.

Desde 1960, El Salvador ha logrado un mejoramiento importante en el estado de salud y en el estandar de vida. Aunque este progreso se hizo manifiesto aun durante los años de la guerra civil, todavia queda mucho camino por recorrer. Continua existiendo una alta proporcion de casos de enfermedad asociados con pobreza (desnutricion y enfermedades infecciosas) en la poblacion infantil, reflejando el bajo estandar de vida de aproximadamente dos tercios de los salvadoreños. Sin embargo, aquellos segmentos de la poblacion adolescente y adulta, de alta movilidad, concentrados en la zona urbana, han entrado en la segunda fase de transicion epidemiologica, en la que prevalecen las enfermedades no infecciosas, y en la que solamente los cambios comportamentales tendran efecto en la modificacion de los patrones de morbi-mortalidad.

La estructura joven y creciente de la poblacion salvadoreña, hace prever que este doble perfil de salud persistira durante las proximas dos decadas, por lo cual, el sistema de salud debera continuar enfatizando la atencion primaria, mientras simultaneamente empieza a desarrollar e implementar estrategias destinadas a modificar comportamientos relacionados con el estado de salud.

LA SITUACION DEL SECTOR SALUD.

Tres grandes protagonistas tiene el Sector Salud de El Salvador: el Ministerio de Salud (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), y el sector privado. En 1991, el 39% del gasto total de atencion en salud, fue realizado conjuntamente por el MSPAS y el ISSS, este gasto correspondio al 3.3% del producto interno bruto.

El MSPAS, que cuenta con aproximadamente 350 instalaciones de salud (70% de las instalaciones del sector), es el mayor de los tres subsectores, esta institucion debe, por ley, atender las necesidades de salud del total de la poblacion. Tradicionalmente, se ha considerado, al MSPAS como el principal proveedor de atencion para el 85% de los salvadoreños, al ISSS, como proveedor de atencion a los afiliados (trabajadores y pensionados), y a sus conyuges e hijos hasta la edad de dos años, los cuales representan el 7% de la poblacion, y el sector privado, como el proveedor de

salud para el restante 5 a 10% Sin embargo, los estudios de los ultimos cuatro años basados en encuestas de hogares a nivel nacional, muestran que no es exacta esta apreciacion sobre la importancia relativa de los subsectores Si bien los indicadores sobre el mercado hospitalario son coincidentes en las diferentes fuentes de informacion, los resultados de las citadas encuestas señalan que la atencion medica ambulatoria del MSPAS es aproximadamente igual a la del sector privado Dichos estudios, tambien encontraron que, los habitantes del Area Metropolitana, son los menos dependientes del sector publico, y los del area rural, los mas dependientes, esto sugiere que, en el area Metropolitana, donde se encuentran ubicados el 85% de los recursos del subsector privado, y el 70% de los recursos de todos los subsectores, deberia modificarse la alta concentracion de recursos del MSPAS y del ISSS

EL MINISTERIO DE SALUD.

Entre 1976-77 y 1990-91, el numero total de consultas medicas realizadas por el MSPAS aumento en un 24% Sin embargo, durante este periodo, el desempeño del Ministerio fue muy irregular En 1982, se inicio un periodo de 7 años, caracterizado por la interrupcion del crecimiento de los servicios ambulatorios, los cuales se estancaron y se hicieron erraticos. El patron de utilizacion de las diversas instalaciones de salud tambien cambio aumento el numero y la productividad de los centros de salud y el decrecimiento de la atencion ambulatoria de los hospitales fue sustituido por el incremento de la atencion en unidades y puestos Hacia 1988 se reestablecio el patron de crecimiento de los servicios del MSPAS pero se incremento notablemente la atencion ambulatoria en los hospitales

Las alteraciones de niveles y patrones de prestacion y utilizacion de servicios del MSPAS, durante la era de 1982-86 fueron ocasionadas por una combinacion de factores asociados con la guerra la severa crisis financiera, que a su vez, precipito una crisis de costos recurrentes, agravada por la estructura organizacional poco integrada del MSPAS, el inadecuado manejo financiero, el metodo de asignacion de los recursos, el crecimiento sustancial de la infraestructura, y la inadecuada financiacion, organizacion y funcionamiento de varios importantes sistemas logísticos Aunque las profundas raices organizacionales de estos factores causales no desaparecieron en los ultimos años de la decada, su impacto fue atenuado por varias condiciones cambiantes, especialmente la disminucion del conflicto armado y una ayuda externa mas abundante y efectiva La persistencia de las causas fundamentales de la mayoria de los problemas continua siendo la razon de la crisis de costos recurrentes Esto se hace evidente en la inadecuada proporcion del presupuesto ordinario que sigue siendo dedicada a gastos diferentes a los de personal, y al hecho de que la USAID continua financiando alrededor de tres cuartas partes de las compras de drogas e insumos medicos del MSPAS, y una porcion importante de los gastos de operacion de este subsector

No obstante la prevalencia de muchos de los problemas claves de estructura y gerencia del MSPAS, la mayoría de ellos han sido identificados como problemas críticos, y actualmente se están desarrollando y/o implementando varias reformas para reducirlos. Existen otros puntos importantes que también deben ser abordados: (1) el predominio del gasto de los hospitales del MSPAS, a expensas de la atención primaria, a pesar de que las camas hospitalarias continúan siendo subutilizadas, (2) el bajo nivel de productividad de los proveedores de atención del MSPAS, (3) la creciente proporción de la atención ambulatoria por urgencias en todos los hospitales y centros de salud, y (4) la efectividad inestable de tres programas críticos del MSPAS -Nutrición, Materno Infantil y Programa Ampliado de Inmunizaciones- durante los últimos dos o tres años.

EL INSTITUTO SALVADOREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL.

La cobertura del ISSS es la más baja entre los países latinoamericanos, tanto en términos de población económicamente activa, como de población total. Sin embargo, debido a varias expansiones recientes y al resurgimiento de la economía, se observa una definida tendencia creciente en ambas mediciones en los últimos tres años. La cobertura de la población económicamente activa del ISSS, tan solo recuperó su nivel pico de pre-guerra, 15.9%, en 1989. Desde entonces, se ha venido incrementando anualmente, alcanzando el más alto nivel de toda su historia, 20%, en 1991. La mayor cobertura a la población nacional total, 10%, fue lograda en 1991.

Los costos administrativos del ISSS han crecido rápidamente desde 1986, observándose una duplicación en la proporción del gasto administrativo con respecto a la registrada en años anteriores. Por otra parte, el promedio de consultas médicas y odontológicas por profesional, identifica uno de los sistemas menos eficientes en las Américas. Aun así, la productividad de los médicos y dentistas del ISSS, es aproximadamente el doble que la de sus contrapartes del MSPAS. Los costos unitarios de sus servicios, sin embargo, son considerablemente más altos que los del MSPAS, aunque ellos dependen del tipo de atención y de instalación, si bien los costos de atención ambulatoria son relativamente comparables, los de los servicios de hospitalización del ISSS son considerablemente mayores.

El Instituto tuvo, por muchos años, un represamiento creciente en la atención de la demanda causando demoras de hasta tres meses en la adjudicación de las citas. Como respuesta a este exceso de demanda, el ISSS, en Mayo de 1991, privatizó parcialmente la atención ambulatoria de especialistas.

El ISSS continúa explorando nuevas vías para la expansión de su cobertura y ha llegado a la conclusión de que, para lograrlo a escala significativa, debe aumentar su tasa de aportes, una de las más bajas en América Latina.

ELEMENTOS DEL SECTOR PRIVADO

El numero de ONG que prestan servicios de atencion de salud en El Salvador, ha aumentado sustancialmente en los utimos dos años, ofreciendo una gran oportunidad de aumentar la cobertura de la atencion

En El Salvador, el mercado de los seguros privados de salud es pequeño, debido principalmente a la obligatoriedad de las contribuciones al seguro social Sin embargo, dicho mercado ha crecido sustancialmente durante la ultima decada entre 1980 y 1990, los pagos a los sistemas de seguridad privada aumentaron en una tasa promedio anual del 25% Actualmente, se estima que 100,000 personas, la mayor parte de ellas, de San Salvador, tienen seguro privado de salud

Dos alternativas, muy frecuentes, a la de los seguros privados, son practicadas por las grandes compañías la contratacion de sus propios proveedores de salud, o la remision de sus empleados a medicos privados, pagando posteriormente la totalidad o la mayor parte de dicha atencion

1. EL PAIS

1.1. PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS POLITICO-ECONOMICOS RECIENTES

Desde 1979 hasta 1992, El Salvador estuvo sumergido en una costosa guerra civil que dejo

- ° 75 000 salvadoreños muertos,

decenas de miles de salvadoreños heridos, y miles con diversos grados de incapacidad fisica y mental permanente debida al trauma de la guerra, y
- ° aproximadamente una quinta parte de la poblacion total, alrededor de 1 millon de personas, residiendo permanentemente en otros paises

Adicionalmente, una cifra estimada en 1 8 millones de salvadoreños (mas de la tercera parte de toda la poblacion) se vieron directamente afectados por la guerra, siendo (1) temporalmente desplazados durante la guerra--a otro pais u a otra area del pais--pero habiendo regresado posteriormente a sus hogares, (2) involuntariamente desplazados de sus hogares, y continuando en esta situacion (estimados en un cuarto de millon de personas), o (3) no desplazados por el conflicto, pero continuado viviendo en condiciones dificiles en las areas geograficas donde ocurrio la mayor parte de la lucha

Ademas del sufrimiento humano, la guerra cobro un elevado tributo en terminos economicos El Ministerio de Planificacion (MIPLAN) ha estimado daños a la infraestructura publica--incluyendo los sistemas de energia electrica, telecomunicaciones, red de transportes, acueductos, escuelas e instalaciones de salud-- y al sector agricola por valor de US\$1 600 millones

Antes del comienzo de la guerra, en el periodo que siguio a la Segunda Guerra Mundial, El Salvador habia llegado a disfrutar de tasas de crecimiento economico altas, y relativamente estables, en terminos reales, el Producto Interno Bruto (PIB) anual crecio, en promedio, al 4 8 por ciento durante la decada de 1950, al 6 1 por ciento en los años 60, y al 4 7 por ciento en los años 70, en la decada del 80 el crecimiento fue negativo (1 2 por ciento Aun en 1992, tras tres años consecutivos de crecimiento sustancial, con un promedio anual del 3 8 por ciento, El Salvador todavia no habia podido regresar al nivel real del PIB que logro en 1978, cuando alcanzo su mas alto indice de todos los tiempos El PIB per capita en 1992 fue solo el 84 por ciento del maximo logrado en tal año

El ingreso real per capita disminuyo aproximadamente un 25 por ciento a lo largo de la decada de 1980, y la incidencia de pobreza aumento Segun la encuesta nacional de hogares urbanos, sobre ingresos y gastos, realizada por el Ministerio de Planificacion, la

proporcion de la poblacion en extrema pobreza-- definida como la incapacidad para comprar una canasta familiar con los requerimientos nutricionales minimos per capita-- aumento del 29 por ciento en 1985 al 33 por ciento en 1988 Con base en dicha encuesta, MIPLAN estimo para 1989, 1 8 millones de salvadoreños (35 por ciento de la poblacion nacional) viviendo en extrema pobreza, otros 1 7 millones, en pobreza relativa, es decir, con posibilidad de poder comprar los requerimientos alimenticios minimos, y solo un 32 por ciento con un ingreso adecuado, o sea, por encima de la linea de la pobreza relativa

En los años 80, el gasto publico fue radicalmente reorientado para poder pagar el esfuerzo de la guerra y el siempre creciente servicio de la deuda publica, y para financiar el aumento del tamaño del sector publico, al mismo tiempo, el bajo desempeño macroeconomico del pais, produjo una disminucion relativa de los ingresos requeridos por el gobierno central Para 1984, el gastos por concepto de servicio de la deuda, del Ministerio de Defensa, y de la Seguridad Publica represento el 50 1 por ciento del gasto publico total, obligando a hacer reducciones en los niveles reales de gastos de virtualmente todas las demas entidades del sector publico, incluyendo el sector salud Segun la Comision Economica de las Naciones Unidas para America Latina (ECLA/CEPAL), entre 1980 y 1988 la proporcion del PIB destinado a gasto social descendio del 6 0 al 3 5 por ciento, dejando a El Salvador como el pais con la menor proporcion de gasto social en toda Centroamerica Esto significo, que al mismo tiempo que descendia el ingreso promedio de los salvadoreños, se deterioraban los diversos servicios publicos --incluyendo los del Ministerio de Salud-- Todavia en 1989, el servicio de la deuda, y los gastos del Ministerio de Defensa y la Seguridad Publica continuaban absorbiendo el 47 por ciento del gasto publico total

Desde un punto de vista macroeconomico, la dificil situacion de El Salvador empezo a cambiar en 1990, gracias a una constelacion de eventos favorables Entre los hechos mas importantes, estuvieron el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, con su concomitante retorno de la confianza y la inversion del sector privado, la firma con el Banco Mundial de un paquete de ajuste estructural, que incluyo la reestructuracion de la deuda externa y un prestamo de US\$20 millones al sector social, y una sustancial ayuda adicional de otros donantes, entre los cuales se destaca la ayuda economica de la Agencia Internacional para el Desarrollo del Gobierno de los Estados Unidos En terminos reales, la economia crecio un 3 4 por ciento en 1990, un 3 5 por ciento en 1991 y un 4 6 por ciento en 1992

Pero, sin lugar a dudas, la explicacion mas significativa del impresionante vuelco en la situacion socioeconomica de El Salvador ha sido de naturaleza politica El 31 de diciembre de 1991, el Gobierno y el Frente Farabundo Martí para la Liberacion Nacional (FMLN), acordaron los terminos de un acuerdo de paz para poner fin

a los doce años de guerra civil El acuerdo fue firmado el 16 de Enero de 1992, en Chapultepec, Mexico, y se conoce como los Acuerdos de Chapultepec En cumplimiento de tales Acuerdos, el cese del fuego comenzo el 10 de febrero de 1992

Aunque los Acuerdos dejaron por negociar muchos detalles importantes, establecieron un marco de referencia general para la organizacion de los sectores social y economico, a fin de que fuera factible desarrollar y acometer actividades que consolidaran la paz y la democracia La respuesta del Gobierno a estas iniciativas fue oportuna y sistemática, a mediados de 1992 expidió el Plan Nacional de Reconstrucción (PNR) El PNR identificó áreas de alta prioridad, siendo su pieza central el desarrollo integrado de los 119 municipios más afectados por el conflicto El PNR exige la participación multisectorial y multi-institucional del gobierno central, de los grupos comunitarios, de los gobiernos locales y de organizaciones no gubernamentales (ONG)

La primera evaluación de necesidades de las antiguas áreas en conflicto, consistió en una encuesta de hogares orientada a identificar el perfil sociodemográfico de los residentes y la percepción de sus necesidades inmediatas más importantes, para mejorar sus condiciones de vida y para reactivar la vida económica del área (municipio) de su residencia Los servicios de salud pública ocuparon un segundo lugar después de la infraestructura Al menos el doble de personas citaron la salud, comparadamente con la generación de empleo, la vivienda, la educación, la alimentación y los servicios municipales, como esencial para la reactivación de su municipio (Daniel Carr & Associates, 1992) Esta claro entonces, que el sector de la salud, y específicamente el Ministerio de Salud, tiene un papel fundamental en la reconstrucción y reconciliación nacionales

1.2 NIVELES DE VIDA Y SITUACION DE SALUD

El cuadro siguiente presenta algunos indicadores importantes de la situación de salud y el nivel de vida en El Salvador, y el adelanto logrado a lo largo de las últimas décadas Es interesante anotar que ni aun la guerra desvió la marcha de progreso

	1960	1970	1980	1990
Expectativa de Vida	50 5			64 4
Tasa de Mortalidad Neonatal	76 3	66 7		59
Tasa de Mortalidad Infantil	20 7			8 7
Tasa de Mortalidad Materna			6 2	1 4
Acceso a Agua Potable				61
Niños Inmunizados (de 1 año)			43	72
Tasa de Alfabetismo en Adultos		57		73

Las tasas relativamente altas de mortalidad neonatal e infantil, y la alta incidencia de desnutricion --el 47 por ciento de la poblacion menor de 5 años sufre de algun tipo de desnutricion-- reflejan la alta incidencia de la pobreza en El Salvador Aunque el ingreso nacional promedio (medido por el PIB per capita) casi se ha duplicado en los ultimos 30 años, aumentando de 1 060 colones a 1 897 colones en 1989, la distribucion del ingreso ha sido durante mucho tiempo altamente sesgada Como lo muestra el cuadro de la pagina siguiente, el 35 por ciento de la poblacion vive en extrema pobreza, otro tercio de la poblacion vive en pobreza relativa, dejando tan solo menos de un tercio de los salvadoreños devengando un ingreso adecuado Este cuadro tambien muestra la distribucion regional de la pobreza en El Salvador

El cuadro siguiente señala que la distribucion varia tambien considerablemente a traves de los departamentos No obstante, la mayor diferencia esta entre San Salvador y el resto del pais Dado, como lo veremos en la siguiente seccion, que aproximadamente un 70 por ciento del total de los recursos nacionales de salud estan localizados en San Salvador, la concentracion del ingreso en esta capital sugiere que la politica de salud publica debe considerar el mejoramiento de la distribucion de los recursos de salud, a fin de mejorar el acceso a la atencion de salud

DISTRIBUCION DE LA POBREZA POR REGION
(Porcentajes)

	EXTREMA POBREZA	RELATIVA POBREZA	TOTAL
Todo el pais	35 00	32 70	67 70
Metropolitana	15 19	30 93	46 12
Occidental	34 45	32 88	67 33
Oriental	40 60	30 13	70 73
Central 2	50 98	26 36	77 34
Central 1	41 51	36 65	78 16

INDICADORES RELATIVOS DE POBREZA POR DEPARTAMENTO
(1 = menos pobreza, 10 = mayor pobreza)

DEPARTAMENTO	POBLACION (Millones)	INDICADOR DE PREVALENCIA RELATIVA
San Salvador	1 37	1 0
Santa Ana	0 45	2 5
San Miguel	0 42	3 1
La Libertad	0 52	3 9
Usulután	0 39	4 9
La Paz	0 27	5 0
Sonsonate	0 39	5 0
San Vicente	0 16	5 3
Cuscatlán	0 19	5 9
Ahuachapán	0 27	6 1
La Unión	0 29	9 5
Cabañas	0 13	7 0
Chalatenango	0 15	7 4
Morazan	0 14	10 0

TOTAL	5 14	

1.3 SALUD Y RECONSTRUCCION

Uno de los legados de la guerra civil es el significativo número de personas con discapacidades físicas y mentales debido a la violencia. Un componente críticamente importante de la reconstrucción nacional será un programa a largo plazo de rehabilitación para atenuar, en la medida de lo posible, los efectos adversos de estas secuelas de la guerra. Aunque el PNR contempla la rehabilitación de estas personas, no proporciona un estimativo de su número.

El Ministerio de Salud está desarrollando un plan a cinco años para la rehabilitación de los heridos de la guerra. El plan tiene una población objetivo de 3 000 personas, y plantea un programa en tres fases: (1) una evaluación médica inicial de "prediagnóstico" encaminada a identificar mejor a las personas que requieren servicios y los tipos de servicios requeridos, así como a evaluar la adecuación de la disponibilidad de esos servicios, (2) una fase de diagnóstico definitivo, y (3) una fase de asistencia médica y rehabilitación. El futuro análisis del Sector Salud (ANSSA), podría servir como un oportuno catalizador para este plan, y podría ampliar su alcance dando un mayor énfasis a la salud mental y los servicios respectivos de rehabilitación.

2. EL SECTOR DE SALUD DE EL SALVADOR: UNA VISION GLOBAL:

2.1 EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION Y LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

La realidad demografica es el denominador de todos los analisis epidemiologicos Basada en proyecciones de censos anteriores, se ha definido una cifra de 5 5 millones como la base poblacional de la mayoria de los calculos El primer conteo del censo de Noviembre de 1992 (Direccion General de Estadisticas y Censos) arrojó una poblacion para El Salvador de aproximadamente 5 050 000 personas Esta cifra debe tenerse en cuenta al interpretar la tasa de crecimiento estimada con base en proyecciones anteriores

Durante el periodo 1985-90 se registro una tasa de crecimiento del 1 9%, para el siguiente periodo de 10 años, se ha estimado una tasa del 2 5% (La cifra mas baja del censo daria lugar a una tasa de crecimiento inferior) El Salvador tiene una densidad de poblacion de 275 habitantes por kilometro cuadrado, estando unicamente por debajo de Haiti, el pais mas densamente poblado de las Americas Aun con las tasas relativamente altas de emigracion, la terminacion de la guerra permite prever un ligero incremento en la tasa de fecundidad (fenomeno comun despues de un prolongado periodo de guerra), que mantendra la tasa de crecimiento a niveles altos Las implicaciones para el sistema de salud de una poblacion relativamente joven, en continuo crecimiento, son claras el sistema tendra un numero cada vez mayor de individuos en el rango de edades dependientes, a quienes tendra que proporcionar atencion Este fenomeno producira un incremento de la proporcion, ya grande, de poblacion menor de 15 años, un 46 por ciento segun los ultimos datos disponibles (1988)

El modelo en que se basaria el futuro analisis del Sector Salud (ANSSA), se fundamenta en la premisa de que el estado de salud de la poblacion debe ser la base para orientar la estructura de los servicios de salud y la asignacion de los recursos de salud Dicho analisis constaria de tres componentes (1) un examen del riesgo (morbilidad y mortalidad), (2) identificacion de los factores que determinan el riesgo, y (3) dentro del contexto resultante, evaluacion de la organizacion del sector y de su desempeño en la disminucion de los riesgos, en la prevencion de la enfermedad, en la promocion de la salud, y en el suministro de cuidados curativos y de rehabilitacion

Estos principios estan bien establecidos en el Ministerio de Salud de El Salvador El Departamento de Estadistica ha mejorado progresivamente el procesamiento y la divulgacion de las estadisticas de morbilidad y mortalidad registradas en los servicios, y el Departamento de Epidemiologia ha avanzado sustancialmente en su sistema de informacion geografica para la vigilancia epidemiologica Aunque la prolongada guerra civil y sus

consecuentes problemas economicos y organizacionales, han creado una situacion en la cual la recoleccion de datos no ha sido tan consistente y oportuna como se desea, existe la base conceptual y operativa para un excelente sistema de informacion de salud sustentado por los Departamentos de Epidemiologia y Estadistica del Ministerio. El Departamento de Epidemiologia recoge datos de morbilidad de buena parte de las instituciones del sector salud la completa lista de enfermedades comunicables, y de algunas otras enfermedades, y el hecho de que la mayoria de los organismos (MS, ISSS y las principales entidades del sector privado) del sector de la salud estan cubiertos en la recoleccion de datos, hacen de estos informes una util base para vigilancia epidemiologica y para planeacion de salud. Tambien debe anotarse que parece haber poca variacion entre las diferentes fuentes de informacion, respecto a las principales causas de morbilidad.

2 1.1 PERFIL EPIDEMIOLOGICO (MORBILIDAD)

El "Resumen Anual de Mortalidad y Morbilidad de 1990" revela la mayor incidencia, esperada por lo demas, de enfermedades infecciosas y parasitarias dominando la morbilidad atendida en las categorias de infantes, niños y adolescentes. En el grupo de edad de 15-44 años, las principales causas de morbilidad, incluyen las enfermedades del sistema reproductivo en las mujeres, y los accidentes y violencias, en ambos sexos, con un componente numericamente importante de suicidio. En el grupo mayor de 45 años, predomina el patron de las enfermedades cronicas, con una alta incidencia de enfermedades cardiovasculares y cancer, y apareciendo de nuevo las enfermedades infecciosas como causa significativa de mortalidad.

Para las enfermedades inmuno prevenibles, cuyas coberturas por vacunacion se encuentran en el rango de 50-60%, el numero total de casos registrados en 1992 fue de 412¹ (cifra que sugiere cierto grado de subregistro). No se han reportado casos de polio en el pais durante los ultimos 18 meses. Este es un record aceptable para un pais con el perfil economico y de cobertura de servicios de El Salvador, saliendo de un importante periodo de contienda civil.

El colera parece estar bajo control. La epidemia latinoamericana se presento por primera vez en El Salvador en 1991, y hasta octubre de 1992, se habian registrado 7 660 casos, con 44 muertes. Los informes actuales indican que el numero de casos ha disminuido a niveles minimos (2-3 casos semanales), y aunque los esfuerzos de prevencion y deteccion deben continuar, la epidemia parece estar controlada.

¹ Este numero sugiere que hay algun grado de casos no registrados.

La desnutricion continua siendo un problema mayor y no parece haber mejorado significativamente desde la ultima evaluacion del sector de salud en 1978. El nivel de desnutricion calorico/ proteica es cercano al 50 por ciento, con niveles moderados y severos en aproximadamente un 15 por ciento de la poblacion menor de 5 años (antropometria peso/estatura). La deficiencia vitaminica es notoria, presentando carencia de vitamina A, un 36 por ciento de los niños en edad preescolar, deficiencia de hierro, un 23%, y problemas de yodo, alrededor de un 25%. Como un problema de salud con etiologia multiple, la desnutricion merece especial atencion, pues adema, es un indicador trazador de la mejoria de todo el sistema (OPS 1992).

Una verdadera historia de exito en el sector de la salud de El Salvador, lo constituye el programa de control de la malaria. Por medio de la utilizacion de una estrategia orientada al control integrado y los grupos de riesgo, el programa ha venido reduciendo la prevalencia de esta enfermedad debilitante a nivel de todo el pais. Cerca del 80 por ciento de todos los casos se encuentran consistentemente en el 25 por ciento del area clasificada como de alto riesgo. Se identificaron unicamente 6 casos de P. falciparum de entre un total de 4 539 casos reportados durante 1992, lo que representan un 95% de reduccion en el numero de casos cuando se compara con los 95,835 casos reportados durante 1980. Esto ha producido un descenso altamente significativo en la incidencia de la enfermedad de 20 a 0.84 por cada 1000 habitantes. Este logro es particularmente interesante cuando debemos reconocer que la incidencia de la enfermedad en los paises vecinos ha aumentado. El programa de malaria por lo tanto amerita un examen especial como una historia de exito dentro del contenido de la evaluacion del sector salud.

Un problema especial en El Salvador, como ya se menciona, es el de la rehabilitacion de aproximadamente 3 500 lisiados de la guerra. El tratamiento medico, psiquiatrico y de otro tipo requerido por estos individuos, es un importante tema politico y social, que requerira una significativa inversion de recursos. A la fecha (febrero de 1993) el problema aun no ha sido adecuadamente evaluado, por lo cual debe ser una prioridad en el Analisis del Sector Salud.

El perfil de mortalidad proporciona informacion adicional para la definicion de las intervenciones prioritarias del sector salud. En 1990, la mortalidad general se estimo en un 8.4 por 1000, y la mortalidad neonatal en 55 por mil. La expectativa de vida, por su parte, aumento de 56-59 años a finales de la decada de 1970, a la media actual de 63.5 años. La gran diferencia en la expectativa de vida de jumeres (67.2) y hombres (59.8) se debe en parte al prolongado periodo de violencia. Las mayores causas de muerte en las primeras edades son las enfermedades infectocontagiosas, principalmente la IRA y la enfermedad diarreica. Se estima que mas del 50 por ciento de las muertes del pais no son medicamente

certificadas La mortalidad por causas debe, por lo tanto, examinarse a través de diversas fuentes para retratar adecuadamente la situación La primera fuente es el informe rutinario de la Dirección General de Estadística, y la segunda, las muertes registradas en los establecimientos del Ministerio de Salud A pesar de las limitaciones en la cobertura y calidad de estas dos fuentes de información, ambas, tomadas conjuntamente, pintan un cuadro consistente con el de países que entran en la segunda etapa de la transición epidemiológica, en consecuencia, los datos pueden utilizarse en planeación y programación de salud

La mortalidad infantil ha disminuido progresivamente en años recientes, pasando de 87.3 por mil nacidos vivos, relativamente alto, en 1975-80, a un 57.4, significativamente más bajo, en 1985-90 Las principales causas de mortalidad infantil son las enfermedades infectocontagiosas, en su inmensa mayoría problemas gastrointestinales (GI) y del sistema respiratorio superior Las enfermedades GI están ampliamente diseminadas en el país y se relacionan directamente con las condiciones sanitarias básicas, la higiene personal, y la cantidad y calidad del agua disponible Las infecciones respiratorias están igualmente propagadas El impacto sobre la mortalidad de todas las enfermedades infecciosas, se aumenta, debido a la continuada alta tasa de desnutrición

Las poblaciones adolescente y adulta muestran un patrón de mortalidad que cada vez se asemeja más al urbano de los países en desarrollo del segundo nivel Un dieciséis por ciento de todas las muertes reportadas corresponde a homicidios (primera causa), accidentes de tránsito (cuarta causa), otros accidentes o violencia, incluyendo la guerra (quinta causa), y suicidio (octava causa) En personas mayores, las enfermedades crónicas, incluyendo enfermedades del corazón y cáncer, son importantes causas de muerte (OPS 1992)

2.1.2 FACTORES DE RIESGO

La mayoría de los problemas de salud en El Salvador son el resultado de múltiples causas El sector formal de la salud, con su énfasis curativo actual, trata explícitamente solo algunas de estas causas Todas las actividades del sector requieren ser examinadas con referencia a su naturaleza curativa, o preventiva, o de promoción de la salud La configuración actual del sector de la salud continúa haciendo un énfasis desproporcionado en la atención curativa, aunque ha habido un progreso digno de mencionarse hacia la atención preventiva y promocional en años recientes --principalmente con la creciente importancia de los Programas de Salud Materno Infantil (SMI) y Salud Comunitaria del Ministerio Aun así, sin un avance continuo y más sustancial en la inclinación del paradigma médico hacia la mayor prevención y la promoción, muchos de los problemas de salud que actualmente acosan a El Salvador no pueden ser ni serán tratados en una forma

medianamente adecuada o efectiva en terminos de costos Por consiguiente, el enfoque que aqui se sugiere es el que enfatiza la atencion de los problemas de mayor riesgo inmediato, a saber Que se requiere para aliviar los principales factores de riesgo subyacentes y producir un impacto importante sobre la morbilidad y la mortalidad? El siguiente es un simple listado de algunos de los principales factores de riesgo

2 1.2 1 FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICOS:

- Joven perfil demografico
- Alta densidad de poblacion
- Alta tasa de dependencia

2 1.2.2 FACTORES DE RIESGO ECONÓMICOS:

- Pobreza
- Vivienda deficiente
- Desnutricion

2.1.2.3 FACTORES DE RIESGO SOCIALES Y COMPORTAMENTALES.

- Bajo nivel educativo
- Secuelas físicas y mentales de la guerra
- Hábitos inadecuados de higiene personal
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Inadecuados patrones nutricionales
- Patrones inconsistentes de búsqueda de atención médica

2.1.2.4 FACTORES DE RIESGO FÍSICO-AMBIENTALES

- Desastres naturales (v g , terremotos, sequias)
- Uso de madera como combustible - contaminación ambiental
- Uso de vehiculos de transporte antiguos - contaminación ambiental
- Uso inapropiado de pesticidas
- Carencia de agua potable
- Accidentes acuáticos/ahogamiento

2 1.2 5 SERVICIOS DE SALUD

- Recursos insuficientes
- Combinación inapropiada de servicios (muy

- pocos servicios de prevencion y atencion primaria de la salud)
- Servicios ineficientes baja productividad de los recursos
 - Bajas calidad percibida y tecnica de los servicios
 - Acceso inequitativo a la atencion
 - Distribucion inequitativa de los recursos

En resumen, los perfiles demografico y epidemiologico de El Salvador plantean un dilema para la sociedad Altos niveles de enfermedad relacionados con la pobreza (desnutricion y enfermedades infecciosas) aun persisten en la poblacion de infantes y niños, presentando una situacion tipica de un pais en desarrollo Al mismo tiempo, en las poblaciones adolescente y adulta, altamente urbanizadas y moviles, segunda fase de la transicion demografica y epidemiologica, en la cual prevalecen las causas no infecciosas y los problemas en los cuales solo un cambio de comportamiento tendra un efecto importante en los niveles de morbilidad y la mortalidad La gran porporcion de poblacion joven y en crecimiento permite pronosticar que la estructura actual de los problemas persistira a lo largo de las proximas dos decadas El sistema de salud debe continuar, por lo tanto, haciendo énfasis en la atencion primaria de la salud, a la vez que comienza a dedicar mas atencion y recursos a la promocion de cambios de comportamiento y a la prevencion de las enfermedades cronicas

2.2 EL MARCO DE REFERENCIA LEGAL

El marco de referencia legal que identifica el papel del Estado y rige la estructura y el funcionamiento del sector salud de El Salvador se encuentra principalmente en dos documentos, la Constitucion y el Codigo de Salud Los Articulos 65 a 70 de la seccion cuarta del capitulo 2 de la Constitucion estan dedicados a "Salud Publica y Bienestar Social" El Articulo 65 establece que la salud de los habitantes de la Republica constituye un bien publico, y obliga a todas las personas a preservar y conservarlo El Articulo 66 señala

El Estado proporcionara asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los ciudadanos en general, cuando el tratamiento constituya un medio efectivo para prevenir la diseminacion de una enfermedad transmisible En este caso, todas las personas estan obligadas a someterse a dicho tratamiento

Por implicacion, la Constitucion permite el cobro de tarifas a los usuarios, pero requiere que los indigentes sean exonerados del pago

El Codigo de Salud vigente fue establecido en abril de 1988 Este documento reconoce y proporciona la base legal para el papel del

Consejo Superior de Salud y las Juntas de Vigilancia Ambas organizaciones han existido en El Salvador durante varias decadas El Consejo ha sido designado como la unidad suprema de supervision de todo el sector de la salud --tanto en sus componentes publicos como privados El Consejo tambien esta encargado de proteger la salud de las personas de El Salvador, una funcion que comparte con el Ministerio de Salud Entre las funciones del Consejo estan la supervision de todas las organizaciones, instituciones y entidades del Estado que tienen que ver con la salud de la poblacion En esta calidad, entre otras funciones, el Consejo sirve como coordinador y brazo administrativo de las Juntas de Vigilancia, que establecen normas, y supervisan y regulan tecnicamente el comportamiento de los profesionales de la salud Existen siete Juntas diferentes, cubriendo cada una de ellas un tipo especifico de profesional Aunque organizacionalmente estan estructuradas como parte del Consejo, las Juntas actuan de manera completamente independiente de este en su papel regulador

Como parte del Plan Nacional de Reconstruccion el GOES ha manifestado su objetivo de transformar el Ministerio de Salud (y otras entidades del sector publico) en organismos con un papel normativo significativamente mayor, y un papel operativo/de prestacion de servicios proporcionalmente menor Esto sugiere que el Ministerio de Salud comenzaria a asumir labores que tradicionalmente han sido mas de competencia del Consejo Son varias las areas en las cuales una o ambas de estas cabezas titulares del sector de salud podrian comenzar a desempeñar actividades adicionales

- (1) En la actualidad, una vez que la correspondiente Junta de Vigilancia ha certificado que un establecimiento de salud ha cumplido con las normas minimas, la certificacion es "para siempre", no existe un proceso de periodica evaluacion y recertificacion Asi, "cualquier cosa" puede ocurrir posteriormente a los servicios, instalaciones y equipos y el establecimiento permanece fuera de la esfera de accion de las autoridades de la salud
- (2) Lo mismo ocurre con los medicos Una vez certificados, los medicos de El Salvador nunca son requeridos para otro examen de competencia ni para participar en educacion continuada
- (3) En la actualidad, no existe ninguna entidad gubernamental o proceso para garantizar que la calidad de los medicamentos en El Salvador sea aceptable De hecho, las companias que importan o fabrican productos farmaceuticos se deben controlar a si mismas
- (4) Actualmente, no existe una politica nacional para el personal de salud En efecto, las cinco universidades

que entrenan profesionales de la salud en El Salvador la determinan de manera ad_hoc, sin tener en cuenta politicas, objetivos o criterios nacionales. Hasta donde la ausencia de esta politica podria ser la responsable del numero desproporcionadamente pequeno de enfermeras con respecto al numero de medicos? La respuesta debe buscarse a traves de un estudio especial. Sin embargo, la pregunta mas importante es, como podria dicha politica rectificar el desequilibrio actual?

- (5) De manera similar, en la actualidad no existe una politica nacional de planeacion de instalaciones de salud. En consecuencia, la infraestructura de salud publica continua creciendo de manera desordenada, siendo generalmente regida por la disponibilidad de fondos y por las ofertas de las agencias internacionales donantes, en lugar de ser orientada por un criterio nacionalmente establecido, basado en las necesidades, y en consideraciones sobre la disponibilidad de financiacion presente y futura, para pagar los costos recurrentes que dichos proyectos inevitablemente generan.

Es importante anotar, sin embargo, que el simple desarrollo de las capacidades o facultades legales para manejar o rectificar estas areas problema no es suficiente. Tambien sera necesario desarrollar mecanismos efectivos para implementar o hacer cumplir los cambios efectuados.

2 3 ORGANIZACION Y COBERTURA DEL SECTOR

El sector de El Salvador esta conformado por tres componentes principales (subsectores), el Ministerio de Salud (MS), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), y el sector privado. Adicionalmente, existen aproximadamente 17 entidades distintas del Gobierno Central que tienen cada una sus propios servicios de salud para uso exclusivo de sus empleados. Las mas significativas entre estas son las Fuerzas Armadas (Sanidad Militar, SM), el Bienestar Magisterial del Ministerio de Educacion, la Administracion Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL) y la Comision Ejecutiva Hidroelectrica del Rio Lempa (CEL). Nunca se ha efectuado un estudio sistematico para evaluar el tipo de servicios y recursos en estos mini-sistemas del Gobierno Central, y sus costos y beneficios.

El Ministerio de Salud esta obligado a proporcionar atencion de salud a toda la poblacion y tradicionalmente se ha considerado como el principal proveedor de atencion para el 85 por ciento de la poblacion. El Instituto del Seguro Social proporciona atencion a sus trabajadores y pensionados inscritos, sus esposas e hijos hasta la edad de dos años. Tradicionalmente, la cobertura del ISSS ha

sido de un 6 o 7 por ciento de la poblacion, mientras que al sector privado se le ha asignado el resto

No obstante, un estudio nacional sobre la demanda de atencion en 1989, basado en una encuesta de hogares realizada bajo los auspicios del Proyecto REACH de la AID, encontro que estas percepciones tradicionales de la importancia relativa de los subsectores eran inexactas. El estudio determino que habia dos mercados distintos de atencion a la salud en El Salvador, uno para la atencion ambulatoria y otro para la atencion de pacientes hospitalizados. En el caso de la hospitalizacion, la percepcion tradicional no estuvo muy lejos de la realidad. El MS proporcionaba un 76 por ciento de la atencion total, el Seguro Social el 13 por ciento y el sector privado el 9 por ciento. Sin embargo, el mercado de las consultas externas fue muy distinto del que se habia presumido. El MS proporcionaba solo un 40 por ciento de la atencion medica ambulatoria, el Seguro Social el 13 por ciento y el sector privado el 45 por ciento.

Un conjunto reciente de encuestas de hogares, realizadas por MIPLAN, a pesar de no ser del todo comparables (debido a diferencias en instrumentos y marco de muestreo), encontro que el sector privado era un poco menor de lo indicado por el estudio de la demanda, pero, sin embargo, significativamente mayor de lo que se habia pensado antes del estudio de la demanda. La encuesta de 1991-1992 de MIPLAN cuantifico la proporcion de la atencion privada en un 37 por ciento (atencion ambulatoria y no ambulatoria), y la de todo el sector publico (sin hacer distinciones institucionales) en un 63 por ciento. De todas maneras, los estudios de MIPLAN y REACH fueron consistentes en su hallazgo sobre la cobertura de los subsectores publicos: menor en el area Metropolitana, mayor en las areas rurales e intermedia en el resto de areas urbanas del pais. Esto sugiere que es inequitativa la alta concentracion de instalaciones, personal y gastos del MS y el ISSS en el area metropolitana, donde por otra parte se estima que estan localizados un 80-85 por ciento de los recursos del sector privado.

2.4 RECURSOS

2.4 1 RECURSOS FISICOS Y HUMANOS

El MS tiene sin lugar a dudas la mayor infraestructura fisica de los tres subsectores. Su total de instalaciones es de 350, las cuales representan el 70 por ciento de las del sector, excluyendo los consultorios o clinicas de medicos particulares.

La composicion de las instalaciones de todo el sector y el numero de camas de hospitalizacion por afiliacion organizacional/subsectorial se presenta a continuacion. El segundo de estos cuadros muestra la variacion geografica en la disponibilidad de recursos de salud en El Salvador.

NUMERO Y TIPO DE INSTALACIONES DE SALUD POR AFILIACION SUBSECTORIAL²

	SECTOR PRIVADO						TOTAL SECTOR
	MS	ISSS	SM	Con Animo de Lucro	Sin Animo de Lucro		
Hospitales	15	5	2	2	1		25
Centros de Salud	15	12		13	4		44
Unidades de Salud	131	21		48	41		241
Puestos de Salud	153						153
Puestos Comunitarios	32						32
Dispensarios	4						4
Totales	350	38	2	63	46		499

NUMERO DE CAMAS PARA HOSPITALIZACION POR AFILIACION SUBSECTORIAL

REGION DE SALUD	MS	ISSS	SM	SECTOR PRIVADO	TOTAL SECTOR		% DE POB NAL
					Numero	%	
METROPOLITANA	2,003	820	200	555	3,878	48	29
OCCIDENTAL	1,296	237		73	1,606	21	21
ORIENTAL	1,182	26	100	56	1,364	17	22
PARACENTRAL	733				733	9	14
CENTRAL	410	5		40	455	6	14
TOTAL	5,544	1,088	400	724	8,036		100
	69%	14%	5%	9%	100%		

NOTA Incluye camas de las unidades, centros y hospitales

Un informe de la Organizacion Panamericana de la Salud, de Noviembre de 1992, presenta los siguientes datos con respecto a los recursos humanos del sector de la salud

² Incluye siete clinicas especializadas en servicios odontologicos y tres que prestan unicamente servicios radiologicos. Las unidades de salud no del MS, son clinicas que pueden tener hasta 24 camas. Los centros de salud son pequeños hospitales con un minimo de 25 camas. Los hospitales tienen como minimo 100 camas.

MS	19 000	61%
ISSS	8 000	26%
SM	3 000	10%
ANTEL	1 000	3%

TOTAL	31 000	100%

Llama la atencion la ausencia del sector privado En El Salvador, como en gran parte de los paises latinoamericanos, la mayoria de los medicos dividen el tiempo entre sus cargos en el sector publico y sus practicas privadas la mayoria de los medicos estan contratados parte del tiempo por MS el o por el ISSS, u ocasionalmente por ambos Lo predominante en el sector privado de la salud es la practica, de tiempo parcial, como medico individual Con la mayoria de las consultas del sector publico concentradas en las horas de la mañana --especialmente en las instalaciones del MS-- la mayor parte de la atencion privada suministrada por medicos individuales, se suministra en la tarde Existen aproximadamente 21 000 medicos en El Salvador Se piensa, generalmente, que un 80-85 por ciento de los medicos viven y practican en San Salvador y sus alrededores inmediatos

Otro componente del sector privado son las organizaciones no gubernamentales (ONGs) Un inventario reciente de ONGs recopilado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) identifico 186 de tales organizaciones, 51 de las cuales (27%) se crearon a partir de 1990 La finalizacion de la guerra aparentemente ha estimulado a las ONGs a desarrollar o iniciar labores en El Salvador Algo mas de la mitad de las ONGs identificadas (94), prestan algun tipo de servicios relacionados con la salud, y 48 trabajan en el area de la salud ambiental ("Directorio de Instituciones Privadas de Desarrollo de El Salvador, 1992") Las organizaciones que prestan servicios relacionados con la salud son un grupo altamente dispar, y sus servicios van, desde la formacion de voluntarios de salud, hasta la atencion hospitalaria prestada en un establecimiento de 200 camas

Existen como minimo dos mecanismos de coordinacion y organizacion de las actividades de al menos algunas de las ONGs que trabajan en el area de la salud Veinticuatro de ellas pertenecen al Comite Intersectorial de Supervivencia Infantil (CISI) El Proyecto de Salud Materna y Supervivencia Infantil, PROSAMI, de la AID, un proyecto global para todas las ONGs, trabaja actualmente en estrecha colaboracion con 20 ONGs y planea incorporar 15 adicionales, en breve plazo No obstante, aparte del PROSAMI, no existe ningun seguimiento sistematico de la cobertura a las actividades de estas ONGs Aunque el MS reconocio en su Plan Nacional de Salud el importante papel que desempeñan estas organizaciones en el suministro de atencion medica a las areas anteriormente en conflicto, asi como a las regiones mas aisladas del pais, no ha adoptado una politica oficial referente a la forma de trabajar con ellas No obstante, el Programa de Salud Comunitaria del Ministerio ha estado entrenando a los promotores de

salud que trabajan con ONGs afiliadas al PROSAMI Este es un importante primer paso

2.4.2 RECURSOS FINANCIEROS

Las cuentas nacionales del Banco Central estan en proceso de ser revisadas La guerra ha impedido la actualizacion de los datos de ingresos y gastos de los hogares, que sirven como base para algunas de las cuentas mas detalladas, y especificamente para las que aqui nos interesan --los gastos en atencion medica Con este proposito, MIPLAN realizo en 1991 una encuesta nacional de ingresos y gastos en una muestra de hogares El ambito de la encuesta estuvo limitado, no obstante, a las areas urbanas Los hallazgos indican que el gasto anual en atencion medica por hogar fue en promedio de 1,342 colones, y constituyo un 4.2 por ciento del gasto total anual promedio por hogar La estructura de estos desembolsos fue

TIPO DE GASTOS	COLONES	PORCENTAJE
Consulta Medica	237 60	18%
Anteojos y Cuidado de los Ojos	65 88	5%
Atencion Odontologica	11 28	1%
Otros Servicios Medicos	397 44	30%
Medicinas	629 64	47%
Total	1341 84	100%

Con base en los resultados de la encuesta, los hogares urbanos (que constituyen el 40 por ciento del total) gastaron 719'963 580 colones en atencion medica durante 1991 Si se acepta que la proporcion del gasto rural en 1991 fue igual a la encontrada en el estudio REACH de 1989 (31.6 por ciento), puede estimarse que los gastos en atencion medica de los hogares de El Salvador en 1991, sumaron 947'472 070 colones³ Sumando a esta cifra (1) los gastos netos del MS (descontando los ingresos por pagos de los usuarios), (2) los gastos en atencion medica del Seguro Social, y (3) el total de reclamaciones pagadas por seguros de salud privados, los gastos del sector de la salud en 1991 pueden estimarse en 1 558 millones de colones

Aunque esta cifra subestima el total de gastos, pues excluye toda la atencion subsidiada (incluyendo la gratuita) suministrada por las ONGs, este es el mejor calculo disponible Con base en este estimativo, puede afirmarse que, en 1991, los gastos en atencion de salud en El Salvador fueron el equivalente de un 3.26 por ciento del PIB Las dos instituciones principales del sector publico de salud, el

³ Estos totales son costos de operacion y no incluyen gastos de inversion del GOES, ni prestamos, donaciones, o asistencia tecnica de organismos internacionales

MS y el ISSS, representaron conjuntamente un 39 por ciento de este total

2.5 PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

La evolucion de las consultas de pacientes ambulatorios, de los egresos hospitalarios y de los gastos en atencion medica de ISSS y el MS, se presenta en el cuadro de la siguiente pagina. Mientras que el de servicios prestados por ambas instituciones estuvo marcado por irregularidades en el periodo 1980-1987, cuando la guerra alcanzo su mayor intensidad, su historica tendencia de aumento sistematico --particularmente en la cantidad de consultas externas --se habian reestablecido para 1988. Las cifras proporcionan evidencia del crecimiento sustancialmente mas rapido de las atenciones del Seguro Social respecto a las del MS.

Estas dos instituciones proporcionan conjuntamente un poco mas de una consulta externa por salvadoreño al año. Si recordamos que aproximadamente un 45 por ciento de la poblacion utiliza la atencion ambulatoria privada, puede calcularse que, en promedio, los salvadoreños hacen aproximadamente 2 visitas anuales al medico, un 25 por ciento por encima del minimo recomendado por la Organizacion Mundial de la Salud. Sin embargo, la concentracion de esas visitas no es uniforme. Aunque la proporcion de poblacion cubierta por el ISSS ha aumentado un 25 por ciento desde 1985, esta cobertura solo beneficia a menos del 20 por ciento de los salvadoreños. Adicionalmente, una proporcion consistentemente creciente de sus trabajadores asegurados --71 por ciento en 1991-- reside en tan solo 9 de los 262 municipios del país, en el area metropolitana de San Salvador (AMSS).

En 1991, el 61 por ciento del total de gastos hospitalarios del MS y el 31 por ciento de todos los gastos en prestacion de servicios del MS (v.g., gastos totales de los hospitales y servicios regionales de salud) correspondieron a los seis hospitales del MS en San Salvador. Partiendo de que un 89 por ciento de los fondos generales para salud del tesoro publico, son asignados al personal de los servicios regionales de salud, y un 44 por ciento del personal de estos servicios esta en el AMSS, y suponiendo que todos los gastos no correspondientes a personal estan distribuidos por igual a traves de las cinco regiones de salud, la proporcion aproximada de los gastos de salud en el AMSS, sobre el total de gastos en servicios regionales de salud, alcanza un 59.2 por ciento. Por otra parte, si se estima que aproximadamente un 15 por ciento de estos gastos ocurren por fuera del AMSS, la proporcion del AMSS en el total de gastos de prestacion de servicios del MS llega al 45 por ciento.

Segun un inventario de entidades del sector privado realizado en 1989 (IPM), aproximadamente el 80-85 por ciento de los medicos del sector privado estan localizados en San Salvador, o en sus alrededores inmediatos, segun esto, es evidente la concentracion desproporcionada de los recursos de salud. Como lo muestra el siguiente cuadro, se

estima que aproximadamente un 70 por ciento de todos los recursos de salud estan localizados en San Salvador

DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LOS RECURSOS DE SALUD POR SUBSECTOR

	MS	ISSS	PRIVADO	TOTAL
Porcentaje de Recursos Propios en San Salvador	45	71	80	
Porcentaje de Recursos Totales del Sector	24	16	60	
Proporcion Porcentual Propia de los Recursos Totales del Sector, en San Salvador	11	11	48	70

Un resultado obvio de la desproporcionada localizacion de recursos de salud en San Salvador, es la inequidad en el acceso y utilizacion de la atencion a la salud en El Salvador. Con esto no se quiere sugerir que el objetivo deba ser una distribucion geografica perfectamente equitativa --aun de los recursos del MS. Despues de todo, los hospitales de tercer nivel del MS estan localizados en San Salvador, y son sin lugar a dudas el tipo de instalacion mas costosa de operar. Desafortunadamente, casi no hay informacion acerca de la proporcion de salvadoreños que visitan la capital para obtener servicios de salud. La unica excepcion parece ser un estudio de 1987 de una muestra de medicos del sector privado de San Salvador (IPM, p 98). Ese estudio encontro lo siguiente:

	Porcentaje de Pacientes por Residencia			
	AMSS	Otra Urbana	Rural	Total
Medicina General	66 5	22 4	11 1	100 0
Cirugia	64 7	23 2	12 1	100 0
Obs-Gin	72 9	20 0	7 1	100 0
Pediatría	78 6	15 9	5 5	100 0
Total	86 4	21 5	10 1	100 0

Al menos en el sector privado, la mayor parte de los recursos de salud localizados en el capital se utilizan para tratar habitantes de la capital. Lo mismo ocurre, casi con seguridad, en el ISSS. Por consiguiente, el unico subsector cuya distribucion de recursos --y por

implicacion, el acceso a, y el uso de, esos recursos-- puede hacerse mas equitativa, es el Ministerio de Salud. Este deberia ser un principio orientador de la toma de decisiones del MS sobre la asignacion de recursos, ahora y en el futuro previsible. El Ministerio deberia cuestionar, o considerar cuidadosamente, entonces, la construccion y/o aceptacion de proyectos financiados por donantes --tales como el Hospital de Especialidades, o el Hospital Zacamil-- que den lugar a una concentracion adicional de los recursos del sector salud en San Salvador

EVOLUCION DE LA ATENCION HOSPITALARIA DEL ISSS Y EL MS

AÑO	ISSS	MS	TOTAL	PROPORCION MS
1981	40,849	209,667	250,516	83 7%
1982	39,389	206,813	246,202	84 0%
1983	38,667	203,450	242,117	84 0%
1984	36,930	195,576	232,506	84 1%
1985	37,866	193,175	231,041	83 6%
1986	35,616	198,512	234,128	84 8%
1987	32,449	201,174	233,623	86 1%
1988	36,707	203,997	240,704	84 8%
1989	40,639	196,094	236,733	82 8%
1990	52,081	197,695	249,776	79 1%
1991	58,379	200,569	258,948	77 5%

EVOLUCION DE LA ATENCION AMBULATORIA DEL ISSS Y EL MS

AÑO	ISSS	MS	TOTAL	PROPORCION MS
1981	1,272,591	2,516,440	3,788,975	66 4%
1982	1,250,559	2,333,318	3,583,877	65 1%
1983	1,330,115	2,195,945	3,526,060	62 3%
1984	1,293,433	2,449,614	3,743,047	65 4%
1985	1,276,053	2,271,978	3,548,031	64 0%
1986	1,239,221	2,455,735	3,694,956	66 5%
1987	1,052,398	2,584,012	3,636,410	71 1%
1988	1,349,705	2,627,145	3,976,850	66 1%
1989	1,577,382	2,468,667	4,046,049	61 0%
1990	1,996,667	2,766,542	4,763,209	58 1%
1991	2,282,348	2,945,825	5,228,173	56 3%

EVOLUCION DE GASTOS EN ATENCION MEDICA DEL ISS Y EL MS

AÑO	ISSS	MS	TOTAL	PROPORCION MS
1981	73,215	152,184	225,399	67 5%
1982	68,327	149,823	218,150	68 7%
1983	72,392	143,515	215,907	66 5%
1984	80,439	157,289	237,728	66 2%
1985	87,850	164,445	252,295	65 2%
1986	69,914	216,959	286,873	75 6%
1987	86,488	233,729	320,271	73 0%
1988	104,118	243,318	347,436	70 0%
1989	126,784	784,094	400,879	68 4%
1990	199,984	344,398	544,382	63 3%
1991	272,649	401,408	674,057	59 6%

2.6 DINAMICA DEL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD

Es importante reconocer el hecho de que las características, comportamiento y desempeño de cada uno de los principales agentes del sector, tienen algún tipo de impacto sobre los otros integrantes del mercado de la atención a la salud. No cabe duda de que la gran dotación de camas hospitalarias del Ministerio de Salud, que se ha utilizado para prestar atención gratuita o a precios muy subsidiados, ha retardado durante mucho tiempo el desarrollo de la capacidad hospitalaria del sector privado. Los precios mucho más altos, relativamente, que los usuarios han encontrado en el mercado de la atención hospitalaria privada, han significado una demanda mucho menor de tales servicios y, como consecuencia, el mercado privado es muy pequeño, pudiendo mantener tan solo unos pocos proveedores/hospitales. En esencia, el sector público ha desalojado al sector privado. Lo mismo puede decirse acerca del impacto de las instalaciones de atención ambulatoria del MS sobre el mercado de la atención privada de pacientes externos, aunque este se debe en un grado significativamente menor al inferior costo promedio de una atención.

El MS está próximo a adoptar un sistema formal de tarifas para los usuarios de sus servicios, el cual aumentará significativamente sus precios. Aunque este sistema generará una reducción del precio relativo de la atención privada, los diferenciales en los precios en los dos subsectores continuarán siendo considerables. Aun así, el aumento en los precios podría dar lugar a un aumento en la demanda de servicios del sector privado, si no hay un paralelo incremento de la calidad, pues algunas personas podrían optar por sustituir la atención pública por la privada.

Como se ha documentado en otras partes (Fiedler 1991, 1992), los establecimientos del MS han seguido la práctica informal de cobrar

algun tipo de tarifas por la atencion, que se inicio efectivamente a comienzos de la decada de 1980. A lo largo de la ultima decada, el cobro de estas tarifas se generalizo, y los niveles de precios aumentaron. Simultaneamente con la percepcion de los usuarios de una disminucion en la calidad de los servicios del MS --particularmente a mediados de la decada del 80, como se describira a continuacion-- la utilizacion de los servicios del MS decayo. Es probable que el aumento en el precio de la atencion del MS, y el deterioro en su calidad, resultaran en un aumento en el numero de personas que dejaron de solicitar atencion que necesitaban y, a la vez, en un aumento de la demanda de servicios del sector privado.

Durante este mismo periodo (los 80), la guerra y el deterioro macroeconomico, redujeron el numero de afiliados al ISSS, y, probablemente, aumento la demanda de atencion del sector privado. Aunque la logica señala que dicha situacion habria podido dar lugar a un incremento de la demanda del MS, la realidad observada fue la contraria, pues disminuyo la atencion en el MS y luego se estanco durante el periodo 1982-1986, sugiriendo que el movimiento hacia el sector privado fue mucho mas fuerte de lo esperado.

No obstante, como se anoto anteriormente, con relacion al MS, el ISSS se convirtio en un proveedor cada vez mas importante de toda la atencion ambulatoria y hospitalaria en El Salvador durante los ultimos 15 años. En gran parte esto se debio a que (1) el desempeño del MS se vio rezagado --en particular durante el periodo de 1982-1986, y a que, (2) el Instituto incremento su cobertura, incorporando un numero cada vez mayor de trabajadores cuya afiliacion fue obligada por la ley. El crecimiento en la cobertura y prestacion de servicios del ISSS probablemente genero la reduccion del tamaño de los otros dos subsectores.

El tamaño del sector privado tambien se ha visto afectado por cambios legislativos. En 1984 el Gobierno establecio controles de precios sobre la atencion medica privada. A los precios maximos permisibles se les permitio poca fluctuacion hasta que se abolieron los controles en 1989. Probablemente, entonces, la tasa relativamente alta de inflacion experimentada a traves de este periodo, y los controles, desestimularon el crecimiento del sector privado --especialmente de los hospitales privados. Este fenomeno podria ayudar a explicar el por que, a mediados de la decada de 1980, cuando disminuyo la prestacion de servicios ambulatorios del MS, su atencion hospitalaria permaneciera mucho mas constante.

Una nota final. el analisis comparativo de los resultados de la encuesta de hogares de 1991 y 1992 de MIPLAN, sugiere que el sector privado crecio a lo largo de este periodo, y que lo hizo a expensas del sector publico (considerando todas las entidades de salud del sector publico como una unidad).

El proposito de esta serie de observaciones ha sido demostrar que el mercado de la atencion a la salud esta conformado por tres componentes

altamente interrelacionados. Lo que ocurre en un segmento del mercado afecta a los otros. Los factores que influyen en la forma de prestación de los servicios y en la demanda de atención de uno de los subsectores, afectan también los otros subsectores. Es importante tener esto en cuenta al estimar hacia donde se encamina espontáneamente el sistema de salud de El Salvador en los próximos diez años, y al determinar hacia donde debería ser su tendencia. La mayor parte del conocimiento que actualmente tenemos acerca de estas interrelaciones --es decir, acerca de la naturaleza del mercado de servicios de salud en El Salvador-- ha provenido de análisis longitudinales comparativos de los subsectores y del estudio REACH de 1989. A la luz de los múltiples cambios ocurridos en El Salvador en los últimos cuatro años, y teniendo en consideración el propósito del futuro ANSSA, sería aconsejable realizar otra encuesta nacional sobre demanda de servicios de salud, basada en entrevistas a nivel de hogar, para permitirnos una mejor comprensión de la naturaleza de este mercado, de sus cambios, y de las políticas y opciones factibles para orientar el mercado en la dirección que las gentes de El Salvador estimen más convenientes para su país.

3. EL MINISTERIO DE SALUD

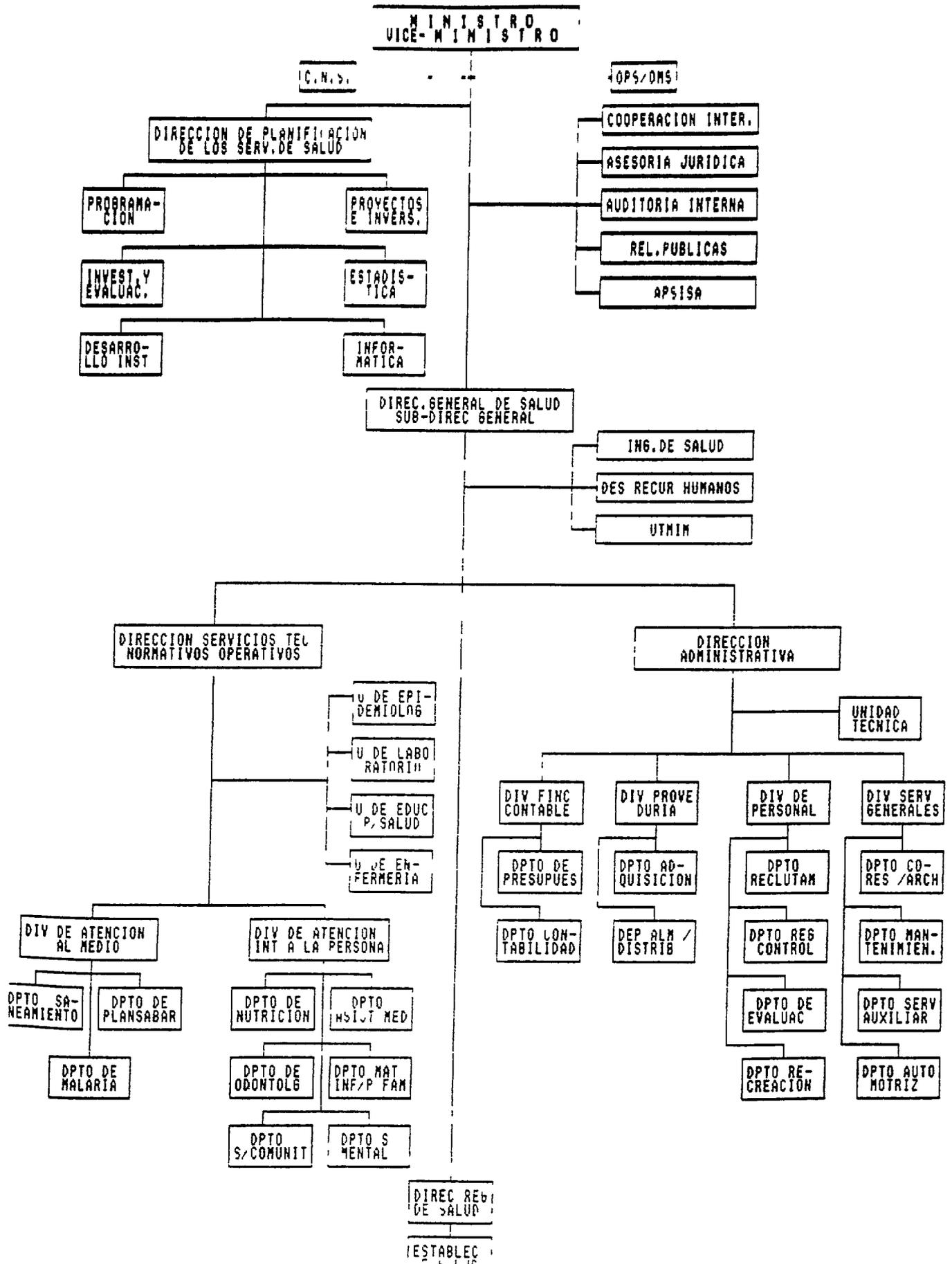
3.1 OBJETIVO Y ESTRATEGIAS

El objetivo fundamental del "Plan Nacional de Salud 1991-1994" del Ministerio de Salud es mejorar el estado de salud de la población, mediante el desarrollo de actividades de prevención y promoción de la salud, conjuntamente con programas de servicios curativos y de rehabilitación orientados hacia los principales riesgos de salud de los grupos más vulnerables. El Plan contempla la aplicación de siete estrategias claves en la búsqueda de este objetivo: (1) la extensión de la cobertura a toda la población, (2) el mejoramiento de la capacidad de todos los niveles de atención para resolver los problemas de salud, (3) descentralización, (4) desarrollo institucional, (5) fortalecimiento financiero, (6) coordinación interinstitucional e intersectorial, y (7) coordinación de la cooperación externa.

3.2 ORGANIZACION

En la siguiente página se presenta el organigrama del MS. El MS está organizado bajo tres direcciones principales, Planificación, Administrativa, y Servicios Técnicos Normativos y Operativos. La mayoría de las dependencias que prestan directamente servicios de salud o servicios de apoyo están localizadas bajo la Dirección de Servicios Técnicos Normativos y Operativos, por lo cual esta sección del documento se dedicará a su descripción. La organización de las Direcciones Administrativa y de Planificación se mencionará en la discusión sobre Desempeño en la Sección 3.3.

**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**



Las Unidades de Epidemiología, Laboratorio, Educación para la Salud y Enfermería, se manejan separadamente, el resto de los departamentos están organizados bajo las Divisiones de Atención al Medio y de Atención Integral a las Personas. La División de Atención al Medio incluye Saneamiento Ambiental, Malaria y el departamento de acueductos, PLANSABAR. La División de Atención Integral a las Personas comprende los Departamentos de Nutrición, Odontología, Salud Materno-Infantil y Planificación Familiar, Salud Mental, Salud Comunitaria y Asistencia Médica.

3.2.1 LAS UNIDADES DE APOYO

Durante los últimos años, la Unidad de Epidemiología ha tomado medidas para orientar al Ministerio hacia una estrategia integral y descentralizada, basada en la detección de problemas de alto riesgo, que proporciona el marco de referencia para el manejo de la cambiante situación de salud del país. Se ha desarrollado un mapa detallado a nivel municipal con base en el riesgo epidemiológico (enfermedades trazadoras), la situación socioeconómica, el impacto del recién finalizado conflicto y la situación nutricional.

Este enfoque metodológico es similar al utilizado muy exitosamente por el programa para el control de la malaria que, utilizando una combinación de métodos e intervenciones específicas en áreas de alto riesgo, redujo el problema a los niveles más bajos de la historia. Con base en esta herramienta, se identificaron los 78 municipios de alto riesgo como los de mayor prioridad para el programa PL480 de alimentación complementaria a infantes.

Además de sus funciones de vigilancia e información, la Unidad de Epidemiología también está encargada del manejo de varios programas verticales para el control de TB, SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual, y el Colera, y del Programa Ampliado de Inmunización.

La Unidad de Laboratorio supervisa y apoya técnicamente todas las actividades de laboratorio del MS. La Unidad de Educación para la Salud coordina las entidades gubernamentales y no gubernamentales en la unificación de los mensajes relacionados con salud, así como en la combinación de los recursos orientados a aumentar la cobertura, especialmente líderes comunitarios. La Unidad de Educación para la Salud también trabaja en la integración de los programas de Salud Escolar del Ministerio de Educación. La Unidad de Enfermería supervisa todas las actividades de este personal, incluyendo entrenamiento, investigación operacional y desarrollo de normas operativas.

3 2.2 DIVISION DE ATENCION AL MEDIO

Esta unidad contribuye a la protección de la salud de la población mediante la reglamentación y el control de contaminantes químicos,

biologicos y fisicos La unidad incluye los programas de (1) Malaria, (2) Saneamiento Ambiental, con dos componentes principales, Control de Vectores y Saneamiento Basico Rural, para la construccion de letrinas y de sistemas de agua potable, y para actividades educativas relacionadas, y (3) PLANSABAR, que es un programa de acueductos rurales, basicamente financiado con recursos externos

3.2.3 DIVISION DE ATENCION INTEGRAL A LAS PERSONAS

3.2.3.1 NUTRICION El Departamento de Nutricion tiene una mision primordialmente educativa orientada hacia la promocion de habitos alimenticios adecuados Adicionalmente, esta encargado de la distribucion de asistencia alimenticia, el control de deficiencias nutricionales especificas en la poblacion materno- infantil, y la integracion de estas actividades en otros programas del MS y el Gobierno

3.2.3.2 ODONTOLOGIA El Departamento de Salud Oral implementa el programa nacional de prevencion y tratamiento de problemas orales, que incluye la supervision de actividades de fluorizacion, educativas y preventivas a traves del pais

3.2.3.3 ASISTENCIA MEDICA Esta unidad se ocupa de la prestacion de servicios principalmente curativos y de rehabilitacion de los establecimientos de salud

3.2.3.4 SALUD MATERNO-INFANTIL Y PLANIFICACION FAMILIAR El componente SMI desarrolla acciones preventivas, orientadas a proteger a la madre y al niño durante el embarazo, el parto y los primeros cinco años de vida Esto implica la deteccion de embarazos y niños con alto riesgo de infecciones, la prestacion de atencion prenatal y de postparto, y consultas de niños sanos de corta edad Las actividades del Departamento SMI son coordinadas con el Departamento de Salud Comunitaria, el cual realiza su accion con promotores de salud

El componente de Planificacion Familiar promueve todos los metodos de anticoncepcion Una necesidad particular es la de los suministros requeridos para la implementacion de la anticoncepcion quirurgica La participacion de los promotores de salud es clave en la promocion de todos los metodos efectivos de anticoncepcion Dada la abrumadora responsabilidad de controlar el incremento de la poblacion, para mejorar todos los factores del desarrollo de la sociedad, es evidente que este sector debe recibir una mayor atencion

3.2.3.5 SALUD COMUNITARIA Esta importante y relativamente nueva unidad es la encargada de organizar, coordinar, dirigir y evaluar las actividades de salud en comunidades rurales y periurbanas El programa ha recibido en el pasado gran cantidad de recursos externos, principalmente de la USAID, pero a partir de este año (1993) todos los Promotores de la Salud Comunitaria se han convertido en empleados del

GOES Las actividades de la unidad incluyen la implementacion de estrategias de atencion primaria de salud a traves de mas de 900 promotores de salud que trabajan en el programa, y el entrenamiento y educacion continuada de este personal El objetivo del programa es lograr cobertura nacional De particular importancia es el papel del Promotor en la organizacion de los comites de salud comunitaria

Dado que la Salud Comunitaria esta operando a nivel de cantones rurales, tiene un gran potencial como mecanismo de promocion de todas las areas de actividad del MS Aunque en ciertas areas esto esta ocurriendo o comenzando a ocurrir, debe focalizarse su accion en intervenciones especificas, tales como planificacion familiar, nutricion, y otras intervenciones para el cambio de comportamientos a mas largo plazo La reciente incorporacion al MS de todos los cargos de promotor de salud fortalece la presencia del MS a nivel comunitario Se requiere entonces el perfeccionamiento de los esquemas tendientes a integrar las diversas funciones del promotor de salud dentro del ambiente local, y a mejorar su coordinacion y complementariedad con el sistema basado en instalaciones del MS

3.2.3 6 SALUD MENTAL Este Departamento esta encargado de desarrollar estrategias preventivas y de promocion de la salud mental, y de control, tratamiento y rehabilitacion de los enfermos mentales El Departamento funciona primordialmente como un agente de coordinacion y entrenamiento interinstitucional El rapido y reciente aumento en el abuso de sustancias psicoactivas, del suicidio, y de las lesiones relacionadas con la violencia y los accidentes, sugiere que el alcance de las funciones y la naturaleza de este Departamento se han hecho inadecuados para combatir efectivamente estos problemas, y que es necesario por lo tanto ampliar significativamente su papel

3.2.4 ALGUNOS PROGRAMAS CRITICOS DEL MS Y SU RECIENTE DESEMPEÑO

Cuatro programas criticos del MS son los de Salud Comunitaria, Nutricion, Salud Materno-Infantil (SMI) y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) En 1991, los promotores del Programa de Salud Comunitaria llegaban a 579 y cubrian el 27 por ciento de los 262 municipios de El Salvador En 1992 el programa alcanzo casi una duplicacion de tal tamaño En diciembre el programa tenia 992 promotores y cubria un 47 por ciento de todos los municipios Para finales de 1993 se proyectan 1 442 promotores y una cobertura del 68 por ciento de los municipios Los promotores vienen prestando una cantidad cada vez mayor de todos los tipos de atencion preventiva, especialmente SMI, vacunacion y saneamiento ambiental

En la tabla de la pagina siguiente se presentan diversos indicadores de la actividad del programa El panorama que emerge de manera bastante consistente de estos diferentes indicadores, es el de que el nivel de actividad y/o cobertura de los componentes de su accion, ha tenido tropiezos en los ultimos dos o tres años Un analisis de las causas de estas disminuciones puede ser abordado en el ANSSA

3.3 EL DESEMPEÑO GENERAL DEL MS: 1976-1991

Entre 1976-77 y 1990-91, el numero total de consultas medicas del Ministerio de Salud aumento en un 24 por ciento. No obstante, a lo largo de este periodo de 15 años el desempeño del Ministerio fue muy disparejo. Pueden identificarse tres periodos claros: 1975-1981, 1982-1987 y 1988-1991.

MEDIDAS DEL DESEMPEÑO DE LOS PROGRAMAS SMI, NUTRICION Y PAI

	1987	1988	1989	1990	1991

Total de Consultas de Atencion Prenatal					
Numero (en miles)	299 4	319 0	297 6	304 7	293 6
% proporcionado por parteras	16	18	22	25	29
Mujeres Embarazadas Inscritas en Programa de Atencion Prenatal					
a) Numero (en miles)	72 4	75 2	67 3	66 8*	58 0*
b) Cobertura	34 5	35 1	30 8	29 9	25 9
Total Consultas de Atencion Infantil					
Numero (en miles)	380 7	399 8	379 7	382 8	401 5
Inscritos en Programa de Atencion a Bebes Sanos					
a) Numero de Infantes (en miles)	102 8	109 5	101 0	106 3	103 5
Inscritos en Programa de Atencion a Niños Sanos					
a) Numero de Niños de de 1 Año (en miles)	9 1	8 6	9 2	7 5	6 8
Madres e Hijos Desnutridos Inscritos en Programa de Alimentacion Gratuita					
Numero (en miles)	59 8	72 3	65 3	46 2	44 8
Miles de Libras de Alimentos Repartidos	102	7024	7147	7560	7037
Niños Desnutridos < 5 años Detectados en Consultas Externas del MS (en miles)					
a) < 2 años	39 8	31 5	29 7	26 6	25 9
b) 2-4 años	12 0	9 4	8 8	8 9	8 7

* No incluye 22 establecimientos que utilizaron un formato diferente
Fuentes: Salud Publica en Cifras varios años

COBERTURA DE INMUNIZACION POR AÑO Y TIPO DE VACUNA

Vacuna	1990	1991	1992**
DPT	76%	60%	38%
Sarampion	76%	53%	52%
Polio	76%	60%	58%
BCG	58%	60%	66%
Tetanos (mujeres embarazadas)	43%	28%	20%
Tetanos (mujeres en edad reproductiva)		24%	26%

** hasta septiembre FUENTES Salud Publica en Cifras, varios años
Otras

El año 1982 marco la ruptura de un largo periodo de cifras anualmente crecientes en los servicios de atencion ambulatoria del MS. Durante los 7 años siguientes, la atencion ambulatoria del Ministerio se hizo erratica y se estanco, en terminos generales. Los patrones de uso de los establecimientos tambien cambiaron durante este periodo. A medida que el crecimiento en el numero y productividad de los centros de salud convirtio a estos establecimientos en una fuente cada vez mas importante de atencion del MS, la atencion ambulatoria de los hospitales fue sustituida por atencion prestada en unidades y puestos. Sin embargo, el uso de las unidades y puestos de salud decayo en terminos absolutos, al mismo tiempo que se incrementaba la infraestructura total del MS. Comparado con el año promedio del periodo 1975-1979, el numero anual promedio de unidades y puestos en el periodo 1980-1986 aumento en un 42 por ciento (96 instalaciones) para alcanzar un total de 324. No obstante, la productividad por unidad o puesto disminuyo un 22 por ciento en el segundo periodo, respecto del primero. Posteriormente, alrededor de 1988, el patron de creciente prestacion de servicios del MS se reestablecio, y se incremento proporcionalmente el volumen de la atencion ambulatoria de los hospitales.

Los significativos cambios en el desempeño del Ministerio durante el periodo intermedio, 1982-87, evidenciaron una crisis. Las causas de esa crisis, aparte de la disminucion de los recursos, fueron deficiencias organizacionales, estructurales y administrativas profundamente arraigadas, muchas de las cuales continuan vigentes hoy en dia. El cambio posterior a 1988 en el desempeño del Ministerio, no se debio a una modificacion significativa de estos factores causales. Mas bien, lo que se presento fue el impacto, cada vez menor, de la guerra, una masiva asistencia extranjera tecnica y financiera y el fortalecimiento de la financiacion del Gobierno Central al Ministerio.

Una revision de las características mas sobresalientes de la crisis del MS--sus comienzos, manifestaciones operativas especificas y

causas--es util, para demostrar tanto lo ocurrido como sus razones, para entender que el MS aun no ha eliminado el riesgo de un retorno a esos desesperados dias y, finalmente, para destacar lo que debe hacerse para mejorar el desempeño del Ministerio

3.3.1 FACTORES QUE CONDICIONARON EL DESEMPEÑO DEL MS EN EL PERIODO 1979-1992

Una diversidad de factores han afectado el desempeño del MS desde 1979, siendo los mas inmediatamente evidentes la guerra, las cambiantes prioridades del Gobierno Central manifestadas en los niveles decrecientes de financiacion nacional para el Ministerio, y el desempeño macroeconomico, inicialmente muy reducido, y posteriormente, estancado. Estos factores tambien explican, aparentemente, la interrupcion en 1981-1982 en la larga tendencia de buen desempeño

El promedio anual de gastos reales del Ministerio en el periodo 1975-1980 fue de 62.1 millones de colones (base 1962), y su tasa de crecimiento anual promedio para este periodo fue un robusto 4.1 por ciento. En 1981-1985, la tasa de crecimiento anual promedio fue del 7.2 por ciento negativo, y su nivel anual promedio de gastos reales fue de 53.9 millones de colones (base 1962), un 13 por ciento por debajo de la observada en el periodo anterior. Una economia debil debido a la guerra y a una recesion mundial, junto a una reasignacion de fondos por parte del Gobierno Central para financiar la guerra, dieron lugar a que el Ministerio recibiera una proporcion decreciente de asignaciones gubernamentales, y una inferior cantidad absoluta de recursos. En ultima instancia, estos mismos dos factores--la guerra y la economia--pueden, al menos en parte, considerarse responsables por las diversas manifestaciones de la persistente subfinanciacion de los costos recurrentes que para entonces habia comenzado a aquejar al Ministerio. La mas evidente de estas, la escasez de suministros--principalmente de medicinas--en las instalaciones del MS, deterioro la efectividad y utilizacion de las instalaciones del MS, en particular de las unidades y puestos, que eran los ultimos tipos de instalacion en recibir tales suministros y que afrontaron las mas graves perturbaciones debidas a la guerra

No obstante, la guerra y la economia no fueron las unicas causas de la crisis de los costos recurrentes, y el problema de estos costos no comenzo en 1979. Las raices de la crisis comenzaron a hacerse evidentes años antes de la guerra. La guerra y la tambaleante economia simplemente sirvieron para acelerar y exacerbar patrones y tendencias que ya existian. Las causas mas fundamentales de este problema fueron y continuan siendo, aunque en menor grado, de naturaleza institucional. Mas especificamente, los origenes del problema de los costos recurrentes han sido la modalidad historica de organizacion y los procesos de asignacion de recursos y toma de decisiones dentro del Ministerio de Salud

3.3.2. IMPEDIMENTOS ESTRUCTURALES PARA UN MEJOR DESEMPEÑO

3.3.2.1. ENTIDADES CENTRALIZADAS VERSUS DESCENTRALIZADAS El Ministerio de Salud se caracteriza por la fragmentacion organizacional. Esta dividido en dos categorias, no integradas, de entidades organizacionales. La Secretaria de Estado (u Oficina Central) y los Servicios Regionales de Salud constituyen conjuntamente lo que se denominan las Entidades Centralizadas. La otra "mitad" del Ministerio consiste en las llamadas Entidades Autonomas que estan abrumadoramente dominadas (economicamente) por los 14 hospitales. Como lo indica su nombre, las Entidades Autonomas planean independientemente sus propias actividades, presentan y ejecutan independientemente sus propios presupuestos, y recopilan y presentan independientemente sus propias estadisticas de los programas.

El marcado grado de autonomia de los hospitales constituye un impedimento importante para la planeacion del MS. Sin un control de los hospitales--o mucho mas fundamentalmente, sin tener siquiera un conocimiento basico actualizado acerca de los hospitales--la Oficina Central del MS no puede (en ningun sentido significativo de la palabra) planear las actividades del MS. Esto no seria necesariamente un problema, si los hospitales fueran totalmente independientes del MS, pero no lo son. Los hospitales reciben una gran proporcion (tradicionalmente tres cuartas partes) del programa numero 102, Servicios Administrativos Generales, subprograma numero 29, Suministros y Materiales, del presupuesto, que cubre la mayor parte de los suministros del Ministerio, incluyendo desde papeleria hasta drogas. La mayor parte del valor de estos suministros corresponde a medicinas y suministros medicos y de laboratorio, que son entregados a solicitud por la oficina Central del MS, a traves de la Unidad Tecnica de Medicamentos e Insumos Medicos (UTMIM), a los hospitales y oficinas regionales. La UTMIM tiene pocos criterios para evaluar la validez o adecuacion de la solicitud, pues tiene que presumir que las medicinas y otros suministros estan siendo utilizados de manera satisfactoria y que las solicitudes de las entidades reflejan tanto la necesidad como el consumo. Sin informacion adicional acerca de los presupuestos y gastos en medicamentos, y de los registros de entrega de los hospitales, y sin el analisis de las causas de consulta y hospitalizacion, la UTMIM no puede optimizar su sistema de distribucion a estos establecimientos.

La proporcion hospitalaria del presupuesto total del MS no es determinada tradicionalmente por el Ministerio de Salud. El Ministerio de Hacienda da comienzo al proceso de formulacion del presupuesto cada abril-mayo, con una carta al Ministro de Salud. Esa carta informa del monto de los fondos previstos para el MS en el siguiente año fiscal, y de las asignaciones para cada una de las entidades autonomas del MS. Tradicionalmente, las cantidades programadas han sido aceptadas por el MS como las apropiaciones iniciales, y han sido tramitadas como tales.

3.3.2.2 PRESUPUESTOS DE INVERSION Y DE OPERACION. IMPLICACIONES DE LOS COSTOS RECURRENTE Una segunda fuente de fragmentacion organizacional, que constituye otro impedimento tanto para la planeacion efectiva como para el mejoramiento del desempeño del Ministerio, es la ejecucion y la vigilancia de los presupuestos de inversion y operacion, como actividades distintas, administrativamente aisladas, y realizadas por reparticiones diferentes

La entidad a cargo de las inversiones, la Division de Ingenieria de Salud, es responsable por la conceptualizacion, evaluacion, obtencion de la financiacion e implementacion de nuevos proyectos de inversion. Esta Division funciona independientemente de las secciones encargadas del presupuesto de operacion, la Unidad de Desarrollo Institucional, de la Direccion de Planificacion, y la Division Financiero Contable, de la Direccion Administrativa. Aunque la Unidad de Desarrollo Institucional tambien trabaja en algunas actividades de desarrollo de proyectos, ninguna de las unidades de la Direccion de Planificacion ha estado involucrada historicamente en el analisis y seguimiento de los costos recurrentes, que generalmente han sido ignorados o desatendidos.

La division del trabajo, fomentada por la fragmentada estructura organizacional del Ministerio, promueve la falta de integracion entre el presupuesto de inversion y el presupuesto de operacion. El impacto de esta fragmentacion se intensifica adicionalmente por la division del trabajo entre las unidades de planeacion y presupuesto, reduciendose aun mas la posibilidad de que haya un centro de control o vigilancia de los costos recurrentes. La unidad de presupuesto mantiene los datos del presupuesto (y unicamente la porcion de los Fondos Presupuestales Generales del MS, que en años recientes ha promediado solo alrededor de dos tercios de los recursos totales del MS) mientras que la unidad de planificacion programa, en el mejor de los casos con informacion fragmentaria de los presupuestos y gastos, y dando, por lo tanto, lo que no es de extrañarse, relativamente poca consideracion a los costos recurrentes. En pocas palabras, la necesidad sentida y los incentivos para la estimacion y/o vigilancia de los costos recurrentes, son, en el mejor de los casos, poco evidentes, y en el peor, inexistentes.

3.3.2.3. EL EXCESO DE PRESUPUESTOS OPERATIVOS Y SISTEMAS FINANCIEROS DEL MS Como se observo anteriormente, el presupuesto Ordinario del MS esta fragmentado en mas de 15 partes--existe un presupuesto operativo para la Oficina Central y los Servicios Regionales de Salud del Ministerio, uno para cada uno de los 15 hospitales, al igual que para cada una de las doce o mas entidades de otro tipo que reciben transferencias de recursos recurrentes del MS. Con tan solo la informacion sobre la suma global, y sin datos detallados acerca de la composicion de estos presupuestos, la Oficina Central del MS esta en efecto impedida para manejar su propio presupuesto.

Adicionalmente, los Fondos Presupuestales Generales (Ordinarios) son la única porción del presupuesto del MS que es rastreada por la Oficina Central del MS. El MS tiene otras seis fuentes de financiación, que tienen una mezcla de sistemas de control y vigilancia, a veces separados, a veces superpuestos, para cada una. Estas fuentes son (1) Fondos Generales del GOES y préstamos externos específicos, que conjuntamente conforman el presupuesto General (Ordinario) del GOES, (2) presupuesto extraordinario, que consta de préstamos y donaciones externos, que el GOES ha optado por comprometer con el MS, (3) asistencia financiera directa al MS, consistente en tipos específicos de préstamos y donaciones externos, cuyos donantes exigen que sean utilizados para implementar proyectos específicos del MS, (4) asistencia técnica, consistente primordialmente en apoyo bilateral y multilateral en especie, y dos sistemas distintos de tarifas para usuarios, (5) los llamados fondos de patronatos, que incluyen los pagos de los usuarios por servicios ambulatorios, y (6) los ingresos generados por los pagos de los usuarios de servicios de hospitalización, llamados fondos de actividades especiales.

Cada una de las seis fuentes de financiación del MS tiene un sistema financiero distinto y separado, cada cual con su propio sistema de control y vigilancia. Lo anterior no sería motivo de preocupación, si no fuera por el hecho de que ninguna unidad del MS, por sí sola, tiene la responsabilidad de supervisar y manejar todo el sistema financiero. El "sistema" fragmentado constituye un impedimento estructural para el mejoramiento del desempeño del MS.

3 3 2.4. IMPLICACIONES DE LA ASIGNACION DE RECURSOS CON BASE EN PRESUPUESTOS HISTORICOS El enfoque tradicional del MS para la planificación y la presupuestación ha sido el de aplicar criterios históricos. Esta es una herramienta muy simple para la asignación de recursos: los dineros presupuestados se distribuyen a través de los programas del Ministerio con base en las proporciones relativas que recibieron el año anterior. Los aumentos en el presupuesto total se distribuyen proporcionalmente en los presupuestos de los diferentes programas, y las disminuciones en el presupuesto se aplican también proporcionalmente a los presupuestos de los programas. Así, por ejemplo, aunque el nivel total de gastos del MS varió mucho desde 1975, la distribución entre los hospitales y el resto del sistema (al menos hasta 1990), permaneció notablemente constante.

Debido a una programación presupuestal basada en los presupuestos históricos, los cambios de estructura solo han ocurrido a nivel del objeto específico del gasto (personal, materiales, equipos, etc.), no obstante, estos cambios han sido en gran medida respuesta a iniciativas introducidas por entidades donantes internacionales. Dada la magnitud de las actividades patrocinadas por los donantes, la adherencia a la planificación histórica, particularmente en una época de financiación nacional fuertemente restringida, viene a constituir, por implicación, la entrega del control del presupuesto y,

concomitantemente, del control de la direccion del sistema de prestacion de servicios de salud publica

Esta entrega, el papel de las entidades donantes y la composicion cambiante del presupuesto de las entidades centralizadas, son claramente evidentes en el Proyecto de Construccion de Instalaciones de Salud del Banco Interamericano de Desarrollo, que abarco 12 años (1974-1986), y bajo el cual ocurrio la mayor parte de la considerable expansion de la infraestructura del Ministerio. La continua expansion de la infraestructura dio lugar a la necesidad de ampliacion de los gastos de personal de estas instalaciones, por otra parte, cuando la financiacion del MS comenzo a decaer, todas las demas categorias de gasto tuvieron que contraerse mucho mas rapidamente. Con base en un promedio de personas, por tipo de establecimiento, se estima que las nuevas instalaciones contruidas o terminadas entre 1975 y 1980--el Hospital San Juan de Dios de 450 camas en San Miguel, 3 centros de salud, 35 unidades de salud y 46 puestos de salud, que representan en conjunto un incremento del 41 por ciento en el numero de instalaciones del MS--, requirieron como minimo 2000 empleados. Esta cifra corresponde a la mayor parte del sustancial aumento en el personal del MS, observado a lo largo de este periodo. La provision de los suministros y del personal requerido por estas nuevas instalaciones, aumento adicionalmente, por supuesto, los costos recurrentes. El impacto en la estructura de gastos del MS fue dramatico. La proporcion de gastos de personal de las entidades centralizadas aumento del 55 por ciento en 1977 al 92 por ciento en 1984. Concurrentemente, los gastos en todos los demas suministros--medicinas, materiales, suministros medicos, maquinaria, equipos, mantenimiento y reparaciones--disminuyeron del 45 por ciento al 7 por ciento durante el mismo periodo. La continuacion del proyecto de infraestructura, ante la decreciente financiacion del MS, precipito una importante crisis de costos recurrentes.

3.3.3 RESPUESTA LOCAL A LA CRISIS DE COSTOS RECURRENTES: DEPENDENCIA CRECIENTE DE INGRESOS DE LAS TARIFAS A USUARIOS Los establecimientos del MS han tenido durante mucho tiempo dos sistemas diferentes de manejo de los pagos de los usuarios. Los llamados Patronatos administran los pagos por la atencion ambulatoria y funcionan en todos los establecimientos del MS. El otro sistema, los Fondos de Actividades Especiales, administran los pagos de los pacientes internados, y existe, por lo tanto, en los centros de salud y hospitales.

3.3.3.1 PATRONATOS Aunque, por ley, los establecimientos del MS deben tener una junta comunitaria de salud, o patronato, la mayoría de los así denominados, son predominantemente entes fundados y manejados por el personal del establecimiento. Los niveles y la estructura de precios, y los sistemas administrativos varían considerablemente, siendo inventos imaginativos del personal de cada entidad.

El aumento de los ingresos de los patronatos es una respuesta local a la severa y prolongada crisis financiera que ha sufrido el MS a lo largo de la ultima decada. En 1977-78, los ingresos del patronato fueron anualmente, en promedio, de 1 4 millones de colones. Durante los siguientes 10 años, al aumentar la severidad de la crisis de costos recurrentes, aumentaron igualmente los ingresos del patronato, a un ritmo cada vez mayor. Para 1990-1991, habian alcanzado 7 veces su tamaño de 1977-78, en terminos nominales, y se habian duplicado, en terminos constantes. Aunque los Patronatos manejan aproximadamente un 10 por ciento del presupuesto ordinario de los Servicios Regionales de Salud, son mas importantes de lo que sugiere esa fraccion, debido a que se utilizan para comprar gran parte de las medicinas y suministros medicos, los mismos elementos que han escaseado en razon de la crisis de costos recurrentes.

3.3.3.2 FONDOS DE ACTIVIDADES ESPECIALES Historicamente, el termino "Fondos de Actividades Especiales" se ha utilizado para describir el sistema de cobrar, recibir y gastar los pagos de usuarios por los servicios de internacion de los centros de salud y hospitales. Los fundamentos de los Fondos de Actividades Especiales se encuentran en leyes y decretos oficiales. Adicionalmente, sus requisitos de informacion y los niveles de precios, que son uniformes, fueron fijados por una norma del Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda que data de 1976.

Entre 1983 y 1987 los ingresos de los Fondos de Actividades Especiales crecieron en terminos reales un 14 por ciento anual. La tasa de crecimiento real llego a su punto maximo en 1986, disminuyo a cerca del 9 por ciento en 1987, y luego fue negativa en cada uno de los tres años siguientes. En 1991, los ingresos (brutos) por Actividades Especiales fueron menos de la cuarta parte de los Patronatos, 5 0 y 21 5 millones de colones, respectivamente.

La ahora prolongada insuficiencia de los recursos asignados por el Gobierno Central al MS, subraya la creciente importancia de las tarifas para usuarios de los establecimientos de salud. Principalmente debido a la forma ad_hoc como se desarrollaron los Patronatos, y al largo tiempo transcurrido desde la ultima revision de las normas de los Fondos de Actividades Especiales, se pueden obtener sustanciales logros estandarizando e institucionalizando los aspectos procedimentales y administrativos de los sistemas de tarifas para usuarios. En particular, la formalizacion de las funciones de vigilancia y control, de manera que garanticen el mantenimiento y la promocion tanto de los incentivos comunitarios para pagar como de los incentivos al personal de los establecimientos para cobrar las tarifas, de manera que se promueva una dependencia continuada de estos importantes sistemas. La necesidad de tarifas para usuarios orientadas a complementar la financiacion del Gobierno Central al Ministerio de Salud, continuara a lo largo del futuro previsible. Por consiguiente, el momento de apuntalar y fortalecer ese sistema ha llegado. Gran parte del trabajo esta actualmente en curso. En 1991 y 1992 se realizo un analisis detallado de los fundamentos legales,

estructuras, niveles de ingresos y gastos y tendencias de ambos sistemas de tarifas, y proporciono un solido entendimiento de la naturaleza y limitaciones de los sistemas En octubre de 1992, un grupo de trabajo del MS, con asistencia tecnica del proyecto AID/APSISA, desarrollo escalas de tarifas revisadas para ambos sistemas, que actualmente estan en estudio en la Presidencia

No obstante, se requiere algo mas que una simple revision de la estructura de tarifas, siendo oportuno y necesario introducir un paquete de reformas orientado a atender las necesidades de mas largo plazo del MS con respecto a estos sistemas En particular, se debe prestar adecuada atencion a (1) la posicion del Ministerio de Hacienda respecto al papel de estos dineros en la formulacion del presupuesto, (2) la eventual eliminacion de las tarifas en los puestos de salud, (3) la necesidad de desarrollar un indice de precios especifico para el MS, en lugar de utilizar el indice de precios al consumidor, para ajustar anualmente las tarifas para usuarios, dado que este ultimo sobrevalora la tasa de inflacion sufrida por el MS, (4) la estructuracion de los precios de tal manera que se relacione el uso del sistema de tarjetas de salud con el desarrollo de areas de servicios de los establecimientos de salud, (5) el mantenimiento del control local sobre los precios, y existencia de solo de un rango de precios sugeridos, o de una estructura de precios relativos establecidos por la Oficina Central, (6) el desarrollo de un mecanismo de asignacion de presupuestos regionales basado en necesidad, poblacion, capacidad de pago y produccion de servicios

3.3.4 EL VUELCO EN EL DESEMPEÑO DEL MS DESPUES DE 1986 Y LAS PERSPECTIVAS FUTURAS La guerra, el terremoto de 1986 y la ofensiva de Noviembre (1989), perturbaron las operaciones del MS No obstante, todos estos eventos tuvieron efecto por un periodo de tiempo limitado, su impacto eventualmente se disipo Las condiciones fundamentales que dieron origen a la alteracion en el nivel y patron de prestacion/utilizacion de los servicios del MS en el periodo de 1982 a 1986, y que fueron una combinacion de (1) factores relacionados con la guerra, (2) la severa presion economica que precipito una prolongada crisis de costos recurrentes, y (3) la insuficiencia de la financiacion, organizacion y funcionamiento de varios sistemas logisticos claves del MS, han cedido Aunque los factores causales mas arraigados, de origen organizacional, no "desaparecieron", sus impactos mas sobresalientes fueron atenuados por las cambiantes condiciones--siendo la mas importante el impacto decreciente de la guerra y la masiva asistencia externa En gran parte, el aumento en las actividades de los donantes ha jugado un papel importante en el giro de la situacion El Proyecto AID/APSISA, en particular, parece haber sido el responsable de aliviar las que, desde la perspectiva de los usuarios del MS, eran las manifestaciones mas importantes de la crisis de los costos recurrentes, evidenciadas por una baja en la calidad--v g , la escasez de drogas y suministros medicos--y el

promotor del mejoramiento de la organizacion y el funcionamiento de los principales sistemas logísticos del MS

Es imperioso, por lo tanto, que el MS no se duerma sobre los laureles debido a estos recientes logros. Aunque el desempeño del MS mejoro a finales de la decada de 1980, si tenemos en cuenta el crecimiento de la poblacion ocurrido entre 1975-76 y 1991-92, la tasa de crecimiento relativamente mas lenta en la produccion de servicios a lo largo de todo el periodo implica que, o una proporcion menor de la poblacion salvadoreña tiene acceso ahora a la atencion en la salud, y/o mas personas buscan ahora atencion en fuentes distintas al MS. Aunque actualmente sea menor la necesidad sentida, o al menos la urgencia sentida, de las diversas reformas en curso--como resultado, en gran medida, del final de la guerra, de la recuperacion economica (desde 1990), del importante y renovado compromiso del gobierno con la financiacion del sector de la salud, y de los altos niveles de ayuda internacional--las causas fundamentales de la mayoria de los problemas criticos experimentados en la ultima decada todavia persisten y continuan caracterizando al Ministerio, y como consecuencia directa, continua existiendo un riesgo real de una renovada crisis de costos recurrentes.

Esta no es una preocupacion infundada ni improbable. Entre 1984 y 1991 (el ultimo año para el cual hay datos disponibles) la proporcion de los gastos operativos de personal, sustentados por el presupuesto ordinario de las funciones no hospitalarias del MS, promedio un 91 por ciento. De nuevo, los nuevos establecimientos construidos por los donantes--3 nuevos centros de salud construidos por los holandeses y abiertos en 1989, el Hospital de Especialidades construido por los franceses y abierto en 1990, y mas recientemente, el Hospital Zacamil construido por la Comunidad Economica Europea--requirieron nuevo personal y generaron un aumento en los costos respectivos. Mientras que el personal de los servicios regionales de salud del MS aumento tan solo un 4.0 por ciento desde 1981 hasta 1988, entre 1988 y 1991 crecio un 13.8 por ciento. Las implicaciones para los suministros son evidentes: una proporcion tristemente inadecuada del presupuesto ordinario continua siendo asignada a medicinas y suministros medicos, sin mencionar maquinaria y equipos. La AID continua financiando aproximadamente tres cuartas partes de las compras de medicinas y suministros medicos del Ministerio, y alrededor de un 20 por ciento del total de los costos operativos del MS. Que ocurriera despues de 1994 cuando la asistencia de la AID se haya reducido sustancialmente, si no eliminado del todo? A no ser que un importante donante alterno tome el lugar de la AID (lo cual parece bastante improbable), la crisis de los costos recurrentes podria regresar, aunque gracias a unos aumentos muy significativos en las apropiaciones del presupuesto ordinario en 1992 y 1993 (31 y 38 por ciento, respectivamente) la situacion no seria tan abrumadora como la experimentada en el periodo 1981-1986.

Los problemas estructurales y administrativos claves del MS continuan caracterizando al Ministerio, pero ya se ha establecido la prioridad

de su solución, y la mayoría ya empiezan a ser afrontados Los principales esfuerzos incluyen.

- ° Desarrollo de un sistema de contabilidad financiera computarizado, integrado y completo por parte de la Unidad Financiero-Contable, con la asistencia técnica de la OPS,
- ° Primeros pasos, en enero de 1993, para el desarrollo de una unidad de planificación financiera dentro de la Dirección de Planificación del Ministerio,
- ° Un estudio de costos, cuyos hallazgos han proporcionado la base para (1) establecer una estructura de tarifas para usuarios que refleje el costo de producción de los servicios, (2) estimar los requerimientos presupuestales y revisar las solicitudes de recursos para los servicios programados, que son componentes críticos de una planificación efectiva, y
- ° Adopción de una política oficial para el sistema de tarifas y cuotas de recuperación, cuyos objetivos y propósitos se han planteado explícitamente

Aun así, todavía se requiere una considerable cantidad de trabajo en cada una de estas importantes áreas Por otra parte, estos no son los únicos problemas del Ministerio Existen una serie de aspectos críticos de eficiencia que también deben abordarse Estos incluyen (1) la prioridad económica asignada por el MS a sus 15 hospitales, y en menor grado, a sus 15 centros de salud (que son en realidad hospitales de aproximadamente 65 camas), a expensas de la atención primaria de la salud, mientras que dichas camas continúan teniendo un bajo nivel de ocupación, inferior al sugerido por las normas internacionales (55-60 por ciento versus 80-85 por ciento), (2) el bajo nivel de productividad de los proveedores de servicios del MS, y (3) la creciente proporción de la atención ambulatoria de hospitales y centros de salud suministrada por sus departamentos de urgencias Estos últimos dos puntos ameritan una mayor discusión

3.3.5 OTRAS AREAS PROBLEMA

3.3.5 1 ASPECTOS DE PERSONAL

3.3.5.1.1 TENDENCIAS EN LA REMUNERACION Y LA PRODUCTIVIDAD La productividad promedio de los proveedores del MS es baja y parece continuar decayendo Mientras que los médicos realizaron un promedio anual de 1 102 consultas por cargo en 1987-88, su promedio en 1990-91

fue tan solo de 852, una disminucion del 23 por ciento⁴ Un reciente estudio de la Unidad de Estadisticas del MS (Molina, 1992), encontro que los medicos realizan menos de la mitad de las consultas por hora contratada de las que deberian, segun las normas del MS

Una posible razon de esta disminucion en la productividad de los proveedores ha sido el hecho de que los niveles reales de remuneracion de los medicos del MS se han visto devastados en años recientes Entre 1980 y 1990, el poder adquisitivo real del salario del Ministerio de Salud para un medico disminuyo un 73.5 por ciento Esta es casi el doble de la reduccion sufrida por el pais en conjunto, a lo largo de este periodo

Otro factor que probablemente ha contribuido a socavar aun mas la productividad de los medicos es el progresivo grado de reduccion desde 1976, de los diferenciales de salario entre los varios tipos de personal de salud, un fenomeno conocido como compresion salarial Se supone que quienes han visto rebajado su salario en mayor proporcion respecto de sus compañeros del equipo de salud--especialmente los medicos, y en menor grado las enfermeras, frente a los auxiliares de enfermeria y los inspectores de salud--perciben con resentimiento la relativa erosion de su posicion y situacion economica, dando pie a una reduccion adicional en su motivacion y productividad

De hecho, existe un acuerdo implicito entre los funcionarios y medicos del MS en el sentido de que, dados los bajos niveles salariales, los medicos solo tienen que trabajar aproximadamente la mitad de su tiempo contratado Cuando es necesario justificarlo, el resto del tiempo se informa como utilizado en asuntos "administrativos" Dicho arreglo duplica, en efecto, el nivel de remuneracion de los medicos, pero establece un peligroso precedente, menoscabando aun mas la capacidad del MS para controlar y exigir a sus medicos, lo cual trasciende tambien a los otros tipos de personal Un analisis del uso del tiempo del personal del MS--ya sea mediante un estudio de tiempo-movimiento, o un estudio de flujo de pacientes--es el punto de partida fundamental para evaluar la magnitud de este problema e identificar las soluciones mas convenientes

3.3.5.1.2 EL SISTEMA DE PERSONAL Y LA RESPONSABILIDAD DEL MS Muchos trabajadores del MS se reportan como trabajando en una region o establecimiento diferente del cual fueron nombrados Es interesante examinar las características de un sistema que permite este tipo de situacion Sucede porque las decisiones sobre asignacion de personal

⁴ Una advertencia con respecto a esta medicion de la productividad Observese que el denominador es el numero de puestos de medicos en lugar de la medida preferida, v.g., numero de horas trabajadas La medida aqui presentada no refleja ningun cambio en el numero promedio de horas por puesto de trabajo que puede haber ocurrido durante este periodo de 5 años

(y otros recursos) se toman en el centro, y el sistema de seguimiento de personal es deficiente. Sucede, también, porque los administradores de nivel regional y de establecimiento tienen pocos incentivos (distintos de su dedicación profesional), y pocos mecanismos (diferentes de la persuasión moral) para controlar a sus empleados, dado que (1) no existen procedimientos para evaluar el desempeño en el cargo de ningún empleado, y porque (2) la mayoría de los empleados del MS son miembros del sistema del servicio civil (Ley de Salarios) que virtualmente les asegura la permanencia en su empleo⁵

Si, como se reconoce ampliamente, muchos trabajadores están asignados a una región o establecimiento pero trabajan en otra, entonces por qué no esperar también que algunos trabajadores que están en la nómina del sector público de salud, realicen poco o ningún trabajo? La estructura del sistema actual y sus deficiencias administrativas son importantes razones para que la productividad del MS sea baja. Estas son adicionales a aquellas que ya hemos citado, o sea, el impacto de la decreciente remuneración real, y la escasez de medicinas y suministros, generadas por las largas crisis de costos recurrentes

En la medida en que el MS gaste más en personal en la próxima década, deberá mejorar primero los niveles salariales sin aumentar el número de sus empleados. A la luz de las tendencias en los últimos diez años, la elevación de la moral y la motivación del personal debe convertirse en área prioritaria, en el proceso de incremento de la productividad, y de la calidad de los servicios. Sin embargo, no es probable que este cambio se haga automáticamente. Un nuevo esquema administrativo, con mecanismos para hacer y mantener responsables a las personas, tendrá que introducirse simultáneamente. Debe considerarse la posibilidad de establecer nuevos métodos para asignar la remuneración del personal, tales como compartir una porción de los ingresos por pagos de los usuarios

3.3 5.2 CONSULTAS DE URGENCIAS Y HORARIOS: ASPECTOS DE EFICIENCIA Y ACCESO Entre 1985 y 1991, se observó una clara tendencia al aumento de las consultas de urgencia de los hospitales y centros de salud del MS. El incremento promedio en los hospitales fue del 20 por ciento anual, y en los centros de salud, de 45 por ciento. No solo hubo un crecimiento sustancial de las cifras absolutas, sino también de la

⁵ A partir de octubre de 1990, se han regionalizado algunas decisiones relacionadas con el personal. Aunque los problemas básicos de los mecanismos de control y las estructuras de incentivos, no han cambiado, la regionalización de la contratación, significa que el sitio de control y supervisión está más cercano al trabajador, lo cual probablemente hace más personal y, por consiguiente, más efectivo el mecanismo de control de la persuasión

proporcion con respecto a todas las consultas ambulatorias efectuadas en hospitales y centros, equivalente a un 29 por ciento en los ultimos cuatro años. Generalmente, las urgencias constituyen alrededor de un 15 por ciento de las consultas externas de un hospital (la cifra para el ISSS a lo largo de este periodo ha sido del 16 por ciento)

Esta situacion es causa de preocupacion por dos razones. En primer lugar, porque es probable que solo una fraccion de todos estos casos sean verdaderas urgencias. La mayoria, probablemente, son motivadas por la inaccesibilidad de los servicios. Las instalaciones del MS, tradicionalmente han proporcionado atencion solamente en las mañanas, y los largos periodos de espera, y horarios inconvenientes, se consideran dos aspectos de la calidad de la atencion, con los cuales los pacientes estan especialmente insatisfechos, dando lugar a un aumento de la demanda hacia el sector privado. La restriccion de los servicios de consulta externa a unas pocas horas de la mañana, parece ser un importante cuello de botella en la prestacion de servicios del MS y una barrera significativa para el mejoramiento del acceso a la atencion. En segundo lugar, el estudio de costos recientemente terminado (Gomez, 1992), encontro que, en los centros de salud, una consulta de urgencia cuesta un 67% mas que una consulta externa, y en los hospitales, un 85 por ciento adicional. En resumen, el uso innecesario de los servicios de urgencias es ineficiente, aumenta los costos y reduce los recursos disponibles para los demas tipos de actividades. Al mismo tiempo, dicho sobreuso de los servicios de urgencia, compromete la prestacion oportuna de atencion a los casos verdaderamente urgentes. Esta delicada situacion amerita un detenido estudio para determinar las causas y posibles soluciones.

La posicion tradicional del Ministerio, de hacer equivalentes el creciente acceso a la atencion con un aumento en el numero de instalaciones, o lo que es menos comun, con un incremento en el numero de proveedores del MS, debe modificarse. El Salvador es un pais pequeño con un buen sistema de transporte y una adecuada infraestructura de salud. El metodo mas eficiente, en terminos de costos para mejorar el acceso a la atencion--la pieza central del Plan Nacional de Salud 1990-1994--no es la construccion de mas instalaciones subutilizadas, sino el uso mas racional de las instalaciones existentes, el suministro de servicios de consulta durante mas horas al dia y en horarios mas ajustados a las posibilidades de los pacientes. Esta podria ser la principal estrategia para mejorar el acceso a los servicios del MS.

3.3.5.3 SI HAN DE CONSTRUIRSE NUEVAS INSTALACIONES, DEBERIAN SER UNIDADES DE SALUD Reiteramos, la infraestructura del MS no deberia ampliarse. No obstante, si se van a construir instalaciones adicionales, esas no deben ser centros y hospitales, que han sido el foco de los proyectos mas recientes. El MS no necesita camas adicionales, sino una mejor financiacion y utilizacion de las existentes. Las tasas promedio de ocupacion han sido por mucho tiempo inferiores a las normas aceptadas, especialmente en los centros de

salud donde han estado, en promedio, por debajo del 50 por ciento desde 1985, y siguen disminuyendo. El MS no debería darse el lujo de construir más camas de hospital. Por consiguiente, una mayor infraestructura solo se justificaría para atención ambulatoria, caso en el cual la instalación preferida sería la unidad de salud. Las unidades de salud han sido generalmente bien utilizadas (reflejando su aceptabilidad), y el estudio de costos encontró que eran la instalación más eficiente (de más bajo costo y mayor productividad) para la prestación de atención ambulatoria.

4. EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) fue establecido en abril de 1954. El ISSS cuenta con dos fondos básicos: uno para servicios de salud y otro para retiros/pensiones. Desde sus comienzos, el componente de servicios de salud ha sido financiado con aportes de los empleados, el patrono y el Estado (específicamente el Ministerio de Hacienda). El esquema de financiación en el cual se basa el fondo de servicios de salud ha sido modificado dos veces. Los niveles de aporte actuales fueron instituidos en 1978, lo cual los convierte en uno de los conjuntos de tarifas más antiguos, si no el más antiguo, de los actualmente vigentes en Latinoamérica.

El esquema de aportes consiste en que el empleado aporta un 2.5 por ciento de su salario, el patrono un 6.25 por ciento adicional, y el Estado--que antes de 1978 igualmente pagaba una fracción fija del salario del empleado--contribuye con aproximadamente 5 millones de colones al año (cifra que, al adoptarse, se convino que fuera actuarialmente ajustada cada cinco años). Los aportes porcentuales, tanto del empleado como del patrono, se pagan solamente sobre los primeros 6 000 colones de ingreso mensual (aproximadamente US\$681). Para ingresos mensuales hasta el tope de 6 000 colones, es proporcional--tomando el mismo 2.5% del ingreso de cada trabajador cubierto--pero para los salvadoreños que devengan más de 6 000 colones al mes, el impuesto es menos que proporcional. A medida que aumenta su ingreso, el aporte al Seguro Social representa un porcentaje más pequeño de su ingreso total, convirtiéndolo, por definición, en un impuesto regresivo. En términos de su impacto sobre las empresas, este también varía y, de nuevo, la fuente de variación es el techo por encima del cual no se paga ningún impuesto. Las empresas con una alta proporción de trabajadores con salarios relativamente bajos, tienen que aportar una mayor proporción de su nómina total, comparadas con las compañías con una mayor proporción de trabajadores que devengan más del tope de 6 000 colones al mes.

4.1 COBERTURA

Inicialmente (1954), la cobertura del ISSS estuvo limitada a los establecimientos industriales, comerciales y de servicios, en tan solo 9 de los 262 municipios de El Salvador, y aun allí excluía a las

compañías con menos de 5, o mas de 249 empleados, a aquellos que devengaban mas de 500 colones al mes, y a los que trabajaban para un gobierno municipal, o para el gobierno central Comenzando en el año siguiente, 1955, una serie de reformas al Capitulo III de la Ley de Seguridad Social resultaron en la extension gradual de la cobertura del sistema Sin embargo, fue solo en noviembre de 1973 que el ISSS establecio el cubrimiento de todo el territorio nacional Las extensiones mas significativas de la cobertura se concentraron en dos periodos, 1979-80 y 1989, e incluyeron

- ° el desarrollo en 1979 del Regimen Especial--el mecanismo por el cual se incorporaron los trabajadores del sector publico, distinto del Regimen General que incluyo a los trabajadores del sector privado--y la incorporacion de los trabajadores del sector publico de las zonas occidental y oriental del pais, en enero de ese año y septiembre de 1980, respectivamente
- ° la extension de la cobertura en febrero de 1989 a los empleados del sector publico de las regiones Central y Metropolitana,
- ° la incorporacion en marzo de 1989 de las viudas y viudos de pensionados del ISSS, y, mas importante numericamente, de los hijos menores de dos años de los afiliados al ISSS (quienes previamente disfrutaban de cobertura tan solo hasta los 6 meses de edad), y
- ° la adiccion en mayo de 1989 de la cobertura de la atencion de salud para los esposos de las trabajadoras aseguradas (hasta entonces solo las esposas habian estado cubiertas)

Comparado con los sistemas de seguridad social de otros 21 paises latinoamericanos, tradicionalmente (al menos desde 1960), la cobertura del ISSS ha sido la mas baja, o la segunda mas baja, en terminos de proporcion de la poblacion economicamente activa como de poblacion total (McGreevey, 1990, p 57) Sin embargo, debido a las diversas extensiones de la cobertura, ha habido una clara tendencia ascendente, como se muestra en la tabla siguiente La guerra y el lento desarrollo de la economia que redujeron y mantuvieron el empleo del sector formal en niveles historicamente bajos, significaron menor numero de afiliados al ISSS a traves de la mayor parte de la decada de 1980 Aun con las diversas ampliaciones de la cobertura, la proporcion de poblacion economicamente activa cubierta por el ISSS solo regreso en 1989 a su tope anterior del 15.9 por ciento, alcanzado en 1979 Desde entonces, con dos ampliaciones adicionales, ha aumentado sistemáticamente hasta llegar a casi un 20 por ciento en 1991

Numericamente hablando, las dos ampliaciones mas significativas de la cobertura fueron aquellas realizadas en 1989 La incorporacion de los empleados del sector publico de las Regiones Central y Metropolitana, añadio mas de 55 000 afiliados, con sus dependientes, a las listas de beneficiarios del ISSS, y la incorporacion de los niños menores de 2

años apor to mas de 18 000 Asi, en 1989, mientras que el numero de afiliados al ISSS bajo el regimen general (sector privado), disminuyo en aproximadamente un 2 por ciento, el numero total de trabajadores afiliados aumento un 2 por ciento, debido a la significativa expansion (23 por ciento) en el numero de afiliados bajo el Regimen Especial. Adicionalmente, el numero total de beneficiarios aumento ese año en su mayor cifra anual (23 por ciento), al incluirse como beneficiarios del ISSS los nuevos afiliados del sector publico, sus conyuges y, ahora por primera vez, los hijos hasta la edad de dos años. Al irse reactivando la economia a partir de 1990, el numero de afiliados y beneficiarios del ISSS ha alcanzado su mayor nivel de todos los tiempos.

Antes de la guerra, la proporcion de poblacion nacional cubierta por el ISSS oscilaba en el rango del 6 al 7 por ciento. Con las diversas extensiones de la cobertura, en especial las mas recientes que han eliminado el vinculo directo de los beneficiarios con el empleo--v g , la incorporacion de los conyuges de los afiliados al ISSS y sus hijos en 1989--la tasa de cobertura rompio el rango tradicional de cubrimiento, y aumento a un 8.7 por ciento en 1989, a un 9.4 por ciento en 1990 y llego al 10.0 por ciento en 1991. Aun asi, segun los estandares internacionales, la proporcion continua siendo pequeña.

Una de las implicaciones de la extension de la cobertura a los empleados del sector publico es la de que, debido a que, en general, estan mas seguros en sus puestos, y menos sujetos a contratacion y despido por fluctuaciones en la economia, su incorporacion ha servido para ayudar a estabilizar el numero de afiliados y beneficiarios del ISSS. Como puede verse en el cuadro siguiente, la tasa de crecimiento anual del total de afiliados (cotizantes) es mucho mas estable y regular que la de solo los afiliados bajo el Regimen General.

LA EVOLUCION DE LA COBERTURA DEL ISSS

AÑO	TOTAL AFILIADOS AMBOS REGIMENES	TOTAL BENEFI- CIARIOS	TOTAL BENEFI- CIARIOS COMO % DE POB NAL	TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL		
				BAJO REG GENERAL	TOTAL AFILIADOS	TOTAL BENEFI- CIARIOS
1975	169,026	243,340	6.2			
1976	182,798	263,223	6.5	8.1%	3.1%	8.2%
1977	206,299	297,449	7.2	12.9%	3.1%	13.0%
1978	219,384	316,326	7.4	6.3%	3.1%	6.3%
1979	232,609	335,600	7.6	2.8%	3.1%	6.1%
1980	210,868	305,045	6.7	-14.9%	3.2%	-9.1%
1981	214,224	306,126	6.7	-5.1%	1.7%	0.4%
1982	214,095	305,941	6.6	1.4%	0.9%	-0.1%
1983	232,800	332,671	7.1	8.5%	0.8%	8.7%
1984	225,354	322,030	6.8	-3.3%	0.9%	-3.2%
1985	226,658	323,894	6.8	2.8%	1.3%	0.6%

LA EVOLUCION DE LA COBERTURA DEL ISSS
(Continuacion)

AÑO	TOTAL AFILIADOS AMBOS REGIMENES	TOTAL BENEFI- CIARIOS	TOTAL BENEFI- CIARIOS COMO % DE POB NAL	TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL		
				BAJO REG GENERAL	TOTAL AFILIADOS	TOTAL BENEFI- CIARIOS
1986	237,346	339,168	7 0	4 8%	1 6%	4 7%
1987	240,737	344,013	7 0	1 7%	2 4%	1 4%
1988	255,367	364,919	7 3	6 6%	2 2%	6 1%
1989	311,190	448,336	8 7	-1 8%	2 3%	22 9%
1990	338,233	494,465	9 4	3 7%	2 4%	10 3%
1991	361,954	536,001	10 0	9 7%	2 5%	8 4%

NOTAS Total = Afiliados + Dependientes (= Cotizantes + Beneficiarios) de los Regimenes tanto General como Especial

Los afiliados del Regimen General, y sus patronos, pagan una tasa de aporte proporcional mas alta comparada con los afiliados del Regimen Especial Bajo el Regimen Especial, los empleados aportan un 2 23 por ciento y el patrono (el Estado) aporta un 5 57 por ciento, para un aporte total del 7 80, comparado con un 8 75 por ciento del Regimen General.

4.2 DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE AFILIADOS

Dentro del Regimen General del ISSS (que incluye todos los afiliados del sector privado), ha habido durante largo tiempo una tendencia a que los afiliados esten cada vez mas concentrados en los 9 municipios del area metropolitana de San Salvador En 1976, el 64 por ciento de los cotizantes del ISSS se encontraban en dicha area Quince años mas tarde, para 1991, esta proporcion habia aumentado al 71 por ciento Sin embargo, la mayoria de las personas que se han ido incorporando al ISSS, han ingresado bajo el Regimen Especial y, a la fecha de este escrito, no habia informacion disponible acerca de la distribucion regional de este grupo No obstante, en 1991, estas personas constituan un 27 por ciento de los afiliados al ISSS, sugiriendo que su numero es probablemente insuficiente para tener un gran impacto sobre el patron de distribucion de los beneficiarios del ISSS, aun si todos ellos estuvieran localizados por fuera del Area Metropolitana La cobertura del ISSS, se concluye tentativamente, esta altamente concentrada, aunque debido a las diversas extensiones incrementales de la cobertura, existe una tendencia hacia la desconcentracion

4.3. FINANCIACION DEL ISSS

Entre 1980 y 1985, el Regimen de Salud del ISSS opero con un deficit anual, y para 1986 habia acumulado una deuda de aproximadamente 50 millones de colones. La guerra, la descapitalizacion y los decrecientes niveles de ingresos, habian destruido, conjuntamente, gran parte de la base industrial que empleaba al tipo de trabajadores que constituian la espina dorsal de los cotizantes del ISSS. El empleo en las manufacturas disminuyo alrededor del 18 por ciento entre 1979 y 1982. Como resultado, el ISSS sufrio una fuerte contraccion en sus miembros aportantes de cuotas, y por consiguiente, en sus ingresos. La mayor reduccion anual, del 15 por ciento, ocurrio en 1980 y fue seguida en 1981 por otra caida del 5 por ciento. Sin la introduccion del Regimen Especial en 1979, y su ampliacion en 1980, estos descensos habrian sido mucho mas marcados.

Otra razon importante para el deficiente desempeño financiero del Regimen de Salud del ISSS durante los primeros años de la decada de 1980, fue el incumplimiento del Gobierno (segun un documento del ISSS de 1992, p 32) durante 8 años, entre 1982 y 1989, en su aporte anual de 5 millones de colones para los trabajadores bajo el Regimen General. Luego, en 1990, pago 10 millones de colones, pero en 1991 de nuevo no pago nada. Adicionalmente, el gobierno pago tan solo una porcion de lo que estaba obligado a pagar como patrono de los afiliados bajo el Regimen Especial, y lo que pago, con frecuencia fue aportado erráticamente.

El Regimen de Salud del ISSS se mantuvo viable al recibir una "transferencia" de 41 millones del fondo de vejez y retiro, supuestamente para compensar al Regimen de Salud por haber pagado los gastos administrativos del Instituto en el periodo 1969-1985. Adicionalmente, el Ministerio de Hacienda dio al ISSS un "subsidio" de 22 millones de colones en 1986 para pagar la deuda que habia contraido el ISSS entre junio de 1984 y abril de 1986. Desde este año, el ISSS ha generado anualmente un superavit.

4.4 ASPECTOS DE EFICIENCIA: COMPARACIONES INTERNACIONALES Y NACIONALES

Un reciente documento del Banco Mundial presenta un analisis comparativo de la eficiencia administrativa del Seguro Social de 21 paises latinoamericanos (McGreevey 1990). El Salvador ocupa una posicion cercana al promedio entre estos paises, segun una de estas mediciones, la proporcion de los costos gastada en administracion su 13.7 por ciento lo clasifica en el decimo lugar. No obstante, los datos corresponden a mediados de la decada de 1980, y esa proporcion se ha duplicado aproximadamente desde 1986. De acuerdo con una segunda medida, empleados por 1000 asegurados, el 13.5 de El Salvador esta por encima del que se considera como el sistema de Seguridad Social menos eficiente de las Americas, el de la Republica Dominicana.

Los médicos y odontólogos del ISSS son, en general, de una y media, a dos veces, más eficientes que los proveedores del MS (ISSS 1991, Molina 1992). En términos del costo unitario de los servicios, los del ISSS son considerablemente más altos que los del MS, aunque los resultados específicos dependen del tipo de atención y de instalación, para servicios de hospitalización, el ISSS tiene costos unitarios considerablemente más altos comparado con el Ministerio de Salud (Gómez 1992, ISSS 1991). Las diferencias van desde los costos unitarios de la consulta médica en los cuales la atención del ISSS es casi tres veces más costosa, hasta el servicio de obstetricia-ginecología cuyo costo es casi del doble, con un mayor componente de atención quirúrgica. Comparando estas razones de costos relativos con aquellas por día de hospitalización, vemos que cuando la duración promedio de la hospitalización se incluye como una variable, resulta que la atención del ISSS tiene costos relativos aun más altos (con excepción de la cirugía proporcionada por centros de salud del MS). Un servicio del ISSS tiene aproximadamente el mismo costo que uno de un hospital o centro del MS, pero es aproximadamente un 30 por ciento más costoso que uno prestado en una unidad o puesto de salud del MS. Los costos unitarios de un examen de laboratorio en los hospitales del MS son equivalentes a los del ISSS, mientras que en los centros de salud el costo es la mitad. Finalmente, el MS produce radiografías más eficientemente que el ISSS.

Nunca se ha realizado un análisis de averiguar las causas de las diferentes estructuras de costos de estas dos instituciones. Dicho análisis también tendría que examinar y controlar las variaciones en la calidad de los servicios prestados. Los datos de costos unitarios para el MS se han hecho disponibles tan solo muy recientemente como resultado de un estudio especial realizado en 1992 por el Proyecto AID APSISA. El ISSS, por otra parte, ha hecho un seguimiento de los costos unitarios durante muchos años. Una fuente potencial de la variación en los costos de las dos instituciones, es la estructura salarial, sustancialmente más alta, que disfrutaban los empleados del ISSS. Sin embargo, al menos en el caso de los médicos y los odontólogos, puede ser que su mayor productividad promedio contrarreste totalmente sus mayores salarios, resultando en costos laborales aproximadamente equivalentes por unidad de producción. Esta, y otras fuentes de variación en los costos, y en las técnicas de manejo de las dos instituciones, darían lugar a un interesante estudio comparativo, del cual ambas instituciones se beneficiarían.

4.5 COORDINACION ISSS-MS

Aunque de tiempo atrás se viene hablando en El Salvador de la necesidad de cooperación, coordinación y, posiblemente, la eventual fusión del MS y el ISSS, no ha habido ningún avance significativo en este sentido desde que las dos instituciones firmaron una carta-convenio en 1987. La firma de ese documento consumó el acuerdo según el cual el ISSS puede (a) comprar servicios del MS para su clientela asegurada y (b) alquilar espacio en las instalaciones del

MS El ISSS tiene contratos especificos que formalizan este acuerdo con 30 establecimientos del MS La estructura de tarifas que rige estas operaciones fue establecida por el Gobierno Central en 1985, y permanece vigente hoy en dia No obstante, la inflacion ha incrementado los costos del MS en aproximadamente un 150 por ciento desde la determinacion de esas tarifas, y aparentemente los precios a los cuales el MS presta estos servicios al ISSS, son ahora tan bajos, que el MS esta en realidad perdiendo dinero (porque el costo de prestar los servicios excede los ingresos brutos que generan) Si realmente se esta presentando un subsidio neto del MS al ISSS, las implicaciones patrimoniales son preocupantes El MS esta actualmente revisando su lista de precios y estos contratos con el ISSS

4.6 PRIVATIZACION PARCIAL DE LA ATENCION AMBULATORIA ESPECIALIZADA DEL ISSS

Desde la epoca en que el terremoto destruyo el hospital principal del ISSS, a finales de 1986, el Instituto venia presentando un creciente retraso en sus citas Este retraso--en particular para las consultas con especialistas--resulto en demoras de 3 meses o mas, y se convirtio en la fuente de algunas de las mas algidas criticas al Instituto En respuesta a este exceso de demanda, el ISSS cambio sus horarios de atencion en las clinicas de 8 a 12 horas al dia No obstante, la medida resulto inadecuada Asi, a partir de mayo de 1991, el ISSS privatizo parcialmente la atencion ambulatoria especializada Solamente los medicos que trabajan para el ISSS, pueden atender privadamente a pacientes asegurados y ser reembolsados por el Instituto por esa atencion Este esquema de privatizacion es, sin embargo, muy limitado, cubre solo la primera consulta de un episodio de enfermedad

En los 7 meses de 1991 durante los cuales el programa estuvo vigente, se realizaron 44 507 consultas privadas con especialistas En los primeros 10 meses de 1992, se efectuaron casi 55 000 consultas de este tipo Inicialmente, este esquema parcial de privatizacion se previo por un tiempo limitado, solo el suficiente para reducir el atraso en las citas Sin embargo, los funcionarios del ISSS ahora aceptan que el programa se convierta en un sistema permanente Por sus implicaciones, se justifica una evaluacion del esquema de privatizacion, incluyendo un analisis de su costo-eficacia

4.7 SATISFACCION DE LOS BENEFICIARIOS DEL ISSS

Las criticas al ISSS, en particular a su regimen de servicios de salud, son comunes en El Salvador Debido a las largas demoras en la obtencion de la atencion, y al hecho de que el ISSS no cubre niños mayores de dos años, un numero sustancial (pero indeterminado) de empresas, ha optado por financiar seguros privados para sus empleados, a la vez que ha continuado cumpliendo con la obligacion legal de pagar su aporte al ISSS Esta decision, generalmente se ha tomado por razones puramente economicas El valor del tiempo de trabajo

ahorrado, proporcionandole a los trabajadores una fuente alterna de atencion mas agil, compensa el costo de la prima del seguro. Otras firmas, llevadas por las mismas consideraciones economicas, han establecido su propio servicio de salud, generalmente contratando a uno o mas proveedores de servicios de salud, para dar atencion en el sitio de trabajo. No se ha realizado nunca un analisis sistematico para identificar las cifras y caracteristicas de tales arreglos. No obstante, claramente reflejan las deficiencias percibidas en el sistema de prestacion de servicios del ISSS, v g , la insatisfaccion de los usuarios. Una encuesta de satisfaccion entre los beneficiarios del ISSS--incluyendo un componente especifico sobre percepciones del esquema de privatizacion parcial--daria una util informacion al ISSS para la planeacion y mejoramiento de sus servicios.

En los ultimos 5 años, el ISSS ha venido explorando nuevas alternativas de ampliacion de su cobertura. No obstante, ha concluido que el hacerlo a una escala medianamente significativa requeriria (actuarialmente) un aumento en sus tasas de aporte. Este tema se ha convertido en materia de discusion publica en las recientes semanas. Durante el ultimo mes (febrero de 1993) diversos diarios de El Salvador han publicado articulos acerca de la oposicion de empresas del sector privado a cualquier aumento en las cuotas del ISSS. Tambien una encuesta de usuarios, cuidadosamente elaborada y realizada entre los beneficiarios del ISSS podria proporcionar informacion util para un mejor entendimiento de las fuentes especificas de insatisfaccion.

5. EL SECTOR PRIVADO

En la Seccion 2 de este documento, se comento el numero y la distribucion de los medicos en practica privada, generalmente de tiempo parcial, cobrando honorarios, al igual que el numero y algunas otras caracteristicas fundamentales de las 94 ONGs que tienen algun tipo de programa relacionado con la salud. Por consiguiente, la discusion se limita aqui a tres aspectos del sector privado aun no considerados: (1) el tamaño de los componentes de este sector, distintos de los consultorios privados de los medicos, (2) el mercado de los seguros de salud privados, y (3) las fuentes de informacion acerca de la capacidad de las ONGs.

5.1. EL SUBSECTOR LUCRATIVO

Por su naturaleza, el sector privado es sin duda el mas dificil de los tres subsectores, de identificar y evaluar con exactitud, debido a los problemas de adquisicion de informacion sistematica sobre un conjunto fragmentado y poco relacionado de establecimientos. Aunque las diversas Juntas de Vigilancia controlan el ingreso a sus diversas categorias de profesionales de la salud, su funcion se limita en su mayor parte, a autorizaciones dadas una sola vez, con poco o ningun monitoreo o seguimiento posterior. De aqui que los datos que tienen

las Juntas acerca del numero y los tipos de profesionales de la salud incluyen, sin clasificacion, personas que ya no estan ejerciendo la profesion, que se han mudado, que han dejado el pais, o que pueden haber muerto. Tales datos son, obviamente, de muy poca utilidad para efectos de definir el tamaño, alcance y localizacion de los diversos elementos del sector privado de la salud.

Las fuentes mas completas de informacion acerca de este sector provienen de dos inventarios desarrollados por una firma consultora salvadoreña, IPM, en dos estudios diferentes patrocinados por la USAID en 1986-87 y 1988. El primero de estos estudios se enfoco en el sector privado de la salud. El inventario de 1989 no incluyo la identificacion de las características de diversos elementos del sector privado, y solamente comprendio las instituciones que proporcionan servicios de salud, y tampoco incluyo informacion acerca de practicas de medicos particulares, laboratorios o farmacias. El estudio informo la existencia de

- ° 10 clinicas de practica multiple localizadas por fuera del Departamento de San Salvador
- ° 2 pequeños hospitales (de alrededor de 35 camas) localizados fuera de San Salvador
- ° 12 hospitales con un minimo de 20 camas localizados en San Salvador
- ° 21 clinicas de practica multiple localizadas en San Salvador
- ° 6 clinicas odontologicas de practica multiple, todas localizadas en San Salvador
- ° 3 clinicas de rayos-X, todas localizadas en San Salvador

Comparando estos hallazgos con los del estudio anterior, puede inferirse que el numero de hospitales privados de San Salvador aparentemente disminuyo de 22 a 12 a lo largo de este periodo, el numero de clinicas de practica multiple aumento en 11, y las clinicas odontologicas de practica multiple y las de rayos-X, añadieron una nueva instalacion.

5.1 1 SEGUROS PRIVADOS DE SALUD

Aunque el mercado de los seguros privados de salud es pequeño, aparentemente ha crecido sustancialmente en la ultima decada. No existen datos precisos acerca del numero de personas que mantienen seguros privados de salud. El unico indicador disponible del tamaño de este mercado es la cantidad total de primas anuales pagadas. Segun la Superintendencia del Sistema Financiero, entidad del Gobierno Central encargada de regular y controlar las compañías de seguros, bancos y otras instituciones financieras, los pagos de primas de

seguros privados de salud aumentaron a una tasa anual promedio del 25.1 por ciento entre 1980 y 1991

Los planes de los seguros privados son casi exclusivamente pólizas de grupo, adquiridas por los patronos para todos los trabajadores de su compañía. Los patronos pagan estos planes además de hacer su aporte requerido al ISSS. Cerca de la mitad de los planes cubren únicamente hospitalización, y generalmente incluyen un deducible de 500 colones por persona y un pago compartido del 20 por ciento. Sobre la base de las primas pagadas se estima que 100 000 personas tienen seguros de salud, casi todas ellas localizadas en San Salvador.

Como ya se dijo, los seguros privados de salud se adquieren adicionalmente, debido a las largas demoras en las citas del ISSS, que resultan en prolongadas enfermedades y en interrupciones significativas de los programas de trabajo. Otra razón de su adquisición es la de que el ISSS solo los hijos del asegurado en los dos primeros años de vida.

Mientras que las primas de los seguros de salud privados aumentaron 11 veces durante el periodo 1980-1991, su peso relativo dentro del total de primas de seguros aumento tres veces. Por consiguiente, la salud se ha convertido en una parte cada vez más importante de las carteras de las compañías de seguros. Aun así, en 1991 las primas de seguros de salud totalizaron 37 millones de colones y correspondieron a solo un 8 por ciento, aproximadamente, del total de primas de seguros, muy por debajo de las principales líneas comerciales, que son los seguros contra incendio y de vida. Adicionalmente, el riesgo mucho mayor de las primas fijas (la norma de la industria), y los costos administrativos relativamente altos de los planes de salud, han hecho que la cobertura de la mayoría de los seguros se mantenga a un nivel conservador--con un deducible de 500 colones por asegurado, un 20 por ciento de coaseguro y una cobertura con frecuencia limitada a la hospitalización (sin cobertura de atención ambulatoria)--y ha inhibido a algunas compañías a entrar en el mercado. Únicamente 6 de las 14 compañías de seguros que actualmente operan en El Salvador ofrecen seguros de salud. Dos de estas seis compañías dominan el mercado, con aproximadamente un 80 por ciento del valor total de las primas.

Aunque las dos compañías dominantes del mercado, son agresivas en su búsqueda de nuevos clientes, existe al menos una razón que sugiere que el futuro crecimiento del mercado estará determinado en gran medida por las condiciones económicas generales. La relación de pago de reclamaciones de los seguros de salud, es más alta que la de cualquier otro tipo de seguros actualmente ofrecidos en El Salvador, y esta en general aumentando en términos absolutos y relativos. En los últimos 5 años, los pagos de reclamaciones han sido el equivalente de aproximadamente un 78 por ciento de los pagos de primas. Con los gastos administrativos que consumen una parte sustancial (pero no revelada) del 22 por ciento restante de los ingresos brutos por seguros de salud, las compañías se han visto empujadas recientemente

a formar organizaciones de proveedores preferenciales, poco estructuradas, utilizando sofisticadas Escalas de Valores Relativos producidas en los E U , para determinar niveles razonables de remuneracion para los diversos servicios, y a trabajar de cerca con los patronos, tanto para controlar, como para instar verbalmente a los trabajadores a considerar su cobertura como un tipo de seguro de catastrofe, que en caso de abuso, perderian

Un metodo para aumentar el crecimiento del mercado de los seguros privados de salud, seria el idear mecanismos adicionales (que cubran no solo el sitio de trabajo) para reunir a las personas interesadas en

seguros de salud y negociar en paquete riesgos comunes, haciendo asi mas atractivo el nivel de sus primas

Una alternativa popular al seguro privado de indemnizacion, ofrecido por terceros, es el arreglo que un numero indeterminado de compañías publicas y privadas, generalmente de mayor tamaño, tienen con sus trabajadores. En lugar de pagarle a un asegurador comercial, estas compañías contratan a sus propios proveedores de atencion a la salud (sobre una base de tiempo completo o parcial) para suministrar atencion directamente a sus trabajadores, o, alternativamente, mediante el envio de sus trabajadores a un medico particular, pagando el total o la mayor parte de la atencion. Estos dos arreglos pueden considerarse como formas de autoaseguramiento.

5.2 FUENTES DE INFORMACION SOBRE EL SUBSECTOR SIN ANIMO DE LUCRO

Existen tres importantes fuentes de informacion acerca de las ONGs que prestan servicios de salud en El Salvador. Estas incluyen el "Directorio", publicado en 1992 por el PNUD y comentado en la Seccion 2 de este informe

Adicionalmente, el Proyecto PROSAMI (tambien comentado en la Seccion 2) ha desarrollado, y esta manteniendo, una base de datos sobre las ONGs que incluye informacion acerca de diversas características, tal como areas de accion, tipos de servicios de salud prestados, actividades preventivas y curativas de salud. Un listado de estas características para las 87 ONGs contenidas en la base de datos del PROSAMI, a febrero 11 de 1993, aparece en un Anexo a este informe

La fuente final, es un estudio llevado a cabo en 1990 de las organizaciones sin animo de lucro que prestan servicios de salud en El Salvador. El estudio, realizado para la USAID por Marcable Consultora Economica, hizo un esfuerzo por identificar el universo de tales organizaciones. Se identificaron 65 ONGs, cuyos funcionarios fueron entonces entrevistados. Las organizaciones fueron analizadas y clasificadas en tres clases segun su disposicion y su potencial para ampliar el alcance de su accion. El informe final se titulo "Estudio Sobre las Instituciones Privadas Sin Fines de Lucro Que Prestan Servicios en Salud"

ANEXO

TIPOS DE SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD PRESTADOS
POR ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN EL SALVADOR, 1992

**PROYECTO DE SALUD MATERNA Y SUPERVIVENCIA INFANTIL
TIPO DE SERVICIOS DE LAS 87 ONGs QUE TRABAJAN EN SALUD**

AREAS DE ACCION

-	Salud y Nutricion	87
-	Bancos Comunales	13
-	Talleres Vocacionales	17
-	Educacion	45
-	Vivienda	14
-	Micro-empresas	17
-	Agricultura	22
-	Alfabetizacion	26

TIPOS DE SERVICIOS EN SALUD

-	Clinica	41
-	Promotor de Salud de la Comunidad con Botiquin	25
-	Educacion de la Comunidad	44
-	Capacitacion de Parteras Empiricas	10
-	Formacion de Comites de Salud	32
-	Formacion de Grupos de Voluntarios	33
-	Centro de recuperacion de niños desnutridos	11
-	Hospital	5
-	Promotor de Salud de la Comunidad sin botiquin	14
-	Educacion a pacientes en la clinica	30
-	Clinica o equipo medico movil	17
-	Farmacia popular en la comunidad	8
-	Coordinacion de ONGs y otros	28
-	Apadrinamiento de niños	4

AREAS DE SALUD PREVENTIVA

-	Agua	24
-	Inmunizacion	39
-	Enfermedades diarreicas y parasitarias	50
-	Nutricion	35
-	Salud Post-parto	22
-	Soya	21
-	Ollas Comunales	5
-	Estufas Lorena	7
-	Saneamiento	32
-	Infecciones respiratorias	43
-	Planificacion Familiar	30
-	Salud Materna	19
-	Lactancia Materna	35

-	Crecimiento y desarrollo	31
-	Vitamina A	28
-	Huertos Caseros	19

AREAS DE SALUD CURATIVA

-	Medicina Natural	20
-	Atencion al Parto	13
-	Atencion a enfermedades diarreicas y parasitarias	51
-	Atencion a infecciones respiratorias	45
-	Recuperacion Nutricional	27

Fecha de Emision 02/11/93