

P R O P I E S T A

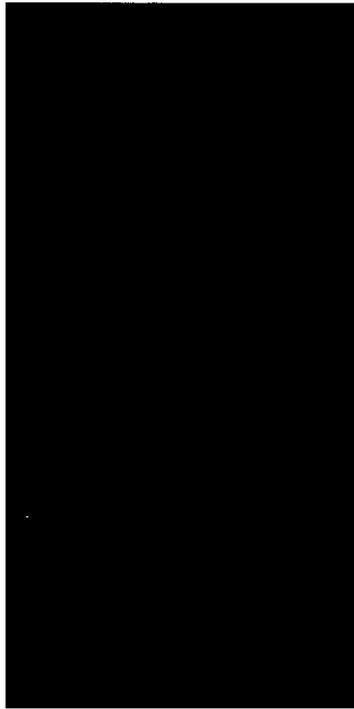
# porta SALUDA

Saluda



PROPUESTA CIUDADANA  
**por la**  
**SALUD**

SI EL REMEDIO ES DE  
TODOS, ES MEJOR



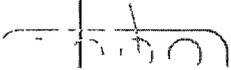
# PROPUESTA DE POLÍTICA Y ESTRATEGIA DE SALUD.



- \* *Colegio Medico de El Salvador*
- \* *Promotoras/es y Parteras*
- \* *Iglesias*
- \* *Instituciones Humanitarias*
- \* *Comites Comunales Comites de Salud ADESCOS ADELS*
- \* *ONG S*
- \* *Gremios Tecnicos y Profesionales de la Salud*
- \* *Sindicatos de Salud*
- \* *Universidades Publicas y Privadas*
- \* *Alcaldesas y Alcaldes*
- \* *Grupos Especiales de Pacientes*
- \* *Empresa Privada de Salud*
- \* *Instituciones Autonomas y Gubernamentales de Salud*
- \* *Comunicadoras/es Sociales*

UN BUEN SISTEMA NACIONAL DE SALUD, DE TODOS





# PRESENTACIÓN

*Este esfuerzo político responde al compromiso del Colegio Médico de El Salvador de aportar a la construcción de un mejor país y de una población sana para el siglo XXI partiendo del hecho histórico estructural de que la mitad de la población de El Salvador vive en situación de pobreza marginada del progreso social y con niveles sanitarios deficientes*

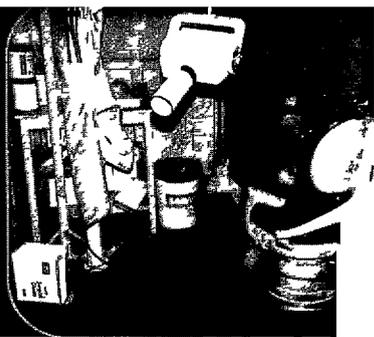
*Ante la perspectiva de más cambios sociales desfavorables para la población y los gremios de la salud inducidos por la globalización política económica y cultural nuestra propuesta refleja las preocupaciones de múltiples actores y grupos de la sociedad civil que han consensuado su visión acerca de la problemática de salud y las probables líneas de acción para resolverla*

*El resultado ha sido una histórica construcción ciudadana, en la que por primera vez la mayoría de los principales actores del sector se han reunido para elaborar una propuesta de Política y Estrategia de Salud y construir un amplio frente ciudadano con ideales comunes en lo que a salud respecta a fin de que su aporte sea tomado en cuenta por el Estado la sociedad y el nuevo Gobierno*

*La principal fortaleza de nuestra propuesta es su propia viabilidad garantizada por la participación de más de ciento cincuenta organizaciones que sin distinción de ninguna índole aportaron para este ejercicio de ciudadanía y democracia*

*El proceso resultó pedagógico y condujo al establecimiento de compromisos mutuos hacia y para todos Agradecemos profundamente la colaboración desinteresada de actores individuales, que en muchos casos hicieron largas jornadas para presentar y discutir sus expectativas*

*¡A todos muchas gracias!*



# AGRADECIMIENTOS

## *AGRADECIMIENTOS ESPECIALES A*

*La Poblacion Salvadoreña cuya fortaleza y carencias inspiraron a los participantes en la Consulta Ciudadana por la Salud En particular a*

*Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de America (USAID)*

*Fundacion FRIEDRICH EBERT*

*Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*

*Capacidad 21 PNUD*

*Fundacion Maquilishuat (FUMA)*

*Comision Arquidiocesana de la Pastoral de la Salud (CAPS) del Arzobispado y en particular a Monseñor Gregorio Rosa Chavez Obispo Auxiliar de San Salvador*

# DEDICATORIA

*A la Mujer y al Hombre Salvadoreños que viven y trabajan en el pais y en el exterior en su lucha por hacer de El Salvador un mejor y saludable pais nuestro deber y razon de ser*

dedicatoria

# INDICE

	PRESENTACION
	AGRADECIMIENTOS
	DEDICATORIA
	INDICE
( 1 0 )	SIGLAS
( 1 2 )	INTRODUCCION
( 1 4 )	RESUMEN EJECUTIVO
(22)	<b>1) ESTRATEGIAS METODOLOGICAS</b>
(24)	<b>2) MARCO DE REFERENCIA</b>
(26)	a Arbol de Problemas del Sector Salud en El Salvador
(27)	b Arbol de Objetivos del Sector Salud en El Salvador
(28)	c Vision
(28)	d Decalogo de Valores
(29)	e Vision de Modelo de Atencion
( 3 0 )	<b>3) DIAGNOSTICO DEL SECTOR</b>
( 3 0 )	3 1 Reforma del Sector Salud
( 3 0 )	3 1 1 Contexto Internacional
( 3 1 )	3 1 2 Reforma del Sector Salud en El Salvador
( 3 5 )	3 2 Situacion Economica, Social de la Poblacion Salvadoreña
( 3 7 )	3 3 Demografia y Salud
( 3 9 )	3 4 Organizacion del Sector y los Servicios de Salud
( 4 1 )	3 5 Recursos Humanos
( 4 2 )	3 6 Infraestructura, Equipamiento y Medicamentos
( 4 5 )	3 7 Gasto en Salud
( 4 6 )	3 8 Calidad de la Atencion
( 4 7 )	3 9 Principales Problemas de Salud Publica

- 
- (47) 3 10 Principales Problemas del Sector y sus Causas  
(48) 3 11 Fortalezas del Sector Publico
- (50) **4) POLÍTICAS DE SALUD**  
(51) 4 1 General  
(51) 4 1 1 Política de Desarrollo Humano Sostenible  
(51) 4 2 Nivel Sistemico  
(51) 4 2 1 Política de Reforma del Sector Salud  
(51) 4 2 2 Política de Sostenibilidad Financiera  
(53) 4 2 3 Política de Integracion y Coordinacion Intrasectorial  
(55) 4 2 4 Política de Control y Regulacion  
(56) 4 2 5 Política de Promocion y Defensa del derecho a la salud  
(57) 4 3 Nivel programatico  
(57) 4 3 1 Política de Atencion Integral a la Familia  
(57) 4 4 Nivel Instrumental  
(57) 4 4 1 Política de desarrollo de Recursos Humanos  
(58) 4 4 2 Política de desarrollo cientifico y tecnologico  
(58) 4 4 3 Política de informacion y comunicacion en salud  
(59) 4 5 Nivel Organizativo  
(59) 4 5 1 Política de desarrollo institucional

(62) **5) EVALUACION DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD**

(63) **6) ASPECTOS PENDIENTES**

(64) REFERENCIAS

(65) ANEXOS



# SIGLAS

ADEL	<i>Asociacion de Desarrollo Local (Iniciativa PRODERE)</i>
ADESCOS	<i>Asociacion de Desarrollo Comunal (Iniciativa del Ministerio del Interior)</i>
AMSS	<i>Area Metropolitana de San Salvador</i>
ANSAL	<i>Analisis del Sector Salud de El Salvador</i>
CMES	<i>Colegio Medico de El Salvador</i>
CSSP	<i>Consejo Superior de Salud Publica</i>
DIGESTYC	<i>Direccion General de Estadistica y Censos</i>
EHPM	<i>Encuesta de Hogares de Propositos Multiples</i>
FESAL 98	<i>Encuesta Nacional de Salud Familiar 1998</i>
ISSS	<i>Instituto Salvadoreño del Seguro Social</i>
MSPAS	<i>Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social</i>
ONG	<i>Organismo no Gubernamental</i>
OPS/OMS	<i>Organizacion Panamericana de la Salud/Organizacion Mundial de la Salud</i>
PNUD	<i>Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo</i>
RSS	<i>Reforma del Sector Salud</i>
SIMETRISSS	<i>Sindicato de Medicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social</i>
TDS	<i>Trabajadores de Salud</i>
UIME	<i>Unidad de Informacion Monitoreo y Evaluacion, MSPAS</i>
UNICEF	<i>Fondo de Naciones Unidas para la Infancia</i>
USAID	<i>Agencia Internacional para el Desarrollo</i>



# INTRODUCCIÓN

*El sistema de servicios de salud de El Salvador presenta múltiples deficiencias (ver capítulo 5 "Diagnostico del Sector") que repercuten negativamente en su contribucion sectorial a la salud. Tal situacion que ha sido reconocida desde hace varias decadas ha intentado ser solucionada parcialmente. Hasta octubre de 1986 fue comenzada a estudiar sistemáticamente cuando a raiz del terremoto de ese año, la OPS/OMS realizo un diagnostico de la situacion de los servicios de salud. Aparte de señalar las consecuencias sobre la infraestructura hospitalaria el estudio hizo un planteamiento estructurado de la necesidad de reformar el sector salud de El Salvador.*

*Han transcurrido 13 años y en ese periodo organismos nacionales, internacionales y de la sociedad civil han realizado multiples diagnosticos de la situacion de salud de la poblacion y del funcionamiento del sistema sanitario algunos de ellos acompañados de sendas propuestas de cambios: modernizacion o reforma. Muchas coincidencias y diferencias se advierten en el diagnostico y en las propuestas de solucion, lo que lleva a considerar que entre los diferentes actores de salud existe disposicion y el suficiente conocimiento, interes y capacidad propositiva para resolver la problematica.*

*A partir de 1994 el MSPAS impulsa un proceso de reforma modernizacion basado en el estudio ANSAL, cuyo trasfondo directo son las propuestas del BM y BID para los paises pobres. En tal modelo de desarrollo se debieron efectuar cambios en la provision de los servicios publicos congruentes con los procesos de ajuste estructural y del nuevo modelo neoliberal de hecho los costosos estudios iniciales fueron sufragados por las instituciones ya mencionadas. El proceso se caracterizo por ser excluyente y vertical sin ninguna participacion social. Por su lado el ISSS inicia su propio proceso de reforma con las mismas características del plan del MSPAS.*



*Ambos planes se desarrollaron en relativo silencio y se limitaron a ciertas capas de*

*funcionarios, pese al hecho de que las RSS son fundamentalmente construcciones politicas y tecnicas en donde la concertacion y el consenso entre actores sociedad civil y gobierno son decisivas.*

*Como era de esperar tales procesos fueron independientes y hasta dentro de cada institucion progresaron relativamente poco contaron asi mismo con la oposicion de amplios sectores de la poblacion: gremios, sociedad civil y de los principales sindicatos del sector salud. Las medidas implementadas fueron denominadas "modernizacion" encubriendo tendencias privatizadoras.*

*Tal actitud evidencia que el principal problema del sector salud es la falta de voluntad politica de los gobernantes de turno para impulsar un proceso concertador de reforma del sector manteniendo a este en crisis permanente y con tendencia a deteriorarse.*

*La crisis del sector publico que llega a su punto culminante en abril y mayo de 1998 con el movimiento gremial y reivindicativo de mejoras en la salud publica nacional impulsado por el Colegio Medico de El Salvador alcanzo niveles de confrontacion e involucro a toda la sociedad, poniendo en entredicho la posibilidad de gobernabilidad democratica de la nacion como resultado de la brecha entre gobernantes y gobernados.*

*En esta situacion coyuntural se definieron con claridad al menos 3 grandes hechos*

**Primero:** El agotamiento de la vía exclusivamente gubernamental para reformar la RSS

**Segundo:** La reactivación de la búsqueda de una solución concertada a la RSS

**Tercero:** La ratificación de la pérdida de credibilidad en el MSPAS como institución capaz de impulsar los cambios necesarios y el reconocimiento del liderazgo del CMES en el sector

El CMES asume esta responsabilidad histórica desarrollando un proceso de construcción social de una Propuesta de Política de Salud con una amplia participación de los actores sectoriales y algunos extrasectoriales. Con extensa y profunda participación del gremio se desarrolla una primera etapa y una segunda con el aporte de 12 grandes agrupaciones de actores en un proceso educador pluralista y de respeto en donde se puso en común un diagnóstico una propuesta y se constituyó un organismo para continuar la construcción viable de la misma. Este logro constituye un aporte único en la historia sanitaria del país.

El aporte alcanza otra dimensión para el caso junto a otras propuestas de RSS existentes y contribuye a la democratización del país (no solo de la salud) que se fortalece con participación activa y consciente de la población en la solución de sus problemas y necesidades esenciales.

Por lo demás esta propuesta surge después del conflicto entre el Gobierno y el CMES en un período electoral y de transición gubernamental. Estos factores condicionan la

necesidad de que la salud sea retomada en la agenda nacional con la participación de otros actores de la problemática y de la población en general que apoyó la lucha del gremio y que espera que todo este esfuerzo pueda servir de vehículo en la transformación positiva del sector salud.

Las principales limitantes de este trabajo son las de cualquier proceso social en donde la concertación y el consenso de capital importancia en un tema como la RSS en ocasiones hacen perder algunos grados de precisión y detalle que se transforman en ganancia social y compromiso de los participantes ante la salud de las presentes y futuras generaciones. Este documento es un sueño ciudadano compartido y esperamos sea un poderoso instrumento de concertación.

Como propuesta de política y estrategia de salud la presente contiene proposiciones generales de por donde y como deben marchar las acciones para mejorar la salud y los servicios de salud de los salvadoreños. Serán los organismos de concertación nacional los que definirán aspectos como leyes, organización, marco programático, plazos, etc. No pretendemos sustituir el rol del MSPAS que tiene responsabilidades constitucionales que cumplir sino aportar y luchar porque se cumpla nuestra visión que con la de otros actores busca un mejor destino común en un ambiente inestable y de intereses a veces contrapuestos.

La salud es un derecho inalienable e irrenunciable y hacia allá caminamos.

San Salvador, junio de 1999

# RESUMEN EJECUTIVO

## **RASGOS DEL SISTEMA A CONSTRUIR**

Los agrupamientos de actores de la salud que participan en la construcción de una Política y Estrategia Nacional de Salud facilitada por el CMES concluyen que para El Salvador es impostergable la conformación de un Sistema de Prestación de Servicios de Salud fundamentado en el concepto universal del Derecho a la Salud y la responsabilidad del Estado en la prevención, rehabilitación y preservación de la salud de los ciudadanos y su familia, en el principio de solidaridad social (derecho a la prestación y redistribución del ingreso familiar) y en el principio de la solidaridad humana.

Este sistema debe cimentarse sobre la aplicación de valores para la dignificación de la familia y en especial de sus miembros discapacitados o con problemas especiales de salud, en la subsidiaridad del Estado, así mismo en los valores/objetivos de accesibilidad, calidez, calidad, efectividad, eficacia y eficiencia de los servicios de salud. El sistema a construir ha de ser equitativo, la atención basada en principios éticos y morales, es humanizante y oportuna, así como debe retomar y potenciar lo positivo del modelo actual e incorporar esfuerzos concurrentes que en otros sectores se producen para lograr superar la situación de salud de la población salvadoreña.



## **SITUACION ECONOMICA Y SOCIAL DE LA POBLACION**

Se caracteriza por un acelerado y descontrolado proceso de urbanización cuyo resultado es que el 58.0% de la población reside en las ciudades, en las proliferan cinturones de miseria. 52.2% de este total son mujeres. El 46.0% de la población salvadoreña es menor de 19 años y una de cada cuatro mujeres se encuentra en capacidad de procrear.

El crecimiento de la economía se ha reducido, pasando de una tasa promedio anual superior al 5.0% a mediados de la década a un 2.53.0% actualmente. Este crecimiento es dispar, según sectores. La dimensión de la pobreza es abultada e imprecisa, ya que mientras cifras oficiales sostienen que 48.3% de la población (2,854,920 personas) está en la pobreza, otros sostienen razonadamente que esta puede alcanzar a 2/3 de la población.

Esta situación es más crítica en el área rural, ya que el 71% de los hogares tienen ingresos inferiores a \$2,000.00 mensuales, con lo cual apenas cubren la canasta básica ampliada (\$1,947.00).

Pese a los avances en educación, el analfabetismo prevalece (11.3% en el área urbana y el 31.8% en la rural), afectando mayormente a mujeres. Los bajos niveles de escolaridad (6.6 grados en el área urbana y 2.9 en

lo rural) y el retraso escolar condiciona la baja capacidad preventiva de la población frente a enfermedades y problemas de salud

De los casi 6 millones de salvadoreñas/os 2.5 millones carecen de vivienda digna. 20% de los hogares carecen de energía eléctrica en su mayoría del área rural. En general un 47% de las viviendas no disponen de cañerías para el servicio de agua siendo este porcentaje más elevado en el área rural (73% no disponen de cañerías) el agua en general es escasa y de dudosa calidad. En el área urbana solo 55% de las viviendas cuentan con inodoro conectado a alcantarilla mientras en el campo 1 de cada 5 casas no tiene letrina y sus miembros defecan al aire libre.

El deterioro medio ambiental alcanza dimensiones que ubican a El Salvador como el segundo país después de Haití con mayor deterioro a nivel latinoamericano.

La crisis económica, el desempleo, los bajos niveles salariales, la violencia, la inseguridad ciudadana y la exclusión social han obligado al 20% de la población a emigrar al costo de la desarticulación familiar y a la paulatina pérdida de la identidad nacional por la transculturación, situación que afecta la salud y abona al auge delincencial.

## **SITUACION DE SALUD**

### **MORTALIDAD GENERAL**

En los últimos 20 años ha descendido

ligeramente de 7.8 por 1000 habitantes en 1977 a 6.08 en 1997 sin embargo las principales causas de mortalidad (neumonías, diarreas, complicaciones del periodo perinatal, accidentes y otras) se mantienen casi similares a las de hace 50 años. La mortalidad infantil en los últimos 20 años ha disminuido pasando del 60 por 1000 n.v. en 1977 a 35 en 1998 con una variación de 27 por 1000 n.v. en el área urbana a 41 a nivel rural. Esta reducción en buena medida se debe a la labor de promotoras/es y parteras comunales, iglesias y ONG'S a nivel rural.

### **MORBILIDAD**

En general la población salvadoreña adolece en su mayoría de enfermedades infecciosas y carenciales con aumento de las derivadas de la violencia e incremento de las crónicas degenerativas lo cual configura un perfil epidemiológico transicional con predominio de enfermedades típicas de la pobreza.

## **SITUACION DEL SECTOR Y DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

El sector salud se divide en tres subsectores: **público** (MSPAS), **seguridad social** (ISSS, Hospital Militar, Bienestar Ma

gisterial etc ) y el **privado lucrativo y no lucrativo** (Iglesias, Instituciones ONG S) su característica principal es que es incoordinado resultando en dispersión con duplicación y subutilización de recursos lo cual incide en su limitada calidad y capacidad de intervención

Las funciones rectora normadora, financiadora y prestadora de servicios del MSPAS y del CSSP (regulación sanitaria) no han sido satisfactoriamente cumplidas debido a dualidades conflictos de intereses, incapacidad gerencial falta de voluntad política y acomodamiento a esta situación

El diseño organizacional de los sistemas del MSPAS y del ISSS, ha variado muy poco en 4 décadas y se caracteriza por su complejidad formalismo y centralismo, afectando negativamente la relación trabajador de la salud Patrono Población Paciente Usuario, la gerencia es excluyente autoritaria y verticalista lo cual ha limitado la capacidad de cambio al interior de las estructuras, otro vicio grave es la partidización política de la salud la cual corrompe la estructura y genera rechazo del interior y del exterior del sistema El modelo de atención es predominante curativo y establece una relación de subordinación del paciente con una capacidad de resolución baja para el MSPAS siendo mejor para el ISSS, lo cual revela inequidad en la atención No hay cifras fiables acerca de la cobertura de atención y si bien en un contexto tan adverso puede considerarse un logro alcanzar

coberturas hasta de un 70 0% estas son insuficientes en relación con la demanda La mayoría de la población que se accidenta o enferma y consulta al sistema (53 0%) es urbana y de ella, el 57 0% son mujeres 42 4% de la población se automedica y 5 0% no hacen nada para tratarse lo cual evidencia una actitud riesgosa ante la enfermedad, de la población que se automedica el 65 0% vive en la pobreza

Los recursos humanos son inadecuadamente gerenciados y su desarrollo depende más del interés individual, hay una creciente toma de conciencia del rol que en la sociedad le compete a los TDS sin embargo persisten el énfasis curativo en su educación desigualdad en su distribución desniveles en su formación malos salarios e inexistencia de incentivos al desempeño individual o colectivo así como carencia de sistemas de acreditación y control y regulación de las profesiones situación que repercute negativamente en la calidad de la atención La distribución de la infraestructura se focaliza en la atención a nivel primario (94 0% para el MSPAS y 72 0 % el ISSS) sin embargo, no existe o no se conoce un diagnóstico actualizado sobre su estado y su uso, en cuanto al equipamiento si bien este presenta un nivel significativo de deterioro y concentración de equipos de alta tecnología en establecimientos de 2º y 3º nivel en el AMSS y en particular en el ISSS el mayor problema reside en su mantenimiento insuficiente

Para los medicamentos, en general no hay mecanismos de control y regulación

rigurosos imparciales y transparentes razón por la cual existe una fundamentada duda acerca de su calidad. El gasto diario en estos asciende a más de \$5 571 000 los cuales en su mayoría (\$4 400 000) son comprados por los hogares razón por la cual es justo y urgente una política de medicamentos.

### **GASTO EN SALUD**

La tendencia decreciente del gasto gubernamental en salud durante los últimos veinte años (1.92% del PIB en 1979 a 1.24% del PIB en 1997) revela claramente que el Estado está abandonando paulatinamente su responsabilidad por la salud y transfiriéndola a los hogares, empresas privadas, instituciones humanitarias y ONG's. Tal situación es inhumana e injusta ya que se hace aun sobre el conocimiento de que la mayoría de la población está en la pobreza y que con su salario (menos de \$2000 al mes) apenas alcanza a cubrir el costo de la canasta básica, obliga además a la población a buscar opciones riesgosas de atención a su salud y a entrar a un mercado de la salud regulada por la ley de la oferta y la demanda.

### **CALIDAD DE ATENCIÓN**

No hay garantía de la calidad de la atención ya que no existen o son muy débiles los sistemas de control, regulación y acreditación.

## **PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA**

Se identifican como prioritarios la morbilidad producida por desnutrición y estados carenciales que afectan principalmente a niños/as, las infecciones respiratorias agudas que igualmente afectan en su mayoría (41.3%) a los menores de un año de edad, diarrea y parasitismo, lesiones y traumas relacionados con la violencia, trastornos de salud relacionados con el stress, enfermedades crónicas que van en aumento no solo en la población adulta sino en jóvenes (insuficiencia renal), enfermedades emergentes (SIDA) y reemergentes (cólera). En su mayoría las causas de estos problemas de Salud Pública están relacionadas con la pobreza, precarias condiciones de vida, entorno medio ambiental deteriorado y contaminado, bajo atención preventiva, violencia y estilos de vida poco saludables inducidos por un modelo de desarrollo consumista.

Las cinco primeras causas de mortalidad hospitalaria: afecciones perinatales, neumonía, enfermedad cerebrovascular, traumatismos, enfermedad isquémica del corazón, están asociadas a deficiente atención preventiva, deterioro medio ambiental, violencia y estilos de vida.

## **PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE SALUD**

Concebimos la salud como un valor social cuyo gozo da sentido y dignidad a la vida humana y garantiza el pleno desarrollo de las personas y de la sociedad este concepto es afín con el enunciado por la OMS, el cual plantea que

*La salud es un estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades'*

La insuficiente y decreciente inversión gubernamental en salud (1.7% del PIB para el MSPAS y casi cero para el ISSS) ha obligado a que otras instituciones (iglesias asociaciones de pacientes especiales comités comunales de salud patronatos clubes de servicio servicios de emergencia organismos internacionales, organismos no gubernamentales etc) asuman tal responsabilidad que en un país como el nuestro compete al Estado. A la vez la población realiza un gasto muy importante en salud equivalente al 4.2% del total del PIB (7.3% es el gasto total del sector) en su mayoría en medicamentos de dudosa calidad (41% del total de gasto de bolsillo) que muy poco han variado el perfil epidemiológico del país.

La corrupción e incapacidad gerencial de las instituciones públicas, manifestada en el sostenimiento por más de 40 años de una gestión de los recursos humanos y materiales de carácter autoritario autocrático y verticalista

constituyen, a no dudarlo la causa principal de la crisis y posible colapso del modelo actual

## **RESULTADOS DE LAS POLÍTICAS**

Las políticas y estrategias definen la construcción de un sistema de servicios de salud integrado y coordinado en el que los principales subsectores mantienen inicialmente su autonomía compartiendo normas procesos métodos técnicas controles y regulaciones y las condiciones laborales de los TDS.

### **A NIVEL GENERAL**

En la Política de Desarrollo Humano Sostenible se pretende mejorar el nivel y calidad de vida de la población como requisito indispensable para gozar de salud impulsando para ello estrategias que buscan mejorar el medio ambiente crear nuevos empleos bien remunerados aseguramiento de infraestructura y servicios básicos educación y consolidar la gobernabilidad democrática.

### **A NIVEL SISTEMICO**

La Política de RSS busca disponer de un sistema integrado que garantice acceso universal a la salud con calidez, calidad equidad eficacia y eficiencia para tal propósito se integrará una comisión permanente representativa pluralista y multinstitucional que concertadamente defina el proyecto de RSS y establezca un pacto político económico y social con los actores de salud a nivel local e internacional que de factibilidad técnico financiera y viabilidad política y social a la RSS.

Partiendo de las fortalezas existentes en el sistema se reformara el sector publico en el cual el MSPAS asume la responsabilidad programatica y financiera de la salud de la poblacion en todos los niveles de pobreza el ISSS ampliara su cobertura al sector informal empleadas domesticas y al campo igualmente se modernizara el subsector privado lucrativo y no lucrativo El financiamiento del sistema es mixto y predominante subsidiario y solidario buscando elevar la calidad de atencion sin aumentar costos la administracion transparente es garantizada en parte por la Comision de Auditoria Social que controla y regula el adecuado uso de los fondos Hubo consenso en que los servicios publicos no deben privatizarse

Mediante la Politica de Integracion y Coordinacion Intersectorial se trata de articular los recursos y esfuerzos para aumentar la equidad oportunidad y cobertura buscando a la vez ahorrar y optimizar los recursos nacionales la calidad del sistema y de la atencion se aseguran a traves del control y regulacion de las instituciones personas e insumos para lograrlo se conformara el Consejo Nacional de Control y Regulacion de la Actividad Sanitaria y entre otras estrategias institucionalizara y fortalecera la participacion de los TDS y de la ciudadania como garantia de la calidad de la atencion la adecuada gestion de los servicios y la eliminacion de la corrupcion

La base conceptual del modelo es el derecho a la salud la solidaridad social y humana cuya

aplicacion se garantiza a partir de la politica de Promocion y Defensa del Derecho a la Salud que contempla la aplicacion de estrategias como la conformacion de comites ciudadanos fortalecimiento de la participacion social incluyendo a la empresa privada y a los medios de comunicacion educacion a los ciudadanos y a los TDS en materia de derecho a la salud entre otras

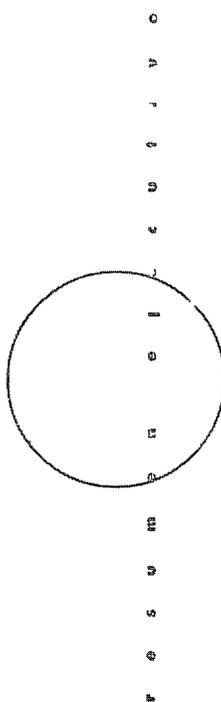
### **A NIVEL PROGRAMATICO**

La RSS busca reorientar los programas hacia la Atencion Integral a la Familia y en particular hacia sus miembros con problemas especiales de salud la atencion tendra enfasis preventivo buscando dignificar y preservar la salud y cohesion del grupo familiar la estrategia principal de esta politica es la de Atencion Primaria en Salud la cual sera la base del nuevo modelo de atencion adaptado a los cambios medio ambientales demograficos epidemiologicos socioculturales economicos y tecnologicos del pais y sera accesible geografica cultural y economicamente

La prestacion de servicios esta a cargo del MSPAS ISSS empresa privada no lucrativa y lucrativa la vigencia de esta politica tiene a la base el cumplimiento de los Convenios Internacionales y las leyes de la Republica

### **A NIVEL INSTRUMENTAL**

El enfasis esta puesto en el Desarrollo de los Recursos Humanos formados en cantidad calidad y valores suficientes para desenvolverse con profesionalismo y sensibilidad

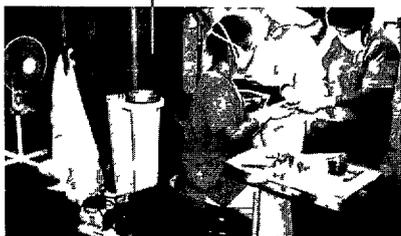


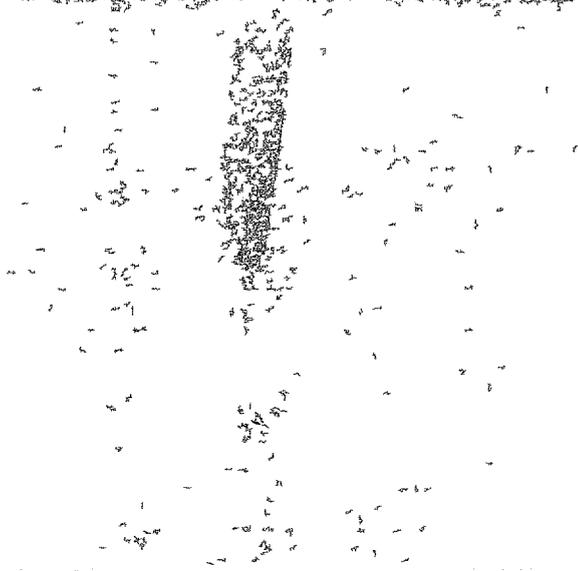
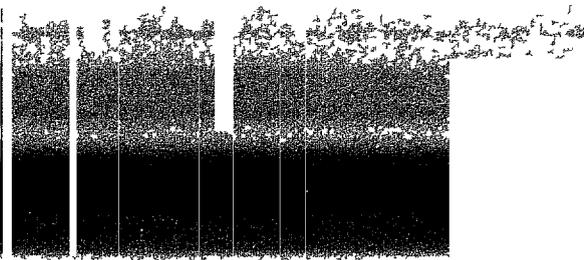
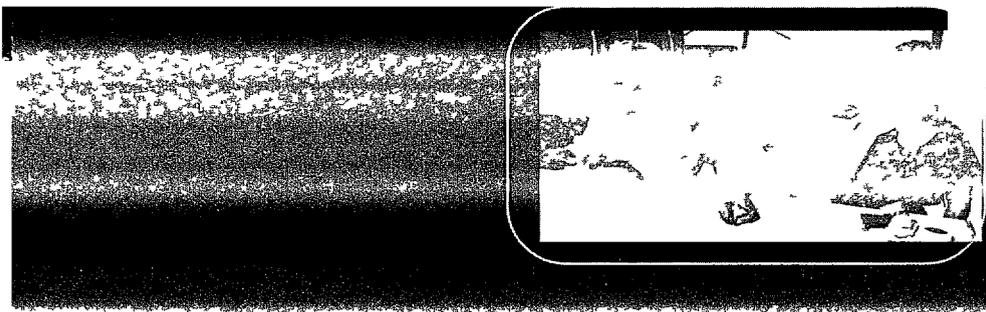
humana en la prestación de servicios, garantizando la base del modelo de atención. La Política de Desarrollo Científico y Tecnológico busca dotar de capacidad instalada para disponer de medicamentos, terapias, técnicas y equipos apropiados para brindar servicios de calidad y reducir costos.

La Política de Información y Comunicación pretende el adecuado funcionamiento del modelo propuesto y su renovación constante, para lo cual es necesario que los TDS y la población tengan conocimiento permanente de la situación de salud del país, que permita evaluar intervenciones y la oportuna toma de decisiones, a fin de que la población asuma su responsabilidad y favorezca cambios de actitud positivos para la colectividad. La información fluirá bidireccionalmente.

#### **A NIVEL ORGANIZATIVO**

La Política de Desarrollo Institucional busca recuperar y fortalecer la capacidad operativa de las redes de servicios institucionales, adecuándolas a un entorno cambiante, desarrollando para tal fin un modelo de gerencia participativa que incluya a la población, la descentralización de los servicios sin privatización, normas para garantizar la calidad de la atención, incentivos morales y materiales para los TDS, mejoramiento salarial entre otros, buscando integralidad y racionalidad organizativa.





1

2

# ESTRATEGIAS METODÓLOGICAS

Las Juntas Directivas del Colegio Médico de El Salvador de los periodos 98-99 y 99-2000 han impulsado un proceso para construir una propuesta de RSS el cual se ha desarrollado en dos etapas. La primera de ellas (de junio del 98 a febrero del 99) comprendió un debate intragremial efectuado en un taller permanente reunido una o dos veces por semana en el que participaron las Juntas Directivas del CMES, SIMETRIS y de los médicos que laboran en el MSPAS, el Grupo Técnico de Apoyo y las Filiales del Colegio Médico. Este esfuerzo se realizó con la técnica de Metaplan y contó con el apoyo desinteresado de consultores nacionales e internacionales especializados en reformas del Estado y salud, economía, política y estrategia de salud; se analizaron experiencias de otros países y se contó con capacitación en incidencia política

Esta primera fase produjo los dos primeros borradores de propuesta que incluyen un diagnóstico cualitativo del sector salud y la propuesta de objetivos (árbol de problemas y árbol de objetivos), visión, decálogo de valores y formulación inicial de políticas de salud. Los debates aportaron elementos para una visión de modelo de atención. Ambas propuestas fueron presentadas y debatidas públicamente.

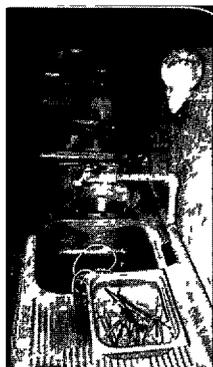
La segunda etapa fue la construcción social de una Propuesta de Política Nacional de Salud, es decir la formulación de una política de estado comprensiva de una política de reforma, como garantía de legalidad

institucionalidad y perdurabilidad de los cambios necesarios en el sector. Esta segunda etapa se define como **de construcción extragremial médica e intersectorial** y se realiza mediante una serie de talleres reunidos del 15 de abril al 29 de mayo de 1999 contando para ello con la cooperación técnica financiera de AID, Fundación Friedrich Ebert, UNICEF, FUMA y Capacidad 21 del PNUD.

En esta última construcción han participado promotoras/es y parteras comunales, iglesias, ONGs e instituciones humanitarias, comités comunales, comités de salud, ADES, COSADELS, gremios técnicos y profesionales de la salud, sindicatos del sector salud, universidades públicas y privadas, alcaldes/as y alcaldes especiales de pacientes, empresa privada de salud, instituciones autónomas y gubernamentales de salud, y comunicadoras/es sociales, haciendo un total de 634 participantes de las cuales 292 son mujeres y 342 hombres representando a 151 instituciones.

Los talleres aportaron 13 diagnósticos (en Talleres de Diagnóstico) y 13 propuestas de políticas (en Talleres de Consolidación y Formulación de Políticas) que contribuyeron a la integración y síntesis final que se realizó en una jornada de concertación. En todos los talleres se utilizaron técnicas participativas en grupos de trabajo. Los resultados se socializaron en plenarios de debate.

En este último evento, en el cual participaron 61 referentes electos por los mismos



# 1

actores se negoció íntegro y redactó el documento final de la Política

Para este proceso se contó con los siguientes recursos y estrategias metodológicas

1) El Grupo de Tarea del Colegio Médico de El Salvador encargado de planificar y consolidar la propuesta

2) Equipo Consultor Metodológico encargado de la planificación, ejecución y conducción de los talleres

3) Análisis y síntesis de las 76 propuestas de política producidas por los diferentes actores con mayor frecuencia de proposiciones en 8 áreas de un total de 11 de las que se coincidió en cinco (Desarrollo Humano Sostenible, Integración y Coordinación Intrasectorial, Desarrollo de Recursos Humanos, Desarrollo Científico, Tecnológico e Información y Comunicación en Salud) haciéndose innecesario más debate, en cambio en 6 áreas (RSS, Financiamiento, Control y Regulación, Promoción y Defensa del Derecho a la Salud, Atención Integral a la Familia y Desarrollo Institucional) pese al alto nivel de consenso logrado fue necesario profundizar en el análisis

4) En consecuencia se organizaron 6 grupos de trabajo integrados por un promedio de 11 referentes de diferentes organizaciones e instituciones quienes electos por los mismos actores enriquecieron y consensuaron estas áreas temáticas, el grupo total dio aportes para la formulación de un plan de trabajo para impulsar la propuesta y eligieron un comité para la coordinación y seguimiento del plan

5) La tercera etapa se cierra con un taller de las Filiales del CMES (12 de junio) durante el cual se debate, se enriquece y revalida la propuesta

El 3 de julio se realiza el primer Encuentro Ciudadano por la Salud, el cual presenta a la nación la propuesta y el organismo encargado de volverla realidad

El proceso de construcción social de la propuesta de Política y Estrategia de Salud fue facilitado por un equipo técnico multidisciplinario integrado por las siguientes áreas y personas

Coordinador General

Dr. José Ascención Marrero Cáceres

Asesoría: Investigación y Formulación de la Propuesta

Dr. Herbert Guzmán

Investigación y Formulación de la Propuesta

Dra. Ana Isabel Nieto

Organización y Apoyo

Dra. Alma Yanira Quezada

Metodología de la Consulta Intra y Extra Sectorial

Lic. Carlos Rivas

Lic. Vicente Cuchillas

Apoyo editorial

Dr. José Humberto Velásquez

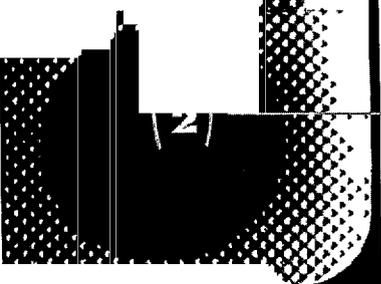
Encargada de Prensa

Lic. Martha Eugenia Sánchez

Asistencia Secretarial: Comunicaciones y Logística

Sras. Mónica Guevara de Díaz y Nura Bonilla de Caballero

Se contó en todo momento con el valioso, imprescindible y desinteresado apoyo de todo el personal que labora en el CMES

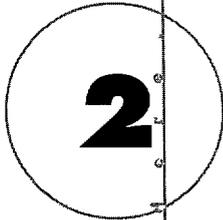


# MARCO DE REFERENCIA

*La salud y los servicios de salud son elementos distintos aunque complementarios para la primera son determinantes la historia y la estructura politico economica y social de un pais asi como su modelo de desarrollo nacional seleccionado en terminos de su capacidad para satisfacer con equidad las necesidades basicas de la poblacion y sus derechos humanos y sociales. Los servicios de salud, mediante su composicion organizacion, financiamiento acceso cobertura calidez, etc producen servicios de conservacion mantenimiento reparacion y rehabilitacion de la salud de la poblacion ante el aparecimiento de la enfermedad cuya genesis se encuentra en la insatisfaccion de las necesidades basicas humanas*

*A continuacion y por razones de espacio, un analisis esquematico y cualitativo (arbol de problemas) de la realidad nacional y sus consecuencias sobre la salud y los servicios de salud. El arbol de objetivos especificamente estructura desde nuestra concepcion los cambios a darse y los efectos consiguientes sobre los servicios de salud la salud y el desarrollo nacional el cual deberia ser centrado en el humano y sostenible*

*Las visiones y el decalogo de valores dan cuenta de nuestra manera de ver y concebir el problema y su probable solucion*



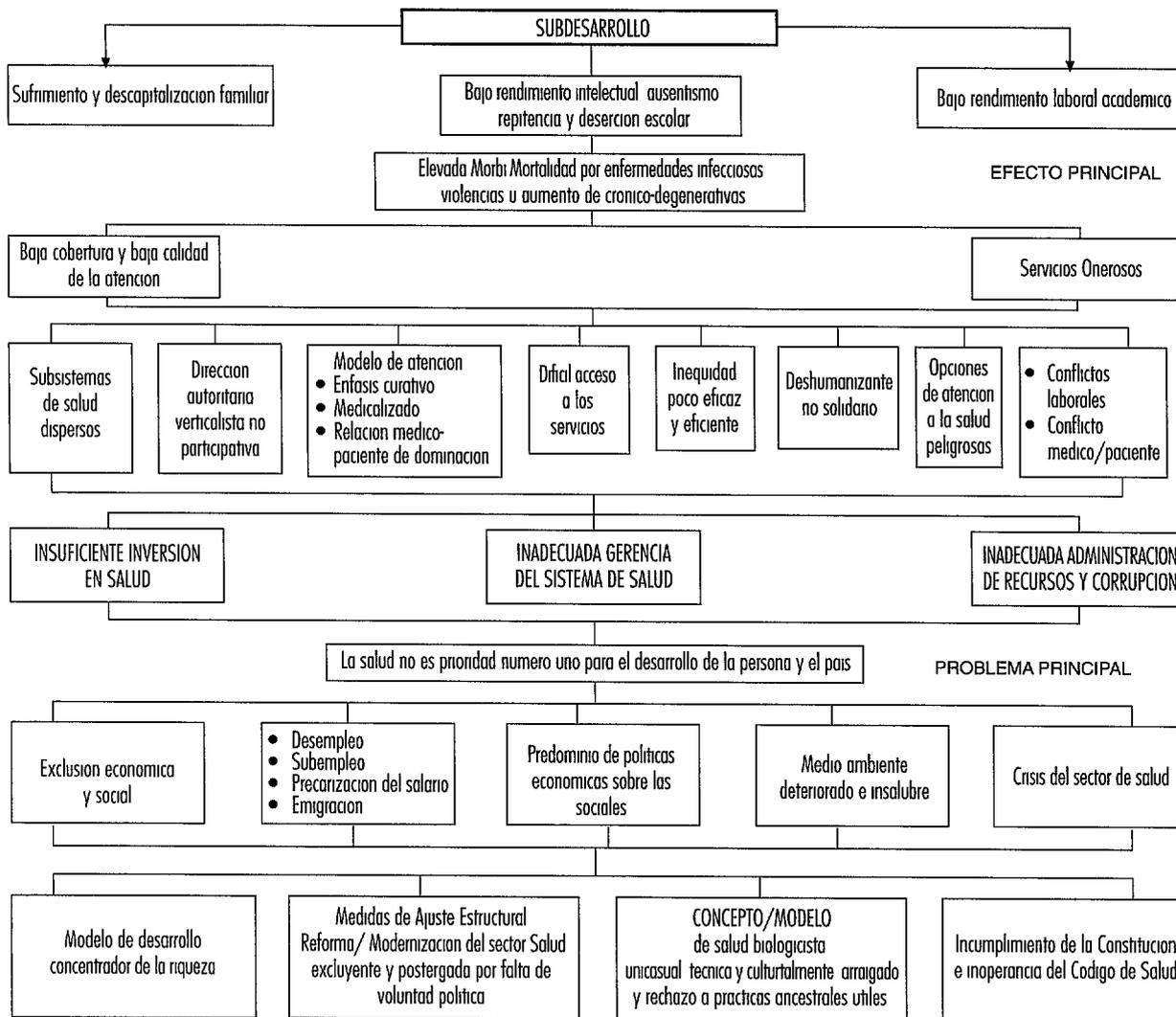
2





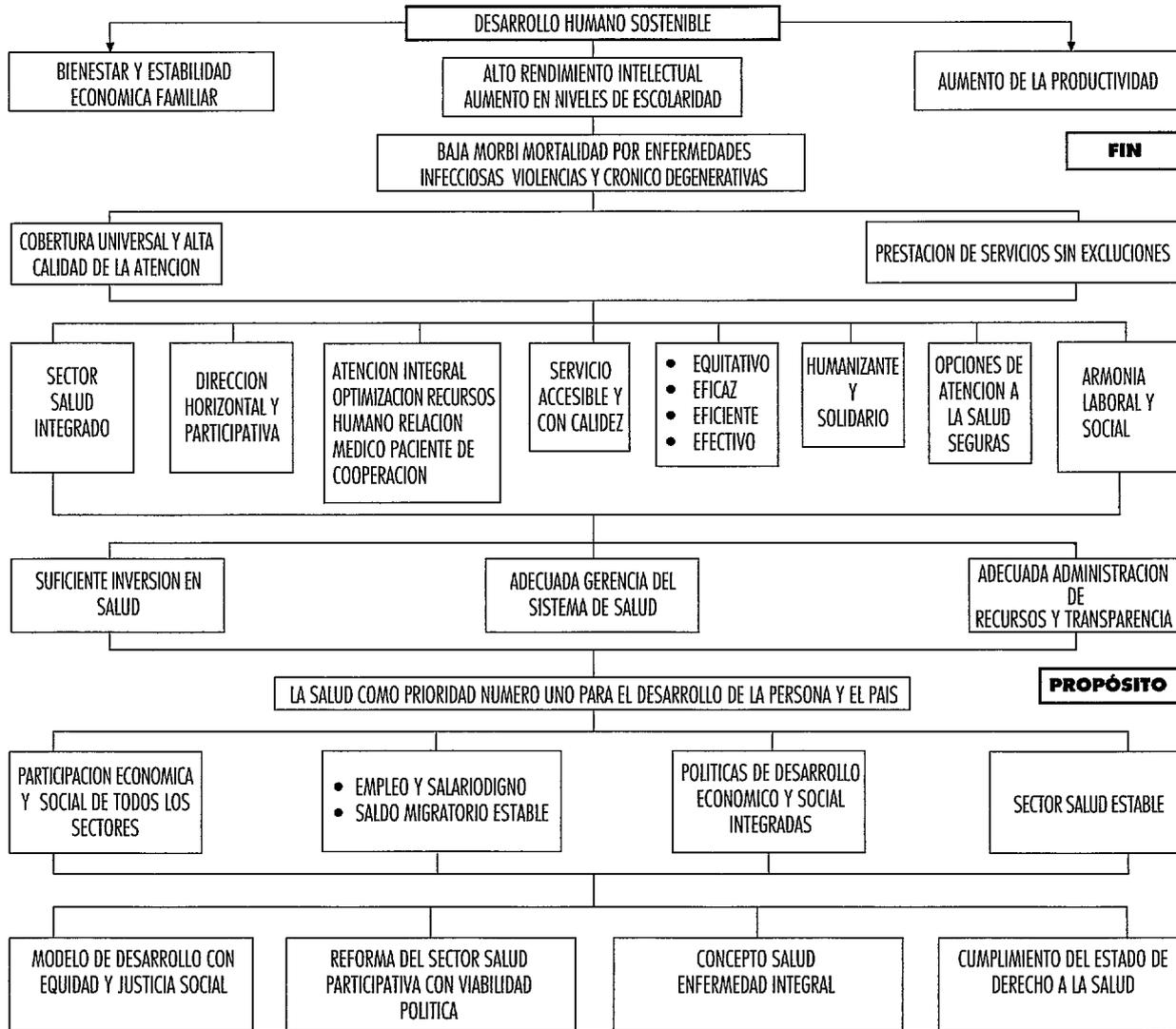
# ARBOL DE PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD EN EL SALVADOR

COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR, SEPTIEMBRE DE 1998



# ARBOL DE OBJETIVOS DEL SECTOR SALUD.

COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR, SEPTIEMBRE DE 1998



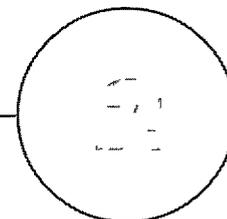
R  
E  
S  
U  
L  
T  
A  
D  
O  
S  
  
C  
A  
M  
B  
I  
O  
S

### **c- Visión del Sistema de Salud.**

"UN SISTEMA DE SALUD CENTRADO EN LA MUJER Y EL HOMBRE SALVADOREÑOS COMO PRIMERA PRIORIDAD PARA EL DESARROLLO SOCIAL SOSTENIBLE EL CUAL BASADO EN LA SOLIDARIDAD ALCANCE COBERTURA UNIVERSAL Y RESPONDA CON CALIDEZ EFICIENCIA EFICACIA CALIDAD Y EQUIDAD A LAS NECESIDADES DE LA POBLACION DE ACUERDO CON SUS PERFILES EPIDEMIOLOGICO Y DEMOGRAFICO CON CAPACIDAD INSTALADA Y RECURSOS SUFICIENTES LA SOSTENIBILIDAD DE TAL SISTEMA ESTA GARANTIZADA POR EL ESTADO POR MEDIO DE UN FINANCIAMIENTO MIXTO

### **d- Decálogo de valores.**

- 1 **ACCESIBLE** Los servicios están geográfica, económica y culturalmente disponibles para el poblador/a que los necesita
- 2 **CALIDAD** Los resultados de las acciones son de completa satisfacción de los usuarios/as y de los proveedores
- 3 **EFFECTIVIDAD** La aplicación correcta de los procedimientos y técnicas necesarias
- 4 **EFICAZ** Se proporciona al usuario/a lo que necesita para resolver su problema
- 5 **EFICIENTE** Los objetivos se logran con el mínimo de recursos y con alta calidad
- 6 **EQUITATIVO** Los servicios se distribuyen de acuerdo con las necesidades de los usuarios
- 7 **ETICA** Los prestadores de servicios están comprometidos con su profesión y el derecho a la salud de la población
- 8 **HUMANIZANTE** El ser humano es el centro de todo su quehacer y lo involucra en su funcionamiento
- 9 **OPORTUNO** Los servicios son prestados cuando la población lo necesita
- 10 **SOLIDARIO** La salud de todos es responsabilidad de todos



## **e- Visión de modelo de atención.**

El modelo de atención se visualiza con las siguientes características

**Integral y articulado** a los otros sectores del desarrollo a fin de construir la base económica social y medio ambiental necesaria para la salud y el desarrollo humano **atención a la persona** y a su familia abordada como un todo bio psico social brindándole atención preventiva curativa de rehabilitación y sostenimiento de la salud con énfasis en la prevención con acciones principales en **educación en salud** nutrición e higiene dirigidas a la familia y a sus miembros comenzando con los grupos más vulnerables de **cobertura universal** con establecimientos funcionando en **redes locales con participación técnica** y de la sociedad civil en forma institucionalizada y en todas las etapas de la planificación ejecución y seguimiento **la atención es permanente y accesible** cultural geográfica y económicamente en todos los niveles

La gerencia del modelo es participativa y fundamentalmente horizontal la participación profesional en cargos de decisión es equilibrada y apegada a criterios de idoneidad y para mantener la integridad del modelo entre los TDS y la población usuario/a se establece una relación de cooperación a la vez los TDS buscan y están donde se dan los problemas sanitarios aplicando para su tratamiento y resolución técnicas y terapias de calidad y de relación costo-beneficio favorable a la persona el desarrollo de los recursos humanos es planificado y acorde con las necesidades sanitarias de la población e incluye elevar su capacidad técnica y económica este subsistema que comienza por el promotor/a y la partera ya sean voluntarias o remuneradas tiene en estos recursos comunales una de las puertas de entrada al sistema el financiamiento del modelo es mixto con énfasis solidario y subsidiario con una inversión estatal creciente en general los servicios insumos y los/as profesionales están debidamente regulados y controlados a fin de conseguir calidad eficacia eficiencia y equidad del sistema de salud en su conjunto



# DIAGNÓSTICO DEL SECTOR

## 3.1 REFORMA DEL SECTOR SALUD

### 3.1.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

A nivel internacional la reforma de los sistemas de salud (RSS) comienza a fines de la década de los 70s. A partir de la década de los 80s estos procesos se intensifican momento que coincide con la agudización en América Latina de los problemas sociales al punto de originarse en Centroamérica conflictos armados.

Con el fin de la guerra fría se imponen corrientes neoliberales y la salud pasa de ser un bien social a una mercancía y los pacientes a clientes potenciales con acceso a los servicios en la medida de su solvencia económica.

Con estas causales y otras que en parte surgen de necesidades propias del desarrollo social se dan experiencias orientadoras y aleccionadoras así:

- 1) El proceso de RSS es simultáneo con reformas políticas y democráticas a nivel de los Estados no obstante se dan amplias diferencias y desfases entre sí y entre países.
- 2) Existe un proceso de institucionalización de la RSS expresado en reformas constitucionales de los estados respectivos.

3) La participación sectorial y ciudadana es una característica central enunciada en la mayoría de procesos de reforma en Latinoamérica sin embargo en la práctica no ocurre.

4) La descentralización constituye un elemento estratégico presente en el proceso de reforma empero en muchos casos equivale a privatización.

5) De 37 procesos de RSS en el continente americano para 1996 solo en 6 países se desarrollan políticas de medicamentos <sup>(1)</sup> siendo esta la de menor elección no obstante jugar un papel fundamental en los elevados costos de la atención.

6) En Centro América mientras en 4 países se aplican políticas de recuperación de costos y en 3 se implementan políticas de privatización selectiva en ningún caso se aplican políticas de medicamentos.

7) Entre los principales problemas a resolver por los procesos de RSS aparecen la



Progreso de las Actividades de Reforma del Sector Salud OPS/OMS XXXIX Reunión Washington D.C. Septiembre de 1996

*insuficiente cobertura y el financiamiento al corto y largo plazo*

- 8) *En los U S A prevalece el modelo privado de reembolso y por contrato encontrando que la cobertura privada alcanza al 75% de la poblacion sin embargo 18% (50 millones aproximadamente) de la poblacion carece de cobertura. El predominio de este tipo de financiamiento explica el alto costo de la atencion medica en ese pais*
- 9) *En el sistema canadiense predomina el modelo publico de financiamiento y alcanza cobertura del 100% de la poblacion*
- 10) *La experiencia privatizadora del sistema sanitario ingles devino en resultados no deseados lo cual obligo a que se tomaran acuerdos para revertir las medidas privatizadoras impulsadas por el Gobierno de la Ministra Thatcher*
- 11) *En cuanto al financiamiento de la salud en paises desarrollados existen fundamentalmente 3 sistemas financiamiento predominantemente publico (Canada) sistema de competencia abierta sujeto a las reglas del mercado (USA) y el sistema*

3

*de competencia interna (paises europeos) en los que el sector publico es el responsable de la gestion del sistema y el servicio es dado por proveedores publicos privados y voluntarios compitiendo entre si*

#### **CONCLUSION GENERAL**

*La RSS a nivel internacional es un proceso que se origina con la globalizacion y la implantacion del modelo neoliberal asi como atiende necesidades del Estado moderno siendo el financiamiento del sistema el problema central a resolver en distintos paises*

#### **3 1 2 ) REFORMA DEL SECTOR SALUD. MODERNIZACION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSPAS)**

*El MSPAS en el Plan Nacional de Salud 1994 1999 establece su politica general de salud mejorar el nivel de salud de la poblacion salvadoreña mediante la modernizacion del sector salud y el desarrollo de programas interins*

titucionales tendientes a la atención integral de salud de las personas y disminución de los riesgos y daños al medio ambiente” y define su modernización en las siguientes fases

#### **PRIMERA FASE (1995 1999)**

Modernización del MSPAS

#### **SEGUNDA FASE (1999 2004)**

Modernización del sector salud

#### **TERCERA FASE, (2004 2009)**

Consolidación del proceso de modernización del sector a nivel nacional

El MSPAS considera en la primera etapa dos grandes componentes

- 1 Fortalecimiento del área programática
- 2 Mejoramiento de la gestión administrativa del MSPAS

El segundo componente se realizará mediante las acciones de

La reorganización y fortalecimiento del MSPAS a través de

La elaboración de una propuesta de reorganización institucional y  
La definición de un modelo alternativo de atención en salud a ser desarrollado por fases

---

Resumen del proceso de Modernización del MSPAS Dirección de Planeación Estratégica y Modernización p 9 San Salvador El Salvador Septiembre de 1997

En la práctica la departamentalización constituyó la principal medida impulsada poco se conoce de los resultados de la misma y de otras acciones emprendidas El resto del sistema marchó a su propio ritmo arrastrando las mismas deficiencias

#### **MODERNIZACIÓN DEL ISSS**

El ISSS en su Plan Estratégico Quinquenal 1995 1999 enuncia la siguiente política general

“Extender eficientemente el régimen de Seguro Social a través de la Modernización Institucional a fin de que la fuerza laboral cotizante y sus beneficiarios cuenten con una atención integral de salud, pensiones y servicios sociales

Y define las siguientes estrategias institucionales

- Revisión del marco jurídico con la finalidad de adecuar la legislación al crecimiento y desarrollo institucional
- Extensión de la cobertura de acuerdo a una priorización congruente con la capacidad financiera y administrativa del ISSS
- Modernización de la administración
- Desarrollo de los recursos humanos
- Definir las necesidades y el perfil del adiestramiento y capacitación de los recursos humanos que serán requeridos en el proceso citado anteriormente
- Modernización de la gestión institucional con el propósito de crear un marco organizacional

y de control suficiente que permita viabilizar los programas del plan

- Utilización de la tecnología apropiada
- Descentralización regional administrativa y financiera
- Fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial
- Fortalecimiento a efecto de crear las condiciones apropiadas para desarrollar en forma equilibrada los diferentes programas
- Utilizar la cooperación interna y externa para completar el financiamiento de los proyectos

Tampoco se conocen la evaluación de proceso y resultados. Al presente se perfilan cambios en el sentido de su privatización

### **VALORACIONES DEL PROCESO DE RSS EN EL SALVADOR**

- El proceso de RSS se da en el contexto de Programas de Estabilización Económica y de Ajuste Estructural (PEE/PAE) acompañados de estrategias de privatización y modernización del Estado los cuales determinan y sesgan el contenido de la misma
- Este proceso tiene como antecedentes el estudio y propuesta del equipo ANSAL de mayo 94 el cual refleja el modelo de las financieras multilaterales
- La RSS en El Salvador inicia con el proceso de modernización del MSPAS 94 99 como un esfuerzo descoordinado de otros actores

importantes como el ISSS TDS y otros prestadores de servicios de salud públicos y privados con y sin fines de lucro situación que genera dispersión y polarización en el sector y en la sociedad en su conjunto

- El proceso de modernización del MSPAS ha sido lento sigiloso verticalista y excluyente generando desconfianza e inseguridad entre los demás actores
- La lentitud y poca iniciativa del MSPAS para impulsar la RSS ha contenido el incremento presupuestario y los fondos de la cooperación internacional necesarios para el fortalecimiento de la misma
- La propuesta de modernización del MSPAS 1994 1999 no define procesos o mecanismos de evaluación razón que dificulta su valoración y trae como consecuencia improvisación a la hora de la ejecución
- La departamentalización realizada por el MSPAS no descentralizó el financiamiento y carece de sustentación legal situación que la expone a su anulación y en consecuencia a despilfarro de recursos
- La propuesta de modernización del ISSS de fine un plan de acción lo cual revela voluntad evaluativa mayor capacidad de planificación y menos improvisación
- El MSPAS en su proceso de privatización selectiva ha contratado empresas privadas de

servicios de apoyo en procesos por ahora poco controlados y regulados

- En diciembre de 1998 al concluir el Proyecto de Salud Materno Infantil (PROSAMI) financiado por AID se dejó sin cobertura a unas 500 000 personas del área rural que eran atendidas por ONG's, a inicios de este año el MSPAS para solucionar parcialmente este serio déficit contrató 5 ONG's. Tal contratación se da en un proceso cerrado de selección sin llamar a concurso en el cual privaron afinidades y simpatías políticas, que evidencian manejo arbitrario de un proceso de privatización selectiva mientras tanto la población desatendida ha quedado sin respuesta a sus necesidades en salud
- El proceso de reforma del ISSS es más hermético lo cual lleva a una duda razonable acerca de sus propósitos y de su efectividad. La anterior dirección del ISSS en repetidas ocasiones se negó a dar información al SIMETRISSS
- La orientación de la modernización del MSPAS es eficientista y dirigida a bajar costos transfiriendo su responsabilidad constitucional a la población y al sector privado lucrativo y no lucrativo
- En cuanto al ISSS ha dado avances como la reorganización y aumento de establecimientos, nuevas formas de prestación de servicios sin embargo con poca apertura a la participación del personal la impresión es

que la opción principal de su reforma es la privatización

## **EN SÍNTESIS**

- Si bien han habido algunos avances en la modernización del MSPAS e ISSS, se cuestiona la poca participación de los diferentes sectores y actores involucrados en el que hacer de salud lo que genera dispersión y polarización en el sector, mientras la población se enfrenta a diario a las consecuencias de una insuficiente inversión en salud inadecuada administración de los recursos humanos y materiales y formas de corrupción en diferentes subsistemas del sector salud. La pasividad frente a los reclamos de los pacientes revelan la falta de voluntad política en buscar las soluciones necesarias y ubicar como prioridad secundaria a la salud de los/as salvadoreños/as como prioridad secundaria (Anexo 1)
- La lucha del CMES por el logro de mejoras al sistema de salud y por prestaciones laborales y económicas en febrero mayo del 98 puso en evidencia las graves deficiencias del sistema reactivo la necesidad de la reforma participativa del sector y llevó a la Presidencia de la República a formar la Comisión Nacional de Salud la cual propuso lineamientos para la RSS, sin embargo tal comisión no fue representativa de los principales actores del sector
- A raíz del movimiento generado por el CMES, la salud es retomada en la agenda

nacional y diferentes actores formulan propuestas de RSS de las cuales persisten tres y la presente

## **RECOMENDACIONES**

1 Evaluar cualitativa y cuantitativamente el proceso de modernización implementado por el MSPAS y el ISSS en particular el proceso de privatización selectiva y de recuperación de costos, como experiencia previa que retroalimente el proceso de reformulación o continuidad de la RSS

## 3 2 **SITUACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE LA POBLACIÓN SALVADOREÑA**

En los primeros años de la presente década se registro una tasa de crecimiento promedio anual superior al 5% cuya distribución ha sido dispareja entre los diferentes sectores. En los últimos años esta tasa ha disminuido impactando negativamente a la mayoría de la población

Si bien el ingreso per capita se ha incrementado y la pobreza en cifras oficiales tiende a reducirse en los últimos años los avances son muy lentos y menores sobre todo en las áreas rurales lo que genera un clima propicio para la delincuencia el subempleo prostitución migración etc Para 1997 la

pobreza afectaba a casi la mitad de la población 48.3% de esta 19.5% estaría en pobreza extrema En el área rural 71% de los hogares tienen ingresos mensuales inferiores a \$2 000.00 que apenas cubren la canasta básica ampliada (\$1 947.00) /<sup>1</sup> (Ver Anexo 1) Otras fuentes indican que la pobreza puede ser mayor y afecta a 2/3 de la población si se considera que las cifras estadísticas encubren el problema de que la mayoría de salvadoreños/as no tienen un empleo formal

### **EDUCACION**

La Reforma Educativa es un ejemplo de experiencias positivas ya que es un proceso realizado con dosis altas de voluntad política capacidad de liderazgo habilidades concertadoras y competencia técnica en el logro del propósito común de aumentar el nivel educativo de la población Para 1997 según la encuesta citada el 20.1% de la población de 10 años y más no saben leer ni escribir variando entre 11.3% en área urbana y 31.8% en el área rural las mujeres presentan las tasas más altas de analfabetismo (22.8%) con respecto a los hombres (17%) La escolaridad promedio fue de 4.9 grados con diferencias importantes entre el área urbana y rural 6.6 grados y 2.9 grados respectivamente

El analfabetismo los bajos niveles de escolaridad y el retraso escolar prevalentes en la población son un límite real a mayores conocimientos en salud a través de la educación

<sup>1</sup> Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 1997 DIGESTYC

formal lo que incide en que esta poblacion tenga una reducida cultura preventiva frente a las enfermedades y problemas de salud

### **VIVIENDA**

Segun estudios del Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano, unos 2.5 millones de salvadoreños carecen de vivienda digna en 1997, 36.57% de los hogares del país tenían ingresos inferiores a \$1,500.00 condicion que vuelve inaccesible la posibilidad de adquirir una vivienda adecuada (EHPM, DIGESTYC 1997)

En cuanto a servicios basicos, 79.5% de los hogares gozan de energia electrica. Es de notar que en el area rural 37.6% de hogares utiliza kerosene para alumbrarse, exponiendose a la aspiracion de humo y al riesgo de incendio de su vivienda. A nivel del país, 52.9% de viviendas tienen servicios de agua de cañeria, aunque no hay estudios de la regularidad del servicio. Una de las quejas mas frecuentes de la poblacion es la carestia del agua potable. En el area urbana 71% de las viviendas tienen instalada cañerias mientras en el area rural solo 26.5% el resto del agua que consumen es de dudosa calidad ya que proviene de pozos, ojos de agua u otras fuentes sin tratamiento.

En el area urbana 55.3% de las viviendas cuentan con inodoro conectado a alcantarilla 29.1% tienen letrina privada y 2.6% carecen de este servicio. En el area rural 65.4% tienen letrina privada mientras 20.5% de viviendas no disponen de servicio sanitario (EHPM, DIGESTYC 1997), esto significa que

por lo menos en 1 de cada 5 casas rurales sus miembros defecan al aire libre con la consiguiente contaminacion y deterioro ambiental.

### **MEDIO AMBIENTE**

Segun los especialistas consultados sobre los temas claves para el Plan de Nacion los siguientes indices de reforestacion dan cuenta de nuestra situacion solo se conserva 2% de bosques naturales, 25% del total de tierras del país estan degradadas y cerca de dos terceras partes estan severamente erosionadas, la perdida de biodiversidad y contaminacion de mantos acuíferos alcanzan niveles que estan entre los mas altos del continente americano. La calidad del agua es critica ya que aproximadamente 90% del agua superficial se encuentra altamente contaminada por desechos organicos, agroquimicos y desechos industriales. En el Rio Lempa se detectan niveles muy altos de mercurio <sup>/2</sup>. El aire en el AMSS <sup>/3</sup> presenta niveles muy por arriba a lo permitido en cuanto gases toxicos que son originados principalmente por vehiculos automotores <sup>/4</sup> elevando la morbimortalidad por infecciones respiratorias al primer lugar. A pesar de considerarse un logro la creacion del Ministerio de Medio Ambiente a la fecha no hay mayor impacto en la recuperacion ambiental.

El grave deterioro ocasionado al medio ambiente lo vuelve agresivo y nocivo para la salud.

<sup>/2</sup> FUSADES, Octubre 98, Estudio Calidad Hidrológica de El Salvador

<sup>/3</sup> Area Metropolitana de San Salvador

<sup>/4</sup> Fundacion Suiza de Cooperacion para el Desarrollo Tecnico  
Swiss Contact 1998

y la vida humana contribuyendo al agravamiento de los problemas sanitarios endémicos

### **MIGRACION**

Después del conflicto armado ha continuado el fenómeno migratorio tanto interno como externo a causa del desempleo, los bajos niveles de ingresos, la inseguridad y la exclusión social. Para 1998 se estima que cerca de un 1 300 000 salvadoreños vivían en Estados Unidos y otros miles están dispersos en diferentes regiones del mundo. El fenómeno migratorio si bien es cierto alivia la situación económica desintegra las familias, repercutiendo negativamente en la salud mental familiar y en el fenómeno de la transculturación y pérdida de la identidad nacional, ahora se suman además las deportaciones masivas que vienen a agravar la ya complicada situación económica social existente en el país.

## 3.3 **DEMOGRAFÍA Y SALUD.**

Para 1998 la población salvadoreña se estimó en 6 031 326 habitantes, lo que significa una densidad poblacional de 291 habitantes / km<sup>2</sup> (UIME MSPAS DIC 98).

Sus principales características son:

De la población total 57.8% vive en el área urbana y casi la tercera parte vive en el área metropolitana de San Salvador. 52.2% son mujeres y 47.8% son hombres; el índice de masculinidad es de 0.91 y 46% es menor

de 19 años. Las mujeres en edad fértil (14 a 49 años) son 1 581 315, lo que significa que 1 de cada cuatro mujeres salvadoreñas se encuentra en capacidad de procrear (DIGESTYC). La tasa global de fecundidad es de 3.58 hijos por mujer (FESAL 98)<sup>6</sup>, variando según lugar de residencia, escolaridad y nivel de ingresos (desde 2.39 hijos hasta 4.98 hijos por mujer).

### **MORTALIDAD GENERAL**

En los últimos 20 años la mortalidad general observa un ligero descenso de 7.8 por habitantes en 1977 a 6.08 en 1997. Esta tendencia es estable debido a la disminución de la mortalidad infantil y de la niñez y al aumento en la esperanza de vida de 57.4 años en 1975 a 61.9 años para los hombres y 67.4 años para las mujeres en 1997.<sup>7</sup>

Las principales causas de mortalidad son: neumonías, diarreas, complicaciones del periodo perinatal, accidentes, enfermedades cardiovasculares, consecuencias de la violencia, SIDA, entre otras. Estas causas se han mantenido casi invariables desde hace más de 50 años (Ver Anexos 2A y 2B). Es de notar que las estadísticas reflejan que el país presenta una de las tasas más altas de homicidios en América Latina: 128 por cada 100 000 habitantes<sup>8</sup>, es decir que diariamente mueren unas 21 personas a causa de la violencia.

<sup>6</sup> Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación, UIME MSPAS, Diciembre de 1998.

<sup>7</sup> Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL 98, ADS, MSPAS y Otros.

<sup>8</sup> División de Atención a la Persona, MSPAS, 1997.

<sup>8</sup> Seguridad Pública y Derechos Humanos, FESPAD, 1998.

### **MORTALIDAD INFANTIL**

Este indicador también ha evolucionado favorablemente en los últimos 20 años de 60 por 1000 nacidos vivos en 1977 a 35 por 1000 en 1998. Esta tasa varía de 27 en el área urbana a 41 en el área rural.<sup>9</sup> La mayoría de estas muertes podrían haberse evitado si la población tuviese empleo bien remunerado, vivienda digna, educación sanitaria y facilidades para acceder a servicios de calidad. Es de reconocer que gran parte de la reducción de la mortalidad infantil se debe a la labor que desarrollan los y las promotoras de salud parteras y ONGS en zonas rurales del país.

### **MORBILIDAD**

En 1998 las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de consulta a cualquier edad (entre 13.5% en el grupo de 45-59 años a 41.37% en los menores de un año)<sup>10</sup> y junto con las otras enfermedades más frecuentes (diarreas, parasitismo, desnutrición, problemas de la piel, etc.) están estrechamente vinculadas con el medio ambiente físico y social. (Ver anexo 3B).

Durante 1998, en los hospitales públicos diariamente nacieron 210 niños/as. 1 de cada 4 partos fue por cesárea. Cada semana una mujer murió por complicaciones de su embarazo/parto (infecciones, hemorragia y toxemia).<sup>10</sup> Estas muertes son inconcebibles e inaceptables ya que son prevenibles y trata-

bles. Según la FESAL 98 en el último quinquenio 58% de los partos fueron intrahospitalarios, las parteras atendieron 32.4% y casi 10.0% no recibieron atención por personal capacitado.

El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte entre las mujeres, no obstante que es totalmente prevenible a través del examen de citología. En 1998 del total de citologías tomadas en servicios del MSPAS (410 257) solo 68.5% fueron examinadas.<sup>10</sup>

De las mujeres en edad fértil (MEF) 38.3% usan algún método de planificación, siendo la esterilización el método más utilizado (21.9%), seguido por las inyecciones. El Salvador es el país centroamericano con mayor prevalencia de esterilización femenina (32.5% de las mujeres casadas o acompañadas FESAL 98).

La cobertura de inmunizaciones es uno de los mayores logros del MSPAS. Así para 1998, 94.8% de los niños estaban vacunados contra la tuberculosis, 85.1% contra polio, difteria, tetano y tosferina, y 86.0% contra el sarampión. Estas buenas coberturas sostenidas han dado como resultado la ausencia de casos de polio y la disminución muy significativa de las otras enfermedades prevenibles por vacuna (FESAL/98).

Uno de los mayores desaciertos de la última gestión del MSPAS (94-99) es la poca atención a la salud mental, ya que es un hecho que gran número de consultas están relacionadas con secuelas del conflicto armado a la

<sup>9</sup> FESAL 98 Encuesta Nacional de Salud Familiar 1998. CDC USAID MSPAS. Ministerio de Relaciones Exteriores, ISSS y otros.  
<sup>10</sup> Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación (UIIME) MSPAS 1999.

*espiral de violencia que envuelve al país y a la marginación de la mayoría de la población*

*Otra desatención es a la salud bucal no obstante que estos problemas afectan a más del 90% de la población paradójicamente no aparecen registrados en el perfil epidemiológico*

#### **NUTRICION Y SALUD**

*Uno/a de cada 4 niños/as menores de 5 años sufre retardo del crecimiento o desnutrición crónica variando según departamento de residencia. De acuerdo con datos de la encuesta FESAL 98 los niveles de desnutrición no han mejorado en el último quinquenio. Por esta razón se puede asegurar que la desnutrición infantil es el mayor problema de salud pública hecho que repercute negativamente en el desarrollo del país ya que afecta la salud, la educación y la economía (muerte, enfermedad, déficit intelectual y pérdida de productividad) de las futuras generaciones*

## 3.4 **ORGANIZACIÓN DEL SECTOR Y LOS SERVICIOS DE SALUD**

*Este análisis incorpora el marco legal, composición, organización, oferta, cobertura y demanda de los servicios*

#### **MARCO LEGAL**

*La Constitución vigente de la República define con claridad las funciones del Estado en materia de salud pública (Art. 126, 262, 65) (Ver Anexo)*

*En el actual Código de Salud se definen las funciones del CSSP, regulación sanitaria y las del MSPAS, rector, normador y prestador de servicios, además debe velar por el control y la aplicación de sanciones. La supervisión y el control del financiamiento público del sector es ejecutada por la Corte de Cuentas de la República y el Ministerio de Hacienda. Actualmente existe una iniciativa de ley tendiente a cambiar el Código de Salud, sin embargo su discusión previa ha sido selectiva y atomizada.*

#### **COMPOSICION DEL SECTOR SALUD**

*El sector se divide en tres subsectores: público (MSPAS), seguridad social (ISSS, Hospital Militar, Bienestar Magisterial, otros), privado, lucrativo y no lucrativo (iglesias, instituciones, ONGs). Cada subsector cuenta con su propia organización, gerencia, recursos, sistemas de servicios y formas de financiamiento, sin existir entre ellos mayor coordinación o cooperación, situación que produce un sector disperso con duplicación y triplicación de recursos y actividades, despilfarro, subutilización de insumos, limitada capacidad de intervención y de calidad de la atención.*

#### **ORGANIZACION**

*De los subsistemas MSPAS e ISSS básicamente tienen la misma organización desde hace 4 décadas, su diseño organizacional corresponde al de una burocracia mecanicista, estructura reconocida por su gran complejidad, formalismo y centralismo. Debido a estas características, el personal es tratado como máquina y no como ser humano, situación que*

incide negativamente en la relacion laboral, productividad y calidad del trabajo

### **GERENCIA**

En ambas instituciones se favorece la toma de decisiones en forma centralista y verticalista lo cual elimina la posibilidad de participacion tecnica y social inhibiendo los cambios graduales necesarios para actualizar los sistemas de cara a los problemas sanitarios de mediano y largo plazo de la poblacion otro problema es la partidizaracion politica de la salud ya que el aplicarse como criterio gerencial corrompe la organizacion del sistema distorsiona el enfoque sanitario de las acciones generando inconformidad e inestabilidad entre los trabajadores de la salud y el rechazo del publico hacia las instituciones

### **MODELO DE ATENCION**

Es predominantemente curativo y medicalizado en detrimento de la atencion preventiva, de la racionalidad tecnica y de la optimizacion de los recursos Entre el medico o trabajador de la salud y el paciente se establece una relacion de subordinacion la cual niega los derechos del paciente y en ultima instancia el establecimiento de una relacion de cooperacion de mutuo beneficio

### **CAPACIDAD DE RESOLUCION**

Hay marcadas diferencias ya que para usuarios/as del MSPAS es de menor capacidad mientras que para los afiliados/as del ISSS este nivel es mas alto e incluye a su familia la diferencia esta marcada por el

supuesto caracter gratuito de los servicios del MSPAS

### **COBERTURA**

Al MSPAS se le atribuye la responsabilidad por la salud del 80% de la poblacion sin embargo se estima que alcanza a cubrir 40% en atencion ambulatoria y 76% en hospitalizacion el ISSS atiende 17% de la poblacion mientras que otro 5% de la poblacion alcanzaria cobertura a traves de Bienestar Magisterial Sanidad Militar CEL ANDA, etc , en tanto el sector privado por su cuenta atiende 9% de hospitalizaciones y 45% de atencion en consulta externa se considera que las iglesias, otras instituciones y ONGs dan cobertura parcial hasta 7% de la poblacion La cobertura de vacunacion en menores de un año para VPO, BCG DPT es 100% (1996), la vacuna antisarampionosa para 1998 fue 98% No hay estimacion sobre el porcentaje de poblacion sin cobertura efectiva /11

En un periodo de aproximadamente 60 años entre los tres subsectores que componen al sector salud se han alcanzado coberturas en el rango entre el 60 al 70% de la poblacion del pais /12

### **DEMANDA EN SALUD**

De acuerdo con los resultados de la EHPM 97 del total de la poblacion encuestada que se enfermo o accidento 53% corresponde a la

---

/11 El Salvador Perfil del Sistema de Servicios de Salud OPS /OMS Dic. 98  
/12 Anuarios Estadisticos y Memorias de Labores MSPAS 1959 1997 FESAI 88 FESAL 88

poblacion urbana de esta 45% reside en el AMSS y del total de la poblacion que se enfermo o accidento 57% corresponden al sexo femenino

Las acciones tomadas por esta poblacion enferma o accidentada fueron 28% accedio a establecimientos del MSPAS distribuidas asi unidades de salud (15.5%) hospitales (9.84%) y puestos de salud (2.66%) 13.3% opto por la consulta privada 7.3% fue al ISSS 0.62% consulto en farmacias 0.32% a enfermeras 0.37% a curanderos 0.84% a ONGs y 1.85% a establecimientos de salud llama la atencion que 42.4% se automedico y 5% no hizo nada lo cual es una actitud riesgosa ante la enfermedad De la poblacion que se automedico 43% vive en condiciones de extrema pobreza y 24% en pobreza relativa tal resultado puede explicarse principalmente por falta de recursos economicos para asistir a cualquier establecimiento de salud (31.75%) muy retirado (5.36%) falta de confianza (2.91%) mala atencion (2.61%) y principalmente porque no lo considera necesario (55%)<sup>13</sup> Esta ultima causal podria evidenciar insuficiente e inadecuada educacion en salud

ciencia ha llevado a la formacion de profesionales y tecnicos divorciados parcialmente de la realidad demografica epidemiologica cultural y economica de la poblacion del pais generando a la vez esfuerzos aislados de formacion en instituciones publicas y privadas

La formacion de recursos humanos en salud obedece a un modelo de atencion curativa que partiendo de una supuesta formacion cientifico academica discrimina practicas sanitarias tradicionales alternativas

La limitada capacidad de gerencia de los recursos humanos se refleja en deficientes procesos de planificacion del desarrollo del personal y en consecuencia en perdida de calidad de la atencion La persistencia del verticalismo y centralismo en la toma de decisiones sobre el personal y otros procesos limita las posibilidades de cambios llegando a extremos de establecerse una relacion deshumanizada con el personal y deshumanizante con la poblacion La falta de transparencia en los procesos de seleccion contratacion ubicacion y evaluacion de personal ha dado lugar a abusos a sobreestimacion o subestimacion del personal y ha contribuido al establecimiento de un clima de inestabilidad desconfianza y de conflictividad en las relaciones laborales

### 3.5 **RECURSOS HUMANOS**

Se identifico como problema principal la inexistencia de una politica nacional sobre recursos humanos en salud y la ausencia de una instancia de coordinacion sectorial encargada de la ejecucion de dicha politica tal defi

<sup>13</sup> Encuesta de Hogares de Propositos Múltiples DIGESTYC 1997 Cuadros G02 y G03 Total país total urbano total rural total metropolitana

Tomando como número de personas las plazas por Ley de Salario reportadas por el MSPAS resulta que por cada 10 000 habitantes de su población programática cuenta con 5 61 médicos 0 83 odontólogos 3 63 enfermeras 6 46 auxiliares de enfermería 2 99 promotores y 6 40 parteras la relación enfermera médico es de 0 64 por médico <sup>14</sup> De acuerdo a estándares de la OPS lo óptimo debería ser 8 médicos por 10 000 habitantes y la relación enfermeras por médico de 4 5 El ISSS cuenta con 26 11 médicos 3 odontólogos 38 62 técnicos y paramédicos por cada 10 000 usuarios de su población programática

Finalmente no existe un inventario y/o análisis actualizado de los recursos humanos que permita una evaluación cuantitativa y cualitativa objetiva

### CONCLUSIONES

A pesar de las deficiencias observadas el personal del MSPAS y del ISSS en un alto porcentaje está capacitado y especializado muchos tienen experiencia gerencial y poseen diversos grados de cohesión gremial los médicos además tienen capacidad de movilización de sus instituciones liderazgo reconocido en el sector y a nivel social están sensibilizados con relación a la problemática de la salud demostrando capacidad propositiva

El MSPAS no cuenta con los recursos humanos suficientes para atender la creciente demanda el ISSS para atender una población 4 veces menor que la del MSPAS cuenta con el triple de recursos humanos

### DISTRIBUCION DE RECURSOS HUMANOS 1998

RECURSO	MSPAS	ISSS
Médicos	3120	1651
Odontólogos	334	176
Enfermeras	1753	574
Enfermeras Auxiliares	3118	1399
Otros Trabajadores	ND	2541

Fuente: Direcciones Generales MSPAS e ISSS OPS El Salvador Perfil del Sistema de Servicios de Salud Diciembre 1998

## 3 6 INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MEDICAMENTOS

### INFRAESTRUCTURA

No existe un análisis actualizado acerca de la infraestructura sanitaria en el país

Información reciente indica que el MSPAS a diciembre de 1998 <sup>15</sup> cuenta con un total de 522 establecimientos de los cuales 52 son centros rurales de nutrición 88 casas de salud y 352 son unidades de salud que están en función de la atención primaria existen 30 hospitales para la atención de segundo y tercer nivel

El ISSS <sup>16</sup> para 1997 disponía aproximadamente de 177 establecimientos de

<sup>14</sup> Tomando como número de personal las plazas reportadas por la UJIME del MSPAS de Enero a Dic. de 1998

<sup>15</sup> Unidad de Información Monitoreo y Evaluación MSPAS Variables e Indicadores del MSPAS El Salvador Enero-Diciembre 1998

<sup>16</sup> Estadísticas 1997/1998 Instituto Salvadoreño del Seguro Social

los cuales 15 son hospitales para la atención del tercer nivel 35 unidades medicas para la atención del segundo nivel 27 clinicas comunales desde las cuales se realiza atención de primer nivel con énfasis preventivo y 100 clinicas empresariales para atención de primer nivel

En el país existen aproximadamente 30 hospitales privados en su mayoría concentrados en el AMSS y principales ciudades del interior del país se considera que solo un pequeño número se encuentra funcionando a plena capacidad y eficiencia

Las iglesias de distintas denominaciones disponen de programas de atención permanente en salud y de una infraestructura que reúne condiciones para atender satisfactoriamente demandas hasta segundo nivel

Para enero de 1994 el estudio ANSAL identificó en el ámbito privado 4145 establecimientos dedicados a consulta clínica internación apoyo diagnóstico y producción y distribución de medicamentos <sup>/17</sup>

De acuerdo con el mismo estudio ANSAL la infraestructura del MSPAS presentaba un 35% de deterioro físico La mayoría de la infraestructura hospitalaria y del segundo y primer nivel tanto del MSPAS como del ISSS se concentra en las áreas urbanas

### **RESUMEN**

El 6% de la infraestructura del MSPAS esta destinada a la atención del segundo y tercer

niveles y el 94% a atención primaria Siendo este nivel donde debería resolverse la morbilidad prevaleciente en la población salvadoreña el ISSS dedica el 72% de su infraestructura a la atención del primer nivel aunque los presupuestos para el segundo y tercer nivel son mayores que para el primer nivel (65.5% en 1998)

### **EQUIPAMIENTO**

Los 3 subsectores público seguridad social y privado (lucrativo y no lucrativo) cuentan con su propio equipamiento el cual se encuentra en condición irregular

De acuerdo con datos de los perfiles de la OPS <sup>/18</sup> la disponibilidad de equipos por subsectores es la siguiente

El 30% de equipos biomédicos esta en condiciones defectuosas

El 80% de los equipos de alta tecnología estan concentrados en establecimientos del segundo y tercer nivel

El 70% de unidades y equipos de alta tecnología se concentran en San Salvador La tecnología de mayor calidad se encuentra en el ISSS y en las instituciones privadas

No hay datos sobre el equipamiento de las ONGs

La descoordinación entre subsectores lleva a adquisiciones irracionales tal es el hecho de que en el país existan 4 programas de

<sup>/17</sup> Infraestructura del Sector Salud Informe Técnico Borrador Avanzado Enero de 1994 OPS

<sup>/18</sup> OPS El Salvador Perfil del Sistema de Servicios de Salud (10 de diciembre de 1998)

cirugía cardiovascular mas de una bomba de cobalto cuando se estima que con una unidad racionalmente manejada se alcanza a cubrir la demanda

El MSPAS dispone de 7 9 camas por 10 000 habitantes /<sup>19</sup> en tanto el ISSS con una poblacion 5 veces menor casi triplica su disposicion de camas (19 camas x 10 000 habitantes /<sup>20</sup> Para comparar Costa Rica cuenta con 19 camas por 10 000 habitantes /<sup>21</sup>

### MEDICAMENTOS

En el pais segun datos del CSSP, hasta abril de 1998 habian registrados 23 235 productos farmaceuticos dicho procedimiento se hace manualmente y por marca probablemente no se tenga un dato exacto sobre cuantas sustancias activas estan registradas

Hasta la fecha no existe un formulario nacional de medicamentos que cubra a todas las instituciones del sector publico aunque dicho subsector cuenta con politicas que amparan el uso racional de medicamentos Hasta 1997, en que se actualizo por ultima vez el formulario nacional el MSPAS contaba con un listado de 716 medicamentos de los que 538 estan en un cuadro basico y 178 en un listado especial el uso de estos medicamentos es obligatorio en toda la red de establecimientos del MSPAS incluidos los hospitales nacionales, esto no necesariamente significa que los tengan a disposicion de los usuarios

En 1994 en el ISSS el Listado Oficial de Medicamentos contenia 613 farmacos, de los

cuales 304 se consideran indispensables /<sup>22</sup> no hay datos disponibles sobre la cantidad actual

Se estima que el 80% de las adquisiciones rutinarias de productos farmaceuticos del MSPAS y el 60% del ISSS fueron efectuadas mediante licitaciones las cuales han sido duramente criticadas por la falta de transparencia y por la adquisicion de cantidades excesivas de farmacos altamente especializados y de uso limitado, sirvan como ejemplo que aun se mantienen en la impunidad casos de corrupcion en distintas instituciones del sector

En 1996, el MSPAS gasto el 14 5% de su presupuesto total en medicamentos (\$184 millones) mientras que el ISSS gasto el 20 3% (\$245 millones) para menor cantidad de poblacion En ambas instituciones esta erogacion es el segundo rubro de gastos El gasto mayor que la poblacion realiza en salud corresponde a los medicamentos (41%) equivalente a mas de 1631 millones de colones

### GASTO DE LOS HOGARES EN MEDICAMENTOS DURANTE 1996

Nivel Economico de los Hogares	Monto	%
Hogares en extrema pobreza	¢ 24,647,052 00	15
Hogares en pobreza relativa	¢ 361,200 552 00	22
No pobres	¢ 1,023,951 012 00	63
TOTAL ‡	¢ 1 631,414,844 00	100

Fuente: Encuesta FOMWI Direccion General de Estadisticas y Censos 1996

/19 UIIME MSPAS 1998

/20-Indicadores estadisticos basicos del Programa de Salud del ISSS Oct /98

/21 OPS Salud de las Americas 1998

/22 Administracion de Productos Farmaceuticos ANSAL Enero de 1994

en total instituciones y hogares gastaron mas de 2060 millones de colones en medicamentos durante el año /<sup>23</sup>

Tratando de resolver sus problemas de salud por iniciativa propia la poblacion gasta 3 veces mas que las 2 principales instituciones de salud (MSPAS e ISSS) esto ademas de indicar ineficiencias de las mismas expone a la poblacion a los riesgos de automedicarse al comprar indiscriminadamente en cualquiera de las 1800 farmacias inscritas en el CSSP en donde farmaceuticos y vendedores recetan cualquier medicamento al igual que en puestos ambulantes en plazas mercados buses o tiendas donde se comercializa libremente y sin mayor control cualquier cantidad y tipo de farmacos reafirmando con esta practica el modelo de atencion curativo-medicamentoso predominante en el pais

El gasto diario del MSPAS en medicamentos es de aproximadamente medio millon de colones el ISSS gasta 671 000 colones y los hogares invierten aproximadamente 4 400 000 colones haciendo un gasto total de \$ 5 571 000 diarios gasto importante pero poco efectivo para resolver los problemas de salud y variar positivamente el perfil epidemiologico prevalente a la vez revela el alto volumen diario de ventas y/o consecuentes intereses de droguerias y laboratorios

## 3.7 GASTO EN SALUD.

La evolucion del gasto estatal en salud durante los ultimos 20 años (1979-1999) ha

disminuido pasando de 1.92% del PIB en 1979 a 1.24% del PIB en 1997 el gasto per capita estimado para ese año fue de \$209.00 (Ver Anexo)

Aunque se pregona que El Salvador gasto en 1996 el 7.3% de su PIB en salud cabe destacar que el mayor aporte salio directamente del bolsillo de los hogares (4.2%) superando al MSPAS (1.7%) y al ISSS (1.2%) (Ver Anexo) Los fondos del MSPAS provienen principalmente de los impuestos generales (que tambien los paga la poblacion) en cambio en el ISSS 29% proviene de las cotizaciones patronales y 1.2% de las cotizaciones de los asegurados Mas de la mitad del presupuesto del MSPAS se gasta en remuneraciones (61%) y el resto se destina a la atencion curativa (Ver Anexos)

Del gasto nacional en salud 58.38% lo aportaron los hogares la poblacion no pobre gasta 6.1% y la poblacion en pobreza relativa y extrema 3.9% La mayoría del gasto (41.47%) se hace en medicamentos y en honorarios medicos (25.9%) La poblacion en extrema pobreza invirtio 12.54% de sus fondos en hospitalizacion La poblacion urbana gasta mas en salud (76%) que la rural (24%) (Ver Anexos)

La sostenibilidad del gasto en salud recae en la poblacion ya sea por medio de impuestos o en la inversion directa de cada hogar situacion que en los grupos bajo el nivel

<sup>23</sup> Estimacion del Gasto Nacional en Salud El Salvador 1996 MSPAS/BCR/DIGESTYC/Sanidad Militar/PROSAMI ISSS

de pobreza va en detrimento de la satisfacción de otras necesidades básicas de la familia, la política de recuperación de costos termina de agravar más el bolsillo de estos usuarios

### 3.8 CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

En términos generales el concepto de calidad incluye tanto el nivel de atención médica recibida como la satisfacción del usuario con respecto a dicho servicio. En cuanto a la calidad técnica, un estudio realizado recientemente por las OMS/OPS<sup>24</sup> señala que en el 80% de los establecimientos públicos funcionan programas de calidad en los hospitales del ISSS funcionan comités de ética que supervisan y evalúan el comportamiento de los profesionales. A pesar de que en ocho de cada diez hospitales existen comités de infecciones hospitalarias no se tiene un registro actualizado de las tasas de las mismas a la fecha no existe un sistema de acreditación hospitalaria, que sería condición para calificar los establecimientos hay algunos esfuerzos en la promoción de sistemas de evaluación del desempeño técnico y administrativo. Se practican necropsias, en un número muy escaso de defunciones hospitalarias esto se convierte en limitantes al desarrollo de la calidad de la atención hospitalaria. No obstante lo señalado por tal estudio en cuanto programas de calidad en la práctica funcionan con poca visibilidad.

El estudio citado, señala que uno de los puntos débiles en el sistema actual es que no existe un proceso de evaluación de la tecnología en el sector salud, ni dependencia gubernamental que este a cargo de ella. Los pasos que se han dado se conforman con la creación de círculos de calidad principalmente en los hospitales donde se realizan limitados análisis del desempeño de los recursos se impulsa el establecimiento de protocolos de atención y la evaluación de satisfacción del usuario externo e interno de los servicios.

El resultado de las medidas tomadas para medir la calidad de la intervención y la satisfacción del usuario a nivel del MSPAS y del ISSS no son perceptibles mientras tanto la opinión del usuario insiste en señalar el deficiente trato recibido por el personal de primera línea que le atiende además hay muchas quejas sobre el mal proceder de agentes de seguridad privados quienes manejan pobremente las relaciones humanas con los usuarios y además por los servicios de colecturía que sin importar las condiciones económicas del paciente exigen las "cuotas voluntarias de recuperación".

Una de las principales razones de la baja cobertura de partos institucionales es el "maltrato" percibido por las pacientes. Se dan niveles de intimidación y poca explicación a los y las pacientes sobre su estado de salud así como exceso de trámites burocráticos que realizar.

El mayor descontento de los/as usuarios/as del sistema público y en menor medida

<sup>24</sup> El Salvador Perfil del Sistema de Servicio de Salud OPS/OMS 10 Dic. 1998

Los asegurados del ISSS es la falta de medicamentos esto hace que califiquen la calidad de la atención recibida entre regular y mala

### 3 9 **PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA.**

A continuación se presentan los principales grupos de problemas de salud pública

#### **MORBILIDAD**

- 1) Desnutrición y estados carenciales nutricionales
- 2) Infecciones Respiratorias Agudas
- 3) Diarrea y Parasitismo
- 4) Lesiones y Traumas relacionados con la violencia
- 5) Trastornos de salud relacionados con el stress
- 6) Enfermedades Crónicas
- 7) Enfermedades Emergentes y Reemergentes

#### **MORTALIDAD HOSPITALARIA**

(UIME MSPAS Ene Dic 1998)

Las cinco primeras causas generales de mortalidad hospitalaria son

- 1) Afecciones perinatales
- 2) Neumonía

- 3) Enfermedad Cerebro Vascular
- 4) Traumatismos
- 5) Enfermedad isquémica del corazón

Estas muertes se pueden relacionar con la deficiente atención preventiva problemas del ambiente violencia y estilos de vida

En conclusión la población salvadoreña sufre tanto de enfermedades infecciosas crónicas degenerativas como de los resultados de la violencia y delincuencia Sus determinantes y condicionantes exigen un abordaje integral ligado a lograr mejores condiciones de vida

### 3 10 **PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD Y SUS CAUSAS.**

(Ver Arbol de Problemas)

#### **PROBLEMAS**

- 1) La salud no es prioridad número uno para el desarrollo de la persona y el país
- 2) Insuficiente inversión en salud
- 3) Inadecuada gerencia del sistema de salud
- 4) Corrupción
- 5) Inadecuada administración de recursos
- 6) Dispersión de los subsistemas de salud
- 7) Dirección autoritaria verticalista no participativa
- 8) Modelo de atención predominantemente curativo y medicalizado establece una relación médico paciente de dominación
- 9) Dificil acceso a los servicios (económica geográfica y cultural)

- 10) Inequidad en la distribución de recursos  
poca eficacia eficiencia y efectividad
- 11) Atención deshumanizante no solidaria
- 12) Ante la crisis económica y del sistema de servicios de salud la población recurre a opciones peligrosas de atención a la salud (personal no calificado automedicación, curanderos/charlatanes)
- 13) Conflictos médico /pacientes y laborales
- 14) Bajas coberturas y calidad de atención
- 15) Servicios onerosos
- 16) Poco interés en la atención de grupos especiales

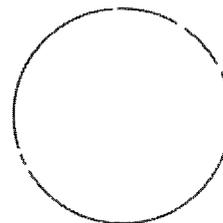
**CAUSAS DETERMINANTES DE LOS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA Y DE LOS SECTORIALES** (ver Arbol de Problemas)

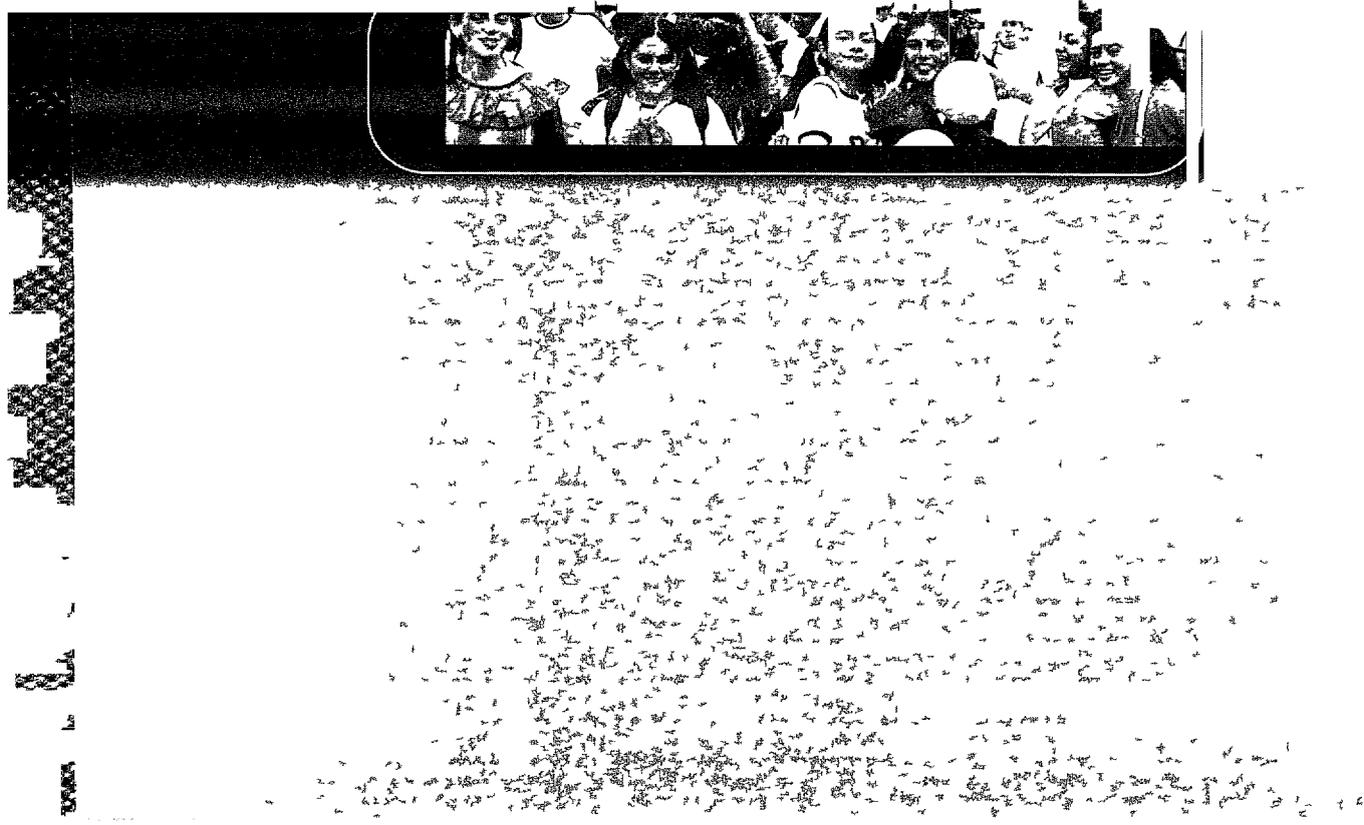
- 1) Modelo de desarrollo económico concentrador de la riqueza el cual provoca exclusión económica y social
- 2) Modernización del sector salud excluyente y postergada por falta de voluntad política
- 3) Modelo de salud biologicista unicausal técnica y culturalmente arraigado y rechazo a prácticas ancestrales útiles
- 4) Incumplimiento de la Constitución e inoperancia del Código de Salud
- 5) Desempleo subempleo precarización del salario y emigración
- 6) Predominio de políticas económicas sobre las sociales
- 7) Medio ambiente deteriorado e insalubre
- 8) Crisis del sector salud

3 1 1

## **FORTALEZAS DEL SECTOR PÚBLICO.**

- 1) Los subsectores cuentan con recursos humanos calificados
- 2) La cobertura alcanza del 50 al 70%
- 3) Están casi eliminadas las enfermedades prevenibles por vacuna
- 4) Capacidad de atención altamente especializada
- 5) Mejoría de los sistemas de vigilancia epidemiológica y del sistema de Información gerencial
- 6) La morbilidad y mortalidad han disminuido como fruto del trabajo de salud comunitaria impulsado por iglesias ONGs y otras instituciones a nivel rural
- 7) Reconocimiento institucional a la labor de la partera
- 8) Infraestructura y equipamiento
- 9) Reorganización de los servicios del MSPAS
- 10) El perfil preventivo del modelo de atención del ISSS ha aumentado







# PROPUESTA DE POLÍTICA NACIONAL DE SALUD

*Partimos de que la salud y la enfermedad forman parte de un mismo proceso el cual esta determinado por condiciones bio psico sociales politicas economicas culturales y ambientales asimismo que la salud es un derecho humano fundamental al cual todo los habitantes deben acceder sin distincion de situacion economica posicion social razas cultura o religion derecho que los y las salvadoreñas han conquistado en el esfuerzo historico por hacer de El Salvador su nacion*

*Concebimos a la salud como un bien social cuyo gozo da sentido y dignidad a la vida humana y garantiza el pleno desarrollo de las personas y de la sociedad con la que interactua este concepto es afin con el enunciado por la OMS el cual plantea que*

*La salud es un estado de completo bienestar fisico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*

*El analisis realizado señala que en El Salvador la causa principal de enfermedad y muerte es la pobreza en la cual sobrevive la mayoria de la poblacion (Ver Anexo)*

*Reconocer este caracter estructural de la problematica de salud es fundamental ya que permitira diseñar soluciones mas aproximadas a la realidad y en consecuencia resultados mas efectivos y de largo plazo*



## 4 1 GENERAL.

### 4 1 1 **POLITICA DE DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE**

*La salud como medio y fin del desarrollo debe integrarse con los otros componentes del mismo a fin de garantizar las mejores condiciones para el desarrollo individual y social*

*Dadas las presentes características del desarrollo nacional y el marcado deterioro ambiental los actores sociales de la salud y el CMES se suscriben a la política general de Desarrollo Sostenible elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en cuanto que la salud puede contribuir de manera importante a un desarrollo centrado en la gente que se traduce en una mejora de su bienestar y que amplía las oportunidades humanas. Además este desarrollo debe distribuirse equitativamente y ser sostenible tanto en lo social como en lo ambiental evitando que los beneficios de hoy atenten contra las generaciones que vienen* /27

#### **Estrategias:**

*Restauración promoción fomento desarrollo y protección al medio ambiente  
Creación de fuentes de trabajo permanente digno y bien remunerado  
Facilitar al campesino acceso a la tierra y créditos oportunos  
Apoyar legal y financieramente al sector infor*

*mal de la economía*

*Mejorar oportunidades de educación y salud para las mujeres y servicios materno infantiles  
Desarrollo de las capacidades humanas de los/as salvadoreño/as*

*Educación y calificación permanente de la población*

*Facilitar el acceso a la tierra a sistemas de crédito y asegurar la provisión de infraestructura y servicios básicos de buena calidad*

*Consolidar la gobernabilidad democrática*

## 4 2 **NIVEL SISTÉMICO.**

### 4 2 1 **POLÍTICA DE REFORMA DEL SECTOR SALUD**

*Dada la crítica situación en la que el sector salud se ha desarrollado alcanzar coberturas promedio de un 50 a 70% deben considerarse un logro sin embargo aun insuficiente ante las necesidades poblacionales*

*El perfil epidemiológico transicional predominante indica que la población en general (en especial la pobre y extremadamente pobre) continua enfermando y muriendo por las mismas causas que hace 50 años (Ver Anexo) la situación tiende a volverse más compleja con el aumento de la violencia y de las enfermedades crónicas degenerativas en los mismos grupos sociales*

/27 Informe Sobre el Desarrollo Humano 1996 PNUD

4

El logro obtenido al casi eliminar algunas enfermedades prevenibles y algunas enfermedades carenciales se deben más a avances tecnológicos en la producción de vacunas, adición de micronutrientes a alimentos de consumo masivo y a la solidaridad internacional que a cambios positivos en la economía, alimentación familiar y al aumento del gasto gubernamental en salud.

La insuficiente y decreciente inversión gubernamental en salud (1.7% del PIB para el MSPAS y casi cero para el ISSS) ha obligado a que otras instituciones (iglesias, asociaciones de pacientes especiales, comités comunales de salud, patronatos, clubes de servicio, servicios de emergencia, organismos internacionales, ONGs) asuman esa responsabilidad. La población en pobreza por su parte realiza un gasto muy importante en salud (4.2% del PIB del total que es 7.3%) en su mayoría en medicamentos de dudosa calidad (41% del total de gasto de bolsillo) inversión que poco ha variado el perfil predominantemente infeccioso del país.

La corrupción y la incapacidad gerencial de la dirigencia de las instituciones públicas manifestada en el sostenimiento por más de 40 años de una gerencia de los recursos humanos y materiales de carácter autoritario, autocrático y verticalista, constituyen una de las principales causas de la crisis actual y posible colapso del modelo.

#### **OBJETIVO**

Lograr que el Estado cumpla con su obligación

institucional de garantizar un sistema de salud integrado que asegure acceso universal a la salud con calidez, equidad, eficacia y eficiencia con énfasis en los sectores más vulnerables sin privatizar los servicios públicos de salud (Ver *Vision del Sistema de Salud*)

#### **ESTRATEGIA**

Conformar una Comisión Nacional de Reforma para el sector salud de naturaleza permanente representativo de los actores del sector y pluralista que concertadamente defina el proyecto de RSS y establezca un pacto político, económico y social con todos los actores de salud, tanto a nivel local como internacional que de factibilidad, técnica, financiera y viabilidad política y social a la reforma.

La metodología de trabajo de este comité podría comprender la formación de equipos intersectoriales asesores de distintas materias para el estudio de modelos existentes así como de las propuestas formuladas y las nuevas a proponer, divulgación de resultados y concertación a nivel nacional del nuevo modelo.

\*El MSPAS reformado tendrá el rol de organismo rector del Sistema de Servicios de Salud.

1. MODERNIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO  
Las diferentes instituciones públicas que trabajan en salud bajo la rectoría del MSPAS desarrollarán un proceso concertado de RSS y modernización que permita brindar atención integral a la población fortaleciendo la capacidad local de planificación, administración, investigación

y evaluación participativa de los servicios prestados

En cuanto a los establecimientos del MSPAS funcionaran descentralizadamente formando redes a nivel local en estrecha coordinación interinstitucional (alcaldías, iglesias, escuelas, MAG, Caminos, ONGs, etc.) y con los demás actores de salud. Es responsabilidad programática del MSPAS la población en niveles de pobreza. El ISSS ampliara su cobertura al sector informal, empleados y empleadas domésticas y a las y los trabajadores del campo. Las instituciones públicas de salud (MSPAS, ISSS, Sanidad Militar, etc.) podran eventualmente optar a comprar servicios siempre y cuando para el interés social y estatal resulte más conveniente que producirlos, tales compras deberan estar previa y debidamente justificadas, especificadas y reguladas con transparencia y no produzcan desempleo o impacto negativo en los salarios ni aumentaran los costos de la atención.

## 2) MODERNIZACIÓN DEL SUBSECTOR PRIVADO

El subsector privado no lucrativo, iglesias, instituciones humanitarias y de servicio, ONGs podran optar a tener bajo su responsabilidad a segmentos poblacionales implementando modalidades de atención primaria en salud bajo la supervisión del MSPAS.

El subsector privado lucrativo además de su oferta tradicional de servicios a particulares tendra la oportunidad de participar en el

sistema reformado cumpliendo una función social para lo cual se establecera un régimen de incentivos fiscales para asistencia en situaciones debidamente especificadas y reguladas así como estudiar la posibilidad de remuneraciones básicas adecuadas.

## 4.2.2 **POLITICA DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA**

El financiamiento de la atención en salud se vuelve más crítico debido en parte a: 1) Que el gasto gubernamental en salud tiene tendencia a disminuir y a trasladar sus costos a la sociedad civil y a la empresa privada. 2) A la escasa capacidad de pago de la mayoría de la población. 3) Al alto costo del tratamiento de las enfermedades crónicas y de las emergentes que van en aumento. 4) A la dispersión del sector y duplicación de esfuerzos. 5) A la falta de solidaridad. 6) A la inadecuada administración de los recursos y 7) A la corrupción.

### **OBJETIVO**

Asegurar por parte del Estado la existencia de financiamiento oportuno en cantidad adecuada que permita la administración descentralizada sostenible y eficiente del sector para garantizar calidad, equidad y eficiencia de los servicios en todos los niveles de atención.

### **ESTRATEGIA**

Consiste en la combinación de las siguientes opciones:

- *Comision de Auditoria Social que controle y regule el adecuado uso de los recursos*
- *Sensibilizacion al funcionario publico y a la poblacion acerca de la problematica financiera*
- *Marco legal adecuado para la descentralizacion de los servicios sin privatizacion*
- *Aumentar el presupuesto de la nacion en materia de salud se considera que no es necesario para tal fin aumentar la carga impositiva sino eficientizar la recaudacion fiscal*
- *Optimizacion y eficientizacion de los recursos disponibles*
- *Impuestos especiales destinados exclusivamente a la inversion en salud provenientes de todas las actividades o productos que dañen la salud cigarro licores etc*
- *Extension de la cobertura de la seguridad social al sector informal de la economia a los/as empleados/as domesticas y a los trabajadores del area rural*
- *Fondo de recuperacion de daños a la salud conformado a partir de multas hacia aquellas personas naturales o juridicas que contaminen el ambiente o causen lesiones a la poblacion*
- *Fondo nacional de solidaridad integrado por aportaciones solidarias economicas o en especie proveniente de personas, fundaciones o instituciones altruistas nacionales o*

*internacionales de porcentajes de las loterias etc el cual sera administrado colegiadamente con una mayoritaria representacion de la sociedad civil*

- *Diversificacion participativa de la gestion financiera*
- *Prestamos que respondan a necesidades reales del sector y que ofrezcan condiciones ventajosas de pago*
- *Sistema de recuperacion diferenciada de cuotas solidarias aplicadas a aquellos/as que teniendo solvencia economica recurran a la red publica, tal sistema estara debidamente regulado y sustentado por estudios socioeconomicos de la poblacion*
- *Cambio de deuda externa por salud*

#### **4 2 3 POLITICA DE INTEGRACION Y COORDINACION INTERSECTORIAL**

*La dispersion e incoordinacion de las instituciones y personas integrantes del sector (publico y privado) ocasionan serias ineficiencias y perdida de efectividad lo cual contribuye a menguar las capacidades locales en respuesta a las demandas del perfil epidemiologico con el consecuente encarecimiento de la atencion duplicacion y traslape de recursos concentracion de los mismos y segmentacion marcada de la atencion para clientelas reducidas*

### **OBJETIVO**

*La integracion y coordinacion progresiva de las diferentes instituciones y actores del sector tanto publico como privado de manera que su articulacion conlleve a mejorar la eficiencia y calidad de la atencion logrando economias de escala y la maximizacion de los recursos nacionales*

### **ESTRATEGIA**

*Implantacion de politicas gubernamentales intersectoriales e inter institucionales integradas y coordinadas en funcion de la salud*

*Rectoria efectiva del MSPAS*

*Conformacion a distintos niveles de espacios institucionales permanentes de coordinacion e integracion tal como un Comité Intersectorial de Salud en el que participen representantes de todos los actores tanto publicos como privados fortaleciendo opciones de participacion comunitaria*

*Actualizacion permanente del inventario de recursos del sector y de la demanda insatisfecha*

*Definicion de normas y reglamentos de integracion y coordinacion*

*Educacion a los TDS en materia de integracion y coordinacion*

*Incentivos a los TDS a trabajar en los modelos integrados y coordinados*

## **4 2 4 POLITICA DE CONTROL Y REGULACION**

*En la actualidad el control y regulacion de las actividades de las instituciones y perso*

*nas que prestan servicios de salud asi como de ciertos insumos para la misma corresponden al CSSP y las Juntas de Vigilancia de las distintas profesiones En la practica sus funciones son limitadas siendo mas de registro y tramite que de regulacion y control efectivo Asi practica mente todos los aspectos e insumos (particularmente medicamentos) que intervienen en salud deben controlarse y regularse a fin de garantizar calidad y seguridad en la atencion a la poblacion Es urgente garantizar la calidad de los servicios prestados por las instituciones publicas y privadas por los profesionales en forma individual los medicamentos alimentos sustancias quimicas la tecnologia nuevos tratamientos instituciones formadoras etc*

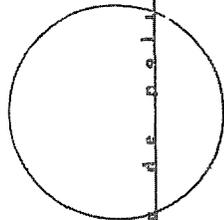
### **OBJETIVO**

*Garantizar a la poblacion la mejor calidad de atencion obtenible en base a los recursos disponibles en el pais mediante un adecuado oportuno y permanente control y regulacion de las instituciones personas e insumos necesarios para la salud*

### **ESTRATEGIAS**

*Conformacion del Consejo Nacional de Control y Regulacion de la Actividad Sanitaria asi como de organismos de apoyo que aseguren transparencia y real operacion de los mismos Formulacion del marco legal que sustente el funcionamiento efectivo de los organismos de control y regulacion*

*Incorporacion en dichos organismos de la representacion participativa de los sectores involucrados*



Autonomia tecnica y financiera del Consejo ante cualquier entidad publica presente o futura  
Realizacion del inventario y directorio de todos/as los/as actores de la salud  
Revision actualizacion y formulacion de las leyes y sus reglamentos pertinentes  
Dotacion de suficientes recursos tecnicos y financieros a fin de garantizar calidad y presencia en todo el sector de los mecanismos de control y regulacion  
Empleo de la investigacion en apoyo del control y regulacion de las actividades sanitarias  
Fortalecimiento, a diferentes niveles de la participacion ciudadana a partir de la auditoria social como garantia para el control de la calidad de la atencion gestion de servicios y eliminacion de la corrupcion  
Apoyo a la participacion gremial en la auto regulacion y control de las profesiones  
Educacion a la ciudadanía en cuanto a deberes y derechos relacionados con la salud

#### **4 2 5 POLITICA DE PROMOCION Y DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD**

La atencion en salud como derecho humano y ciudadano es una conquista social que debe ser reconocida como tal por el Estado, las personas y la sociedad civil, de suerte que ambos tomen parte activa en su promocion, fomento conservacion, recuperacion y rehabilitacion Por ahora distintos factores intervienen en que los servicios de salud sean considerados por algunos segmentos poblacionales como

dadiva o favor gubernamental por tanto se conforman con cualquier calidad y oportunidad de servicio, por otro lado se da una actitud pasiva en cuanto a su conservacion y fomento

#### **OBJETIVO**

Desarrollar en la poblacion y sociedad civil una conciencia y actitud positiva hacia la salud como bien publico y derecho humano y ciudadano irrenunciable, garantizado por la Constitucion de la Republica el cual entraña deberes y derechos asi como una correcta interaccion Estado sociedad civil persona

#### **ESTRATEGIAS**

Conformacion de comites ciudadanos, de diferentes niveles (local, municipal departamental nacional) , encargados de velar por la salud como derecho humano

Desarrollo de metodos idoneos para la promocion, monitoreo vigilancia y control de la defensa del derecho a la salud

Fortalecimiento de la participacion social incluyendo la empresa privada en salud y los medios de comunicacion masiva mediante legislacion y reglamentacion sanitaria apropiada  
Educacion ciudadana en salud

Incorporacion de elementos de derecho a la salud en la curricula de los programas oficiales de educacion en todos los niveles

Promocion de valores positivos hacia la vida y el respeto al medio ambiente

## 4.3 NIVEL PROGRAMÁTICO.

### 4.3.1 POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA FAMILIA

La crisis estructural económica y la guerra han afectado grandemente la composición del núcleo familiar en amplios sectores de la población situación que vulnera la integridad y la condición de cada miembro del grupo ya que contribuye a la violencia intrafamiliar delincuencia y desintegración familiar adicionalmente la focalización de los programas de salud entrañan la segmentación de la atención a la familia lo cual repercute en tratamiento desigual a las personas esta bleciéndose diferencias que abonan a la inequidad en la atención de salud La morbilidad y mortalidad si bien afecta a individuos impactan al grupo familiar

Es importante destacar que la atención a pacientes discapacitados es marginal situación que contribuye a la exclusión de su grupo familiar y a su discriminación social

#### OBJETIVO

Dignificar y preservar la salud del grupo familiar contribuyendo a su cohesión y participación para impulsar el desarrollo social

#### ESTRATEGIAS

Atención Primaria en Salud especialmente en los componentes de

Participación social en las etapas de planificación ejecución y evaluación de la Atención en Salud

Promoción y educación en salud

Nutrición e higiene

Salud mental

Atención integral a la familia y particularmente a los miembros que adolezcan de problemas especiales en los distintos niveles de complejidad

Prevención y mitigación de desastres y emergencias

Vigencia de Convenios Internacionales y Leyes de la República en materia de salud

## 4.4 NIVEL INSTRUMENTAL.

### 4.4.1 POLÍTICA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

En la RSS es fundamental el desarrollo de sus recursos humanos A corto y largo plazo son quienes hacen que el sistema se adecue a las necesidades de la población Por tanto el desarrollo de los trabajadores de salud iniciando por el promotor/a voluntario/a es parte esencial de cualquier política y reforma del sector

Su desarrollo implica cuatro grandes facetas planificación formación capacitación y gerencia Ningún elemento puede faltar ya que desbalancearía el equilibrio dinámico de estos componentes

### **OBJETIVO**

*Desarrollar los recursos humanos en salud a fin de responder en calidad, cantidad y calidez a las necesidades sanitarias de la población al corto y largo plazo, garantizando su profesionalismo y sensibilidad humana en la prestación del servicio*

### **ESTRATEGIAS**

*Conformación de un organismo permanente de planificación, coordinación y acreditación de recursos humanos*

*Gerencia integral de los recursos humanos*

*Educación permanente como estrategia de desarrollo de servicios*

*Capacitación según necesidades de la población y de las instituciones*

*Planificación conjunta de los recursos humanos entre formadores y empleadores, y definición del perfil académico de los trabajadores de la salud de acuerdo a necesidades actuales y futuras del perfil epidemiológico y demográfico*

*Inventario actualizado y permanente de recursos humanos en salud*

*Revisión y actualización permanente de la legislación existente en materia de desarrollo de recursos humanos en salud*

## **4.4.2 POLÍTICA DE DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO**

*El Salvador es dependiente en cuanto a avances científicos y tecnológicos de los países desarrollados, en consecuencia importa ciencia y tecnología que no necesariamente*

*responden a las características demográficas, epidemiológicas, económicas, sociales y culturales de nuestra nación. El sector salud no es la excepción por lo que se vuelve imperativo fortalecer tal desarrollo.*

### **OBJETIVO**

*Desarrollar la ciencia y tecnología apropiada en el área de salud a fin de responder con pertinencia, rigor y creatividad a los retos de nuestro contexto sanitario*

### **ESTRATEGIAS**

*Conformación del Instituto de Ciencia y Tecnología en Salud o fortalecer CONACYT en el campo de la salud*

*Formar investigadores en ciencia y tecnología de la salud, tanto a nivel de servicios como en unidades formadoras*

*Fomento de la investigación científica a nivel de formación, capacitación y gerencia de los recursos humanos*

*Desarrollo de una política editorial como parte del fomento de la ciencia y tecnología*

*Empleo sistemático de la evaluación de la eficacia y pertinencia de la tecnología de punta aplicada a nuestra realidad*

*Gestión de apoyo internacional para la transferencia de ciencia y tecnología*

## **4.4.3 POLÍTICA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD**

*La información y comunicación apropiada, oportuna y pertinente es parte esencial*

del sector salud ya que permite entre otras cosas el conocimiento situacional permanente la toma de decisiones oportuna la evaluacion de las intervenciones la valoracion de las tendencias etc de tal suerte que garanticen servicios de salud eficientes y de calidad

De igual manera con los usuarios la comunicacion es indispensable para lograr su participacion activa en las distintas facetas de la produccion y evaluacion de los servicios de salud

#### **OBJETIVO**

Desarrollar la informacion y comunicacion en salud al interior y hacia el exterior del sistema a fin de lograr su eficiencia y eficacia asi como la integracion y participacion activa de la poblacion

#### **ESTRATEGIAS**

Sistema de vigilancia epidemiologica participativa desde y para la comunidad

Sistema de informacion gerencial y local en salud

Informacion y comunicacion cultural y geograficamente accesible a la poblacion

Establecer mecanismos de comunicacion directa y bidireccional entre usuarios/as y TDS de los establecimientos e instituciones de salud

Incorporacion activa y planificada de los medios de comunicacion social en cuanto alcanzar los objetivos y fines de salud

Capacitar a comunicadoras/es sociales en materia de salud para que sirvan de enlace bidireccional entre la poblacion y el sistema

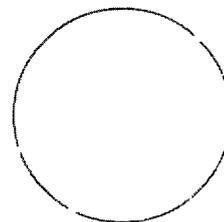
## 4.5 **NIVEL ORGANIZATIVO.**

### 4.5.1 **POLITICA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

El desarrollo institucional del MSPAS y del ISSS encuentran su primer obstaculo en un modelo gerencial caracterizado por el verticalismo y la exclusion lo cual desestimula la creatividad y la iniciativa de los trabajadores/as llegando al estancamiento en el progreso institucional Tal situacion se vuelve un contrapeso para ejercer el liderazgo del sector y limita la capacidad de adecuarse a los cambios sobre la marcha

#### **OBJETIVO**

Fortalecer la capacidad de respuesta institucional a la demanda sanitaria y su adecuacion a un entorno cambiante manteniendo la capacidad de liderazgo del sector salud



## **ESTRATEGIAS**

Realizacion de un diagnostico institucional en funcion del perfil epidemiologico y demografico con vision de genero y de las necesidades en salud

Desarrollo de un modelo de gerencia participativa que incluya a la poblacion y a otros actores del sector

Descentralizacion de los servicios sin privatizacion

Establecimientos de salud funcionando con recursos humanos calificados recursos materia

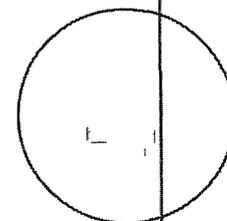
les apropiados y suficientes y con usuarios educados en materia de salud y sus derechos  
Evaluacion del desempeño institucional, individual y de equipos de trabajo

Desarrollo de compromisos institucionales para el desarrollo integral de los servicios especialmente de los recursos humanos

Incentivos al personal

Implantacion de normas para la vigencia de la calidad de la atencion

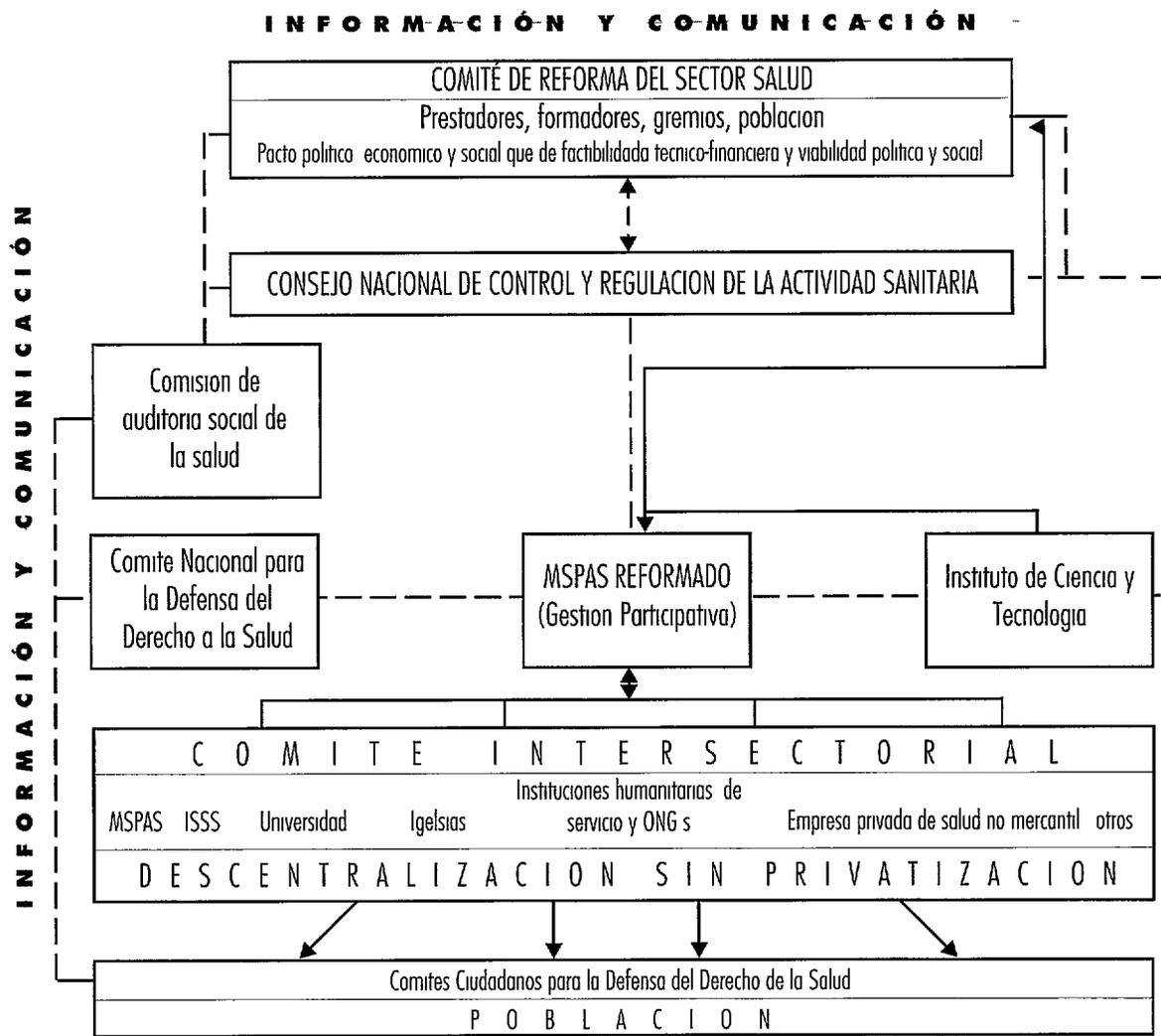
Acreditacion de los servicios



## **PROPUESTA DE POLITICA DE SALUD SEGUN NIVELES Y PROPOSITOS**

<b>NIVEL DE POLITICAS</b>	<b>PROPOSITOS PRINCIPALES</b>	<b>POLITICA PROPUESTA</b>
General	Mejorar el bienestar de las personas ampliando sus oportunidades humanas y el medio ambiente	Politica de Desarrollo Humano Sostenible
Sistematico	Integracion del sistema equidad calidad eficiencia accesibilidad garantizar derecho a la salud participacion de los TDS y de la poblacion	Politica de reforma del sector salud Politica de sostenibilidad financiera Politica de integracion y coordinacion intrasectorial Politica de control y regulacion Politica de promocion y defensa del derecho a la salud
Programatico	Dignificacion de la persona cohesion familiar y social eficiencia en la asignacion de recursos	Politica de atencion integral a la familia
Instrumental	Equidad calidad eficiencia calidez disponer de recursos apropiados comunicacion bidireccional (poblacion autoridades)	Politica de desarrollo de recursos humanos Politica de desarrollo cientifico y tecnologico Politica de informacion y comunicacion en salud
Organizativo	Participacion de los TDS en la toma de decisiones eficiencia tecnica y calidad de la atencion	Politica de desarrollo institucional

## SINOPSIS ORGANICO FUNCIONAL SEGÚN NIVELES DE LA PROPUESTA DE POLITICA DE SALUD



# EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD



*La presente propuesta contiene los grandes lineamientos deseables y posibles que en materia de salud expresan los actores que participan en el proceso de construcción social facilitado por el CMES*

*La política así concebida constituye un supuesto la cual será posible convertir en realidad solo en la medida en que sea adecuadamente contrastada con la realidad nacional*

*La evaluación de la política de salud es un proceso participativo en el cual intervienen los TDS y la sociedad civil que tiene la característica de ser una evaluación continua y sistemática en base a indicadores diseñados por los TDS, las instituciones y aquellos definidos por los actores sociales de la salud*

*Se harán balances parciales y anuales en Jornadas Nacionales de Evaluación Participativa de la Política Nacional de Salud lo cual permitirá un mayor y renovado compromiso asimilación de los actores y población a la vez que retroalimentarán y ajustarán las estrategias y líneas de acción*

5

# ASPECTOS PENDIENTES

*A lo largo del trabajo desarrollado se encuentra una serie de necesidades de investigación y análisis por cubrir en lo fundamental podríamos agruparlos en cuatro grandes áreas*

- 1) Evaluación del Proceso de Modernización  
Periodo 1994 1999 implementado por el  
MSPAS y por el ISSS*
- 2) Análisis de factibilidad técnica y financiera  
de la Propuesta de Política*
- 3) Marco legal para la implementación de la  
Propuesta Política Nacional de Salud*
- 4) Organización y funcionamiento del sistema  
propuesto*

6



# REFERENCIAS

- 1 *Direccion General de Estadistica y Censos (DIGESTYC) V Censo Nacional de Poblacion 1992*
- 2 *Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano Oficina de Planificacion Estrategica Indicadores Claves Urbanos y de Vivienda Marzo 1996*
- 3 *Asociacion Demografica Salvadoreña FESAL 93 Encuesta Nacional de Salud Familiar 1994*
- 4 *MSPAS Plan Nacional de Salud Reproductiva 1997 2001*
- 5 *MSPAS La Salud de El Salvador Vision del Futuro Documento Marco Primera Version Octubre 1996*
- 6 *MSPAS Memorias de labores Anos 75 76 76 77 77 78 78 79 79 80 86 87 87 88 89 90 95 96 96 07 97 98*
- 7 *Ministerio de Economia DIGESTYC Encuesta Nacional de Hogares de Propositos Multiples 1997*
- 8 *UNICEF Estado Mundial de la Infancia 1997*
- 9 *UNICEF Estado Mundial de la Infancia 1998*
- 10 *PNUD Indice de Desarrollo Humano 1998*
- 11 *PNUD Indice de Desarrollo Humano en El Salvador 1997*
- 12 *UNICEF Metas de Media Decada 1996*
- 13 *OPS Metodologia para la Elaboracion de la Linea Basal para el Seguimiento y Evaluacion de la Reforma Sectorial 1996*
- 14 *MSPAS Banco Central de Reserva y otros Estimacion del Gasto Nacional en Salud en El Salvador Durante 1996 (Cuentas Nacionales del Gasto en Salud) Documento Final Mayo 1998*
- 15 *MSPAS Estadisticas de Salud de 1998 Unidad de Informacion Monitoreo y Evaluacion*
- 16 *INCAP/OPS FAO UNICEF La Situacion Alimentaria y Nutricional de El Salvador (1980 1990) un Desafio para Todos San Salvador El Salvador 16 de Octubre de 1992*
- 17 *Control Ciudadano (Social Watch) El Salvador 1999*
- 18 *Control Ciudadano (Social Watch) La Salud en El Salvador 1998*
- 19 *MSPAS Resumen del proceso de Modernizacion del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Septiembre de 1997 Version del 28 de abril de 1998*
- 20 *Instituto Salvadoreño del Seguro Social Estadisticas 1997*
- 21 *Ministerio de Economia Direccion General de Estadistica y Censos DIGESTYC Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas UNFPA Proyeccion de la Poblacion de El Salvador 1995 2025 Republica de El Salvador Sep 1996*
- 22 *Constitucion de la Republica de El Salvador 1983 y sus reformas 1992*
- 23 *El SalvadorCodigo de Salud Con reformas del 1º de diciembre de 1993*
- 24 *MSPAS Revision y Evaluacion de Promotores de Salud Comunitaria Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social y Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) Informe Final Tomo A y B San Salvador El Salvador Septiembre de 1995*
- 25 *USAID OPS/OMS BM BID ANSAL La Reforma de Salud Hacia su Equidad y Eficiencia Informe Final mayo 1994*

- 26 El Salvador Plan de Gobierno de la Republica de El Salvador 1994 1999
- 27 MSPAS Plan Nacional de Salud 1994 1999
- 28 MSPAS Direccion de Planeacion Estrategica y Modernizacion Unidad de Informacion y Modernizacion del MSPAS (Avances Septiembre 1997)
- 29 MSPAS Sistema Sanitario Programa Modernizacion en Salud diciembre 1997
- 30 Informe Final de la Conferencia El Rol de la ONGs en la Modernizacion de los Servicios de Salud 3 al 15 septiembre de 1997
- 31 Caballero Zeitun L
- \*FUNDE Politica Social Alternativa Elemento para el Debate y la Accion Abril 1993
- \*Politica Social Descentralizacion y Desarrollo Local Agosto/Noviembre 1993
- \*FUNDE Reforma en Salud entre Privatizacion y Descentralizacion Septiembre 1994
- 32 FUNDE Propuesta para el Sector Salud en El Salvador Alternativas para el Desarrollo 17 de febrero de 1994
- 33 ONGs Una Propuesta de Salud para la Nacion Marzo 1994
- 34 Selva Sutter E y Cañas S Las Politicas Sociales de un Plan de Desarrollo a Escala Humana como base de una nacion democratica 15 de abril de 1993
- 35 FMLNCD Plataforma Programatica en Salud del Gobierno de la Coalicion FMLNCD 1994
- 36 Fundacion Friedrich Ebert Representacion en El Salvador Reforma al Sistema de Salud Septiembre 1994
- 37 Escuela de Post Grado Naval de Monterrey California Seminario Manejo de Recursos de Salud Sanidad Militar ISSS ONGs MSPAS Empresa Privada
- 38 Colegio Medico de El Salvador Primer Borrador Avanzado para la Formulacion de una Propuesta Concertada de la Reforma del Sector Salud de El Salvador 25 Sept 1998
- 39 Colegio Medico de El Salvador Segundo Borrador Avanzado para la Formulacion de una Propuesta Concertada de la Reforma del Sector Salud de El Salvador Nov 1998
- 40 FUSADES Octubre 1998 Estudio Calidad Hidrologica de El Salvador
- 41 Fundacion Suiza de Cooperacion para el Desarrollo Tecnico Swiss Contact 1998
- 42 MSPAS Unidad de Informacion Monitoreo y Evaluacion del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Variables e Indicadores del MSPAS Enero Diciembre 1998
- 43 Asociacion Demografica Salvadoreña/Center for Disease Control and Prevention Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 1998 Informe Preliminar
- 44 FESPAD Seguridad Publica y Derechos Humanos 1998
- 45 OPS/OMS El Salvador Perfil del Sistema de Servicios de Salud 10 de diciembre de 1998
- 46 OPS/HCA Vigilancia del SIDA en las Americas 98 0003
- 47 Mora J y Osegueda O T Situacion Alimentaria y Nutricional de la Poblacion de El Salvador 1988 1998 San Salvador 4 septiembre 1998



# ANEXOS

## INSTITUCIONES PARTICIPANTES

### PROMOTORES Y PARTERAS APOYADAS POR

- ACPAISMR
- ADHU
- ANPSI
- APROSAI
- ASAPROSAR
- ASPAIMS
- CAPS Arzobispado
- CODIPSA
- FUCRIDES
- FUMA
- FUNSALPRODESE
- IMU
- Liceo Mundial
- Medicos del Mundo
- Medicos por el Derecho a la Salud
- MSPAS
- Promotoras(es) y Parteras
- Salud sin Limites
- Vision Mundial

Total participantes 45 promotores y parteras de 13 departamentos 27 mujeres y 18 hombres representando a 18 organismos

### ONG'S

- ADHU
- ADIPROM
- APROCSAL
- APROSAI
- APSAL
- ASALDI
- ASAPROSAR
- Asociacion Entre Amigos
- CODIPSA
- DIGNAS
- FUNDASIDA
- FUNSALPRODESE
- IMU
- Programa de Nutricion y Soya
- PROVIDA
- UNES

### IGLESIAS

- Comision Arquidiocesana Pastoral de la Salud, CAPS Secretariado Social Caritas Arzobispado
- Diocesis de Chalatenango
- Parroquia Calle Real
- Vision Mundial
- Testigos de Jehova

### INSTITUCIONES

- Red contra la violencia
  - Comite 25 de Noviembre
- Participan 24 Directivas/os representando a 22 organismos

### **SINDICATOS DEL SECTOR SALUD**

- ANTMSPAS
- STISS
- SIGESAL

Total participantes 53 dirigentes sindicales 16 mujeres y 37 hombres representando a 3 sindicatos relevantes

### **LIDERES COMUNALES**

- ADESCOS
- COMITES COMUNALES
- COMITES DE SALUD
- ADELS

Total participantes 183 personas 62 mujeres y 121 hombres

### **GREMIOS DE TECNICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD**

- Fisioterapistas
- Inspectores de Saneamiento
- Licda/o Materno Infantiles
- Ecotecnologas/os
- Educador(a) para la salud
- Quimicos y Farmaceuticos
- Odontologas/os
- Psicologas/os
- Economista
- Tecnico en Saneamiento Ambiental
- Licda/o en Laboratorio Clinico
- Tecnicas/os en Anestesiologia
- Agronomo

- Enfermera Comunitaria
- Auxiliar de Enfermeria
- Nutricionistas
- Medico Siquiatra
- Trabajadoras Sociales

Total participantes 91 profesionales 57 mujeres y 34 hombres representando a 25 instituciones (9 establecimientos MSPAS ISSS) 4 gremios 2 universidades iglesia catolica 3 ONG S

### **EMPRESA PRIVADA DE SALUD**

- SERMED
- Hospital Central
- Hospital de la Mujer
- Obra Social El Carmelo (Soyapango)
- ALPES (Asociacion de Laboratorios Clinicos Privados de El Salvado)
- Hospital Para Vida
- COMEDICA
- Centro Medicina Biologica
- Hospital Guadalupano Hnas Agustinas (Cojutepeque)
- Hospital Salvadoreño
- Hospital Cader (Santa Ana)
- Hospital Militar
- Hospital Pro Familia
- Salud Total
- Clinica Parroquial Maria Auxiliadora (Bo San Miguelito)
- Centro de Emergencia
- Centro de Diagnostico

Total participantes 41 personas 15 mujeres y 26 hombres representando a 18 instituciones privadas de salud lucrativas y no lucrativas

## **UNIVERSIDADES**

- *Universidad de El Salvador*  
*Facultad de Medicina*  
*Facultad de Odontologia*  
*Facultad de Quimica y Farmacia*  
*Facultad Multidisciplinaria de Occidente*  
*Departamento de Medicina*
- *Universidad Evangelica de El Salvador*
- *Universidad Centroamericana Jose Simeon Cañas (UCA)*  
*Departamento de Salud Publica*
- *Universidad Andres Bello*
- *Ministerio de Defensa*  
*Colegio de Altos Estudios Estrategicos*
- *Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer*  
*Facultad de Medicina*  
*Facultad de Quimica y Farmacia*

*25 participantes 18 mujeres y 7 hombres  
representando a 5 universidades y 1 colegio de Post  
Grado*

## **COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR, CMES y Filiales**

### **ALCALDESAS Y ALCALDES**

- *La Libertad*
- *San Pablo Tacachico*
- *Santa Tecla*
- *Huizucar*
- *Comasagua*
- *Sonsonate*
- *Izalco*
- *Caluco*

- *La Paz*
- *San Pedro Nonualco*
- *Cuyultitan*
- *Jerusalem*
- *Mercedes La Ceiba*
- *Ahuachapan*
- *Turin*
- *Cuscatlan*
- *Candelaria*
- *Cabañas*
- *Ilobasco*
- *La Union*
- *Villa del Carmen*
- *Chalatenango*
- *Tejutla*
- *Morazan*
- *El Divisadero*
- *San Salvador*
- *San Salvador*
- *Santo Tomas*
- *San Marcos*
- **COMURES**

*25 delegados municipales participando 7 mujeres y 18  
hombres en representacion de 19 alcaldias en 10  
departamentos y la oficina de coordinacion de  
municipalidades*

## **GRUPOS ESPECIALES**

- A A P S
- ASADEH
- ASCES
- Asociacion Alzheimer
- Asociacion de Enfermos de Parkinson
- Asociacion de Lesionados Medulares
- Asociacion Nacional de Ciegos
- Asociacion Salvadoreña de Rehabilitacion
- Asociacion Salvadoreña de Sordos
- Club Nacional de Operados del Corazon
- Comision Nacional de Olimpiadas Especiales
- Equipo Arquidiocesano Contra el SIDA
- FUNCAEDES
- Fundacion para la Infancia y agricultura
- Grupo Atlacatl
- Hogar del Niño Minusvalido Abandonado
- Mision Catolica Nueva Sociedad
- Red de Niños y Niñas
- Red para la Infancia y la Adolescencia
- Sala Cuna Externa
- Sociedad de Padres de Familia Paralisis Cerebral

42 participantes 14 mujeres y 28 hombres  
representando a 22 organizaciones

## **INSTITUCIONES AUTONOMAS Y GUBERNAMENTALES DE SALUD**

- Medicina Legal Organismo Judicial
- Comandos de Salvamento
- Hospital Militar
- Policia Nacional Civil

7 participantes 1 mujer y 6 hombres representando a 4  
organismos

## **TRABAJADORAS SOCIALES PARTICIPANTES POR INSTITUCION**

- Hospital Bloom
- Instituto del Cancer
- Asociacion de Trabajadoras Sociales
- Hospital Nacional Psiquiatrico
- Hospital Chalatenango
- Fundacion Olof Palme
- Alcaldia San Salvador
- Hospital de Neumologia
- Hospital Nueva Concepcion
- Hospital Ahuachapan
- Corte Suprema de Justicia
- Hospital Nacional de Santa Ana
- Comision Arquidiocesana Pastoral de la Salud
- Hospital Nacional de Sonsonate

22 participantes 19 mujeres y 3 hombres  
representando a 14 instituciones (8 hospitales nacionales  
y 6 de distinta naturaleza)

## **COMUNICADORES SOCIALES**

De prensa radio y television

14 participantes 5 mujeres y 9 hombres

## NÓMINA DE PARTICIPANTES POR INSTITUCIÓN

### **COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR JUNTA DIRECTIVA 1999 2000**

<i>Dr Guillermo Matta Benett</i>	PRESIDENTE
<i>Dr Mauricio Ventura Centeno</i>	VICEPRESIDENTE
<i>Dra Elizabeth de Marchessini</i>	SECRETARIA
<i>Dr Ricardo Leiva Merino</i>	TESORERO
<i>Dr Guillermo Lara Torres</i>	SINDICO
<i>Dr Reynaldo Rivas Flores</i>	DIRECTOR DE ACTIVIDADES CIENTIFICAS
<i>Dr Francisco Antonio Gonzalez</i>	DIRECTOR DE ACTV SOCIALES Y CULTURALES
<i>Dra Guadalupe Canas</i>	DIRECTORA DEL COMITE DE FINANZAS
<i>Dr Roberto Perez Benett</i>	DIRECTOR DEL COMITE DE ETICA MEDICA
<i>Dr Roberto German Tobar</i>	DIRECTOR DEL COMITE DE DEFENSA GREMIAL
<i>Dr Rene Portillo Sandoval</i>	DIRECTOR DEL COMITE DE INSCRIPCION Y ARCHIVOS

### **COLEGIO MEDICO DE EL SALVADOR JUNTA DIRECTIVA 1998 1999**

<i>Dr Jose Ascencion Marinero Caceres</i>	PRESIDENTE
<i>Dr Vidal Roger Fuentes Umanzor</i>	VICEPRESIDENTE
<i>Dr Sonia Roque de Lazo</i>	SECRETARIA
<i>Dr Julio Alfredo Osegueda Baires</i>	TESORERO
<i>Dr Francisco Andres Goens</i>	SINDICO
<i>Dr Salomon Flores Alfaro</i>	DIRECTOR DE ACTIVIDADES CIENTIFICAS
<i>Dr German Cea Cerros</i>	DIRECTOR DE ACTIVIDADES SOCIALES CULTIRALES Y DEPORTIVAS
<i>Dr Cesar Augusto Saavedra G</i>	DIRECTOR DEL COMITE DE FINANZAS Y PRESTACIONES ECONOMICAS
<i>Dr Jose Valentin Guzman E</i>	DIRECTOR DEL COMITE DE ETICA MEDICA
<i>Dr Juan antonio Tobar Rivas</i>	DIRECTOR DEL COMITE DE DEFENSA GREMIAL
<i>Dr Carlos Humberto Casterlar</i>	DIRECTOR DEL COMITE DE ARCHIVOS Y ESCRUTINIOS

**JUNTA DIRECTIVA DEL SINDICATO DE MEDICOS TRABAJADORES DEL ISSS  
(SIMETRISS) 1999 2000**

1 Dr Rene Alexander Zapata Nieto	Secretario General
2 Dr Guillermo Mata Bennett	Secretario de Organizacion y Estadistica
3 Dr Ricardo Cea Rouanett	Secretario de Relaciones
4 Dra Aura de Ayala	Secretario de Finanzas
5 Dr Raul Pineda	Secretario de Asistencia y Prevision Social
6 Dr Ricardo Flores Salazar	Secretario de Prensa y Propaganda
7 Dr Francisco Guzman	Secretario de Actas y Acuerdos
8 Dr Rene Alfredo Benitez	Secretaria de Cultura y Educacion
9 Dr Isaias Cordero Del Cid	Primer Secretario de Conflictos
10-Dr Roberto Paniagua	Segundo Secretario de Conflictos
11 Dr Ricardo Barahona	Tercer Secretario de Conflictos

**JUNTA DIRECTIVA DEL SINDICATO DE MEDICOS  
TRABAJADORES DEL ISSS SIMETRISS 1998 1999**

Dr Rene Alexander Zapata Nieto	Secretario General
Dr Guillermo Mata Bennett	Secretario de Organizacion y Estadistica
Dr Cesar Hidalgo Berrios	Secretario de Finanzas
Dr Raul Pineda	Secretario de Prevision Social
Dra Evelyn Martinez de Calderon	Secretaria de Actas y acuerdos
Dr German Cea Cerros	Primer Secretario de Conflictos
Dr Roberto Paniagua	Segundo Secretario de Conflictos
Dr Isaias Cordero Del Cid	Tercer Secretario de Conflictos
Dr Ricardo Flores Salazar	Secretario de Prensa y Propaganda
Dr Rene Alfredo Benitez	Secretario de Cultura y Educacion Sindical
Dr Luis Gustavo Cousin	Secretario de Relaciones

**REPRESENTANTES DE LOS MEDICOS  
TRABAJANDO EN EL MSPAS**

Dr Alcides Gomez  
Dr Jorge Castro Alas  
Dr Melvin Guardado  
Dr Roberto German Tobar Ponce  
Dr Ricardo Leiva  
Dr Mauricio Ventura  
Dr Alberto Zuñiga  
Dra Estela Zelada Sorto  
Dr Rafael Antonio Duran

**GRUPO TECNICO DE APOYO  
AL COLEGIO MEDICO**

Dra Ana Isabel Nieto Gomez  
Dra Yasmara Lopez Meardi  
Dra Carolina Paz Narvaez  
Dr Ernesto Benjamin Pleitez  
Dr Ricardo Ramirez  
Dr Jose Ignacio Paniagua  
Dr Franklin Monico  
Dr Herbert Betancourt  
Dr Herbert Guzman  
Dr Jose Gustavo Zayas  
Dr Francisco Paniagua  
Dr Ricardo Miranda  
Dr Enrique Posada Maldonado

## CONFERENCISTAS

Dr. Willian Plettez  
Economista — Consultor

Dr. Mario Rovere  
Asesor en Salud Internacional

Dr. Guillermo Gonzalez  
Centro de Investigaciones y  
Estudios de la Salud  
Universidad Autonoma de  
Nicaragua  
CIES UNAN

Lic. Manuel Martinez  
Centro de Investigaciones y  
Estudios de la Salud  
Universidad Autonoma de  
Nicaragua  
CIES UNAN

Dr. Carlos Pulecio  
Colombia

Dr. Ernesto Selva Sutter  
Departamento de Salud  
Publica  
Unieversidad Jose Simeon  
Cañas  
UCA

## PARTICIPANTES POR EVENTO

Dr. Francisco Flores  
Mazanego

Dr. Mario Martinez  
Dr. Manuel Beza  
Dr. Eduardo Espinoza

Apoyo Metodologico

1) FUNDACION FRIEDRICH  
EBERT

Lic. Francisco Marroquin  
Lic. Carlos Rivas

2) FUNDAUNGO

Dr. Ricardo Cordova Macias

3) WOLA

David Mc Kinley

Apoyo Editorial

Dr. Jose Humberto Velasquez

## FILIALES DEL COLEGIO MEDICO

Estela Zelada Sorto  
Jose Hector Valencia  
Carlos R. Rodriguez  
Yolanda de Romero  
Ernesto Herrera Magana  
Miguel Roberto Majano  
Jose Rolando Martinez  
Carlos H. Siguenza  
Vernon Madrigal  
Zoila Angelica Mendoza  
Roberto A. Reyes  
Antonio Fernandez  
Rafael Antonio Bonilla  
Rafael Menendez Minervini  
Jorge Panameno  
Ana Concepcion Polanco  
Jose Guillermo Vaquerano  
Ana Beatriz de Quintanilla  
Mario Interiano Salguero  
Mario H. Santamaria  
Jose Otilio Chavarria  
Mario Tevez  
Maria Emilia Castro M  
Victor Machuca  
Humberto Alvarez Cruz  
Maria Elena de Rodriguez  
Ernesto Palacios  
Julian R. Rodriguez  
Rodolfo Giron Flores  
Ernesto Navarro  
Armando Peraza O  
Carlos A. Rubio Marquez  
Maria Teresa de Avila  
Rodolfo Canizalez  
Miguel A. Guidos  
Ruben E. Abrego  
Juan Bautista Caballero  
Ricardo Salazar  
Luis Montano  
Jose Luis Guerra  
Julio Rene Varela  
Sara Maria Alfaro Cristales  
Henry Agreda  
Rosa Abigail Gutierrez  
Jose Luis Gutierrez  
Sonia Maribel Minero  
Alhely del Cid Lopez  
Rene Alexander Zapata Nieto

Soc. Salv. Neumologia  
Sociedad de Hematologia  
Sociedad de Anestesiologia  
Soc. Salv. de Reumatologia  
Asociacion de Neurocirugia  
Sociedad de Pediatria  
Asociacion Salv. de Medicina para el Deporte  
Asociacion Salv. de Psiquiatria  
Sociedad de Ginecologia y Obstetricia  
Soc. Salv. de Oftalmologia  
Asociacion Salv. de Endocrinologia y Metabolismo  
Asociacion de Neurocirugia  
Asociacion de Med. Interna  
Sociedad de Cirugia  
Asociacion de Infectologia  
Asociacion Salv. de Patologia  
Asociacion de Medicina Interna  
Asociacion de Medicina Interna  
Soc. Cirugia Plastica Estetica y Reconstructiva  
Sociedad de Cirugia General  
Asoc. de Otorrinolaringologia Broncoesofologia  
Soc. Salv. de Oftalmologia  
Asoc. Salv. Alergia Asma e Inmunol  
Asociacion de Cirujanos Pediatras  
Sociedad Medica de Salud Publica  
Asoc. Mujeres Medicos  
Sociedad de Cancerologia  
Asoc. Salv. de Medicos Retirados  
Sociedad de Ortopedia y Traumatologia  
Asociacion Salv. de Infectologia  
Sociedad de Ortopedia y Traumatologia  
Asoc. Salv. Alergia Asma e Inmunologia  
Asoc. Salv. de Medicina Rehab  
Sociedad de Coloproctologia  
Soc. Endoscopia Ginecologica  
Sociedad de Cirug. Plastica Estetica y Reconstructiva  
Asoc. Otorrinolaringologia Broncoesofago  
Asoc. de Gastroenterologia y Endoscopia Dig  
Asoc. Salv. de Medicina Rehab  
Sociedad de Cirugia  
Sociedad de Pediatria  
Asoc. Salv. de Medicina Rehabilitac  
Sociedad de Ginecologia y Obstetricia  
Asoc. de Gastroenterologia y Endoscopia Dig  
Asoc. de Gastroenterologia y Endoscopia Dig  
Asoc. Salv. de Medicina Rehab  
Sociedad Medica de Salud Publica  
Soc. Medicos Trabajadores ISSS

A N E X O 3

**EL SALVADOR. HOGARES POR TRAMOS DE  
INGRESO MENSUAL. TOTAL PAÍS 1997**

**EQUIPO DE FACILITADORES METODOLOGICOS**

Lic Vicente Cuchillas (Coordinador General)  
 Lic Oscar Wuilman Herrera  
 Lic Catalina Massis  
 Licda Celia Argentina Trejo  
 Lic Carlos Tavares  
 Lic David Garay  
 Lic Luis Alonso Ramirez  
 Lic Joel Guzman  
 Lic Osmaro Ochoa  
 Lic Engels Flores  
 Licda Gladys Tobar de Pinto  
 Lic Carlos Roberto Martinez  
 Lic Mario Francisco Lopez  
 Lic Carlos Rivas (F F Ebert)  
 Dra Ana Isabel Nieto  
 Dra Jeanette Alvarado (FUMA)  
 Dr Ricardo Arabia (FUMA)  
 Licda Lorena Mena (FUMA)  
 Lic Ana Mercedes de Salazar (FUMA)  
 Dr Herbert Guzman  
 Lic Noel Barillas (Capacidad 21)  
 Lic Victor Roque (Capacidad 21)

INGRESO EN COLONES	Nº DE HOGARES	%
Menos de 200	8 306	0 65
de 200 399	39 393	3 11
de 400 999	103 558	8 18
de 700 999	121 294	9 58
de 1000 1499	190 262	15 0
de 1500 1999	148 391	11 7
de 2000 2499	122 918	9 7
de 2500 2999	98 748	7 8
3000 y mas	432 495	34 18
<b>TOTAL</b>	<b>1 265 365</b>	<b>100 %</b>

FUENTE Encuesta de Hogares de Propositos Multiples 1997 DIGESTYC

Ingreso promedio mensual de los Hogares en 1997=¢ 3 150 00  
 Urbano =¢ 4 105 00  
 Rural =¢ 1 768 00

Canasta Basica Alimentaria  
 Urbana = ¢ 1 249 00  
 Rural = ¢ 973 00

Canasta Basica Ampliada  
 Urbana = ¢ 2 498 00  
 Rural = ¢ 1 947 00

608 mil hogares en condiciones de pobreza=48 1 % del total de hogares

Fuente EHPM 97

# 1948. CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCIÓN. EL SALVADOR

TASA POR 100 000

Todas las causas	1 430 0
Diarrea enteritis y disenteria	287 1
Diarrea y enteritis en menores de dos años	145 8
Diarrea y enteritis en mayores de dos años	134 1
Disenteria	7 2
Neumonia influenza bronconeumonia y bronquitis	148 4
Neumonia y bronconeumonia	63 5
Bronquitis	68 5
Influenza	16 4
Paludismo	133 2
Accidentes de todo tipo	65 1
Enfermedades propias del primer año de vida	61 1
Prematuridad	9 0
Lesiones al nacer	11 6
Debilidad congenita	40 5
Enfermedad del sistema cardiovascular	40 0
Enfermedades del corazon	14 8
Lesiones intracraneanas vasculares	13 1
Nefritis	12 1
Tuberculosis Pulmonar	38 6
Avitaminosis	38 2
Tos ferina	35 5
Senilidad	31 4
Otras enfermedades del aparato digestivo	30 7
Otras infecciones y enfermedades parasitarias	28 0
Helmintiasis	21 4
Cancer y otros tumores malignos	19 9
Reumatismo cronico	18 0
Sifilis	17 6

Datos del Anuario Estadístico de la Republica de El Salvador 1948 p 178

# ANEXO B MORBILIDAD Y ATENCIONES. MONITOREO Y EVALUACIÓN.

MORTALIDAD HOSPITALARIA GENERAL

1 Septicemia	578
2 Neumonia y Bronconeumonia	568
3 Traumatismos	505
4 Enfermedades cerebrovasculares	504
5 Enfermedades izarquemicas del corazon	397
6 Trastornos respiratorios perinatales	323
7 Insuficiencia renal	317
8 Enfermedades del higado	308
9 Prematurez	291
10 Envenenamiento por plaguicida	205

MORTALIDAD HOSPITALARIA DEL < 1 AÑO

1 Trastornos respiratorios perinatales	323
2 Prematurez	291
3 Malformaciones congenitas	200
4 Neumonia y bronconeumonia	184
5 Septicemia	155
6 Diarrea	93
7 Meningitis	27
8 Trastornos del S digestivo del feto y RN	27
9 Desnutricion	24
10 Neumonitis asirativa	16

MORTALIDAD HOSPITALARIA MUJERES 10 49 A

1 Envenenamiento por plaguicidas	75
2 Traumatismo	41
3 Septicemia	35
4 Sida	33
5 Enfermedades cerebrovasculares	31
6 Leuceimia	26
7 Insuficiencia renal	24
8 Tumor maligno del cuello del utero	19
9 Neumonia y bronconeumonia	18
10 Meningitis	10

## ABLECIMIENTOS DEL MSPAS 1998. UNIDAD DE INFORMACIÓN,

MSPAS.

### MORBILIDAD GENERAL (primera consulta)

1 Infecciones respiratoria agudas altas	1089558
2 Parasitismo intestinal	277496
3 Diarrea	223556
4 Infecciones vias urinarias	208944
5 Enfermedades de la piel	188564
6 Infecciones respiratoria agudas bajas	171706
7 Conjuntivitis	82122
8 Gastritis	64450
9 Neumonía y Bronconeumonía	58620
10-Vaginitis	55008

### MORBILIDAD <1 AÑO (PRIMERA CONSULTA)

1 Infecciones respiratoria aguda altas	166642
2 Diarrea	59710
3 Infecciones respiratoria agudas bajas	35236
4 Enfermedades de la piel	27116
5 Neumonía y bronconeumonía	16486
6-Conjuntivitis	9402
7 Parasitismo intestinal	7204
8 Otitis	6600
9 Desnutricion	6502
10-Asma	4280

### ATENCIONES A MUJERES DE 10-49 AÑOS

1-Control del embarazo y post parto	559960
2 Toma de citología	291580
3 Infecciones respiratorias agudas altas	240936
4 Infeccion de vias urinarias	148194
5 Planificacion familiar	81046
6 Parasitismo intestinal	75700
7 Vaginitis	51532
8 Diarrea	41058
9 Hipertension arterial	36726
10-Gastritis	36324

### TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS

1 Atencion del parto	77303
2 Complicac del emb/parto/puerperio	44693
3 Neumonía y bronconeumonía	13734
4 Diarrea	11528
5 Traumatismo	5573
6 Infeccion de vias urinarias	5539
7 Apendicitis aguda	4900
8 Hernia inguinal	4610
9 Insuficiencia renal	4408
10-Diabetes mellitus	4271

### TOTAL EGRESOS HOSPITALARIOS

1 Diarrea	5698
2 Trastornos respiratorios perinatales	5675
3 Neumonía y bronconeumonía	5609
4 Prematurez	2776
5 RN afectado por ruptura premat/memb	1813
6-Aspiracion neonatal	1739
7 Malformaciones congenitas	1544
8 Ictencia del recién nacido	1540
9 Septicemia	1516
10-RN excepcionalmente grande	677

### EGRESOS HOSPITALARIOS MUJERES DE 10 A 49 A

1 Atencion del parto	77303
2 Complicaciones del emb/parto/puerperio	44693
3 Infeccion de Vias Urinarias	3631
4 Hemorragia vaginal uterina	2080
5 Apendicitis aguda	1627
6 Esterilizacion	1231
7 Asma	1168
8 Traumatismo	638
9 Insuficiencia renal	623
10-Tumor maligno del cuello del utero	572

# CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA Y CÓDIGO DE SALUD.

La RSS debe enmarcarse en los siguientes artículos de la  
**CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR**

Art 1 El Salvador reconoce a la persona humana como el origen y el fin de la actividad del Estado que esta organizado para la consecucion de la justicia de la seguridad juridica y del bien comun

En consecuencia es obligacion del Estado asegurar a los habitantes de la Republica el goce de la libertad la salud la cultura, el bienestar economico y la justicia social

Art 2 Toda persona tiene derecho a la vida a la integridad fisica y moral a la libertad a la seguridad al trabajo a la propiedad y posesion y a ser protegida en la conservacion y defensa de los mismos

Se garantiza el derecho al honor a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen

Se establece a la indemnizacion conforme a la ley por daños de caracter moral

Art 65 La salud de los habitantes de la Republica constituye un bien publico El Estado y las personas estan obligadas a velar por su conservacion y restablecimiento

El Estado determinara la politica nacional de salud y controlara y supervisara su aplicacion

Art 66 El Estado dara asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminacion de una enfermedad transmisible En este caso toda persona esta obligada a someterse a dicho tratamiento

## **CODIGO DE SALUD**

### TITULO II

Del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social

Capitulo Unico

Art 40 El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social es el Organismo encargado, de determinar planificar y ejecutar la politica nacional en materia de Salud dictar las normas pertinentes organizar, coordinar y evaluar la ejecucion de las actividades relacionadas con la salud

Art 42 El Ministerio por medio de la Direccion General de Salud como Organismo Tecnico sera el encargado de ejecutar las acciones de promocion proteccion, recuperacion y rehabilitacion de la salud de los habitantes asi como las complementarias pertinentes en todo el territorio de la Republica a traves de sus dependencias regionales y locales de acuerdo a las disposiciones de esteCodigo y Reglamentos sobre la materia

**EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD.**

**EL SALVADOR 1979-1997**  
**(Colones)**

AÑO	PRESUPUESTO NOMINAL MSPAS	PIB
1979	¢ 1 47 617 960	1 92 (1)
1986	¢ 1 86 888 180	1 04 (2)
1989	¢ 2 98 996 880	1 05 (2)
1995	¢ 1 204 491 130	1 60 (2)
1996	¢ 1 702 162 075	1 70 (3)
1997	¢ 1 236 055 343	1 23

Fuentes

1) Ley de Presupuesto y Revista Trimestral B C R 1979

2) DIGESTYC

3) Estimacion del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1996 MSPAS Direccion de Planeacion Estrategica y Modernizacion Mayo de 1998

**GASTO NACIONAL EN SALUD EN RELACIÓN AL PIB. 1996.**

INSTITUCION O SUBSECTOR	MONTO COLONES	% PIB	% GASTO TOTAL SALUD
Gasto M S P A S	1,601,679,556	1 7	23 5
Gasto ISSS	1,202,790,373	1 2	17 60
Gasto Hogares	3,933,963,948	4 2	57 6
Gasto Otros	93,588,485	0 2	1 3
TOTAL	6,832,022,363	7 3	1000

Fuente: Elaboracion propia en base a datos de la Estimacion del Gasto Nacional en Salud en El Salvador durante 1996 Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social Direccion de Planificacion Estrategica y Modernizacion Mayo de 1998

# GASTO EN SALUD DE LOS HOGARES SEGÚN NIVEL DE POBREZA. 1996.

MSPAS/BCR/DIGESTYC/SANIDAD MILITAR/PROSAMI/ISSS  
ESTIMACION DEL GASTO NACIONAL EN SALUD/EL SALVADOR

CONCEPTO	GASTO EN SALUD (%)	NIVELES DE POBREZA		
		EXTREMA (%)	RELATIVA (%)	NO POBRES (%)
GASTO TOTAL EN SALUD	100%	15 53%	23 67%	60 80%
	3 933 963 960	610 944 600	931,169 268	2 391 850 080
Honorarios Medicos y Otros profesiones	25 90%	27 93%	2 59%	25 41%
	1 018 896 660	170 636 820	24,034 788	607 769 100
Hospitalizacion	17 07%	12 54%	14 81%	19 11%
	671,527 644	76 612,452	137 906 160	457 082 544
Medicamentos	41 47%	4 04%	38 79%	42 81%
	1 631 414 844	24 647 052	361 200 552	1 023 951 012
Otros Servicios Medicos	15 56%	19 19%	20 59%	12 67%
	612 124 788	117 240 264	191 727 744	303 047 400

FUENTE Direccion General de Estadistica y Censos Encuesta de la FOMMI 1996  
Porcentajes son del autor

## GASTO ANUAL DE LOS HOGARES SALVADOREÑOS EN CONCEPTO DE SALUD, SEGÚN ÁREA URBANA Y RURAL. 1996.

MSPAS/BCR/DIGESTYC/SANIDAD MILITAR/PROSAMI/ISSS ESTIMACION DEL GASTO NACIONAL EN SALUD/EL SALVADOR

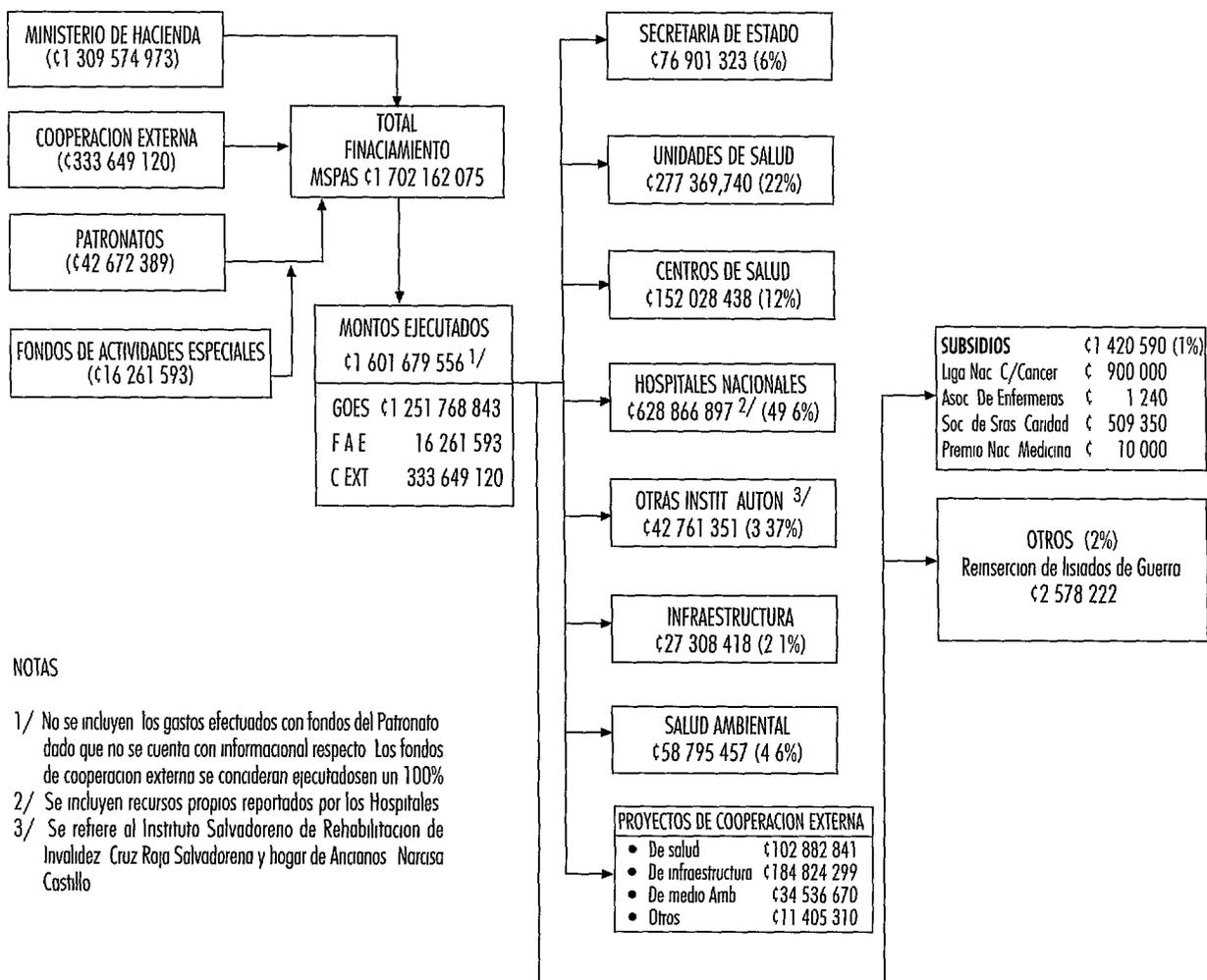
CONCEPTO	GASTO EN SALUD		TOTAL GASTOS
	AREA URBANA	AREA RURAL	
<i>Gasto total en asistencia medica</i>	76 12%	23 88%	100%
	2 994 559 649	939 404 205	3 933 936 854
a) <i>Honorarios de Medicos y otros profesionales</i>	836 651 129	182 150 475	1 018 801 604
b) <i>Hospitalizacion</i>	525 661 596	145 795 533	671 457 129
c) <i>Medicamentos</i>	1 161 367 917	470 265 745	1 631 633 662
d) <i>Otros servicios medicos</i>	470 879 007	141 192 452	612 071 459

FUENTE: Direccion General de Estadistica y Censos/M  
Economia Encuesta FOMMI/1996  
Porcentajes del autor

# FLUJOS FINANCIEROS DURANTE EL EJERCICIO FISCAL DE 1996.

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**  
 (SPAS/BCR/DIGESTYC/SANIDAD MILITAR/PROSAMI/ISSS  
 ESTIMACION DEL GASTO NACIONAL EN SALUD/EL SALVADOR )

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO



## NOTAS

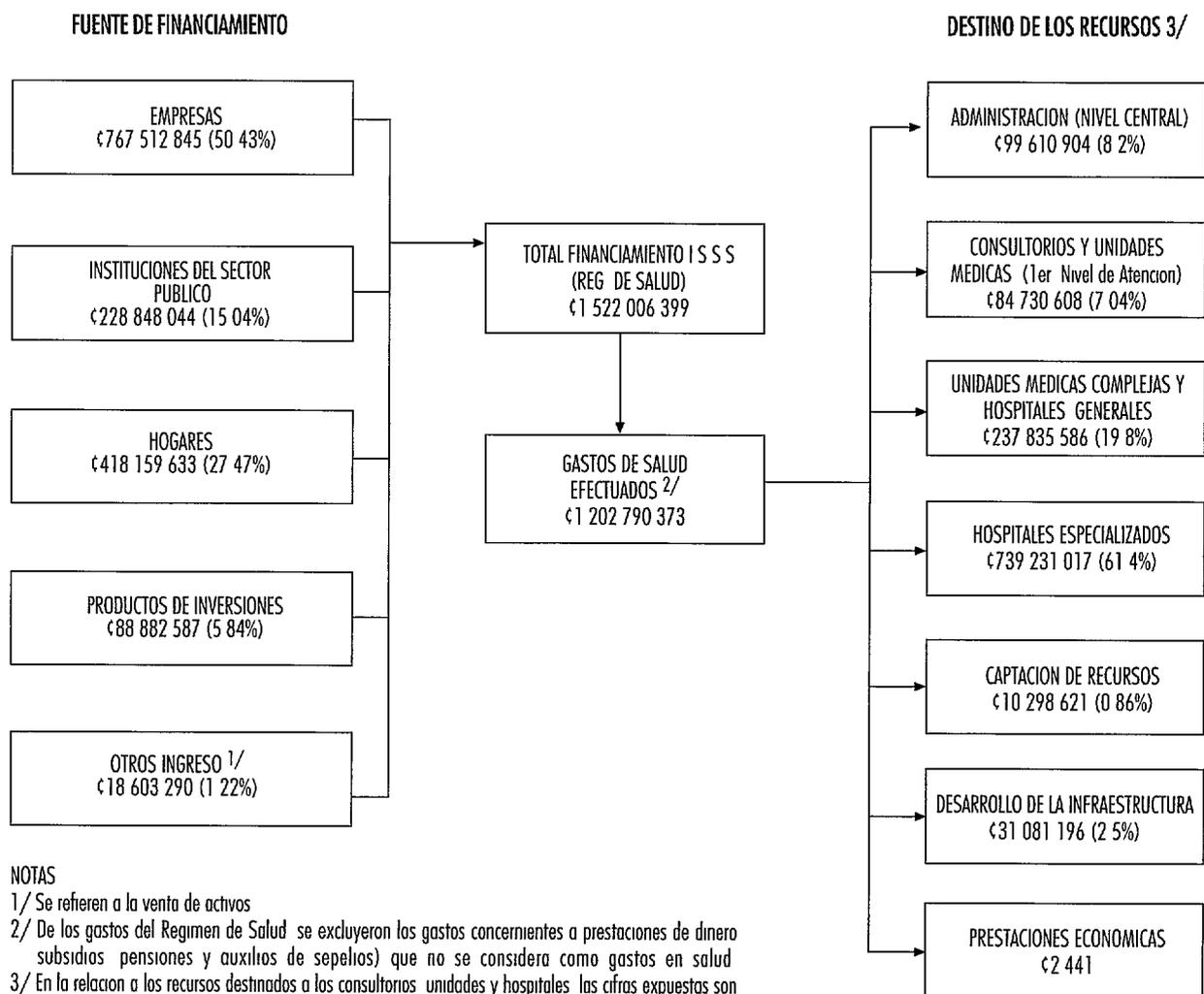
- 1/ No se incluyen los gastos efectuados con fondos del Patronato dado que no se cuenta con informacional respecto. Los fondos de cooperación externa se consideran ejecutados en un 100%
- 2/ Se incluyen recursos propios reportados por los Hospitales
- 3/ Se refiere al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Invalidez Cruz Roja Salvadoreña y hogar de Ancianos Narasca Castillo

# FLUJOS FINANCIEROS DURANTE EL EJERCICIO FISCAL DE 1996.

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

(SPAS/BCR/DIGESTYC/SANIDAD MILITAR/PROSAMI/ISSS)

(ESTIMACION DEL GASTO NACIONAL EN SALUD/EL SALVADOR)



**NOTAS**

1/ Se refieren a la venta de activos

2/ De los gastos del Regimen de Salud se excluyeron los gastos concernientes a prestaciones de dinero subsidios pensiones y auxilios de sepelios) que no se considera como gastos en salud

3/ En la relacion a los recursos destinados a los consultorios unidades y hospitales las cifras expuestas son datos estimados a partir del Presupuesto/96 Cnsdel.xls/gmre

# LISTADO DE PARTICIPANTES

## ALCALDES

NOMBRE	INSTITUCION
FRANCISCO ASCENCIO	ALCALDIA CALUCCO
VICENTE DEL CARMEN PINEDA	ALCALDIA CANDELARIA
LUIS ALBERTO VELASQUEZ PENA	ALCALDIA COMASAGUA
JULIO CESAR GALLARDO DUENAS	ALCALDIA CUYULTITAN
MARIA A ALVARENGA DE AGUILAR	ALCALDIA DE CHALATENANGO
JUAN EDUARDO JIMENEZ PEREZ	ALCALDIA DE IZALCO
FRANCISCO DE J SANCHEZ G	ALCALDIA DE SAN MARCOS
MANUEL DE JESUS H ROQUE	ALCALDIA DE SANTO TOMAS
ROSA RIVERA DE PINEDA	ALCALDIA DE TEJUTLA
ROSAURA SALGUERO DE R	ALCALDIA DE TEJUTLA
JULIO CESAR CRISTALES ZEPEDA	ALCALDIA DE TURIN AHUACHAPAN
MIGUEL ANTONIO TURCIOS ESPINAL	ALCALDIA EL DIVISADERO
CARLOS ROBERTO V JERONIMO	ALCALDIA HUIZUCAR
JOSE AMADEO GAMEZ GUILLEN	ALCALDIA ILOBASCO
JESUS VANEGAS	ALCALDIA JERUSALEN
ISMAEL ALDANA	ALCALDIA MERCEDES LA CEIBA
MIRIAN HAYDEE ZOMETA MERINO	ALCALDIA NVA SAN SALVADOR
MARIA CONSUELO G DE VALDIZON	ALCALDIA SN PABLO TACACHICO
JAIME ANDRADE	ALCALDIA SN PABLO TACACHICO
ANA MERCEDES REYES	ALCALDIA SN PEDRO NONUALCO
MARGARITA ANGELICA ALVARADO	ALCALDIA SN PEDRO NONUALCO
JULIO CESAR GALLARDO DUENAS	ALCALDIA SN PEDRO NONUALCO
DANIEL ROMERO	ALCALDIA VILLA EL CARMEN
CANDELARIA BELTRAN	ALCALDIA VILLA EL CARMEN
MARIO LETONA	COMURES

## COMITES COMUNALES

NOMBRE	INSTITUCION
ROBERTO DE JESUS MENJIVAR	ACODIS
MIGUEL ANGEL MERCADO	ACODIS
HECTOR VELASQUEZ	ADEL
ISABEL RAMIREZ	ADELS CHALATENANGO
LUIS EDGARDO PEREZ	ADESCO
CRISTOBAL ORTIZ V	ADESCO (CANDELARIA)
ANTONIA PEREZ	ADESCO (CANDELARIA)

MARIO HERNANDEZ	ADESCO
RAFAEL ANTONIO ALVARADO	ADESCO
HECTOR ANTONIO PEREZ RAMIREZ	ADESCO
MIGUEL ANGEL GONZALEZ	ADESCO
JOSE MARCIANO BARRERA	ADESCO
RENE BONILLA AGUILAR	ADESCO
ABELINO ECHEVERRIA AGUILA	ADESCO
HUMBERTO JUAREZ	ADESCO
SIMEON HERNANDEZ	ADESCO
CRISTOBAL ORTIZ VASQUEZ	ADESCO
MARIA GLORIA VILLALOBOS	ADESCO
AMILCAR RAYMUNDO ARENIVAR	ADESCO
ROMELIA RUBIA HERNANDEZ	ADESCO
VICENTA TOBAR	ADESCO
MANUEL VILLAVICENCIO FABIAN	ADESCO
JOSE MARIO ALVARADO	ADESCO
ROSA ETELINDA MARTINEZ	ADESCO
FRANCISCO ALBERTO RAPALO	ADESCO
JESUS VASQUEZ RAMOS	ADESCO
PABLO ENRRIQUE PEREZ	ADESCO
RAFAEL ANGEL HERNANDEZ	ADESCO
MIGUEL JIMENEZ BERNAL	ADESCO
INES DEL CARMEN ARGUETA	ADESCO
MARGARITA MARTINEZ	ADESCO
DINORA ESMERALDA HERNANDEZ	ADESCO
EFRAIN FLORES	ADESCO
RICARDO RAMIREZ	ADESCO
JOSE FERMIN PONCE ORELLANA	ADESCO
NEFTALY ESCOBAR POLANCO	ADESCO
ROSA EMILIA VASQUEZ	ADESCO
JOSE PEDRO DAVID HERNANDEZ	ADESCO
JOSE ANGEL CERON	ADESCO
ROSA VILLALOBOS	ADESCO
VICENTE ASCENCIO ALVARADO	ADESCO
VICTOR MANUEL FLORES	ADESCO
HUMBERTO HERNANDEZ	ADESCO
AMELIA HERNANDEZ	ADESCO
FIDEL RENE GUARDADO	ADESCO
WILFREDO RAMIREZ TEJADA	ADESCO
MANUEL FRANCISCO ORTEGA	ADESCO
NORMA IVANIA VILLEDA	ADESCO
BLANCA LIDIA PEREZ	ADESCO
ELIAS JONATHAN MARTINEZ	ADESCO CHELTEPE
CEFERINA PEREZ DE OLIVA	ADESCO
TITO ADOLFO ALEMAN	ADESCO

RUBEN DARIO LOPEZ	ADESCO	EUSEBIO MEJIA	DIRECTIVA COMUNAL
JOSE MARIA MONTOYA	ADESCO	JOSE ANTONIO PERLA	DIRECTIVA COMUNAL
MIGUEL ANGEL MARTINEZ	ADESCO	JOSEFINA CANALES DE VASQUEZ	DIRECTIVA COMUNAL
BLANCA GONZALEZ MEJIA	ADESCOSAM	ROSARIO DE LA O	DIRECTIVA COMUNAL
BENJAMIN MEJIA	ADESCO	NICOLAS ROSALES MARTINEZ	DIRECTIVA COMUNAL
MANUEL FABIAN	ADESCO	NURIA ABISEL ABARCA	DIRECTIVA COMUNAL
ADALBERTO REYMUNDO	ADESCO	FRANCISCO HERNANDEZ	DIRECTIVA COMUNAL
JUAN FLORES CORTEZ	ADESCO	MARIA DEL TRANSITO LARA	DIRECTIVA COMUNAL
MAXIMILIANO ALCANTARA	ADESCO	MARIA ANTONIA MARTINEZ	DIRECTIVA COMUNAL
EMILIO R JUAREZ	ADESCO	MARIA GLADYS MARTINEZ	DIRECTIVA COMUNAL
JULIO E NAVARRO	ADESCO	JOSE ARCADIO DIAZ	DIRECTIVO COMUNAL
GILBERTO PEREZ	ADESCO	MARIA CIPRIANA HERNANDEZ	DIRECTIVA COMUNAL
MARIA GRISELDA FABIAN	ADESCO	SAMUEL BETANCOURT	DIRECTIVA COMUNAL
ANGEL MEJIA	ADESCO	JOSE SANTOS HERNANDEZ	DIRECTIVA COMUNAL
BLANCA LUZ ABREGO	ADESCO	LUIS EDILBERTO AMAYA	DIRECTIVA INTERCANTONAL
FRANCISCO ALBERTO MARTINEZ	ADESCO	JOSE LUIS RIVERA	DIRECTIVA DE SALUD
CLAUDIA IRENE TREJO DE MARTINEZ	ADESCO	CARLOS GAMEZ VALLE	DIRECTOR DE SALUD
MARIA AMANDA BAIREZ	ADESCO	JOSE ALVARO MONTOYA	FUNDECA
JOSE JESUS GARCIA	ADESCO	SARA MORAN	INTER COLONIAL
JOSE ALIRIO HERNANDEZ	ADESCO	MIGUEL ANGEL VASQUEZ	INTERCOMUNAL ZONA 5
CARLOS AMILCAR COREANO	ADESCO	JOSE FRANCISCO ARGUETA	LIDER COMUNITARIO
ADOLFO MARTINEZ	ADESCO DIRECTIVO COMUNAL	JOSE SANTIAGO CRUZ	LIDER COMUNITARIO
EMILIO R JUAREZ	ADESCO	MARIA ELENA MARTINEZ	LIDER COMUNITARIO
JOSE RAMON SORTO	ADESCO	JOSE CIPRIANO LOPEZ	LIDER COMUNITARIO
FEDERICO RODRIGUEZ	ALCALDIA	MARIA ESTER BENITEZ DE DUENAS	LIDER COMUNITARIO
EFRAIN ROSALES	ALCALDIA	MARIA DEL TRANSITO SORTO BEIZA	LIDER COMUNITARIO
ROXANA E BARRERA	ALCALDIA	MARIA IRMA HERNANDEZ	MINISTERIO DE SALUD
NOE ALDANA	ALCALDIA DPTO LA PAZ	SONIA MARGARITA ALVAREZ	MINISTERIO DE SALUD
JOSE EDGARDO AVALOS	ALCALDIA DPTO LA PAZ	LIDIA DE JESUS ROMERO M	MINISTERIO DE SALUD
ALVARO MOLINA	ALCALDIA DPTO LA PAZ	DAYSI CISNEROS	PATRONATO
ISMAEL HERNANDEZ	ALCALDIA DPTO LA PAZ	SELMA DEL CARMEN PENATE	PROMOCION SOCIAL
JORGE ALFREDO LOPEZ	ALCALDIA DPTO LA PAZ	PATRICIA ESMERALDA RAMIREZ	PROMOCION SOCIAL
LUIS NEMESIO BAIREZ	ALCALDIA DPTO LA PAZ	BLANCA DALILA ALVARENGA	PROMOCION DE SALUD
JUAN DIAZ	ALCALDIA DPTO LA PAZ	MIRIAM ELIZABETH VARGAS	PATRONATO ING SN MIGUEL
ROBERTO HERNANDEZ	ALCALDIA DPTO LA PAZ	ANA VILMA HERNANDEZ	UNIDAD DE SALUD
DENNIS ALEXANDER LEMUS	ASAPROSAR	ROSA INELDA GONZALEZ DE BAIRES	UNIDAD DE SALUD LA PAZ
MIRSA ESTELA RUIZ	ASAPROSAR	YESSENIA MARISOL HERNANDEZ	ADESCO
ANA VIRGINIA LEIVA ESPADERO	ASAPROSAR	ROSA MARIA RAMOS DE DIAZ	ADESCO
DONILDA RUIZ	ASAPROSAR	GREGORIO HERNANDEZ	ADESCO
REYNA AMADELIA AGUILAR	ASAPROSAR	CARMEN ECHEVERRIA	ADESCO
ALICIA DEL CARMEN RAPALO	COOP ALPES DEL VOLCAN	MARIA ROSA FLORES	ADESCO
CARLOS RODOLFO HERNANDEZ	COOP DE CHEMALAPA	DELMY PENATE	ADESCO
PAULA RAMOS OSTORGA	COOPERAT ALPES DEL VOLCAN	OGLA ELIZABETH RIVAS FUENTES	ADESCO
ANA ELIZABETH LANDAVERDE	COORD DE MUJERES	PABLO ENRIQUE RIVAS	ADESCO
ADOLFO MARTINEZ	DIRECTIVA COMUNAL	MARIO CORTEZ ZAVALA	ADESCO





CLARA VENUS DE VILALOBOS  
 ANA JOSEFA DE ULLOA  
 CRISTINA SOL DE MARTINEZ  
 JOSEFINA DE MENENDEZ  
 ROXANA NAVARRO DE RIVAS  
 SILVIA LOPEZ DE NIETO  
 MARIA S SUNCIN DE VEGA  
 ALBA GLORIA CANAS RODRIGUEZ  
 SONIA ELIZABETH ARAUJO  
 MARCOS ROJAS MARTINEZ  
 JULIO E BARAHONA  
 MARTHA DE VENTURA  
 LILIAN CARMENO  
 MAGALY ROJAS DE MELGAR  
 DALILA RAMOS DE LINARES  
 CARLOS GUILLEN  
 ELVIO SISTE

SOCIEDAD DENTAL  
 COL DE PROF EN LAB CLIN  
 ISSS FISIOTERAPIA  
 ISSS FISIOTERAPIA  
 FAC MEDICINA U E S  
 FAC MEDICINA U E S  
 COL DE QUIM Y FARMAC  
 COL DE QUIM Y FARMAC  
 UNID DE SALUD DIAZ DEL PINAL  
 UNID DE SALUD DIAZ DEL PINAL  
 FAC MEDICINA U E S  
 FAC MEDICINA U E S

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
 FISIOTERAPIA DE LA UES  
 SOC DENTAL DE E S  
 ACISAN

CECILIA NOVCA  
 OSCAR H ENRIQUEZ  
 DOROTHY MAGASSIS  
 VITELIO SANCHEZ  
 MAGDALENA ALFARO  
 CAMILO MINERO  
 CARMEN DE MINERO  
 MERCEDES ALFARO  
 ANTONIO AQUILES TORRES  
 JORGE CARRANZA MORENO  
 SOR BLANCA LIDIA B  
 JULIO CESAR CANIZALEZ

HOGAR DEL NINO MINUSVALID  
 MISIO CATL NVA SOC  
 RED CONTRA LA VIOLENCIA  
 RED P LA INFANC Y ADDES  
 RED P LA INFANC Y AGRIC  
 SOC PARKINSON  
 SOC PARKINSON  
 SOC PARKINSON  
 SOC PARKINSON  
 SOC PAD DE FAM PARALIS  
 SALA CUNA EXTERNA  
 SALA CUNA EXTERNA

#### GRUPOS ESPECIALES

##### NOMBRE

DALILA DE APARICIO  
 GRISELDA ZELEDON  
 JOSE REYES  
 JOSE VICENTE ESCOBAR  
 EMMA INGRID FLORES  
 HERNAN VASQUEZ  
 MARIA EMMA FLORES  
 OTONIEL RAMIREZ HERNANDEZ  
 XIOMARA KARINA VASQUEZ  
 MIRIAN DE HENRIQUEZ  
 LILIAN DE PENALLOA  
 RODOLFO VARGAS  
 RAUL OLANO R  
 CARLOS GUTIERREZ  
 RODOLFO  
 MARIA ANNEL  
 ODIR MIRANDA  
 WILLIAN ARAGON  
 OTONIEL RAMIREZ  
 JOSE FRANCISCO GARCIA  
 CARMEN DEL ROSARIO RAMOS  
 JOSE MAURICIO GARCIA

##### INSTITUCION

ASOC ASALV DE REHABIL  
 ASOC SALV DE SORDOS  
 ASOC LESIONES MEDULARES  
 ASOC NAC DE CIEGOS  
 ASO SALV DE SORDOS  
 ASO Y PAD AMIG DE SORD  
 ASO Y PAD AMIG DE SORD  
 ASOC ATLCATL  
 ASOC DE SORDOS  
 ASOC SALV DE REHAB  
 ASOC ALZHEIMER  
 CONOES  
 CONOES  
 CLUB NAC OPERA DEL CORAZ  
 CLUB NAC OPERA DEL CORAZ  
 EQU ARQ CONTRA EL SIDA  
 GRUPO ATLCATL  
 GRUPO ATLCATL  
 GRUPO ATLCATL  
 MISION CATOL NVA SOCIED  
 MISION CATOLICA  
 MISION CATOLICA

#### UNIVERSIDADES

##### NOMBRE

SANDRA VENTURA  
 MARIA ESTHER DE HERNANDEZ  
 JULIO E BARAHONA  
 RAQUEL AMAYA DE CORNEJO  
 YASMARA LOPEZ MERADI  
 GUADALUPE VELA JIMENEZ  
 LUISA RAQUEL DE CORNEJO  
 ERICKA DE RAMIREZ  
 FRANCISCO RENDEROS MIXCO  
 KENNY LUZ DE MARIA SOSA  
 MARIA ISABEL DE RODAS  
 MARIA ARACELI CUBIAS  
 CARMEN SIBRIAN DE FUENTES  
 SILVIA LOPEZ DE NIETO  
 JEANNINE CALDERON  
 VILMA VICTORIA DE VELASCO  
 MARIA ARACELY CUBIAS  
 JOSE VICTOR RIVERA  
 MERCEDES DE MARINERO  
 SERGIO A CANAS LOPEZ  
 EDUARDO ESPINOSA  
 MANUEL ALBERTO MOLINA  
 SANDRA ASCENCIO  
 RICARDO MIRANDA  
 LUZ DEL CARMEN IRIGOYEN

##### INSTITUCION

UNIV ANDRES BELLO  
 UNIV ANDRES BELLO  
 UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
 USAM  
 USAM  
 USAM  
 USAM  
 USAM QQFF  
 QQFF UES  
 QQFF UES  
 QQFF UES  
 QQFF UES  
 QQFF UES  
 QQFF USAM  
 FAC DE MEDICINA U E S  
 FAC MEDICINA UES  
 FAC ODEAM UES  
 FAC Q Y F UES  
 UES EVANGELICA  
 UES F MEDICINA  
 UES F MEDICINA  
 UES F MEDICINA  
 UES OCCIDENTE  
 FAC DE MEDICINA U E S  
 FAC DE MEDICINA U E S  
 COL DE ALTOS E ESTRAT

TRABAJADORAS SOCIALES

NOMBRE

INSTITUCION

NELSI YADIRA FLORES RIVAS  
 CLAUDIA PATRICIA AYALA DE ORELLANA  
 REBECA DE VILLALTA  
 ZOILA DE VILLALTA  
 ZOILA HAIDEE SILVA  
 CONCEPCION ZELAYA  
 CONCEPCION CASTRO DE GARAY  
 MARIANELA RAMIREZ DE GUTIERREZ  
 MARIA TERESA DE MORALES  
 JORGE A. SANTILLANA  
 LUCIA DEL CARMEN PALACIOS  
 DORA ALICIA BELTRAN VILLEDA  
 DORA ROSALES  
 ANA DEL CARMEN CASTILLO  
 CECILIA GLADYS TEJADA  
 ANA LUZ LOPEZ DE MERINO  
 MARTHA ALICIA GONZALEZ DE SOLANO  
 NELSON RICARDO URRUTIA  
 ROSA MARIA GUZMAN DE CHACON  
 NELSI YADIRA FLORES RIVAS  
 ANA MARGARITA POLANCO  
 MARINA MARIBEL MOZ DE VIDES  
 RICARDO GONZALEZ PORTILLO

H N S J D STA A  
 HOSPITAL BLOOM  
 HOSPITAL BLOOM  
 INST DEL CANCER  
 ASOC DE TRAB SOCIALES  
 HOSP NAC ROSALES  
 HOSP BLOOM  
 HOSP NAC PSIQUIATRICO  
 HOSP DE CHALATENANGO  
 FUNDACION OLOF PALME  
 A M S S  
 HOSP DE NEUMOLOGIA  
 A M S S  
 HOSPITAL NVA CONCEPCION  
 A M S S  
 HOSPITAL DE AHUACHAPAN  
 CTRO DE ATEN PSICOS CSJ  
 A M S S  
 HOSP S J DE DIOS (STA ANA)  
 HOSP S J DE DIOS (STA ANA)  
 C A P S  
 HOSP S J DE DIOS (SONS )  
 ALCALDIA M S

PROMOTORES Y PARTERAS

NOMBRE

INSTITUCION

ELENA HERNANDEZ HURTADO  
 MARIA PEDRINA FUENTES  
 DOUGLAS ULISES MORAZAN  
 RUBENIA DELFINA MIRA  
 MODESTO ANTONIO RUIZ

FUNSAIPRODESE  
 APROSAI  
 ACPAIMS  
 ACPAIMS  
 ACPAIMS

DUBAN VILLALOBOS

LUCIA DEL CARMEN PALACIOS  
 MARGARITA POSADA  
 MARIA PEDRINA FUENTES  
 MARIA ROMILIA FUENTES  
 RHEINA RAMOS  
 ANA RUTH RAMOS B  
 GLORIA ESPERANZA DURAN  
 JOSE MAURICIO MEJIA  
 ANA MARGARITA POLANCO  
 CARLOS TORRES PALOMO  
 MARTA ALICIA GONZALEZ DE SOLANO  
 ANGELES VASQUEZ DE PENA  
 RODOLFO ALVAREZ MARTINEZ  
 SUSANA ESTHER VALLADARES  
 ARMIDA ESTHER GARCIA  
 CECILIA RAMOS  
 LORENA MENA  
 TERESA DE JESUS AYALA  
 MARIBEL RAMOS  
 JUAN AMILCAR QUINTEROS  
 EMMA DE PEREZ  
 JORGE A. SANTILLANA  
 MARTA ISOLINA RAMIREZ  
 HENRRY MISAEL CRESPIN  
 ADELA YANIRA RODRIGUEZ  
 ELENA HERNANDEZ HURTADO  
 PEDRINA RIVERA  
 SANTOS LAINEZ  
 BONIFACIA ASCENCIO  
 CARLOS MOISES FIGUEROA  
 ELENA HERNANDEZ HURTADO  
 HAYDEE DE ESCOBAR  
 JORGE ROBERTO CRUZ G  
 SANDRA ASCENCION  
 EDWIN GALVAN VANEGAS  
 NOEL BARILLAS  
 JOSE MARIA JIMENEZ

ADIPRON

AMSS  
 APROCSAL  
 APROSAI  
 APROSAI  
 ARZOBISPADO  
 ARZOBISPADO  
 ARZOBISPADO  
 ASOC INSP DE SANEAMIENTO  
 C A P S  
 C I R E S  
 CENT ANT PSICOSOCIAL  
 D U A  
 D U A  
 F U M A  
 F U M A  
 F U M A  
 F U M A  
 F U M A  
 F U M A  
 F U M A  
 FUNCAEDES  
 FUNCAEDES  
 FUNDACION OLOF PALME  
 FUNDASIDA  
 FUNDASIDA  
 FUNDASIDA  
 FUNSAIPRODESE  
 FUNSAIPRODESE  
 FUNSAIPRODESE  
 FUNSAIPRODESE  
 FUNSAIPRODESE  
 FUNSAIPRODESE  
 FUNSAIPRODESE  
 M S P.A.S  
 M S P.A.S  
 MEDICINA UES  
 MINISTERIO SALUD PUBLICA  
 P N U D  
 VISION MUNDIAL



SI EL REMEDIO ES DE TODOS, ES MEJOR



**CIUDADANOS  LA SALUD**

# GLOSARIO

## **Atencion Primaria de Salud (APS)**

La atencion primaria de salud (APS) es la asistencia sanitaria basada en metodos y tecnologias cientificamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participacion y a un costo que la comunidad y el pais puedan soportar con autorresponsabilidad y autodeterminacion. La atencion primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud (del que constituye la funcion central y el núcleo economico de la comunidad, llevando la atencion de salud lo mas cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas (Declaracion de Alma Ata 1978)

## **Concertacion**

Participacion de diversos actores que representan a grupos sociales e instituciones sectoriales en procesos de discusion y construccion sobre lo que se debe hacer para alcanzar un objetivo sobre las formas para lograrlo y sobre los compromisos y responsabilidades que es necesario asumir para alcanzar las metas convenidas. Los participantes legitiman y vuelven propias las decisiones tomadas

## **Consenso**

Evento democratico donde se equilibran las razones por el sentido que le hacen a la gente y no por el prestigio o la autoridad de quien las propone o sustenta

## **Contraloria Ciudadana**

Control de la poblacion de las condiciones que

intervienen en su proceso Salud Enfermedad Atencion

## **Descentralizacion**

Transferencia de competencias gerenciales recursos humanos financieros y de responsabilidad en la toma de decisiones desde el nivel central hacia la periferia, que permitan actuar con autonomia siguiendo normas establecidas

## **Estrategia**

Forma de implementacion de una politica. Sirve de enlace entre la politica y el proceso de planificacion

## **Factibilidad**

Capacidad de que una accion o intervencion resulte operativa en un contexto que le es propio. Se habla de factibilidad legal economica, tecnica socio cultural, etica

## **Financiamiento Mixto**

La financiacion de los servicios es compartida por el Estado, la seguridad social la empresa privada y los usuarios que tienen capacidad de pago

## **Grupos Especiales de Pacientes**

Grupo de personas que adolecen o presentan secuelas de enfermedades que limitan sus capacidades y habilidades para desenvolverse con normalidad

## **Modelo de Atencion de Salud**

Busqueda de una mejor administracion del sistema para que todos los recursos de salud

publicos y privados se complementen para lograr mejores servicios. La población también participa en el proceso de gestión de salud.

### **Modernización**

Política inspirada por la corriente neoliberal que comprende desarrollo gerencial, reordenamiento institucional, simplificación administrativa, privatización y en algunos casos la coordinación y manejo de la cooperación técnica internacional. Las formas de aplicar la modernización pueden ser:

- a) Modernización como equivalente de privatización
- b) La modernización como reducción del aparato de Estado y
- c) La modernización como reducción del gasto público

### **Participación Social**

La comunidad y los individuos dejan de ser objeto de atención y se convierten en actores que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud y asumen responsabilidades específicas ante ella.

### **Políticas de Salud**

Proposiciones generales que sirven para la orientación y conducción del sistema de servicios de salud.

### **Privatización de los Servicios de Salud**

La modernización se lleva al extremo de dejar que sea el mercado el regulador de los recursos y de las políticas públicas de la prestación de servicios de salud, sin responsabilidad en cuanto a evaluar impactos de esta medida.

### **Reforma del Sector Salud**

Proceso orientado a introducir cambios sustanciales en la estructura y funciones del sector salud, cuyo propósito es satisfacer las necesidades de salud de la población, volviendo equitativa la distribución de los servicios, eficiente su gestión y efectivas sus prestaciones. No significa privatización.

### **Sostenibilidad**

Todas aquellas acciones previstas que pueden garantizar la continuidad y permanencia de los resultados de un proyecto entre los beneficiarios y que contribuyan a mejorar su calidad de vida, considerando la protección del ambiente y previendo acciones para no afectarlo.

### **Sostenible**

Proceso de cambio en que la explotación de recursos, la dirección de la inversión, la orientación del desarrollo tecnológico y de los cambios institucionales están en armonía.

### **Sustentabilidad**

Capacidad del sistema sanitario para cubrir a partir de recursos sanitarios propios las necesidades en salud de la población y contribuir así al crecimiento social, al aumento de la calidad de vida y de esa manera disminuir la dependencia externa.

### **Viabilidad**

Disponibilidad de poder acumulado suficiente para decidir que los procesos se lleven a cabo y mantener esa decisión durante la ejecución.

Producido por **KORREKTO**  
Impreso en Tipografía Offset Laser  
SAN SALVADOR EL SALVADOR C A JULIO DE 1999