Comisión Nacional de Seguimiento
a la Propuesta de Reforma Integral de Salud

ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS COMISIONES ESPECIALES

Este es un Documento de Trabajo, por lo que no puede ser divulgado ni citado.
Uso estrictamente interno.

San Salvador, El Salvador, Octubre de 2004

ANTECEDENTES

Uno de los primeros esfuerzos e iniciativas en el contexto de buscar definir una propuesta para la organización del sistema de salud en El Salvador lo constituyó el documento "La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia. Informe Final", publicado en 1994 por el Grupo de Análisis del Sector Salud de El Salvador, mejor conocido como Grupo ANSAL[1], en el que se proponía un sistema nacional de salud único, recomendando la transferencia de los hospitales del MSPAS y del ISSS al sector privado y como alternativa planteaba que de seguir el patrimonio en manos del Estado debía rehabilitarse la planta física y el equipamiento, así como aumentar el financiamiento y modificar la forma de pago pasando a pagos per cápita. La propuesta incluía la implementación de fondo únicos de salud o nacionales (universal y obligatorio), modalidades de copago, focalización del gasto, reorganización de la atención primaria en salud, la definición de dos canastas de servicios y la selección de usuarios con base a su capacidad de pago.

En el siguiente año, 1995, el Grupo de Reforma del Sector Salud, comisionado por la Comisión Intersectorial de Salud, presenta el "Documento Guía para la Reforma del Sector Salud en El Salvador"[2], con un planteamiento en el que se promovía la participación del sector privado en la provisión de servicios de salud.

Por Decreto Presidencial, el 26 de marzo de 1998 se integró la comisión Nacional de Salud (CONASA), que en febrero de 1999 presentó una "Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador"[3]. En esta propuesta se planteaba el establecimiento de un seguro general obligatorio, contando con opciones de seguro privado. Proponía la organización en sistemas sanitarios con autonomía de gestión; asimismo, un Consejo Nacional de Salud como asesor del MSPAS y la creación de un Fondo de solidaridad para la Salud, operado a través de un consorcio bancario. Para las relaciones comerciales con los proveedores operarían los contratos de gestión.

Simultáneamente, la Comisión Nacional de Desarrollo (CND) organizó diecinueve mesas de trabajo para abordar temas relevantes para la elaboración del Plan de Nación; la mesa trece[4] abordó el tema "Reforma del Sistema de Salud", resultados que se publicaron en el documento "Temas Claves para el Plan de Nación. Consulta Especializada". Se puso en relevancia cuatro temas a considerar: recursos humanos, medicamentos, financiamiento y marco legal; asimismo, puso de manifiesto la importancia de fortalecer al sector público y una desconcentración del mismo a través de los sistemas sanitarios. Propuso la formación de un Fondo Nacional de Solidaridad, con una gestión en manos del sector público, normado por un Consejo Nacional de

[1] El Grupo ANSAL fue un equipo técnico especializado y estuvo conformado por diversos entes cooperantes, entre ellos banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de América y la Organización Panamericana de la Salud.
[2] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, enero de 1995.
[3] Este grupo estuvo conformado por representantes de sectores representativos del país: un ex –ministro de salud, un representante de la sociedad de Odontología, la Universidad DR. José Matías Delgado, el Hospital Centro de Diagnóstico (privado) y la Asociación Nacional de la Empresa Privada (ANEP).
[4] Entre sus miembros se incluyeron representantes del MSPAS, Colegio Médico de El Salvador, Universidad de El Salvador, ONG's, con el apoyo de la OPS/OMS.

Salud y operado a través de acuerdos de gestión por los sistemas sanitarios con participación comunitaria.

En junio de 1999, es presentada públicamente la "Propuesta Ciudadana por la Salud"[5], elaborada por diversos actores sociales, entre ellos el Colegio Médico de El Salvador, el SIMETRISSS y otros. En esta propuesta se destacaban: la rectoría del MSPAS, aumento de la cobertura a través de la ampliación e cotizantes al ISSS (sector informal y campesino), un modelo de provisión mixta con participación privada complementaria al rol público. Destacaba además la creación de un Fondo Nacional de Solidaridad administrado con participación de la sociedad civil.

En el mismo año, el Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (STISSS) propuso un "Modelo de Protección Social para El Salvador"[6]. En este documento se ponía en relevancia la rectoría del MSPAS y el rol protagónico de ISSS como asegurador, financiador y principal proveedor de los servicios de salud (ello implicaba el traslado gradual de los establecimientos del MSPAS al ISSS). Asimismo, enfatizaba la participación privada en la provisión de servicios de salud bajo la modalidades de contratación de ONG's, hospitales y clínicas privadas, empresas de trabajadores, iglesias y otros, inclusive entidades con fines de lucro, en tanto que se conduzcan bajo el principio de seguridad social. En cuanto al tema del financiamiento, esta propuesta planteaba la eliminación del techo de contribución y aumento de la cotización, transferencias estatales para financiar a los sectores sin capacidad de pago, mantenimiento de las cotizaciones patronales y laborales y a la aplicación de impuestos progresivos. Planteaba, asimismo, la elaboración participativa de una Política Nacional de Salud.

En julio de este mismo año, 1999, la Fundación para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES) presentó el documento "La Organización del Sistema de Salud en El Salvador: una propuesta de Reforma". Cabe resaltar que esta propuesta coincidía con el planteamiento hecho por el grupo ANSAL en cuanto a señalar la ineficiencia del sector público y se distancia de los planteamientos relativos al fortalecimiento de las instituciones gubernamentales. Asignaba al estado tan solo una función reguladora, convirtiendo al ISSS en una superintendencia. Plantaba un seguro de salud obligatorio, provisto por entidades privadas, que también proveerían los servicios de salud. Se incluía un paquete básico financiado total o parcialmente por el Estado, quien también determinaría los criterios e elegibilidad para la población subsidiada y fijaría las primas de seguro a pagar por esta población. La población no subsidiada pagaría sus gastos del bolsillo y las primas para esta población serían fijadas por las aseguradoras.

Integrado en julio de 1999[7], el Consejo de Reforma del Sector Salud presentó en Diciembre de 2000 a la Presidencia de la República, la "Propuesta de Reforma Integral de Salud"[8], con el propósito de contribuir a los esfuerzos para mejorar la respuesta

[5] Este esfuerzo incorporó actores de distintas instituciones y sectores, entre ellos sindicaos y organizaciones de trabajadores de salud, gremios, empresas privadas de la salud, líderes comunales, ONG's, alcaldías y otros.
[6] El traspaso gradual de las instalaciones del MSPAS al ISSS implicaba una reorganización, adecuación operativa y fortalecimiento institucional.
[7] Consejo de Reforma integral de Salud, Decreto Ejecutivo No, 15, del 20 de julio de 1999.
[8] Consejo de Reforma integral de Salud, 15 de diciembre de 2000.

organizada a las necesidades de salud de la sociedad mediante un proceso participativo que guíe la transición.

Esa propuesta definía los objetivos en el corto y largo plazo. En el corto plazo se contempla fortalecer la capacidad rectora del Ministerio de Salud, fortalecer el primer nivel de atención y optimizar el segundo y tercer nivel, otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta y aumentar la calidad, calidez y eficiencia en la provisión de los servicios de salud. En el largo plazo se pretende lograr la consolidación de un Sistema Nacional de Salud que amplíe y mejore la prestación de los servicios en los tres niveles de atención a la totalidad de la población, promoviendo la articulación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Salvadoreño del seguro Social (ISSS), el subsector privado y la complementariedad entre los proveedores. En síntesis, fortalecer un nuevo modelo de salud en el que se prioricen la equidad, la solidaridad y el acceso a la atención.

Para dar cumplimiento a esta visión, el Consejo propuso nueve lineamientos generales sobre los cales basar la construcción del nuevo modelo de salud:

1. Consolidar un Sistema Nacional de Salud.
2. Consolidar un modelo de atención basado en la promoción, la prevención y la atención primaria en salud.
3. Consolidar un modelo de provisión mixta.
4. Consolidar un modelo de gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud.
5. Institucionalizar la participación social como un eje transversal del sistema de salud.
6. Promoverla descentralización como un eje transversal del sistema de salud.
7. Invertir en los recursos humanos para la salud.
8. Fortalecer la intersectorialidad en la respuesta social organizada a los retos en salud.
9. Garantizar servicios esenciales de salud a toda la población.

En la propuesta quedó definido que a la base de estos nueve lineamientos generales, se encuentran dos aspectos en los que se debe sostener el sistema de salud: el aspecto financiero y el legal, los cuales no se desarrollaron en el documento.

Hacia finales del año 2002, a iniciativa de la Presidencia de la República, se presenta el documento “Democratización del Sistema Previsional de Salud”. Esta iniciativa proponía una amplia participación del sector privado.

Para dar continuidad a la propuesta presentada por el Consejo de Reforma, en junio de 2003 se creó la **Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud**[9], como un organismo multidisciplinario, intersectorial de alto nivel que tiene como misión dar seguimiento a lo planteado en el documento “Propuesta de Reforma Integral de Salud”, producto del trabajo del Consejo de Reforma del Sector Salud y enmarca su trabajo en el seguimiento político a la reforma.

[9] Decreto No. 51, Diario Oficial Tomo No. 359, No. 116, 25 de junio de 2003.

El Plan de Gobierno 2004-2009[10], ha dejado establecido como uno de sus elementos fundamentales, un estilo de Gobierno que profundice en la gobernalidad en democracia, particularmente en lo relativo a la formulación de políticas integradas e integradoras y una revalorización de la función pública.

Destacan en la visión de país elementos tales como la consecución del bien común, fortaleciendo la solidaridad social, la responsabilidad social de la empresa y la subsidiaridad estatal.

En dicho plan, el área de gestión número doce, Salud: Calidad y Cobertura Universal, hace alusión a la necesidad de extender la cobertura de servicios hacia zonas aisladas del país y focalizar esfuerzos en los aspectos preventivos. Hace especial énfasis en el propósito de llevar a cabo una reforma del sector salud que conduzca hacia un sistema nacional de salud eficiente y consolidado, funcionando descentralizadamente y que permita alcanzar cobertura universal y garantice la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos.

El plan de trabajo coloca en relieve los siguientes aspectos:

- Descentralización de los servicios de salud a través de los SIBASI
- Impulso a la reforma integral de salud
- Ampliación de cobertura a las áreas rurales del país
- Promoción de programas de calidad
- Disminución de la mortalidad materna e infantil
- Integración de los servicios prestados por el ISSS y el MSPAS en una misma instalación

Entre otros.

[10] "País Seguro", Plan de Gobierno 2004-2009, Presidente Elías Antonio Saca.

PRINCIPIOS Y VALORES PARA LA REFORMA INTEGRAL DE SALUD

La CNSPRIS reconoce que los principios y valores en los que debe fundamentarse el desempeño del sistema de salud y que por lo tanto deberán regir los cambios que mejoren la respuesta organizada a los retos que enfrenta El Salvador en materia de salud, son los mismos que emanaron de la sociedad a través de la Propuesta de Reforma Integral de Salud y que son los siguientes:

Ciudadanía. Tomar como base el hecho de que el acceso a los servicios de salud es un derecho social de todos los salvadoreños.

Humanismo. Poner a la persona y su familia como centro y eje del sistema de salud en tanto que motivo y fin último del mismo.

Respeto. Enfatizar la consideración y deferencia para con el usuario de los servicios de salud, independientemente de su estatus social, identidad cultural, sus condición económica y de las opciones de las personas. Los trabajadores de salud están obligados a brindar un trato digno y justo a los/as usuarios / as.

Ética. Los actores del Sistema están comprometidos por su profesión y con el derecho a la salud de la población fundamentado en la visión de desarrollo humano sostenible.

Calidez. Garantizar un trato humano, amable y cálido al paciente, como norma de conducta.

Universalidad. Derecho de todos los individuos a recibir atención independientemente de su situación socioeconómica, religiosa, étnica, política, o preferencia sexual.

Equidad. Garantizar que, ante una misma necesidad de salud, toda persona salvadoreña, sin discriminación de ningún tipo, tenga acceso a los mismos servicios.

Solidaridad. La salud de todos es responsabilidad de todos.

Subsidiaridad. El estado financiará los servicios de salud a la población de acuerdo con su capacidad de pago e independientemente de su riesgo de salud, así la inversión en salud contribuye al desarrollo humano sostenible.

Accesibilidad. Facilitar el acceso a los servicios de salud y eliminar las barreras geográficas, socio-económicas y culturales.

Calidad. Procurar que los servicios produzcan el máximo mejoramiento posible en los niveles de salud de la población, y satisfacer las expectativas de los los/as usuarios / as con una atención buena, efectiva, oportuna, continua, humana, cortés y respetuosa.

Integralidad. Procurar el cuidado a la salud desde una perspectiva holística que considere a la persona en su contexto biológico, psicológico, social y cultural.

Eficacia. Lograr el objetivo del servicio sobre los usuarios / as del mismo, dando prioridad a aquellas intervenciones encaminadas a obtener los mejores resultados a la brevedad posible.

Eficiencia. Obtener el mayor nivel posible de salud para toda la población con los recursos que la sociedad asigne a este fin.

Oportunidad. Procurar que la respuesta organizada a las necesidades de salud de la población sea eficaz y expedita.

Democracia. Procurar la participación activa de la sociedad en la toma de decisiones relacionadas con la definición y funcionamiento del sistema de salud.

OBJETIVOS DE LA CNSPRIS

Los esfuerzos de la CNSPRIS están orientados en el marco de contribuir a organizar y consolidar un Sistema Nacional de Salud que amplíe y mejore la prestación de servicios de saluden los tres niveles de atención a la totalidad de la población para satisfacer sus necesidades, reducir las desigualdades y controlar y regular el uso de los recursos.

Para ello, la Comisión ha establecido como objetivo general de su trabajo garantizar el proceso de reforma integral de salud y abrir los espacios de debate y consulta para alcanzar la viabilidad social y política, así como la factibilidad técnica y financiera de este proceso.

A partir de este planteamiento, la Comisión ha identificado y establecido los mecanismos que permitan establecer la estructura de conducción y operación para la reforma de salud y construir su viabilidad política, social y técnica; asimismo, se trabaja en la definición y desarrollo del modelo de financiamiento, el marco legal y la política de recursos humanos de la Reforma Integral de Salud para ampliar la cobertura de servicios de salud a la población, mejorar la calidad de la atención y de los servicios de salud, así como garantizar la equidad de la atención. Con ello, se busca responder al compromiso de ampliar sobre los temas que quedaron inconclusos en la propuesta de reforma del Consejo.

La reforma de salud exige llegar a consolidar un Sistema de Salud que responda a los siguientes objetivos estratégicos:

- **Ampliar la cobertura de los servicios de salud** a la población en los tres niveles de atención, priorizando la atención en el primero y segundo nivel en un marco que privilegie la atención integral, basado en la atención primaria en salud con énfasis en la Promoción de la Salud y la prevención del riesgo y el daño;

- **Mejorar la calidad de la atención y de los servicios de salud**, considerando como eje del modelo de atención a la persona, la familia y la comunidad; garantizando la calidez y la calidad de la relación con los usuarios de los servicios de salud y los equipos, tecnologías y técnicas disponibles para proveer el servicio; y

- **Garantizar la equidad de la atención y del acceso a los servicios de salud**, privilegiando al ser humano en su contexto biológico, psicológico y social, con especial énfasis en los más vulnerables en el corto plazo y a al población en general con la participación de todo el sector y otros sectores vinculados, bajo el principio de la solidaridad.

CONFORMACIÓN DE LA CNSPRIS

Según Acuerdo Ejecutivo No. 219, del 7 de Octubre de 2004, Publicado en el Diario Oficial el 19 de Octubre del mismo año, la Comisión quedó integrada de la siguiente manera:

a) **Dr. José Guillermo Maza Brizuela**, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, quien la preside; Suplente: Dr. José Ernesto Navarro Marín, Viceministro de Salud.

b) **Ing. Jorge Mariano Pinto Guardado**, Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; Suplente: Dra. Elba Marjorie Fortín de García, Subdirectora de Salud.

c) **Dr. Rafael Cedillos**, representante de las Universidades con Programas de Maestría en Salud Pública; Suplente: Dr. Álvaro Ernesto Pleités Morán, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Evangélica de El Salvador.

d) **Lcda. Carmen Estela Pérez Gómez**, representante de la Asociación Nacional de la Empresa Privada; Suplente: Lic. José Mario Ancalmo Morán.

e) **Dr. Alcides Gómez**, representante del Colegio Médico de El Salvador; Suplente: Dr. Rodolfo Alfredo Canizález Chávez.

f) **Dr. Ricardo Hernández**, representante por las otras gremiales profesionales de la salud; Suplente: Dra. Teresa Flores Quiñónez.

g) **Dr. Isaías Cordero del Cid**, representante por las Asociaciones de Trabajadores y Sindicatos de la Salud; Suplente: Lcda. Sara Rebeca López de Guzmán.

h) **Lic. Margoth Idalia Ramos de Cáceres**, representante de la Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador; Suplente: Lcda. Luz. Amanda Interiano.

i) **Lcda. Celina de Choussy y Dr. Benjamín Valdez**, representantes de la Sociedad Civil designados por el Presidente de la República; Suplentes: Dra. Marina Ávalos y Lic. Humberto Rivera Bauz.

Adicionalmente, la Comisión cuenta con el apoyo de **Dr. Gerson Gómez**, quien funge como Secretario Ejecutivo de la Comisión.

CONFORMACIÓN DE COMISIONES ESPECIALES

La conformación de Comisiones Especiales de la CNSPRIS tiene como marco legal el Decreto Ejecutivo No. 66 del 2 de septiembre del año 2003, que reforma el Art. 4 del Decreto Ejecutivo No. 51.

Las Comisiones Especiales están conformadas por:

- Algunos Directores Propietarios de la Comisión,
- Algunos Directores Suplentes,
- Contrapartes Institucionales: MSPAS, ISSS, etc.
- Expertos Nacionales invitados.

Ver anexo 3.

La coordinación de las comisiones está a cargo de un Miembro Propietario y cuentan con la asesoría técnica y el apoyo logístico por parte de la Secretaría Ejecutiva.

La intención de la CNSPRIS es que las Comisiones Especiales aglutinen a todos aquellos que puedan aportar constructivamente al proceso y que se constituyan en un espacio ampliado de participación. Las decisiones finales sin embargo se concentran en la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. Esta disposición obedece a la convicción de los miembros de la CNSPRIS de que es necesario ampliar la participación para contribuir a la viabilidad de la Reforma, pero esto requiere de una coordinación y dirección acertada para que el proceso de consulta no se vuelva inmanejable e improductivo.

En la conformación de las Comisiones Especiales se ha buscado un balance en la representatividad para la participación de diferentes actores, complementario a los miembros de la CNSPRIS.

La Comisión, a través de los Coordinadores, con el apoyo del Secretario Ejecutivo, orientará el trabajo a realizar, de modo que se identifiquen claramente los productos requeridos y los elementos mínimos para el análisis previo que debe realizarse en conjunto con los diferentes miembros de las Comisiones Especiales.

Se parte del supuesto que la ejecución de la Reforma de Salud requiere de al menos tres niveles:

- El **nivel decisorio** representado por la CNSRIS y el consenso alcanzado en la Propuesta de Reforma Integral de Salud (PRIS). A este nivel se tomarán las decisiones de nivel político sobre el qué de la reforma y se darán lineamientos generales sobre el como. En este sentido, en principio la CNSRIS debe llenar los vacíos de decisiones sobre política que no se lograron cumplir en la PRIS para lo cual conformará espacios adicionales de participación para los temas que así lo requieran (este es el caso de las Comisiones Especiales). Los principales vacíos de política, tal como lo reconoce la PRIS se refieren al financiamiento del Sistema, su marco legal y el desarrollo de los Recursos Humanos, pero adicionalmente la CNSPRIS ha establecido como líneas de acción la Participación Ciudadana y la Organización del Sistema de Salud, incluyendo la extensión de cobertura.

- El **nivel conductor** representado de acuerdo al consenso alcanzado por el Ministerio de Salud, rector del Sistema. Este nivel requiere de una estructura ad hoc que se encargue de la conducción de la reforma, en la que debiera involucrarse a los niveles directivos de otras instituciones bajo la figura de una Comisión Ejecutiva o similar.

- El **nivel operativo**, al interior de las diferentes instituciones que conforman el sector. Puede requerirse de estructuras ad hoc que apoyen el proceso e incluso requerirse proyectos específicos, con recursos propios, para implementar algunos cambios estructurales.

Dado que el nivel decisorio requiere de insumos para tomar decisiones informadas, la CNSPRIS ha acordado conformar Comisiones Especiales bajo las siguientes líneas de acción, con el objeto de generar dichos insumos, contribuyendo así a llegar a un mayor nivel de definición en temas claves y dar un mayor impulso a la Reforma:

1. Aspectos jurídico-legales, Regulación y Rectoría,
2. Recursos Humanos,
3. Participación Ciudadana,
4. Organización del Sistema de Salud y Extensión de Cobertura y
5. Financiamiento

Los lineamientos de la Propuesta de Reforma Integral de Salud son la principal orientación que requiere el trabajo, tanto de la CNSPRIS como de sus Comisiones Especiales. En este sentido, a continuación se presentan la relación existente entre los diferentes lineamientos de la Propuesta de Reforma Integral de Salud y las respectivas Comisiones Especiales. Esta relación es de carácter demostrativo, ya que en realidad es difícil establecer fronteras claras entre un lineamiento y otro, y la Propuesta debe ser considerada en su conjunto por todas las Comisiones.

DISTRIBUCIÓN DE RESPONSABILIDADES POR LINEAMIENTO COMO MARCO DE REFERENCIA PARA EL TRABAJO DE LAS COMISIONES ESPECIALES

COMISIÓN ESPECIAL	LINEAMIENTO PRIS
Aspectos Jurídicos-legales, Regulación y Rectoría	I. Consolidar un Sistema Nacional de Salud. IV. Consolidar un modelo de gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud. Y el numeral 4.3.2
Recursos Humanos	VII. Invertir en los recursos humanos para la salud, como un elemento central del cambio y gestión del sistema de salud.
Participación Ciudadana	V. Institucionalizar la participación social como un eje transversal del sistema de salud. VIII. Fortalecer la intersectorialidad en la respuesta social organizada a los retos en salud.
Organización del Sistema de Salud y Extensión de Cobertura	II. Consolidar un modelo de atención basado en la promoción, la prevención y la atención primaria en salud. III. Consolidar un modelo de provisión mixta. VI. Promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud. IX. Garantizar servicios esenciales de salud a toda la población.
Financiamiento	Todos los lineamientos y el numeral 4.3.1

Dado que es necesario compartir un marco conceptual que facilite las comunicaciones entre los diferentes miembros de las Comisiones Especiales, en el Anexo 3 se presenta un marco conceptual para la verificación del avance del proceso de reforma, bajo la óptica de la PRIS.

Anexo 1

Los Principios y Valores

- Ciudadanía
- Humanismo
- Respeto
- Ética
- Calidez
- Universalidad
- Equidad
- Solidaridad
- Subsidiaridad
- Accesibilidad
- Calidad
- Integralidad
- Eficacia
- Oportunidad
- Democracia

Fuente: Propuesta de Reforma Integral de Salud. Consejo de Reforma del Sector Salud. 2001.

La mayoría de principios y valores que plantean para la Reforma privilegiarían a los sectores más pobres de la sociedad.

En la Propuesta se definen los principales componentes de la Reforma con cuatro ejes transversales: la descentralización, la inversión en recursos humanos, la participación social y el fortalecimiento del marco legal y su aplicabilidad.

Uno de los lineamientos, el número IX, reconoce a la salud como un derecho y es el que mayores implicaciones tiene para la salud de los más pobres, pues plantea que deben garantizarse servicios esenciales de salud a toda la población.

Estos constituyen los retos que el Consejo de Reforma del Sector Salud planteó como razones para reformar el sistema de salud en El Salvador.

Los Retos en Materia de Salud

- **Equidad y cobertura insuficientes.**
- **Poca calidad y limitada eficiencia.**
- **El marco legal no se aplica adecuadamente.**
- **Segmentación e insuficiente coordinación interinstitucional.**
- **Centralismo.**
- **Incipiente participación social.**

Fuente: Propuesta de Reforma Integral de Salud. Consejo de Reforma del Sector Salud. 2001.

Anexo 2

COORDINADORES DE LAS COMISIONES ESPECIALES

- **Asuntos Legales, Regulación y Rectoría:**

Dr. Benjamín Valdez, CNSPRIS (Coordinador)

- **Desarrollo de Recursos Humanos en Salud:**

Dr. Rafael Cedillos, CNSRIS (Coordinador)

- **Participación Ciudadana:**

Dr. Isaías Cordero del Cid, CNSPRIS (Coordinador)

- **Organización del Sistema de Salud y Extensión de Cobertura:**

Lcda. Celina de Choussy, CNSPRIS (Coordinadora)

- **Financiamiento:**

Dr. José Ernesto Navarro Marín, CNSPRIS (Coordinador)

Anexo 3

CONFORMACIÓN DE LAS COMISIONES ESPECIALES

Asuntos Legales, Regulación y Rectoría:

- Dr. Benjamín Valdez
- Licda. Carmen Estela Pérez Gómez
- Licda. Margoth Idalia Ramos de Cáceres
- Dr. José Roberto Rivas
- Licda. Marisol de Samayoa
- Dr. Mauricio Ventura Centeno
- Lic. Ernesto Chamorro
- Lic. Daniel Quinteros
- Lic. Fausto Payés
- Lic. Javier Castro De León
- Lic. Rubén Arauz
- Lic. Cristina Moisa
- Dra. Teresa Flores Quiñónez

Desarrollo de Recursos Humanos en Salud:

- Dr. Rafael Cedillos
- Licda. Judith de López
- Dr. Samuel Dueñas
- Licda. Yanira Calderón
- Dra. Mirna Evelyn de Contreras
- Dra. Zoila Aminta Menjívar
- Licda. Magaly Rojas de Melgar
- Licda. Margoth Idalia de Cáceres
- Dr. Ernesto A. Selva Sutter
- Dr. Álvaro Ernesto Pleités
- Dr. José Raúl Morán Tejada

Participación Ciudadana:

- Dr. Isaías Cordero del Cid
- Dr. Alcides Urbina
- Dra. Marina Ávalos
- Dra. Marjorie Fortín
- Dra. Sara Liset Granadino
- Sra. Elsa Morales
- Dr. Carlos René Fernández
- Licda. Hilda Cecilia Méndez
- Lic. Humberto Rivera Bauz

Organización del Sistema de Salud y Extensión de Cobertura:

- Licda. Celina de Choussy
- Dr. Alcides Urbina
- Dra. Rhina de Ortiz
- Dra. Teresa Flores Quiñónez
- Dra. Marina Ávalos
- Licda. Maura de Montalvo
- Dr. Rodolfo Canizález
- Tte. Cnel. René Valdez Godoy
- Licda. Luz Amanda Interiano
- Dr. Edgar Martínez
- Dr. Simón Baltazar Agreda

Financiamiento:

- Dr. José Ernesto Navarro Marín
- Licda. Gloria Miriam Rubio
- Licda. Milagro de Lemus
- Dra. Danneth Luz Quijano de Flores
- Lic. Carlos Argueta
- Licda. Elvira de Alfaro
- Lic. Edgardo Pineda
- Lic. Manuel Rosales
- Lic. Ricardo Vidal
- Dr. Roberto Tobar Ponce
- Cnel y Lic. William Bermúdez Castaneda
- Ing. Waldo Jiménez

Anexo 4

MARCO CONCEPTUAL PARA LA VERIFICACIÓN DEL AVANCE DEL PROCESO DE REFORMA

LINEAMIENTO	PRINCIPIO O VALOR (OBJETIVOS)	VARIABLES PRINCIPALES	INDICADORES, DATOS Y OTROS PRODUCTOS DEL AVANCE
I	Ciudadanía Humanismo Ética Calidad (incluye respeto, calidez y eficacia) Equidad Eficiencia	Efectividad Acceso Universal Unificación del Sistema Percepción de Usuarios Investigación	Mejoras en el Estado de Salud: Mortalidad Materna, Mortalidad Infantil, bajo peso al nacer. Separación de funciones (regulación, financiamiento, aseguramiento, provisión), Nuevas instituciones, Rendición de cuentas.
II	Calidad Integralidad	Acceso Cultural Integralidad Calidad Prevención	Cambios o adecuación de programas con base a género, grupos indígenas y otras minorías, grupos de edad, etc. Normas y protocolos, planes de habilitación / acreditación / calificación profesional Gestión de la Calidad, disponibilidad de insumos (medicamentos), sistema de referencia-retorno, infecciones nosocomiales.
III	Oportunidad Equidad	Acceso Físico Capacidad de Resolución Disponibilidad de Recursos Materiales y Humanos Participación de privados (con y sin fines de lucro) Complementariedad	Ampliación de la red de servicios Utilización (encuesta de Hogares) Disponibilidad de recursos humanos (# por población) Disminución de las barreras funcionales de acceso/ mejora a los servicios. Listas y tiempos de espera Convenios/ compromisos de gestión. Nuevas modalidades de atención (Ej. Hospital sin paredes)
IV	Calidad Equidad Eficiencia	Regulación Dirección Promoción de la Salud Movilización Social Modalidades de gestión Privada Alianzas y redes	Políticas de alcance nacional, Planes Estratégicos, Definición de prioridades Nueva organización/ estructura del MSPAS. Políticas y Estrategias de Promoción de la Salud Gestión de recursos alternativos Convenios o contratos de administración de servicios con ONG´s, alcaldías, u otros.

LINEAMIENTO	PRINCIPIO O VALOR (OBJETIVOS)	VARIABLES PRINCIPALES	INDICADORES, DATOS Y OTROS PRODUCTOS DEL AVANCE
V	Democracia	Calidad Percibida Toma de decisiones de forma participativa Control Social Corresponsabilidad	Satisfacción de usuarios Orientación del servicio al usuario / inclusión del usuario
VI	Eficiencia Equidad	Implementación del modelo SIBASI Descentralización administrativa y financiera	Rendimiento (mejoras en el), costo promedio consulta / egreso, % del gasto en personal / medicamentos, % del gasto público (Presupuesto), asignaciones al primer nivel, sistema de referencia y retorno, promedio de días estancia, porcentaje de ocupación de camas, nuevos métodos de asignación de recursos, prevención de patologías de alta prevalencia. Modelo de descentralización (niveles, roles, competencias y organización por nivel), documentación legal (ley, reglamento del ejecutivo o decreto ejecutivo) que defina lo anterior, Estructura presupuestaria (formulación, ejecución, rendición de cuentas) en la Ley General de Presupuesto; Manuales de Organización, procesos y procedimientos, personal, administrativos y de auditorias definiendo: la gestión y administración de recursos financieros, humanos y materiales, la gestión de las adquisiciones y contrataciones (Recursos humanos, bienes y servicios), la administración de los activos y almacenes (políticas de inventario, administración de activo fijo y manejo de inventarios y bodegas) y la rendición de cuentas (auditoria interna del MSPAS, auditorias externas, Corte de Cuentas, Contraloría Social).
VII	Calidad Equidad	Evaluación del Desempeño Incentivos/ estímulos Capacitación y desarrollo Acreditación Distribución de RRHH	Modificaciones al proceso de formación, planificación de RRHH, modificaciones a la práctica de las disciplinas, gestión de recursos humanos (descentralización y otros cambios), participación de los trabajadores en la Reforma, incentivos.

LINEAMIENTO	PRINCIPIO O VALOR (OBJETIVOS)	VARIABLES PRINCIPALES	INDICADORES, DATOS Y OTROS PRODUCTOS DEL AVANCE
VIII	Equidad	Aportes de otros sectores a la provisión de servicios. Cobertura de Servicios Básicos (letrinización y agua potable) y Vivienda	Planes Nacionales de carácter intersectorial, tareas conjuntas, experiencias de respuestas intersectoriales (Comités, comisiones, convenios, cartas compromiso, actas de acuerdos, etc.) Proyectos de letrinas y agua potable, vivienda pos terremotos (VIVISAL y Villa Centenario).

IX	Universalidad Equidad	Cobertura de poblaciones vulnerables Alianzas para incrementar el acceso	Estrategias de ampliación de cobertura, subsidios, coeficiente de Gini, utilización (o acceso) por grupo de ingreso (ratio), uso de servicios subsidiados, gratuidad de los servicios en el primer nivel, coberturas de programas prioritarios, % de defunciones / episodios de enfermedad sin ninguna atención médica (encuesta de hogares), partos atendidos por personal capacitado.
Financia-miento	Solidaridad Subsidiaridad	Acceso económico Sostenibilidad Suficiencia Distribución Asignación / focalización Definición de un modelo de financiamiento	Gastos promedio de los más pobres como % de su ingreso, grado de difusión del riesgo financiero Gasto en asistencia técnica, % del gasto proveniente de impuestos, % del gasto con relación al presupuesto general, % del gasto como % del PIB, % del gasto con financiamiento externo (recurrentes y otros), capacidad de ajuste, continuidad de acciones con financiamiento externo Capacidad de gestión de préstamos externos, plan de inversión (incrementos al presupuesto en salud) % del gasto en el primer nivel y prevención, inversión en salud materno infantil. Recursos asignados a atención de grupos prioritarios. Medidas para modificar y adecuar la conformación del gasto. Información disponible sobre elementos clave para trabajar un modelo de financiamiento: estructura del sistema (sub sistemas público, seguridad social y privada), estudios de costos en el sistema de salud (por tipo de población atendida (demanda), por oferta de servicios (publico, seguridad social, privado), por niveles de atención, sistema de atención, paciente atendido); estimación de costos del sector (valor agregado del sector como componente de la Matriz Insumo Producto de El Salvador, Costo como componente del Producto Interno Bruto), valoración del sector (infraestructura de servicios: pública, seguro social y sector privado, recursos humanos (sistema de contratación), cálculo de la Tasa

			Interna de Retorno del Sistema (recuperación por sub sector), fuentes de financiamiento: público (asignación de recursos (porcentaje del PIB, porcentaje por ley y otros), Presupuesto General de la Nación, donaciones por países y organismos, préstamos), privado (cotizaciones salariales, aportaciones patronales, seguros voluntarios, seguros por accidentes de trabajo), política de inversión en el sector (subsidio a la oferta, a la demanda, programa de inversión a corto, mediano y largo plazo).
Marco Legal	Dar viabilidad a los cambios.	Salud como derecho. Leyes, reglamentos, decretos.	Definición y alcance de los derechos en el marco constitucional. Nuevas leyes, cambios propuestos o iniciativas de ley en curso.