

El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud

Logros y desafíos

“La Urgente necesidad de renovar
un compromiso global: Salud para todos, Ya!”
Maria Isabel Rodríguez, Julio de 2004

“La cobertura universal es el concepto más poderoso
que la salud pública puede ofrecer.... sobre la base
de la Atención Primaria de Salud”
Margaret Chan, Mayo de 2012

“Cada país tiene que encontrar su propio camino para el logro de la CUS,
sobre la base de su particular contexto histórico, social y económico,
y la promoción de un amplio diálogo social”
Carissa Etienne, 2013

Mayo 2014

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA EN EL CENTRO DE DOCUMENTACION UNIDAD
GESTION DEL CONOCIMIENTO MINSAL/INS/UES/OPS

WA546.1

O68 Organización Panamericana de la salud
2014 El Salvador en el camino hacia la cobertura universal de salud: Logros y desafíos/

Organización Panamericana de la Salud, OPS
1ª. ed.-San Salvador, El Salv.: OPS, 2014

82p. 28cm.

ISBN 978-99923-40-99-8

1. Servicios de Salud-2. Cobertura Universal

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Representación en El Salvador

73 Av. Sur No. 135, Colonia Escalón

San Salvador, El Salvador C.A.

www.paho.org/els

Este documento recoge los resultados del monitoreo y las evaluaciones sobre la Reforma de Salud en El Salvador convocadas por OPS/OMS y el MINSAL durante el Taller “Logros de la reforma de Salud en El Salvador y Desafíos para su Consolidación” y la Mesa Redonda sobre “Desafíos para la Sostenibilidad de la Reforma de Salud en El Salvador” de agosto 2012, y el “Taller Aportes de la Reforma a Cobertura Universal en Salud, de agosto 2013”, con participación de las instituciones del Sistema Nacional de salud, CISALUD, Foro Nacional de Salud, agencias de cooperación internacional y sociedad civil, que fueron consolidados en el documento “El proceso de reforma de salud en El Salvador y la Cobertura Universal de Salud” (MINSAL OPS/OMS), 2013. La coordinación de los talleres y de la preparación del documento estuvo a cargo de José Ruales, Representante de OPS/OMS en El Salvador, un equipo de la OPS El Salvador con el apoyo del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS preparó la metodología y desarrolló los materiales, la elaboración de textos y edición estuvo a cargo de Fernando Sacoto A., quien condujo además las entrevistas donde recogió testimonios de actores claves del proceso. El equipo técnico de la OPS que participó en la elaboración de los estudios y documentos estuvo integrado por: Gerardo Alfaro, Ramón Granados, Carlos Rosales, Rodolfo Peña, Cristian Morales, Renato Tasca, Oscar Mujica, Julio Siede, Ramiro Echeverría, Pedro López Puig, Marlon Meléndez, Gonzalo Rodríguez y Fernando Sacoto. Agradecemos a la Dra. María Isabel Rodríguez a los viceministros Dra. Violeta Menjívar y Dr. Eduardo Espinoza y al equipo técnico del MINSAL por su apoyo y participación en las etapas de diseño metodológico, en la recopilación de la información y en el análisis de resultados con la colaboración de Julio Armero, David Rodríguez, Ana Miriam Mejía, Gloria Miriam Rubio y Ernesto López.

Índice

Presentación	4
1. Introducción	
La Cobertura Universal de Salud basada en Atención Primaria de Salud	5
2. Contexto político sanitario en El Salvador	7
3. Concepto y alcances de Cobertura Universal de Salud en el marco de desarrollo de SNS	9
4. Análisis de progresos hacia la Cobertura Universal de Salud	10
4.1 Sistema Nacional de Salud	10
4.2 Preguntas cardinales para alcanzar CUS según requisitos	10
4.3 Cualidades críticas de requisitos	11
4.4 Atributos e indicadores relevantes, según requisitos	12
5. El Salvador: Logros y Desafíos en el camino hacia la CUS y el desarrollo de un SNS	19
5.1. La Visión de futuro del Sistema Nacional de Salud de El Salvador	19
5.2. La dimensión de Poder para generar el proceso hacia la CUS en ELS	22
5.3. El Financiamiento para avanzar hacia la CUS y el desarrollo de SNS en ELS	31
5.4. La Organización/Gestión y Generación de Recursos para avanzar hacia la CUS y el desarrollo de SNS en ELS.	45
6. Síntesis de Avances de ELS según requisitos	66
7. Desafíos	68
7.1 Sostenibilidad financiera	69
7.2 Sostenibilidad legal y normativa	70
7.3 Sostenibilidad institucional	71
7.4 Sostenibilidad Social	71
7.5 Síntesis de desafíos	72
Reflexiones finales	74

Presentación

El reconocimiento del derecho a la salud para todos es una de las decisiones más trascendentales para el desarrollo y progreso de todo país, su implementación efectiva mediante la construcción de un sólido sistema nacional de salud constituye un proceso de varios años en los cuales los cambios a nivel de Estado, a nivel sectorial e institucionales precisan de objetivos y estrategias claras que los orienten. La estrategia de Atención Primaria en Salud y las lecciones aprendidas en la Región de Las Américas han proporcionado las bases y elementos necesarios para el proceso de Reforma impulsado en El Salvador entre los años 2009 al 2014.

Un elemento central para materializar el ejercicio efectivo del Derecho a la Salud es la Cobertura Universal de Salud que se traduce en: capacidad para orientar y conducir al conjunto del sistema de salud y alcanzar mayores niveles de salud; abogacía y articulación de políticas públicas en pro de la salud pública; el desarrollo del conocimiento científico y de recursos humanos puestos al servicio de una atención integral de salud con equidad y calidad; un modelo de organización y gestión de los servicios basado en redes integradas que aseguren la continuidad de la atención, participativo y orientado a resultados y; un sistema sostenible, solidario y articulado de financiamiento que asegure el libre acceso a los servicios de salud y la protección financiera de la población ante daños de la salud de alto costos, así como las inversiones que requiere el sistema para atender la demanda.

Con estos objetivos el país inició la construcción de su propio camino hacia la Cobertura Universal de Salud, logrando en pocos años sentar las bases del sistema y dar grandes saltos en materia de salud pública, acceso y

cobertura a una atención integral de salud, organización y gestión de servicios en redes, y el desarrollo de los recursos humanos; todo lo cual hace que la población reconozca estos avances como tales y, que la experiencia acumulada y conocimientos adquiridos constituyan un aporte importante para otros países hermanos que al igual que El Salvador están en la vía de construir sistemas de salud universales y equitativos.

Más allá de los logros, existen nuevos desafíos y cambios que son necesarios profundizar y consolidar. Sin embargo, son muchas las oportunidades que tiene el país de seguir avanzando, en la medida que los principios, objetivos y valores de la reforma iniciada sigan siendo prioritarios y se fortalezcan en la conciencia y en demandas de la población.

El presente informe constituye un esfuerzo por describir el proceso de Reformas en Salud que El Salvador ha desarrollado durante el período 2009 – 2014, se da cuenta de los resultados e impactos de las acciones impulsadas en todos los niveles y ámbitos del Estado y en particular del Sistema de Salud.

En el plano regional el informe constituye una contribución al debate de opciones de caminos de los países hacia la CUS y, pone a consideración una propuesta base para la construcción de una metodología de monitoreo y evaluación del progreso de los países en su avance de CUS en el contexto regional, estableciendo elementos comunes y comparables pero que al mismo tiempo registren las especificidades de los procesos en cada país.

1. Introducción

La Cobertura Universal de Salud basada en Atención Primaria de Salud

El documento más traducido en el mundo¹, la “Declaración Universal de los Derechos Humanos”² consagra “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica...” entre otros derechos económicos, sociales y culturales.

Con el visionario antecedente de creación de la Oficina Sanitaria Panamericana, casi medio siglo atrás³, la Organización Mundial de la Salud, en su estatuto fundacional⁴, reafirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...”, y la define como “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad...”, anticipando ya la influencia decisiva de los determinantes sociales en la salud. En 1978 Alma Ata, el mayor conclave sanitario mundial acordaría la meta “Salud para Todos en el año 2000”, a través de la Atención Primaria de Salud, potente estrategia en pro del Desarrollo Humano y núcleo vital de Sistemas Nacionales de Salud.

No obstante - más allá de indudables avances - a pesar de declaraciones y tratados internacionales “de obligatorio cumplimiento”, amén de cumbres, convenciones y resoluciones, el ejercicio de este derecho es aún lejana aspiración para millones de personas, a la vez que dramático testimonio de las grandes desigualdades existentes en materia de salud en el mundo.

Efectivamente⁵; países ricos destinan más de \$ 6.000 por habitante al año para salud, pero otros no llegan a \$ 35; Estados Unidos y los países de la OCDE concentran el 91% del gasto, mientras el resto de países del mundo absorben sólo el 9% con alta población; menos de 20% de partos son atendidos por personal calificado en unos, y casi 100% en otros; 150 millones de enfermos gastan más del 40% de sus ingresos en servicios de salud y 100 millones caen en pobreza por dichos gastos. Paradójicamente, a escala mundial, el desperdicio de recursos oscila entre 20% y 40%, a expensas de la duplicación de servicios y el uso inadecuado de medicamentos y tecnologías, entre otros factores.

En Latinoamérica, la región más desigual del mundo, reducir las brechas es un desafío no superado; el 20% de la población más rica tiene en promedio un ingreso per cápita 16 veces superior al ingreso del 20% más pobre, con la situación más grave en Centroamérica, donde Honduras presenta doble índice de desigualdad.

La situación de salud en dicha subregión⁶ es también desfavorable en comparación con el resto del continente; la atención de parto por personal capacitado registra el porcentaje más bajo (70.7), siendo Guatemala el país de menor acceso (42.3), solo detrás de Haití (38.0); la relación

1 Traducido a 418 lenguajes, hasta ahora, según informe oficial de Naciones Unidas.

2 Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 10 de Diciembre de 1948 en París

3 “Organización Panamericana de la Salud” en 1958.

4 La Constitución de la OMS fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, el 22 de julio de 1946, en Nueva York, y entró en vigor el 7 de abril de 1948 en Ginebra.

5 www.who.int 10 datos acerca de la cobertura universal de salud. Mayo 2012

6 OPS/OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2013

cama hospitalaria por 1.000 habitantes es asimismo la más baja de la Región (0.9); la dotación de médicos y enfermeras por 10.000 habitantes es reducida, con invariable concentración urbana.

El impacto de las deficiencias de acceso a determinantes socio económicos y a servicios de salud se evidencia por una alta tasa de mortalidad materna (81.4) la mayor de la región, y de menores de 5 años (22.4), a causa de aún frecuentes enfermedades diarreicas y respiratorias, confirmando que las “circunstancias en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen”, explican la mayor parte de las inequidades sanitarias; “diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países”⁷.

La OMS así lo ratifica⁸; “hay muchas maneras de promover y preservar la salud. Algunas se encuentran más allá de los límites del sector sanitario e influyen en gran medida en la manera en que la gente vive y muere. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo, todos ellos, tienen un impacto sobre la salud. Corregir las desigualdades en estos aspectos disminuirá las desigualdades que se producen en la sanidad”.

Pero también resalta la importancia del acceso universal a servicios de salud, con énfasis en la promoción y prevención, sin descuidar el tratamiento y la rehabilitación. La universalidad no se puede conseguir, destaca “sin un sistema de financiación sanitaria que funcione correctamente” Aspecto vital, sin duda, pero junto con otros necesarios requisitos, como se planteará.

En este contexto, y luego de que, en 2005, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron con la Cobertura Universal de Salud, la Asamblea de Naciones Unidas 2012 “instó a los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones internacionales a promover la inclusión de la cobertura universal de salud como un elemento importante en la agenda internacional para el desarrollo, como medio de promover el crecimiento sostenible, incluyente y equitativo....”⁹.

La Asamblea hizo también un llamado a los países para que “aseguren que los sistemas de financiación de salud evolucionen para evitar pagos directos significativos por servicios de salud, incluyan métodos de prepago de las contribuciones financieras para la atención de salud, así como mecanismos para distribuir riesgos entre la población y evitar así gastos catastróficos de salud y el empobrecimiento de las personas como resultado de la demanda de atención”

La 66^a. Asamblea Mundial de la Salud reiteró la firme intención¹⁰ de los Estados Miembros de avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud y, consecuentemente, la voluntad por consolidar o construir sólidos sistemas nacionales de salud debidamente financiados, bajo principios de equidad, solidaridad y sostenibilidad. Los países acordaron también velar porque la CUS ocupe un lugar destacado en la Agenda para el Desarrollo después de 2015 y crear un marco de monitoreo de progresos hacia dicha meta¹¹.

Así pues, a 35 años de Alma Ata, el mundo retoma la meta de “Salud para Todos” y vuelve con renovado ímpetu a la Atención Primaria de Salud “más necesaria que nunca”¹². Ahora mismo, en los espacios de discusión que la CUS genera, aparece de nuevo, categóricamente, la importancia de la APS y los SILOS de los años 90: “Sin Sistemas Locales de Salud sólidos no puede haber Cobertura Universal de Salud”¹³.

7 www.who.int Determinantes sociales de la salud. Resolución WHA62/R14 Mayo 2009

8 OMS Informe sobre la salud en el mundo 2010.

9 Resolución A/67/L.36 NN. UU. 6 Diciembre de 2012.

10 Resolución WHA A66.24

11 WHO World Bank. “Monitoring progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework. December 2013

12 OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2008

13 Bruno Meessen y Belma Malanda. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2014;92:78-78A

2. Contexto político sanitario en El Salvador

Los elementos reseñados confluyen cuando finaliza en El Salvador la gestión de salud presidida por la Dra. María Isabel Rodríguez, en un período de gobierno¹⁴, que rompió la hegemonía política dominante, traduciendo el anhelo mayoritario de cambio por una distribución solidaria de la riqueza, mayor participación ciudadana y construcción de un Estado democrático.

En dicho contexto, y con el liderazgo de la Ministra Rodríguez, se promulgó una política de salud¹⁵ que plantea nitidamente recuperar el rol del estado en materia de salud, frente al “prolongado y deliberado desmantelamiento del Sistema Público de Salud...” y rechazar explícitamente la mercantilización de la salud, considerándola “un bien público y derecho humano fundamental, resultante de la interacción de determinantes socio-económicos, políticos, biológicos, culturales, demográficos y ambientales que conduzcan a una plena realización humana, con vidas largas, saludables y productivas”.

La política postula el fortalecimiento de la organización comunitaria y la participación social, a fin de que la sociedad tome control de las determinantes de su salud, así como la organización y desempeño eficiente de los servicios de atención a la salud-enfermedad, proponiendo construir un real Sistema Nacional de Salud integrado, con cobertura y acceso universal, basado en Atención Primaria de Salud Integral y asignación apropiada de funciones por niveles gubernamentales para efectivizar la intersectorialidad:

“El Sistema Nacional de Salud, basado en Atención Primaria de Salud Integral, proveerá universalmente, mediante la red pública de servicios, un conjunto de prestaciones cuyo número y calidad tenderá progresivamente a la integralidad”. La visión incluye “... regular e incrementar la eficacia, eficiencia y calidad de los niveles hospitalarios, como componente relevante de la red integrada de servicios del Sistema Nacional de Salud”.

La Política dio lugar a la identificación, y progresivo desarrollo de la Reforma de Salud, proyectada “hacia la cobertura universal, el acceso a la atención integral y la equidad en salud”¹⁶, conformada por 8 ejes:

- Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud;
- Medicamentos y Vacunas;
- Sistema de Emergencias Médicas;
- Instituto Nacional de Salud;
- Participación Social y Foro Nacional de Salud;
- Trabajo inter e intrasectorial;
- Desarrollo de Recursos Humanos;
- Sistema Único de Información en Salud

14 Período Junio 2009-Mayo 2014, presidido por Mauricio Funes

15 “Construyendo la esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009 -2014”

16 Presentación María Isabel Rodríguez ALAMES 2014

En tal feliz circunstancia la Organización Panamericana de la Salud, en coordinación con el MINSAL, ha considerado pertinente elaborar el presente reporte, con los objetivos de:

- Documentar el proceso, logros y desafíos de El Salvador hacia la CUS, en el marco del proceso de Reforma de Salud que el MINSAL impulsa
- Recopilar evidencias de potencial uso en la próxima transición gubernamental
- Realizar un aporte metodológico para el monitoreo de procesos nacionales orientados a CUS, y al desarrollo de SNS, en una perspectiva de sinergia mutua.

La metodología diseñada pretende describir el desarrollo de la CUS en El Salvador identificando elementos claves para analizar sus progresos, en perspectiva de mutua sinergia hacia el desarrollo de Sistemas Nacionales de Salud.

El registro sistemático de progresos, en el caso de El Salvador, toma ventaja de la información existente sobre el proceso de reforma liderado por el MINSAL alineado, en gran medida, con la CUS. No obstante dado que el reporte habría de ordenar y utilizar únicamente la información disponible, algunos ámbitos de análisis de progresos ameritaron la obtención y procesamiento de información adicional.

De esta forma, con la metodología adoptada también se pretende contribuir al desarrollo de instrumentos y herramientas de monitoreo de procesos orientados a la CUS, en particular en realidades semejantes a las de El Salvador, con importantes desafíos para desarrollar SNS. Es preciso puntualizar que, por la naturaleza y limitaciones del reporte, la metodología no pretende exhaustividad, debiendo considerarse un documento de trabajo, con la siguiente secuencia:

- a) Identificación de conceptos y alcances de CUS, en el marco de desarrollo de SNS;
- b) Identificación de requisitos para alcanzar CUS: Provisión de Servicios; Generación de Recursos; Organización/Gestión de Recursos y Financiamiento. Se incluye Poder/Gobernanza, sin lo cual no es posible lograr CUS.
- c) Planteamiento de interrogantes cardinales sobre la naturaleza de los requisitos planteados
- d) Descripción de cualidades críticas o esenciales de los requisitos para el logro de CUS
- e) Definición de atributos e indicadores según requisitos
- f) Aplicación de atributos e indicadores, con sistematización de logros, desafíos y recomendaciones, con base en el proceso documental y analítico sobre “El proceso de reforma de salud en El Salvador y la cobertura universal de salud” (MINSAL/OPS)¹⁷, que exploró las siguientes dimensiones: i) Gobernanza del Sistema de Salud; ii) Cobertura y equidad en el acceso integral a servicios de salud; iii) Financiamiento y protección financiera de las personas y; iv) cooperación de OPS al proceso de Reforma, complementado por información oficial actualizada y análisis propios.
- g) Análisis de acciones sobre determinantes sociales y participación social
- h) Síntesis ejecutiva de conclusiones y recomendaciones

3. Concepto y alcances de Cobertura Universal de Salud en el marco de desarrollo de Sistemas Nacionales de Salud

De acuerdo con la OMS, la Cobertura Universal de Salud significa “garantizar a todas las personas acceso a los servicios de salud necesarios (prevención, promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos) con suficiente calidad para ser eficaces y sin exponer a las personas a riesgos financieros.” Potente planteamiento que se expresa con elocuencia en el mensaje de la Directora de OPS; “Implica el progresivo avance hacia la cobertura del 100% de los servicios que necesita el 100% de la población a costo cero”¹⁸, con reconocimiento expreso de la importancia concurrente de enfrentar los determinantes sociales de la salud.

La OMS identifica ¹⁹ cuatro requisitos para alcanzar la demandante empresa; un sistema de salud “sólido”; un sistema de financiamiento de salud (suficiente para cumplir el objetivo, y que a la vez proteja a las personas de riesgos financieros derivados de las necesidades de atención); acceso a medicamentos y tecnologías esenciales y; personal sanitario bien capacitado.

Si bien los elementos señalados son indispensables para la CUS, es nuestro criterio que el primero de ellos debe ser visualizado como continente y los 3 restantes como contenidos; siendo claro que existen diversos tipos de sistemas de salud capaces de alcanzar CUS, es también claro que cualquiera sea el tipo de sistema de salud que los países escojan, no es posible su solidez si no está dotado de suficiente y adecuado financiamiento; dotación de recursos, entre ellos recursos humanos, tecnología y medicamentos. Requieren también una robusta organización/gestión de recursos, y modelos de provisión de servicios integrales de salud, con clara vocación preventivo promocional, basados en Atención Primaria de Salud. Pero además un requisito insustituible, referido a la toma de decisiones políticas para impulsar CUS, en los más altos niveles decisorios nacionales, al que se ha denominado Poder/Gobernanza.

Solamente sistemas nacionales de salud así constituidos serán capaces de “proporcionar a las personas información y estímulos para que se mantengan sanas y prevengan enfermedades, detectar enfermedades tempranamente, disponer de medios para tratar las enfermedades, ayudar a los pacientes mediante servicios de rehabilitación”²⁰.

El presente reporte, en consecuencia, desea jerarquizar la visualización de sistemas nacionales de salud - procesos de diversa magnitud y nivel de esfuerzo - como elemento clave para el logro de CUS, en potente sinergia mutua.

Esto implica que los 3 componentes de CUS identificados por el grupo OMS - Banco Mundial, para fines de monitoreo de progreso; “i) amplio espectro de servicios de salud de calidad según necesidad; II) protección financiera de pago directo para los servicios de salud cuando se demanda; y iii) cobertura para toda la población”, han de analizarse, como bien lo señalan, dentro de un “comprehensivo marco de monitoreo de (desarrollo)²¹ y resultados de sistemas nacionales de salud” a la par con “niveles de cobertura de intervenciones de salud y la protección del riesgo financiero, con un enfoque hacia la equidad”.

18 Seminario “Cobertura universal de salud y la seguridad social, hacia la integración de los sistemas de salud”, Washington, Diciembre 2013

19 OMS: www.who.int

20 OMS: ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? www.who.int

21 El paréntesis es nuestro

4. Análisis de progresos hacia la Cobertura Universal de Salud

4.1. Sistema Nacional de Salud

El marco conceptual y metodológico de este reporte plantea que el análisis de progresos de la CUS considere, de inicio, la identificación del sistema nacional de salud concebido como “...un todo coherente compuesto de muchas partes relacionadas entre sí, tanto sectoriales como intra-sectoriales, además de la propia comunidad, y que produce un efecto combinado en la población” que cada país ha desarrollado o se plantea construir, como visión de futuro.

Tal identificación ha de realizarse con una perspectiva dinámica y flexible, sobre todo en países que no han logrado superar la fragmentación institucional del sector y avanzar, en consecuencia, a la consolidación de sistemas nacionales de salud. Como se conoce, la consecución de tal meta está determinada por variables de sustentación política y respaldo social trascendente, con frecuencia difíciles de lograr en buena parte de países de la Región.

Conforme se señaló anteriormente, para alcanzar CUS en una perspectiva de mutua sinergia con el desarrollo de SNS se plantean los siguientes requisitos: Poder/Gobernanza; Financiamiento; Generación de Recursos; Organización/Gestión de Recursos; Provisión de Servicios.

4.2. Preguntas cardinales para alcanzar CUS, según requisitos

Para cada uno de ellos, entonces, se propone una secuencia de preguntas cardinales, con miras a alcanzar CUS. Siendo claro que la caracterización resultante reflejará la diversidad de realidades sanitarias, se parte de una premisa común de proyección hacia la universalidad con equidad.

Poder/Gobernanza

¿Cuáles son los requisitos de política superior y respaldo social que permiten la toma de decisiones para emprender en procesos de cobertura universal de salud? ¿Cuáles las características de gobernanza para asegurar avances y sostenibilidad político/social de tales procesos?

Financiamiento

¿Cuáles son los niveles de financiamiento necesarios, modelo/formas de financiamiento y mecanismos de ejecución que aseguren protección financiera en la demanda de servicios de salud?

Provisión de Servicios de Salud

¿Qué conjunto de servicios de salud es necesario para obtener la distribución de atención de salud más pertinente y equitativa?

Generación de Recursos

¿Qué tipo de recursos, en cantidad y calidad, son necesarios para garantizar la atención universal?

Organización/Gestión

¿Cómo deben organizarse y gestionarse los recursos para asegurar una prestación de servicios de calidad; adecuada, oportuna, efectiva y eficiente?

4.3 Cualidades críticas de requisitos

A continuación se propone la identificación de cualidades críticas de tales requisitos, para la consecución de las metas, con plena conciencia de la diversidad de realidades, necesidades y posibilidades entre países. En tal contexto, para cada requisito, se pretende dimensionar contenidos “esenciales” que permitan enfrentar con éxito el exigente pero éticamente indispensable proceso hacia la cobertura universal de salud.

Provisión de Servicios:

Con el enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS: Abordaje familiar y comunitario; conjunto integral de prestaciones de calidad, con énfasis preventivo promocional, en respuesta a perfil epidemiológico; articulación con acciones sobre determinantes sociales de la salud.

Generación de Recursos:

Basado en criterios de pertinencia, correspondencia, optimización y suficiencia, con enfoques de planificación, priorización y progresividad.

- Necesidades cuali cuantitativas de equipos de RHUS; adecuación de formación a necesidades; valoración de trabajo; educación continua y evaluación de cumplimiento. Articulación con recursos comunitarios y de medicina tradicional.
- Necesidad de instalaciones. Uso y optimización de infraestructura existente. Potenciación de instalaciones ambulatorias. Mantenimiento de instalaciones.
- Tecnología y medicamentos: listas básicas normatizadas; evaluación de beneficios; disponibilidad; uso racional; regulación.

Organización:

Población y territorio definidos. Primer nivel de atención fortalecido. Continuidad de servicios de salud. Articulación con prestadores de instituciones sectoriales.

Gestión:

Innovadora, participativa, descentralizada o desconcentrada, orientada a resultados. Fortalecimiento de planificación y sistemas integrados de información gerencial. Veeduría y Control Social.

Financiamiento:

Correspondencia financiera con importancia social asignada a salud; eliminación de pagos directos o de bolsillo; mancomunación de fondos; eficiencia en asignaciones y eficiencia operativa; sustentación en análisis de costo beneficio y costo efectividad; evolución de asignaciones retrospectivas a prospectivas y de pagos por recursos a pagos por resultados. Establecimiento de incentivos.

Poder / Gobernanza:

Voluntad política para priorizar salud y educación; generación, movilización, reasignación de recursos; gestión de respaldo social. Gobernanza de proceso; liderazgo sectorial; fortalecimiento de autoridad sanitaria nacional; creación y/o aprovechamiento de institucionalidad jurídica, normativa y operativa. Capacidad de gobernabilidad.

4. 4 Atributos e indicadores relevantes, según requisitos

Para cada una de las categorías mencionadas se identificaron atributos e indicadores relevantes, en función de su potencialidad de aporte para el logro de CUS (y desarrollo de SNS). En la fase subsiguiente, de aplicación de criterios al caso de El Salvador, se utilizará la información disponible, especialmente en el documento MINSAL/OPS “El proceso de reforma de salud en El Salvador y la cobertura universal de salud”, ya citado, así como información oficial actualizada.

En todo caso, y dada la interrelación entre requisitos, atributos e indicadores, el cuadro siguiente debe entenderse como un marco de apoyo a la sistematización de avances, y de ninguna forma como instrumento de aplicación esquemática o lineal. Como se apreciará a lo largo de la presentación de resultados existe una dinámica interacción y múltiples circuitos de sinergia entre unos y otros, propios del complejo entramado de la producción de servicios y acciones de salud, en su integral concepción política, social, física y mental.

Provisión de Servicios con enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS			
Atributo	INDICADORES		
	Indicadores de proceso con identificación de grado de cumplimiento en las instituciones del sistema nacional de salud	Indicadores de resultado con análisis de equidad	Indicadores de impacto con análisis de equidad
Conjunto integral de prestaciones de salud de calidad, con énfasis en prevención y promoción.	Establecido reglamentariamente un conjunto integral de prestaciones de salud, a ser provisto en la Red.	Incremento de producción de prestaciones de salud con calidad	Reducción de morbilidad por grupos de edad y causas, según importancia epidemiológica nacional.
	Normatizada la provisión del conjunto integral de prestaciones de salud, para garantizar estándares adecuados y homogéneos de calidad.	Variación acciones preventivas promoción y recuperación Incremento de coberturas de prestaciones claves para mejorar estado de salud de la población	
Abordaje familiar y comunitario.	Normatizado un modelo de atención familiar y comunitario, que identifique familias/comunidades con mayores niveles de riesgo en salud.	Proporción de familias/comunidades cubiertas por el modelo. Proporción de familias/comunidades en riesgo con relación a la totalidad.	Familias/comunidades que modificaron favorablemente su calificación inicial de riesgo, luego de mediciones periódicas sistemáticas.
	Establecidos mecanismos de autocuidado personal y familiar, así como de participación comunitaria para la identificación y acción frente a situaciones de gravedad, prevención de la enfermedad, y promoción de la salud	Incremento de actividades comunitarias de detección y referencia de casos graves, así como de promoción de la salud.	Reducción de morbilidad por grupos de edad y causas, según importancia epidemiológica regional y local.
Articulación con acciones sobre determinantes sociales de la salud.	Inclusión de acciones sobre determinantes de salud y registro sistemático de acciones	Incremento de acciones intersectoriales sobre determinantes de la salud	Reducción de morbilidad prevalente relacionada con determinantes sociales
Veeduría y control social en salud	Establecidos con fuerza de ley mecanismos de veeduría y control social para la exigencia de cumplimiento de derechos en salud y en la provisión de servicios de salud.	Variación en frecuencia de demandas de cumplimiento de derechos en salud y provisión de servicios de salud.	Disposiciones correctivas para enmendar procedimientos derivados de acciones presentadas. Disposiciones en casos particulares, según pertinencia de demandas.

Generación de Recursos para la provisión de servicios en red, basada en APS a nivel institucional y sectorial					
Recursos Humanos		Recursos Físicos		Medicamentos y Tecnologías	
Atributo	Indicador con análisis de equidad	Atributo	Indicador con análisis de equidad	Atributo	Indicador con análisis de equidad si aplica
Disponibilidad recursos humanos	Variación absoluta RHUS y en razón por 10.000 habitantes	Fortalecimiento 1er. Nivel de atención institucional y sectorial	Variación en el No. de nuevas unidades de salud en periodo gubernamental/ total No. de unidades de salud acreditadas	Instrumento jurídico de regulación que contribuya a garantizar el acceso universal de la población a medicamentos esenciales de calidad	Instrumento con fuerza de ley aprobado y reglamentado
Capacidad resolutive 1er. Nivel de atención.	Variación absoluta y porcentual de médicos de PNA total médicos institucional y sectorial	Fortalecimiento prestaciones ambulatorias de especialidad	Variación en el No. de centros especializados instalados y acreditados	Institucionalidad de regulación de medicamentos y tecnología funcionando	Existencia de institucionalidad y grado de aproximación a estándares internacionales convencionales de calidad
	Variación de número de equipos básicos de salud completos según normas	Disponibilidad de equipo diagnóstico especializado para la Red	Variación en el No. de centros ambulatorios de diagnóstico instalados y acreditados	Listado normatizado de medicamentos esenciales	Existencia de listado normatizado de medicamentos esenciales próximo a estándares OMS de aplicación institucional o sectorial
	Variación absoluta y porcentual de unidades de salud con recursos humanos completos según normas/total unidades según tipo.	Disponibilidad de Bancos de Sangre en red	Variación en el No. de Bancos de Sangre acreditados	Proceso eficaz y eficiente de suministro y uso racional de medicinas	Procesos normados y en aplicación institucional o sectorial
Capacidad resolutive especializada ambulatoria	Variación absoluta y porcentual de médicos especialistas en centros ambulatorios/ total médicos institucional y sectorial	Organización de Atención prehospitalaria en red	Centro integrado de emergencias médicas funcionando Variación de prestaciones prehospitalarias con calidad	Medicamentos esenciales de la lista nacional disponibles gratuitamente en las unidades públicas de salud	Niveles promedio anuales de disponibilidad en establecimientos institucionales y sectoriales

	Planes de formación de especialidades críticas acordes a las necesidades de la red.	Atención Hospitalaria en red	Hospitales construidos o remodelados	Medicamentos esenciales de la lista nacional disponibles como genéricos y comerciales en farmacias privadas	Niveles promedio anuales de disponibilidad en farmacias privadas
Capacidad resolutive hospitalaria	Variación absoluta y porcentual de médicos especialistas en hospitales / total médicos institucional y sectorial	Dotación de camas hospitalarias	Variación Camas/ población	Precios al consumidor de medicamentos esenciales	Precios al consumidor de medicamentos esenciales genéricos rebajados con relación a medicamentos de marca
Recursos humanos claves en hospitales según tipo	Variación absoluta y porcentual de hospitales con recursos humanos claves para asegurar capacidad resolutive definida/ total hospitales según tipo.	Dotación de quirófanos	Variación Quirófanos/ población		
Bienestar personal de salud	Porcentaje de puestos de empleo atención de salud en el país que son precarios y/o sin protección social	Atención de alta especialidad	Centros de alta especialidad instalados y acreditados Variación en el No. de prestaciones de alta especialidad		
Participación comunitaria en equipos básicos de salud	Estimación promedio de recursos comunitarios no enrolados salarialmente que apoyan el trabajo de equipos básicos de salud				
Educación continua a todo el personal	Cobertura y ejecución de planes de educación permanente asociados a resultados sanitarios				

Componente Organización/Gestión de recursos para lograr CUS y desarrollo de SNS		
Atributo	Indicadores	
	Indicador de proceso o resultado	Indicador de resultado o impacto
Parámetros oficiales para la planificación y gestión territorial de RISS, basadas en APS y funcionamiento normado de equipos básicos de salud.	<p>Organización de redes territoriales con capacidad unificada de gobierno sobre prestadores sectoriales de servicios de salud</p> <p>Definición oficial de la composición (profesiones y ocupaciones) de equipos básicos de salud y asignación geográfica definida para los distintos niveles de la red</p>	Redes Integradas de Servicios de Salud organizadas con base en normas y estándares establecidos
Establecimiento de modelos de gestión orientados a resultados, de mejoramiento de la situación de salud de la población	<p>Formación y acompañamiento de/a liderazgos nacionales, regionales y locales para mejorar capacidades de gestión en salud</p> <p>Sistemas nacionales de planificación de base local establecidos</p> <p>Competencias y atributos de gestión descentralizada o desconcentrada de Redes, particularmente financiera y de RRHH establecidos.</p>	Redes Integradas de Servicios de Salud gestionadas con base en normas y estándares establecidos
Evaluación de desempeño asociado a los resultados sanitarios	<p>Sistemas de evaluación establecidos y en funcionamiento</p> <p>Sistemas automatizados de información de apoyo a la gestión por resultados implementados y en uso .</p>	Sistemas de monitoreo y evaluación generando indicadores sobre grado de mejoramiento de salud de poblaciones asignadas

Componente Financiamiento para lograr CUS y desarrollo de SNS	
Atributo con análisis de equidad	Indicador de resultado con análisis de equidad
Variación de asignaciones para salud	PIB Salud/PIB total
Financiamiento de asignaciones	PIB Publico Salud/PIB total
Mancomunidad de fondos para dispersar riesgos financieros	Fondo Nacional de Salud con atributos de solidaridad y mecanismos prospectivos de pago. Procesos conjuntos para producir, comprar y suministrar servicios
Barreras financieras	Eliminación de pagos directos por servicios de salud
Variaciones entre presupuestos institucionales	Gasto Per Cápite institucional
Principales rubros por instituciones de salud	Presupuesto según objeto de gasto y niveles de atención
Remuneraciones de personal de salud incentivadas hacia eficiencia y calidad	Política de salarios e incentivos asociados a resultados sanitarios
Evaluación prospectiva de necesidades de financiamiento vs disponibilidades	Escenarios de financiamiento para avance progresivo hacia CUS
Evaluaciones de costo efectividad para optimizar recursos disponibles	Adecuaciones de políticas a resultados de estudios

Componente Gobernanza para lograr CUS y desarrollo de SNS		
Atributo	Indicadores	
	Indicador de proceso o resultado	Indicador de resultado o impacto
<p>Instrumentos legales y respaldo social e institucional para articular los recursos del sector de la salud, avanzar en CUS y desarrollar el SNS</p> <p>Autoridad Sanitaria Nacional con liderazgo, fortalecida para impulsar el desarrollo del SNS y el logro progresivo de CUS</p>	<p>Instrumento legal de organización del SNS y soporte de la Autoridad Sanitaria Nacional aprobado.</p> <p>Estructura institucional adecuada a funciones de autoridad sanitaria nacional y desarrollo de SNS definida</p> <p>Proceso institucional para el desarrollo de competencias de rectoría y liderazgo en salud diseñado y en ejecución</p> <p>Procesos institucionales para el desarrollo de competencias y compromisos de efectiva integración al SNS de entidades del sector</p>	<p>Sistema Nacional de Salud funcionando de manera integrada</p> <p>Proceso de Cobertura Universal de Salud en marcha, con verificación de indicadores de progreso</p>
<p>Instrumentos jurídicos y mecanismos de concertación para impulsar procesos de articulación intra e intersectoriales y acciones sistemáticas de salud pública y sobre determinantes sociales de la salud</p> <p>Autoridad Sanitaria Nacional con liderazgo, fortalecida para impulsar procesos coordinados de salud pública y sobre determinantes sociales.</p>	<p>Instancia intra e intersectorial incluyente que impulse procesos políticos y técnicos para incidir sobre problemas de salud pública y determinantes de la salud, en procura de reducir desigualdades.</p>	<p>Reducción de desigualdades en acceso a determinantes de la salud.</p> <p>Mejoramiento del estado de salud de la población con equidad</p>

5. El Salvador: Logros y Desafíos en el camino hacia la CUS y el desarrollo de un SNS

A lo largo de este documento se ha destacado la importancia de construir Sistemas Nacionales de Salud para alcanzar Cobertura Universal de Salud; según un autorizado y fundamentado estudio²², la “modelación” y posterior desarrollo de Sistemas Nacionales de Salud está directamente relacionado con la correlación de poder entre visiones y valores; entre fundamentos socio políticos referidos a i) la salud como valor social; ii) el colectivismo opuesto al individualismo y; iii) la responsabilidad distributiva. Del grado de acuerdos y equilibrio que una sociedad alcance entre una gama de posiciones, a veces extremas, depende el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud dotado de la solidez necesaria para “garantizar la universalidad, calidad y protección financiera de la atención de salud”²³,

5.1. La Visión de futuro del Sistema Nacional de Salud de El Salvador

En el caso de El Salvador, el inacabado intento de configurar su SNS se inscribió en el marco de la hegemonía política conservadora dominante en casi toda su historia republicana, confrontada militarmente primero y políticamente después de las acuerdos de paz de 1992, por fuerzas progresistas aglutinadas en el Frente Farabundo Martí por la Liberación Nacional (FMLN), que finalmente accedió al poder en 2009, en alianza política con el Presidente Mauricio Funes.

En tal conflictivo e inestable contexto, una serie de iniciativas sectoriales, de muy diverso respaldo y orientación han condicionado el errático desarrollo del “sistema” de salud de El Salvador, que conviene repasar, para identificar la complejidad de actores e intereses que habrá de considerar y conciliar, a través de necesarios consensos políticos, económicos y sociales, para lograr la consolidación de un sistema sólido de salud, requisito para lograr CUS.

En los años inmediatamente posteriores a los Acuerdos de Paz, en el escenario político dominado por el conservador partido ARENA - en el poder por 20 años desde 1989 - habrían de generarse planteamientos²⁴ de reforma sanitaria que, en lo fundamental, postulaban la implementación de fondos nacionales de salud para ejecución privada, focalización del gasto, y atención primaria de salud en una restrictiva concepción, lejos de los ideales de Alma Ata.

5.1.1. El Dinamismo de fin de siglo en salud

Entre 1998 y 1999 se asiste a un dinámico período de generación de iniciativas, claramente contrapuestas, reflejo de la polarización política de la sociedad salvadoreña; así mientras la Comisión Nacional de Salud (CONASA) obtiene un Decreto Presidencial²⁵ que plantea el establecimiento de un seguro general obligatorio, con aseguramiento y provisión privados, y rol de asesoría del MSPAS al Consejo Nacional de Salud, en dirección diametralmente opuesta el Sindicato de Trabajadores del ISSS y otros actores proponen un “Modelo de Protección Social para El Salvador”, con protagonismo

22 Bogdan Kleczkowski, Milton I Roemer, Albert Van Der Werff. Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos. OMS 1984

23 WHO. APS, más necesaria que nunca. Ginebra, 2005.

24 Equipos técnicos especializados que contaron con el apoyo de la USAID, el Banco Mundial, el BID y la OPS/OMS. Comisión Intersectorial de Salud, conformada por delegados del Ministerio de Salud, Ministerio de Planificación, Coordinación de Desarrollo Social y Dirección del ISSS

25 Decreto Presidencial No. 36, 26 de marzo de 1998.

de ISSS como asegurador, financiador y principal prestador de servicios, complementado por proveedores privados con y sin fines de lucro; rectoría del MSPAS sin provisión, amén de medidas para elevar el financiamiento a la seguridad social. La Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES), vinculada al empresariado nacional, por su parte, presentaría la “Organización del Sistema de Salud en El Salvador: una propuesta de Reforma”, con elementos de corte neoliberal; mayor presencia privada en aseguramiento y provisión; función reguladora del estado; conversión del ISSS en Superintendencia; diferenciación entre población no subsidiada (cotizante) y subsidiada; paquete básico de servicios de salud para población focalizada, con financiamiento estatal y aportes personales.

En el año 2000, comienza a tomar forma la “Propuesta de Reforma Integral de Salud”, surgida como producto de negociación entre el Gobierno y el gremio médico²⁶ que plantea la “consolidación” de un Sistema Nacional de Salud, de un Modelo de Atención Integral, de un Modelo de Provisión Mixta y de un Modelo de Gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud; aparecen la Participación Social y la Descentralización como ejes transversales del sistema, junto con la necesidad de inversión en recursos humanos, la intersectorialidad y la garantía de provisión de servicios esenciales de salud a toda la población.

En el año 2002 la Presidencia de la República presenta una propuesta de “Democratización del Sistema Previsional de Salud”, en la que vuelve a plantear la participación privada en la prestación de servicios pretendiendo introducir entes privados en el sistema público, mediante libre elección; la propuesta desencadena una amplia movilización de organizaciones sociales que mantuvieron un prolongado conflicto que terminó con el “Acuerdo para la Solución del Conflicto de Salud e inicio del Proceso de Reforma Integral de Salud”²⁷, a través de la “Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud”, que actúa entre 2003 y 2007.

5.1.2. Leyes surgidas al fragor de la lucha política

En este periodo habrán de aprobarse 3 leyes que, en ausencia de una política trascendente de salud, no logran situarse en una hoja de ruta común, si bien generan algunos efectos que pueden considerarse de beneficio; creación de FOSALUD en 2004, del Sistema Básico de Salud Integral en 2005 y del Sistema Nacional de Salud en 2007.

En el año 2004 se aprueba²⁸ la Ley Especial para la constitución del Fondo Solidario para la Salud “que establece mecanismos de financiamiento y gestión de programas para la conservación de la salud pública y asistencia social. Se crea, además, el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), como una institución de derecho público y ente rector con autonomía en el ejercicio de sus funciones, adscrito al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social”²⁹. FOSALUD se financia a través de impuestos a las bebidas alcohólicas y el tabaco, así como gravámenes relacionados al control de Armas de Fuego y similares, en un monto anual no menor a \$ US 20 millones anuales.

Más allá de la contradicción que representa el financiamiento de salud proveniente del consumo o uso de sustancias nocivas para dicho fin, hecho que debe entenderse en la deficitaria realidad de la economía salvadoreña, sin fuentes sustitutivas; la de por sí valiosa iniciativa de generar fondos adicionales para salud, con el tiempo se convirtió en otro elemento de fragmentación de acciones y duplicación de esfuerzos, particularmente con el Ministerio de Salud, al convertirse en otro prestador de servicios. Amparado en su estatuto de autonomía se mantienen, por ejemplo, situaciones absurdas como la existencia de dos botiquines de medicinas (uno del MINSAL y otro de FOSALUD) en una misma unidad de salud, cada una con mecanismos “propios” de abastecimiento, manejo y control, entre muchas otras ineficiencias. Lo paradójico del asunto es que existiendo

26 Estuvieron incluidos sindicatos y organizaciones del personal médico y demás trabajadores del MSPAS, ISSS, gremios de técnicos y profesionales de la salud, empresa privada, líderes comunales, iglesias, ONG's, Universidades y Alcaldías.

27 Suscrito luego de 9 meses de conflicto, en Junio de 2003, entre el Presidente de la República, MSPAS, ISSS, Colegio Médico de El Salvador y SIMETRISSS.

28 DL N°: 538 de 17 de Diciembre de 2004

29 www.fosalud.gob.sv

aceptación de propios y extraños de la consistencia de argumentos para realizar cambios en la ley, prime más la eventual afectación del grupo político que generó la ley y, en consecuencia, se mantenga hasta ahora inalterable.

La Ley del Sistema Básico de Salud Integral, aprobada en el año 2005³⁰, otorga soporte para la organización y gestión de servicios de salud en el MSPAS a nivel local, con énfasis en el primer nivel de atención, “a través de una red integrada de establecimientos que cubren un área territorial determinada, que atienden una población focalizada con énfasis en la población más desprotegida, en coordinación con el segundo y tercer nivel de atención”, y crea las Direcciones Regionales de Salud “estructuras administrativas desconcentradas que tienen como atribución la gestión y el control de los recursos asignados a los SIBASI y a los Hospitales Nacionales Generales y Regionales; a más de proporcionarles asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación”.

En la práctica, su capacidad de gestión desconcentrada está muy limitada por el abigarrado centralismo común a la administración pública del país, producto de marcos legales no superados y de enraizadas culturas organizacionales; su capacidad de gobierno sobre los hospitales nunca llegó a materializarse y la pertinencia de su existencia, creando ámbitos regionales solo para salud, en detrimento de los SIBASIS o Departamentos, en un país geográficamente pequeño, son interrogantes con frecuencia planteados.

En el año 2007 se aprueba la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud que, en el marco del “cumplimiento de garantías constitucionales de acceso a los servicios de salud, como un derecho social de todos los habitantes...” dispone importantes avances relacionados con el modelo de atención basado en un enfoque de salud familiar que tiene como ejes centrales la prevención y la promoción de la salud.... y los determinantes locales de la salud, en los aspectos económicos, culturales, demográficos, sociales y ambientales...”. Un conjunto de disposiciones de esta ley y reglamento relativas al modelo de salud familiar han constituido bases normativas de sustento de los equipos comunitarios de salud familiar (ECOS), pilar del desarrollo de Redes integradas e Integrales de Servicios de Salud que la presente administración ha impulsado.

A diferencia de lo señalado para el modelo de salud, la disposición cardinal de la ley, de crear un sistema nacional de salud, quedó reducida al voluntarismo de coordinación entre las instituciones miembros (...) “limitadas a la esfera de potestades y atribuciones establecidas en los cuerpos legales que rigen a cada una de las instituciones que conforman el sistema; en consecuencia, (las acciones en tanto integrantes del sistema) serán realizadas por dichas instituciones en la medida, forma y alcances establecidos en dichos cuerpos legales”.

La función de “rectoría” del MSPAS quedará también en entredicho cuando por un lado se le dispone “coordinar la formulación de la Política Nacional de Salud de manera conjunta con los miembros del Sistema Nacional de Salud”, pero por otro se ordena que sus directrices “en aplicación de la política aprobada tendrán carácter obligatorio, pero no podrán transgredir las limitaciones y objetivos específicos de cada institución integrante del sistema, según lo establecido en los cuerpos legales que rigen a dichas instituciones”.

Este es, a grandes rasgos, el contexto histórico político sanitario que, en un escenario inédito, de ruptura de la hegemonía política conservadora mantenida entre 1989 y 2009, precedió a la gestión liderada por la Dra. María Isabel Rodríguez, de reconocido prestigio nacional e internacional, quien impulsa un proceso de reforma sectorial de salud, inserto en políticas cobijadas bajo el mensaje “Construyendo la Esperanza”, orientadas a materializar el derecho a la salud; “bien público y derecho humano fundamental, resultante de la interacción de determinantes socio-económicos, políticos, biológicos, culturales, demográficos y ambientales”. En las políticas se destaca también la construcción de un Sistema Nacional de Salud “unificado, con cobertura y acceso universal, basado en Atención Primaria de Salud Integral” así como el fortalecimiento de la organización comunitaria y la participación social “a fin de que la sociedad tome control de las determinantes de su salud”.

30 D.L. No. 775. Diario oficial No. 161 Tomo No. 368 Fecha de Publicación: 01-09-2005

En lo que sigue el análisis de logros y desafíos de la gestión ministerial 2009-2014, en ruta hacia la Cobertura Universal de Salud y el largamente acariciado Sistema Nacional de Salud de El Salvador.

5.2. La dimensión de Poder para generar el proceso hacia la CUS en ELS

Es claro que las deficitarias características del “Sistema” de Salud de ELS mantenidas a lo largo del tiempo, detalladas en múltiples diagnósticos, se constituyen en evidente obstáculo para alcanzar CUS. Uno reciente así lo resume: “Problemas estructurales del sistema de salud, entre los cuales se encuentran la segmentación y fragmentación del mismo, el subfinanciamiento público de la salud, el déficit crónico de recursos humanos para la salud y debilidades en las capacidades de conducción y gerencia de sistemas y servicios de salud a todos los niveles administrativos y técnicos, impidieron que el sistema de salud alcanzara la cobertura universal de salud, con eficacia, eficiencia, equidad, calidad y solidaridad” (Granados, 2013).

Es claro también que la Administración de Salud liderada por la Ministra Rodríguez, decidió emprender un proceso de cambio, a la luz de las políticas de salud y proceso de reforma, detallados en varios tramos de este documento. Tal proceso no habría sido posible si no habrían confluído dos elementos indispensables; la fortaleza conceptual, política y técnica de los planteamientos de cambio y la voluntad política del más alto nivel por apoyarlo; uno y otro con plena conciencia que se trata de procesos de mediano y largo aliento, en contextos políticos conflictivos, escenarios económicos precarios, e institucionalidad todavía frágil.

Del análisis de los distintos aspectos de poder relacionados con el cambio emprendido en el MINSAL, en el marco del fragor por modelar el SNS reseñado en páginas anteriores, se encargó el trabajo “La gobernanza del proceso de reforma del sistema de salud en El Salvador y la cobertura universal en salud”³¹ que se presenta a continuación³² y como podrá apreciarse va más allá, presentando una amplia panorámica del proceso de Reforma y avances hacia la CUS.

La actual gestión se propuso garantizar el Derecho a la Salud de todos los salvadoreños y salvadoreñas e inició la operacionalización del proceso de Reforma de la Salud a partir del segundo semestre del año 2010. La Reforma ha avanzado a lo largo de los años, consolidando logros pese a la difícil situación económica del país, como parte de la crisis internacional. En el trascendental esfuerzo por romper barreras geográficas, económicas y culturales se han extendido los servicios de salud con énfasis en las poblaciones más pobres, vulnerables y desprotegidas, con la activa participación de la población como sujeto de desarrollo.

Se han acumulado logros y se han identificado desafíos para la sostenibilidad de la Reforma de la Salud, entendiendo la misma como una política de Estado que debe trascender los horizontes de una gestión gubernamental. Es por ello que a 3 años de iniciado el proceso, que a su vez continuaba desarrollos anteriores, llevándolos a un nivel superior, se hizo necesario evaluar el proceso y sus resultados e iniciar un diálogo político y social enfocado a construirle viabilidad a la continuidad y sostenibilidad de los desarrollos, en la concepción de que la salud es un derecho ciudadano y una política de Estado.

31 Elaborado por Dr. Ramón Granados Toraño, asesor temporero de la OPS/OMS, bajo la orientación y revisión del Dr. José Ruales, Representante de OPS/OMS en El Salvador, con el apoyo del equipo de la Representación y del departamento de sistemas y servicios de salud (HSS) de la Oficina Central de OPS, como parte del estudio “El proceso de Reforma de salud en El Salvador y la cobertura universal de salud”. OPS/MINSAL Junio 2012 – Octubre 2013.

32 Editado, básicamente en procura de evitar repetición de conceptos o contenidos ya presentados.

5.2.1. La gobernanza y la rectoría para la reforma y la cobertura universal en salud

La finalidad central de las reformas de los sistemas de salud es el logro de la CUS. Ello implica que todas las personas puedan acceder a servicios de salud de calidad, que satisfagan sus necesidades, sin exponerlas a penurias financieras³³.

Desde hace décadas, los países persiguen el objetivo de garantizar la universalidad, calidad y protección financiera de la atención de salud, es decir, concretar el derecho a la salud, con solidaridad y equidad, mediante sistemas integrados de salud basados en la APS. Ello requiere la transformación de los desempeños de las instituciones de salud y de las prácticas y comportamientos sociales de manera que se logre impacto en el mejoramiento en la situación de salud de la población.

Las autoridades sanitarias nacionales para el enfrentamiento de estos complejos procesos requieren herramientas político-técnicas que robustezcan la capacidad de conducción y gerencia de la producción social de la salud; el abordaje de la determinación social de la misma, así como nuevos mecanismos, arreglos institucionales y competencias para la rectoría de los sistemas de salud, que aseguren una adecuada gestión del cambio y del desarrollo institucional y social. Estas transformaciones involucran al corto, mediano y largo plazo y dados la diversidad de intereses y juego de poderes la conflictividad e incertidumbre propias de los procesos sociales.

Las reformas de salud, en la concepción moderna de la salud y sus determinantes sociales, deben involucrar, además de las organizaciones del sistema de salud, a diferentes instituciones del Estado y la sociedad civil, del sector salud y otros sectores, gubernamentales y no gubernamentales; demandan el fortalecimiento político-institucional para la gobernanza de la provisión de servicios individuales y colectivos y de políticas públicas intersectoriales; requieren de la participación social y el empoderamiento ciudadano. La provisión de servicios individuales y colectivos, de adecuada calidad, es cada vez más sofisticada y costosa: promoción y prevención, diagnósticos oportunos, tratamientos y rehabilitación a enfermedades no transmisibles y otros problemas de salud, muy vinculados con modelos de desarrollo y estilos de vida, comportamientos humanos y dinámicas económicas, sociales, demográficas y culturales, son nuevos desafíos para la gerencia de sistemas y servicios de salud. Nuevas competencias se necesitan para enfrentar estos retos, consolidar logros y continuar abordando problemas de salud pública cuya solución aún está inconclusa.

El desarrollo de la reforma del sistema de salud salvadoreño, tiene por delante todas estas dimensiones y desafíos, si bien en los últimos años se ha avanzado en el fortalecimiento de mecanismos de gobernanza, rectoría y regulación del MINSAL para la extensión de cobertura de servicios de salud, así como en el liderazgo de acciones sectoriales e intersectoriales, para satisfacer las crecientes necesidades de salud con solidaridad, equidad, eficacia, eficiencia y calidad.

El análisis de los avances de la reforma del sistema de salud destaca los logros, pero enfatiza lo que queda pendiente, los desafíos y las agendas que tensionan las capacidades institucionales de liderar, conducir y gerenciar los procesos para el desarrollo nacional de la salud y la sostenibilidad de los mismos, en el empeño por alcanzar la CUS en El Salvador.

5.2.1.1. Aspectos conceptuales y metodológicos para el análisis de la gobernanza

En 1998, la OMS definió a la gobernanza en salud como “ la participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles” . Según Flores , “esta definición es limitada porque la asocia únicamente con participación de actores. A través del desarrollo conceptual de la gober-

33 WHA. Alocución de la Dra. Margaret Chan. Mayo 2012.

nanza en las ciencias políticas y en el desarrollo económico social, se sabe que aun cuando los actores son parte de los procesos de gobernanza, las reglas del juego (formales y no formales) y las organizaciones son también partes esenciales del proceso.

La Asamblea General de Naciones Unidas de septiembre de 2012, adoptó la Resolución 66/288, “El Futuro que queremos” según la cual se reconoce “que la democracia, la buena gobernanza y el estado de derecho, en los planos nacional e internacional, así como un entorno propicio, son esenciales para el desarrollo sostenible, incluido el crecimiento económico sostenido e inclusivo, el desarrollo social, la protección del medio ambiente y la erradicación de la pobreza y el hambre”, así como reafirmó que “para lograr nuestros objetivos de desarrollo sostenible necesitamos instituciones de todos los niveles que sean eficaces, transparentes, responsables y democráticas”.

La OPS y el MINSAL consideran que el fortalecimiento de la gobernanza y la rectoría son elementos fundamentales para la garantía de la cobertura universal en salud como finalidad del proceso de reforma del sistema de salud de El Salvador. Es por ello que una dimensión importante del análisis del avance del proceso de reforma y su contribución a la cobertura universal fue dedicada a la gobernanza del sistema de salud.

5.2.1.2. El Triángulo de la Gobernanza en Salud: enfoque metodológico para el análisis de la reforma del sistema de salud y la cobertura universal en salud en El Salvador

Carlos Matus desarrolló una propuesta metodológica para el análisis de la teoría y el “arte” de gobernar sistemas sociales. Según el autor, “el conductor dirige un proceso hacia objetivos que elige y cambia según las circunstancias (su proyecto), sorteando los obstáculos que le ofrece el medio que no es pasivo, sino activamente resistente (gobernabilidad del sistema). Y para vencer esa resistencia con la fuerza limitada que posee, el conductor debe demostrar capacidad de gobierno.”

Matus organizó estas tres variables (Proyecto, Gobernabilidad y Capacidad de Gobierno) en un sistema triangular interdependiente que denominó Triángulo de Gobierno, el cual modelaba el proceso de gobierno real y el juego político de actores.

El Proyecto de Gobierno, bien diseñado, produce soluciones a problemas sociales en beneficio de la mayoría de la población; se solucionan problemas de la mayoría y se asumen los costos del proceso, que son problemas para otros. A ello es a lo que llamó Matus intercambio de problemas. Un Proyecto de Gobierno eficaz complementa el mundo de los valores con el de la ciencia, en un ejercicio creativo de la política.

La Gobernabilidad del Sistema es una relación entre las variables que controla el actor que gobierna y las que no controla; es relativa a la capacidad de gobierno de cada actor y a sus propuestas políticas; cuantas más variables decisivas controla un actor mayor en su influencia y libertad de acción sobre la gobernabilidad del sistema.

La Capacidad de Gobierno expresa la capacidad de liderazgo, la experiencia y los conocimientos de ciencias y técnicas de gobierno. Se concreta en la capacidad de conducción del líder, su equipo de gobierno y en la organización que conduce y lidera el cambio; es sinónimo de pericia para ejecutar un Proyecto de Gobierno y acumular poder para ganar libertad de acción en condiciones de Gobernabilidad concretas.

Para analizar las condiciones concretas del sistema de salud de El Salvador se adaptó el Triángulo de Matus a las condiciones de gobernanza y se definió Gobernanza y Gobernabilidad adecuadas a las características de los procesos actuales de la cobertura universal en salud, determinación social de la salud, equidad y solidaridad.

5.2.1.3. La Gobernanza y gobernabilidad en el Sistema de Salud de El Salvador

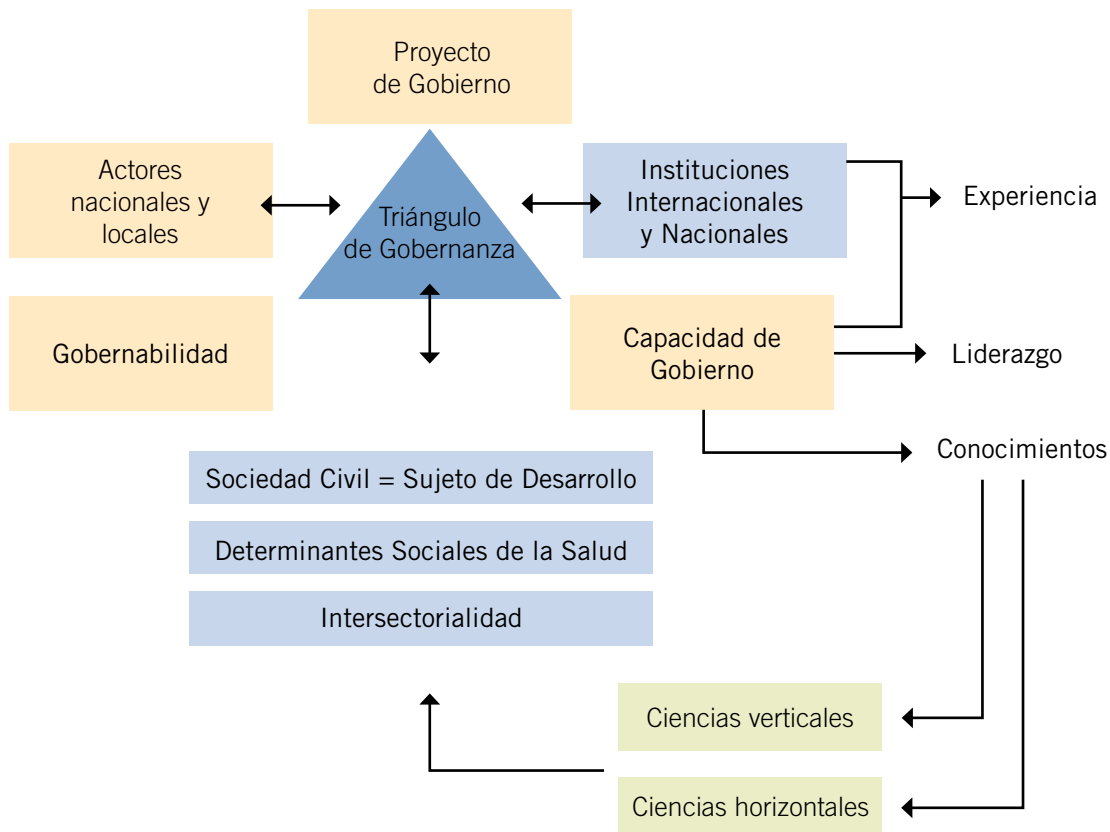
En relación al sistema de salud de El Salvador, la gobernanza en salud se definió como “la compleja gestión (conducción y liderazgo) orientada al bien común, que implica y genera:

- a) Interacción de distintos actores (de salud, sectoriales y de otros sectores), gubernamentales y no gubernamentales;
- b) La dinámica de procesos sectoriales e intersectoriales;
- c) Reglas de juego, formales e informales, con las cuales Estado y sociedad civil toman y ejecutan decisiones y acciones políticas, gerenciales y técnicas y determinan conductas consensuadas para la producción social de la salud”.

Con respecto a la gobernabilidad en salud la misma se conceptualizó como “la cualidad del sistema de salud de ser gobernable (gobernarse a sí mismo y alcanzar los resultados socialmente consensuados) dentro del sistema social al cual pertenece, cumpliendo los valores socialmente aceptados de cobertura universal, derecho a la salud, equidad y solidaridad”.

Asimismo se decidió utilizar el esquema modificado del Triángulo de Gobierno de Matus actualizándolo al concepto de Gobernanza antes descrito, como enfoque metodológico para el análisis de la viabilidad y sostenibilidad de las condiciones político-institucionales para la conducción de las reformas hacia la cobertura universal en salud, de manera tal que queda como sigue, de manera esquemática:

Gobernanza de procesos sociales y salud



Con las definiciones anteriormente adoptadas, el marco analítico tuvo en cuenta:

- a) El mapeo de actores sectoriales, gubernamentales y no gubernamentales,
- b) Las relaciones establecidas entre los mismos en función de respuestas de objetivos concertados,
- c) Las reglas formales e informales dentro del sector salud,
- d) Las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que tienen los escenarios y contextos de la reforma del sistema de salud,
- e) Los resultados obtenidos en coberturas poblacionales, garantía de prestaciones y calidad de los servicios de salud y protección financiera.

Estas herramientas conceptuales y metodológicas se utilizaron para analizar y evaluar, en reuniones con el grupo focal de alto nivel, entrevistas, discusiones grupales y talleres, los logros, agendas inconclusas y retos existentes para el proceso de reforma del sistema de salud de El Salvador.

A continuación se exponen los resultados en cada una de las tres dimensiones del análisis de la gobernanza del sistema de salud.

5.2.2. Análisis de la Gobernanza del sistema de Salud de El Salvador: discusión de resultados en relación a proyecto, capacidad de gobierno y gobernabilidad

5.2.2.1. El Proyecto de Gobierno en Salud de El Salvador

- a) La Salud dentro de la Política de Estado y Políticas de Estado y Salud
- b) La Política Sectorial de Salud
- c) Movilización de Recursos para la Salud
- d) Negociación y Participación en el Desarrollo Sanitario

a.- La Salud dentro de la Política de Estado y Políticas de Estado y Salud

Una de las manifestaciones del peso otorgado por los gobiernos a la Salud es el incremento del financiamiento sectorial a expensas del aumento del gasto público en salud y la disminución del gasto de bolsillo lo cual expresa mayor solidaridad y equidad en la protección social de la salud. El Salvador ha eliminado las llamadas “cuotas voluntarias”, mecanismos de copago efectuados por los ciudadanos, que afectaban mayormente a los de menos capacidad adquisitiva, al momento del uso de servicios de salud hospitalario y ambulatorio. La gratuidad de la atención coadyuvó al aumento de la demanda de servicios de salud. La mayor asignación de recursos al sector salud significó la posibilidad de mayor inversión en infraestructura de servicios de salud (hospitales, ambulatorios, equipamiento, ambulancias, recursos humanos para el primer nivel de atención). El Salvador es uno de los países que más baja participación de gasto público había tenido hasta principio del Siglo XXI, en Latinoamérica y el Caribe.

La salud como política de Estado en Salud está representada también por un esfuerzo gubernamental para fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud como líder sectorial, proceso que ha involucrado a varias gestiones gubernamentales desde la década del noventa, pero que en la actual es elemento central de la reforma del sistema de salud hacia un sistema más integrado, menos

segmentado y fragmentado, basado en la APS. En la actualidad se avanza hacia un sistema más integrado de salud con enfoque sectorial, si bien aún falta mucho por avanzar derribando obstáculos políticos e intereses institucionales y gremiales.

La participación social en salud también es parte de una nueva política de Estado que favorece la rendición de cuentas a la sociedad civil organizada y la transparencia de la gestión pública en salud. Otras políticas de Estado, como la priorización del apoyo a las mujeres víctimas de la violencia, también han significado un logro en enfoques de problemas que superen la óptica sectorial y abren espacios para la promoción y prevención de problemas de salud con fuerte determinación social.

Si bien el apoyo del Estado a Salud se ha manifestado de manera importante, sobre todo en los dos primeros años de gobierno, por un incremento de los presupuestos públicos para el Sector, ello no ha sido complementado por una fuerte voluntad política de integración y complementación de instituciones sectoriales, ni por un fuerte movimiento político supra-sectorial de negociación de opciones de disminución de la segmentación, de creación de fondos públicos más integrados y solidarios para la salud, así como de negociación entre distintas fuerzas políticas de un Pacto Social por la Salud que establezca consensos sociales sobre el Sistema de Salud Salvadoreño para el Siglo XXI, como elementos catalizadores del desarrollo humano, de la cohesión social, profundización democrática, construcción de ciudadanía y de inversión en capital humano.

b.- La Política Sectorial de Salud

Importantes avances se lograron en la conformación de un consenso entre los distintos actores acerca de la necesidad de la reforma del sistema de salud durante la última década. El periodo 1998-2009 fue prolífico en la presentación de propuestas³⁴ de Reforma del Sistema de Salud, con visiones diferentes del proceso de cambio, en lo ideológico, económico-financiero, social e institucional. En los aspectos estructurales, financieros y de integración del Sistema, los avances fueron parciales y limitados.

La Reforma del Sistema de Salud ha avanzado en el fortalecimiento del Rol Rector para la conducción sectorial y la regulación del Sector Salud, lo cual se expresa en:

1. Elaboración e implementación de instrumentos de Política que incluyen desde la Política Nacional de Salud hasta políticas específicas en diferentes áreas programáticas y administrativas del quehacer sectorial (participación social, salud bucal, salud sexual y reproductiva, austeridad, salud mental, medicamentos, control interno, calidad en salud y lactancia materna).
2. Leyes, Decretos y otros instrumentos jurídicos: se han promulgado Leyes y otros instrumentos que regulan (y en otros casos fortalecen y/o complementan regulaciones jurídicas anteriores o subsanan vacíos) el ejercicio de la Rectoría de la ASN en áreas de su competencia y en otras, en coordinación intersectorial, para los determinantes sociales. Ello ha fortalecido el Rol de la ASN (vacunas, seguridad vial, medicamentos, control del tabaco, prevención de riesgo en lugares de trabajo, protección integral de la niñez y adolescencia, entre otras).
3. Planes que desarrollan las políticas en lactancia materna, adicciones, VIH/SIDA e ITS, intersectorial de violencia en todas sus formas y ciclos de vida, intersectorial de adolescente y jóvenes, salud bucal, salud mental, medicamentos, medicamentos vencidos y otros químicos peligrosos, para la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal.
4. Desarrollo de Lineamientos que establecen la normatividad para el funcionamiento de servicios de salud y la vigilancia de normas de calidad en la producción de los mismos, así como de guías prácticas y protocolos técnicos de atención a diferentes problemas de salud, prácticas clínicas o etapas en la producción continua de los servicios de salud (prehospitalarios, emergencias y otros), que han complementado o llenado vacíos regulatorios existentes.

34 La sección inicial de este capítulo presentó una visión panorámica de las iniciativas generadas en la materia.

Conjuntamente a lo anterior se desarrolla el nuevo modelo de atención de salud basado en familia y comunidad y en redes integrales e integradas de servicios de salud (ECOS-F y RISS), así como el mejoramiento de acceso a tecnología y servicios especializados, medicamentos y vacunas, con mejoramiento del acceso y la capacidad resolutoria en los niveles primarios.

A pesar del desarrollo alcanzado, aún se mantiene un sistema de salud segmentado y fragmentado, con RISS aún muy poco complementadas, entre los distintos subsectores, y con per cápita de financiación muy inequitativos. El Consejo Nacional de Salud debe constituirse en un espacio de negociación y concertación de decisiones sectoriales vinculantes y de cumplimiento obligatorio

c.- Movilización de recursos para la salud

La reforma del sistema de salud ha logrado movilizar recursos financieros nacionales e internacionales para mejorar la infraestructura sanitaria, tanto ambulatoria como hospitalaria, de laboratorios y bancos de sangre; de igual manera ha sido importante la movilización de talento humano para los nuevos modelos de atención a la salud. Ha existido movilización de recursos de otros actores sectoriales y un mayor esfuerzo de complementariedad de los mismos en función de resolución de problemas de salud de la población, si bien persiste la resistencia a la integración, e intereses institucionales, barreras legales y administrativas y defensa de espacios de poder que limitan un uso más eficaz, eficiente y equitativo de los, siempre escasos, recursos para la salud. Ha existido un fuerte proceso de movilización de recursos comunitarios y de compromiso ciudadano y social con la salud en niveles regionales y locales.

Debe ponerse mayor esfuerzo estatal y gubernamental en la movilización de recursos políticos que permitan que sea realidad la salud en todas las políticas y políticas de Estado y Salud, que privilegien el interés social por encima de intereses privados, gremiales o políticos de corto plazo, y negocien y relancen la reforma del sistema de salud hacia el mediano y largo plazo.

d.- Participación y negociación para el desarrollo sanitario

Este componente del Proyecto de Gobierno requirió mucha atención por parte del MINSAL. Se fortalecieron los instrumentos de negociación intersectorial a través de CISALUD y de participación social con el Foro Nacional de Salud, a distintos niveles (nacional, regional y local) lo cual ha abierto un espacio para el abordaje de los determinantes sociales de la salud, la intersectorialidad y la participación ciudadana, la petición y rendición de cuentas y el control social de la gestión pública en salud.

Existe el desafío de ampliar la base de negociación y participación tecno-política con el fin de enriquecer los debates, ampliar los espacios de comunicación social para el apoyo y empoderamiento ciudadano con los procesos y para generar los acuerdos mínimos con movimientos sociales, grupos y asociaciones gremiales y científicas y otros, hacia un consenso social por la salud. El proyecto de gobierno en salud es, en última instancia, una propuesta de intercambio de problemas (en este caso solución de problemas de salud) que debe favorecer a la mayoría (debe ser atractiva y favorable no solo a los pobres sino a la clase media también), mientras se asumen costos (políticos, económicos, de oportunidad) a los que hay que construirle viabilidad.

5.2.2.2 La Capacidad de Gobierno en Salud

- a) La gestión del cambio,
- b) La formación, distribución y educación permanente de los recursos humanos,
- c) La vigilancia de la salud pública y de los determinantes sociales de la salud,
- d) La gestión de planes de salud,
- e) La gestión del modelo de atención a la salud.

a.- La gestión del cambio

La gobernanza de los procesos y la gestión del cambio ha estado centrada en la personalidad carismática, dotes de líder, experiencia y conocimientos de la Ministra de Salud, así como en la generación de instrumentos de política y planes de salud nacionales, lo cual ha ido dando lugar a una formalización progresiva de una Hoja de Ruta, insuficientemente estructurada y negociada con actores clave. Es clave mayor formalización de instrumentos de negociación y compromiso que permitan conducir y liderar las complejas transformaciones requeridas (en el MINSAL, del sector en su conjunto, de instituciones clave del Estado) para el mediano y largo plazo.

Aunque se ha ido conformando un equipo de trabajo institucional con las nuevas competencias requeridas, con el concurso de la Escuela de Gobierno se requiere una masa crítica suficiente de líderes en el nivel central, regional y local con conocimientos, destrezas y habilidades para la gobernanza, rectoría y conducción de procesos de planificación, gestión, negociación, evaluación y control, de alcance sectorial y ámbito territorial, incluido el abordaje intersectorial de los determinantes sociales de la salud y los cambios necesarios de cultura organizacional.

b.- La formación, distribución y educación permanente de RRHH.

Ha existido un fuerte empeño gubernamental de asignar, distribuir y formar nuevos RRHH para la salud que permitan desarrollar el nuevo modelo de gestión y de atención a la salud y extender la cobertura de servicios de salud, con nuevas competencias políticas, técnicas y gerenciales. Se ha logrado un buen resultado en cuanto a saldar deudas históricas con zonas rurales y de mayor vulnerabilidad.

Existe el reto de alcanzar las metas de RRHH necesarios para que el modelo de atención funcione en todo el ámbito nacional y para incorporar espacios urbanos de las mayores ciudades del país.

c.- La vigilancia de la salud pública y de los determinantes sociales de la salud.

La capacidad de gobierno en salud se ha fortalecido mediante la optimización e integración de diversas fuentes de producción de datos sectoriales de salud y en los distintos niveles de gobierno de la división político administrativa del país y de la regionalización en salud. Se ha mejorado el equipamiento y se han producido desarrollos informáticos en el sistema nacional de salud. Ello permite una mejor toma de decisiones (informada) y una rendición de cuentas más transparente.

Sin embargo, dado el carácter segmentado y fragmentado del sistema nacional de salud, aún quedan desafíos importantes en cuanto a la integración sistémica de información útil para la gestión local, regional y nacional en salud.

d.- La gestión de planes de salud a todo nivel.

La Escuela de Gobierno ha estado desarrollando un aporte importante a la formación de líderes necesarios para la gestión de planes de salud en todos los niveles del sistema nacional de salud. Las necesidades existentes para incrementar la gobernanza de la salud sobrepasan la producción de gerentes, para la conducción de planes sectoriales integrados y descentralizados. Un vacío importante lo constituye la insuficiente integración sectorial, a nivel de cúpulas nacionales, de instituciones sectoriales históricamente segmentadas y compartimentadas, lo cual limita los alcances de la integración.

Un fuerte desafío para la reforma del sistema de salud salvadoreño recae en la formación de líderes comprometidos y capaces para la gobernanza del nuevo sistema de salud, a todos los niveles gerenciales, con capacidad de resolver problemas y visión de integralidad sectorial e intersectorial, para el enfrentamiento de la determinación social de la salud.

e.- La gestión del modelo de atención a la salud.

Se ha avanzado en la implementación del modelo de atención basado en la APS y en la comunidad y se han dispuesto los equipos básicos y especializados y articulado las RIIS en gran parte del territorio nacional, lo cual ha comportado cambios gerenciales a todo nivel y transformaciones en las culturas organizacionales y compromisos de los equipos de salud.

El nuevo modelo de atención a la salud y la integración de las RISS son atributos demandantes de nuevas competencias de los recursos humanos para la salud; el nuevo modelo constituye la operación en tiempo real de la reforma del sistema de salud. En relación a las RISS y la referencia y contra referencia de pacientes e información, implica competencias para la gestión de redes por parte de los equipos gerenciales de nivel local, intermedio y nacional; articulación entre distintos subsectores, evaluación y seguimiento, educación permanente y control de resultados que aseguren continuidad de la atención y calidad de la misma.

A través del nuevo modelo se satisfacen las necesidades y demandas de la población en salud y se demuestra la capacidad del esfuerzo gubernamental de articular e integrar los recursos sectoriales, para solucionar problemas de salud de la población. Ello genera desafíos y retos para la sostenibilidad, la legitimidad del cambio y la credibilidad en el Estado; retos y desafíos para la autoridad rectora y para las instituciones proveedoras de servicios de salud.

5.2.2.3.- La gobernabilidad del sistema nacional de salud

La gobernabilidad del sistema nacional de salud es la dimensión de la gobernanza que requiere mayor atención, en las condiciones político-institucionales de El Salvador; en ella se incluyen:

- a) Debilidades político-gerenciales en el sistema de salud,
- b) La segmentación del sistema de salud y fragmentación de las redes de atención,
- d) La subfinanciación pública del sistema de salud,
- e) La inequidad del financiamiento de la salud.

a.- Debilidades político-gerenciales en el sistema de salud.

El sistema de salud, a pesar de los esfuerzos de reforma, articulación, complementariedad e integración, no funciona como sistema. Se acumulan debilidades institucionales de larga data que se extiende a todos los subsectores y que limitan las posibilidades de diseño, negociación e implementación de opciones más efectivas de integración sectorial con visión de país, que superen los intereses y cuotas de poder institucionales, las cuales se defienden a ultranza. Los grupos de interés con gran capacidad de lobby, controlan parcelas significativas de poder que restan gobernabilidad a propuestas de cambio que representan intereses de la mayoría.

Otra debilidad es la centralización del poder en los niveles centrales institucionales con poca capacidad de adaptación a la heterogeneidad de realidades regionales y locales. Todo lo anterior constituyen desafíos para la gobernabilidad en el sistema nacional de salud.

b.- Segmentación del sistema y fragmentación de las redes de atención.

La segmentación y fragmentación del sistema nacional de salud se ha abordado en el Consejo Nacional de Salud, espacio de negociación y concertación sectorial, en el cual se expresan obstáculos asentados en intereses políticos, económicos, institucionales y gremiales; a los que se agregan dispositivos administrativos y legales que limitan una mayor integración y uso más racional y equitativo de recursos.

Sólo una fuerte voluntad política supra sectorial puede abordar, aliviar y levantar las dificultades de gobernabilidad que significan la falta de integración, la segmentación y fragmentación, para la construcción de un nuevo sistema nacional de salud más equitativo, solidario y sostenible a largo plazo.

c.- Sub-financiamiento público del sistema de salud.

La crisis financiera internacional y nacional ha condicionado que los fondos públicos para la salud no se han incrementado como lo hicieron entre 2009 -2011, con lo cual la reforma del sistema de salud se enfrenta a un problema de gobernabilidad, dado que las demandas de servicios de salud se incrementaron tremendamente, debido a la política de gratuidad de los servicios, ampliación de la oferta e identificación activa de problemas de salud, como consecuencia de los nuevos modelos de atención, así como de la ampliación de las expectativas de la población con la reforma. El ISSS también tiene problemas de sostenibilidad financiera dado su dependencia de los ingresos procedentes del empleo formal y la imposibilidad de incrementar los techos sobre los cuales se cotizan las primas del Seguro Social de Salud.

De igual manera existen dificultades políticas y económicas para ampliar las fuentes de recursos públicos para la salud mediante esquemas de ampliación de las bases de tributación, creación de nuevos impuestos, tasas y techos de contribución más equitativos y solidarios. Esas tasas y techos se han mantenido estables por décadas.

d- La inequidad del financiamiento de la salud.

Dada la segmentación del sistema nacional de salud y las dificultades intrínsecas de integración han existido esfuerzos limitados para avanzar hacia fondos mancomunados para la salud. El crecimiento de fondos públicos del MINSAL, ha sido insuficiente aún para incentivar y facilitar esquemas de mayor integración sectorial; los per-cápita diferenciales, al interior del subsector público, siguen siendo enormes y obstaculizan cualquier intento de integración.

Por razones políticas, económicas, institucionales, legales y gremiales, hay resistencia al cambio hacia esquemas de mancomunación de fondos públicos que permitan mayor solidaridad, equidad y redistribución social con justicia, en el sistema nacional de salud.

Revertir la situación mantenida por tantos años, al afectar "intereses creados, institucionales, políticos y económicos, exige el abordaje y resolución, muchas veces conflictivo y por etapas, del adecuado financiamiento público de los sistemas de salud; de la segmentación de las instituciones sectoriales y la fragmentación de los servicios de salud; del fortalecimiento de la gobernanza sectorial y supra sectorial, entre otros, que son fundamentales para reducir las inequidades en el acceso y en la situación de salud"

Existe un proceso de cambios y avances en salud que deben ser fortalecidos, ampliados, incrementados, mejorados, sostenidos, para avanzar hacia una Política Pública de mediano y largo plazo en el país.

5.3. El financiamiento para avanzar hacia la CUS y el desarrollo de SNS en ELS

Como se ha señalado, la cobertura universal de salud enfatiza que el acceso a servicios de salud integrales y de calidad, ha de realizarse garantizando que no dependa de pagos directos, ni exponga a las personas a dificultades financieras o riesgos económicos. Si bien se precisa que la cobertura sanitaria universal de salud no se limita a la financiación de la salud, el financiamiento se destaca como un elemento estratégico de alto valor para el logro de la CUS³⁵

Se plantea así, la adopción de "Nuevos modelos de financiamiento y asignación de recursos: financiamiento eficiente, solidario y equitativo del Sistema de Salud, eliminación de copagos en punto de atención y la reducción sustantiva del gasto de bolsillo, con especial énfasis en hogares con poca o ninguna capacidad de pago. Mancomunación solidaria de fondos y de riesgos para

35 WHO: Informe sobre la salud en el mundo 2010: La financiación de los Sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal de salud.

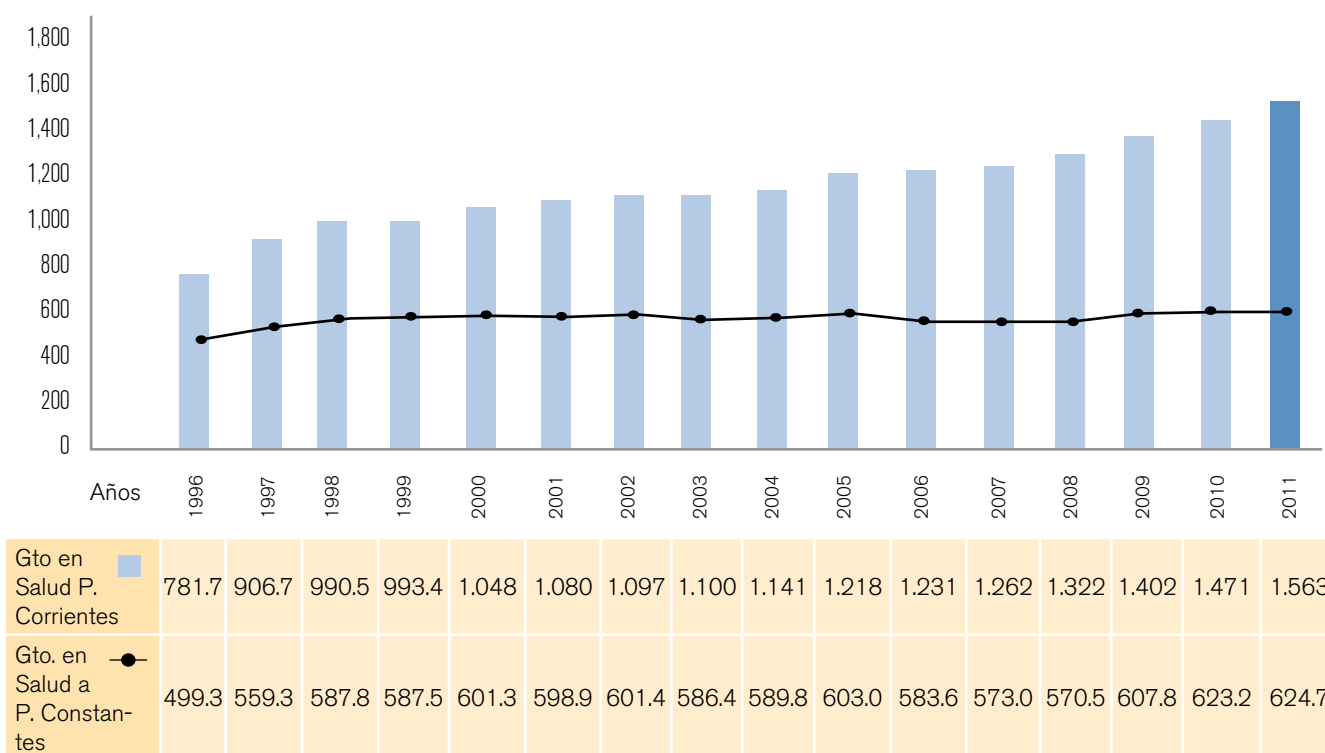
generar equidad y eficiencia, proteger financieramente contra gastos catastróficos y evitar las consecuencias económicas de las enfermedades de alto costo³⁶ y las lesiones, tales como cáncer, insuficiencia renal crónica, quemaduras graves o discapacidad severa”.

El análisis de estos aspectos ha sido realizado con base en el documento “Financiamiento del Sistema de Salud de El Salvador y protección financiera de las personas”³⁷, complementado con información oficial actualizada proporcionada por el MINSAL³⁸.

5.3.1. Financiamiento del Sistema Nacional de Salud:

Durante los últimos 16 años, el Gasto en Salud (GS) de El Salvador, en valores corrientes ha mantenido una tendencia creciente, que incluso se duplicó, pasando de \$781.7 millones (1996) a \$1,563 millones (2011). Sin embargo, en términos de la capacidad real de compra, el financiamiento disponible en valores reales, básicamente se ha mantenido con pocas variaciones a lo largo del período.

Gráfico 1. El Salvador. Gasto en Salud en valores corrientes y constantes 1996- 2011 (en millones de US\$)



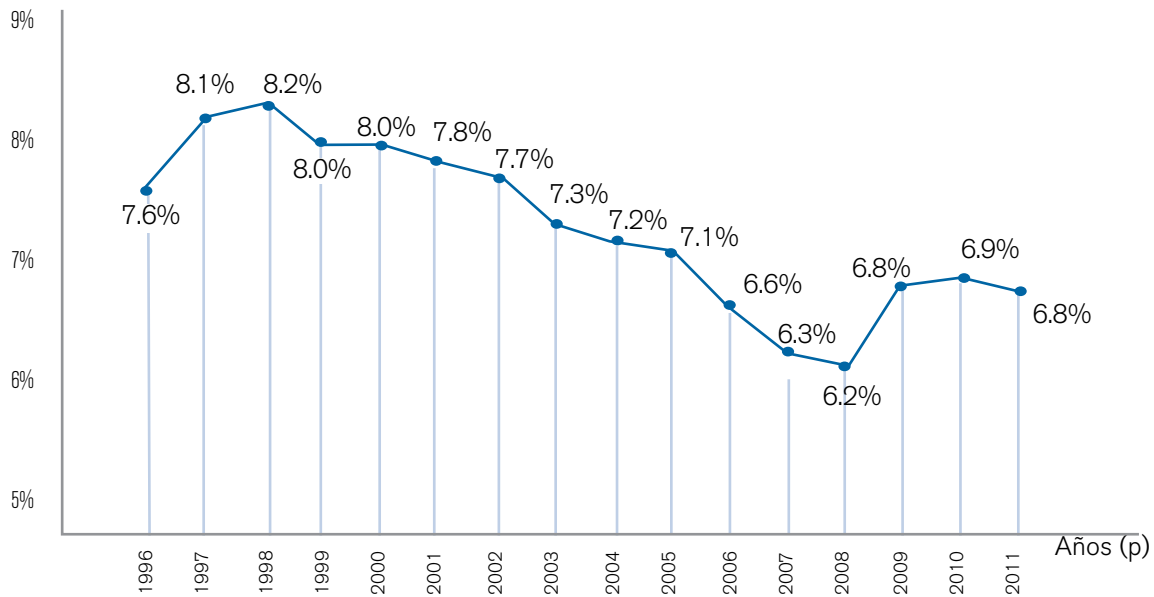
Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL

36 Condiciones seleccionadas de acuerdo al peso de la enfermedad. Este criterio mide las pérdidas de salud debidas tanto a mortalidad prematura como a discapacidad en sus diferentes grados. Para identificar el peso de la enfermedad asociada a los gastos catastróficos pueden ser considerados factores como mortalidad por causas y por grupos de edad, mortalidad hospitalaria, causas de egreso hospitalario, número de casos registrados de la enfermedad y discapacidad producida.

37 Elaborado por Christian Morales HSS Washington, con apoyo del equipo de la Representación de OPS El Salvador y del departamento de sistemas y servicios de salud (HSS) de la Oficina Central de OPS, como parte del estudio “El proceso de Reforma de salud en El Salvador y la cobertura universal de salud”. OPS/MINSAL Junio 2012 - Octubre 2013.

38 Unidad Financiera Institucional/ Gerencia Operaciones versión preliminar informe de labores MINSAL 2013/2014

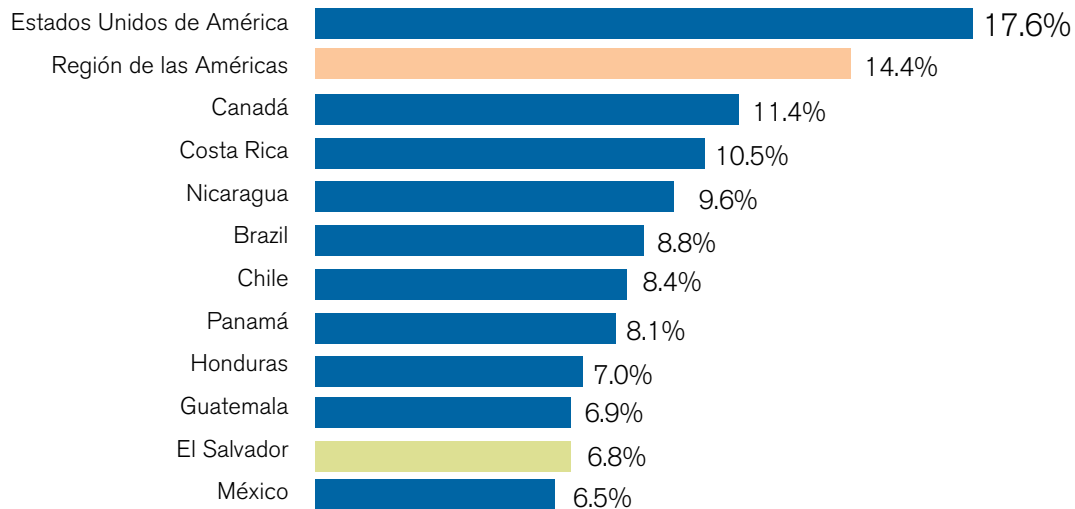
Gráfico 2. El Salvador. Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB



Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL

En comparación con otros países de la Región de las Américas, los niveles de inversión en salud de El Salvador aún son inferiores al promedio Regional, por debajo incluso de Nicaragua, Costa Rica, Honduras y Guatemala (informe OMS 2012). (Gráfico 3)

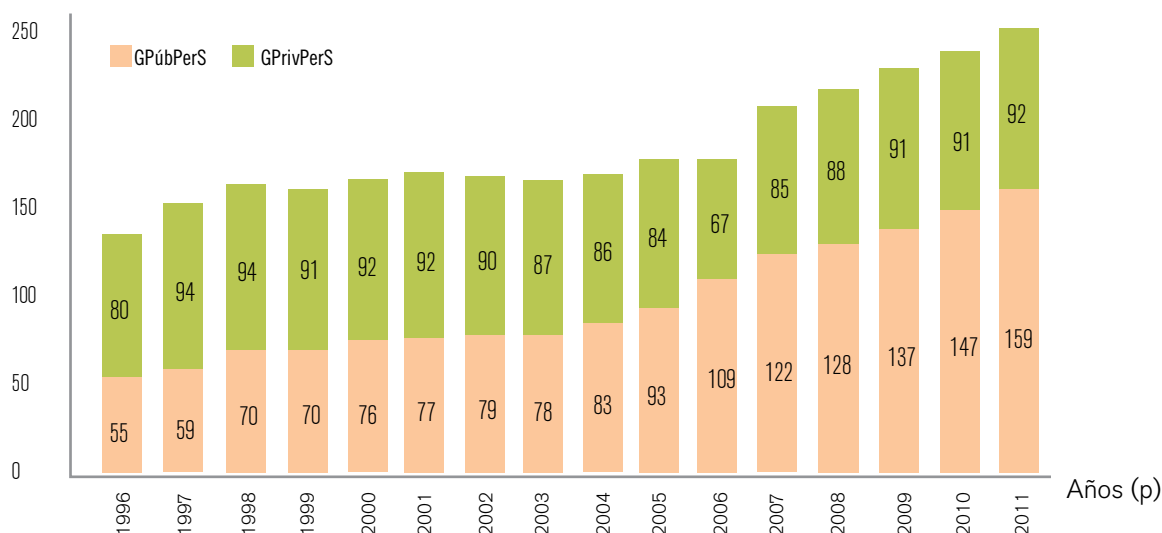
Gráfico 3. Gasto Total en Salud como % del PIB 2009



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012

El financiamiento del SNS constituye un elemento fundamental y debe ser una condición habilitadora para avanzar hacia la Cobertura Universal en Salud. Al descomponer el GNS, se pone en evidencia el esfuerzo nacional por incrementar el Gasto Público (gráfico 4).

Gráfico 4. El Salvador. Composición del Gasto Per Cápita Nacional en Salud (en US \$)



Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación

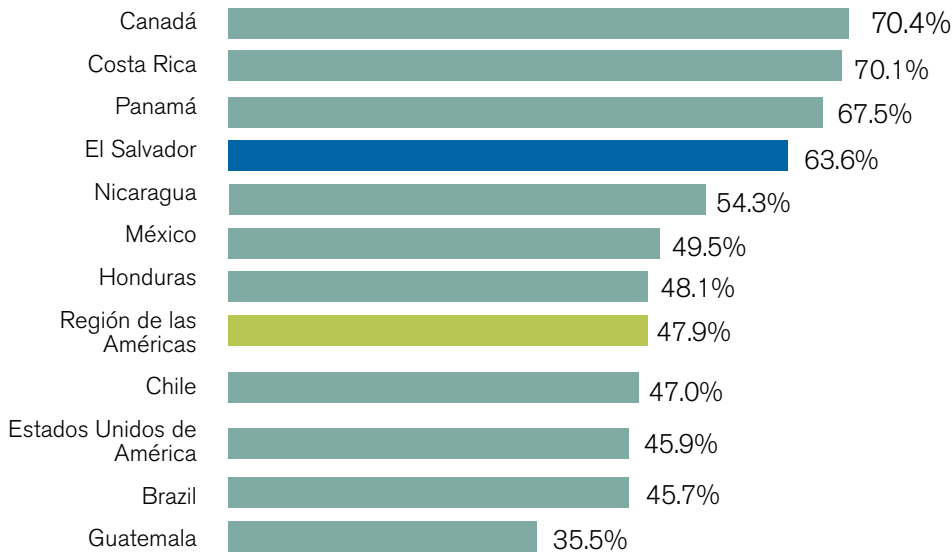
Se identifica un primer período que va de 1996 a 2004, en donde más del 50% del GNS provino del GPrivS (Relación público/privado del 41/59), con importante aporte proveniente de los hogares en forma de gasto de bolsillo.

Sin embargo, a partir del año 2005 se documenta un mayor peso relativo del GPúbS dentro del GNS, con mayor énfasis en el periodo 2009 a 2011, presentando tasas de crecimiento sostenido del más del 7.5% anual desde 2009, llegando a constituir el 63% del GNS, cuyas fuentes principales son impuestos generales e impuestos al salario.

Esta situación coincide con una notable reducción del gasto de bolsillo, resultante de la decisión del MINSAL de eliminar todo tipo de copago en el lugar de atención. Es bien conocido que países con una mayor proporción del GNS financiado con fuentes de carácter público, tienden a producir mejores niveles de cobertura en salud para poblaciones vulnerables, reducen las inequidades y mejoran el acceso a los servicios de salud.

Lo anteriormente indicado coloca al país, dentro del espectro internacional de la Región de las Américas, en uno de los que tienen más alto GpúbS en relación al GNS. De hecho, de acuerdo al Informe de Salud 2013 de la Organización Mundial de la Salud, que establece indicadores de Cuentas en Salud de 2011, en la Región de las Américas, en promedio, el GPúbS (gasto de gobierno general en salud) representó menos de la mitad del GNS (47.9%), estando El Salvador, muy por encima del promedio regional (Gráfico 6).

Gráfico 5. Gasto del Gobierno General en Salud como % del Gasto Total en Salud, 2011

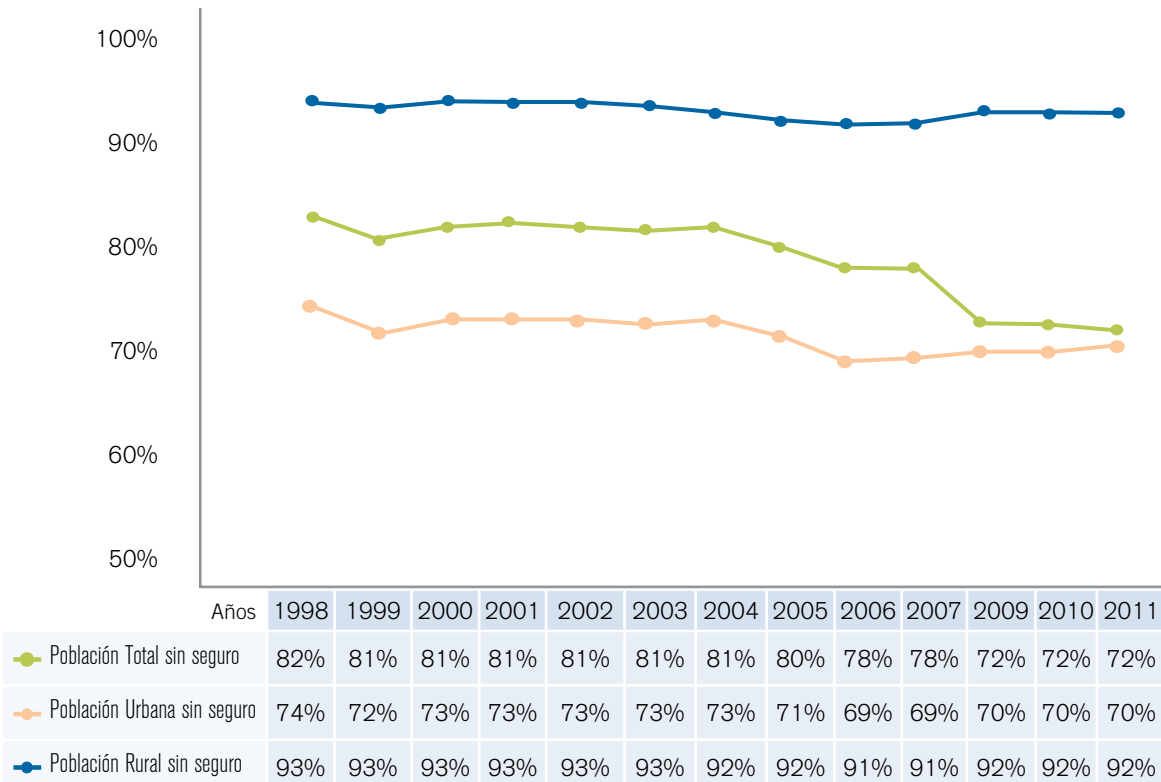


Fuente: MINSAL. Construcción propia, utilizando como referencia el Informe de la Salud en el Mundo 2013 de la Organización Mundial de la Salud.

5.3.1.1. Distribución del financiamiento entre instituciones del SNS:

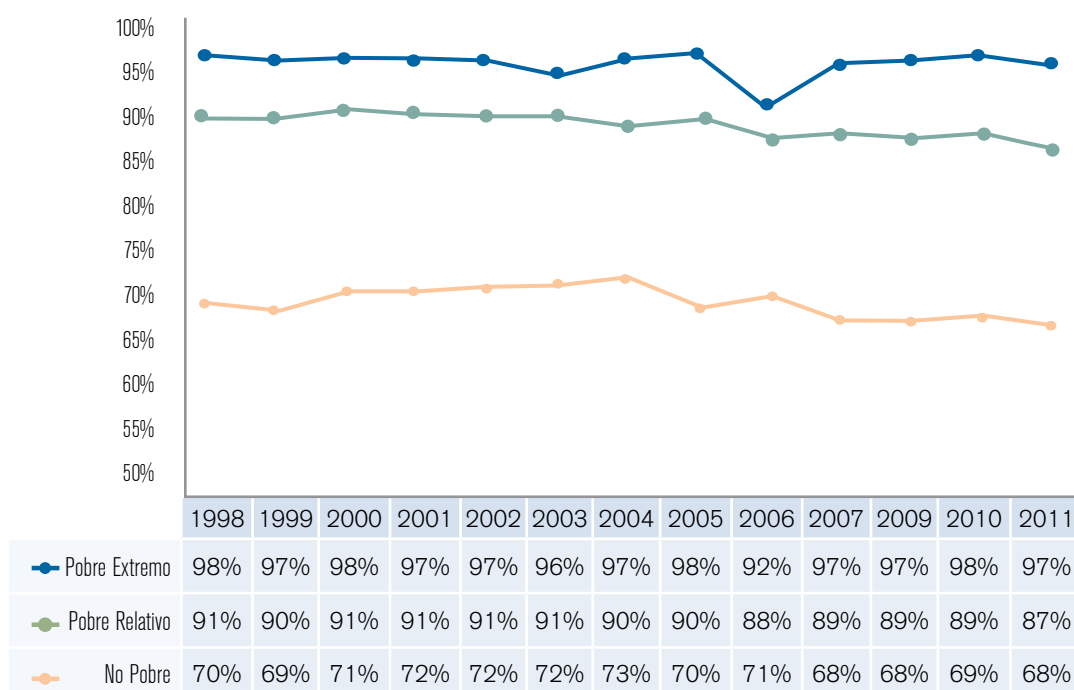
La cobertura de los seguros sociales en El Salvador, al estar condicionada al empleo formal y a la cultura previsional de la sociedad, se concentra principalmente en áreas urbanas y no supera el 27% de la población. Por lo tanto, la mayor cobertura de atención recae sobre el MINSAL. En las siguientes gráficas se ilustran los datos de población no asegurada, de acuerdo a área geográfica

Gráfico 6. El Salvador. Población sin Seguro de Salud, según área geográfica



Fuente: Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/ MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM

Gráfico 7. El Salvador. Población sin Seguro de Salud, según nivel de pobreza y no pobres



Fuente: Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/ MINSAL. Elaboración propia en base a datos EHPM

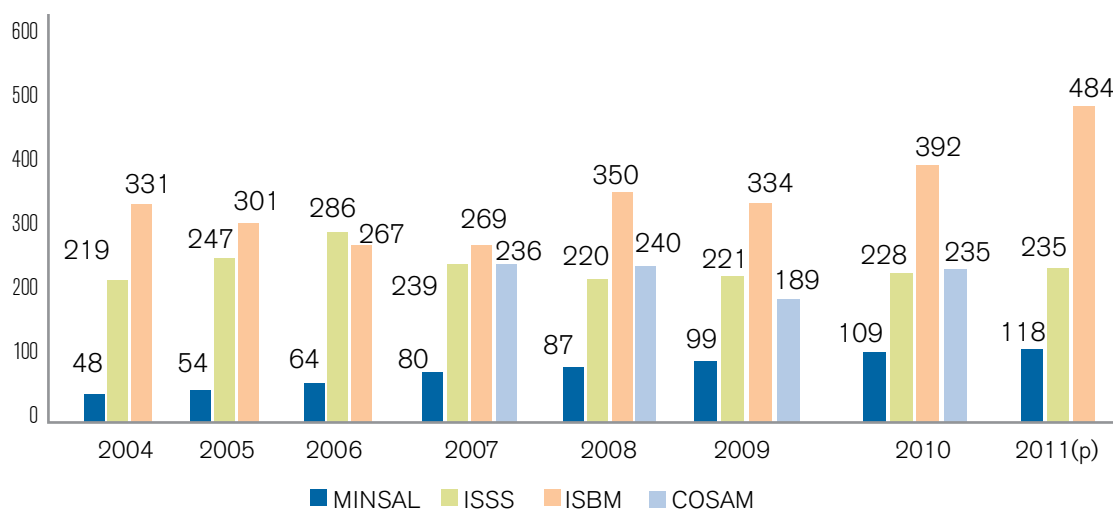
y condición socioeconómica, información extraída de las Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) realizadas entre los años 1998 a 2011

El MINSAL es la institución pública con mayor peso relativo en la composición del GNS. Sus erogaciones han representado entre el 32% (2009) y el 34% (2010 y 2011) del GNS, siendo el monto ejercido en 2011 de US\$532.7 millones, una cifra tres veces superior a la ejecutada durante 1996 (US\$183.0 millones).

En cuanto al ISSS, sus gastos en salud han representado entre el 17% (1997) y el 29% (2006) del GNS, manteniendo constante su participación a partir de 2009, en un 23% del total de gastos en salud del país. Para 2011, el total del gasto en salud del ISSS ascendió a US \$356.1 millones, un monto 2.5 veces superior al reportado en 1996 (US\$ 137.5 millones).

Durante el actual periodo de gobierno han sido realizados importantes esfuerzos por mejorar sustancialmente el financiamiento y la calidad del gasto en salud de las principales entidades proveedoras de servicios de salud, especialmente en el MINSAL. Sin embargo, aún la distribución per cápita de recursos a nivel institucional es muy desigual, destacándose una baja asignación per cápita del gasto del MINSAL con respecto al resto de entidades del sector.

Si bien se documenta una tendencia creciente en término de recursos, aún se mantiene una brecha significativa, siendo su gasto per cápita un 50% menor que el del ISSS y un 75% menor que el del ISBM.

Gráfico 8. Gasto Per cápita Institucional en Salud (en US\$) 2004-2011

Fuente: Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, MINSAL

Mientras que el MINSAL cuenta con menores recursos per cápita para atender una porción importante de población en situación de pobreza y/o no afiliada a ningún esquema público o privado (cerca del 73%), incluso para atender a personas aseguradas y/o “no pobres” que así lo requieran; la población beneficiaria del ISBM, que es inferior al 2%, tiene una asignación per cápita significativamente superior. De igual manera, el ISSS comparte un per cápita similar al del COSAM, siendo que ésta última entidad tiene una afiliación inferior al 1.5% de la población; mientras que el ISSS aglutina alrededor de un 24% de la población salvadoreña. Esta situación pone en evidencia la necesidad de continuar impulsando acciones que permitan garantizar un financiamiento suficiente, más justo, solidario y equitativo para el Sistema Público de Salud.

5.3.1.2. Protección financiera

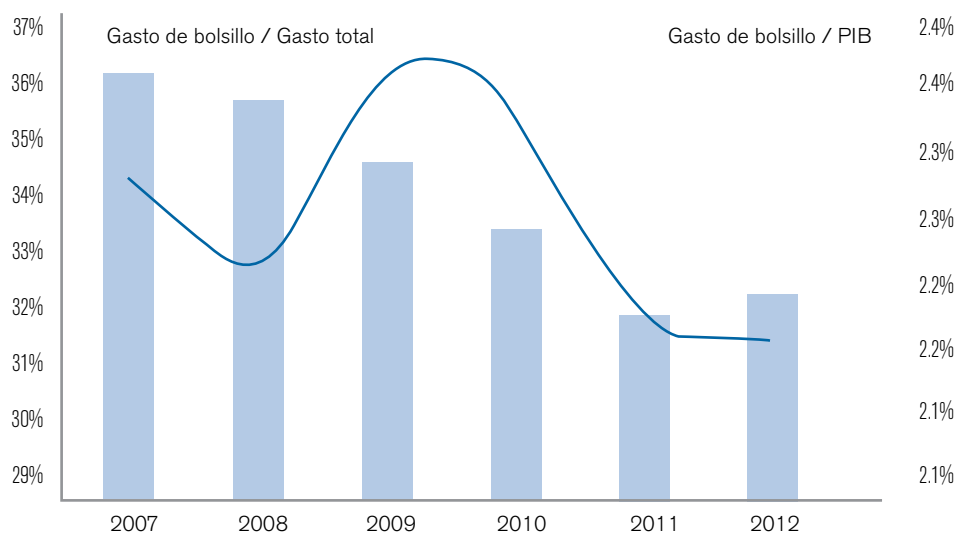
Gratuidad de la atención y gasto de bolsillo: La protección financiera de las personas ante el riesgo de empobrecer o de profundizar su situación de pobreza como resultado de incurrir en gastos asociados al cuidado de la salud, constituye uno de los objetivos centrales del sistema de salud. El gasto de bolsillo en salud es el gasto que más impacta al presupuesto del hogar. Constituye la fuente de financiamiento más inequitativa y menos eficiente, pudiendo llegar a convertirse en un evento o gasto catastrófico para aquellas familias cuyo gasto supera el 30% de la capacidad de pago, de acuerdo al ingreso disponible de los hogares.

Como ya se mencionó, previo al año 2009 existían en el sistema público de salud copagos en el lugar de atención denominados “cuotas voluntarias”, medida que además de incrementar el gasto de bolsillo, generaba una importante barrera de acceso a los servicios. No se conoce con precisión el monto por concepto de recaudo que representaba este rubro, pero las estimaciones indican que esta fuente directa de recursos llegó a representar entre el 12% y 18% del total del presupuesto de los hospitales.

En coherencia con los principios de la Reforma de Salud, y con el propósito de reducir la exposición de las familias al empobrecimiento y a los gastos catastrófico ante el riesgo de enfermar, la primera disposición de las Autoridades de Salud al momento de iniciar su periodo fue justamente la eliminación de todo tipo de pago directo en el lugar de atención, garantizando con ello la gratuidad de la atención en los servicios públicos de salud y favoreciendo el acceso, mismo que rápidamente se reflejó en el incremento de la demanda de servicios, especialmente sensible en el primer nivel

de atención, en el que, por otro lado, se dinamizaba la aplicación del modelo de atención familiar a través de los ECOS, acercando los servicios a la población. Estas medidas, además de repercutir favorablemente en el acceso y la calidad la atención, provoca nuevas economías para los hogares que ya no tienen la necesidad de realizar grandes desplazamientos en procura de la atención, logrando resolver localmente y en forma adecuada, la gran mayoría de sus necesidades en salud.

Gráfico 9. El Salvador. Evolución del Gasto de Bolsillo, período 2007-2012



Fuente: Cristian Morales, Financiamiento y Economía de la Salud, HSS/HS Presentación Foro Internacional Aportes de la Reforma a la Cobertura Universal en Salud El Salvador

Por otra parte, con la implementación efectiva de la nueva ley de medicamentos promulgada en el 2012, entre otros efectos, se fortalece la función rectora y se corrigen las asimetrías de información en el mercado de medicamentos, logrando reducir en un 25% los precios finales al consumidor en el primer año de su implementación. Estas significativas reducciones ocasionan un efecto favorable en el gasto de los hogares, representando la reducción de un 13% en el gasto de bolsillo, especialmente sensible en las familias con menor poder adquisitivo.

5.3.1.3. Mancomunación de Fondos

Las investigaciones realizadas ponen en evidencia los logros del proceso de Reforma en Salud que impulsa el Gobierno, y sus efectos hacia el desarrollo de un estado de bienestar social, con mayor equidad y solidaridad. El incremento en el gasto y financiamiento público y las reducciones en el gasto de bolsillo, dan cuenta de estos esfuerzos. Sin embargo, el camino por recorrer para alcanzar niveles de financiamiento público idóneos, aun es largo. Requiere de propuestas innovadoras y desarrollos jurídicos que soporten cambios profundos en la estructura, las fuentes y la distribución del gasto en salud.

En ese sentido, El Salvador carece de suficientes iniciativas que permitan el aseguramiento o agrupación de riesgos y la mancomunación de recursos en forma solidaria para enfrentar las diferentes necesidades de salud, incluyendo enfermedades catastróficas; evitando con ello incurrir en gastos directos. En la actualidad, la oferta de servicios y la capacidad financiera del sistema de salud es insuficiente para poder afrontar con oportunidad, calidad y eficiencia la demanda de atención por enfermedades de alto costo tales como la insuficiencia renal crónica, cáncer, quemaduras graves. La creación del Fondo Nacional para la Atención de Víctimas de Tránsito (FONAT), mediante Decreto Ejecutivo N° 232 promulgado en diciembre de 2012, constituye una de las pocas iniciativas

de creación de fondos solidarios para la atención de eventos catastróficos y de alto costo en salud. Este Fondo, durante el primer año de operación, generó transferencias por \$2.8 millones de dólares hacia el MINSAL por la atención y rehabilitación de víctimas de tránsito, compensando parcialmente la presión financiera que representan estas atenciones.

En la actualidad el Fondo se encuentra suspendido y en revisión, por ser considerado por un grupo parlamentario como regresivo y poco solidario. Se mantiene sin embargo, la expectativa de poder superar el impase y proceder a su reactivación para beneficio de la población afectada, en su mayoría peatones, usuarios del sistema de transporte público y segmentos sociales de menores ingresos.

5.3.2. El Gasto en Salud en el MINSAL

La Tabla 1 permite apreciar la evolución del presupuesto del MINSAL entre 2008 y 2014, existiendo un claro incremento en los años 2010 y 2011 con fuente GOES, que se eleva nuevamente en 2013, luego de una reducción en 2012. Las variaciones presupuestales se ven influenciadas por las variables préstamos externos y donaciones que, en general representan importantes fuentes financieras, sobre todo porque se destinan a gastos de inversión. Es pertinente anotar, en todo caso, que fuentes como PRIDES, financiadas con crédito BID incluyen rubros operativos, entre ellos recursos humanos, que no fueron absorbidos por el GOES, colocando en una situación de inestabilidad a personal que dejará de contar con tal fuente a fines del año 2014, estando obligado el GOES a asumirlos.

Tabla 1. Presupuesto Modificado MINSAL 2008-2014 (En millones de US \$) 1/

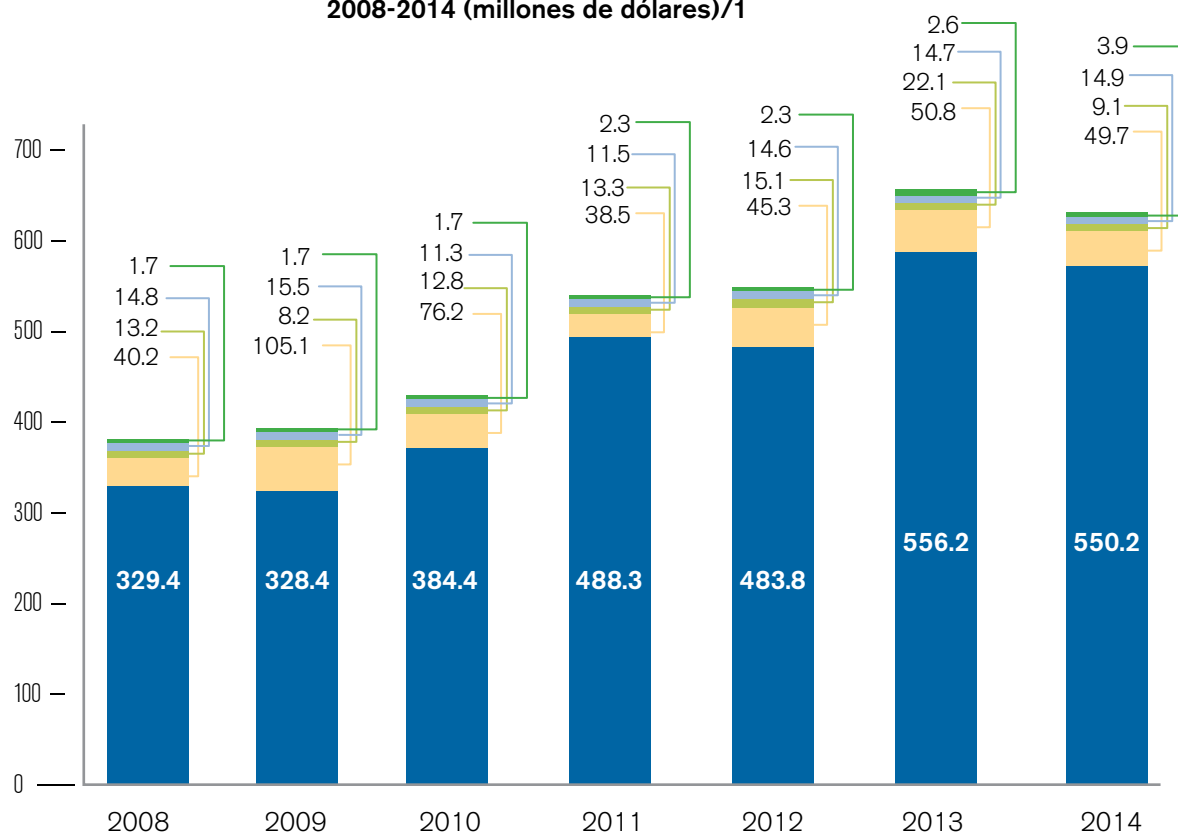
Total Presupuesto por Fuente de Financiamiento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (p)
	En millones de US\$						
Fondo General (GOES)	329.4	328.4	384.4	488.3	483.8	556.2	550.2
Prestamos Externos	40.2	105.1	76.2	38.5	45.3	50.8	49.7
Donaciones	13.2	8.2	12.8	13.3	15.1	22.1	9.1
Recursos Propios	14.8	15.5	11.3	11.5	14.6	14.7	14.9
Fondos de Actividades Especiales	1.7	1.7	1.7	2.3	2.3	2.6	3.9
Total Presupuesto Modificado	399.3	458.9	486.4	553.90	561.1	646.5	627.7
Tasa de Crecimiento Anual	7.5%	14.9%	6.0%	13.9%	1.3%	15.2%	-2.9%
Fuente de Financiamiento:	En Porcentajes						
Fondo General (GOES)	82%	72%	79%	88%	86%	86%	88%
Prestamos Externos	10%	23%	16%	7%	8%	8%	8%
Donaciones	3%	2%	3%	2%	3%	3%	1%
Recursos Propios	4%	3%	2%	2%	3%	2%	2%
Fondos de Actividades Especiales	0.4%	0.4%	0.3%	0.4%	0.4%	0.4%	0.6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Unidad Financiera Institucional/ Gerencia Operaciones versión preliminar informe de labores MINSAL 2013/2014

(p) Cifras preliminares a enero de 2014, estas pueden variar al cierre del ejercicio.

1/ Incluye todas las fuentes de financiamiento

Gráfico 10. Presupuesto Modificado del MINSAL por fuente de financiamiento. 2008-2014 (millones de dólares)/1



- Fondos de actividades especiales
- Recursos propios
- Donaciones
- Prestamos externos
- Fondo General (GOES)

Fuente: Unidad Financiera Institucional/ Gerencia Operaciones versión preliminar informe de labores MINSAL 2013/2014

(p) Cifras preliminares a enero de 2014, estas pueden variar al cierre del ejercicio.

1/ Incluye todas las fuentes de financiamiento

5.3.2.1. Tipo de Gasto

La tabla No. 2 y el Gráfico No. 11 presentan el gasto según rubro; en correspondencia con la prioridad otorgada por el MINSAL a la implementación de ECOS y el fortalecimiento de hospitales para el desarrollo de la RIIS, es claro el incremento sostenido en remuneraciones, aunque es preciso resaltar el impacto que representa el escalafón salarial, en aproximadamente 8% anual que se advierte insostenible si no se modifican criterios de asignación ; el rubro de medicamentos e insumos médicos experimenta también un crecimiento importante en el año 2009 a través de refuerzos presupuestarios ya en la actual administración, para luego mantenerse con menor ritmo de crecimiento, en función de las limitaciones financieras del GOES. La vocación preventiva del MINSAL permite aun en medio de las restricciones mantener incrementos en el rubro vacunas. En lo que se refiere a infraestructura (Gráfico No. 13) los valores en general estables dependen en buena medida de préstamos externos y en menor grado de donaciones.

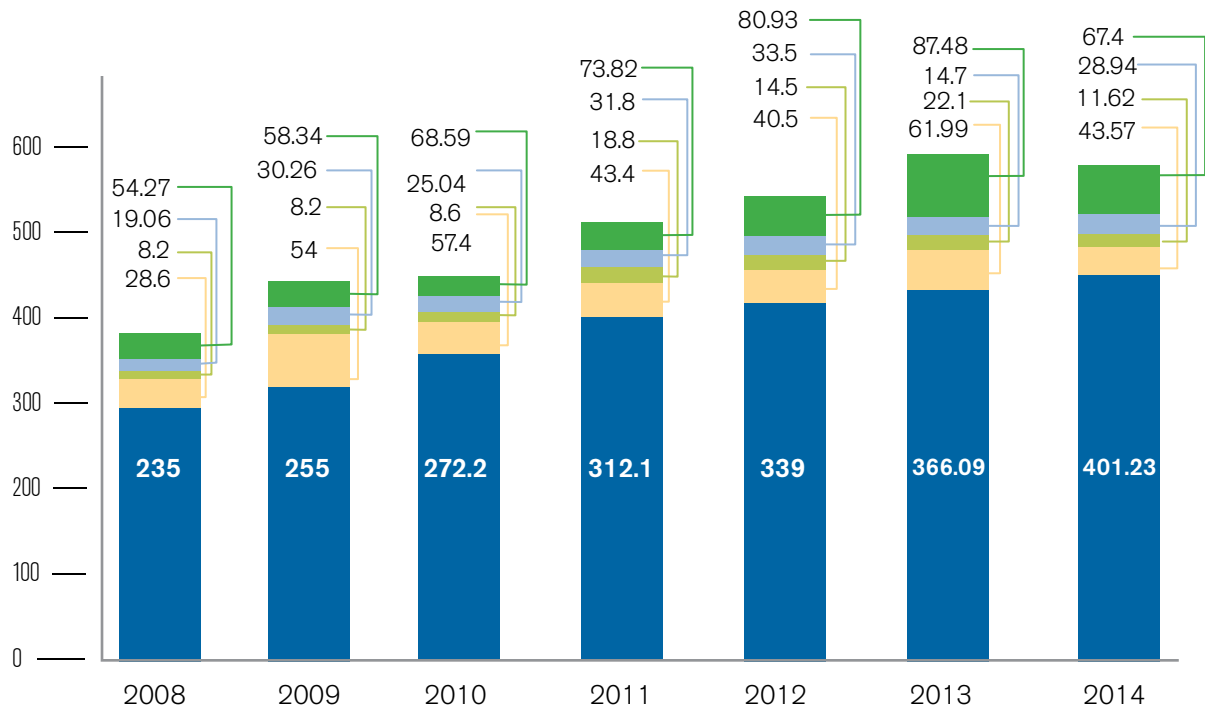
Tabla 2. Presupuesto Modificado Total del MINSAL, según Principales Tipos de Gasto (Millones de US \$) 1/

Descripción	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 (p)
Remuneraciones	235.0	255.0	272.2	312.1	339.0	366.09	401.23
Medicamentos	28.6	54.0	57.4	43.4	40.5	61.99	43.57
Vacunas	8.2	8.2	8.6	18.8	14.5	12.8	11.62
Insumos Médico - Quirúrgico y de Laboratorio	19.06	30.26	25.04	31.18	33.50	37.50	28.94
Otros Gastos Funcionamiento	54.27	58.34	68.59	73.82	80.93	87.48	67.40
Sub Total Gastos de Funcionamiento	345.1	405.8	431.8	479.3	508.5	565.9	552.8
Infraestructura y Equipamiento	45.94	44.69	45.17	67.52	44.26	73.01	62.50
Otras inversiones	8.30	8.43	9.48	7.04	8.22	7.59	12.45
Sub total inversión	54.2	53.1	54.7	74.6	52.5	80.6	75.0
Total General	399.3	458.9	486.4	553.9	561.0	646.5	627.7
Descripción	En Porcentaje						
Remuneraciones	59%	56%	56%	56%	60%	57%	64%
Medicamentos	7%	12%	12%	8%	7%	10%	7%
Vacunas	2%	2%	2%	3%	3%	2%	2%
Insumos Médico - Quirúrgico y de Laboratorio	5%	7%	5%	6%	6%	6%	5%
Otros Gastos Funcionamiento	14%	13%	14%	13%	14%	14%	11%
Infraestructura y Equipamiento	12%	10%	9%	12%	8%	11%	10%
Otras inversiones	2%	2%	2%	1%	1%	1%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

1/ En la clasificación por tipo de gasto se han incluido tanto los gastos corrientes como de inversión, en función de la finalidad del gasto. Por lo tanto, esta agrupación no coincide con la clasificación económica del gasto del Ministerio de Hacienda.

Fuente: Unidad Financiera Institucional/ capítulo 3 para el informe de labores del MINAL 2013/2014, versión preliminar

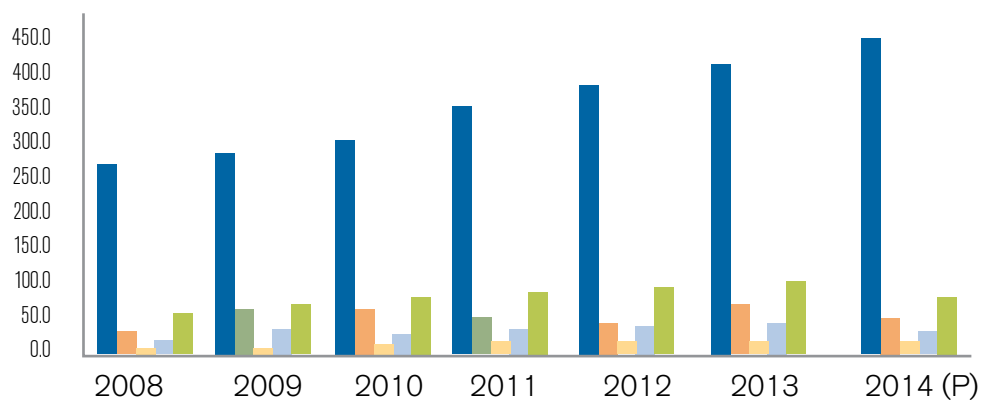
Gráfico 11. Distribución del presupuesto del minsal según tipos de gastos. 2008-2014. (millones de dólares)/1



Fuente: Unidad Financiera Institucional/ Gerencia Operaciones versión preliminar informe de labores MINSAL 2013/2014

- Otros Gastos Funcionamiento
- Insumos Médico-Quirúrgico y de Laboratorio
- Vacunas
- Medicamentos
- Remuneraciones

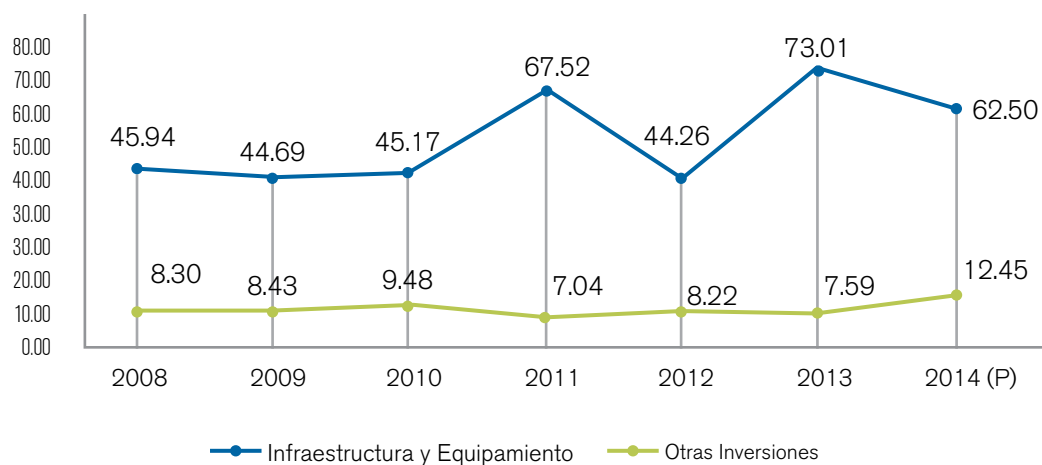
Gráfico 12. Evolución del Presupuesto Total por tipo de Gasto MINSAL, (todas las fuentes de financiamiento)



- Remuneraciones
- Medicamentos
- Vacunas
- Insumos Médico-Quirúrgico y de Laboratorio
- Otros Gastos Funcionamiento

Fuente: Unidad de Economía de la Salud Dirección de Planificación MINSAL

Gráfico 13. MINSAL. Evolución del Presupuesto Total de Equipamiento e Infraestructura y otras inversiones (incluye todas las fuentes de financiamiento, en millones US \$)



Fuente: Unidad de Economía de la Salud Dirección de Planificación MINSAL

5.3.2.2. Presupuesto asignado según niveles de atención

La tabla No.3 permite una panorámica de la distribución presupuestaria del MINSAL según niveles de atención, pudiendo apreciarse un esfuerzo sostenido por mejorar las asignaciones a todos los componentes de la RISS, con mención especial al primer nivel de atención, en cumplimiento de las políticas de salud y el desarrollo del proceso de reforma.

Tabla 3. Distribución del Presupuesto Corriente del MINSAL según Niveles de Atención (Millones US \$) 1/

Niveles de atención	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014(p)
	(En millones de US \$)						
Primer Nivel de Atención (Regiones, SIBASIS, Unidades Comunitarias de Salud Familiar, Equipos Comunitarios de Salud, Cruz Roja Salvadoreña, FOSALUD y otras instituciones)	113.87	130.94	124.10	162.38	179.41	192.39	219.00
Segundo Nivel de Atención (Hospitales Generales)	102.28	122.31	132.59	143.65	153.50	171.70	186.66
Tercer Nivel de Atención (Hospitales Especializados e ISRI)	57.31	63.84	68.91	75.16	78.60	85.24	94.54
Total Presupuesto de Establecimientos de Salud	273.46	317.10	325.60	381.19	411.51	449.33	500.20
	En Porcentajes						
Primer Nivel de Atención	42%	41%	38%	43%	44%	43%	44%
Segundo Nivel de Atención	37%	39%	41%	38%	37%	38%	37%
Tercer Nivel de Atención	21%	20%	21%	20%	19%	19%	19%
Total Presupuesto Corriente de Establecimientos de Salud	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

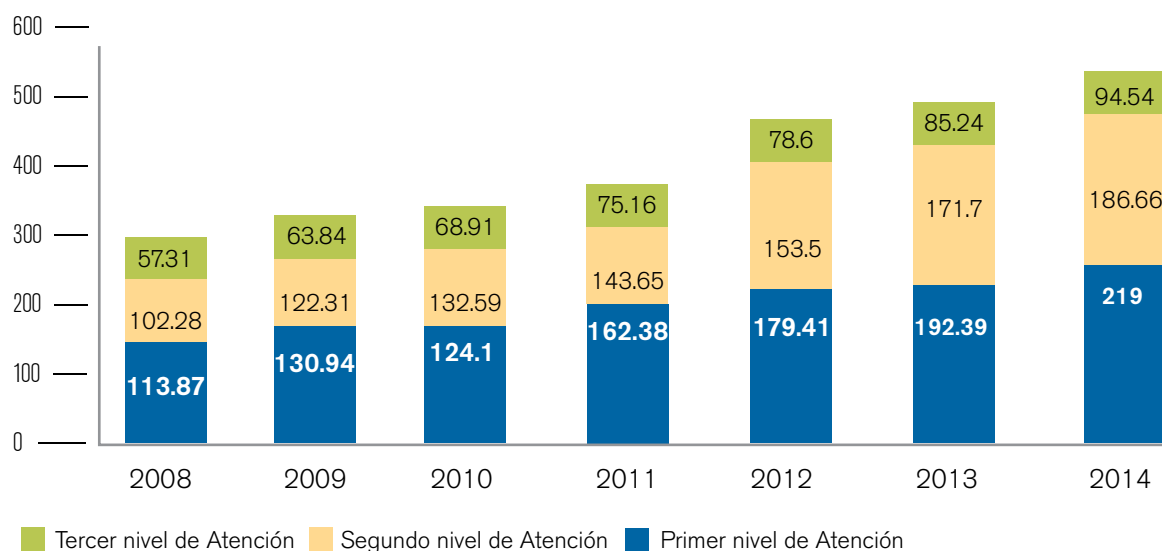
Fuente: Unidad Financiera Institucional/Unidad de Economía de la Salud/MINSAL

(*) Para los años 2008 al 2013 se presenta el Presupuesto Modificado al cierre del ejercicio

(p): Para el año 2014, se presenta el Presupuesto Modificado a enero.

(1): No se incluyen otras fuentes de financiamiento, tales como donaciones, inversión con préstamos externos, FAE, PEIS y recursos propios.

Gráfico 14. Distribución del Presupuesto del MINSAL Según niveles de atención. 2008-2014*.
(en millones de dólares)/1



Fuente: Unidad Financiera Institucional/ Gerencia Operaciones versión preliminar informe de labores MINSAL 2013/2014

5.4. La Organización/Gestión y Generación de Recursos para avanzar hacia la CUS y el desarrollo de SNS en ELS.

Siguiendo la guía metodológica adoptada para este reporte, una vez analizado el proceso de; i) toma de decisiones políticas y de gobernanza, para avanzar en la construcción de un SNS, hacia la CUS, políticas y reforma y ; ii) el incremento de asignaciones económicas para tales fines, se presentan, a continuación, evidencias de los esfuerzos ministeriales por; iii) dotar de recursos adicionales para mejorar la salud de la población, en acción sinérgica con la generación de procesos e instrumentos normatizados de organización y gestión para; iv) incrementar prestaciones y coberturas, y v) contribuir hacia resultados de impacto, como se pondrá en evidencia a continuación.

Como se apreciará los esfuerzos han estado encaminados con especial dedicación a la construcción de “Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud” basadas en Atención Primaria de Salud, primer componente de la Reforma. Como se señala en un ejercicio analítico³⁹, “... este es el eje, en el que coinciden todos los entrevistados, más ha avanzado en la reforma de salud en estos tres años. Y es que....realmente constituye un eje por representar uno de los cambios fundamentales en toda reforma de salud como es el desarrollo de la función de provisión de servicios con base a un nuevo modelo de atención y gestión de redes....de alguna manera en los resultados alcanzados en este eje se condensa también la contribución de los otros denominados ejes: recursos humanos, medicamentos y vacunas, participación social, inter-sectorialidad, emergencias médicas, laboratorios clínicos y el sistema de información”.

Antes de presentar los resultados, conviene destacar que casi de forma simultánea, el MINSAL emprendió también en la demandante empresa de sentar bases organizativas, de gestión y operativas, para el desarrollo de las RISS, esforzada tarea que ha sido documentada por varios trabajos⁴⁰ debiendo destacarse la oficialización de dos instrumentos normativos claves: Lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en Ecos Familiares y Ecos Especializados⁴¹ y “Manual de Organización y Funciones de las RISS”⁴², que busca superar, a través de instancias de gestión en microredes y redes departamentales de salud, debilidades no superadas en la estructura orgánica del MINSAL, y en la institucionalidad pública general, que limitan una efectiva gestión en niveles regionales/departamentales.

Es preciso destacar que tal empresa habría de desarrollarse⁴³ con una notable celeridad para una rápido incremento de atención y coberturas, iniciando con el establecimiento de ECOS “ en aquellos lugares donde más se necesitan, en función del Mapa de Pobreza Nacional”⁴⁴, y aprovechar los siempre escasos tiempos políticos para lograr el necesario respaldo social, frente a la históricamente incierta continuidad de iniciativas en salud. Debió también superar conocidas debilidades institucionales, en general, más familiarizadas con la gestión de programas verticales, de manejo centralizado.

La generación y aplicación de tales instrumentos, junto con un proceso intensivo de capacitación ha permitido que los recursos humanos recientemente incorporados y, progresivamente, los anteriormente existentes, avancen en la aplicación del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario y en el desarrollo de las RISS.

39 Echeverría Ramiro: “Avances en el proceso de reforma de salud de El Salvador y estrategias para la sostenibilidad financiera, legal e institucional”. MINSAL PRIDES. Agosto, 2012

40 Entre ellos los estudios de Ernesto Torres sobre planificación y costos de prestaciones de primer nivel de Atención y diseño del modelo de gestión de RISS.

41 Resolución Ministerial No. 119 de 12 de Abril de 2011.

42 Acuerdo Ministerial No. 1566, de 5 de Septiembre de 2013

43 Con valioso apoyo del Gobierno de Cuba, OPS, Cooperación Andaluza, PRIDES BID, entre otros, gracias a una acertada gestión de cooperación internacional, y la entrega del equipo de la Dirección de Primer Nivel de Atención.

44 MINSAL: Lineamientos Operativos para el desarrollo de actividades en Ecos Familiares y Ecos Especializados.

5.4.1. El incremento de recursos en el Salvador en procura de alcanzar CUS ⁴⁵

Como puede apreciarse en la tabla No. 4 es evidente el esfuerzo realizado por el GOES y el MINSAL para implementar la RIISS, y fortalecer la atención ambulatoria familiar y especializada, a través del dinámico crecimiento de equipos de trabajo e incremento de instalaciones físicas, equipos, suministros y medicinas. Como se documentará también se han registrado significativos avances en RR HH e infraestructura y dotación hospitalaria, a pesar de las restricciones fiscales existentes.

Tabla 4: Implementación de ECOS Familiares y Especializados y Fortalecimiento de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Municipios intervenidos con la Reforma de Salud	0	80	73	8	3	0	164
Población cubierta con ECOS Familiares	0	591,479	1060,317	154,012	89,058	0	1,894,866
Familias atendidas con ECOS Familiares	0	133,983	192,939	31,205	19,356	0	377,483
ECOS Familiares instalados	0	196	2266	33	26	0	481
Ecos Especializados	0	14	14	7	1	2	38
Recursos Humanos en el Primer Nivel de Atención	7,724	2,226	310	239	137	42	10,718
Unidades Comunitarias de Salud Familiar	377	106	141	52	16	7	699
UCSF Construidas*	ND	15	23	49	39	77	203

*73 UCSF nuevas y 130 UCSF ampliadas y reconstruidas.

Tabla 5: Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención a mayo de 2014.

Región de Salud	Tipo de Establecimiento			Total
	UCSF Básica	UCSF* Intermedia	UCSF Especializada	
Metropolitana	30	33	5	68
Oriental	140	91	14	245
Paracentral	65	65	5	135
Central	41	60	7	108
Occidental	82	54	7	143
Total	358	303	38	699

*"Unidad Comunitaria de Salud Familiar".

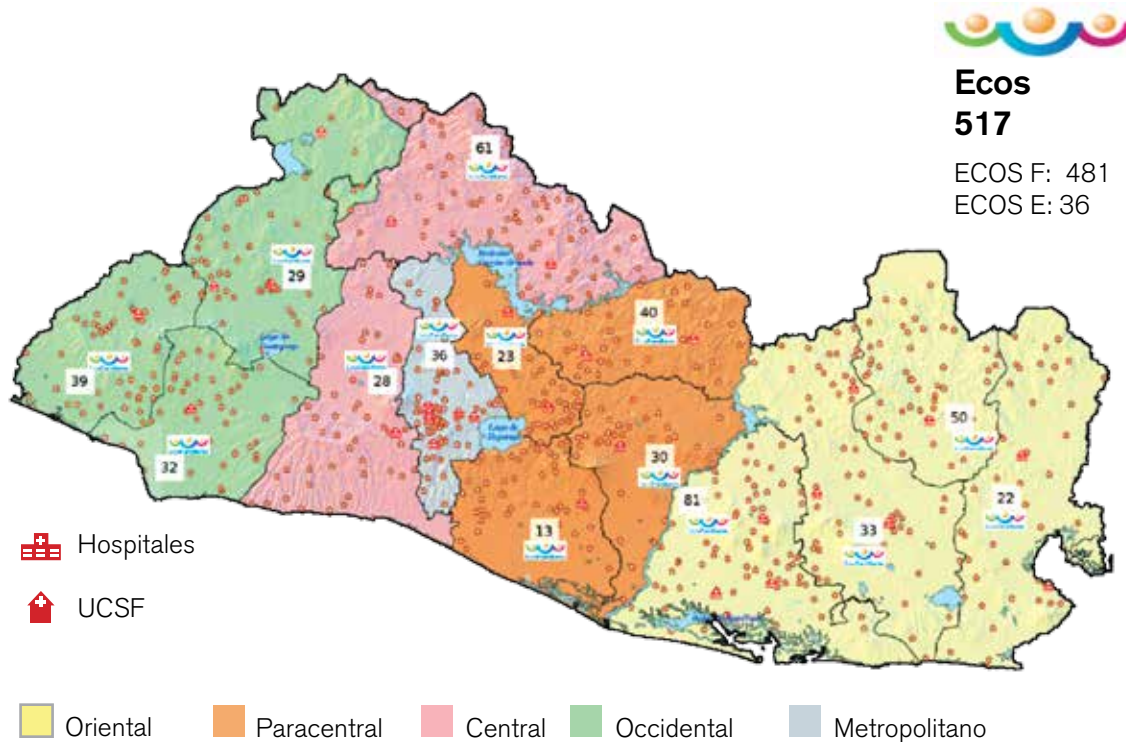
Fuente: Informe de Labores Primer Nivel de Atención 2013-2014

Una perspectiva geográfica del avance en el desarrollo de RIISS puede apreciarse en la siguiente gráfica. Como se evidenciará los esfuerzos prioritarios han estado dirigidos a cerrar brechas de acceso en municipios de mayor pobreza y vulnerabilidad.

⁴⁵ Análisis realizado con base en los trabajos: "Cobertura y acceso integral a los servicios de salud: la experiencia de Cobertura Universal de Salud de El Salvador, elaborado por Rodolfo Peña, OPS ELS, con apoyo del equipo de la Representación de OPS El Salvador y del departamento de sistemas y servicios de salud (HSS) de la Oficina Central de OPS, como parte del estudio "El proceso de Reforma de salud en El Salvador y la cobertura universal de salud". OPS/MINSAL Junio 2012 - Octubre 2013; "Aportes de la Reforma de Salud en El Salvador al desarrollo del Sistema de Salud y los objetivos de la Cobertura Universal de Salud y Diálogo político para la sostenibilidad de los logros" elaborado por José Ruales, Representante OPS/OMS El Salvador. Se incorporó también información actualizada del Informe de Labores Primer Nivel de Atención 2013-2014.

Gráfico 15:
Panorámica general de crecimiento y ubicación de Equipos y unidades de salud de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud. El Salvador 2013

UCSF* Básica	UCSF* Intermedia	UCSF* Especializada	Hospital Básico	Hospital Departamental	Hospital Regional	Hospital Nacional
Antes 377			30			
Ahora 692						



Hospitales

UCSF

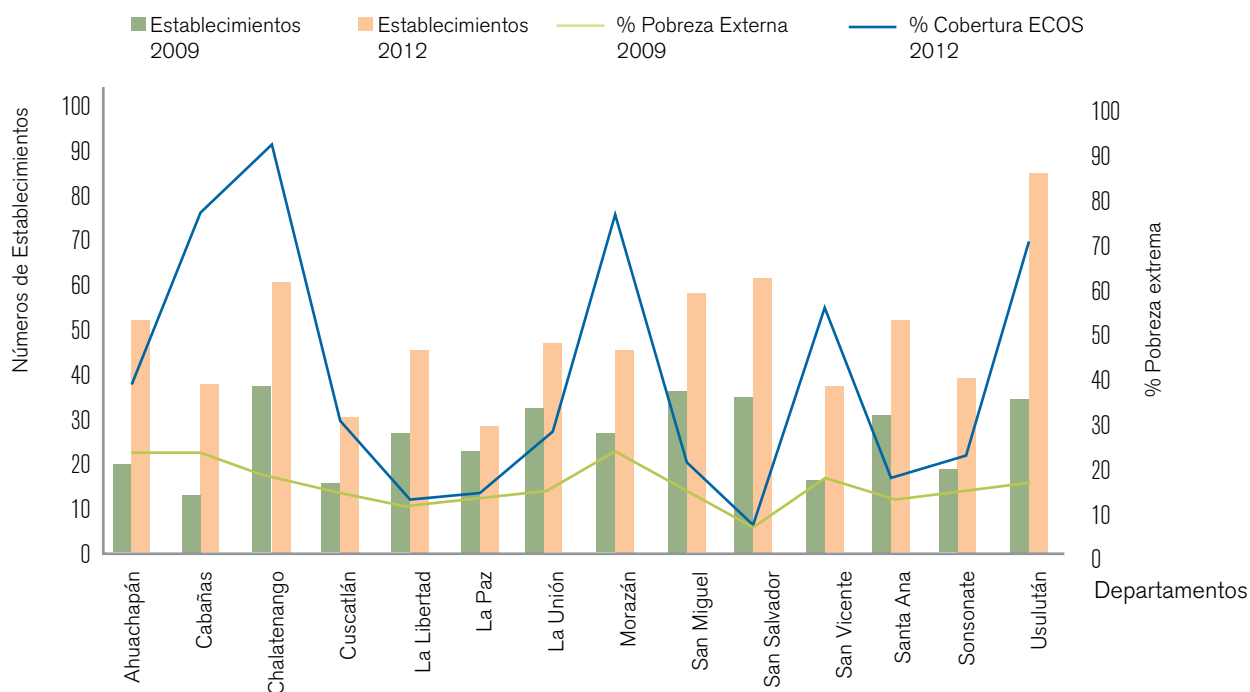
Oriental Paracentral Central Occidental Metropolitano

Hospitales Nacionales: 30
 Unidades Comunitarias de salud familiar: 692
 Ecos familiares: 481
 Ecos Especializados: 36

Fuente: MINSAL. Dirección Primer Nivel de Atención.

En lo que tiene que ver con instalaciones físicas del primer nivel de atención, es pertinente señalar que, apremiado por la necesidad de iniciar acciones operativas en el corto plazo - que acorten brechas de inequidad de larga data y a la vez contribuyan a la sostenibilidad social y política de acciones de cambio – el MINSAL aprovechó una muy diversa infraestructura comunitaria (antiguas casas de promotores de salud, locales comunales, espacios prestados o alquilados, etc.) con una visión de progresividad hacia su reemplazo progresivo por establecimientos funcionales, procurando el aprovechamiento máximo de todas las fuentes de financiamiento disponibles; nacionales e internacionales de donación y crédito. Por otro lado, como se aprecia en el siguiente gráfico se priorizó la ubicación de nuevos establecimientos de salud y ECOSF en departamentos y municipios de mayor pobreza

Gráfico 16: Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención, según Pobreza Extrema y Cobertura de ECOS por Departamentos. El Salvador. 2009-2012.



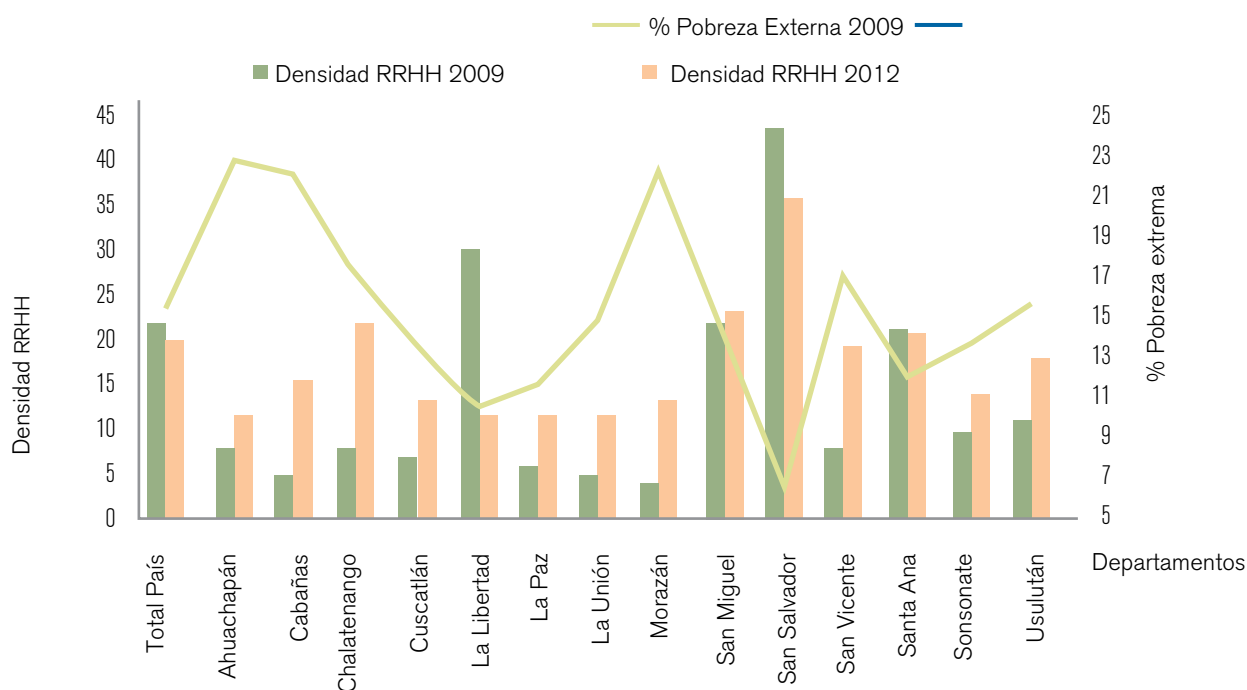
Fuente: Dirección de Vigilancia de la Salud (DVS), Dirección del Primer Nivel de Atención MINSAL y Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM-DIGESTYC) 2009.

Es también preciso destacar la reconversión de unidades “tradicionales” - antes denominadas intermedias o avanzadas - a la nueva categorización y nomenclatura de Unidades Comunitarias de Salud Familiar Especializadas, con un patrón normativo que incluye prestaciones de rehabilitación, salud mental, salud bucal y nutrición, así como el establecimiento de una red de envío de muestras para laboratorio clínico, un importante apoyo diagnóstico para el nivel primario que contribuye a una mayor resolutivez de la Red.

5.4.2. Densidad de recursos humanos

A nivel de país, se aprecia una disminución de la densidad de recursos humanos en salud (RHUS) de 21.2 a 19.4 por cada 10,000 habitantes, entre 2009 y 2012. No obstante, en los municipios con mayor porcentaje de pobreza extrema, se aprecia un aumento general de la densidad de recursos humanos, sobresaliendo Ahuachapán, Cabañas y Morazán, históricamente excluidos.

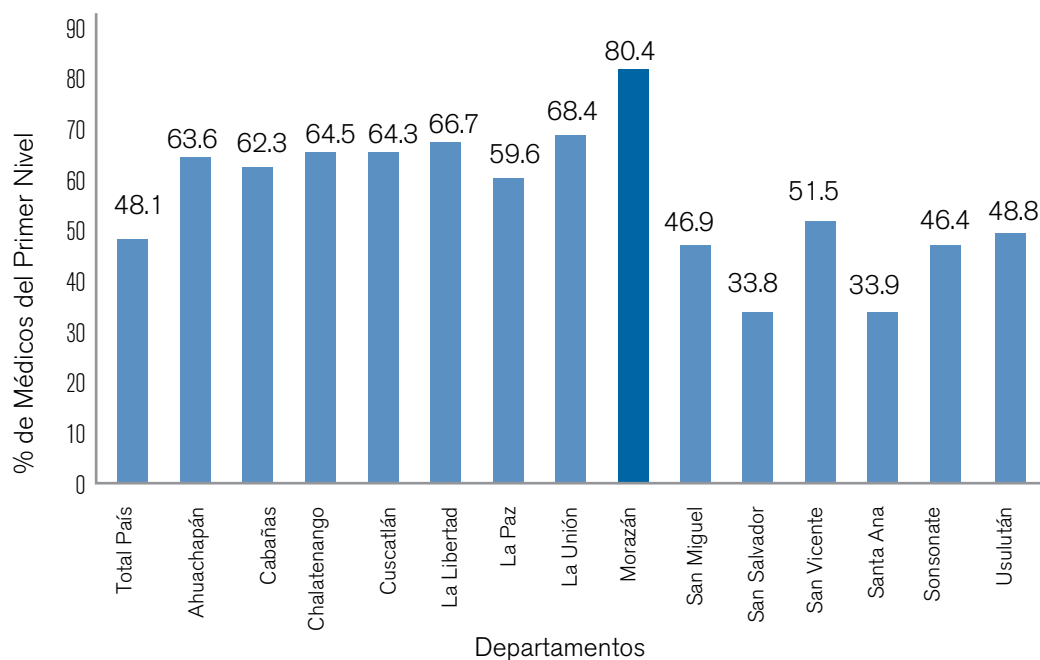
Gráfico 17: Densidad de Recursos Humanos en Salud por 10,000 Habitantes, según pobreza extrema por Departamentos. El Salvador 2009-2012.



Fuente: Dirección de Recursos Humanos, Dirección de Vigilancia de la Salud (DVS) y Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM-DIGESTYC) 2009

Al analizar la proporción de médicos en el primer nivel (meta regional 40%), se identifica que, a excepción de dos departamentos (Santa Ana y San Salvador), ya todos alcanzaron la meta regional (proporción de médicos de atención primaria excederá el 40% del total).

Gráfico 18: Porcentaje de Médicos en el Primer Nivel de Atención. El Salvador 2012



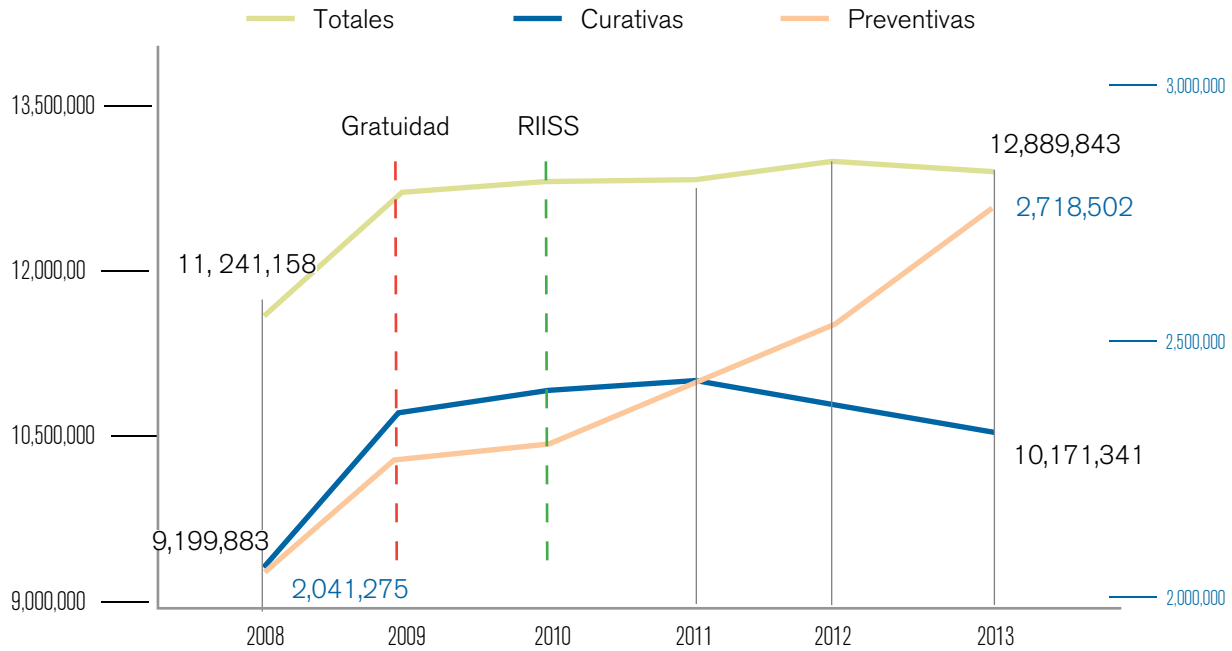
Fuente: Dirección Recursos Humanos y Dirección de Primer Nivel de Atención

4.4.3. Productividad de servicios considerando el efecto de la gratuidad y la implementación de RIIS

Como ya se señaló, en el año 2009 se eliminan las “cuotas voluntarias”, una especie de copago identificado como barrera de acceso, especialmente para las familias de bajos recursos. Esta decisión ministerial da como resultado un inmediato incremento en la demanda de atención, principalmente de las consultas por morbilidad y en todos los niveles de prestación, poniendo en evidencia la demanda históricamente reprimida.

Se identifica un segundo incremento a partir de 2010, especialmente en el primer nivel, que coincide con la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud, situación que parece reflejar un mayor acceso por la reducción de barreras geográficas, mayor coordinación entre niveles, la efectividad de las estrategias del enfoque territorial el registro individual de toda la población de responsabilidad y la “dispensarización” de personas.

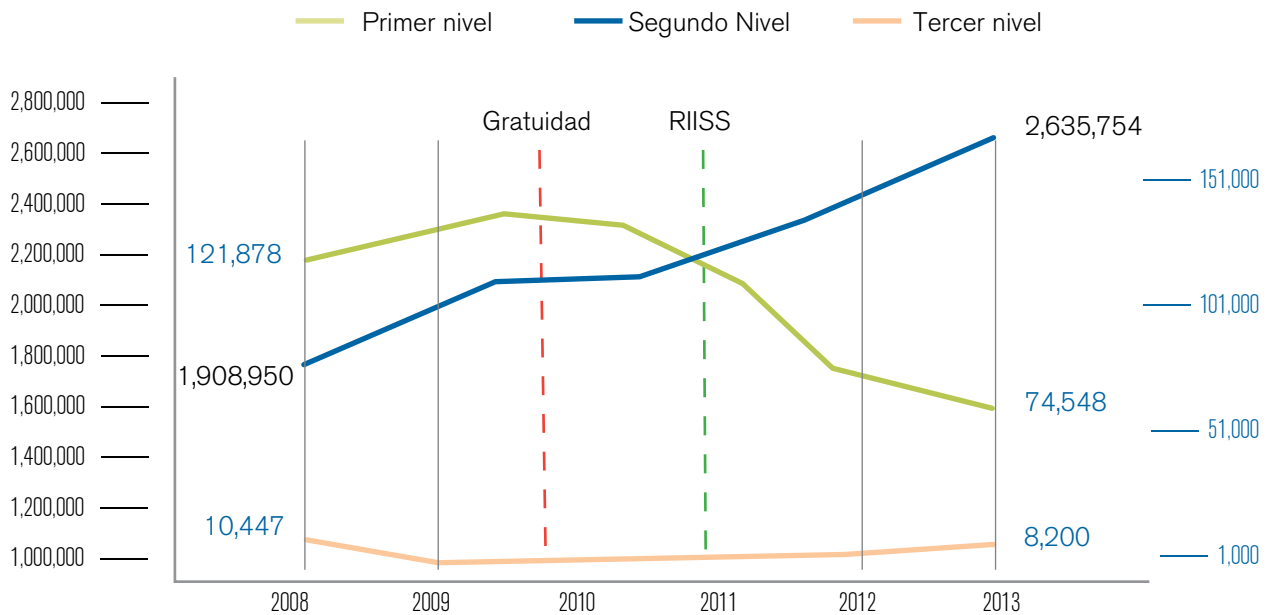
Gráfico 19. Consultas curativas, preventivas y totales y variación atribuible a gratuidad e implementación inicial de RIISS: El Salvador 2009-2013



Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea (SMMOW)-Ministerio de Salud (MINSAL)-El Salvador

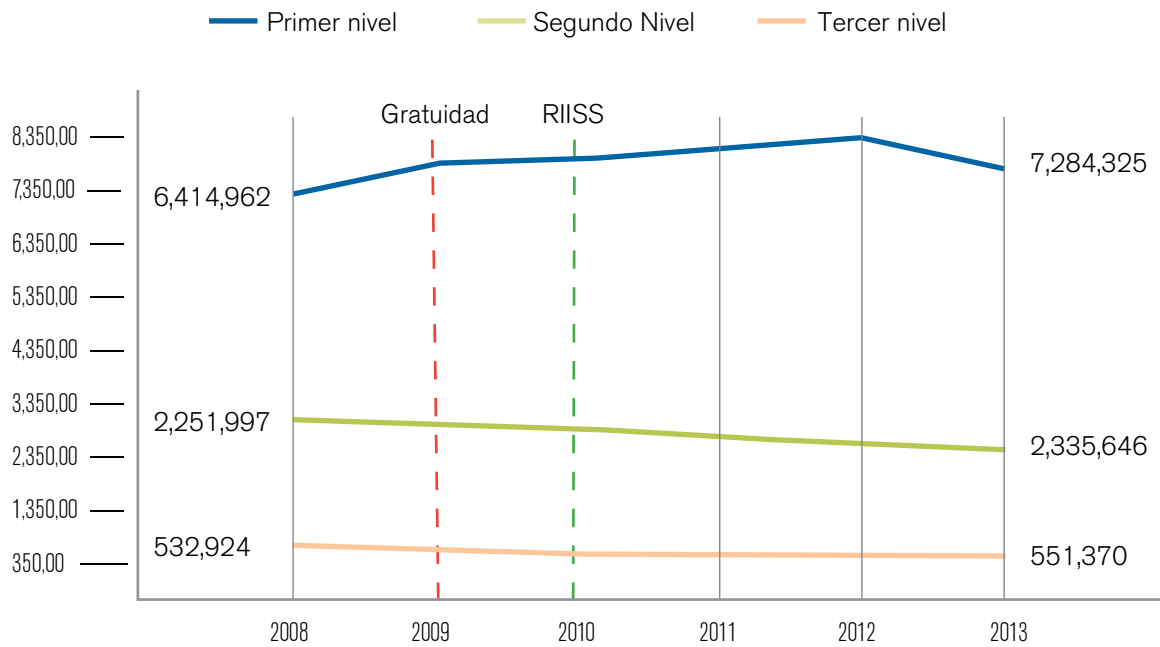
El aumento total de consultas, es a expensas de las consultas preventivas, que crecieron un 10,3%, lo que representan 258,544 consultas preventivas más en el 2012 que en el año 2009. Las atenciones curativas se concentran en los niveles de mediana y baja complejidad de las RIISS, siendo mínimo en los hospitales de tercer nivel, situación que insinúa el inicio del ordenamiento de la demanda de acuerdo a niveles de complejidad.

Gráfico 20. Total de consultas PREVENTIVAS, según niveles de atención. El Salvador, 2008-2013.



Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea (SMMOW)-Ministerio de Salud (MINSAL)-El Salvador

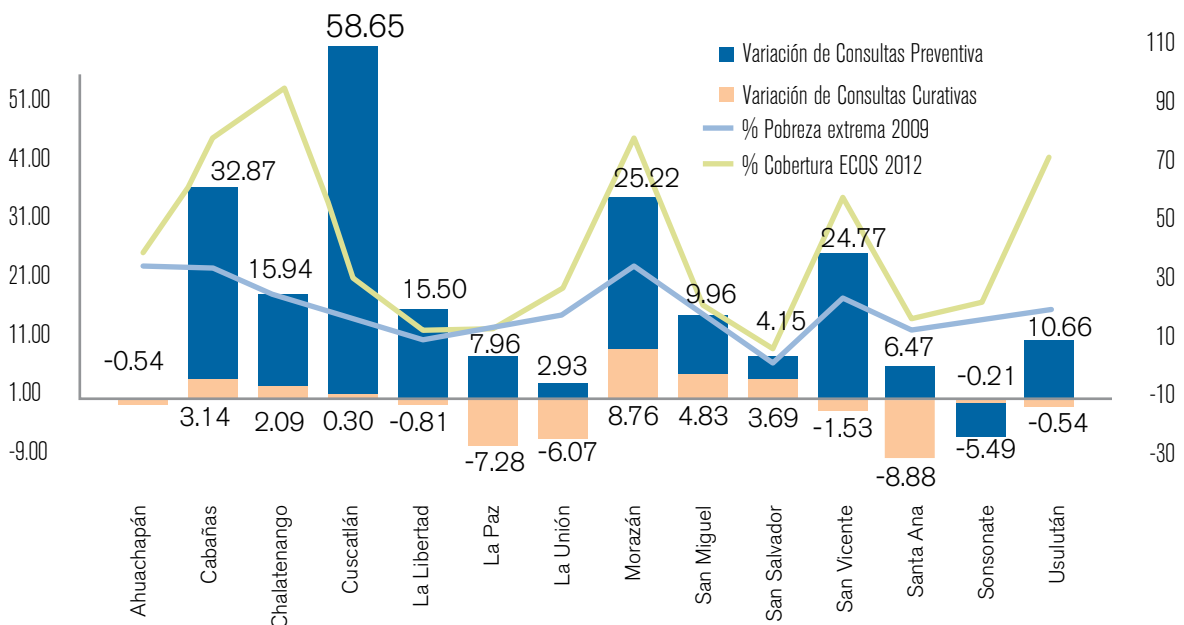
Gráfico 21. Total de Consultas Curativas, según niveles de Atención. El Salvador, 2008 -2013



Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea (SMMOW)-Ministerio de Salud (MINSAL)-El Salvador

A medida que se consolidan los ECOSF y se desarrolla el modelo de atención integral, se produce un incremento en las consultas preventivas en el primer nivel de atención. En 12 de los 14 departamentos del país se aprecia un incremento positivo del índice de variación consultas preventivas vs curativas, sobresaliendo Cuscatlán, Morazán, San Vicente y Cabañas. La mayor variación se observa en los departamentos con mayor cobertura de ECOSF, a su vez los más pobres, lo cual evidencia el impacto de la política de cobertura universal en salud con equidad.

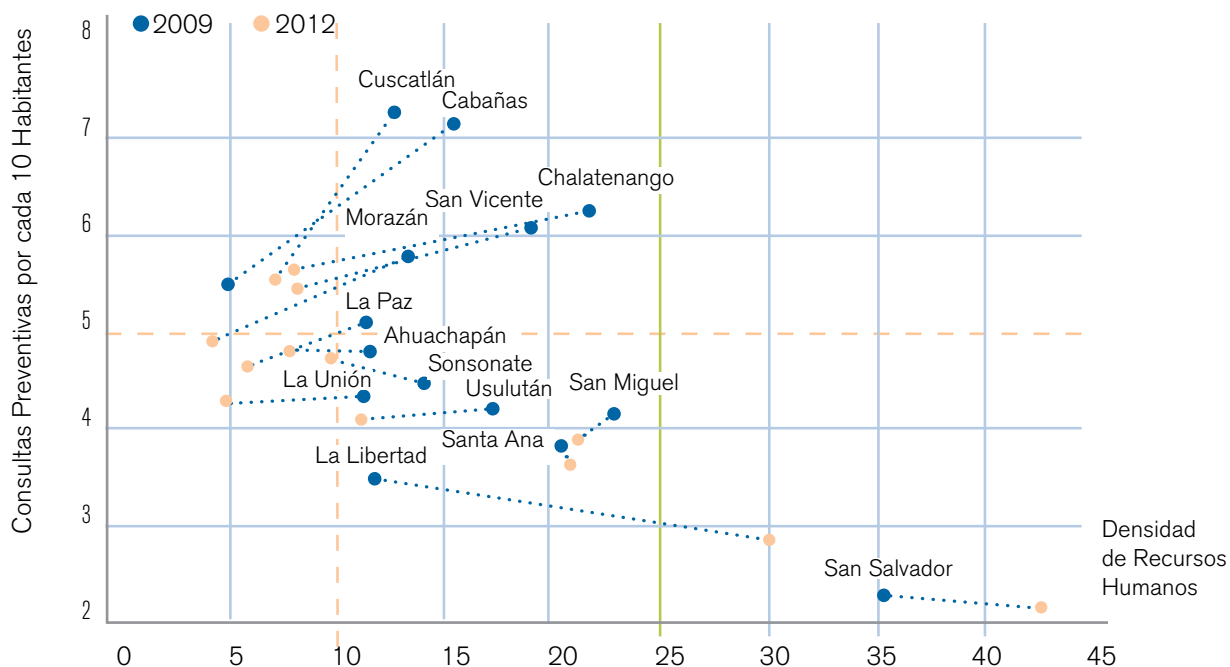
Gráfico 22. Variación consultas preventivas/curativas por Departamentos. El Salvador 2009-2012



Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea (SMMOW)-Ministerio de Salud (MINSAL)-El Salvador y DIGESTYC

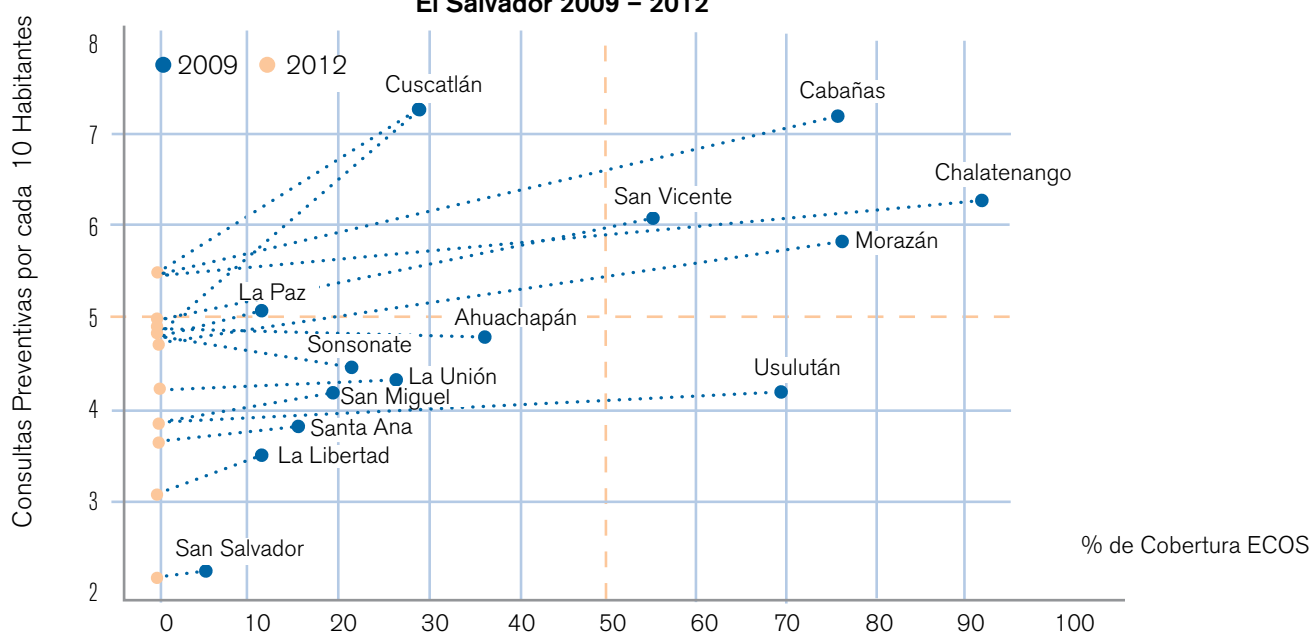
La relación entre la producción de consultas y las variables densidad de RRHH, proporción de familias cubiertas por ECOSF y condición de pobreza extrema, por departamentos, respectivamente, se presenta en los gráficos No. 23 y No. 24 apreciándose claramente el efecto beneficioso del incremento de RRHH y la conformación de los ECOSF, con mayor nitidez en departamentos de mayor pobreza, lo que ratifica la intencionalidad de la política de enfrentar brechas de desigualdad históricamente mantenidas.

Gráfico 23. Consultas Preventivas x 10 habitantes y Densidad de Recursos Humanos (médicos generales y enfermeras) por 10,000 habitantes por Departamentos. El Salvador 2009-2012



Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea (SMMOW)-Ministerio de Salud (MINSAL)-El Salvador y Dirección de Recursos Humanos

Gráfico 24. Consultas Preventivas por cada 10 habitantes y proporción de familias cubiertas por Equipos Comunitarios de Salud (ECOS), por Departamentos. El Salvador 2009 - 2012



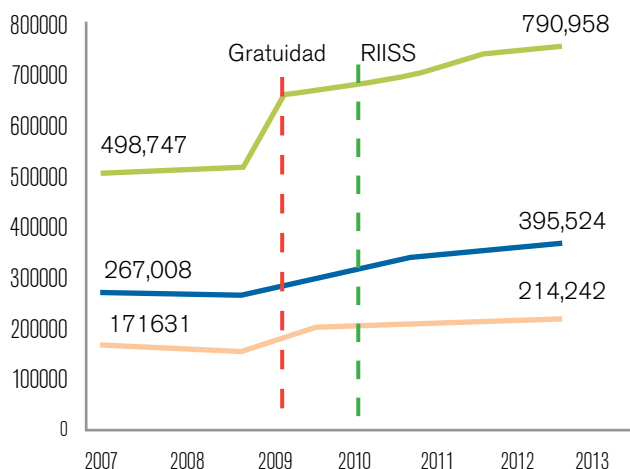
Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en línea (SIMMOW) y Dirección del Primer Nivel.

Efectivamente se comprueba el alineamiento del modelo con el principio de equidad, pues al analizar las consultas preventivas por curso de vida y relacionarlas con cobertura de ECOSF y Pobreza extrema, se constata que el incremento se produce mayoritariamente en las poblaciones históricamente más vulnerables y pobres. Al relacionar estas atenciones con el número de ECOSF se constata una relación directa: los Departamentos priorizados por pobreza, ruralidad y por exclusión social son los que logran mayor cobertura de ECOS y también son los que presentan mayor atención preventiva. Igualmente, se identifica un menor aumento en aquellos departamentos y municipios que aún no alcanzan una cobertura adecuada de ECOS, y que tradicionalmente mantenían la concentración de personal de salud. El patrón se repite en el análisis de consultas preventivas infantiles y por enfermedades crónicas.

El incremento de productividad de servicios con el nuevo modelo familiar comunitario y la implementación de RIISS basadas en APS, se evidencia también al revisar las consultas por problemas crónicos, de creciente importancia epidemiológica nacional; uno de ellos, enfermedad renal, está siendo objeto de permanente monitoreo e investigación con el fin de confirmar su etiología – al parecer vinculada al uso de agroquímicos – y establecer medidas de prevención y control (Gráficas No. 25 y No. 26).

Gráfico 25. Total de Consultas de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Enf. Crónicas de las Vías Aéreas Inferiores, en los Establecimientos del Ministerio de Salud (MINSAL). El Salvador. 2007-2013.

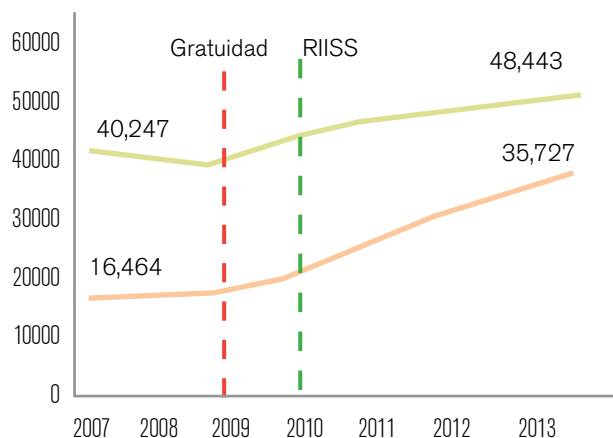
— Diabetes Mellitus — Hipertensión Arterial
— Enfermedades Crónicas de Vías Aéreas Inferiores



Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea (SMMOW)-Ministerio de Salud (MINSAL)-El Salvador

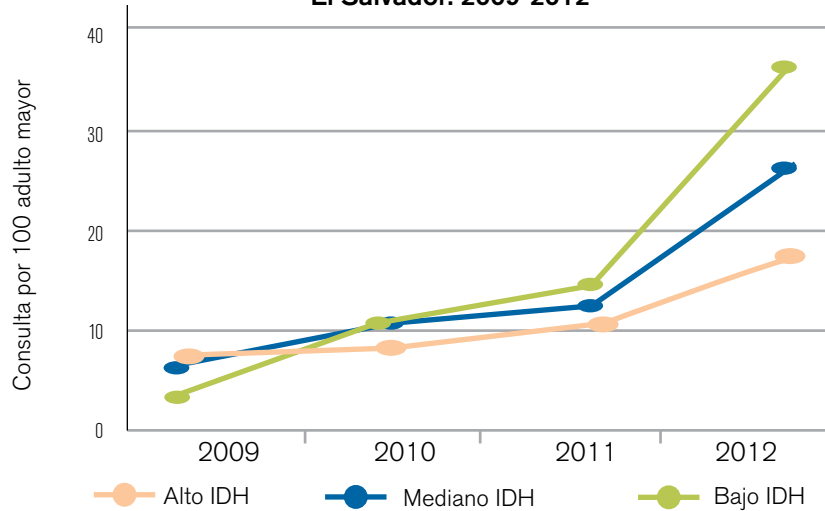
Gráfico 26. Total de Consultas por Enfermedad Renal Crónica (ERC) y Cáncer, en los Establecimientos de Salud MINSAL. El Salvador. 2007-2013

— Cáncer
— Enfermedad Renal Crónica



Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea (SMMOW)-Ministerio de Salud (MINSAL)-El Salvador

Gráfico 27. Consultas de Adultos Mayores en Establecimientos de Salud MINSAL, Estratificado por Índice de Desarrollo Humano (IDH). El Salvador. 2009-2012



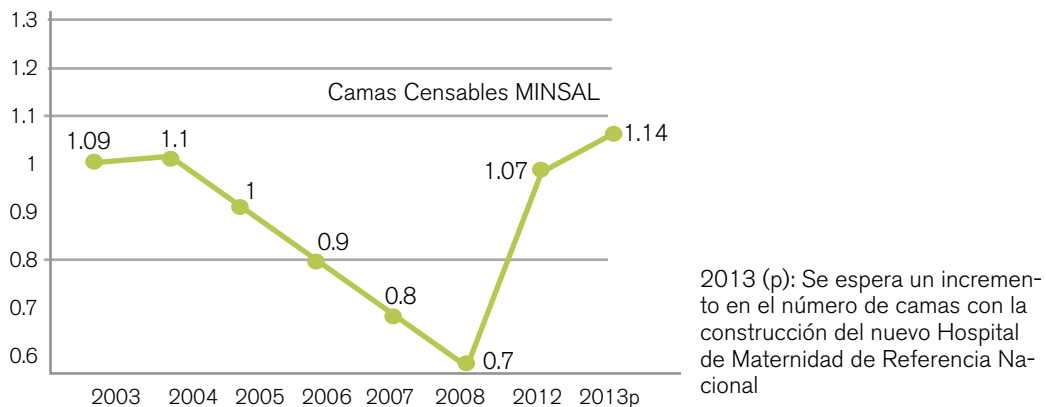
Fuente: Estadísticas institucionales de la Dirección de Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud (MINSAL). 2013.

Como puede apreciarse, y confirmando el patrón general, las consultas en el grupo de adulto mayor aumentaron en los estratos de más bajo IDH, lo que es coherente con los principios de búsqueda de equidad en el sector salud y consecuencia del aumento de la cobertura en salud y el acceso a servicios integrales logrados a través de la estrategia de RISS.

5.4.4. Producción hospitalaria

A nivel hospitalario, en los 10 años previos a la presente gestión, la mayor inversión había sido dirigida a la rehabilitación y reposición de infraestructura, mayormente afectada por los terremotos del 2001 y por la obsolescencia de su equipamiento, sin incrementos en el número total de camas. Justamente con la terminación de 4 hospitales (San Miguel, San Vicente, Usulután y Zacatecoluca) e importantes inversiones en el Hospital Bloom, Rosales, Zacamil y Santa Ana se ha logrado una recuperación en el indicador cama/habitante, como puede apreciarse en el siguiente Gráfico que subirá con la próxima apertura del Hospital Nacional de Maternidad y del Hospital de La Unión.

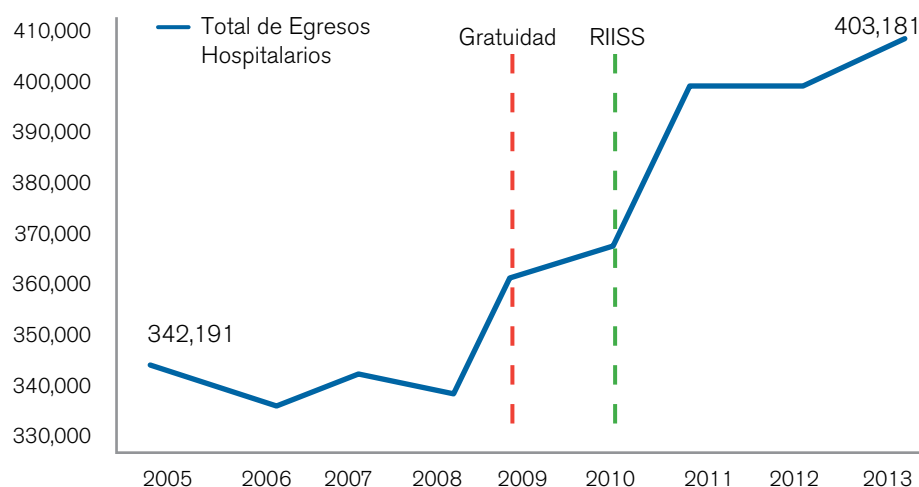
Gráfico 28. Índice de camas hospitalarias del Ministerio de Salud (MINSAL) por 1,000 habitantes. El Salvador. 2003-2013



Fuente: Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS)

Como consecuencia del incremento de camas, de la gratuidad y el funcionamiento de las redes de servicios de salud, se produce un importante aumento en los egresos hospitalarios, especialmente de cirugías y partos hospitalarios, aunque deben superarse brechas en eficiencia y calidad. (Gráfico 29).

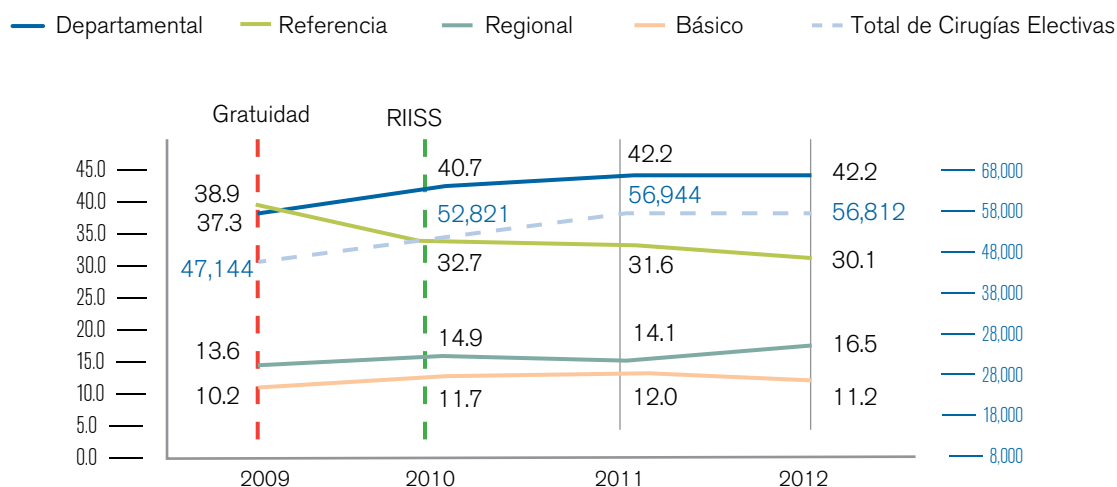
Gráfico 29. Total de Egresos Hospitalarios, en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSAL). El Salvador. 2005-2013



Fuente: Sistema de Vigilancia Sanitaria y Segundo Nivel de Atención (Estadísticas Hospitalarias) MINSAL, 2012.

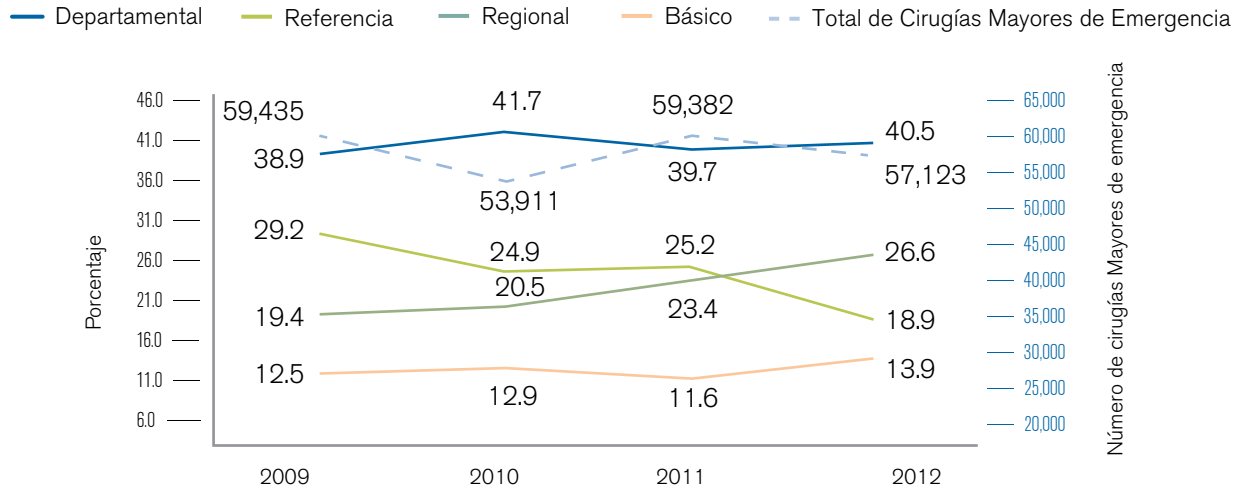
La distribución por años de cirugías mayores electivas según tipo de hospital, muestra un incremento global del 17.01%, en el año 2012, con 9,668 intervenciones más que en 2009. El incremento se registro en los hospitales de nivel básico, regional y departamental, con un comportamiento similar en las cirugías de emergencias. Este comportamiento de las cirugías hospitalarias es coherente con los esfuerzos de articulación de las redes, de los mecanismos de referencia y retorno entre el primer y segundo nivel de atención y con la capacidad técnica instalada especialmente en los hospitales departamentales que han absorbido el 40,5% de toda la demanda de la Red, en lo que a cirugías de emergencia se refiere.

Gráfico 30. Cirugías Mayores ELECTIVAS, según tipo de Hospital. Ministerio de Salud (MINSAL). El Salvador. 2009-2012.



Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en línea (SIMMOW). Ministerio de Salud (MINSAL).

Gráfico 31. Cirugías de EMERGENCIAS, según tipo de Hospital. Ministerio de Salud (MINSAL). El Salvador. 2009-2012.



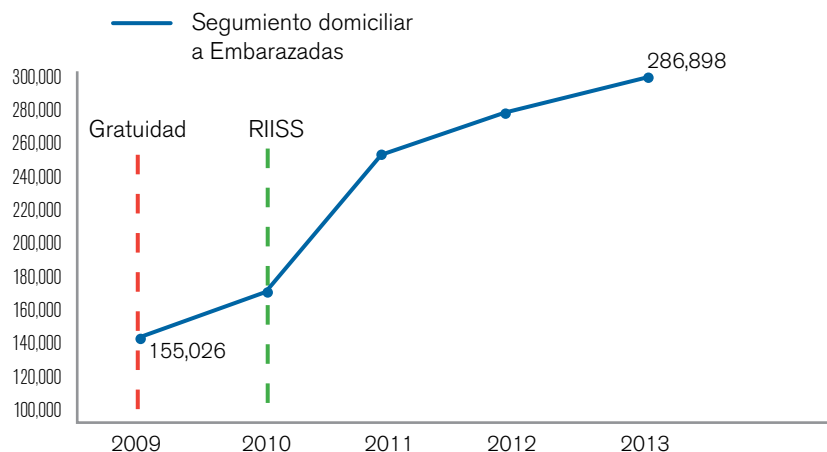
Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en línea (SIMMOW). Ministerio de Salud (MINSAL).L

5.4.5. Salud Materna

La acción articulada de los diversos elementos que conforman la RIISS de El Salvador muestra todo su potencial sobre la salud materna. Efectivamente, partiendo; i) del trabajo comunitario que realizan los promotores de salud, esencialmente a nivel domiciliario; ii) su interrelación con los ECOSF para la realización de controles prenatales y; iii) la priorización efectuada en municipios y departamentos de mayor pobreza configura una sinergia que contribuye a; iv) incrementar el parto hospitalario en ámbitos locales y departamentales, eliminada la barrera de cuotas voluntarias y; v) a reducir la mortalidad materna.

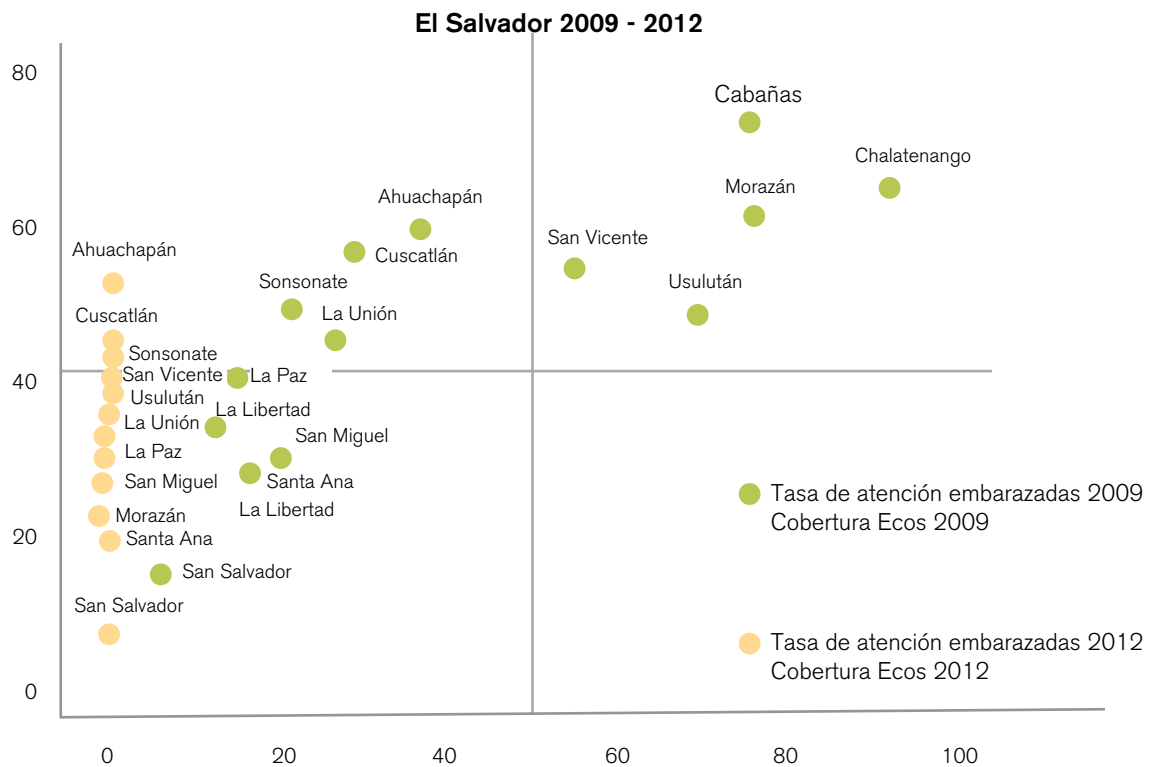
La secuencia de gráficos que se presenta a continuación ilustra con evidencias la “ruta crítica” virtuosa de eslabones de la red y decisiones de política en beneficio de la salud materna.

Gráfico 32. Número de VISITAS para Seguimiento Domiciliar a Embarazadas. Ministerio de Salud (MINSAL). El Salvador. 2009-2013.



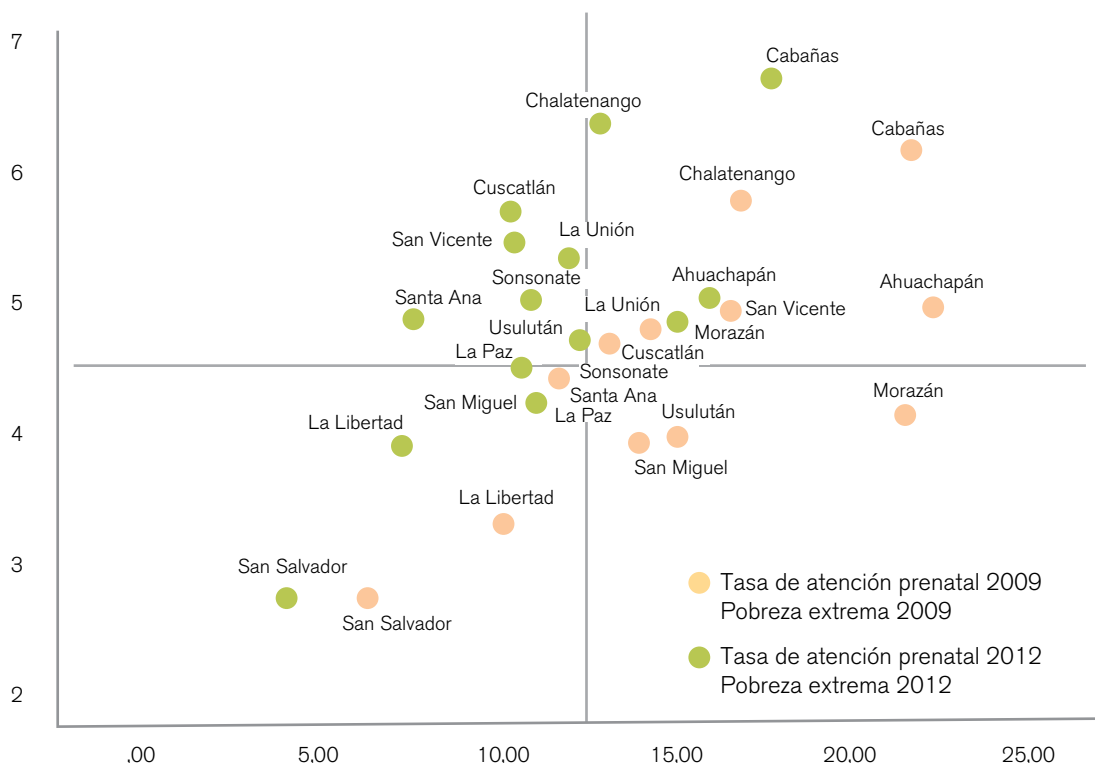
Fuente: "Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS). Ministerio de Salud (MINSAL)

Gráfico 33 : Acciones preventivas domiciliarias x 100 embarazadas realizadas por promotores y proporción de familias cubiertas por ECOS, por Departamentos. El Salvador 2009 - 2012



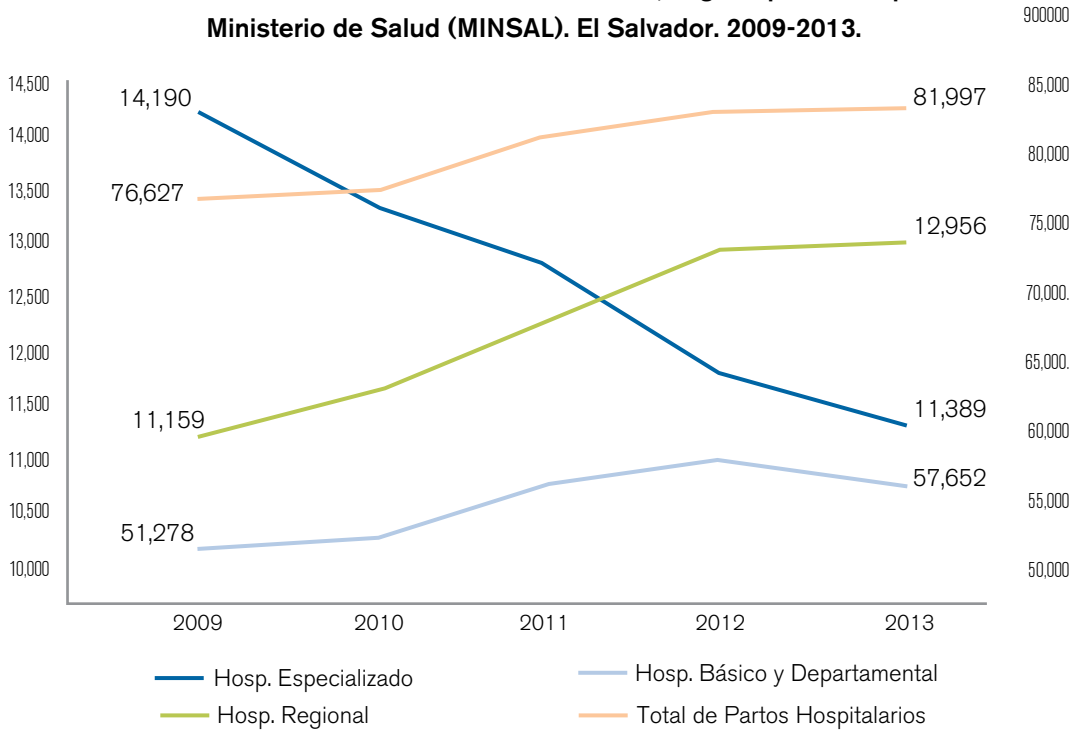
Fuente: Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS). Ministerio de Salud (MINSAL).

Gráfico 34 : Número de Controles Prenatales por Embarazada según proporción de Pobreza Extrema por Departamentos. El Salvador 2009-2012.



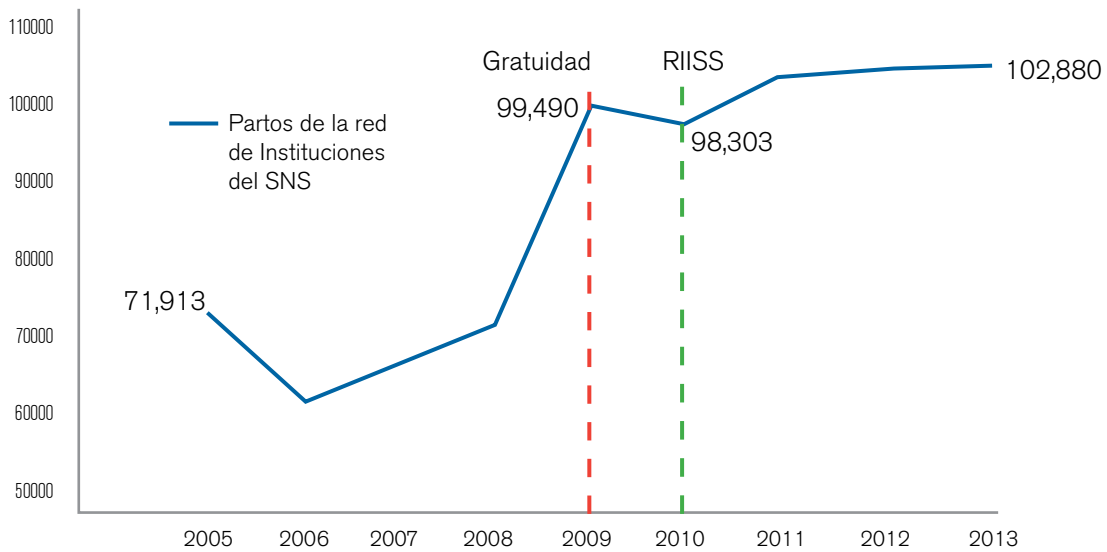
Fuente: "Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS). Ministerio de Salud (MINSAL) y Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea (SMMOW)-Ministerio de Salud (MINSAL)-El Salvador

Gráfico 35. Número de PARTOS Institucionales, según tipo de Hospitales. Ministerio de Salud (MINSAL). El Salvador. 2009-2013.



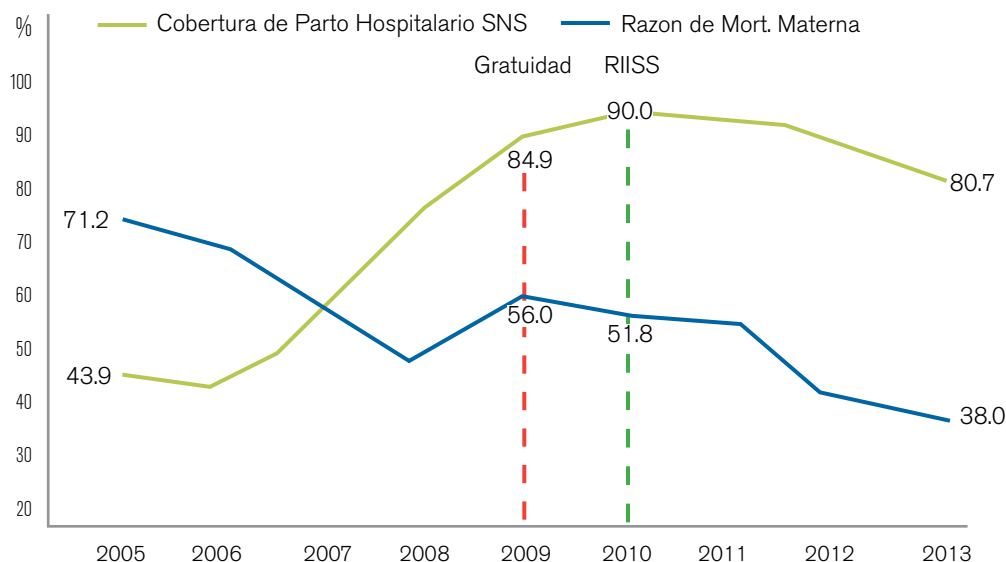
Fuente: Sistema Estadístico de Producción de Servicios (SEPS). Ministerio de Salud (MINSAL) y Sistema de Morbi-Mortalidad en Línea (SMMOW)-Ministerio de Salud (MINSAL)-El Salvador

Gráfico 36. Número de PARTOS atendidos por la RED de Instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). El Salvador. 2009-2013.



Fuente: Sistema de Estadísticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud (MINSAL). El Salvador

Gráfico 37. Proporción de PARTOS Institucionales, atendidos por la RED de Instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). El Salvador. 2005-2013.



Fuente: Sistema de Estadísticas del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud (MINSAL). El Salvador

5.4.6. Efectos sobre indicadores de equidad

Para la exploración de los efectos de la reforma de salud sobre la variable equidad, se dividió en terciles a los departamentos de acuerdo a la pobreza extrema y se realizó un análisis con respecto a la tasa de distribución de Recursos Humanos (RHUS). Como puede apreciarse, en el tercil menos pobre está San Salvador, Santa Ana, La Libertad, que son los municipios más urbanos.

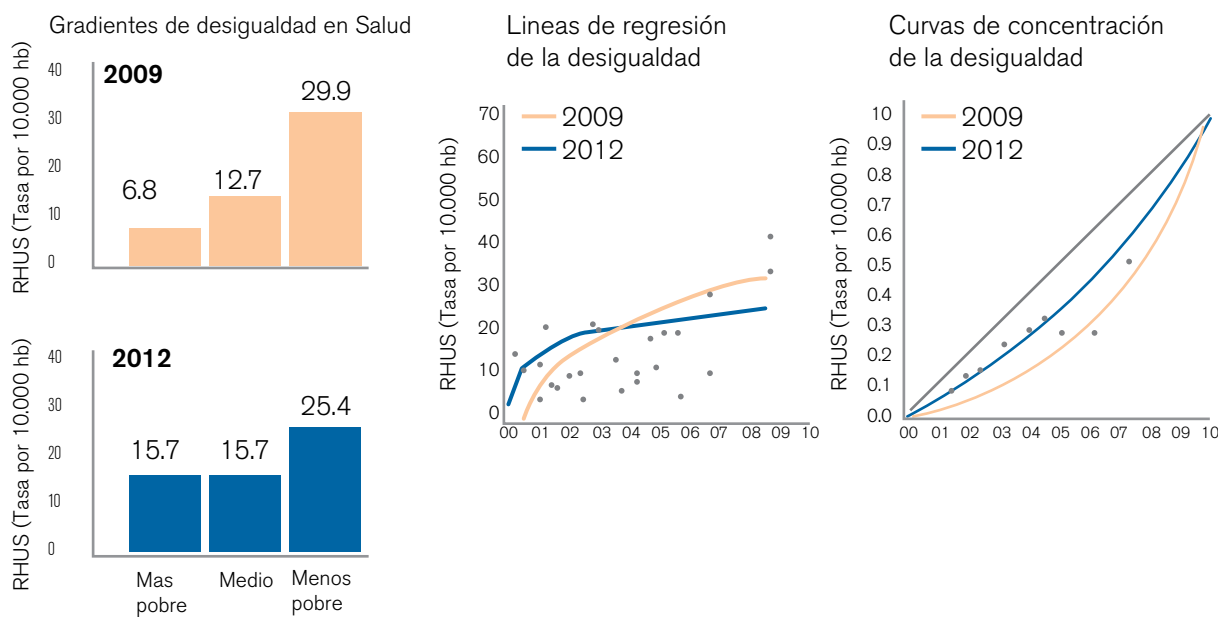
Tabla 6. Terciles departamentales de pobreza extrema; 2009 y 2012

2009	Población total	Pobreza extrema	2012	Población total	Pobreza extrema
Ahuachapán	324,578	22.4	Cabañas	164,877	17.7
Morazán	194,816	21.9	Ahuachapán	331,395	16.3
Cabañas	161,819	21.8	Morazán	198,341	15.1
Chalatenango	200,911	17.0	Chalatenango	203,873	12.7
San Vicente	168,964	16.7	Usulután	363,198	12.5
Tercil más pobre	1,051,088	20.3	Tercil más pobre	1,261,685	14.6
Usulután	355,355	15.3	La Unión	260,419	12.2
La Unión	258,321	14.5	San Miguel	475,713	11.3
San Miguel	467,933	14.2	Sonsonate	461,474	11.0
Cuscatlán	237,571	13.4	La Paz	325,967	10.7
Tercil medio	1,319,179	14.4	Tercil medio	1,523,573	11.3
Sonsonate	457,064	13.3	San Vicente	172,544	10.6
Santa Ana	557,528	11.8	Cuscatlán	248,414	10.4
La Paz	319,441	11.4	Santa Ana	567,768	7.9
La Libertad	719,406	10.3	La Libertad	738,843	7.3
San Salvador	1,728,852	6.3	San Salvador	1,738,668	4.1
Tercil Menos pobre	3,782,291	9.2	Tercil menos pobre	3,466,237	6.2

Fuente: Elaborado por OPS/OMS, con datos del SIMMOW, Ministerio de Salud- ELS

Como se ha documentado en este reporte, uno de los esfuerzos de reforma va orientado al incremento de la oferta y la calidad de los RHUS. Se observa que los RHUS se concentraron antes del 2009 en los departamentos de menor pobreza y había menos recursos en los de mayor pobreza. Ya para el 2012, se observa una reducción de la brecha y de la gradiente. Mientras más plana la curva, mayor equidad.

Gráfico 38. Pobreza Extrema y Disponibilidad de Recursos Humanos



Desigualdades en disponibilidad de recursos humanos en salud (tasa por 10,000 hb)	2009	2012
Nivel poblacional promedio nacional	22.3	21.1
Diferencia intercuantil de Kuznets (brecha absoluta)	-23.2	-9.7
Razón intercuantil de Kuznets (brecha relativa)	4.4	1.6
Índice de desigualdad de la pendiente (gradiente absoluta)	26.9	11.9
Índice de concentración de la desigualdad en salud (gradiente relativa)	0.36	0.17

Fuente: Elaborado por OPS/DMS con datos del SIMMOW- MINSAL-ELS

Al realizar el análisis por cuartiles, de acuerdo a la priorización en los departamentos hechos por el MINSAL, tomando en cuenta criterios de pobreza y exclusión social extrema encontrados en el 2009 para decidir y priorizar la intervención en las redes. Encontramos que en San Salvador, la cobertura de ECOSF es de 5.3 en relación a su población; mientras que Chalatenango tiene de 83.9.

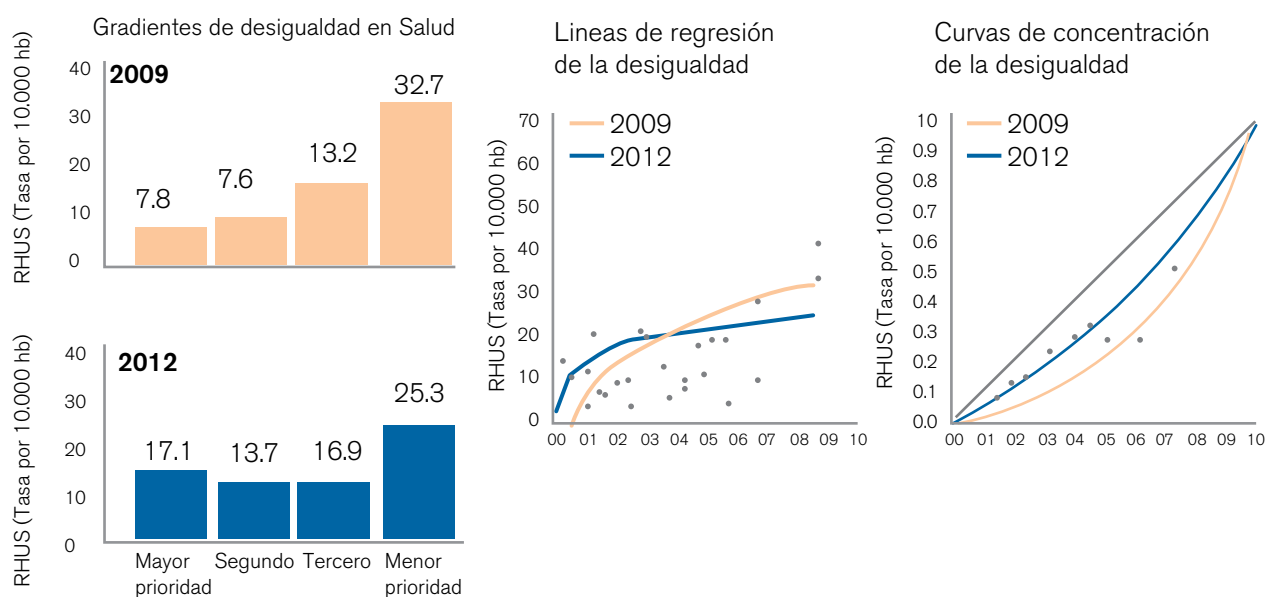
Tabla 7. Cuartiles departamentales de cobertura ECOSf al año 2012

Departamentos	Población total	Cobertura ECOSf
Chalatenango	203,873	83.9
Morazán	198,341	69.6
Cabañas	164,877	69.1
Usulután	363,198	63.6
Cuartil de mayor prioridad	930,290	70,3
San Vicente	172,544	50.4
Ahuachapán	331,395	33.5
Cuscatlán	248,414	26.6
Cuartil segundo	752,354	35.1
La Unión	260,419	24.2
Sonsonate	461,474	19.5
San Miguel	475,713	18.3
Cuartil tercero	1,197.606	20.0
Santa Ana	567,768	14.3
La Paz	325,967	11.0
La Libertad	738,843	10.2
San Salvador	1,738,668	5.3
Cuartil de menor prioridad	3,371,246	8.5

Fuente: Elaborado por OPS/OMS con datos del SIMMOW- MINSAL-ELS.

Los Departamentos priorizados por factores de pobreza, exclusión, desnutrición crónica, tenían menos densidad de recursos humanos al inicio de esta reforma. El índice de desigualdad de la pendiente entre cuartiles cae de 26.4 a 10. 2, lo que resulta impresionante para solo tres años de gestión.

Para el análisis de equidad de una enfermedad catastrófica se tomó como ejemplo la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Este análisis revela que se reduce solamente la razón intercuartil de Kuznets de 0.9 a 0.5. Esto indica, que en el caso de la ERC, aún queda un camino a transitar para manejar exitosamente en cuanto a la cobertura, acceso y calidad de los servicios en respuesta a esta enfermedad. No obstante, en la comparación con respecto a la tasa de consultas para esta enfermedad, entre los años 2009 y 2012, se observan aumentos ostensibles de las tasas de consulta en los estratos más pobres (de 26.5 a 68.9) y medios (de 53.4 a 79.9), lo que indica el esfuerzo en la generación de equidad y protección social en salud priorizando a las personas con bajos recursos.

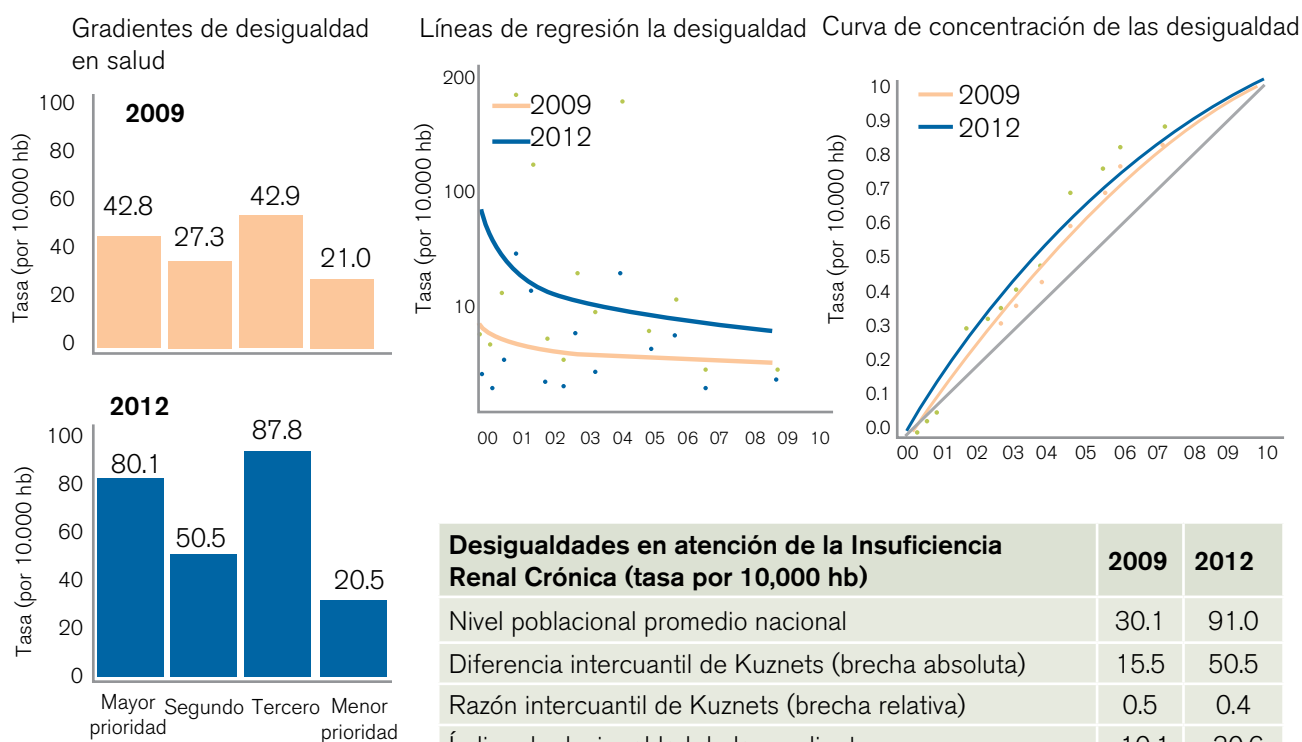
Gráfico 39. Cobertura ECOSF y Disponibilidad de Recursos Humanos

Fuente: Elaborado por OPS/OMS con datos del SIMMOW- MINSAL-ELS

Desigualdades en disponibilidad de Recursos Humanos en Salud (tasa por 10,000 hb)	2009	2012
Nivel poblacional promedio nacional	22.3	21.1
Diferencia intercuartil de Kuznets (brecha absoluta)	-24.9	-8.1
Razón intercuartil de Kuznets (brecha relativa)	4.2	1.5
Índice de desigualdad de la pendiente (gradiente absoluta)	26.4	10.2
Índice de concentración de la desigualdad en salud (gradiente relativa)	0.37	0.17

En el caso de la mortalidad Infantil intrahospitalaria, según la priorización definida para la primera etapa de implementación de los ECOSF, se logra reducir notablemente la mortalidad y el gradiente de desigualdad en los municipios priorizados. La diferencia intercuartil (brecha absoluta de la desigualdad de Kuznets) que al inicio era de 3.6, cayó a -1.9. El índice de desigualdad de la pendiente (gradiente absoluta) pasó del -4.2 a 1.2.

Gráfico 40. Cobertura ECOSf y atención de la Insuficiencia Renal Crónica

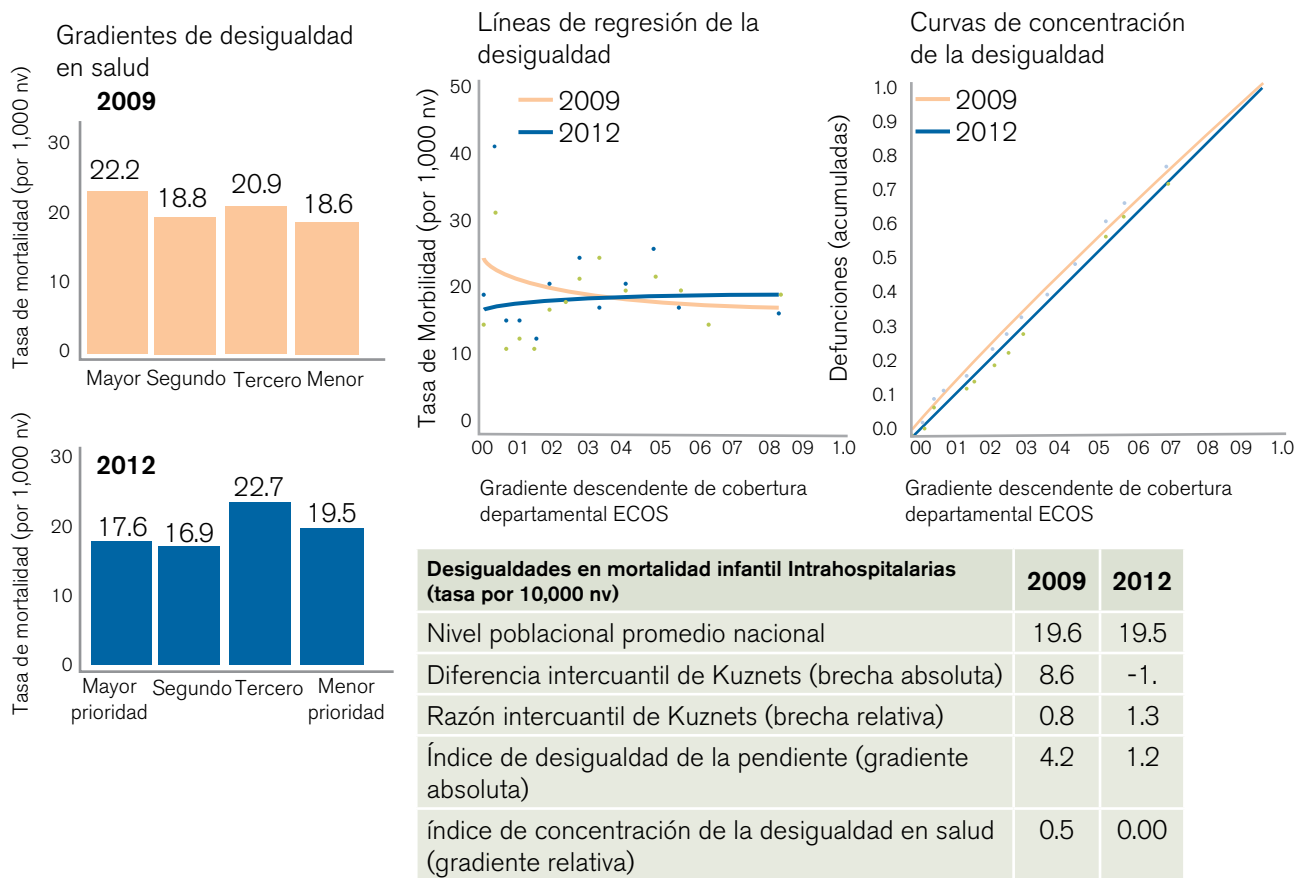


Desigualdades en atención de la Insuficiencia Renal Crónica (tasa por 10,000 hb)	2009	2012
Nivel poblacional promedio nacional	30.1	91.0
Diferencia intercuantil de Kuznets (brecha absoluta)	15.5	50.5
Razón intercuantil de Kuznets (brecha relativa)	0.5	0.4
Índice de desigualdad de la pendiente (gradiente absoluta)	-10.1	-30.6
Índice de concentración de la desigualdad en salud (gradiente relativa)	-0.12	-0.20

Fuente: Elaboración propia OPS/OMS con datos del MSPAS / SIMMOW

Todos estos datos muestran importantes progresos en estas áreas de intervención que deberán continuar profundizándose, en la medida en que se establezcan los procesos de reforma y se amplíen las coberturas con calidad.

Gráfico 41. Cobertura ECOSf y Mortalidad Infantil Intrahospitalaria



Fuente: Elaborado por OPS/OMS con datos del SIMMOW- MINSAL-ELS

6. Síntesis de avances de El Salvador en función de requisitos adoptados en el reporte

Antes de procurar una síntesis del dinámico y comprehensivo proceso que El Salvador ha llevado a cabo en el período 2009-2014, para impulsar su Reforma de Salud, el desarrollo del SNS y avances hacia la CUS, es preciso reiterar lo señalado anteriormente, en el sentido que el esfuerzo metodológico adoptado en la identificación de requisitos, atributos e indicadores, a más de constituir aproximación inicial (por tanto sin pretensión alguna de exhaustividad) se orientó a disponer de un marco referencial para sistematizar la amplia y diversa información generada en el período.

En tal contexto, y dado que un análisis en profundidad de los atributos e indicadores propuestos rebasa el ámbito y posibilidades de este reporte, a más que la revisión de la información disponible proporciona suficientes elementos para una valoración del camino recorrido, en lo que sigue se hará un análisis general de los avances en los requisitos y en la consecución de resultados cardinales derivados de dichos avances.

Requisito Poder / Gobernanza: Voluntad política para priorizar salud y educación; generación, movilización, reasignación de recursos; gestión de respaldo social.

No cabe duda que, aun en medio de la crisis fiscal de El Salvador, se han priorizado recursos hacia salud (y educación) como se documentó claramente en el capítulo de gobernanza. El liderazgo de la Ministra ha sido un factor sin duda relevante. El apoyo del más alto nivel de gobierno estuvo dirigido a instrumentar la política y a llevar adelante la Reforma de Salud, particularmente en su primer eje: Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud RIISS. En este y otros ejes la gobernanza del proceso debió sortear dificultades no solamente financieras, sino también institucionales y técnicas, alineadas con culturas centralizadas y por programas. Otro eje que contó con voluntad política superior, de cambio, ha sido medicamentos, con claras implicaciones de beneficio económico y social en función del bien público general.

Requisito Financiamiento: correspondencia financiera con importancia social asignada a salud; eliminación de pagos directos o de bolsillo; mancomunación de fondos; eficiencia en asignaciones y eficiencia operativa; sustentación en análisis de costo beneficio y costo efectividad; evolución de asignaciones retrospectivas a prospectivas y de pagos por recursos a pagos por resultados. Establecimiento de incentivos.

Fruto de la voluntad política y el liderazgo ministerial se evidenció el crecimiento presupuestario del MINSAL, la orientación hacia el desarrollo de las RIISS, en especial al componente primario, largamente represado, atendiendo también inversiones hospitalarias en significativa magnitud, que revertieron una tendencia decreciente en el indicador camas/habitante. El desafío financiero mayor es generar recursos adicionales para el logro de la CUS que, sin desestimar incrementos del GOES, debe orientarse a integrar solidariamente recursos de otras entidades del sector salud que, en el período, han incrementado las desigualdades de gasto per cápita institucional.

Requisito Provisión de Servicios con el enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS: Abordaje familiar y comunitario; conjunto integral de prestaciones de calidad, con énfasis preventivo promocional, en respuesta a perfil epidemiológico; articulación con acciones sobre determinantes sociales de la salud.

Notables avances se han registrado en el diseño de la “arquitectura” de RIISS basada en Atención Primaria de Salud y en la comprometida tarea de progresiva implementación, privilegiando poblaciones y zonas de mayor pobreza y vulnerabilidad. Los análisis de disponibilidad, productividad, cobertura e incluso impacto, posteriores a la implementación de las RIISS y el Modelo familiar y Comunitario ilustran no solamente el incremento de producción sino también su aporte a la reducción de brechas de desigualdad, confirmando la naturaleza incluyente de las políticas ministeriales. De manera similar a lo anotado para el tema financiamiento, el uso coordinado de recursos de otras instituciones del sector es un desafío pendiente en el que debe emprenderse con decisión, junto con análisis técnico-económicos que consideren opciones realistas de avanzar hacia la CUS en horizontes de corto y mediano plazo, en función de perspectivas de financiamiento igualmente realistas.

Requisito Organización/Gestión: Población y territorio definidos. Primer nivel de atención fortalecido. Continuidad de servicios de salud. Articulación con prestadores de instituciones sectoriales. Gestión: innovadora, participativa, descentralizada o desconcentrada, orientada a resultados. Fortalecimiento de planificación y sistemas integrados de información gerencial. Veeduría y Control Social.

Mucho de lo analizado para el requisito anterior se aplica al tema organización/gestión; una tarea pendiente, que tiene también implicaciones financieras, de optimización de recursos existentes, es analizar la conveniencia de mantener estructuras regionales de salud en un país pequeño en el que los Municipios y Departamentos constituyen la base del accionar político social e institucional. Sumado a este análisis será también pertinente avanzar en la estructuración de una instancia central de RIISS que oriente acciones integradas con sentido de red. La desconcentración de competencias de gestión es también una tarea pendiente.

Requisito Generación de Recursos: basado en criterios de pertinencia, correspondencia, optimización y suficiencia, con enfoques de planificación, priorización y progresividad.

- Necesidades cuali cuantitativas de equipos de RHUS; adecuación de formación a necesidades; valoración de trabajo; educación continua y evaluación de cumplimiento. Articulación con recursos comunitarios y de medicina tradicional.
- Necesidad de instalaciones. Uso y optimización de infraestructura existente. Potenciación de instalaciones ambulatorias. Mantenimiento de instalaciones.
- Tecnología y medicamentos: listas básicas normatizadas; evaluación de beneficios; disponibilidad; uso racional; regulación.

Los avances han sido evidentes, destacándose la implementación de 481 ECOS Familiares que cubren cerca de 1'900.000 personas y 38 ECOS especializados; la notable inversión hospitalaria, en el orden de aproximadamente 180 millones de dólares, en laboratorios y bancos de sangre; la implementación de la 1ª. Fase del Servicio de emergencias Médicas, todas con la mirada puesta en el desarrollo de las RIISS, entre otras realizaciones. El análisis de las variables financiamiento y optimización, incluido el uso coordinado de instalaciones de otras instituciones del sector contribuirán a que la CUS sea una meta factible de alcanzar en El Salvador.

7. Desafíos

Sistematizar desafíos de un proceso tan rico, como es el desarrollo de la Reforma de Salud de El Salvador en procura de construir un Sistema Nacional de Salud, alcanzar cobertura universal de salud y mejorar la salud de la población con equidad, es tarea compleja y difícil.

Para enfrentarlo el reporte incorpora aportes documentales, especialmente de los trabajos; “Avances en el proceso de Reforma de Salud de El Salvador y estrategias para la sostenibilidad financiera, legal e institucional”⁴⁶ y; “La Gobernanza del proceso de Reforma del Sistema de Salud en El Salvador y la Cobertura Universal de Salud”⁴⁷, en su capítulo final de “Síntesis de los Retos”⁴⁸; testimonios obtenidos en entrevistas durante su elaboración; contribuciones del Representante y equipo de OPS El Salvador y; análisis personales situados en el expectante momento político de El Salvador, en momentos en que el Tribunal Supremo Electoral se apresta a oficializar el histórico triunfo del FMLN en las recientes elecciones presidenciales para el período 2014 – 2019.

El unánime punto de partida es el reconocimiento de los logros alcanzados por el MINSAL en la aplicación de su Reforma, sobre los que hay amplio y generalizado reconocimiento; por ejemplo un ejercicio evaluativo auspiciado por FUSADES⁴⁹ que, en general, procura relativizar la dimensión de logros e identificar líneas de continuidad de políticas y acciones de la presente gestión, respecto de las anteriores al decir “... en realidad, los documentos y planes formales del actual régimen no distan mucho de los documentos y planes de la anterior administración”, reconoce acto seguido, la existencia de “3 grandes cambios ... iniciativas de este gobierno ... política de gratuidad e incremento significativo en el financiamiento del presupuesto nacional.... adición innovadora al modelo de atención primaria...y ley de medicamentos y vacunas....en los mandos de control de financiamiento, organizacional y regulación”, respectivamente, a la par que señala “ Ha sido reconocido claramente, por todos, hasta los más severos críticos del gobierno, un aumento en el acceso espacialmente para los más pobres y desfavorecidos, con la ampliación de la atención primaria a través de los ECOS...” aunque lo matiza... “Esto sigue los incrementos significativos promovidos por administraciones previas”.

Es preciso destacar, en todo caso, que el franco crecimiento de prestaciones y coberturas en el MINSAL, no ha tenido, en general, un correlato similar en el resto de instituciones del Sistema de Salud de El Salvador; efectivamente⁵⁰ entre el año 2005 y 2012, el porcentaje de incremento de atenciones preventivas y curativas del MINSAL (incluido FOSALUD) fue del 20.5% mientras en el ISSS fue del 5.3%; similar patrón se aprecia en la producción de egresos; 16.8 en el MINSAL frente a 4.6% en el ISSS, - 1.3% en COSAM y - 4.6% en ISBM (entre 2009 y 2012); de partos 14.8 en el MINSAL frente a -0.2% en ISSS y - 9% en COSAM. El ISBM incrementa significativamente las atenciones a partir del año 2010, producto de una reorganización interna que le da mayor capacidad de gestión, lo que provoca un efecto doble; legitima mas su exclusividad entre sus “derechohabientes” a costa de aumentar la fragmentación y desigualdades en el sector, en términos de asignación per cápita para salud.

Así pues junto con indudables logros, hay también desafíos ciertos para la sostenibilidad del proceso en marcha en El Salvador, que pueden sistematizarse en 4 grandes ámbitos de sostenibilidad; financiera, jurídica normativa; institucional y social⁵¹.

46 Echeverría Ramiro. Informe final de consultoría “Avances en el proceso de Reforma de Salud de El Salvador y estrategias para la sostenibilidad financiera, legal e institucional”. Agosto, 2012. MINSAL PRIDES.

47 Granados Ramón. OPS/OMS Octubre 2013, citado anteriormente en este reporte.

48 Resultado de la discusión y análisis de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades para la Gobernanza en Salud y el avance hacia la cobertura universal en salud en El Salvador.

49 Bossert Thomas y Hill Esther. Harvard School of Public Health. Análisis de la Política Pública de Salud en El Salvador. Junio de 2013. Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social FUSADES

50 MINSAL, Informe de Labores 2012-2013

51 El análisis a este respecto se ha realizado sobre la base del trabajo, ya citado, de Ramiro Echeverría “Avances en el proceso de Reforma de Salud de El Salvador y estrategias para la sostenibilidad financiera, legal e institucional”, con citas textuales en comillas, incluyendo aportes personales.

7.1. Sostenibilidad Financiera

Como se ha destacado, aún en medio de las restricciones fiscales de El Salvador, se ha producido un significativo incremento de los recursos financieros en el período, cuyo gasto público en salud creció en cerca de un 30%, de 1.8 % en 2008 a 2.2 % en 2012. Tal inversión ha favorecido el incremento de recursos, producción, coberturas y acciones de salud, aunque hay aún mucho camino por recorrer, para lo cual se requiere financiamiento. Las dos opciones, necesariamente complementarias, son mejorar el uso de recursos disponibles y generar nuevas fuentes, pudiendo considerarse, entre otras, las siguientes acciones:

- a) Mejoramiento de la eficiencia en la gestión de los servicios de salud, orientándola hacia resultados, pudiendo utilizarse instrumentos como “Convenios de Gestión” aplicados con éxito en otros países como Chile y Costa Rica, en los que se establecen compromisos anuales cualitativos y cuantitativos de rendimiento, en función de las asignaciones presupuestarias.
- b) Optimización de la capacidad instalada; en línea con medidas de eficiencia, pero considerando la capacidad instalada del sector salud en su conjunto. “... desde una perspectiva de país, todos son ciudadanos con derecho a la salud, garantizado por el Estado. Entonces, los recursos para la atención de salud deben ser considerados como recursos sociales que pueden ser utilizados por todos los integrantes de la comunidad nacional....aprovechando la capacidad instalada pública de modo mandatorio y considerando facultativamente la del sector privado de modo complementario”. Ello aumentaría el financiamiento (para lograr la CUS) al disponer potencialmente de un volumen de recursos públicos en el orden de \$ US 1.000 millones en 2012, y a disminuir brechas de inequidad “insostenibles e inadmisibles entre sujetos de la misma sociedad con gastos per-cápita diferenciados según instituciones y beneficiarios (IESS, ISBM, COSAM y MINSAL)”, como se documentó anteriormente.
- c) Análisis de costo/efectividad y costo/beneficio; instrumentos de utilidad para fundamentar alternativas de decisiones sanitarias, en procura de encontrar balance apropiado entre recursos disponibles e invertidos y resultados o beneficios obtenidos. Por ejemplo para definir opciones eficientes de conformación de equipos de salud comunitaria (ECOS-F y ECOS-E) según garantía de cumplimiento de resultados y necesidades diferenciadas de la población, o de mejor aprovechamiento de recursos humanos, medios de diagnóstico especializados, procedimientos ambulatorios, uso apropiado de tecnología, etc. etc.

Facturación de servicios o cruce de pagos por prestaciones entre el MINSAL y el ISSS, actualizando el convenio existente, con base en un tarifario con costos “reales” y “mecanismos de facturación para proceder al pago cruzado de manera automatizada, de manera similar a como operan las cámaras de compensación del sistema financiero”.

- d) Un recurso de gran potencialidad que contribuiría a la CUS, y a la vez, abriría opciones de uso compartido de recursos es el aprovechamiento de los equipos básicos de salud del ISSS, que trabajan con un esquema semejante a los ECOSF en cuanto a abordaje familiar comunitario, delimitación territorial y asignación de número de familias; de hecho no efectúan diferenciación entre afiliados y no afiliados para acciones de registro, prevención y promoción, educativas, aunque si para acciones curativas, restringidas a afiliados.

Con los ajustes normativos pertinentes, y mediante pagos por capitación se establecerían circuitos financieros para incorporar, en igualdad de derechos, a las familias asignadas a Equipos del MINSAL o del ISSS. Con la disponibilidad actual de 120 equipos básicos de salud del ISSS se tendría una capacidad de cobertura adicional de aproximadamente 300.000 personas que, en el marco de un progresivo crecimiento de equipos acortarían la brecha hacia la CUS y contribuiría a romper las inaceptables barreras entre “derechohabientes” y a hacer realidad el Sistema Nacional de Salud.

- e) Planificación unificada de la ejecución presupuestaria de recursos de FOSALUD con los del MINSAL, para evitar ineficiencias y duplicaciones registradas. Un punto de avance, advertido durante las entrevistas, es el acuerdo unánime de que FOSALUD debería dejar de ser un prestador de servicios para funcionar como fondo contributivo para mejorar el funcionamiento de las RISS, sin perjuicio de que pudiese llevar adelante programas específicos, por ejemplo prevención de cáncer. Inclusive en la necesidad imperiosa de racionalizar y optimizar los hoy dispersos esfuerzos del sector podría considerarse se encargue de la gestión del servicio de emergencias médicas recientemente implementado; todo ello con la rectoría del MINSAL
- f) Búsqueda de alternativas estables y sostenibles de financiamiento, “incluyendo propuestas para políticas fiscales y redistributivas a nivel legislativo y de gobierno (ej. incremento de impuestos a bebidas alcohólicas, inclusión en impuestos a matriculación vehicular, participación de 0,5 ó 1% en ingreso de remesas del exterior, etc) y otras que aboguen y sensibilicen a los sectores económicos por los beneficios sociales de una mejor salud colectiva y a las demandas de salud de los sectores más necesitados”.

7.2. Sostenibilidad legal y normativa

En un capítulo anterior se analizaron someramente tres leyes (SIBASI, Sistema Nacional de Salud, FOSALUD) que han influenciado en las actividades de instituciones de salud, especialmente el MINSAL. Una vez exista el imprescindible soporte político del más alto nivel de gobierno para poner en marcha el proceso de implementación del Sistema Nacional de Salud, se requerirá reformar dichas leyes, así como la Ley del Seguro Social, para que se ajusten a tal fin. Otra ley, el Código de la Salud, con puntos conexos con el SNS, deberá también ser actualizada.

Analizando la conveniencia de generar una nueva ley sobre SNS o reformar la actual, Echeverría plantea los siguientes aspectos relevantes:

- a) Mecanismos efectivos para que el Estado garantice el derecho a la salud en un marco de determinantes sociales y de participación social e intersectorial en los diferentes niveles territoriales.
- b) Mecanismos de acceso equitativo y universal sin ningún tipo de exclusión que limite el ejercicio del derecho a la salud.
- c) Incorporación de la nueva organización y gestión territorial de los servicios de salud en la conformación de las RISS.
- d) Actualizaciones respecto del modelo de Atención Integral basado en la Atención Primaria de Salud y la promoción de la salud, de base familiar y comunitaria con el accionar de los Equipos comunitarios de Salud (ECOS-F y ECOS-E).
- e) Bases y principios operativos para la conformación de la Red Pública Integral de Servicios de Salud con la participación obligatoria de las entidades públicas como base operativa del Sistema Nacional de Salud.
- f) Obligatoriedad de atención de todas las emergencias en los servicios privados y establecimiento de mecanismos de financiamiento vía sistema de exoneración de rentas o pagos normatizados.
- g) Incorporación de los Fondos de FOSALUD a un fondo común integrado en el MINSAL para evitar operativamente la duplicación de acciones e inversiones.
- h) Compromiso del Estado de asegurar la sostenibilidad del financiamiento para el sector salud y la reforma en particular estableciendo un monto del PIB como piso y crecimientos progresivos anuales hasta niveles promedio referenciales de gasto público en salud en América Latina.

“Con referencia a las otras leyes y sus reglamentos, si hubiese que reformarlas/os por separado, según criterios recogidos, por ejemplo en relación a la ley del SIBASI, su reforma estaría orientada a “...afianzar las RISS y avanzar en el desarrollo de mecanismos de gobernanza, nuevas formas de asignar y gestionar recursos, modernizar la gestión y administración de los RHUS.

Respecto a la ley del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) creado para el financiamiento de un “...programa especial para brindar el servicio de asistencia médica y hospitalaria, cobertura de riesgos profesionales y las demás prestaciones que en esta Ley se expresan, a favor de los docentes que trabajan para el Estado en el Ramo de Educación, su cónyuge o conviviente y sus hijos” (Art.2) hay opiniones que debería estar integrado al ISSS, o por lo menos debería actualizar su normativa para desarrollar su función de aseguramiento, favoreciendo mayor integración funcional al SNS.

Por último, en relación al Código de Salud, si bien se mencionó que la gestión legislativa sería en un segundo momento (después de la ley que consolide la reforma), se puede empezar organizando un grupo de trabajo para la revisión y análisis de los contenidos que requieren ser actualizados para su armonización con la legislación vigente y la incorporación de nuevos contenidos de legislación nacional e internacional”.

7.3. Sostenibilidad Institucional

Especialmente referida a adecuaciones organizativas en el MINSAL, con miras a fortalecer su rol de rectoría y de conducción del proceso de desarrollo del SNS y logro progresivo de CUS, revalorizando el rol de la planificación tanto sectorial como institucional, y estructurando o fortaleciendo instancias estratégicas que impulsen procesos conexos en ámbitos tales como economía y financiamiento, desarrollo de recursos humanos, legislación, comunicación política, movilización social, entre otras.

Se incluye también la creación de una conducción unificada de la RISS a nivel nacional (Dirección Nacional de Redes) y sus estructuras sub-nacionales a nivel regional y/o departamental, con nuevos modelos de gestión para un manejo desconcentrado en base a planes estratégicos que /o integre objetivos, metas e indicadores para toda la red. Otro elemento clave es la formación de recursos humanos interdisciplinarios que den soporte técnico político a la construcción del SNS.

7.4. Sostenibilidad Social

“El concepto de sostenibilidad social es reciente.... Al ser los ciudadanos, sus familias y las comunidades los destinatarios de las acciones positivas de la reforma el reto es promover que se transformen en beneficiarios de los esfuerzos y recursos desplegados para atender las demandas de atención de salud y mejorar las condiciones de salud de la población en general.... siendo necesario impulsar un abordaje orientado a fortalecer las capacidades organizativas de los comités locales de salud y de todas las instancias de participación social basadas en la información veraz y la capacitación para su movilización en defensa del derecho a una vida digna para todos.

Se requiere promover su empoderamiento generando capacidades organizativas (según niveles territoriales de representación), de liderazgo y de movilización para que sean los “actores” principales del proceso de cambio en salud y también para apoyar las demandas de financiamiento y mejor cobertura y calidad de los servicios de salud. A este propósito es necesario también que se armonicen las estrategias organizativas y de participación promovidas por el Foro Nacional de Salud con los comités de salud comunitarios creados en el marco de la implantación del nuevo modelo de atención”.

7.5. Síntesis de Desafíos

En sintonía y amplia coincidencia con los aspectos destacados, el trabajo de Granados “identifica los siguientes retos para la gobernanza de la Reforma del Sistema de Salud y el avance hacia un sistema nacional de salud de cobertura universal”, que se transcriben, in extenso:

- I. La necesidad de generar una Visión compartida y un Proyecto de País en Salud: Ello requiere mayor formalización, negociación y concertación sectorial, así como de su implementación como Política Nacional y Plan Estratégico con compromisos compartidos entre Estado y sociedad civil, a nivel Nacional y Local.
- II. La gestión del cambio hacia un nuevo sistema de salud obliga a adecuar el balance entre las urgencias del corto plazo (que requieren soluciones inmediatas) y el largo plazo (que comporta cambios estructurales).
- III. Se requiere una mayor formalización y negociación ampliada de una Hoja de Ruta para la Gestión del Cambio a mediano y largo plazo, incluyendo el apoyo internacional a las transformaciones nacionales del sistema nacional de salud.
- IV. Consolidar al Consejo Nacional de Salud como instrumento de negociación, concertación e integración del sistema nacional de salud con carácter vinculante y obligatorio cumplimiento.
- V. Institucionalizar la Reforma del Sistema Salud: no parece suficiente el basamento jurídico existente. Es necesario que se refrende jurídicamente como una Política de Estado (Nueva Ley de Salud), que incluya el financiamiento público para la salud.
- VI. Aprovechar y fortalecer procesos participativos para generar viabilidad política y sostenibilidad a mediano y largo plazo. El Proyecto de Salud debe ser defendido por la mayoría de la ciudadanía, como parte del derecho a la salud y la solidaridad y equidad como valores sociales.
- VII. Consolidar al FORO NACIONAL DE SALUD como espacio de legitimidad y sostenibilidad y lograr el refrendamiento jurídico de CISALUD como espacio de generación de políticas de salud intersectoriales.
- VIII. Trabajar aún más el compromiso y empoderamiento funcionario y los necesarios cambios de cultura organizacional, esenciales para el funcionamiento de la reforma del sistema de salud.
- IX. Identificar vías para subsanar la insuficiente movilización de recursos financieros y movilizar recursos políticos al más alto nivel, para superar las barreras estructurales de la segmentación y fragmentación que frenan o enlentecen los procesos de reforma del sistema de salud.
- X. Las transformaciones propias de la reforma del sistema de salud deben incluir a las urbes mayores. El nuevo sistema de salud no debe ser concebido como sistema de salud para pobres; requiere del apoyo de las clases medias, por razones de equidad, financiamiento solidario y mayor viabilidad política.
- XI. La Reforma tiene, por tanto, que abordar la segmentación y fragmentación y plantear opciones para la discusión y negociación de un sistema de salud integrado lo cual incluye la mancomunidad de fondos públicos para garantizar la equidad y solidaridad.
- XII. Debe trabajarse la viabilidad política que conduzca a un PACTO SOCIAL por la SALUD. Ello es posible a través del debate amplio y consenso político del proyecto de gobierno que transite hacia una Política de Estado. El Diálogo Político y Social con gran amplitud de actores debe privilegiarse.

XIII. La Reforma del Sistema de Salud como política de Estado debe:

- a. Priorizar el interés del país por encima de intereses particulares,
- b. Velar por no ser cooptada por grupos políticos, de mercado o ideológicos, ni por exigencias de grupos gremiales, sindicales o populares con reivindicaciones legítimas, pero de corto plazo, que no aborden adecuadamente las reformas estructurales necesarias,
- c. Fortalecer el uso de evidencias científicas, datos estadísticos e información útil para la toma de decisiones informada, así como demostrar impacto en salud de las inversiones hechas,
- d. Generar adecuados espacios y modalidades de comunicación y mercadeo social de la Reforma de la Salud.

XIV. El nuevo modelo de atención a la salud debe consolidarse y mostrar:

- a. Superioridad para el acceso, la calidad y el poder resolutivo frente a las necesidades de salud de la población,
- b. Costo/efectividad para el logro de la cobertura universal de salud,
- c. Capacidad de avanzar hacia redes integradas e integrales de salud y dar respuestas adecuadas, equitativas y solidarias a las ENT, que tienen una lógica de atención diferente,
- d. Eficacia en los nuevos enfoques de promoción y prevención,
- e. Creciente aporte a la equidad, la solidaridad y la equiparación de oportunidades de acceso, que reduzcan la segmentación del sistema según capacidad económica e inserción laboral,
- f. Que el nuevo sistema no es para pobres, sino para toda la población.

Reflexiones finales

Al cierre de este reporte el Tribunal Supremos Electoral de El Salvador se apresta a oficializar el triunfo electoral del binomio del FMLN, Salvador Sánchez Cerén y Oscar Ortiz, en las elecciones presidenciales 2014-2019. De forma más bien inesperada, si se toma en cuenta que el Frente estuvo muy cerca de triunfar en 1ª. Vuelta, el resultado del balotaje fue muy apretado, con menos de 0.5% de ventaja del ganador sobre su tradicional adversario, el conservador partido ARENA.

El apretado margen rubrica el invariable escenario de polarización político social que ha caracterizado a El Salvador desde hace décadas, con la diferencia que, por 1ª. ocasión se ha producido la continuidad de un gobierno progresista, con signo partidario del FMLN sin alianza electoral, a diferencia del gobierno que formó parte en coalición con Mauricio Funes, presidente en funciones hasta mayo próximo.

En tal contexto, y para contrarrestar un previsible estímulo a la confrontación y potencial conflicto por parte de fuerzas de la oposición, enmarcado en el nada desdeñable potencial respaldo de la mitad de la población, el futuro gobierno tiene la oportunidad de abrir un amplio diálogo nacional que conduzca a acuerdos cardinales sobre aspectos de importancia para el progreso del país, percibidos así por un conjunto mayoritario de personas; de entre ellos los acuerdos sociales en procura de mejorar la salud y educación; y superar la pobreza y desigualdad, como derecho, tienen buenas posibilidades de encontrar puntos de coincidencia en procura de las tan anheladas políticas de estado.

En salud queda claro del análisis que se han impulsado con vigor acciones en el MINSAL en la presente gestión, orientadas a disminuir grandes brechas de desigualdad; para extender su acción hacia otras de similar necesidad, con clara proyección a proteger al conjunto de la población de forma universal, es imprescindible, en el futuro periodo, dedicar esfuerzos a integrar el sector salud y sumar organizadamente recursos y potencialidades. En un previsible difícil contexto legislativo, de renovada obligación en menos de 1 año, la reactivación del Consejo Nacional de Salud, como espacio de consenso en torno a la política nacional y la rectoría del MINSAL, puede constituirse en eficaz instrumento para lograr reformas posibles que contribuyan a la construcción del Sistema Nacional de Salud de El Salvador. La ampliación de visiones y actores en otro promisorio espacio creado en la presente administración; CISALUD, podría también aportar para potenciar esfuerzos intersectoriales sobre los determinantes de la salud con equidad. Ello contribuirá a hacer realidad "Salud en todas las Políticas".

