

Política Institucional de la Reforma del Sector Salud en El Salvador implementada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 1998

DR. Antonio Vásquez Hidalgo, Ph.D *

RESUMEN

Existencia de una Política de salud con vacíos en los modelos de gestión, administración y financiamiento. Los problemas de salud son insostenibles con serias dificultades técnicas en la implementación de los programas y proyectos de salud. La política de la reforma esta fragmentada y focalizada en tres áreas: programática, administrativa y financiera. La producción de los servicios de salud público y privado las políticas son divergentes y discordantes. La política de la reforma es fortalecer el sistema neoliberal dirigidas hacia la privatización. La imagen objetivo de la política de salud esta sustentada en " Utopías" con formulaciones de falta de coherencia interna y externa fuera de contexto. La política de atención se ocupa de niños y adultos, no hay un programa definido a la atención de la tercera edad y discapacitados. La política de la reforma es gestionada y concebida como Política Institucional sin concertación o debate público. No existe un marco jurídico de legalización y legitimización al proceso de la política de la reforma.

***CATEDRATICO UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR. MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA. MODULO POLITICAS DE SALUD.**

INTRODUCCION

Al escribir un ensayo sobre la Política Institucional de la Reforma en Salud, se derivan reflexiones que si se hubiese expresado en la década de los 50 al 90 fuera considerado un anatema o hereje revolucionario con el consiguiente riesgo de desaparecer o ser heregido un monumento en alguna plaza mayor en mi honor como oveja negra, para que ejerciten tiro al blanco los actores sociales y que las nuevas generaciones no pierdan la práctica social de tiro.

Mis comentarios se van a centrar fundamentalmente en la Política de la Reforma impulsada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

La región Latinoamericana a traviesa dentro del marco de la Globalización, Modernización del estado, Ajuste estructural, Desarrollo Humano sostenible, se encuentra en un impase en la Política de la Reforma del sector salud, en su fase inicial en la ejecución, ejecución propiamente dicha o medidas anunciadas ¹, de los cuales a nivel Latinoamericano la Política de Salud en los aspectos de cambio organizacional el 41 % tienen solamente medidas enunciadas pero no ejecutadas, el 25 % están en su fase inicial y el 17 % está en ejecución; en la Política de Gestión el 28 % esta con medidas enunciadas, el 13 % en su fase inicial y el 13 % en ejecución; en la Política de Financiamiento el 32 % está con medidas enunciadas, el 5 % en su fase inicial y el 32 % en fase de ejecución. De tal forma que se ha enfrentado con dificultades técnicas, operativas y financieras en la Política de la Reforma. ²

Las Políticas de Salud no han causado el impacto esperado " la Salud para todos en el año 2000 " ya es histórico en este siglo, las condiciones de vida, calidad y desarrollo son distantes, prevalecen los indicadores de salud en la incidencia y prevalencia por Enfermedades Infecciosas versus Enfermedades crónico degenerativas en los países Industrializados con altos porcentajes o se han logrado avances en tecnología de salud versus necesidades y costos en poder adquisitivo de compra, lo cual hace la salud económicamente un alto costo en las áreas de costo-efectividad, costo-beneficio, costo-eficacia y costo-utilidad.

I. Antecedentes y contexto del Sistema de Salud.

Antecedentes Históricos.

En **1895** surge la primera política de Salud y nace una Institución Nacional denominada: " Sanidad de Puertos" como entidad responsable de la población salvadoreña, cuyo objetivo principal era que los productos nacionales al ser transportados a los barcos extranjeros no se contaminen en los puertos de embarque.

En el **1924** la Sanidad de Puertos sufre una transformación radical y se convierte en una Institución Nacional denominada "Dirección General de Sanidad" dependiente de la "secretaría de Salud".

En **1948** la " Secretaría de Salud" se convierte en "Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social" asumiendo el " rol interventor" el cual hasta la fecha sigue funcionando con el mismo nombre.

A partir de los años **1950 a 1970** se mantiene el modelo de "caridad" en todos los establecimientos de salud, con una alta demanda y baja calidad en los servicios.

Otros sectores surgen con "acciones de lucha y clase social" plantean demandas para mejorar la atención de salud con ideologías del " Materialismo Histórico",

¹ Sojo, Ana. La Reforma Finisecular del Sector Salud en América Latina y el Caribe: Su derrotero e Instrumentos.

² Ibid.

así como otras Instituciones en " velar" por la salud de la población, como son: Antel y Bienestar Magisterial .

Desarrollo del Sistema de Salud en El Salvador.

Contexto Económico, Político y Social.

A partir de los años '80 se agudizan los problemas de Salud con una infraestructura deficiente, recursos humanos bajos sumado también a la "mala calidad" del producto recién formado en salud.

A partir de **1987 a 1990** se comienza a reconstruir paulatinamente los establecimientos de salud con fondos extranjeros con prestamos bajos, pero que al final " se endeudó" más el país, con la reconstrucción se inicia otro fenómeno " el crecimiento desordenado" de establecimientos de salud en el área metropolitana, con dualidad de esfuerzos, así por ejemplo diversas instituciones de salud (público y Privado) oferta sus servicios a la misma población usuaria, sin coordinación y logística apropiada en optimizar la calidad de atención en un " sistema Nacional de Salud".

Durante el período de **1978 a 1984** la economía Nacional Salvadoreña sufre los efectos del desgaste de la economía mundial, como son: precios de los productos de exportación disminuyeron, aumento de los intereses de la deuda externa y los precios de las importaciones aumentaron. El efecto de la " crisis económica" se ve articulado a otro fenómeno: la violencia interna y las " reformas estructurales" hacen bajar la producción nacional, la inversión, el empleo y el consumo global.

Esta recesión económica hace disminuir el presupuesto asignado a salud e incrementa el presupuesto " forzosamente" al Ministerio de Defensa por el conflicto beligerante de guerra.

La reducción del consumo privado evidencia el deterioro del " poder adquisitivo" o poder de compra de la población, esto debido a la consecuencia del desempleo y congelamiento de salarios; por otra parte en el consumo publico de igual forma aunque con un menor poder adquisitivo debido a la violencia social heredada de los años '50 e incrementando el índice de inflación en 114.7 % y deuda externa a un monto de ₡ 4,0 millones y de un atraso de pago de US \$ 165 millones.

Durante los años de **1978 a 1990** la pobreza aumentó considerablemente, el Banco Mundial estimó la pobreza en un 50 % y un 12 % en extrema pobreza en el área rural.

El Salvador durante el período de **1979 a 1992** sufre un conflicto armado, caracterizado por: " lucha popular prolongada" entre clases sociales, debido a la desigualdad social imperante en esa época, lo que a su vez repercute en Salud al no asignarle un presupuesto acorde a sus necesidades.

A partir de **1992** se comienza a resolver las diferencias del " conflicto armado", con aspectos positivos en firmar los acuerdos de Paz, los partidos políticos (FMLN, ARENA, PDC, PCN y otros) expresan su compromiso con el fortalecimiento de los programas sociales.

A partir de **1997** se registra un crecimiento económico favorable de 53.8 %, con una tasa de negociación de 35,775 .8 millones de colones, con solvencias monetarias hacia el exterior con una tendencia a bajar la deuda externa, un sistema bancario fuerte, aumento de las exportaciones, pero sin embargo los índices de pobreza se incrementan en un 68 %.

El avance substancial logrado ha sido el incremento presupuestario a Salud y Educación y se disminuyó a Defensa.

I.	Introducción	5
II.	Objetivos	5
III.	Metodología	5
IV.	Problemas de Salud	5
V.	Análisis Modelo de Atención del Sector salud.....	6
VI.	Análisis estructural de la Reforma en la Política de Salud.....	7
VII.	Conclusiones.....	11
VIII.	Recomendaciones.....	12
IX.	Bibliografía.....	12
X.	Anexos	14

II. OBJETIVOS:

GENERAL: Realizar un comentario sobre la Política Institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que impulsa la Reforma del Sector Salud en El Salvador.

ESPECIFICOS:

1. Identificar los principales Problemas del Sector Salud.
2. Analizar el modelo de Atención del Sistema de Salud.
3. Analizar la Política de Salud en el Proceso de la Reforma.

METODOLOGIA:

La metodología utilizada consistió en la revisión de fuentes primarias y secundarias que documentan la Política de la Reforma del Sector Salud en El Salvador en los Modelos de Atención, Gestión y Financiamiento.

IV. Problemas de Salud.

Los indicadores de Salud están virtualmente en desacuerdo a la Políticas de Salud. La Reforma plantea en mejorar indicadores y las necesidades de atención, pero que en la praxis las diez primeras causas de morbilidad se mantienen. Durante la década de 1980 a 1997 ³ la primera causa son las Infecciones Respiratorias Agudas, la segunda causa del 90 al 94 de igual manera y es a partir de 1997 la segunda y tercera causa de consulta son los controles de niño sano y control del embarazo normal, quedando prácticamente el Parasitismo Intestinal y las Diarreas en tercer y sexto lugar respectivamente.

Se observa que estos Indicadores son a predominio bajo el modelo curativo y lo preventivo como segunda y tercera causa, es necesario aclarar que la relación de morbilidad y la estrategia de prevención como los controles son términos de comparación excluyentes, su nombre morbilidad implica enfermedad y no salud, de tal manera que los términos no son

³ MSPAS. Registro diario de Consulta externa de los establecimientos de salud. Marzo de 1998.

apropiados haciendo creer una falsa percepción de que existen más sanos que enfermos.

Los niveles de atención I,II y III en los niveles centrales, departamentales y locales están sobresaturados, no existe un punto de equilibrio entre la Demanda y la Oferta o viceversa.

Para 1997 se encuentra otra tabla modificada ⁴, indicando subregistro en la tabla anterior de la misma fecha. Se observa que las tasas de Morbilidad por 100,000 hab es de Infecciones Respiratorias agudas de 21,0550.0, Parasitismo Intestinal 4588.0, Diarrea 4113.1, Neumonía 1681.1, Hipertensión Arterial 738.7, Mordida por perro transmisor de rabia 517.9 entre otros.

Para 1996 las diez primeras causas de Mortalidad Hospitalaria ⁵ son en su orden de importancia por tasa de letalidad por 100 egresos: Enfermedades Infecciosas como Neumonía 3.3, Traumatismo Intracraneal 8.8, Septicemia 19.8, Enfermedad Cerebro vascular 28.1, Partos prematuros 18.3 e Infarto agudo del Miocardio 37.6 entre otros. A nivel de causas de mortalidad Infantil ⁶ son en su orden: Afecciones período perinatal 51.36, Infecciones Intestinales 11.36, Neumonía 8.88, Anomalías congénitas 7.08 y Bronquitis Aguda 4.50, se observa que predominan las enfermedades Infecciosas.

Existen otros problemas identificados en el Sistema de Salud, están: 1. Recolección y disposición inadecuada de los residuos sólidos hospitalarios, 2. Deforestación de la flora y fauna, 3. Alta contaminación ambiental, 4. Contaminación del agua, 5. Disposición adecuada de excretas, 6. Desnutrición infantil, 7. Mala disposición de basuras, 8. Altos índices de morbilidad y m mortalidad. Así por ejemplo la tasa de Morbilidad x 100,000 hab es de IRAS

3.9, Infecciones Intestinales 2.3 y Parasitismo Intestinal 1.5 ⁷.

VI. Análisis Modelo de Atención del Sector Salud.

Las políticas del modelo de atención en salud por décadas es eminentemente curativo porque los programas de atención se enfocan sobre todo a nivel de la Enfermedad y no de la salud, si bien parcialmente se da elementos preventivos no han causado el impacto esperado en bajar los índices de morbilidad y mortalidad en la población salvadoreña, es decir se mantiene una transición Epidemiológica no solamente en el orden simple de invertir numeralmente los indicadores, sino principalmente se mantienen las enfermedades infectocontagiosas en las estructuras vulnerables de la población de estrato social medio y bajo y en las estructuras de poder dominante que son de tipo crónico degenerativas.

La producción de los servicios de salud en los modelos de atención Público y Privado son divergentes y discordantes, así en el público intenta en un primer momento abordar el contexto salud y enfermedad hacia el capital humano, el segundo interesado al modelo de mercado como eje en mantener su política de consumo.

La política de la reforma en el aspecto de la atención de igual manera es fortalecer la Empresa Privada bajo el esquema de Modelo neoliberal por medio de pago directo o de seguros privados obligatorios a los estratos sociales sin tomar en cuenta al salario Mínimo que solamente cubre parcialmente alimentación y el resto de los otros rubros como vestuario, salud, recreación etc, a excepción de los " indigentes" peyorativamente en forma sarcástica no pagaran como lo expresa la propuesta, los cuales no son la mayoría sino una minoría que deambula en las calles con una connotación

⁴ MSPAS. Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación. 1997.

⁵ Registro diario de egresos Hospitalarios. 1996

⁶ MSPAS. Salud Pública en cifras. 1994

⁷ MSPAS. Análisis del Sector Salud. La Reforma de Salud, hacia la equidad y eficiencia. Informe Final. Mayo de 1994.

infrahumana y decadente versus estrato medio y bajo.

La política de Salud en su primera fase de implementación por el MSPAS a nivel Institucional pero no Privado, el documento hace alusión que : " el proceso de modernización y globalización es una necesidad para el desarrollo del país opere en un marco democrático y una economía de libre mercado, que subsidie lo publico y facilite la acción privada " ⁸, lo cual evidencia con claros mensajes sutiles hacia la privatización con vacíos en la forma de operativizar la calidad de atención relegada en otra dimensión.

Los cambios en el entorno físico y social no han tenido el resultado esperado, el incremento de los indicadores de salud como se comento anteriormente siguen altos, la incidencia y prevalencia de los casos se incrementa, el Plan de Vigilancia y Control Epidemiológico opera parcialmente en endémicas no así en Epidemias de gran magnitud. Estos indicadores se incrementan debido a tres grandes crisis salvadoreñas: 1. El período de guerra y post-guerra, 2. Al terremoto 10 de octubre de 1996, y 3. Desastre Natural "Mitch" los cuales han evidenciado el frágil y vulnerable sistema de salud gestado por el MSPAS.

Las políticas del Documento de la Reforma existen vacíos en cuanto a la forma de pago y financiamiento, resistencia al cambio organizacional como: nivel local tome decisiones, descentralización total y no parcial, reducción de la burocracia profesional y reducción de los costos con aumento de la calidad, quedando expresada en términos conceptuales.

La imagen objetivo de la Política según el MSPAS se perfila en: aumentar la cobertura, controlar costos y mejorar la calidad de atención. Se observa que al momento actual los índices de

cobertura son bajos, se ha incrementado los costos en los nivel II y III de atención, se paga por medicamentos y uso de tecnología de Gabinete y laboratorio por el pago del usuario, las quejas del usuario son constantes en la calidad de atención en los tres niveles es mala e ineficiente sin que hasta el momento se realiza un estudio de percepción del usuario en los establecimientos de salud.

La política de atención se ocupa de los niños y adultos así como de la población económicamente activa asalariada o salariada, no así a la atención de la tercera edad y los discapacitados no es clara, los programas de salud públicos son evidentes: control prenatal, control de niño sano, centros rurales de nutrición, programas de vacunación, programa de malaria entre otros.

Existe un desequilibrio reciproco entre la oferta y la demanda, lo que se oferta esta en desacuerdo a las necesidades reales y sentidas de la comunidad porque las políticas de salud son verticalistas del nivel central al local. La demanda es insostenible se generan mas costos de atención bajo un presupuesto financiero raquítico, ajustado y limitado.

El Banco Mundial hace sugerencias en la Política de la Reforma para " invertir en Salud", con la tendencia oficial de mejorar la salud en la atención de : la familia, mejorar el gasto publico y promover la competencia. El documento incita a la formación de seguros sociales o privados, así como la competencia de la prestación de servicios clínicos privados y públicos. ⁹ Notamos que invierte en salud con el único medio de realizar prestamos a largo plazo y el fin de la recuperación de los prestamos concedidos, su interés es el mercado laboral de salud para tomar el liderazgo mundial en materia de Políticas de Salud.

Es necesario una Política de Estado que sea capaz de articular las necesidades de salud de la sociedad sobre los intereses económicos, que

⁸ MSPAS. Resumen proceso Modernización del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Septiembre de 1997.

⁹ Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud. 1993.

puede contribuir a la credibilidad y fortalecimiento económico, político, tecnológico y local del país en harás al desarrollo del capital humano.

VI. Análisis estructural de la Reforma en la Política de Salud.

La Política General de Salud se formula así: " mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña mediante la modernización del sector y el desarrollo de programas interinstitucionales tendientes a la atención integral de salud de las personas y disminución de los riesgos y daños al medio ambiente".¹⁰

Sin inferir en un pragmatismo ortodoxo se escribe la reforma en El Salvador como una copia de gestión de otros modelos de la región, con la concepción vacía en la atención integral en el proceso Salud-Enfermedad. Se escribe con los términos trillados " Equidad, Calidad, Eficacia y Eficiencia" como simples conceptos teóricos implican otra connotación de impacto en la práctica publica diferente a la práctica privada, que la hace diferente: la transacción comercial de venta y compra de salud en el libre mercado.

La Política de la Reforma del sector salud en El Salvador esta en su primera fase de implementación como una política unilateral de Institución del MSPAS, pero que ha encontrado resistencia de otros actores sociales como: facultad de medicina de la universidad de El Salvador, Colegio Medico, Sindicato de Médicos del ISSS, ONGs entre otros. Existe una coexistencia de compromisos del gobierno de turno (ARENA Alianza Republicana Nacionalista, considerado como partido de derecha), pero que se ha visto limitada por el insuficiente apoyo inter e intra sectorial de otras fuerzas sociales adscritos al sistema capitalista.

Paradójicamente cada Institución tiene su propio paquete de reforma pero que no se

expresa en forma concertada hacia metas colectivas.

La política de la reforma es considerada como un " monologo" no es un dialogo de concertación en un debate nacional de reforma, es posible exista un cariz político de cara a las elecciones futuras del año 1999 por el gobierno actual, con el objeto de dar seguimiento a la segunda y tercera fase diseñada en dos periodos de gobierno con el objeto de mantener en alguna manera las estructuras de poder.

Se invita a las diferentes Instituciones y fuerzas vivas del país por una comisión nacional del gobierno atravez de medios publicitarios a que expresen sus puntos de vista en torno a la Reforma, pero no al debate publico, ni a la integración y aceptación de la política, lo cual tiene como un trasfondo fortalecerla con el acápite de que se discutió y se concertó públicamente a priori para ejecutarla.

La Política de salud al momento está en una fase de transición entre el proceso político y la estructuración de una política colectiva, no tiene a perse una característica de legalidad o legitimidad al proceso de la reforma. Los elementos y recursos que tiene a nivel Institucional desde las bases es " rechazada" se coarta la libertad de expresión, simplemente se limitan a cumplir bajo métodos de coacción y coercitivos las normas y procedimientos según documento " la Modernización del estado del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ". en los niveles central, departamental y local.

La política en sí esta formulada en términos "sociales" con desaciertos valores éticos y humanos, pero que lleva implícito el sello de reforzar el poder del Ministerio como ente rectora de la Salud en El Salvador, en la toma de decisiones relacionadas a los recursos humanos, físicos, financieros, gestión y organización.

Los objetivos de la Política están fragmentados y focalizados en las áreas

¹⁰ MSPAS. Plan Nacional de Salud. 1994-1999.

programáticas, administrativa y financiera¹¹ pero que plasmados en términos teóricos resultan colisionados en la práctica a priori prejuizados como un camino correcto hacia el marco general de globalización del Estado en mejorar la salud de la población.

A la luz de la Política en sí no existe una negociación como resultado de los acuerdos de Paz o como producto de las fuerzas de trabajo, sino que con falta de Política de estado no se ha consolidado en las actividades del sector salud.

La política general de salud del MSPAS es histórica, los programas y proyectos de salud son diseñados con una alta dosis de verticalismo, no son planificados con participación social, sino que esta última impotente acepta las dádivas del Ministerio con banderas políticas. Las actividades programáticas según el MSPAS definen las prioridades acordes al Perfil Epidemiológico y propone estrategias para las acciones de prevención y promoción de las necesidades de salud a nivel central, departamental y local bajo la óptica del " Poder y saber dominante".

El objeto de la Política de salud de la Reforma es claro en controlar y dirigir las acciones cuantitativas como en la simple sumatoria de las metas incongruentes con los objetivos y sin resultados cualitativos. Tiene una connotación por los diferentes actores sociales como una reforma arbitraria sin la concertación y actitud crítica de las partes.

Si bien la política de la reforma pretende justificar las acciones de salud en un modelo democrático y en una economía liberal de competencia de mercado laboral, esta sentando las bases en una política neoliberal como un fin y un medio a la privatización.

El marco en el cual se desarrolla, no está muy clara las estrategias y actividades a seguir, se formulan en forma empírica sin una sustentación económica viable de mercado con

carácter de obligatoriedad Institucional y mucho menos como Sistema Nacional de Salud en la Política estatal y/o Política Nacional.

Uno de los componentes críticos de la Política de la Reforma es la Reestructuración de los recursos: tecnológicos de punta versus capacidad de uso y pago por el usuario, Hipertrofia de los recursos humanos versus calidad de atención de los servicios, desordenado crecimiento de los recursos físicos versus planificación según necesidades, recursos financieros versus necesidades locales. Los cuales se mantienen hasta el momento sin una planificación coherente interna a la Política de salud.

La existencia de factores coadyuvantes ha limitado el pleno desarrollo de la reforma, entre ellos: 1. La fragmentación de los servicios, 2. Superposición de las Instituciones, 3. Costos elevados, 4. Excesiva centralización, 5. Dificultades de acceso a zonas desprotegidas, 6. Subutilización de los servicios, 7. Orientación de los recursos en los niveles de atención, 8. Restricción de los recursos financieros, 9. Reducción progresiva de la cooperación internacional, 10. Falta de capacidad financiera, 11. Repercusiones laborales de insatisfacción salarial. En su esencia las limitaciones se han identificado en 3 áreas: 1. Requerimiento asistencia técnica no es muy suficiente y eficiente, 2. Requerimiento financiero limitado y 3. Resistencia campaña de apoyo a la reforma.

Entre los desafíos a la política de la reforma se encuentran: 1. Incrementar la participación social, 2. Fortalecer el rol del MSPAS en los aspectos normativos, control, regulador y facilitador, 3. Fortalecer las Instituciones públicas y privadas y 4. Desarrollar las instituciones que ofertan salud.

Las políticas de salud prácticamente favorecen las acciones de los grupos con poder de compra de los cuales según la dirección general de estadística para 1996 los hogares salvadoreños consumen \approx 3,933,963,948 en el

¹¹ ANSAL. Informe Final. 1994

área curativa mas que preventiva ¹². Situación que favorece a grupos privados a invertir y en ofertar cura de enfermedades que ofertar salud preventiva, los cuales se ven amenazados en una política de reforma de cambio. El producto interno bruto para 1996 es de 92,553.6 millones de colones, Porcentaje del PIB en salud 7.38 %, gasto percapita en dólares de 134.92.¹³

La defensa de las políticas de salud se ven limitados debido a la representación en el Ministerio de salud por una figura profesional que no es salubrista, siempre son de otra especialidad, con faltas graves de conocimientos elementales de salud publica y de impacto económico y social del país.

La política de la Reforma en El Salvador en su primera etapa (1994-1999) se ha centralizado en: 1. Búsqueda de asistencia técnica y financiera a los programas de salud del MSPAS y 2. Fortalecimiento del seguro medico obligatorio por entidades privadas. No se ha elaborado el problema de la reforma con capacidad de viabilidad y factibilidad a la solución de los problemas prioritarios.

Las implicaciones políticas afectan las estructuras de poder, no permite plantear otras alternativas de solución, su enfoque es enfermedad y no salud, no define claramente los costos, se menciona un subsidio pero quién los absorberá?, Menciona protocolos de atención según niveles de complejidad sin señalar quién o quienes lo planificarán y ejecutarán?, No define claramente que es un servicio básico y un servicio clínico, no involucra a la reforma otros actores sociales. De tal forma que no se evidencia una factibilidad, coherencia interna y externa al problema lejos de una legislación a una ley general de salud.

La política de gestión se centraliza en los recursos pero que al momento solamente se ha limitado a la departamentalización y no se ha

elaborado un documento de evaluación ex ante y ex post de los efectos que producirá la política y el costo que implica.

Los roles los define en tres niveles: el nivel central como ente rector, el nivel departamental como conductor y el nivel local como ejecutor.¹⁴ El poder de decisión se enuncia del nivel central al local, estos últimos están sujetos a sanciones y restricciones si proceden por iniciativa propia algunas acciones de salud que no estén normatizadas, toda idea o proyecto debe comunicarse al nivel central para autorizar o rechazar la propuesta no para discutir.

En el proceso de formación o formulación de una Política deben existir autores relevantes como: partidos políticos, grupos focales, gremios, la comunidad entre otros, pero que la propuesta es solo de sector o Institucional lo cual generará oposición a las medidas.

La política no se acompaña de elementos jurídicos que fortalezcan los planteamientos, no define la legislación en la cual se sustenta. Por lo que se considera que es transicional en el sentido que si otro partido gana en las elecciones o el mismo la hace vulnerable en anularla, modificarla o implementarla obligatoriamente.

RESUMEN EJECUTIVO de las Políticas de Salud del MSPAS en El Salvador, al momento se caracteriza por:

Acciones de salud Institucional sobre las personas y no del Medio ambiente (en la política de reforma ni se menciona).

1. Problemática focalizada en:

- a) Area Programatica:
 - a.1 Coberturas bajas
 - a.2 Calidad de atención ineficiente
 - a.3 Existencia de programas múltiples
 - a.4 Modelo curativo.

¹² Dirección General de Estadística. 1996

¹³ Banco Central de Reserva en El Salvador. Revista trimestral octubre-diciembre 1996.

¹⁴ MSPAS. Proceso de Modernización del estado. Septiembre 1997.

b) Area Administrativa:

- b.1 Estructura organizacional verticalista
- b.2 Alta centralización
- b.3 Toma de decisiones limitadas

c) Area de Financiamiento:

- c.1 Bajo presupuesto del GOES.
- c.2 Insuficiente apoyo a los programas
- c.3 Sujetos a restricciones por el BID, BM, AID y otros.

2.0 Propuesta Modernización del sector salud.**a) Modelo de Gestión:**

- a.1 Baja capacitación sistemática y continua al personal de salud en los diferentes niveles de atención.
- a.2 no-reestructuración de los recursos.
- a.3 Actividades a desarrollar con altos costos.

b) Modernización del sector salud:

- b.1 Sujeta a elecciones primarias de gobierno para el próximo año.

2. Modelo de Atención.**a) Area de Influencia geográfica:**

- a.1 Atención múltiple por el usuario (publico y privado)
- a.2 Limitaciones a la consulta por lugar de residencia.
- a.3 Mal diagnostico socio-epidemiologico.
- a.4 Carencia de inventario real por área de influencia por parte del usuario.

b) Capacidad de Resolución:

- b.1 Ausencia de red de servicios
- b.2 Sistema de referencia y contrareferencia mal utilizado.

c) Administración Financiera:

c.1 Ausencia modelo de gestión y financiamiento

c.2 Presupuesto inequitativo designado a los niveles de atención.

d) Innovación servicios clínicos:

d.1 Persiste la atención curativa

e) Rediseño del abastecimiento:

- e.1 Licitaciones de compra al sector privado
- e.2 Distribución inequitativa de los suministros.

f) Recurso Humano:

- f.1 Hipertrofia de los recursos
- f.2 Distribución inequitativa de los recursos.

g) Recurso físico:

- g.1 Ausencia de inventario real de equipo y suministros en buen estado.
- g.2 Planificación desordenada en concentrar la infraestructura física.
- g.3 Reparaciones parciales de infraestructura.
- g.4 Areas desprotegidas

3. Paquete básico de servicios:**a) Forma de pago:**

- a.1 Cobro directo al usuario (nivel II y III)
- a.2 Seguros médicos obligatorios por empresas privadas.
- A.3 Subsidios.

b) Empleo de los recursos:

- b.1 Subutilización de los recursos
- b.2 No optimización del recurso
- b.3 Limitación en la contratación de nuevo personal.

4. Mecanismo de competencia:**a) Sistema de gestión:**

- a.1 Ausencia de descentralización total
- a.2 No autonomía local
- a.3 Regulación a los proveedores

5. Acciones en el proceso de modernización.

a) Cobertura:

- a.1 Persistencia mala atención al usuario
- a.2 Planificación desordenada de los servicios de salud.
- a.3 Administración de algunos establecimientos a instituciones privadas.
- a.4 Formulación de políticas de participación social pero con liderazgo institucional.
- a.5 Persistencia bajas coberturas en lugares desprotegidos.

b) Calidad de los servicios:

- b.1 Capacitaciones limitadas
- b.2 Reparación de infraestructura limitadas
- b.3 Ausencia de tecnología de punta accesible y costeable.
- b.4 Ausencia de Red computarizada en todos los establecimientos de salud.
- b.5 Falta de acreditación a Instituciones de salud pública y privada.
- b.6 Compra de servicios a Instituciones privadas.

c) Control de los costos:

- c.1 Política de transferencia de Instituciones Nacionales formadoras de recursos a empresas privadas.
- c.2 Descentralización parcial e inequitativa de los medicamentos.
- c.3 Implementación de programas de cirugía ambulatoria para reducir los costos.
- c.4 No define el costo del paquete básico de salud.

CONCLUSIONES

- El Salvador no tiene un Sistema Nacional de Salud Integrado por todos los actores

sociales y servicios que ofertan salud sean de índole pública o privada.

- Falta de integración de las instituciones públicas y privadas en la atención del usuario.
- Descoordinación de las instituciones de salud con duplicidad de esfuerzos.
- Existencia de una Política de salud con vacíos en los modelos de gestión, administración y financiamiento.
- Los problemas de salud son insostenibles con serias dificultades técnicas en la implementación de los programas y proyectos de salud.
- La política de la reforma esta fragmentada y focalizada en tres áreas: programática, administrativa y financiera.
- La producción de los servicios de salud público y privado las políticas son divergentes y discordantes.
- La política de la reforma es fortalecer el sistema neoliberal dirigidas hacia la privatización.
- La imagen objetivo de la política de salud esta sustentada en " Utopías" con formulaciones de falta de coherencia interna y externa fuera de contexto.
- La política de atención se ocupa de niños y adultos, no hay un programa definido a la atención de la tercera edad y discapacitados.
- La política de la reforma es gestionada y concebida como Política Institucional sin concertación o debate público.
- No existe un marco jurídico de legalización y legitimización al proceso de la política de la reforma.

RECOMENDACIONES

- ∑ Crear un Sistema Nacional estructurado de salud por todos los sectores y actores sociales del sistema en un debate publico.
- ∑ Modificar la actual política de reforma con la participación social y concertación publica.
- ∑ Impulsar la política de salud desde las bases con un modelo democrático hacia la búsqueda del bien social.
- ∑ Crear políticas de salud coordinados para la unificación de esfuerzos de las entidades publicas y privadas evitando la duplicidad de esfuerzos.
- ∑ Formular políticas de salud acorde a las necesidades locales dentro de un marco jurídico legal.
- ∑ Implementar una política de estado posterior a la concertación y legitimar su proceso de reforma.
- ∑ Crear modelos de gestión, organización y financiamiento con las partes involucradas en el proceso.
- ∑ Uso de la razón, negociación, sanciones legales como tácticas de poder para unificar esfuerzos y acciones en salud bajo una política equitativa.
- ∑ Formular una política de reestructuración y evaluación de normas, proceso y resultados a fin de mejorar el sistema nacional de salud.

BIBLIOGRAFIA

- MSPAS. **La Reforma del sector salud.** 12 (2) : 162
- ANSAL. **Análisis del Sector Salud. La Reforma del Sector salud hacia la equidad y eficiencia. Informe final.** Mayo de 1994.
- Cañas, Sergio. **Análisis Histórico Estructural de la Organización Sanitario de El Salvador.** Depto medicina preventiva y salud publica. UES 1989
- MSPAS. **La Salud de El Salvador. Visión de Futuro.** Octubre de 1996
- FUSADES. **Como esta nuestra economía.** Año 1994
- MSPAS. **Resumen del Proceso de Modernización del Ministerio de Salud Publica y Asistencia social.** Septiembre de 1997
- MSPAS. **Memoria de labores 1997-1998**
- MSPAS. **Anuario estadístico.** 1994
- MSPAS: **Lista de establecimientos del Ministerio de salud.** Abril de 1998
- MSPAS. **Informe Estadístico Mensual automatizado.** Agosto de 1998
- Ministerio de Hacienda. **Informe de egresos.** 1996
- MSPAS. **Programa modernización en salud. Sistema sanitario.** 1997
- Banco Central de Reserva. **Informe Revista** 1996
- MSPAS. **Dirección departamental de salud. Unidad de monitoreo y evaluación.** Mayo 1998
- MSPAS: **Registro diario de consulta externa de los establecimientos de salud.** 1998
- OPS. **Programa análisis de situación. Indicadores básicos.** 1996

Sojo, Ana. **La Reforma Finisecular del sector salud en America latina y el Caribe. Su derrotero e instrumentos.**

Fernández, Mario. **Aspectos institucionales en la formación de políticas de salud.** Sin año.

Silva Hector. **Salud y Política Sanitaria.** Sin año

Martínez Manuel. **Clases Magistrales de Salud Publica.** CIES Nicaragua. Noviembre 1998

MSPAS. **Plan nacional de salud.** 1994-1999

Banco Mundial. **Informe sobre el desarrollo Mundial. Invertir en Salud.** 1993.