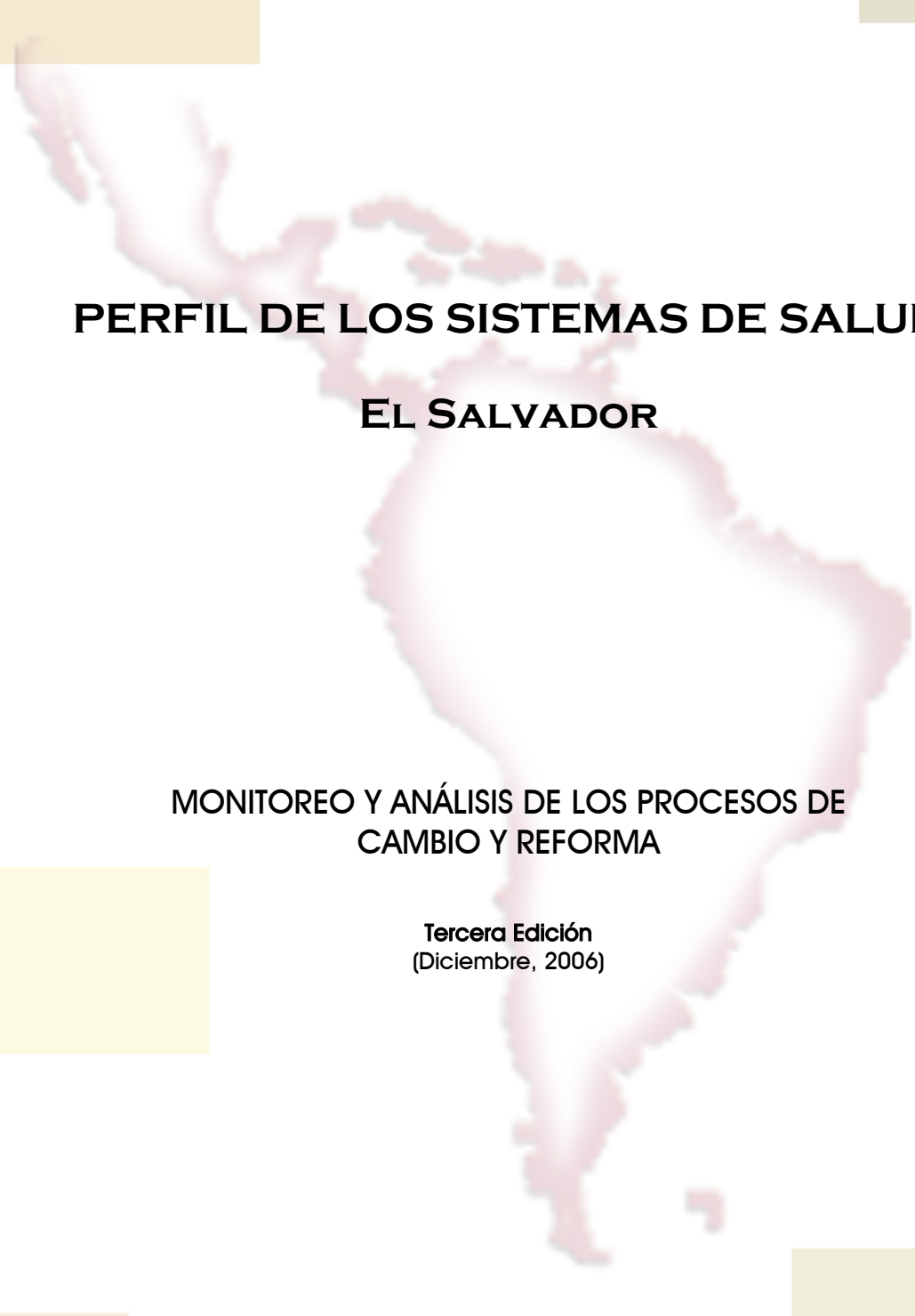




PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD EL SALVADOR

**MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA**

**Tercera Edición
(Diciembre, 2006)**



PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD

**EL SALVADOR
2000-2005**

**Monitoreo y Análisis
De los Procesos de Cambio**

Diciembre 2006

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio.
Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 978 92 75 32840 8

I. Título

1. SISTEMAS DE SALUD
2. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA
3. EL SALVADOR

NLM WA 525

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo establecido en el Convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
LISTA DE SIGLAS	3
RESUMEN EJECUTIVO.....	5
1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD.....	8
1.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD.....	8
1.1.1. Análisis Demográfico	8
1.1.2. Análisis Epidemiológico.....	10
1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	16
1.2. DETERMINANTES DE SALUD	21
1.2.1. Determinantes Políticos	21
1.2.2. Determinantes Económicos	22
1.2.3. Determinantes Sociales.....	26
1.2.4. Determinantes Medio Ambientales.....	27
2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD.....	29
2.1. FUNCIÓN RECTORA	29
2.1.1. Mapeo de la Autoridad Sanitaria	30
2.1.2. Conducción de la Política General de Salud.....	33
2.1.3. Regulación Sectorial	35
2.1.4. Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública	37
2.1.5. Orientación del Financiamiento	38
2.1.6. Garantía del Aseguramiento	39
2.1.7. Armonización de la Provisión.....	40
2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO.....	41
2.2.1. Financiamiento.....	41
2.2.2. Aseguramiento	43
2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS	45
2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud	45
Tabla 16: Número y capacidad de establecimientos asistenciales 2004.....	47
2.3.2. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud	48
2.3.2.1. Formación de Recursos Humanos	48
2.3.2.2. Gestión de RRHH y Condiciones de Empleo	49
2.3.3. Medicamentos y Otros Productos Sanitarios	52
2.3.4. Equipo y Tecnología.....	54
2.3.5. Garantía de la calidad.....	55
2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD	58
3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO DE LOS SISTEMAS DE SALUD	58
3.1. EFECTO SOBRE LAS “FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD”	59
3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD	60
3.3. PROCESOS POLÍTICOS/ACTORES QUE SUCITARON Y/O SOSTIENEN EL PROCESO DE CAMBIO DEL SISTEMA DE SALUD.....	61
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
ANEXO A – DOCUMENTOS DE TIPO REGULATORIO	66

AGRADECIMIENTOS

Esta tercera edición del Perfil del Sistema de Salud de El Salvador, fue elaborada por un grupo de funcionarios y decisores políticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), de la Dirección de Bienestar Magisterial del Ministerio de Educación, de la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía, y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. La conducción técnica corrió a cargo de la Dirección de Planificación del MSPAS. La Dra. Claudia María Suárez Ramírez, Consultora de la OPS/OMS en El Salvador, proporcionó asesoría técnica. La responsabilidad por la revisión final y edición correspondió al Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud (HSS), a través de la Unidad de Desarrollo de Políticas de Salud (HP) de la OPS/OMS.

Los puntos de vista expresados en este documento no representan necesariamente las opiniones de los individuos mencionados aquí o sus instituciones afiliadas.

LISTA DE SIGLAS

ANDA	Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados
ANES	Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador
ANS	Autoridad Nacional de Salud
ANSAL	Consejo de Análisis del Sector Salud en El Salvador
APS	Atención Primaria en Salud
AS	Autoridad Sanitaria
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
BCR	Banco Central de Reserva de EL Salvador
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CAE	Centro de Atención de Emergencias
CCS	Estrategia de Cooperación con el País
CONASA	Comisión Nacional de Salud
CNSPRIS	Comisión Nacional de seguimiento a la propuesta de Reforma Integral de salud
CORE DATA	Observatorio de los Recursos Humanos del Sector Salud
CSSP	Consejo Superior de Salud Pública
DIGESTYC	Dirección General de Estadísticas y Censos
EDA	Enfermedades Diarreicas agudas
ETZ	Equipos Técnico de Zona
FESAL	Encuesta Nacional de Salud Familiar
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FOSALUD	Fondo Solidario para la Salud
FUSADES	Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social
GIDRHUS	Grupo Intersectorial de Recursos Humanos en Salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEPROES	Instituto de Educación Superior de Profesionales de la Salud de El Salvador
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
ISRI	Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos
LACAP	Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública
MARN	Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales
MINED	Ministerio de Educación
MINED	Ministerio de Educación
MINTRAB	Ministerio de Trabajo y Previsión Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ND	No Disponible
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PA	Posición de los Actores
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PNS	Política Nacional de Salud
RA	Rol de los Actores
RHESSA	Reconstrucción de Hospitales y Servicios de Salud
RSS	Reformas del Sector de la Salud
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral

SIRHI	Sistema de Información de Recursos Humanos Institucional
SMETRISS	Sindicato de Médicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro del Social
TBC	Tuberculosis
UACI	Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UTMIN	Unidad Técnica de Medicamentos e Insumos Médicos
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

RESUMEN EJECUTIVO

El Salvador es un estado republicano constituido por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. Los dos primeros son de elección popular, siendo el presidente electo cada cinco años y los diputados del parlamento elegidos cada tres. El Salvador está constituido por 14 departamentos y 262 municipios presididos por alcaldes que son electos cada tres años. Para el quinquenio 2004-2009 las políticas gubernamentales están plasmadas en el Programa de Gobierno “País Seguro” y en materia de salud prioriza “Llevar a cabo una reforma del sector salud impulsada en forma concertada, que permita tener un sistema nacional de salud eficiente y consolidado, funcionando descentralizadamente a escala nacional, logrando una cobertura universal, garantizando la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos en todo el territorio nacional”.

La población para el año 2005 fue de 6,874,926, en donde la urbana representó el 59.8% del total del país, con una densidad poblacional de 331.45 hab/km². La pirámide poblacional representa la típica curva en pagoda, con una base predominantemente joven (aproximadamente el 40% de la población es menor de 19 años). Para el último quinquenio, el promedio de la esperanza de vida al nacer era de 70.6 años.

El perfil epidemiológico del país es un perfil en transición, donde todavía persisten enfermedades infecciosas principalmente de los aparatos respiratorio y digestivo, sin embargo, en el último decenio aparecen enfermedades como la hipertensión arterial y las enfermedades crónico-psicosomáticas como la gastritis. También, es de resaltar que en los últimos años, han tomado relevancia las lesiones de causa externa como resultado de la violencia en el país. Existen otras enfermedades que igualmente son relevantes para la vigilancia epidemiológica debido a su alta transmisibilidad como dengue, neumonía, tuberculosis y VIH/SIDA. En contraste, entre las causas de mortalidad general, persisten las relacionadas con el período perinatal, pero han tomado relevancia las muertes ocasionadas por cáncer como leucemia y linfomas y otras enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y el SIDA.

Para el período 2000-2004, el gasto público en salud representó, en promedio, 3.5% del PIB y el gasto privado en salud representó el 4.4%. Dentro del gasto privado en salud, es de destacar el gasto de bolsillo en salud de los hogares salvadoreños, que para el mismo período, es similar al gasto público en salud. El elevado volumen del gasto privado en salud, especialmente el procedente de los hogares, tiene que ver con las bajas coberturas de los sistemas de aseguramiento en salud (alrededor del 20%, incluyendo las coberturas privadas) y los altos costos asumidos por los hogares en el acceso a medicamentos y exámenes de

laboratorio, entre otros factores. La gestión de la cooperación constituye una alta prioridad, a efecto de fortalecer y complementar los esfuerzos nacionales para el desarrollo económico y social de El Salvador, sin embargo en los últimos 5 años, los recursos de la cooperación internacional no reembolsable y de asistencia técnica muestra una tendencia a la disminución.

El país ha tenido avances significativos en la reducción de los niveles de pobreza relativa y extrema pobreza. Para el quinquenio 2004-2009, desde el año 2005 se está implementando el Programa de Red Solidaria, donde se beneficia a 100 municipios clasificados en pobreza extrema severa y pobreza severa. Para ello se ha establecido las transferencias condicionadas para las familias beneficiarias a cambio de salud y educación. Cabe destacar que para el período 2000-2004, del total del empleo generado en el país, el 68% pertenece al sector formal, su diferencia (42%) pertenece al sector informal.

Según la EHPM 2005, en cuanto a aseguramiento en salud, un 18.4% de la población corresponde a cotizantes y beneficiarios del ISSS; un 2.1% está cubierta por un seguro privado; y el 79.5% restante correspondería al MSPAS. No obstante, de acuerdo a la ley, toda persona que demande una atención en un establecimiento del MSPAS es atendida independientemente de su situación como asegurado o no. En cuanto a la tasa global de uso de los servicios de salud, con los datos obtenidos del año 2004 provenientes de 9 hospitales privados, ISSS, MSPAS se obtuvo una tasa global de uso de los establecimientos de 1er nivel de atención por habitante de 1.26; y una tasa global de uso de los establecimientos de 2° nivel de atención por habitante de 1.3. En general de la población enferma que pasó consulta, el 64% lo hizo en instituciones del MSPAS, un 13% en el ISSS, el 16.9% acudió a un hospital o clínica particular, y el restante 4.6% pasó consulta en ONG's, programas sociales y farmacias, entre otros.

Como estrategia para ampliar la cobertura de servicios de salud, en el 2005 se implementó el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) el cual tiene diferentes modalidades (24 hrs. los 365 días, 8 hrs. diarias fines de semana, asuetos y días festivos y servicios odontológicos fines de semana, asuetos y días festivos). Hasta diciembre del 2005, las diversas modalidades de provisión de servicios se había implementado en 66 unidades de salud.

En el sector público se cuenta en total de 44 hospitales a nivel nacional, los cuales cuentan con 6,516 camas; y el sector privado se cuenta con 39 hospitales con 425 camas. En cuanto a los centros ambulatorios en el sector público se cuenta con un total de 883 centros. Entre el sector público y privado se han contabilizado 15,406 empleados médicos y

paramédicos donde el MSPAS (63%) y el ISSS (31%) constituyen las principales fuentes de empleo.

En El Salvador el sector salud está conformado por dos subsectores: el público integrado por el MSPAS, el ISSS, Sanidad Militar, BM, ISRI y CSSP; y el privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas. Desde el quinquenio 1999-2004, se han hecho esfuerzos importantes en materia de reforma de salud, que dentro de sus principales aportes ha sido el ratificar la rectoría del MSPAS. En el año 2003, se oficializó la CNSPRIS, quien ha elaborado documentos importantes como las propuestas de políticas de recursos humanos y de participación social. Como un aporte importante al proceso de reforma, han sido las dos evaluaciones de las FESP de donde ha emanado el “Plan de Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública”.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD

1.1.1. Análisis Demográfico

La extensión territorial es de 20,742 Km² habitados por 6.8 millones de personas que se concentran principalmente en las áreas urbanas de los departamentos de San Salvador, Santa Ana, San Miguel, Ahuachapán, Sonsonate y Usulután. La densidad poblacional mayor es de 331.45 hab/km² siendo la mayor en San Salvador (con más de 2,500 hab./km²) con los consiguientes riesgos ambientales y de hacinamiento.

La dinámica de movimiento poblacional representa la típica curva en pagoda de los países en vías de desarrollo, con una base predominantemente joven, en donde los menores de 19 años representan alrededor del 40% de la población total y la población mayor de 60 años solo alcanza una proporción del 9% en promedio para los últimos 3 quinquenios. La población femenina es levemente superior en relación a la población total, y tiende a llegar al envejecimiento en mayor proporción que la población masculina, mientras que las féminas menores de 15 años reducen su proporción en relación a sus pares masculinos en el período 1990-2005 (en anexo tabla 1). La esperanza de vida al nacer es, para el quinquenio 2000-2005, es de 70.6 años para ambos sexos (67.66 para hombres y 73.74 para mujeres).

Tabla 1: Tendencia Demografica, Períodos quinquenales, El Salvador

Períodos/ Indicadores	1990-1994		1995-1999		2000-2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población total (miles)	2489516	2736720	2802219	3070401	3106928	3414505
Población urbana	1194473	1396785	1335242	1755651	1790864	2057835
Población < de 15 años (%)	42.4	37.9	39.3	24.7	37.2	32.4
Población > 60 años y más	7.5	8.2	8	9.2	8.9	10.1
Tasa de crecimiento anual de la población	n/d	n/d	2.1	2.1	1.8	1.8
Tasa global de fecundidad	3.5	3.5	3.2	3.2	2.7 (1)	2.7 (1)
Tasa bruta de natalidad x 1000 habitantes	n/d	n/d	28	28	25.6	25.6
Tasa bruta de mortalidad	n/d	n/d	6	6	6	6
Esperanza de vida al nacer	63.3	71.1	66.5	72.5	67.7	73.7
Saldo migratorio	n/d	n/d	4	3.6	4	3.6

FUENTE (S): Dirección General de Estadísticas y Censos

(1) FESAL

El 43.9% de la población es joven (<1 año a 19 años), lo que genera grandes demandas en salud, educación, medio ambiente y acceso a fuentes de empleo. Un fenómeno observable al análisis de estos 2 grandes grupos de edad (<15 y los >60 años) es que la curva estándar comienza a envejecerse aunque aun conserve la figura de pagoda (gráfico 1 y 2).

Gráfico 1. Pirámide Poblacional Año 2000

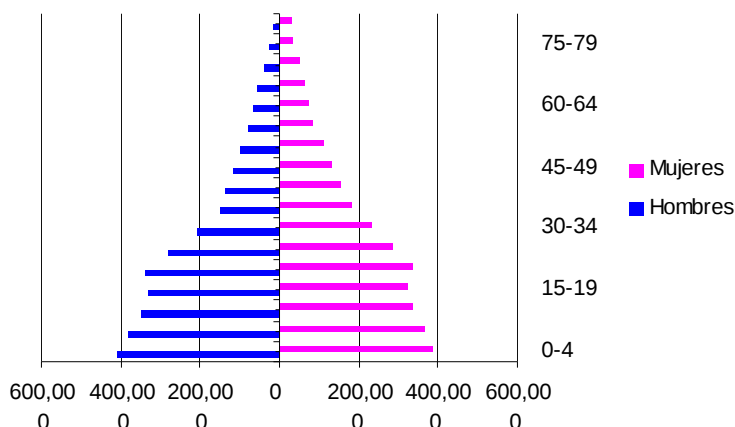
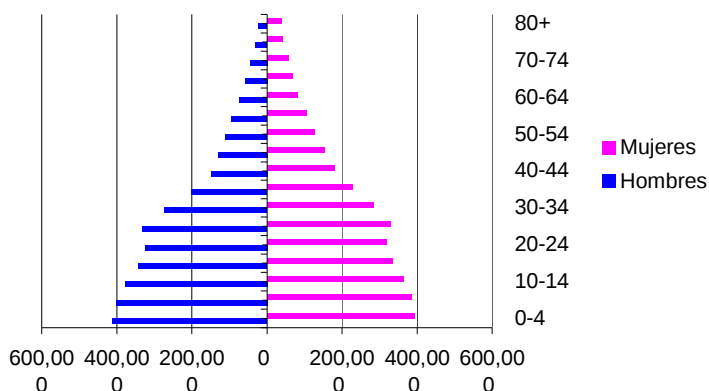


Gráfico 2. Pirámide Poblacional 2005



Fuente: Proyección de Población 1995-2025, DIGESTYC

La fecundidad ha descendido de 5.74 hijos por mujer en 1991 a 2.32 en el 2001. Las mujeres con ningún nivel educativo registran en promedio 5.74 hijos por mujer; las mujeres con 10 ó más años de estudio 2.32 hijos por mujer, según FESAL 2002-2003. (anexo tabla 1).

La tasa bruta de mortalidad estimada por la DIGESTYC para los últimos 2 quinquenios es de 6 muertes por 100,000 habitantes, sin estimar la proporción de muertes de mayores de 50 años. Según datos promedio de mortalidad del MSPAS, para el año 2002 el 48%, ocurre en

personas mayores de 50 años, mientras que el 52% restante en menores a esta edad, indicando que las muertes en jóvenes son más frecuentes, y no se apegan a la curva natural de la muerte de la población anciana.

1.1.2. Análisis Epidemiológico

El perfil de morbilidad del país básicamente se ha mantenido durante el período 1990-2005, siendo las enfermedades infecciosas las predominantes, principalmente las infecciones relacionadas al aparato respiratorio y digestivo, que son padecidas en su mayoría por la población más vulnerable: niños menores de 5 años y adultos mayores; sin embargo a partir del quinquenio de 1995 y 1999, se observa el apareamiento de la hipertensión arterial en la sexta posición y otras enfermedades de tipo crónico-psicosomáticas relacionadas al aparato digestivo como: gastritis, gastroenteritis, colitis y gastroduodenitis, presentándose en la población mayor de 30 años. Es relevante que dentro de estas causas, para el quinquenio 2000 – 2005, se manifiestan los traumatismos en diferentes partes del cuerpo. (anexo tabla 2)

Tabla 2: Diez primeras causas de morbilidad atendidas en consulta ambulatoria de los establecimientos de salud, por quinquenios: 1990-2005, Total País, El Salvador

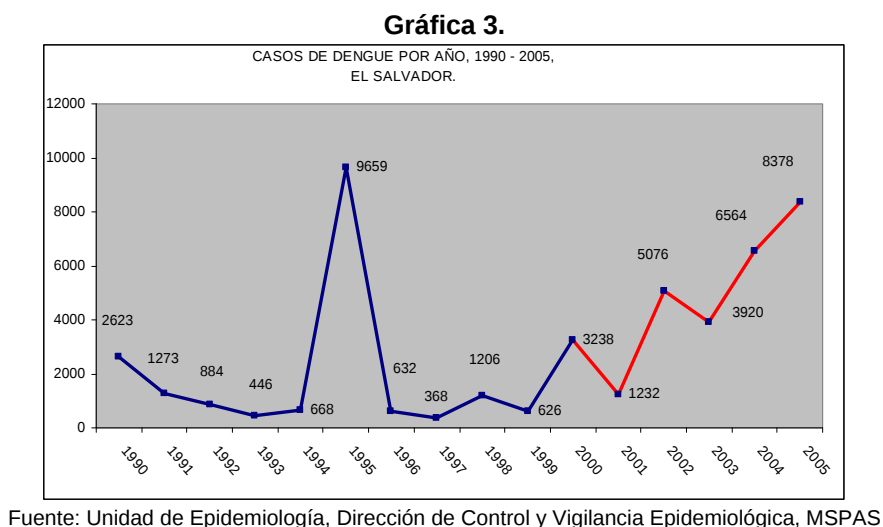
No de orden	Quinquenios		
	1990 - 1994	1995 - 1999	2000 - 2005
1	Infecciones Respiratorias Agudas	Infecciones Respiratorias Agudas	Infecciones Respiratorias Agudas
2	Rinofaringitis aguda	Parasitosis intestinal	Parasitosis intestinal
3	Influenza o gripe	Otros trastornos de la uretra y del aparato urinario-Infección vías urinarias, sitio no especificado	Otros trastornos de la uretra y del aparato urinario - o -Infecciones de vías urinarias
4	Parasitosis intestinal	Infección Intestinal Mal definida o Enfermedad diarreica	Infección Intestinal Mal definida o Enfermedad diarreica - o - gastroenteritis de presunto origen infeccioso
5	Infección Intestinal Mal definida o Enfermedad diarreica	Bronquitis no especificada como aguda ni como crónica- o - Infecciones respiratorias agudas inferiores	Bronquitis no especificada como aguda ni como crónica o bronquiolitis
6	Otros trastornos de la uretra y del aparato urinario	Hipertensión primaria	Gastritis y duodenitis agudas y crónicas (enfermedades del estomago y duodeno)
7	Faringitis aguda o faringoamigdalitis aguda	Infección de la piel y tejido celular subcutáneo - o - enfermedades de la piel	Micosis
8	Bronquitis no especificada como aguda ni como crónica	Rinofaringitis aguda	Trastornos (enfermedades) no inflamatorias de organos genitales femeninos
9	Colitis, enteritis, gastroenteritis	Asma y espasmo bronquial no especificado	Migraña - cefalea tensional
10	Bronconeumonía	Vaginitis	Traumatismos que afectan diferentes regiones del cuerpo

Fuente: Unidad de Información en Salud, Dirección de Planificación, MSPAS

Existen otras enfermedades tales como: dengue y paludismo (transmitidas por vectores), la tuberculosis y el VIH/SIDA, conjuntivitis hemorrágica y cólera, que son prioritarias

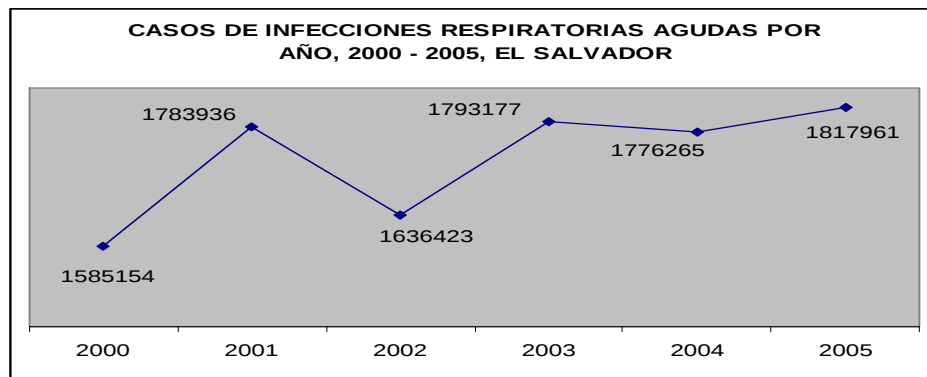
para la vigilancia epidemiológica por su alto grado de transmisibilidad, que afectan a grandes grupos poblacionales en poco tiempo, y ocasionan un aumento abrupto de la demanda y saturación de los servicios de salud, con su consecuente consumo y rápido agotamiento de la capacidad instalada. Algunas de estas enfermedades se han presentado con patrones cíclicos epidémicos en el país desde hace varias décadas, por lo que han sido causa de abundantes declaratorias de emergencias nacionales, e incluso se han llegado a convertir en pandemias a nivel de las Américas.

En el último quinquenio (2000-2005), el dengue en El Salvador se ha convertido en una enfermedad endémica, alternándose con periodos cíclicos de epidemias; en el año 2000, tuvo lugar la epidemia más mortífera en los últimos tiempos con 26 fallecidos y 3,238 casos confirmados, detectándose la circulación del virus del dengue tipo 2. A partir de esta fecha los fallecidos han disminuido considerablemente, en una relación inversa al apareamiento de casos, que han ido en un franco aumento, de 5,076 en el 2002 con 11 fallecidos, 6,564 en el 2004 y 1 fallecido; y 8,378 casos en el 2005 con 1 fallecido. Es de mencionar que durante este periodo (2000 a 2005) se ha demostrado la circulación viral de los 4 serotipos de dengue, lo que incrementa el riesgo de desarrollar dengue hemorrágico y por ende llegar a registrar mayor número de ingresos por esta enfermedad. (Gráfica 3).



En el mismo período, de forma global las infecciones respiratorias agudas han experimentaron un aumento leve pero progresivo cada año, desde el 2000 con 1,585,154 llegando a su techo máximo en el año 2005, de 1,817,961 (Gráfica 4).

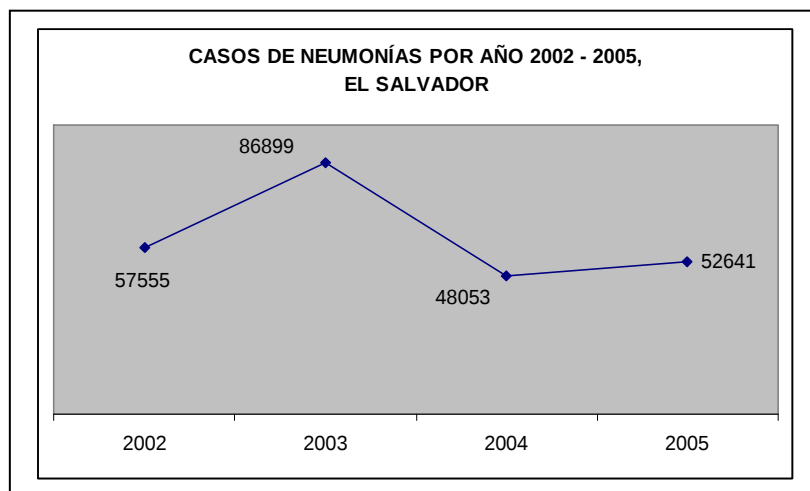
Gráfica 4.



Fuente: Unidad de Epidemiología, Dirección de Control y Vigilancia Epidemiológica, MSPAS

Del año 2002 al 2005, los casos de neumonías, han tendido a una estabilización, sin embargo en el año 2003 se presentó un brote epidémico de ésta enfermedad, llegando a alcanzar 86,899 casos. Para el año siguiente se tuvo una reducción casi del 50%, pero luego tiende a aumentar en el 2005 con 52,641 casos (gráfica 5).

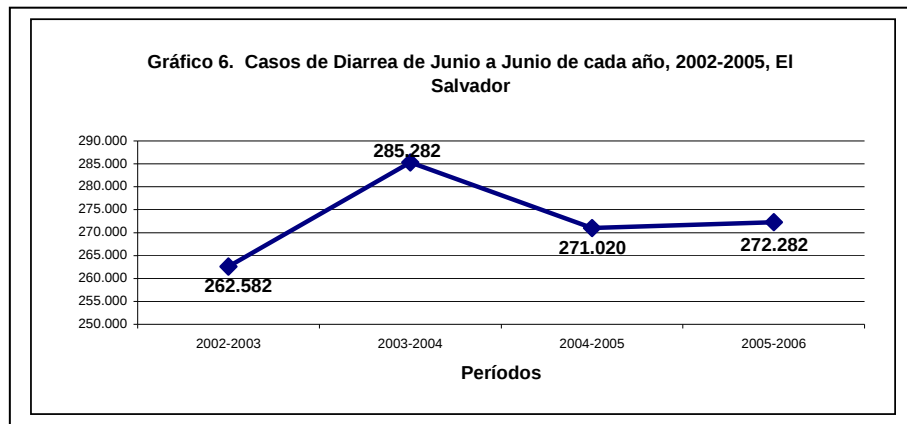
Gráfica 5.



Fuente: Unidad de Epidemiología, Dirección de Control y Vigilancia Epidemiológica, MSPAS

Los casos de diarrea aguda infecciosa desde junio de 2002 hasta junio de 2006, muestran una leve tendencia al alza, presentándose un brote epidémico entre junio de 2003 y junio de 2004, en donde se alcanzando un total de 285,282 casos (gráfica 6). De igual forma y adicionalmente, durante el año 2000, surgió la última epidemia de Cólera, la cual afectó a 593 personas. Desde ese año hasta el momento no ha existido ningún caso de cólera en el país.

Gráfica 6.



Fuente: Unidad de Epidemiología, Dirección de Control y Vigilancia Epidemiológica, MSPAS

A partir del quinquenio de 1995 y 1999, se observa el apareamiento de la hipertensión arterial en la sexta posición y otras enfermedades de tipo crónico y psicosomáticas relacionadas al aparato digestivo como: gastritis, gastroenteritis, colitis y gastroduodenitis (anexo tabla 2).

En relación a las enfermedades prevenibles por vacunación se muestra un descenso marcado, pasando de 416 enfermedades promedio aparecidas en el periodo de 1990 a 1994 hasta 102 enfermedades promedio aparecidas en el periodo del 2000 al 2005.(anexo tabla 3).

Morbilidad y factores de riesgo

En los tres quinquenios observables (desde 1990 a 2005), la prevalencia de bajo peso al nacer refleja un incremento considerable, pasando de 35,3 (del 90 a 94) a 71,6 (del 95 al 99) y 77,7 en los últimos años (del 2000 al 2005), lo que simboliza un factor de riesgo importante para la mortalidad perinatal. La prevalencia de déficit de nutrición moderado, en los menores de 5 años, por su parte tuvo un leve aumento entre el quinquenio de 1990-1994 al quinquenio de 1995 - 1999, pero experimentó una mejoría significativa de 95-99 al periodo de 2000 – 2005, bajando de un 17,6 a un 14,5. Esto puede estar relacionado a una mejor práctica de lactancia materna exclusiva en los primeros 120 días de edad (anexo grafica 7 y anexo tabla 4). De igual forma la prevalencia del déficit nutricional grave ha experimentado un descenso en los niños menores de 5 años (de 6,6 a 4,4) en los últimos 15 años.

Tabla 3: Factores de riesgo, por quinquenios, El Salvador

PERIODOS/INDICADORES	1990 - 1994				1995 - 1999				2000 - 2005				OBS.
	URBANO		RURAL		URBANO		RURAL		URBANO		RURAL		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
PREVALENCIA DE BAJO PESO AL NACER/ 1 (a)	35,3				71,6				77,7				
TASA DE FECUNDIDAD EN MUJERES ADOLESCENTES (15-19) AÑOS /4	0,11				0,09				0,08				
PREVALENCIA ANUAL DE DEFICIT NUTRICIONAL MODERADO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS /4 (c)	16,2				17,6				14,5				Indicador utilizado talla / edad
PREVALENCIA ANUAL DE DEFICIT NUTRICIONAL GRAVE EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS /4 (c)	6,6				5,7				4,4				
PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LOS 120 DIAS DE EDAD /4	20,4				15,8				24,0				
PORCENTAJE DE PARTOS CON ASISTENCIA DE PERSONAL SANITARIO CAPACITADO 2/	N/D				43,4				41,77				Para el quinquenio 90-94 se tiene el dato de partos esperados

1/ Fuente: Unidad de Información en Salud

2/ Fuente: Unidad de Epidemiología

4/ Fuente: FESAL

(a) Tasas quinquenales por 1000 nacidos vivos

(c) Indicador Talla/Edad

En el comportamiento de la mortalidad general, se encuentra una diferencia marcada en relación a la morbilidad, en donde aparecen, en el periodo de 1995 a 1999, dentro de las primeras 10 causas de muerte, la insuficiencia renal crónica y los accidentes cerebro vasculares, mientras que la infección intestinal es la causa principal de muerte en este mismo período. En el periodo 2000 al 2005, toman un lugar preponderante la Diabetes Mellitus, los canceres (Leucemia, Linfoma, Tumores, síndromes neoplásicos) y el SIDA (anexo tabla 5).

Las causas de mortalidad que persisten, dentro de las diez primeras, en todos los quinquenios son las afecciones originadas en el período perinatal, especialmente las septicemias y prematuridad; las afecciones del aparato respiratorio como bronquitis, neumonías y bronconeumonías; las enfermedades isquémicas del corazón e infartos agudos del miocardio; así como también las lesiones de causa externa: homicidios, lesiones auto inflingidas, traumatismos craneoencefálicos, traumatismos que afectan a diferentes regiones del cuerpo y accidentes de tránsito, las cuales han presentado un significativo ascenso pasando de la octava y quinta posición, en el período del 90 al 94 a la segunda posición de causa de muerte en el período de 2000 a 2005.

La tasa de mortalidad general, del año 1995 al 2005, ha ido en un franco aumento

pasando de 6,7 en el periodo de 1990–94, a 10,3 de 1995 al año 2000, mientras que las tasas de mortalidad por causa de las enfermedades transmisibles de reporte obligatorio se han mantenido sin variación: 12.5 por 100000 para ambos quinquenios (del 95 al 2005) (anexo tabla 6). Es importante resaltar que las tasas de mortalidad relacionadas al aparato circulatorio (1995-99=23.28; 2000-05=46.24) acusan una tasa de mortalidad más alta que el de las enfermedades transmisibles. Esto representa un cambio importante de este periodo en donde se presenta las no transmisibles y las transmisibles como una doble carga en salud, considerando que las enfermedades de carácter agudo han sido las más prevalentes en los países en vías de desarrollo, en relación a la morbilidad crónica. Un fenómeno similar se presenta con las neoplasias malignas, en donde su tasa de mortalidad ha aumentado de 7,08 a 15,29.

Tabla 4: Tasa de mortalidad, por quinquenios, El Salvador

	GENERAL	MATERNA	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE REPORTE OBLIGATORIO	TBC	SIDA	MALARIA	ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	ENFERMEDADES NEOPLASIAS MALIGNAS	CAUSAS EXTERNAS
PERIODOS									
1990 - 1994 (a)	6,7	155 (FESAL)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
1995 - 1999 (b)	10,3	61.6 2/	12,15	1,45	2,78	0,0	23,28	7,08	n/d
2000 - 2005 (b)	N/D	69.5 2/	12,15	1,5	9,73	0,0	46,24	15,29	n/d

(a) Fuente: Dirección General de Estadística y Censos

(b) Fuente: Unidad de Información en Salud (muertes institucionales)

En cuanto a la mortalidad en menores de 5 años, en todas sus diferentes agrupaciones muestran un claro descenso en los últimos 15 años, lo cual se refleja en la tasa de mortalidad total de 0 a 4 años, presentando un descenso de 52 (en el periodo de 1990 a 1994) hasta un 31 por mil, en el periodo de 2000 a 2005. En cuanto a la mortalidad infantil por procedencia, las tasas son más altas en la zona urbana que en la rural, hasta llegar a ser bastante similares en el periodo del 2000 al 2004.

Tabla 5a. Mortalidad infantil por periodos, el salvador

EDADES / PERIODO	NEONATAL (0 A 28 días)	POSTNEONATAL (28 días a 1 año)	POSTINFANTIL (1 a 4 años)	TOTAL (0 a 4 años)
PERIODOS (a)				
1990 - 1994	23	18	12	52
1995 - 1999	17	18	8	43
2000 - 2005	13	11	6	31

Fuente: FESAL 93,98 y 03

Tabla 5b. Mortalidad infantil por procedencia, El Salvador

EDADES / PERIODO	NEONATAL (0 A 28 días)	POSTNEONATAL (28 días a 1 año)	POSTINFANTIL (1 a 4 años)	TOTAL (0 a 4 años)
ZONA GEOGRAFICA (a)				
URBANA 90 - 94	21	14	11	46
URBANA 95 - 99	12	15	6	33
URBANA 00 - 04	14	11	6	31
RURAL 90 - 94	23	21	14	58
RURAL 95 - 99	21	20	9	50
RURAL 00 - 04	13	11	6	30

(a) Fuente: FESAL 93, 98 Y 03

1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio

En mayo de 2004 el Gobierno de El Salvador (GOES), a través de la Secretaría Técnica de la Presidencia, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y un Comité Académico Asesor, elaboró el Primer informe de País de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹, con el propósito de dar cumplimiento al compromiso de monitorear el avance del país hacia el logro de las metas del milenio en 2015. Además sentó las bases institucionales y estadísticas para el seguimiento de

¹ Avance de El Salvador en el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

los indicadores ligados a cada uno de los ocho objetivos del milenio. En anexo de la tabla 10, se resumen los principales indicadores asociados a cada uno de los objetivos y su avance hasta 2005.

Tabla 6: Cuadro resumen de seguimiento de los ODM, El Salvador

Indicadores	1991	2002	2003	2004	Meta 2015	cumplimiento según informe 2004	Fuente
<u>Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre</u>							
Proporción de población bajo línea de pobreza extrema						Muy probable a nivel nacional	EHPM
Total	33	19	17	15	16	Meta cumplida en áreas urbanas	
Urbano	28	12	11	10	14	Probable en áreas rurales	
Rural	37	29	26	22	18		
Tasa de desnutrición global FESAL						Probable a nivel nacional y en áreas rurales	FESAL
Total	11.2 (1993)	-	10.3 (2002-2003)	-	5.6	Muy probable en áreas urbanas	
Urbano	9.1 (1993)	-	6.9 (2002-2003)	-	4.6		
Rural	14.0 (1993)	-	13.2 (2002-2003)	-	7.0		
<u>Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal</u>							
Tasa neta de matrícula en primaria	78	88	88	88	100	Probable	EHPM
Proporción de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado	58,1	74,6	74,1	-	100	Probable	MINED
Tasa de alfabetización de jóvenes de 15 a 24 años	85	93	93	94	100	Muy probable	EHPM
<u>Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer</u>							
Relación entre niñas y niños en la educación primaria y secundaria	101	98	96	94	100	Muy Probable	EHPM
Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años	99	100	100	100	100	Meta cumplida	EHPM
Proporción de mujeres entre hombres trabajando en el sector no agrícola	45	48	47	46	50	Muy Probable	EHPM
Proporción de curules ocupadas por mujeres en la Asamblea Legislativa	12 (1991-1994)	11(2003-2006)	11(2003-2006)	1(2003-2006)	50	Probable	ASAMBLEA LEG.
<u>Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años</u>							
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) EHPM	44,9	27,4	26,4	25,4	15	Muy Probable	DIGESTYC
Proporción de menores de un año vacunados contra el sarampión MSPAS*	98 (1990)	93	90	92	100	Probable	MSPAS
Proporción de niños de 12 a 59 meses inmunizados con 1 dosis contra sarampión FESAL	88.4 (1993)	-	87.7 (2002-2003)	-	100		FESAL

Indicadores	1991	2002	2003	2004	Meta 2015	Evaluación cumplimiento según informe 2004	Fuente
Objetivo 5: Mejorar la salud materna							
Razón de mortalidad materna (por 100 mil nacidos vivos) FESAL ^{2/}	158 (1983-1993)	73 (1993-2002)	-	-	40	Probable	FESAL
Razón de mortalidad materna (por 100 mil nacidos vivos) MSPAS ^{3/}	120	62	71	65	30		MSPAS
Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado FESAL	51(1988-1993)	59 (1997-2002)	-	-	100	Probable	FESAL
Proporción de partos institucionales MSPAS ^{4/}	67 (1997)	79,0	81	84	100		MSPAS
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades							
Incidencia de VIH/SIDA (# casos)	96 (1990)	1.598	1.510	2.025	reducir o reducir	Probable	MSPAS
Incidencia de tuberculosis (# casos)	2,367 (1990)	1.551	1.383	1.407	reducir o reducir	Muy Probable	MSPAS
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente							
Suministro de energía en kgs. de petróleo por US\$1,000 de PIB (PPA)	145	141	-	-	Revertir	Probable	http://millenniumindicators.un.org
Proporción de hogares que utilizan leña para cocinar	58	30	28	27	Revertir	Muy Probable	EHPM
Proporción de área forestal del total	9.3 (1990)	5.8 (2000)	-	-	Revertir	Probable	http://millenniumindicators.un.org
Proporción de áreas protegidas de la superficie total	0.5 (1995)	0,4	-	-	Revertir	Probable	Banco Mundial,
Emisiones de dióxido de carbono (ton métricas p.c.)	0.5 (1990)	1.1 (2000)	-	-	Revertir	Probable	Banco Mundial,
Población sin acceso a mejores fuentes de agua ^{5/}	23,9	11,9	12,5	14	11,9	Probable	EHPM
Población sin acceso a mejores servicios de saneamiento	21,9	7,0	7,9	6,7	11	Meta cumplida	EHPM
Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo							
Servicio de la deuda como proporción de las exportaciones de bienes y servicios	18 (1999)	19	12,5	22	Sostenibilidad	Probable	BCR
Tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 24 años	14	12	11	11	Elaborar y aplicar	Probable	EHPM
Líneas de teléfono por 100 habitantes	2,5	23,9	28,7	40,3	provechar TI	Muy Probable	SIGET
Usuarios de Internet por 100 habitantes	0.3 (1996)	1,4	1,7	1,7	provechar TI	Muy Probable	SIGET

^{1/} Se refiere a la proporción de menores de un año registrados en las instituciones del MSPAS que han recibido al menos una dosis de SPR.

^{2/} El dato de mortalidad materna de FESAL tiene una falta de precisión estadística por la metodología utilizada para calcularlo.

^{3/} Se refiere a razón de mortalidad materna institucional del MSPAS.

^{5/} En términos cuantitativos se está muy cerca de lograr la meta de acceso a agua, sin embargo existen deficiencias en el suministro del servicio y calidad de agua servida.

:- no disponible para el periodo.

Fuente: Informe de avance de El Salvador en el Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Secretaría Técnica de la Presidencia,

Erradicar la pobreza extrema y el hambre: La pobreza extrema (\$1 PPP) se redujo de 32.6% a 15.8% entre 1991 y 2002, esta reducción de 17 puntos porcentuales indica que la meta podría ser alcanzada de continuar la misma tendencia. En zonas rurales la pobreza disminuyó un 15% en el mismo lapso, muy probable de alcanzarse. La desnutrición infantil ha mostrado un relativo estancamiento entre 1993 y 2003, sin embargo existe una tendencia positiva igualmente en sectores urbanos, ya que el indicador muestra un descenso de 11.2% a 10.3%, no así en zonas rurales, donde el cambio fue de 14% a 13.2%. Igualmente se estima que la meta será muy probable de alcanzar en zonas urbanas.

Lograr la enseñanza primaria universal: En relación a asegurar que en el año 2015, todos los estudiantes que comienzan el primer grado puedan completar el quinto grado, se observa una evolución positiva en el periodo 1991-2005, mostrando un cambio de 58% a 72%, con probabilidades de alcanzar. Para el período 1991-2005, la tasa de alfabetización de jóvenes entre 15 y 24 años aumentó de 82% a 94.9%, en donde es probable de alcanzar la meta del 100%.

Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer: La relación entre niños y niñas de primaria y secundaria se mantiene relativamente de 101% a 97% entre 1991 y 2005 respectivamente, muy probable de alcanzarse para el 2015 en cuanto a igualdad de género.

Reducir la mortalidad infantil: Entre 1990 y 2005, la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) se redujo de 44.91 fallecidos por cada mil nacidos vivos a 24.3, significando una reducción de 20 puntos. La proporción de menores de 1 año vacunados contra el sarampión, no aumentó sustancialmente ya que de 98% para 1990, pasó a 99% en el 2005, muy probable de alcanzar la meta al 2015.

Mejorar la salud materna: En junio de 2005, el MSPAS coordinó el estudio de Línea de Base de la Mortalidad Materna en El Salvador, en el cual participaron instituciones gubernamentales y agencias de cooperación externa. Los resultados determinaron que la mortalidad materna del país es de 71.2 por 100,000 nacidos vivos, sirviendo de punto referencia para el seguimiento en los próximos años.

Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades: La proporción de VIH/SIDA ha tenido un comportamiento ascendente bastante evidente en los últimos años, pasando de 2.8 VIH y 2.5 SIDA en 1991 a 20 VIH y 10.2 SIDA para el 2004. Sin embargo al 2005 se reduce a 17.3 VIH y 6.2 SIDA, deduciendo que será probable alcanzar la reducción pues se ha incrementado las acciones de detección temprana y el acceso a la prevención de contraer esta enfermedad. El SIDA pasa a ocupar la octava posición dentro de las primeras diez causas de muerte en el país en el ultimo quinquenio. La prevalencia de tuberculosis (TBC), ha venido disminuyendo significativamente en los últimos quinquenios: pasando de una tasa de 45.7 por 100,000 habitantes a 26.0 en el 2005. En relación al paludismo, los casos han disminuido significativamente pasando de 13,432 casos en el año de 1987 a 67 casos en el 2005, y desde

el año de 1995 no se reportan casos autóctonos de *P. Falciparum*, siendo el programa nacional uno de los de mayor impacto dentro de la región de las Américas (anexo gráfica 8).

Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente: El porcentaje de población que utiliza leña y carbón ha reducido considerablemente, ya que baja de 64.2% en el 91, a 28.5% en el 2005, muy probable de alcanzar la meta. La proporción de población sin acceso a servicios de saneamiento mejorado ha disminuido considerablemente ya que en 1991 el 26.9% tuvo acceso, en cambio para el 2005 solo el 13%, alcanzando casi la meta establecida para el 2015.

ODM y la COOPERACION INTERNACIONAL²: Existe compromiso a nivel gubernamental, así como también apoyo de la cooperación externa para alcanzar las metas de los ODM, en donde se está recibiendo apoyo técnico y financiero expresado en el anexo tabla 11.

Tabla 7: Cooperantes en El Salvador y sus áreas de intervención por Metas de Milenio

	ODM-1	ODM-2	ODM-3	ODM-4	ODM-5	ODM-6	ODM-7	ODM-8
ACDI	X		X	X	X	X	X	
AECI	X	X	X	X	X	X	X	X
AID	X	X	X	X	X	X	X	
BID	X	X	X	X	X	X	X	X
C. E.	X						X	X
FAO	X		X	X			X	
GTZ	X		X	X	X	X	X	
IICA	X						X	
JICA	X		X	X	X		X	
OEA	X	X						
OEI		X						
OIT	X	X	X		X	X	X	X
OPS	X		X	X	X	X	X	X
PMA	X	X	X	X	X			
PNUD	X	X	X			X	X	X
PRODECA	X		X					
UNFPA	X	X	X	X	X	X	X	X
UNICEF	X	X	X	X	X	X	X	
UNOPS	X		X					

² Documento de Estrategia País 2005-2008. Cooperación Española, El Salvador.

1.2. DETERMINANTES DE SALUD

1.2.1. Determinantes Políticos

El gobierno de El Salvador se constituye por elección democrática y se encuentra conformado por tres Poderes independientes: Legislativo, Ejecutivo y Judicial. Se dispone de un sistema de partidos políticos, resultados de los Acuerdos de Paz, que participan en elecciones democráticas presidenciales, legislativas y municipales. El sistema político ha ido dando pasos consistentes hacia una mayor cultura de participación ciudadana, de petición y rendición de cuentas a los electores.

El Poder Ejecutivo cuenta con diversas instituciones que representan los sectores económico, político y social. El sector social, está conformado por el MSPAS, el MINED, el MINTRAB, ANDA, Obras Públicas, Transporte, Vivienda y Desarrollo Urbano; y el Relaciones Exteriores, representado por los respectivos Ministros, quienes discuten y acuerdan políticas encaminadas al desarrollo social. Las políticas gubernamentales se originan en la Presidencia de la República, para el caso el Plan de Gobierno 2004-2009: “País Seguro”, que presenta la visión de país en los ámbitos social, económico y político, siendo en cada uno de las instituciones donde se analizan y planifican las acciones que viabilizarán la política social del gobierno. En el ámbito social la aspiración es convertir a El Salvador en una sociedad moderna, basada en el conocimiento, con alto capital humano, integrada social y territorialmente, con acceso generalizado a la información; y, orientada a reducir significativamente la pobreza, de manera que el progreso individual se convierta en una posibilidad real.

Para dar respuesta a este Plan de Gobierno, el MSPAS, se encuentra enmarcado en el área de acción 12: “Salud, Calidad y Cobertura Universal”, el cual percibe “llevar a cabo una reforma del sector salud impulsada en forma concertada, que nos permita llegar a tener un sistema nacional de salud eficiente y consolidado, funcionando descentralizadamente a escala nacional, logrando una cobertura universal, garantizando la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos en todo el territorio nacional”³.

De allí que el MSPAS elabora su Plan Estratégico Quinquenal (2004-2009)⁴, con el objetivo de viabilizar el cumplimiento y la coordinación de los múltiples planes, proyectos y

³ País Seguro: Plan de Gobierno 2004-2009”, pág. 26.

⁴ Plan Estratégico Quinquenal 2004-2009, del MSPAS, diciembre 2004.

programas de salud que se desarrollan a nivel nacional, para ello ha definido como Política el fortalecer la promoción de la salud, prevención de enfermedades, riesgos y daños en el medio ambiente y la rehabilitación con un enfoque de APS. Así también, el lograr una cobertura universal, garantizando la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos en todo el territorio nacional.

En El Salvador, la violencia es considerada un problema político, social y económico, puesto que la aparición de las distintas expresiones de violencia en los individuos, familias, comunidades y sociedad en general, de alguna manera están relacionadas con las inequidades sociales, la falta de oportunidades especialmente para la juventud, la relativamente fácil disponibilidad de armas de fuego, la violencia en los medios de comunicación, la posición social de la mujer, concentración de pobreza, aislamiento social, la debilidad y el tráfico ilegal de drogas, entre otros factores. Situación que incide negativamente en las posibilidades de inversión, el desarrollo humano, el crecimiento económico y la salud pública.

Las instituciones gubernamentales, junto con la empresa privada y otras instituciones de la sociedad civil, están aunando esfuerzos para el fortalecimiento institucional para la prevención y combate de la violencia, la generación de la paz social y la creación de oportunidades de empleo y desarrollo, a efectos de contrarrestar los factores desencadenantes de la violencia.

1.2.2. Determinantes Económicos

Los indicadores macroeconómicos, como el PIB per cápita a precios constantes, se han incrementado en los últimos años en relación al promedio obtenido para el período 1990-1994, pasando de \$1,011 (1990-1994) a \$1199 (2000-2004). De igual manera, el gasto del sector público consolidado per cápita, a precios corrientes, pasó de \$380 (1990-1994) a cerca de \$600 (2000-04). El indicador “Gasto de Sector Público Consolidado”, incluye el total de las erogaciones efectuadas por el gobierno central, las instituciones descentralizadas no empresariales y las empresas públicas en donde dicha variable representó el 26% del PIB durante el período 2000-2004, similar al experimentado durante el quinquenio 1990-94.

Según las cifras del BCR, las remesas y la deuda externa, representaron, en promedio, el 14% y el 49% del PIB, respectivamente, como promedio del período 2000-2004. La tasa

de inflación anual ha descendido en los últimos años, pasando de representar el 12.7% en el período 1990-94, a 3.3% en el período 2000-2004.

En relación a las cifras de gasto público en salud, obtenido de los estudios de Cuentas en Salud de El Salvador⁵, éstas indican que representaron el 3.5% del PIB para los años 2000-2004; en tanto que el gasto privado en salud representó el 4.4% del PIB para el mismo período. Razón que da cuenta de la importancia relativa del gasto privado en salud en El Salvador, dentro de los que se destaca el gasto de bolsillo en salud de los hogares, que representaron el 53% del total del gasto nacional en salud del país. La importancia relativa del gasto privado en salud, concretamente el derivado de los hogares, ha sido una constante desde que se ha evidenciado la carga financiera del sector salud en El Salvador (1996).

Tabla 8. Tendencia de algunos indicadores económicos, por quinquenios, El Salvador

Indicador	1990-1994	1995-1999	2000-2004
PIB per cápita en USD, a precios constantes, según año base 1/	1.010,95	1.164,72	1.199,56
Gasto Sector Público Consolidado per cápita 2/	379,69	435,90	578,63
Población Económicamente Activa (PEA) 3/ (miles)	1.600,02	2.289,68	2.623,74
PEA 15-59 años, en miles 3/	1.372,42	2.023,00	2.326,94
PEA población empleada, en miles 3/	1.457,64	2.122,48	2.446,62
Gasto Sector Público Consolidado, como % del PIB 4/	26%	23%	26%
Gasto Público en salud, como porcentaje del PIB** 5/	n.d.	3,24	3,50
Gasto público en servicios de salud, como % del PIB	n.d.	n.d.	n.d.
Gasto privado en salud*, como % del PIB 5/	n.d.	4,65	4,40
Gasto de bolsillo (% gasto total en salud) 5/	n.d.	57%	53%
Tasa de inflación anual 6/	12,70	4,78	3,28
Remesas en términos de % del PIB 7/	12%	11%	14%
Deuda externa % en relación al PIB 8/	n.d.	39,75	48,55
Porcentaje de hogares con jefatura femenina 6/	27%	28%	34%
Servicios de la deuda externa pública % del PIB 8/		4,5%	4,2%

FUENTE(S): 1/Banco Central de Reserva de El Salvador. Revista trimestral, varios años.

2/ Fuente: Informe de Gestión Financiera del Estado. Ministerio de Hacienda. El Sector Público consolidado incluye ejecución presupuestaria del gobierno central, las instituciones descentralizadas no empresariales (instituciones subvencionadas no empresariales e instituciones de la seguridad social) y las empresas públicas.

3/ DIGESTYC/M. Economía. Proyecciones de Población.

4/ Estimaciones propias cruzando cifras sobre gasto sector público consolidado del Informe de Gestión Financiera del Estado (Ministerio de Hacienda) y Banco Central de Reserva de El Salvador (PIB a precios corrientes).

5/ Cuentas Nacionales en Salud/MSPAS, varios años. Las estimaciones para el año 2004 son preliminares.

6/ DIGESTYC/Ministerio de Economía.

7/ Estimaciones propias en base a información sobre remesas y PIB del Banco Central de Reserva de El Salvador. Revista Trimestral, varios años.

8/ Banco Central de Reserva de El Salvador. Información página Web: www.bcr.gob.sv.

(P): Cifras preliminares, sujetas a revisión.

GMRE/

⁵ Cuentas Nacionales en Salud: Estimación del Gasto Nacional en Salud en EL Salvador, año 2003.

El Salvador obtuvo avances importantes en la mejora de los indicadores sociales y en la reducción de la pobreza relativa y extrema pobreza durante los años noventa y durante el quinquenio 2000-04; así como mejoras en el acceso de este segmento de población a los servicios públicos básicos. Precisamente, la oferta del Plan de Gobierno 2004-2009, ha sido la de crear una red de protección social, que aglutine esfuerzos entre las instituciones que prestan servicios básicos (educación, salud, electrificación rural, acceso vial, formación productiva) a los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad (Programa de Red Solidaria), de manera de crear redes, alianzas sectoriales e institucionales para actuar coordinadamente a favor de reducción de la vulnerabilidad y la pobreza.

En los tres períodos estudiados (1991-94, 1995-99; y, 2000-2004) la pobreza total (extrema y relativa), ha sido mayor en las áreas rurales que en las urbanas; condición mucho más sensible para el caso de la pobreza extrema, en donde la prevalencia de personas bajo condiciones por debajo de la línea de pobreza extrema, es mayor en las áreas rurales. No obstante, en términos relativos, los niveles de pobreza en el país han experimentado un descenso durante los últimos años. Para el caso, las personas en pobreza relativa representaron en el período 1991-94, cerca del 32% del total de la población; en tanto que las personas en pobreza extrema, representaron el 30%. De manera acumulada, el total de personas bajo la línea de pobreza, representaron, como promedio de esos años, cerca del 63% de la población del país. Para los años 2000-2004, la pobreza relativa pasó a representar el 25% del total de la población y las personas en pobreza extrema, representaron el 18% del total. En resumen, se pasó de 63% de población pobre, al 43% de personas bajo la línea de pobreza, en los últimos años. Indicador que, pese a su disminución, aún es sensible en términos de condiciones de vida de la población salvadoreña.

Tabla 9: Niveles de Pobreza, por procedencia, El Salvador

AREA	PERSONAS EN CONDICIÓN DE POBREZA (PROMEDIO 1995-1999)				PERSONAS EN CONDICIÓN DE POBREZA (PROMEDIO 2000-2004)			
	POBRE	RELATIVA	EXTREMA	NO POBRES	POBRE	RELATIVA	EXTREMA	NO POBRES
TOTAL	3.115.540	1.774.447	1.341.094	2.757.079	2.800.071	1.627.603	1.172.468	3.721.363
URBANA	1.407.698	922.585	485.113	1.883.195	1.335.121	900.375	434.747	2.513.577
RURAL	1707841,8	851.861	855.981	873.884	1.464.950	727.228	737.721	1.207.785

Fuente: DIGESTYC/Ministerio de Economía. EHPM, varios años.

GMRE/

Nota: La información no se encuentra desagregada por género o pertenencia étnica.

Del total de empleo generado en el país, para los años 1991-94 (947,642), el 53% pertenecía al sector formal; y su diferencia (42%), al sector informal. Para los años recientes (2000-2004), dicha relación pasó a ser de 68% para el sector formal; y de 32% para el sector informal para un total de 1,483,456 empleos generados (anexo tabla 14). No obstante lo anterior y a pesar de que se ha reducido la brecha hombres/mujeres insertos en el sector formal, sigue resaltando el hecho de que más hombres que mujeres, en términos absolutos, están inmersos en el mercado laboral formal, lo que les supone mejores condiciones de empleo y prestaciones y, mayores ingresos en relación a las mujeres. Para los años 1991-94, las mujeres representaron el 35% del total del empleo generado en el sector formal mientras que, para los últimos años (2000-04), éste porcentaje se elevó al 45%, lo que indica, como se señaló, una disminución de la brecha hombres/mujeres empleados en el sector formal.

Tabla 10: Condición de empleo de acuerdo a género e ingreso. El Salvador.

SECTOR OCUPACIONAL	PROMEDIO 1991-1994	PROMEDIO 1995-1999	PROMEDIO 2000-2004
TOTAL	947.642	1.229.406	1.483.456
FORMAL	500.362	694.495	1.017.120
INFORMAL	447.280	534.911	466.336
HOMBRES			
FORMAL	322.327	426.056	561.873
INFORMAL	213.838	267.416	246.833
MUJERES			
FORMAL	178.036	268.439	455.247
INFORMAL	233.442	267.494	219.503

Fuente: DIGESTYC/Ministerio de Economía.
GMRE/

1.2.3. Determinantes Sociales

No fue posible obtener información de acceso a agua potable, servicios de eliminación de excretas, deserción escolar, etc., por género, ni pertenencia étnica. No obstante, la información de que se precisa, indica que aún hay importantes brechas sociales que superar, pese a los progresos obtenidos en los últimos años (anexo tabla 15). Destaca el hecho de que para el último quinquenio considerado (2000-04), se han mejorado de manera importante tanto el acceso de la población a agua potable (73%), como las condiciones de educación (disminución de condiciones de analfabetismo y de las tasas de deserción escolar). No obstante dado que ambas variables impactan de manera directa en las condiciones de vida y salud de la población salvadoreña, deben seguirse sumando esfuerzos para mejorarlas aún más.

Tabla 11: Tendencia de algunos indicadores sociales, El Salvador

PERIODOS	Posición que el país ocupa según IDH	Población con acceso a agua potable (%)	Población con acceso a servicios de eliminación de excretas (%)	Población analfabeta** (%) 2/	Tasa bruta escolaridad primaria 2/	Tasa de deserción escolar 2/	Tasa de trabajo infantil 2/	Razón entre el ingreso del 20% superior y 20% inferior de la población* 2/	Prevalencia de violencia Intrafamiliar	Prevalencia de depresión
Promedio 1991-1994	90/150	52,0	n.d.	24,14	105	2,0	20,1	13,9	n.d.	n.d.
1995	112/173	55,5	n.d.	21,01	111,4	n.d	18,1	11,5	n.d.	n.d.
Promedio 1995-1999	112/174	61,1	n.d.	19,7	105,1	2,4	16,15	12,6	n.d.	n.d.
Promedio 2000-2004	102/172	73,0	n.d.	16,4	105,8	1,6	12,7	13,3	n.d.	n.d.

FUENTE(S):

1/ PNUD

2/ DIGESTYC/EHPM

GMRE/

Una variable importante de análisis que está directamente vinculada con riesgos en la niñez, se refiere a la tasa de trabajo infantil. Los datos indican que ésta ha pasado de 20.1 en el período 1991-94, a 12.7 en el último quinquenio, lo que refleja los esfuerzos que el país ha realizado en materia de disminución de las peores formas de trabajo infantil. En cuanto al IDH, éste nos indica la evolución, año tras año, de la situación general de una serie de variables asociadas a calidad de condiciones de vida, ingresos y esperanza de vida. En general, la

medición del IDH apunta a un mejoramiento, paulatino, pero constante, de las condiciones generales de vida e ingreso de la población salvadoreña en relación al espectro mundial, pasando de ocupar la posición 59 de 108 países en el año 1990, a la posición 104 de 177 países en el año 2005, situación refleja en los promedios por quinquenio de la tabla.

1.2.4. Determinantes Medio Ambientales

Como una estrategia de gobierno se ha realizado la elaboración del mapa de pobreza el cual sirve de base para el programa red solidaria. En este mapa se identifica las necesidades que existen en los municipios. Dentro de estas necesidades se encuentran las correspondiente a los servicios básicos: acceso al agua, disposición sanitaria de excretas, recolección de desechos sólidos, vivienda, entre otros; existe un mandato del gobierno central hacia las carteras de Estado del sector social en aunar y priorizar los esfuerzos hacia las poblaciones identificadas como de extrema pobreza.

Para el año 2006, en cuanto a acceso a fuentes de agua mejorada, se tiene una cobertura total de 75.69% (zona urbana: 89.74%; zona rural: 47.61%) y para cobertura de agua segura, se tiene 72.15% (zona urbana: 86.94; zona rural: 51.98%)⁶. En lo referente a cobertura de acceso a letrinas en zonas rurales ésta es de 69.55% y en zona urbana es de 93.1%. El porcentaje de viviendas urbanas a nivel nacional que poseen servicio de recolección de desechos sólidos es de 63.3% La disposición final sanitaria se realiza únicamente en un 35 %.⁷

La cobertura de estos servicios básicos, se ha visto afectada por las situaciones de emergencia nacional causada, por desastres naturales como: Terremotos (Enero 2001) y Huracán Stan (2005). Estas situaciones han producido migraciones de las áreas afectadas hacia áreas de menor riesgo las cuales generalmente son áreas urbanas que se ven impactadas negativamente en cuanto al asentamientos no proyectados que no cuentan con los servicios básicos lo que repercute en modificación del ambiente. El agua, es un recurso altamente afectado por la inadecuada disposición de desechos sólidos e inadecuada disposición de excretas, pues de ambas fuentes, proviene la contaminación bacteriológica del agua, que origina muchas enfermedades gastrointestinales, ocupando el segundo lugar dentro de las 10 primeras causas frecuentes de morbilidad en El Salvador.

⁶ Fuente: Página Web: GAISA-MSPAS.

⁷ Fuente: Coberturas Urbanas de País, MSPAS, 2002.

El “Diagnostico de Calidad de Aire, Levantamiento de Fuentes Contaminantes y Diseño de Red de Monitoreo”, realizado en el año 2005, por el MARN, refleja que el 51% de las emisiones en el área metropolitana de San Salvador, provienen del tráfico vehicular, un 13% del manejo y disposición final de desechos sólidos, un 10% de la cocción residencial de alimentos y otro 10% de la generación de energía eléctrica térmica con quema de combustible fósil, un 7% de partículas de polvo de caminos pavimentados y el 9% restante de otras categorías de fuentes.

Según mapa de coberturas de industrias actualizado a abril 2006, la mayor concentración de industrias se encuentran ubicadas en los departamentos de San Salvador (municipios de: San Salvador, Soyapango y Mejicanos); Departamento de Santa Ana (Municipio de: Santa Ana); Departamento de Ahuachapán (municipio de: Ahuachapán); Departamento de Sonsonate (Municipios de: Sonsonate, Acajutla y Armenia)⁸.

Otro problema de gran magnitud identificado es la deforestación causada por el crecimiento económico en lo referente a la construcción de nueva infraestructura, lo que contribuye al desmejoramiento de la calidad del ambiente, en lo referente a disminución y contaminación de mantos freáticos, y sobrecalentamiento ambiental razón por la cual es recomendable revisar y cumplir con un plan de desarrollo urbanístico, que contemple dentro de su desarrollo medidas de compensación ambiental que minimice la carga al ambiente.

Actualmente en el país se estima que el 43%, de las industrias no realizan tratamiento a sus aguas residuales y el 57% restante únicamente realizan los tratamientos primarios a las descargas antes de su eliminación a cuerpos receptores⁹. Esta situación se considera que puede ser la causa de contaminación de los recursos hídricos.

Es de considerar que la carga de industrias a nivel nacional esta concentrada en zonas urbanas, lo que repercute muchas veces en la calidad de vida de los habitantes de estas áreas en cuanto a calidad de ambiente en lo referente a contaminación de aire, suelo y agua. A finales del año 2005 se realiza y finaliza la revisión de la Normativa Salvadoreña que establece los parámetros para las descargas de las aguas residuales a cuerpos receptores, teniendo su consulta nacional e internacional durante el año 2006.

A nivel del país la contaminación psico-social y socio-cultural como determinante ambiental, se ha incrementado posterior a eventos relacionados con desastres naturales, aunado al crecimiento urbanístico y poblacional, situaciones que causan stress social e

⁸ Fuente: mapa de coberturas de página Web: GAISA-MSPAS.

⁹ Fuente: Actualización de inventario industrial 2005 GAISA.

incertidumbre en la población, incrementando las migraciones, la transculturación y los asentamientos no proyectados con un consecuente impacto al medio ambiente.

2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. FUNCIÓN RECTORA

Las responsabilidades del Estado en el ámbito de la salud han experimentado importantes transformaciones. Los procesos de monitoreo y evaluación de las Reformas del Sector Salud, efectuados en los países de la Región de las Américas entre los años 2000-2003, evidenciaron una creciente tendencia a la separación de las funciones del sistema de salud, constar una débil capacidad por parte de los países para ejercer la función rectora y efectivamente ejercer liderazgo sectorial; esto aunado al esfuerzo regional por fortalecer el ejercicio de la función rectora de la ASN (Resolución CD40.R12, de 1997, Estados Miembros de la OPS/OMS).

En marzo de 2004, se generó en país un espacio de encuentro para discutir ampliamente con países invitados del Centroamérica, República Dominicana y Puerto Rico, los conceptos relacionados a las dimensiones de la Función Rectora y la importancia del Mapeo de la Autoridad Sanitaria, mediante la aplicación de la “Guía Metodológica para la Evaluación del Desempeño de la Función Rectora”, la cual tuvo éxito en calidad de prueba piloto. En donde se generaron fundamentos para la construcción de una línea de cooperación técnica en el campo de la Rectoría con el objetivo de fortalecer el liderazgo y la capacidad rectora de la ASN.

Otro esfuerzo importante efectuado en El Salvador lo constituyen las dos mediciones del desempeño de la FESP; el primero en mayo de 2001 y el segundo en abril de 2005, en los cuales se demostró que el sistema de salud es segmentado institucionalmente y fragmentado en sus servicios de salud. Además que los esfuerzos tendientes a modernizar e integrar las instituciones sectoriales, a descentralizar la gestión en busca de eficiencia, eficacia y equidad y a fortalecer la rectoría del MSPAS, han encontrado vacíos legales, organizativos y resistencias políticas y no han logrado el consenso necesario que permitan que el SS transite hacia la integración sistémica. Igualmente, no hay suficiente delimitación de roles institucionales, ni separación de funciones.

Estos ejercicios se basaron en las experiencias nacionales y locales, contando con la participación multisectorial de personal multidisciplinario, en donde las funciones relacionadas con la rectoría, FESP 5: desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de salud pública; y FESP 6: fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública, evidenciaron para el 2005 una disminución en su desempeño, en comparación con la 1ª evaluación, sin embargo en su puntuación final se encuentran por encima del promedio general con un desempeño moderado.

Para el adecuado desempeño de las FESP, el MSPAS como ASN, requiere que los roles y atribuciones definidas por ley para otras instituciones, tanto fuera como dentro del sector salud, le sean asignados como rector del sistema. También que la reforma sectorial de salud debe continuar enfocándose en el desafío de fortalecer la función rectora de la AS del MSPAS y su papel de dar cumplimiento a las FESP enmarcada como una responsabilidad del estado en los diferentes niveles central, intermedio y local.¹⁰

2.1.1. Mapeo de la Autoridad Sanitaria

El sector de la salud está constituido por dos subsectores: el público, integrado por el MSPAS, ISRI, Bienestar Magisterial, Sanidad Militar y el ISSS; y el privado que incluye entidades lucrativas y no lucrativas. Las entidades lucrativas mantienen el modelo empresarial y predomina la libre práctica profesional. En las privadas no lucrativas la tendencia es a la conformación de ONGs que trabajan con financiamiento externo, subsidios públicos o fondos privados en áreas territoriales específicas o en temas circunscritos.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: De acuerdo con el Art. 65 de la constitución de la República, que define: “el Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación”, en donde corresponde al MSPAS como la cartera de estado en dar cumplimiento a este mandato. El Art. 40, del código de salud establece que “El MSPAS, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

¹⁰ Evaluación del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Abril de 2005.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social: El ISSS, por medio de su Ley y Reglamentos¹¹ funciona como una entidad autónoma de derecho público vinculada con el Órgano Ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, que realizará los fines de Seguridad Social que la Ley le determina, para atender a los trabajadores que dependan de un patrono independientemente de la forma de pago.

Consejo Superior de Salud Pública: La Constitución de la Republica en su Artículo 68 establece que –“Un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo”. El CSSP, es una corporación del Derecho Público con capacidad jurídica para contraer derechos y adquirir obligaciones e intervenir en juicios y tanto él como las Juntas de Vigilancia gozan de autonomía en sus funciones y resoluciones. Así mismo, el Consejo se relaciona con los organismos públicos a través del MSPAS. El CSSP¹² vigila el ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud del pueblo, siendo estas las profesiones Médica, Odontológica, Químico Farmacéutica, Médico Veterinaria, Enfermería, Licenciatura en Laboratorio Clínico, Psicología y otras a nivel de Licenciatura. La ley le determina su organización

Sanidad Militar: Dentro de la composición y organización de la fuerza armada se encuentra el Comando de Sanidad Militar, este es responsable de proporcionar el apoyo de servicio de combate de sanidad a la Fuerza Armada, tiene a su cargo la dirección y ejecución de los programas de asistencia sanitaria, abastecimiento y mantenimiento de los materiales específicos y de la Gestión y Administración de los recursos puestos a su disposición. Son elementos integrantes del Comando de Sanidad Militar, las Unidades, Centros Hospitalarios y Centros de Enseñanza propios de su naturaleza, estos últimos bajo la coordinación del Comando de Doctrina y Educación Militar.¹³

Bienestar Magisterial: El sistema de salud del Ministerio de Educación se creó en febrero de 1968, por medio de la “Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio”. En 2003, éste se rediseña a Programa de Bienestar Magisterial, definido como un programa de asistencia sanitaria destinado a los maestros y sus familias, estableciendo los beneficios en salud a los que tienen derecho los maestros (Decreto N° 379). Este subsistema de atención

¹¹ Ley del Seguro Social y Reglamentos del Régimen de Salud y Riesgos Profesionales, decreto legislativo N°1263, 1997, art. 2 y 3.

¹² Ley del CSSP: Art. 1 y Art. 2.

¹³ Ley orgánica de la fuerza armada de El salvador, sección cuarta Art. 65, 66 y 67.

de salud incluye la contratación de médicos de familia, médicos especialistas y la dotación de medicamentos a través de farmacias contratadas a nivel nacional.

El sector privado: Dispone de clínicas, hospitales generales y especializados, concentrados en el área de la capital y las zonas urbanas de las principales ciudades del país. Los principales hospitales son: el de Diagnóstico, el de la Mujer, Centro Pediátrico y Centro Ginecológico. Las principales aseguradoras en salud son SISA, Pan American Life, ASESUISA y Salud Total. Su naturaleza jurídica es de sociedades anónimas. Los hospitales privados venden servicios al ISSS y a la Asociación Magisterial. Las instituciones privadas no lucrativas ofrecen servicios médicos y preventivos en la zona rural del país y servicios de hospitalización en la capital a través de Organizaciones No Gubernamentales; el principal hospital de este tipo es el hospital Pro-Familia. Las ONG se encuentran amparadas en la Ley de Asociaciones y Fundaciones sin fines de lucro.¹⁴

La cooperación internacional: El Salvador ha establecido relaciones por medio de acuerdos sucesivos con países, regiones y organismos para conjugar esfuerzos que contribuyan a obtener beneficios y objetivos comunes en apoyo al combate a la pobreza y desarrollo sostenible. La cooperación, es mediante la transferencia de recursos financieros, materiales y tecnológicos y se ve expresada en proyectos prioritarios para el desarrollo social y económico en apoyo y acompañamiento a las acciones contenidas en el Plan de Gobierno “País Seguro”. La actividad cooperativa se orienta a los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad, aglutinando esfuerzos para atender sus necesidades de salud, educación, nutrición, agua, electrificación rural, acceso vial, formación productiva entre otras.

La gestión, negociación y contratación de la cooperación internacional técnica y financiera no reembolsable, están a cargo del Ministerio de Relaciones Exteriores y de la STP como entidad priorizante de las actividades del programa de inversión. En los últimos 5 años, los recursos de la cooperación internacional no reembolsable y de asistencia técnica muestran una tendencia a la disminución debido entre otras a dos grandes factores: a) la existencia de países con situaciones de emergencia o condiciones geopolíticas que resultan prioritarios para los donantes, y b) la clasificación de El Salvador como un país con índices macroeconómicos que lo vuelven menos prioritario para las fuentes cooperantes (anexo tabla 16).

¹⁴ Decreto Legislativo N° 894 del 21.11.1996, publicado en el Diario Oficial N° 238 Tomo 333 del 17.12.1996.

El Ministerio de Relaciones Exteriores, mantiene espacios de diálogo por medio de reuniones, encuentros y foros para tratar entre otros temas de interés los concernientes a los de salud, agua y saneamiento, pudiéndose citar los siguientes:

- Reunión Anual de País Asociado de Cooperación con Luxemburgo, donde se discuten prioridades destinadas a satisfacer necesidades fundamentales de la población bajo la forma de programas plurianuales trabajando con esquemas de corresponsabilidad.
- Comisión Mixta de España para la preparación de temas de negociación, manteniendo el objetivo prioritario de fomento a la democracia y lucha contra la pobreza.
- Acuerdo de Dialogo Político y Cooperación entre la Comunidad Económica Europea y las Repúblicas de Centroamérica.
- Negociaciones Intergubernamentales con la República de Alemania con una periodicidad de negociación cada dos años y con una ronda previa de Consultas en años alternos. La cooperación va dirigida a programas de reforma institucional y obras de infraestructura social y productiva.

2.1.2. Conducción de la Política General de Salud

El Plan de Gobierno 2004-2009 “País Seguro” está estructurado en áreas de acción y programas. Para desarrollar dicho plan el MSPAS elaboró su “Plan Estratégico Quinquenal 2004-2009”¹⁵ vinculado al área de acción “Salud, Calidad y Cobertura Universal”, en donde ha definido la misión, visión, política y el objetivo estratégico que es: llevar a cabo una reforma del sector salud impulsada en forma concertada, que permita tener un sistema nacional de salud eficiente y consolidado, funcionando descentralizadamente a escala nacional, logrando una cobertura universal, garantizando la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos en todo el territorio nacional”

Para dar cumplimiento a esto se han definido acciones estratégicas en las cuales se priorizan aspectos preventivos que generen impacto en la reducción de las mortalidades materna, perinatal e infantil, reducción de la tasa global de fecundidad principalmente en adolescentes; la ampliación de cobertura a las áreas rurales del país, mediante programas de extensión de servicios comunitarios con participación de la ciudadanía y los estudiantes de medicina, la promoción de programas de promoción de la lactancia materna exclusiva, y programas de calidad en todos los establecimientos de salud, entre otras.

¹⁵ Plan Estratégico Quinquenal 2004-2009 del MSPAS, diciembre 2004.

Cabe destacar que cada institución del sector, cuenta con sus propios sistemas de información, pero en situaciones de contingencias nacionales o a solicitud del MSPAS como ASN, se utilizan los canales oficiales para requerir de la información de otras instituciones para la consolidación de la misma como sector.

Como parte de las instancias dentro de la ASN responsables del seguimiento a las metas y objetivos nacionales en salud, se encuentra la Dirección de Planificación del MSPAS la cual se encarga de asesorar a los titulares en la formulación de la política nacional de salud, facilitar, formular y evaluar los planes estratégicos, así como los programas y proyectos de inversión relacionados al campo de la salud en base a necesidades, prioridades, principios, valores, visión y misión de la institución para dar la direccionalidad y conducción del sector, en coherencia a las políticas y planes nacionales.

Los titulares de salud asumen la representación internacional del país en las reuniones con los diferentes organismos internacionales, tanto a nivel mundial, regional como subregional. En dichos foros se exponen las políticas y estrategias utilizadas como país y se someten a consideración de los organismos de cooperación externa los diferentes proyectos de salud, a fin de gestionar el apoyo correspondiente para la ejecución de los mismos. En el caso de reuniones referentes a temas específicos con organismos de seguridad social (Organización Iberoamericana Seguridad Social, Centro Interamericano de Seguridad Social, Consejo Centroamericano de instituciones de seguridad social, entre otras), la representación la asume el Director General del ISSS.

Los esfuerzos desarrollados para estimular y fomentar la participación de la sociedad civil en el campo de la salud, el MSPAS definió al SIBASI, como la estructura organizacional de carácter interinstitucional e intersectorial, en donde se organizan y funcionan diferentes comités sociales que participan conjuntamente en la identificación de problemas de salud y en el diseño de estrategias para promover la participación social como mecanismo para potencializar la mejora de la salud de la población. En diciembre de 2005, el MSPAS elaboró el Manual de Participación Social en Salud, el cual aporta las herramientas e instrumentos para facilitar la participación responsable, propiciando que la población se integre a los procesos en contribuir a mejorar la calidad de vida.

En marzo de 2005, el CNSPRIS ha elaborado la propuesta de Política Nacional de Participación social en salud, la cual fomenta la participación de la sociedad civil en la identificación de los problemas de salud, la planificación e implantación de acciones en el campo de la salud, definiendo los alcances y contenidos de la participación social en el sector, proponiendo la creación de mecanismos institucionalizados que faciliten la incorporación de

los ciudadanos a los procesos de comprensión de la situación de salud, la definición de los problemas y el establecimiento de las prioridades; y que permitan además el diseño, implementación y control de políticas, programas, proyectos y servicios públicos de salud.¹⁶

La conducción para la elaboración de normas e intervenciones orientadas a favorecer acciones de promoción de la salud, la ejerce la autoridad sanitaria a través de la Dirección de Regulación, quien coordina, conduce y dirige los procesos de elaboración del marco regulatorio sanitario, el cual tiene como propósito orientar las intervenciones de la provisión de servicios de salud en la red de establecimientos del MSPAS, mediante la oficialización de normas técnicas de atención integral a la persona y al medio ambiente.

A pesar de que las instituciones involucradas en el sector salud poseen una serie de normativas bajo las cuales se rigen; durante el último quinquenio, el MSPAS ha realizado esfuerzos por homologarlas, fomentando la participación de las diferentes instancias involucradas, dentro de estos esfuerzos se encuentran la homologación del listado oficial de medicamentos y la elaboración de la Guía clínica de atención de principales morbilidades obstétricas del 3er nivel de atención.

Los mecanismos mediante los cuales la AS garantiza el derecho a la salud, la Constitución de la República y el Código de Salud establecen la garantía de ese derecho a la salud por parte de todos los habitantes de la República.

2.1.3. Regulación Sectorial

El MSPAS, se sustenta en el ejercicio funcional en dos instancias técnicas esenciales: la Dirección de Regulación, encargada de la conducción de la elaboración de todo el marco regulatorio; y la Dirección General de Salud, responsable de garantizar la aplicación de éstas normativas a través de los establecimientos prestadores de los servicios. Las disposiciones legales específicas que determinan la rectoría y la función reguladora del MSPAS en el sector son el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo¹⁷, Código de Salud, y la Ley del Sistema Básico de Salud Integral¹⁸.

¹⁶ CNSPRIS, Propuesta organización y funcionamiento del sistema nacional de salud.

¹⁷ Artículo 42 y siguientes del Decreto Ejecutivo N° 24 de fecha 18 de abril de 1989, publicado en el Diario Oficial N° 70, tomo 303 de la misma fecha.

¹⁸ Decreto Legislativo N° 775 de fecha 25 de agosto del año dos mil cinco, publicado en el Diario Oficial N° 161 Tomo 368 del 1 de septiembre del año 2005, artículo 3.

Sin embargo algunas atribuciones de la función regulatoria corresponden al CSSP a través de sus juntas de vigilancia. Para el caso, previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva se encarga de autorizar la apertura y funcionamiento de instalaciones destinadas a la provisión de servicios y los centros de formación profesional relacionados con la salud¹⁹, previo dictamen sanitario del MSPAS. Además el Consejo a través de sus Juntas se encarga de inscribir en el registro de profesionales a los académicos graduados de las carreras de salud, autoriza y vigila el ejercicio de la profesión correspondiente, así también vigila y controla el funcionamiento de droguerías, farmacias, laboratorios de prótesis dentales, laboratorios químicos, laboratorios farmacéuticos, laboratorios biológicos, laboratorios clínico-biológicos, gabinetes radiológicos, hospitales, clínicas de asistencia, gabinetes ópticos y demás establecimientos particulares dedicados al servicio y atención de la salud Pública.

La Dirección de Regulación no dispone de una base de información que consolide el impacto en salud en la población a través del ejercicio de la función regulatoria, sin embargo esta información es recolectada por los diferentes programas de atención en salud que ejecutan la normativa a nivel nacional.

El Código de Salud establece en su Título III las infracciones contra la salud, sanciones, competencias y procedimientos para la averiguación de dichas infracciones, los cuales son aplicables por los niveles regionales y locales, quienes son los encargados del levantamiento de los expedientes legales administrativos, que sustentan las posibles sanciones que se tengan que aplicar. Como parte de la fiscalización por parte de la autoridad sanitaria nacional existen disposiciones en el Código de Salud que regulan el funcionamiento de establecimientos públicos y privados, los cuales son fiscalizados por el personal técnico de las Unidades de Salud; además las normativas técnicas que se complementan para la aplicación del Código de Salud y que sirven al nivel operativo para supervisar el funcionamiento de estos establecimientos públicos y privados.

La acreditación de las instituciones formadoras de profesionales en salud, es responsabilidad del Ministerio de Educación (MINED).

¹⁹ Código de Salud, Art. 14, literales: b, ch y d.

2.1.4. Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública

El segundo taller de evaluación de las FESP realizado en abril de 2005²⁰, constituyó un ejercicio en el cual se evidenció la participación, interés e iniciativa de las 35 instituciones que acudieron a la convocatoria hecha por el MSPAS. En ella se confirmó la tendencia inicial obtenida en el primer taller del 2001 en cuanto a las funciones debilitadas, además se constató un progreso en algunas funciones y en sus indicadores específicos, pero por otro lado, ciertas funciones se han visto afectadas con un retroceso en su ponderación. Se observa una mejor puntuación para las funciones más estrictamente relacionadas con la “Inteligencia Sanitaria”, en todo caso, con las capacidades para desarrollar eficiencia y eficacia institucional, siendo las mejor evaluadas:

- FESP 1 Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud;
- FESP 2 Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública;
- FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública;
- FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; y
- FESP 11 Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud que incluye la prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación.

Mientras que otras funciones esenciales que están generalmente determinadas por las asignaciones de presupuesto, por la acción interinstitucional e intersectorial y se supeditan también a las actitudes y prácticas de la sociedad civil, se encuentran con la más baja puntuación, tales como: Promoción de la Salud. Participación de los ciudadanos en salud, Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos, Investigación en salud pública.

Se observa una mejoría importante en ciertas FESP las cuales subieron de puntaje con relación a la medición anterior, a saber: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud, Promoción de la Salud, Investigación en salud pública y Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud que incluye la prevención, mitigación, preparación,

²⁰ Memoria técnica “Evaluación del desempeño de las FESP en El Salvador” (II taller-abril 2005).

respuesta y rehabilitación. Sin embargo, algunas funciones a pesar de mantener la tendencia observada en el 2001, disminuyeron su puntaje en esta ocasión siendo ellas:

- FESP 4 Participación de los ciudadanos en salud;
- FESP 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
- FESP 9 Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos; y
- FESP 10 Investigación en salud pública.

A pesar de que se han registrado avances o logros importantes en algunos indicadores de las FESP, todavía existe un desarrollo parcial de los mismos y se dificulta, por la fragmentación del sistema de salud, la conjunción sectorial en temas importantes como: promoción de la salud, participación de los ciudadanos en salud, evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud, desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, garantía de la calidad de servicios de salud e investigación en salud pública.

Como parte de las acciones tomadas para mejorar el desempeño de las FESP, se construyó en noviembre de 2005, el Plan de Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública²¹, en cual se definió el marco estratégico de acciones necesarias como medio para lograr mejorar las prácticas de la salud pública por parte de las instituciones involucradas del sector.

2.1.5. Orientación del Financiamiento

En El Salvador uno de los mecanismos para monitorear el financiamiento y gasto sectorial es la información de Cuentas en Salud, la cual permite tener una visión de las fuentes y montos de financiamiento disponible, el destino de los gastos y la inversión per cápita en salud a nivel global e institucional.

En el estudio realizado por el Ministerio de Economía denominada Encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM), se indagan razones por las cuales las personas no accedan a los servicios de salud, y como es la satisfacción de los usuarios acerca de estos servicios (parámetro de calidad). Sin embargo no existen estudios específicos para vigilar el financiamiento sectorial desde la perspectiva de calidad, eficiencia y transparencia.

Las diferentes fuentes de financiamiento y los marcos legales de los proveedores de servicios de salud, no permiten mecanismos de redistribución del financiamiento, así como no

²¹ Plan de Desarrollo de las FESP, noviembre 2005. MSPAS.

existen transferencias de subsidios entre los diferentes regímenes contributivo y subsidiado Sin embargo se cuenta con algunos convenios entre instituciones proveedoras sobre todo MSPAS-ISSS, para la atención de pacientes en casos específicos y emergencias.

El ISSS atiende a los trabajadores que sufren accidentes de trabajo y riesgos profesionales cubriendo en un 75% la incapacidad temporal de dichos riesgos, haciéndolo desde el primer día de la incapacidad, el 25% restante lo hace el empleador. En cuanto a la creación de fondos nacionales de solidaridad el ISSS posee un fondo de reservas Técnicas de Riesgos Profesionales que como su nombre lo dice es para subsidiar las pensiones de los trabajadores incapacitados por un riesgo profesional.

Desde el año 2004 se crea el Fondo Solidario para la Salud, denominado FOSALUD, como una institución de derecho público y ente rector con autonomía en el ejercicio de sus funciones, adscrito al MSPAS, siendo tres de sus objetivos fundamentales: a) propiciar la creación de programas especiales para ampliar la cobertura en los servicios de salud, b) formular y ejecutar programas integrales que atiendan las necesidades básicas de salud de la población más vulnerables del país, c) fomentar campañas de educación de salud. El financiamiento para el FOSALUD tiene su origen en los recursos que por concepto de recaudación se perciben a través del Ministerio de Hacienda de la producción y comercialización de alcohol y bebidas alcohólicas; productos del tabaco; armas de fuego, municiones, explosivos y artículos similares.

El MSPAS durante el proceso de elaboración del presupuesto anual, mantiene el diálogo y la negociación con el Ministerio de Hacienda con el objetivo de asegurar los recursos financieros anuales que permiten el funcionamiento de la red de servicios de salud, no obstante dadas las limitaciones financieras del tesoro, la asignación presupuestaria al MSPAS no ha logrado satisfacer las demandas de recursos existentes ni cubrir los déficit históricos, situación que vuelve imperativa la priorización en el uso de los recursos, en función de las políticas nacionales y las intervenciones más costo efectivas.

2.1.6. Garantía del Aseguramiento

Existe un conjunto garantizado de prestaciones de servicios de salud por cada uno de los distintos prestadores (MSPAS, ISSS, BM, SM, privados, ONG's) y cada proveedor de servicios realizan acciones de comunicación social referente al conjunto de servicios que proveen, a través de afiches, boletines informativos, spot televisivos y cuñas radiales, sin

embargo hay que destacar que no existe un plan integrado de comunicación social acerca de los bienes y servicios de salud a los que tiene derecho la población de responsabilidad, de acuerdo con el plan de prestaciones de cada uno de los proveedores en el sector.

Existen diversas disposiciones legales que contemplan los derechos en mención y que han sido publicadas, como el código de salud, reglamento general de hospitales, ley del consumidor y el material educativo de cada programa de atención. En el 2004 se implementaron las cartas de derechos y deberes de los usuarios en algunos establecimientos del MSPAS.

Desde agosto de 2005, nuestro país cuenta con la Defensoría del Consumidor creada mediante decreto legislativo N° 776, como una institución descentralizada del gobierno con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía administrativa y presupuestaria, la cual tiene como atribución la coordinación del sistema de protección al consumidor, y cuenta con un tribunal sancionador que se encarga de instruir los procedimientos sancionatorios en materia de protección del consumidor, la imposición de las sanciones y conocer otros que le atribuye la ley.

2.1.7. Armonización de la Provisión

El MSPAS y el ISSS ejecutan el Plan Estratégico Quinquenal de Salud, en el cual armoniza con los proveedores de la red de servicios de salud. La Dirección de Regulación ha establecido las normas básicas de atención en salud²², las cuales son de aplicación a nivel nacional en todos los establecimientos del primer, segundo y tercer nivel de atención de los centros públicos, autónomos y privados como las ONGS que prestan servicios de salud. Con la entrada en vigencia de la Ley del SIBASI, se determina jurídicamente la conformación del primero, segundo y tercer nivel de atención, su coordinación y dependencia del Nivel Superior y de las Direcciones Regionales, integración que se realizada a través de los sistemas de referencia y retorno.

²² Anexo B, documentos de tipo regulatorio.

2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

2.2.1. Financiamiento

La información de Cuentas en Salud permite obtener una radiografía del financiamiento y gasto en salud de los países. Como puede visualizarse en anexo tabla 16, el gasto de bolsillo en salud de los hogares, según los datos estimados en \$ 581,002,053; prácticamente es similar al gasto público en salud (incluyendo al MSPAS, ISSS, Sanidad Militar y Bienestar Magisterial) de \$ 586,842,028. Situación que da cuenta de la importancia relativa de los hogares en materia de financiamiento del sector. Es preciso señalar que el elevado volumen del gasto privado en salud, especialmente el procedente de los hogares, tiene que ver con las bajas coberturas de los sistemas de aseguramiento en salud (alrededor del 20%, incluyendo las coberturas privadas) y los altos costos asumidos por los hogares en el acceso a medicamentos y exámenes de laboratorio, entre otros factores.

En anexo tabla 17, se detalla cifras del gasto en salud, en el que del total del gasto nacional en salud, el gasto público representa menos de la mitad de éste en todos los años, presentándose una tendencia hacia una disminución mayor en el 2004, año en que el gasto público representó el 38% del gasto nacional. Justamente una de las intenciones de la reforma en salud para los próximos años es revertir esta tendencia, de manera que el aporte del gasto público en salud aumente, a la vez que disminuya el gasto de bolsillo directo en salud de los hogares. La información revela que, en términos generales, el gasto nacional en salud ha descendido a 7.6% del PIB para el año 2004, luego de venir representando una tendencia cercana el 8% del PIB durante los años anteriores (exceptuando 2001 y 2003). Desde la óptica del gasto en salud per cápita, éste pasó, de \$161 en 1999, a \$ 184 en el año 2004.

Finalmente, Las estimaciones indican que el financiamiento procedente de la cooperación externa para el sector salud ha disminuido sensiblemente durante el último quinquenio considerado.

Tabla 12: Financiamiento del Sistema de Salud, por quinquenios, El Salvador

Indicador	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Presupuesto Gobierno Central (En USD) 1/	759.274.837	1.726.461.505	2.416.760.901
Presupuesto Nacional Asignado al Sector Salud	144.265.030	369.838.521	586.842.028
Sub-sector Público			
Ministerio de Salud 2/ 3/	74.391.583	155.757.773	229.653.928
ISSS (seguridad social) 2/ 4/	69.873.447	196.016.958	321.318.810
Otros (Sanidad Militar y Bienestar Magisterial) 5/	ND	22.579.738	35.869.290
Sub-sector Privado			
Aseguradora Privada 6/	ND	13.430.857	33.479.656
Proveedores Privados	ND		n.d.
Contratación por servicios	ND		n.d.
Gastos de Bolsillo de los Hogares 6/	ND	413.854.251	581.002.053
Empresa privada	ND		
DONACIONES (otras fuentes de financiamiento)		55.086.141	54.937.169
Organismos internacionales (cooperación externa) 6/	ND	23.947.459	10.519.760
Otros (recursos propios, productos de inversiones, otros) 6/	ND	31.138.683	44.417.409

Fuentes y notas técnicas:

1/ En el presupuesto de gobierno central, no se incluye ISSS, FISDL, Alcaldías y otras del gobierno general. No se tiene disponible presupuesto nacional total.

2/ Leyes de Presupuesto, varios años.

3/ No se incluyen recursos propios hospitales. Únicamente fondos GOES, Préstamos y Donaciones reportadas en la Ley de Presupuesto.

4/ Únicamente se ha considerado el presupuesto del Régimen de Salud del ISSS, no así el de Invalidez, Vejez y Muerte.

5/ La información disponible se ha obtenido a través de los estudios de Cuentas en Salud de El Salvador. En la Ley de Presupuesto, no aparece especificado los montos asignados a estas dependencias en particular, por ser parte del Ministerio de la Defensa y del Ministerio de Educación. Para los años 1996 y 1997, además de BM y SM, se incluye al Hospital de Antel.

6/ Estudios de Cuentas en Salud/MSPAS, varios años.

Tabla 13. Gasto en salud ejecutado en los últimos 5 años, El Salvador

INDICADOR	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (p)
GASTO PÚBLICO EN SALUD PERCÁPITA EN USD \$	70	76	71	79	78	69 (p)
GASTO PÚBLICO EN SALUD/TOTAL GASTO NACIONAL EN SALUD	43%	45%	42%	45%	45%	38% (p)
GASTO TOTAL EN SALUD PERCÁPITA EN USD \$	161	168	167	176	172	184 (p)
GASTO TOTAL EN SALUD COMO % DEL PIB	8,0	8,0	7,8	8,0	7,6	7.6 (p)
DEUDA EXTERNA EN SALUD/DEUDA EXTERNA TOTAL	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Fuente: Estudios de Cuentas en Salud/El Salvador/MSPAS, varios años.

(p): Cifras preliminares, sujetas a ajustes.

GMRE/

2.2.2. Aseguramiento

La Constitución de la República de El Salvador en el artículo 65 establece que "...la salud de los habitantes de la república constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento." El Código de Salud²³, establece que "El Ministerio por medio de la Dirección General de Salud como Organismo Técnico, será el encargado de ejecutar las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los habitantes, así como las complementarias pertinentes en todo el territorio de la República, a través de sus dependencias regionales y locales..."

El Seguro Social cubre en forma gradual los riesgos a que están expuestos los trabajadores por causa de: enfermedad, accidente común, accidente de trabajo, enfermedad profesional, maternidad, invalidez, vejez, muerte, y cesantía involuntaria. Así mismo tendrán derecho por las causales de enfermedad accidente común y maternidad los beneficiarios de una pensión y los familiares de los asegurados. No obstante, los niños menores de 12 años reciben únicamente atención preventiva y de patología básica.

A partir de mayo de 2003, se rediseña y se crea el programa de Bienestar Magisterial para proporcionar atención integral en salud a la familia (docente, cónyuges e hijos hasta los 21 años de edad), a través de la estrategia de Salud Familiar con enfoque comunitario. Para dar cobertura al grupo poblacional se hace mediante la compra de servicios médicos al sector privado y a establecimientos hospitalarios públicos y privados.

La Fuerza Armada cuenta con el programa de Sanidad Militar, dirigido al personal de las fuerzas armadas, sus familiares y pensionados, ofertando servicios preventivos y curativos, ambulatorios y hospitalarios. En los últimos años se ha abierto para ofertar servicios a toda la población mediante pago directo.

Para las Instituciones privadas existe el principio de libre contratación, estas mismas definen los servicios prestados y sus aranceles.

"El ejercicio de las profesiones que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, será vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión... tendrán facultad para suspender el ejercicio profesional... cuando ejerzan... inmoralidad o incapacidad." Asimismo, el Código de Salud, a partir del artículo 278 establece las infracciones y sanciones aplicables ante toda acción u omisión que viole las disposiciones del Código y sus Reglamentos.

²³ Código de Salud, Decreto Legislativo N° 955, mayo 1988. art. 42.

El año 2001, se crea la Dirección de Regulación como la dependencia responsable de la elaboración de instrumentos legales tales como propuestas de anteproyectos de ley, reglamentos, normas técnicas sanitarias, protocolos, guías, manuales y otros similares, en forma coordinada institucional, interinstitucional e intersectorialmente, y que se puedan homologar, además la elaboración de propuestas para el licenciamiento, certificación, habilitación y acreditación de los profesionales y establecimientos de salud. Para el caso se ha priorizado la elaboración de 260 documentos regulatorios en las áreas de: La Mujer, Niñez, Adolescentes, Adulto Mayor y Adulto Masculino, Saneamiento Ambiental, Enfermería, Salud Mental, Medicamentos, Radiaciones Ionizantes, Tuberculosis, ITS/VIH/SIDA y Epidemiología entre otras²⁴.

Como parte del fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud, la Dirección de Regulación ha conformado el Comité Interinstitucional de Homologación de Normas, por medio del cual, se ha logrado implementar normas y guías de práctica clínica con un contenido unificado en cada una de las instituciones que lo conforman: ISSS, Comando de Sanidad Militar, BM y MSPAS.

El Sector Salud se considera de modalidad mixta en la cual la responsabilidad en cuanto a cobertura de salud de la población se distribuye entre instituciones públicas descritas anteriormente y entidades privadas. Según la EHPM 2005, en cuanto a aseguramiento en salud, un 18.4% de la población corresponde a cotizantes y beneficiarios del ISSS; un 2.1% está cubierta por un seguro privado; y el 79.5% restante correspondería al MSPAS.²⁵ No obstante, de acuerdo a la ley, toda persona que demande una atención en un establecimiento del MSPAS es atendida independientemente de su situación como asegurado o no.

Como modalidad mixta, los mecanismos de pago para los proveedores de servicios de salud son: para el MSPAS, gratuito; el ISSS, Sanidad Militar y Bienestar Magisterial, prepago; y el privado, venta de servicios.

²⁴ Centro virtual de documentación regulatoria, www.mspas.gob.sv/regulación.

²⁵ Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2005. División de Estadísticas Generales, Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía.

2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS

2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud

La demanda de los servicios de salud, presentada en anexo tabla 19, se refiere al uso de los servicios de salud por parte de la población cuando presenta algún problema. Según la EHPM²⁶ de la población que fue afectada por algún problema de salud, el 53.7% buscó ayuda a través de diferentes consultas, a personas particulares o instituciones públicas y privadas de salud; en tanto el 46.3% restante se automedicó o no consultó con nadie. De la población que pasó consulta, el 61.3% lo hizo en Instituciones del MSPAS, el 13.6% en el ISSS, el 18.9% acudió a hospital o clínica particular, y el restante 6.3% pasó consulta en ONG's, programas sociales, farmacia, etc.

Tabla 14. Uso del Sistema de Salud, El Salvador

	Porcentaje de personas que usa el sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas que usa Establecimientos del MSPAS	Porcentaje de personas que acuden al Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Porcentaje de personas que acude al sector privado	Porcentaje de personas que acude a otros (ONG's, Programas Sociales, Farmacias, etc.)	Porcentaje de personas que no usan el sistema de Salud
Períodos						
1990-1994	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
1995-1999	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
2004	51,10%	64,0%	13,0%	16,90%	4,6%	48,90%
2005	53,70%	61,30%	13,60%	18,90%	6,3%	46,30%
Zonas Geográficas						
Urbana (2005)	60,40%	53,50%	18,60%	23,20%	4,70%	39,60%
Rural (2005)	48,30%	74,00%	5,40%	11,80%	8,80%	51,70%

Fuentes: 1. EHPM 2004, 2005, Ministerio de Economía DIGESTYC

N/D Datos No Disponibles / insuficientes

La información no se desagrega por edad, género y pertenencia étnica.

Con respecto a la zona geográfica se reflejan diferencias en el uso de los servicios de salud en el área urbana y rural, un 60.4% de la población urbana acude al sistema de salud al enfermarse (principalmente al ISSS y al sector privado), y solo un 48.3% de la población rural

²⁶ Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, 2005, pp 211-212.

acude al sistema al enfermarse; demandando atención principalmente en los establecimientos del MSPAS. En cuanto a la tasa global de uso de los servicios de salud, con los datos obtenidos del año 2004 provenientes de 9 hospitales privados, ISSS, MSPAS se obtuvo una tasa global de uso de los establecimientos de 1er nivel de atención por habitante de 1.26; y una tasa global de uso de los establecimientos de 2° nivel de atención por habitante de 1.3 ²⁷

La población de sexo femenino es la que más consulta al enfermarse. Las mujeres cuando se enferman, en un 52% acceden al médico, enfermera o promotor de salud, un 0.7% acuden a un curandero, familiar o vecino. Aún con estas cifras, es preocupante notar que un 47% de mujeres enfermas no consultaron. En cambio los hombres, solo un 47.9% consultó a un médico, enfermera o promotor de salud, un 0.9% consultó a un curandero, familiar o vecino; y un 51% no consultó a pesar de estar enfermo²⁸.

Tabla 15. Uso del Sistema de Salud, El Salvador

PORCENTAJE GLOBAL DE USO Año 2004 +	Género		Total
	Hombres	Mujeres	Porcentaje de Atención +++
Enfermos que consultaron con médico/enfermera / promotor de salud ++	47,8%	52,4%	50,3%
Enfermos que consultaron con curandero, familiar o vecino	0,9%	0,7%	0,8%
Enfermos que no consultaron	51,3%	46,9%	48,9%

N/D Datos No disponibles / Insuficientes

Fuentes: 1. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples EHPM 2004, Cuadro GO2A Cuadro Población que se enfermó por persona o profesional que indicó el tratamiento , Cuadro GO2B GO2B Población que Se enfermó por lugar o establecimiento de salud al que asistió; Sección 3. Características de la Salud , 2. Proyecciones de Población de El Salvador 1995-2025 Dirección General de Estadística y Censos Dygestic

+ Los datos se presentan en forma global (independientemente del nivel de atención)

++ "De la población que pasó consulta, el 64% lo hizo en instituciones del MSPAS, el 13% en el ISSS, el 16.9% acudió a un hospital o clínica particular y el restante 4.6% pasó consulta en ONG's, programas sociales, farmacias, etc." Características de la Salud EHPM 2004

+++ En cuanto a la tasa global de uso de los servicios de salud: Con los datos obtenidos del año 2004 provenientes de 9 hospitales privados, ISSS, MSPAS se obtuvo una tasa global de uso de los establecimientos de 1er nivel de atención/habitante de 1.26; y una tasa global de uso de los establecimientos de 2° nivel de atención/habitante de 1.3

En general de la población enferma que pasó consulta, el 64% lo hizo en instituciones del MSPAS, un 13% en el ISSS, el 16.9% acudió a un hospital o clínica particular, y el restante 4.6% pasó consulta en ONG's, programas sociales, farmacias, etc.

En el sector público se cuenta en total con 44 hospitales a nivel nacional, los cuales disponen en total con 6,516 camas; y el sector privado se cuenta con 39 hospitales. (Según la

²⁷ Fuente: datos obtenidos del año 2004 provenientes de 9 hospitales privados, ISSS y MSPAS.

²⁸ Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples EHPM 2004.

información obtenida en los 9 hospitales que reportaron 425 camas).²⁹ En el sector público en cuanto a los centros ambulatorios (Unidades de Salud, Clínicas de Empleados, Centros de Atención de Emergencias-CAE, Casas de salud y Centros rurales de nutrición del MSPAS y las Clínicas Empresariales y Comunes, las Unidades Médicas del ISSS), en total se cuenta con 883 centros y 6,585 camas.

En relación con los centros hospitalarios y centros ambulatorios en el sector público la capacidad instalada es de 0.006 hospitales por cada 1000 habitantes y de 0.95 camas por cada 1000 habitantes; en relación con los centros ambulatorios la capacidad instalada es de 0.13 centros ambulatorios por cada 1000 habitantes. La capacidad instalada de los centros hospitalarios y centros ambulatorios en el sector privado es de 0.005 hospitales por cada 1000 habitantes y de 0.06 camas por cada 1000 habitantes. En total en ambos sectores se cuenta con 966 centros con 7,010 camas.

Tabla 16: Número y capacidad de establecimientos asistenciales 2004

Hospitales	No Centros x 1000 hab	No Camas x 1000 hab
SECTOR PÚBLICO		
Alta complejidad	0,002	0,32
Mediana (especialidades básicas)	0,001	0,18
Baja (medicina general)	0,004	0,44
Total Hospitales	0,006	0,95
Centros Ambulatorios	No Centros x 1000 hab	No Camas x 1000 hab
Centros con especialidades ++	0,005	N/A
Centros de nivel primario con medicina general +++	0,091	N/A
Centros de nivel primario con personal residente no profesional +++++	0,032	N/A
Total Centros Ambulatorios	0,128	N/A
Total Sector Público	927	6585
SECTOR PRIVADO		
Hospitales	No Centros x 1000 hab	No Camas x 1000 hab
Alta complejidad	0,0006	0,0000
Mediana (especialidades básicas)	0,0044	0,0000
Baja (medicina general)	0,0007	0,0000
Total Hospitales	0,0057	0,0000
Centros Ambulatorios	No Centros x 1000 hab	No Camas x 1000 hab
Centros con especialidades	N/D	N/A
Centros de nivel primario con medicina general	N/D	N/A

²⁹ Fuentes: MSPAS 2005, ISSS Boletín 2005, Unidad de Estadísticas ISSS 2005, Hospital Militar obtenidos del perfil El Salvador OPS- OMS actualización 2001 y Salud para un país de futuro 2004-2009 OPS-OMS y las entrevistas e informes recibidos de 10 hospitales privados en noviembre 2005.

Centros de nivel primario con personal residente no profesional	N/D	N/A
Total Centros Ambulatorios	N/D	N/A
	0,14	0,96

Fuentes: 1. Fuente: MSPAS a junio 2005, ISSS Boletín 2005.

MSPAS 2005, 2. ISSS Boletín 2005, 3. Unidad de Estadística ISSS 2005, 3. Datos del Hospital Militar obtenidos del perfil El Salvador OPS-OMS actualización 2001 y Salud para un País de Futuro 2004-2009 OPS-OMS - Inventario de Infraestructura de Establecimientos del Sector Salud El Salvador 2003, 4. Entrevistas e Informes de 10 hospitales privados Noviembre 2005

N/A No Aplica

N/D Datos No Disponibles/Insuficientes

+ Datos del Sector Público incluyen MSPAS, ISSS, y Militar

++ Incluye las Unidades Médicas de ISSS y los dos Centros de Atención de Emergencias CAE del MSPAS que cuentan con 12 y 4 camas para observación respectivamente.

+++ Incluye Unidades de Salud y Clínicas de Empleados del MSPAS, Clínicas Empresariales y Clínicas Comunes del ISSS

++++ Los Centros de nivel primario con personal residente no profesional incluyen casas de salud y Centros Rurales de Nutrición.

+++++ Datos insuficientes para Camas Censables del sector Privado: de los 36 hospitales privados solo se contó con la información de 10 Hosp. para el cálculo de número de camas.

2.3.2. Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

El Sistema de Salud esta conformado por las entidades formadoras y empleadoras de recursos humanos, las primeras son responsables de la formación universitaria y técnica del personal que elige las carreras de la salud, en donde se prepara a fin de insertarse al mercado laboral público y privado. Las entidades empleadoras son responsables de proveer los servicios de salud en los diferentes niveles de atención para lo cual, contratan al recurso humano graduado en las entidades formadoras.

2.3.2.1. Formación de Recursos Humanos

Para la formación de los recursos humanos existen siete universidades con Facultades de Medicina y de Ciencias de la Salud, siendo éstas: Universidad de El Salvador, Evangélica de El Salvador, Dr. José Matías Delgado, Andrés Bello, Alberto Masferrer, Nueva San Salvador, Autónoma de Santa Ana, Centroamericana José Simeón Cañas y Don Bosco. Para la formación a nivel de técnicos y tecnólogos se cuenta con el Instituto Tecnológico de Educación Superior, de Profesionales de la Salud de El Salvador y el Instituto de Formación de Profesionales de la Salud. Es importante mencionar que la revisión curricular se realiza cada cinco años, por las respectivas comisiones, con la finalidad de que el perfil de formación sea concordante con el perfil de desempeño y ambos coincidan con las necesidades de salud de la población. La única escuela de Salud Pública fue creada en 1997, por la Universidad de El Salvador razón por la que durante este último quinquenio se disponen de solamente 192 profesionales graduados.

Tabla 17: Recursos humanos en el sector salud, por quinquenios, El Salvador

Período Tipo de Recurso Humano	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Razón de médicos por 10,000 habitantes	4 MSPAS 14 ISSS	6 MSPAS 16 ISSS	8 MSPAS 20 ISSS
Razón de Enfermeras(os) profesionales por 10,000 habitantes.	3 MSPAS	3 MSPAS 5 ISSS	5 MSPAS 9 ISSS
No. de egresados postgrado en Salud Pública	ND	ND	26
No. de graduados postgrado en Salud Pública	ND	ND	192 (2002-2003)
No. de Escuelas de Salud Pública	NA	NA	NA
No. de Universidades con Maestría en Salud Pública			3
Modalidades de contratación	Ley de Salario, Ley de Contrato GOES:MSPAS/ISSS Fondos Propios para el MSPAS	Ley de Salario, Ley de Contrato GOES:MSPAS/ISSS Fondos Propios para el MSPAS	Ley de Salario, Ley de Contrato GOES:MSPAS/ISSS Fondos Propios para el MSPAS

Fuentes: SALUD PÚBLICA EN CIFRAS-1997-2003, Dirección de Planificación
OBSERVATORIO DE RECURSOS HUMANOS-GIDRHUS.

2.3.2.2. Gestión de RRHH y Condiciones de Empleo

Durante la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, realizada en Toronto, Canadá, en octubre de 2005, promovida por la OPS/OMS, el MSPAS, tuvo participación y adquirió el compromiso de divulgar a nivel nacional los Desafíos y Retos de la Década de los Recursos Humanos en Salud. Entre las acciones intersectoriales importantes desarrolladas se destacan: a) los esfuerzos intersectoriales plasmados en el Plan de Desarrollo de las FESP, específicamente en la función 8. "Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública", en el cual se definieron los indicadores y sus respectivas intervenciones a fin de mejorar el desempeño de esta función³⁰; b) el fortalecimiento del GIDRHUS, responsable de desarrollar la estrategia del Observatorio de Recursos Humanos en Salud recolectando, analizando y difundiendo información actualizada en el CORE DATA, a las entidades formadoras y empleadoras para la toma de decisiones y c)

³⁰ Plan de Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, noviembre 2005. MSPAS, p. 30-31.

la representatividad en la mesa especializada de Recursos Humanos nombrada dentro del CNSPRIS.

El mercado laboral en salud y las condiciones de empleo son diversas, éstas oscilan con un número de profesionales de las carreras de la salud de 15,406, entre los sectores públicos y privados. El MSPAS y el ISSS constituyen los principales empleadores siendo para el año 2003-2005, que el 63% del personal médico está contratado por el MSPAS (incluye personal del Proyecto RHESSA, FOSALUD, ISRI y Cruz Roja Salvadoreña), el 31% por el ISSS, 1% por Sanidad Militar, 1% por Bienestar Magisterial, 1% por la Corte Suprema de Justicia, y el 3% restante labora en las instituciones formadoras.

Tabla 18. Profesionales y técnicos de las carreras de la salud empleados en las instituciones empleadoras y formadoras del sector salud, El Salvador, 2000-2003-2005

Disciplina	MSPAS	ISSS	Sanidad y Hospital Militar	Corte Suprema de Justicia	Ministerio Educacion	Instituciones Formadoras *
	2000-2005	2000-2005	2000-2005	2000-2005**	2000-2005	2000-2005**
Doctorado en medicina	3,248	1,500	145	80	273	385
Doctorado en odontología	245	109	34	9	52	51
Licenciatura en enfermería	480	273	20	1	-	57
Licenciatura en química y farmacia	89	251	3	2	1	38
Licenciatura en anestesiología	97	63	8	-	3	2
Licenciatura en laboratorio clínico	203	196	24	2	16	40
Licenciatura en fisioterapia	41	49	9	-	0	19
Licenciatura en psicología	59	22	4	29	7	18
Licenciatura en radiología	115	66	7	-	3	7
Licenciatura en nutrición y dietética	57	22	1	1	-	17
Licenciatura materno infantil	-	17	-	-	-	7
Licenciatura en trabajo social	56	67	2	38	0	8
Enfermeras	1,801	221	54	5	3	41
Auxiliar de enfermería (técnico)	3,158	1,165	209	0	-	3
TOTALES	9,649	4,022	519	167	357	692

Fuente: Instituciones Formadoras (Universidad de El Salvador, Universidad Evangélica de El Salvador, Universidad Autónoma de Santa Ana, Universidad José Matías Delgado, Universidad Alberto Masferrer, Universidad Nueva San Salvador, IEPROES).

* DATOS DEL AÑO 2003

** NO DATOS AÑO 2000

En el país no se dispone de estudios que muestren tipos y caracterización del empleo en salud que indiquen existencia de poli empleo, flexibilidad laboral, horarios a destajo, terciarización y carencia de sistemas de protección laboral. Únicamente se conoce que existe personal de salud y administrativo en el primer nivel de atención trabajando en jornadas de 8 horas diurnas y sistema de turnos vespertinos y nocturnos para personal médico, administrativo, enfermería y servicios de apoyo en los Hospitales Especializados y Regionales. Con la implementación de la estrategia de ampliación de cobertura de los servicios esenciales de salud a nivel rural y urbana, desarrollada por FOSALUD, en el 2005, se contrataron 1,193 recursos humanos multidisciplinario, de los cuales 40 son administrativos, 683 en 66 Unidades de Salud y los 470 restantes fueron contratados en forma temporal para apoyar las acciones conjuntas con el MSPAS.³¹

En el MSPAS, la relación de ingresos y nivel de contratación está determinado por la Ley de Salarios y Ley de Contratos. En el ISSS se cuenta con un tabulador salarial vigente a partir de 1° noviembre de 2004, en el que las diversas profesiones tienen un nivel de ingreso de \$580 en promedio y el personal médico inicia con un salario de \$126 la hora. Dentro del MSPAS, no se tienen en marcha procesos de recolocación, ni reclasificación, la de renuncias, procede únicamente con los decretos emitidos por el gobierno; para el año 2002 con el último decreto N° 678 manejado como Retiro Voluntario, se dio esta clase de compra de renuncia. En cuanto a los despidos, éstos proceden únicamente por procesos de destitución, enmarcados en la Ley del Servicio Civil para funcionarios y empleados del Estado y Municipalidades; en el ISSS existen permutas y traslados, reclasificación de clases, así mismo hay despidos con responsabilidad patronal y sin responsabilidad patronal.

El MSPAS ha incorporado las modalidades de tercerización en áreas como la capacitación y formación, compra de servicios de limpieza, vigilancia y de mantenimiento de equipos y vehículos. Entre los principales servicios que compra el ISSS, están consulta médica especializada, cirugías electivas, exámenes de laboratorio clínico, Imaginología, lectura de citología, parto normal, alimentación, vigilancia, limpieza entre otros. En las instituciones que contratan la mayor parte de los recursos como el MSPAS e ISSS, en el primero, en promedio para los años 2000-2005, se cuenta con 4, 086 médicos, 2, 843 enfermeras graduada y 3, 304 auxiliares de enfermería; para el ISSS se cuenta con 2,058 médicos solo 889 enfermeras graduadas y 1, 695 auxiliares de enfermería; la estrategia del programa de Bienestar

³¹ Capítulo IX, Informe de Labores 2005-2006, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Magisterial consiste en la contratación de médicos de familia y odontólogos y no así de recursos de enfermería.

Tabla 19: Recursos Humanos en el MSPAS-ISSS, por quinquenios, El Salvador

Períodos Institution	1990-1994			1995-1999			2000-2005		
	Medicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Medicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Medicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares
MSPAS	2366	1541	2608	3126	1770	3181	4086	2843	3304
ISSS	1512	N.D.D	N.D.D	1667	483	1271	2058	889	1695
Bienestar Magisterial							283*	**	***
Total	3878	1541	2608	4793	2253	4452	6144	3732	4999

Fuentes: Informe de Labores MSPAS 1990-2005, SIRHI Secretaría de Estado, MSPAS. Inventario de Recursos Humanos y físicos 1999, 2005; - ISSS, Estadística 2004, ISSS.

Ministerio de Educación, Programa de Salud magisterial, 2003

*Médicos contratados con especialidad de Medicina Familiar para año 2003

** y *** no requieren de este tipo de disciplina

La razón de médicos por habitante se ha incrementado con respecto al último quinquenio, siendo 8 por 10,000h, muy por debajo del ISSS que es de 20 médicos; las enfermeras tenemos que en el MSPAS se cuenta con 3 por cada 10,000h, mientras que en el ISSS se dispone de 5 de ellas.

2.3.3. Medicamentos y Otros Productos Sanitarios

Durante los últimos tres años se ha desarrollado un proceso de formulación de la propuesta de Política Nacional de Medicamentos, con la participación de los diferentes actores sociales tanto gubernamental, no gubernamental, privado y académico. Cabe mencionar que cada una de las instituciones del sector salud cuenta con una política institucional de medicamentos que define líneas estratégicas a desarrollar.

El país no dispone de un observatorio de medicamentos esenciales, sin embargo los Comités de Farmacoterapia Institucionales, son los que definen y promueven acciones de fármaco-vigilancia, a través del Programa de notificación espontánea de sospecha de reacciones adversas y de notificación espontánea de sospechas de fallas terapéuticas y uso racional de medicamentos. El MSPAS evalúa el proceso de los aspectos críticos en la gestión de los medicamentos a través de la "Encuesta sobre Gestión en el Sistema de Suministros

Médicos” realizado durante las visitas de monitoreo que la UTMIN realiza a los establecimientos de salud, en forma trimestral.

Se carece de una instancia que regule el proceso de compra y distribución de los medicamentos esenciales en el país, sin embargo los procesos de compras y distribución de los medicamentos de cada una de las instituciones, se realizan a través de las UACI y dependencias administrativas responsables de acuerdo a los lineamientos emanados de la LACAP.

No se ha formulado una Política de Precios de los Medicamentos ni un listado Nacional de Medicamentos Esenciales, sin embargo, cada Institución maneja su propio listado de acuerdo al perfil epidemiológico, necesidades de los prescriptores y usuarios y la capacidad financiera, realizando una revisión del listado en forma periódica, por lo menos una en el año.

El país ha tenido un avance en cuanto a la aplicación de protocolos de tratamiento para las patologías prevalentes en las instituciones prestadoras del sector para el primer, segundo y tercer nivel de atención, entre ellas Guía clínica del recién nacido con patología, Guía nacional de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia, y en los adolescentes, guías clínicas de atención de las principales morbilidades obstétricas del 3er nivel de atención, guías clínicas para la atención de los principales problemas de salud de los adultos mayores, entre otras, sin embargo, no todas han sido homologadas.

De acuerdo a los art. 32 de la Ley de Farmacias³², se establece que en toda droguería o farmacia, además del farmacéutico titulado y donde se necesite empleados dependientes, éstos deberán ser idóneos en farmacia, con certificado expedido por autoridad competente. Es la Junta de vigilancia respectiva quien vela por el cumplimiento en el sector privado. El ISSS y Sanidad Militar cuentan Químicos y Farmacéuticos responsable en todas sus farmacias.

El número total de productos farmacéuticos registrados en el CSSP en los tres últimos quinquenios ha ido en aumento, llegando para el período 2000-2005 a 5,983 productos; de los cuales el 60% son productos de marca y el restante 40% son genéricos; mostrando una leve disminución en el gasto destinado a estos medicamentos, que fue del 11.99 para el período 1995 – 1999 y del 11.96% para el último período (anexo tabla 25).

³² Ley de Farmacias, 9 de julio de 1927.

Tabla 20: Medicamentos, por quinquenios, El Salvador

INDICADOR	1990 - 1994	1995 - 1999	2000 - 2005
No. Total de productos farmacéuticos registrados	3,500	4,000	5,985
Porcentaje de Medicamentos de Marca	80%	80%	60%
Porcentaje de Medicamentos de Genéricos	20%	20%	40%
Porcentaje del Gasto Público en Salud destinado a medicamentos	ND	11.99%	11.96%

Fuente: Consejo Superior de Salud Pública.

2.3.4. Equipo y Tecnología

En relación con la disponibilidad de recursos tecnológicos se establece que en el sector público, para el período 2001-2004 se contaba con 0.01 equipos de radiodiagnóstico básico por cada 1000 habitantes, 2.41 Laboratorios Clínicos por cada 100,000 habitantes, y 0.44 Bancos de Sangre por cada 100,000 habitantes, menor a lo que se reporta para el año 2000, en el Perfil del Sistema de Servicios de Salud El Salvador de noviembre 2001.³³ En tanto en el sector privado, se contaba con 0.013 equipos de radiodiagnóstico básico por cada 1000 habitantes, 4.22 laboratorios clínicos por cada 100,000 habitantes, y 0.1 Bancos de Sangre por cada 100,000 habitantes. En total, en ambos sectores la disponibilidad de recursos tecnológicos es de 0.03 equipos de radiodiagnóstico básico por cada 1000 habitantes, 6.63 laboratorios clínicos por cada 100,000 habitantes, y 0.46 Bancos de Sangre por cada 100,000 habitantes a nivel nacional.

Tabla 21: Disponibilidad de equipamiento en el sector salud, 2001-2004, El Salvador

Tipo de Recurso	Camas censables por 1.000 habitantes	Equipos de radiodiagnóstico básico por 1.000 habitantes ++	Laboratorios Clínicos por 100.000 habitantes	Bancos de Sangre por 100.000 habitantes +++
SUBSECTOR PÚBLICO				
MSPAS	0,68	0,01	2,50	0,38
ISSS	0,22	0,004	0,19	0,03
Hospital Militar	0,038	0,001	0,03	0,03
TOTAL SECTOR PÚBLICO	0,95	0,01	2,72	0,44
SUBSECTOR PRIVADO (CON Y SIN FINES DE LUCRO)				
Cruz Roja	N/A	N/A	N/A	0,01

³³ Perfil del Sistema de Servicios de Salud El Salvador. (1ª.ed.10-12- 1998), (2ª.ed.1506-2001), (levemente modificado 26 noviembre de 2001), OPS.

Privados +	N/D	0,013	4,22	0
TOTAL SECTOR PRIVADO	0,000	0,013	4,22	0,01
TOTAL	0,95	0,03	6,94	0,46
POBLACION 2004	6757408	6757408	6757408	6757408

Fuentes: Laboratorio Central MSPAS Diagnóstico Situacional de Red Nacional de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión Nov 2005. ISSS Unidad de Estadística 2004. Junta de Vigilancia de la Profesión en Laboratorio Clínico Nov 2005. Unidad Reguladora de Radiaciones Ionizantes UNRA Nov 2005. Proyecciones de Población de El Salvador 1995-2025 Dirección General de Estadística y Censos DIGESTYC

NOTAS: El total de Laboratorios inscritos ante la Junta de Vigilancia de la Profesión en Laboratorio Clínico a Nov 2005 es de 789. +Laboratorios Particulares con y sin fines de lucro, incluyendo laboratorios de Hospitales Privados. ++Equipo de radiodiagnóstico básico incluye Convencional y Fluoroscopia. Adicionalmente, a nivel de país existen 108 equipos de radiodiagnóstico móviles, 18 Equipos de Tomografía Axial COMputarizada, y 39 de Mamografía +++Adicionalmente, existen Servicios Transfusionales a nivel de ISSS (4), MSPAS (4), y Privados (20). Los Laboratorios Clínicos con Banco de Sangre son 18.

2.3.5. Garantía de la calidad

Para consolidar los esfuerzos de mejorar la calidad de servicios de salud, en el 2005 a nivel de MSPAS se elaboró, validó y lanzó el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador, como un instrumento trazador del quehacer de salud en la misión de reducir los riesgos propios de la atención en salud y mejorar la satisfacción de los usuarios y usuarias. El Programa expone un análisis de la problemática de calidad del sector salud, la definición conceptual, prioridades, objetivos, ejes de intervención que se han trazado en la mejora de la calidad, estrategias para el logro de los objetivos, así como la organización del Comité Nacional de Calidad quien será el ente conductor del proceso en los servicios de salud.

A nivel del MSPAS se cuenta con documentos, normas, guías específicas relacionadas a la prestación directa del servicio de salud. Estas han sido diseñadas por y para cada programa, gerencia, unidad o dependencias del MSPAS con la participación de otras instituciones del sector salud (anexo B - documentos regulatorios).

Habiéndose realizado encuestas sobre la percepción de los usuarios respecto al tema, se identificaron algunos problemas de insatisfacción, esto generó la elaboración de una propuesta para fortalecer el cambio de actitudes de los proveedores de salud a través de capacitaciones en los temas de mejoramiento de la calidad. Con la cooperación de Agencias Internacionales se organizaron cursos de calidad dirigidos a personal multidisciplinario de diversos hospitales nacionales, entre éstas la cooperación Técnica Alemana apoyó la capacitación en calidad con el enfoque del modelo EFQM (European Foundation Quality Management) desarrollando talleres sobre Calidad Aplicada a Salud Pública (CALSAP). Como producto de estas capacitaciones surgieron 3 Foros de Calidad a nivel nacional, en los cuales

se presentaron los resultados de los mejores Proyectos de Calidad.

El Gobierno de Japón destinó fondos de cooperación técnica y financiera a fin de desarrollar el proyecto para mejorar la calidad de formación y el desempeño del personal de enfermería en donde se capacitaron a entrenadores en el modelo EPQI (Mejora Continua de la Calidad en salud Basada en Evidencia). Dicho modelo se ha desarrollado más a nivel hospitalario del SIBASI Centro y en las Unidades de Salud en el 2005. En la misma línea de formación en calidad se realizaron diplomados en Gerencia, en los cuales se incorporó módulos enfocados a la mejora de la calidad. Además se incorpora la herramienta de los Compromisos de Gestión, los cuales adoptan el enfoque de calidad, a través de encuestas de satisfacción de usuarios, disminución de los tiempos de espera, Ventana del Director, Buzones de Sugerencias, así como la capacitación para fortalecer las competencias del personal de salud en algunas áreas de atención tales como emergencia, reanimación neonatal, competencias obstétricas, entre otros.

Desde 1997 se han impartido cursos y entrenamiento en cuanto a la atención de emergencia pediátrica en el Hospital Benjamín Bloom: el curso de Apoyo Vital Básico (AVB) y el Curso de Apoyo Vital Avanzado Pediátrico (AVAP, o sus siglas en inglés PALS). En septiembre de 2004 se llevó acabo la Certificación de los Cursos de Reanimación por la American Heart Association (AHA) en unión con la Academia Americana de Pediatría (AAP), obteniendo validez internacional de los mismos. Además se logró certificar a 23 médicos de la Red Nacional de Hospitales, como Instructores PALS, con esto se intenta unificar el abordaje de emergencias pediátricas y fortalecer los conocimientos del personal de salud del MSPAS que atiende a niños y niñas.

El monitoreo de la calidad de los servicios se realiza permanente de las Condiciones de Eficiencia para la atención con calidad de los niños enfermos por neumonía y diarrea en las Unidades de Salud y Hospitales del MSPAS. Adicionalmente, en el 2005 se desarrolló un taller nacional sobre la evaluación de la Calidad en Atención Médica. A nivel de algunas zonas del país se desarrollan esfuerzos por unificar criterios de manejo en algunos servicios hospitalarios.

En el 2004, se implementaron las Cartas de Derechos y Deberes de Usuarios en 2 Centros de Referencia Nacional (Hospital de Maternidad y Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom), en 5 hospitales generales y en 1 Unidad de Salud. Incorporandose 4 Hospitales de la Zona Occidental del país, en el 2005.

Para el año 2005, el MSPAS, a través del Proyecto de la UCP/PAM-BID, llevó a cabo una consultoría en torno a la Calidad, en la cual se identificaron, a nivel de cada SIBASI, las

5 Áreas Prioritarias de Mejora a corto y mediano plazo, para las cuales se desarrollaron los respectivos planes de implementación de dichas iniciativas y cada seis meses se evalúa el avance de las éstas, correspondientes a cada uno de los SIBASI.

En cuanto al Sistema de Referencia y Retorno, se ha trabajado previamente en la elaboración de documentos para aplicarse entre el 1er y 2º Nivel de atención. Desde el 2005 se desarrollan discusiones mensuales con el fin de mejorar la referencia y retorno de pacientes desde y hacia el 3er nivel de atención (Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, Hospital de Maternidad y Hospital Rosales), resultando una disminución de las dificultades encaradas en el día a día de este tipo de referencias.

En 2005, se realizó la medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, y en cuanto a la función No. 9 “Garantía y Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud Individual y Colectivos”, su ponderación resultó ser una de las más deficientes, habiéndose planteado en el Plan de Desarrollo de las FESP³⁴, 4 indicadores y para cada uno se definen las intervenciones a fin de mejorar el desempeño.

Aún cuando el país no dispone de criterios y procedimientos para acreditar instituciones públicas y privadas de salud, sin embargo en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud lanzado en noviembre 2005³⁵, dentro de sus siete ejes de intervención plantea entre otros: Eje 2. Categorización de los establecimientos de atención del Sector Salud, Eje 3. Habilitación de los establecimientos de salud, Eje 4. Certificación del Recurso Humano de Salud, y el Eje 5. Acreditación de las instituciones de Salud.

En la actualidad se cuenta con una gama de instrumentos y herramientas atomizadas para medir el cumplimiento de estándares de calidad a nivel de los establecimientos y servicios de salud en los distintos niveles del MSPAS. No obstante, a pesar de esta diversidad, se está iniciando un esfuerzo de estandarización de dichos instrumentos.

Para la canalización de reclamos por parte de los usuarios de los servicios de salud, se cuenta con técnicas interactivas tales como: Ventana del Director, Buzones de Sugerencias, Encuestas de Satisfacción, Oficina de Atención al cliente y Teléfono amigo (MSPAS), Punto Seguro (ISSS), entre otras.

³⁴ Plan de Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, noviembre 2005. MSPAS, pp. 33-34.

³⁵ Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador, noviembre 2005. MSPAS pp. 20-22.

2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

En el cuadro siguiente se expresan las instituciones y organismos respecto a su participación en el sistema de salud:

Organización	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y fiscalización			
MSPAS	X	X	X		X
SM		X	X	X	X
FOSALUD		X	X		X
CSSP		X	X		X
BM		X	X	X	X
ISRI		X			X
ISSS	X	X	X	X	X
ONG'S			X		X
Municipalidades	X	X	X		X
Instituciones Formadoras de RRHH	X	X	X		
Aseguradoras Privadas	X	X	X	X	
Proveedores Privados	X	X	X		X
Cooperación Externa	X	X	X		

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

En el 2001, a nivel institucional y en consonancia con la Propuesta de Reforma Integral de Salud", presentada por la Comisión Nacional de Reforma en salud, el MSPAS define su misión en la cual se declara como "La instancia del Estado rectora en materia de salud, que garantiza a los habitantes de la República de El Salvador la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, y calidad, y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida"

El MSPAS, consecuente con esa declaración de intenciones y compromisos, propone

convertirse en el futuro en la instancia rectora del sector salud fortalecida, conduciendo de manera eficiente y efectiva el sistema nacional de salud, y añade la contraloría social como un mecanismo para promover la participación de las comunidades a través de unidades desconcentradas o niveles subnacionales, los “Sistemas Básicos de Salud Integral”, SIBASI.

En 2003, se integra la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, CNSPRIS, con el fin de garantizar el proceso de reforma integral de salud, propuesta por el CNRS, así como difundir y abrir los espacios de debate y consulta para tales propósitos³⁶.

3.1. EFECTO SOBRE LAS “FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD”

La iniciativa de diseñar un proceso de reforma, también llamado proceso de cambio del sector salud en El Salvador, lleva unos trece años de esfuerzos en los que han participado una serie de actores y sectores de la vida social y política del país. En este proceso han convergido actores del ámbito técnico también, quienes, con línea política, han desarrollado diferentes propuestas mencionadas en el anterior Perfil del Sistema de noviembre 2001 y además las siguientes: En el 2002, la Presidencia de la República presentó una propuesta de reforma, “Democratización del Sistema Provisional de Salud”, en la cual se privilegiaba la participación privada en la prestación de servicios, mediante la introducción en el sistema público de entes privados con la modalidad de libre elección. Esta propuesta, sumada a las condiciones económicas y sociales, así como las fuertes críticas a las condiciones de salud y las iniciativas que pretendían favorecer al sector privado en la prestación de servicios de salud, desencadenaron una amplia movilización de organizaciones sociales que iniciaron y mantuvieron un conflicto durante nueve meses, que finaliza el 13 de junio de 2003.

En esa fecha, delegados y representantes del Presidente de la República, del MSPAS, del ISSS, del Colegio Médico de El Salvador y del SIMETRISSS, pactaron el “Acuerdo para la Solución del Conflicto de Salud e inicio del Proceso de Reforma Integral de Salud”, en cuyo contenido se contemplaba dar continuidad a la Propuesta de Reforma Integral de Salud e institucionalizar la existencia de una Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud.

La CNSPRIS, está conformada por actores que representan distintos sectores vinculados con la salud, quien trabaja en el desarrollo de una serie de propuestas entre ellas: la de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, Anteproyecto de Ley de

³⁶ Decreto Ejecutivo No. 51, del 24 de junio de 2003.

Creación del Sistema Nacional de Salud, Política de Participación Social en salud, Política de Desarrollo de Recursos Humanos en salud y la de un modelo de financiamiento congruente con los objetivos del sistema nacional de salud.

La propuesta de Organización y Funcionamiento contempla la necesidad de que se conforme un “Sistema Nacional de Salud”, bajo la función rectora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dirigidas hacia el ejercicio de la regulación, ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y provisión de servicios de salud; y el cumplimiento de tres objetivos estratégicos.

Dentro de los requerimientos enunciados por la CNSPRIS en función de operativizar el SNS, se destaca que se requerirá de la definición de una Política Nacional de Salud, en la que se contemplen elementos sustantivos tales como: objetivos y metas, articulación de esfuerzos entre las instituciones públicas y privadas, construcción de consensos y movilización de recursos, todo en función de las necesidades de salud de la población con énfasis en el primer nivel de atención y la atención primaria en salud.³⁷

De la misma manera, para la ley de creación del SNS se establece la necesidad de asignar el presupuesto adecuado para dar cumplimiento a los objetivos del sistema, sin embargo cada miembro del SNS seguirá teniendo sus propias fuentes de recursos financieros y serán responsables de la ejecución de los mismos en función de los objetivos que plantee la Política Nacional de Salud.

3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SALUD

El proceso de Reforma de Salud a pesar de tenerse varias propuestas diseñadas, ninguna ha sido implementada, razón por la cual, no se puede evidenciar cómo los principios orientadores de ésta, contribuyen a mejorar los niveles de equidad, efectividad y calidad, eficiencia, sostenibilidad, participación y control social en el sistema de salud en el país.

En el marco conceptual de la propuesta de Organización y Funcionamiento del SNS, se definen como objetivos estratégicos ampliar la cobertura, mejorar la calidad de la atención y de los servicios, garantizar la equidad en la atención y el acceso a la salud como un derecho humano.

³⁷ CNSPRIS, Propuesta organización y funcionamiento del sistema nacional de salud.

No obstante, el MSPAS a partir de este quinquenio ha implementado estrategias de extensión de cobertura a las zonas rurales en donde no se tenía acceso a los servicios de salud, a través de los préstamos otorgados por el BID y Banco Mundial, así como el FOSALUD. Estas estrategias han contribuido a reducir las barreras funcionales de acceso,

3.3. PROCESOS POLÍTICOS/ACTORES QUE SUCITARON Y/O SOSTIENEN EL PROCESO DE CAMBIO DEL SISTEMA DE SALUD

Como ya se ha explicado en el apartado 3.1 que en el proceso de cambio del sector salud, han participado desde sus inicios una serie de actores y sectores del ámbito social y político del país de manera activa o pasiva, para lo cual, es importante destacar el análisis de la opinión recabada por una muestra de 15 de éstos, entre líderes de salud, empresarios, académicos, profesionales agremiados y funcionarios de organismos cooperantes en lo relacionado a cómo ven y/o sostienen el proceso de la reforma de salud llevado a cabo. De los 15 entrevistados, éstos se agruparon de acuerdo al sector que representaban siendo del sector público tres, igual número los profesionales agremiados, de la empresa privada dos, al igual que los académicos y de la cooperación externa se contó con cinco opiniones.

Análisis de la Información³⁸

Según la mayoría de los entrevistados la reforma o procesos de cambios propuestos corresponden a una iniciativa en primer lugar de la cooperación internacional, en un segundo lugar sitúan al sector político, entendiendo por éste al accionar de los diputados de la Asamblea Legislativa y en un tercer lugar sitúan al poder ejecutivo, y en algunos casos hay quienes expresaron que es un requisito que el ejecutivo debe de llenar (aprobación de reformas) para la otorgamiento de préstamos (anexo gráfico 9).

La mayoría de los consultados coincide en que los procesos de cambios son producto del acuerdo de varios actores involucrados, el resto indicó que obedece a la decisión de una autoridad central. De los entrevistados se tiene una visión clara de la necesidad de implementar procesos de cambios que permita construir un sistema de salud menos fragmentado orientado a favorecer el acceso equitativo a los servicios integrales de salud para la población salvadoreña. No obstante, que 10 de los 15 entrevistados indica estar muy a favor al proceso de cambio, algunos de los mismos no consideran que las propuestas

³⁸ Entrevistas realizadas por: Dra. Claudia Suárez y Lic. Marielos de Turcios.

existentes estén de acuerdo al tipo de sistema de salud nacional. Se reconoce por parte de los entrevistados que las agencias cooperantes, especialmente el Banco Mundial como el mayor interesado en llevar a cabo una reforma y así mismo contribuyen financieramente al proceso.

Para los entrevistados son tres los actores que están actuando de manera activa en el proceso: ejecutivo, sociedad civil organizada en temas de salud y académicos. Del primero reconocen, según algunas opiniones, ser el promotor de los procesos de cambio en sí. De los grupos que conforman la sociedad civil lo entiende como la oposición a los procesos de cambio. En tercer lugar, ven al sector académico como un actor que ha contribuido a la elaboración de propuestas, más su participación en el proceso de implementación es débil, sobre todo en lo que respecta a la formación de recurso humano idóneo al tipo de sistema que se está proponiendo, en donde se hace necesario contar con una base de datos actualizada en cuanto al número, distribución del recurso humano en salud y tipo de especialidad. Es importante resaltar, que todos los entrevistados coinciden en la necesidad de disponer de información sobre la cantidad de recurso humano que están ofertando las entidades formadoras al sector laboral.

Un dato que es importante señalar y que corresponde al juego de poder que se da entre el ejecutivo y legislativo y lo cual da cierta luz sobre el conocimiento que los actores tienen del proceso, es el hecho que para ocho de los informantes el ejecutivo es el que tiene el poder del veto en las decisiones. El resto indicó que es una práctica que puede ser ejercido por ambos. Esto podría convertirse en un indicador de que una minoría de los entrevistados está consciente que ambos poderes podrán tener el derecho de vetar el proceso de cambio, por lo que se hará mucho más necesario el trabajo de negociación.

Al no contar con una conciencia o conocimiento sobre el desarrollo de la democracia actual, la mayoría de los informantes tienden a indicar que el proceso de cambio no aporta nada a la construcción de la democracia nacional. De hecho se encontró que 2 de los 15 informantes dicen que El Salvador es un país en donde no se tiene democracia. Sin embargo, más de la mitad de los entrevistados dice que el proceso de cambio ha aportado en dos elementos al proceso de democracia: la existencia de un mayor control social y la libre elección.

Del primero podría decirse que se da como resultado de la labor que los medios de comunicación tuvieron durante el inicio de los procesos y la segunda podría estarse relacionando como las diferentes consultas y mesas que se han establecido para el proceso. En cuanto al proceso de gobernabilidad que se vive en el país para la mayoría de los informantes coinciden en que el mismo está en construcción. No obstante, que tres opinan

que no existe dicho proceso. Lo anterior al ser contrastado con las opiniones sobre que no hay democracia, se encontró que son personas que representan al sector civil organizado (profesionales agremiados).

La posición de los actores³⁹ frente a los procesos de cambio de los sistemas de salud, se resumen en dos puntos: primero, la mayoría de las instituciones/organizaciones que representan los entrevistados se encuentran muy a favor del proceso de cambio y segundo, se da una relación entre aquellos que se encuentran a favor del proceso de cambio y quienes dicen tener cierto grado de acción. En donde se puede inferir que entre mayor poder de accionar tiene la organización más a favor se encuentra en los procesos de cambio.

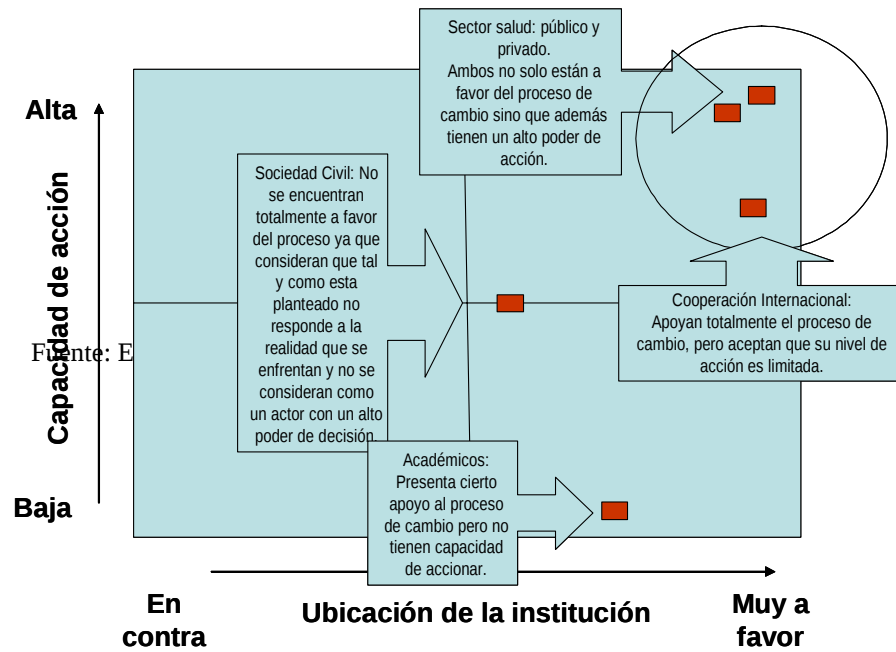
Otra variable muy aproximada (Proxy), es la que tiene que ver con el control que el actor ejerce en los medios de comunicación e información, ya que se observó que 10 de los entrevistados dicen tener control en dichas áreas y se encuentran muy a favor del proceso de cambio, tienen un prestigio e imagen muy favorable y además indican tener una alta o media capacidad de acción (anexo gráfica 10).

En cuanto al Rol de los actores que cada uno tiene respecto a la capacidad de acción (poder) en la reforma para afectar a favor o en contra a los resultados de cada objetivo del proceso, que de acuerdo a su respuesta se agrupan así:

- Los convencidos: el sector de salud, tanto público como privado y en un menor grado la cooperación internacional, a quienes no hay que reforzar e informar, pero que están convencidos del proceso de cambio y tienen un alto grado de capacidad de acción.
- Los convencidos pero con poca o casi nula capacidad de acción, siendo los académicos y la sociedad civil, puesto que si bien no apoyan totalmente el proceso, estos no están en contra de la iniciativa misma.

A continuación se esquematiza el rol de los actores respecto a su capacidad de acción, para afectar a favor o en contra en la Reforma de Salud:

³⁹ Se hace necesario dejar constancia en el documento, que algunas de las preguntas de la posición de actores fueron reformuladas para una mejor obtención de información. Asimismo, se rediseñaron las escalas para una mejor ubicación de los actores.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La realización del presente informe constituyó un reto tanto en la metodología, recopilación, análisis y sistematización de la información; el haber conformado los equipos de trabajo de acuerdo a la afinidad de los temas resultó ser una opción para cumplir de manera exitosa los lineamientos metodológicos, sin embargo nos hemos encontrado con dificultades tales como:

1. Obtener información únicamente del MSPAS, ISSS, Bienestar Magisterial, 9 hospitales privados y Universidades, constituyéndose en un documento no representativo para el 100% del sector.
2. Haber formulado los indicadores del ISSS, utilizando el 15% de la población total.
3. La información presentada del observatorio de recursos humanos periodo 2000-2005, ésta no es suficiente respecto a los datos requeridos, ni tampoco fue posible contar con información del 2003 y 2005.
4. Los sistemas de información a nivel nacional no contemplan variables relacionadas a grupos étnicos, migratorios, en algunos casos por sexo o edad, en donde se informa las especificidades tomadas del país.

Por las razones antes expuestas se recomienda:

1. Instar a las instituciones que conforman el sector de salud y otras a mantener sistemas de información gerencial y de estadísticas con oportunidad y veracidad para la generación de informes nacionales.
2. Divulgar el presente informe a las instancias correspondientes para generar espacios de reflexión y toma de decisiones específicas en los temas abordados en el mismo.
3. Continuar fomentando la cultura del manejo y resguardo de datos estadísticos institucionales.
4. Hacer eficiente y disponible en todas las instituciones del sector salud el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, el cual se constituye como base de información en la relación oferta y demanda de recursos formados en salud, a fin de contribuir a la implementación de la Política Nacional de Recursos Humanos.

ANEXO A – DOCUMENTOS DE TIPO REGULATORIO

A nivel del MSPAS se cuenta con documentos, normas, guías específicas relacionadas a la prestación directa del servicio de salud. Estas han sido diseñadas por y para cada programa, gerencia, unidad o dependencias del MSPAS y son:

Atención Integral en Salud a la Niñez:

- o Guía Clínica del Recién Nacido con Patología
- o Guía Nacional de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)
- o Manual de procedimientos de AIEPI comunitario
- o Manual de crecimiento y desarrollo del niño y niña de 0 a 9 años
- o Manual básico para la suplementación con Micronutrientes
- o Manual del Facilitador y la Facilitadora de AIN (Atención Integral en Nutrición)
- o Manual de Procedimientos del Promotor de Salud
- o Paquete Madre/Bebé: Implementando la maternidad segura en los países

Atención Integral en Salud de Adolescentes:

- o Programa Nacional de Atención Integral en Salud de Adolescentes
- o Norma de Atención Integral en Salud de Adolescentes
- o Plan Estratégico para la Atención Integral en Salud de Adolescentes
- o Guía de atención de los Principales problemas de salud de Adolescentes
- o Guía Educativa para la atención de adolescentes con complicaciones en su salud reproductiva
- o Instrumento de evaluación del estado nutricional para la población de 10-19 años
- o Guía de alimentación para adolescentes y mujer en edad fértil
- o Guía para la consejera en la atención de adolescentes

Atención Integral en Salud a la Mujer (entre otros):

- o Directiva Técnica Nacional para la Atención de la Mujer en el embarazo, parto , puerperio y del recién nacido

Normativa Técnica de Prevención y control de Cáncer Cérvico Uterino

- o Norma Nacional de Atención en salud a personas afectadas por violencia intrafamiliar
- o Norma de Planificación familiar
- o Guías clínicas de atención de las principales morbilidades obstétricas del tercer nivel de atención
- o Instrumento de evaluación del estado nutricional para la población de 20 a 60 años
- o Programa de Prevención y control de Cáncer Cérvico Uterino
- o Norma Salvadoreña, Norma técnica de la Sal Yodada
- o Norma Salvadoreña Harinas, Harina de Maíz
- o Norma Salvadoreña Harinas, Harina de Trigo
- o Norma Salvadoreña Azúcares, especificaciones

Atención Integral en Salud al Adulto Masculino:

- o Modelo Nacional de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino
- o Plan Nacional Intersectorial para la Prevención y control del consumo de tabaco en El Salvador
- o Manual de Lineamientos para la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en la comunidad
- o Norma de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino
- o Plan Nacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles

Atención Integral en Salud al Adulto Mayor:

- o Modelo Nacional de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor
- o Manual de Operaciones de Atención Integral de la persona adulta mayor
- o Programa Nacional de Prevención y Control de la Enfermedad de Hansen (Lepra)
- o Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores
- o Norma de Control de la Enfermedad de Hansen
- o Manual de procedimientos para el diagnóstico Bacteriológico de la Enfermedad de Hansen
- o Guía de Atención Clínica de la Enfermedad de Hansen
- o Norma Técnica de Rehabilitación en Salud a las Personas con Discapacidad CONAIPD 2005

Atención Integral en Salud al Ambiente (entre otros):

- o Normas y procedimientos de promoción de la salud ambiental
- o Norma Salvadoreña Obligatoria para la calidad del agua potable
- o Norma Salvadoreña Obligatoria de Agua Envasada

Manual de operación de sistemas de agua

- o Manual técnico para el manejo de los desechos sólidos peligrosos bioinfecciosos generados en establecimientos del sector salud ubicados en áreas que no cuentan con sistemas de recolección, transporte tratamiento y disposición final sanitaria
- o Manual de control de emisiones atmosféricas producidas por fuentes fijas
- o Manual técnico para el manejo de los desechos sólidos peligrosos bioinfecciosos generados en establecimientos del sector salud ubicados en áreas que cuentan con sistemas de recolección, transporte tratamiento y disposición final sanitaria

Norma técnica sanitaria para la autorización y control de establecimientos alimentarios

- o Norma técnica sanitaria para la instalación, uso y mantenimiento de letrinas secas sin arrastre de agua
- o Norma técnica sanitaria para la autorización de instalación y funcionamiento de granjas porcinas
- o Norma técnica sanitaria para la autorización de instalación y funcionamiento de industrias confeccionadoras de ropa

Unidad de Salud Bucal:

- o Norma Técnica de Odontoestomatología
- o Guía de Atención Odontoestomatología
- o Manual de Procedimientos en Estomatología
- o Manual para el Control de Infecciones en la Práctica Odontoestomatológica
- o Práctica Restaurativa Atraumática para el Abordaje de la Caries Dental (PRAT), Experiencia en El Salvador

Programa Nacional de Salud Mental (entre otros):

- o Norma de atención Integral en Salud Mental
- o Norma de Atención a Personal con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas
- o Guía Clínica de Atención a los problemas más frecuentes de salud mental
- o Guía Clínica para la atención a las personas con conductas adictivas a Sustancias Psicoactivas
- o Listado de Medicamentos y Equipo Básico
- o Ficha Técnica de Registro y Notificación.
- o Ley Reguladora de Actividades Relativas a las Drogas

Reglamento de Funcionamiento de las Instituciones y Establecimientos que brindan atención a personas afectas a drogas

- o Guía Clínica para la Atención de la persona con epilepsia
- o Modelo de intervención en crisis en situaciones de emergencias y desastres

Programa Nacional ITS/HIV/SIDA:

- o Política de Atención Integral a la epidemia de VIH-SIDA

- o Protocolos de Atención de Personas Infectadas por VIH
- o Manual Metodológico y Módulos Educativos para personas viviendo con VIH/SIDA
- o Manual para facilitadores sobre consejería VIH-SIDA
- o Guía para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH
- o Infecciones de Transmisión Sexual, Normas y Procedimientos de Atención
- o Guía para el Sistema de Información de la Profilaxis Post Exposición al VIH SIPPE
- o Guía para la consejería previa y posterior a la prueba VIH-SIDA
- o Ley y Reglamento de Prevención y Control de la infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana
- o Manual de Capacitación para la promoción y educación en VIH-SIDA con énfasis en el asesoramiento y prueba voluntaria para el sector nacional de salud
- o Guía de medidas universales de bioseguridad
- o Guía de Atención para poblaciones móviles
- o Guía de Intervención en salud dirigida a los privados de libertad
- o Guía de nutrición para el manejo de personas viviendo con VIH-SIDA
- o Manual para el control de infecciones en la práctica odontoestomatológica

Unidad de Enfermería (entre otros):

- o Política Nacional de Formación y Utilización de Recursos Humanos de Enfermería
- o Manual de Procedimientos de Enfermería
- o Guía técnica y cuidado de enfermería procedimientos de curación
- o Código de ética para la profesión de enfermería de El Salvador
- o Guía de Atención de Enfermería al Usuario con drenaje Quirúrgico
- o Protocolos de enfermería para el primer y segundo nivel de atención en salud
- o Guía Técnica y Cuidado de Enfermería en el Procedimiento de Curación
- o Guía para la aplicación del proceso de atención de enfermería en la niñez
- o Guía para la aplicación del proceso de atención de enfermería en la adultez
- o Manual de estándares e Indicadores de Calidad para el Cuidado de Enfermería
- o Manual de Supervisión de Enfermería Hospitalaria
- o Manual Organizativo y de funcionamiento de la central de esterilización hospitalaria
- o Manual para enfermería, lineamientos técnicos en la prevención control de infecciones nosocomiales
- o Modelo: Integración Docencia-Servicio para la formación de los recursos Humanos de Enfermería de El Salvador

Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis:

- o Norma de Prevención y Control de la Tuberculosis
- o Guía Técnica para el Diagnóstico de Tuberculosis por Microscopía Directa

Módulos de capacitación TAES para los SIBASI

- o Contenidos temáticos para la enseñanza de la tuberculosis en la formación de pregrado en las escuelas de medicina y de enfermería

Unidad de Medicamentos e Insumos Médicos (UTMIM):

- o Listado Oficial de medicamentos
- o Listado Oficial de Insumos Médicos
- o Listado Oficial de Ortopedia
- o Guía técnica para la notificación de sospecha de falla terapéutica de los medicamentos
- o Guía técnica para la notificación de sospecha de reacción adversa a un medicamento

Unidad Reguladora de Radiaciones Ionizantes (UNRA):

- o Reglamento especial de protección y seguridad radiológica
- o Norma Técnica para la Operación de Equipos de Gammagrafía Industrial
- o Norma Técnica para la Operación de Equipos de Radiografía Industrial con Rayos X
- o Norma técnica para el uso de fuentes radioactivas en branquiterapia

- o Norma técnica uso de fuentes radioactivas no selladas en medicina nuclear
- o Norma técnica de operación equipos de teleterapia
- o Norma técnica de procedimientos de control de calidad para equipos de rayos X de uso en diagnóstico médico y dental.
- o Norma técnica para radiología diagnóstica, intervencionista y odontológica
- o Documentos que contienen los aspectos administrativos/operativos de los servicios brindados y la sistematización de la información generada por estos mismos.

Unidad de Información en Salud:

- o Norma técnica para los departamentos de estadística y documentos médicos de hospitales.
- o Norma técnica para los departamentos de estadística y documentos médicos de primer nivel de atención.
- o Normativa para Registro y Procesamiento de Causas de Morbilidad y Mortalidad Atendidas por los Establecimientos de Salud
- o Guía de indicadores priorizados y estandarizados en salud, Año 2004
- o Manual de Instrucciones para Tabulador Diario de Actividades
- o Manual del Sistema de Información del Promotor de Salud

Direcciones y SIBASI:

- o Manual Dirección de Planificación
- o Manual Dirección de Regulación
- o Manual Dirección de Aseguramiento de la Calidad
- o Manual Dirección de Administración y Finanzas
- o Manual del SIBASI
- o Ley del SIBASI 2005
- o Código de Salud 1998
- o Anteproyecto del Código de Salud

Unidad de Investigación y Evaluación:

- o Guía metodológica para la elaboración de protocolos de investigación en salud
- o Guía para la Elaboración de Normas Técnicas Sanitarias o Administrativas

Otros:

- o Manual Operativo para la Extensión de Cobertura de Servicios de Salud 2005,
- o Referencia y Retorno de Pacientes/Usuarios 2002
- o Normas para la Referencia y Retorno" del ISSS, MSPAS, Hospital Militar y Bienestar Magisterial 2006) (en elaboración)
- o Guía metodológica: Organización y Planificación Comunitaria para la Reducción de los Desastres.