Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL SALVADOR

Noviembre 2004

Asdi

EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD EN EL SALVADOR

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Guillermo Maza.
Ministro de Salud

Dr. José Ernesto Navarro Marín.
Viceministro de Salud

Dr. Humberto Alcides Urbina Vásquez.
Dirección de Aseguramiento de la Calidad.

Dra. Ena García.
Dirección de Planificación.

Dr. Mario Vicente Serpas Montoya.
Dirección de Control y Vigilancia Epidemiológica.

Dr. Roberto Rivas Amaya.
Dirección de Regulación.

Lic. Judith Zárate de López.
Dirección de Administración y Finanzas

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel.
Representante, OPS – El Salvador.

Equipo de Trabajo

Lic. Josué Samuel Hernández, Consultor.
Dra. Claudia María Suárez, OPS - El Salvador.

Colaboradores

Lic. Marlene de Barrientos. Unidad de Información en Salud. MSPAS.
Lic. Edgar Soto. Unidad de Estadísticas en Salud. ISSS.
Lic. Giselle de Guerrero. Proyecto RHESSA. MSPAS.
Dr. José Antonio Pereira. Subdirector de Modernización. ISSS.
Dra. Jacqueline de Castro. Colaboradora Técnica. MSPAS
Dr. Marco Antonio Figueroa. Colaborador Técnico. MSPAS.

Supervisión Técnica

Dra. María Cecilia Acuña. OPS - Washington.
Lic. Margarita Petrera. OPS- Perú.

INDICE

PRESENTACIÓN **6**
RESUMEN EJECUTIVO **8**
I. INTRODUCCION **10**
II. CONTEXTO DE PAIS **12**
III. ANALISIS DEL SISTEMA DE SALUD **14**
1. EL SISTEMA DE PROTECCION DE SALUD DE EL SALVADOR 14
1.1 Estructura del Sistema de Salud *14*
1.2 Funciones Involucradas en el Sistema de Salud *15*
1.3 Administración y financiamiento del Sistema de Protección de Salud *19*
1.4 Desempeño del Sistema de Salud *22*
IV. CARACTERIZACIÓN Y MEDICIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD **35**
1. CAUSAS DE EXCLUSIÓN, INDICADORES 35
2. ANALISIS DE LA DIMENSION EXTERNA: BARRERAS DE ACCESO 39
2.1 Barrera económica *39*
2.2 Barreras geográficas de acceso *41*
2.3 Barreras laborales: Desempleo, subempleo, informalidad en el empleo *43*
2.4 Gasto en salud *45*
2.5 Barrera de tipo étnico *46*
3. DIMENSION INTERNA 47
3.1 Proporción de partos institucionales *47*
3.2 Proporción de niños menores de 5 años de edad que abandonan el programa de vacunación *49*
3.3 Proporción de mujeres embarazadas que no cuentan con el número normado de controles prenatales *49*
3.4 Proporción de población sin acceso a agua por alcantarrillado *51*
3.5 Número de médicos por cada 10 mil habitantes *53*
3.6 Número de camas por cada 10 mil habitantes *54*
3.7 Porcentaje de cobertura de la red de servicios *56*
4. RESUMEN DE POBLACIÓN EXCLUIDA 57
APÉNDICE ESTADÍSTICO - INDICE GENERAL DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD (ASPECTO METODOLÓGICO Y CÁLCULO) **59**
5. IDENTIFICACIÓN DE FUENTES DE EXCLUSIÓN, CATEGORÍAS, VARIABLES E INDICADORES 65
RECOMENDACIONES PARA LA FORMULACIÓN DE POLITICAS EN BASE A LOS HALLAZGOS DEL ESTUDIO **66**
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 70
GLOSARIO III
SIGLAS IV
ANEXO V

INDICE DE TABLAS

Tabla 1**. Antecedentes generales de la población salvadoreña** 13
Tabla 2. **Funciones involucradas en la protección social de salud** 15
Tabla 3. **Administración y financiamiento del Sistema de Protección de Salud** 19
Tabla 4. **Indicadores de desempeño del sistema de salud, varios años** 23
Tabla 5. **Evolución del gasto en salud 2000-04** 25
Tabla 6. **Cobertura efectiva de los sistemas de protección en salud** 26
Tabla 7. **Motivo de no consulta a establecimientos del MSPAS e ISSS** 27
Tabla 8. **Valoración de la calidad de los servicios por parte de la población que utilizó los establecimientos del Sistema de salud de El Salvador, 2002.** 29
Tabla 9. **Población con seguro de salud** 30
Tabla 10. **Tiempos de espera y distribución de establecimientos según departamento** 31
Tabla 11. **Población que se enfermo o accidento por acciones que tomó para curarse** 32
Tabla 12. **Aporte al gasto de bolsillo en salud por deciles de ingreso** 33
Tabla 13. **Estimación del gasto per cápita en salud, 2004** 34
Tabla 14. **Tipo de seguro disponible según condición de pobreza y género** 34
Tabla 15. **Dimensiones de análisis y fuentes de exclusión social en salud** 36
Tabla 16. **Indicadores seleccionados para medir la exclusión en salud en El Salvador** 38
Tabla 17. **Niveles de pobreza El Salvador, 2002** 39
Tabla 18. **Cobertura de seguros de salud por condición de pobreza según área, 2002.** 39
Tabla 19. **Tipo de seguro disponible según condición de pobreza** 40
Tabla 20. **Tiempo de traslado al establecimiento de salud según medio de transporte** 42
Tabla 21. **Desempleo y subempleo, 1998-2002 en %** 43
Tabla 22. **Condición del empleo de acuerdo a género e ingreso** 44
Tabla 23. **Recursos destinados a las familias, 2000** 46
Tabla 24. **Atención de partos por área según tipo de atención** 47
Tabla 25. **Atención de partos por condición socioeconómica según tipo de atención.** 48
Tabla 26. **Porcentaje de niños menores de 5 años que abandonaron el programa de vacunación.** 49
Tabla 27. **Porcentaje de embarazadas que no cuentan con el número de controles prenatales normado** 50
Tabla 28. **Personas sin acceso a agua por cañería por departamento, 2002** 51
Tabla 29. **Personas sin acceso a agua por cañería por condición de pobreza según área, 2002** 52
Tabla 30. **Personas con servicio sanitario no conectado a alcantarillado por decil de ingreso según área, 2002** 52
Tabla 31. **Población no cubierta por déficit de médicos, 2002 (**cifras MSPAS+ISSS**)** 54
Tabla 32. **Población con déficit de camas, 2002 (**cifras del MSPAS+ISSS+PRIVADO**)** 55
Tabla 33. **Población que enfermo por establecimiento donde acudió según condición de pobreza, 2002.** 56
Tabla 34. **Población excluida según diversas dimensiones y fuente de exclusión, 2002.** 57
Tabla 35. **El Salvador: Estimación de la proporción de población, niveles e índices de exclusión por FGT según área geográfica, 2002** 63
Tabla 36. **El Salvador: Descomposición del Índice de Exclusión según variables, 2002** 64
Tabla 37. **El Salvador: Ordenamiento de variables explicativas del índice de exclusión, 2002.** 64

INDICE DE FIGURA Y GRAFICOS

Gráfico 1. Composición del financiamiento del ISSS 20
Gráfico 2. Composición del financiamiento del MSPAS 21
Figura 1. Esquema del flujo de recursos financieros dentro del sistema de salud 21
Gráfico 3. Causas de no consulta 28
Grafico 4. Distribución del gasto en salud de MSPAS e ISSS a los hogares, 2000 32
Gráfico 5. Porcentaje de población por condición de pobreza según área 40
Gráfico 6. Afiliación a seguros según ingresos económicos 41
Grafico 7. Porcentaje de población desocupada y subempleada por regiones, 2002 44

Grafico 8. Atención de partos por departamento según tipo de atención 48
Grafico 9. Porcentaje de embarazadas que no cuentan con el número de controles prenatales normado..... 50
Grafico 10. Porcentaje de personas sin acceso a agua por cañería por departamento, 2002 51
Grafica 11. Médicos por 10 mil habitantes, 2002 (Cifras del MSPAS+ISSS) 53
Grafico 12. Número de camas por 10 mil habitantes, 2002 (cifras del MSPAS+ISSS+PRIVADO) 55
Grafico 13. Porcentaje de población que enfermo por establecimiento donde acudió según condición de pobreza, 2002. 57

PRESENTACIÓN

Dentro del marco de Reforma Integral de Salud y Modernización, el Ministerio de Salud detectó la necesidad de caracterizar la situación de exclusión en salud prevalente en el país, con el fin de diseñar estrategias tendientes a incluir a la población excluida del acceso a la salud.

La identificación de los excluidos en salud se considera un insumo central para la formulación de políticas de protección social que el Estado salvadoreño desea impulsar como parte del compromiso adquirido en el contexto de la cumbre del milenio, y es un esfuerzo sinérgico con aquellos que se están realizando en el ámbito económico y de educación. El objetivo de estos esfuerzos es la mejoría de las condiciones de vida de los salvadoreños y salvadoreñas y el desarrollo del país en un contexto de globalización creciente.

El presente estudio busca analizar la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a las necesidades de salud expresadas por la población usuaria e introduce fuertemente el concepto de que el sector salud va más allá del subsistema público y de que la protección en salud es responsabilidad del conjunto de la sociedad incluyendo la seguridad social, el subsistema privado y los gobiernos locales. Creemos firmemente que esta metodología aporta información valiosa al diagnóstico de la situación de salud y como tal, esperamos sea incorporada a la batería de instrumentos técnicos utilizada rutinariamente en el sector.

Finalmente, deseamos agradecer a OPS por su permanente apoyo al desarrollo e implementación de insumos técnicos que fortalecen nuestra gestión en salud.

Con este estudio se contribuye en el camino para el fortalecimiento del Diálogo Social en este campo, así como para el monitoreo y evaluación de las estrategias actualmente utilizadas para reducir la exclusión social en salud.

Dr. José Guillermo Maza
Ministro de Salud

PRESENTACION

La generación de insumos técnicos es el eje central de la cooperación de OPS en los países. Dichos insumos sin embargo, deben ser coherentes con el contexto país y aportar al cumplimiento de los objetivos que el país se ha fijado en materia de salud. Asimismo, dichos instrumentos deben ser consistentes con las prioridades de la organización en materia de los compromisos suscritos por la comunidad internacional en materia de salud.

Creemos que la caracterización de la exclusión en salud se inserta plenamente dentro de estos principios y constituye un aporte a la formulación de políticas de salud en El Salvador, al cumplimiento de los objetivos del milenio y al mandato que los países miembros hicieran a OPS y OIT en el año 2002 en el sentido de apoyar y promover la extensión de la protección en salud.

Esperamos que la información que se presenta a continuación sea de utilidad para la toma de decisiones y el diseño de intervenciones por parte de las autoridades y técnicos de salud, pero también deseamos que se convierta en una herramienta de abogacía de la sociedad civil para mejorar el acceso a la salud en un marco de derechos y responsabilidades, a través del diálogo social.

Alcanzar niveles adecuados de calidad de vida y de desarrollo no es sólo responsabilidad de los gobiernos, sino de la comunidad toda y debe reflejarse en un compromiso ciudadano. Es de esta manera que el desarrollo se convierte en un vehículo de cohesión social y construcción democrática y posibilita que todas las personas puedan disfrutar de manera equitativa de los frutos del progreso. La salud es un poderoso instrumento de crecimiento, productividad y democracia. La lucha contra la exclusión en salud debe ser un compromiso de la sociedad salvadoreña en su camino a convertirse en el país de futuro que los salvadoreños han imaginado.

Dr. Eduardo Guerrero
Representante
OPS-OMS El Salvador

RESUMEN EJECUTIVO

El informe sobre exclusión social en salud realizado en El Salvador tiene como objetivo: 1. Cuantificar el porcentaje de la población excluida 2. Identificar las principales fuentes de exclusión 3.Identificar el perfil de los excluidos en salud 4.Identificar en que áreas geográficas se concentra la población excluida

El presente estudio busca analizar la composición del Sistema de Salud salvadoreño así como la capacidad de respuesta frente a las necesidades de salud expresadas por la población usuaria, e introduce elementos que muestran que el sector salud es más que el subsector público y que la protección en salud es responsabilidad del conjunto del sector como parte de la sociedad salvadoreña.

Por tanto el análisis de la información requiere que junto al sector salud se fortalezca la participación de otros actores y sectores, para diseñar estrategias de intervención orientadas a la extensión de la protección social en salud.

En el marco de la metodología desarrollada por OPS/OMS, la exclusión social en salud en El Salvador, se entiende como la imposibilidad de una persona o grupo de personas de acceder a la atención en salud de manera adecuada, a través de uno o más de los tres subsistemas: el Público, la seguridad social, el privado en circunstancias en que otros miembros de la sociedad acceden a estos subsistemas.

La medición de la exclusión social en salud en El Salvador y la construcción de los indicadores internos y externos se realizaron a partir de la encuesta de hogares de propósitos múltiples (EHPM) 2002 de la DIGESTYC, información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), del Consejo Coordinador Nacional Indígenas Salvadoreños (CCNIS) y Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03 (FESAL-2002/03), en el que se realizó análisis bivariado de exclusión que incluye el enfoque de necesidad percibida, demanda asistida.

El análisis de la exclusión social en salud realizado, indica una incidencia de exclusión en salud de 53%. Las principales causas de exclusión social en salud que evidencia el estudio se concentran básicamente en: déficit en infraestructura (recurso humano: médicos y enfermeras), estructura física (déficit en camas disponibles), barreras geográficas (medios de transporte) y la informalidad en el empleo.

El Salvador ha iniciado el diseño de estrategias orientas a extender la protección social en salud, sin embargo se requiere de la formulación de políticas de estado que garantice la sostenibilidad en la implementación de dichas estrategias, es decir que permanezca como una prioridad que no varíe aún cuando se den los cambios de gobierno.

I. INTRODUCCION

Este estudio forma parte de un esfuerzo regional de OPS-OMS por mejorar el diagnóstico en salud para la formulación de políticas desde la perspectiva de los determinantes sociales de salud y se inserta dentro del esfuerzo del Estado Salvadoreño por fortalecer la formulación de estrategias para extender la protección social en salud a todos sus habitantes.

La generación de herramientas conceptuales y metodológicas para caracterizar la exclusión en salud, forma parte de la línea de trabajo en extensión de la protección en salud que OPS inició en 1999 con diversos socios bi y multilaterales. De particular importancia ha sido el apoyo de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI en la consolidación de esta línea de trabajo en OPS y en los países de la región a lo largo de estos años.

Para el desarrollo del estudio, se adecuó la Guía metodológica[1] elaborada por la sede central de la OPS/OMS en Washington a la realidad salvadoreña. Dicha guía contiene un marco conceptual y metodológico y utiliza técnicas de investigación cuanti y cualitativas para identificar, cuantificar y caracterizar el fenómeno de la exclusión en salud y plantea el análisis de tres componentes:

1) La estructura del sistema de protección de salud
2) El análisis y medición de la exclusión en salud, identificando sus principales causas así como quiénes son y dónde están los excluidos
3) El análisis de las estrategias implementadas para mejorar la condición de vida de las personas y una evaluación de su impacto sobre la situación de exclusión en salud, identificando los principales factores que inciden en su resultado

En este marco, existen tres definiciones que constituyen el punto de partida del análisis, ellas son:

1. **Protección Social en Salud**: es la garantía que la sociedad otorga a través de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada[2].
2. **Exclusión en salud**: Es la falta de acceso de un grupo de la sociedad a los bienes, servicios y oportunidades en salud que el resto de la sociedad disfruta[3]
3. **Sistema de protección de salud**: Es el conjunto de instituciones, normas y valores destinados a proteger la salud de la población.

[1] "Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión en Salud" C. Acuña, B. Anderssen, H. Rosenberg, OPS-OMS 2001.
[2] Resolución CSP26.R19 de los países miembros de OPS, Septiembre 2002.
[3] "Exclusión en salud en países de América Latina y El Caribe" OPS-OMS, 2003

De acuerdo al marco conceptual, existen cuatro factores que determinan la capacidad de respuesta del sistema frente a la demanda de salud de la población: el gasto en salud, la segmentación, la fragmentación y la regulación. El análisis del sistema se concentró es estos aspectos, utilizando para ello las siguientes definiciones[4]:

a) **Segmentación:** Co-existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, membresía y prestaciones, "especializados" en diversos segmentos de la población, por lo general determinados por nivel de ingresos. Habitualmente se manifiesta en un subsistema público orientado a atender a los pobres e indigentes; un subsistema de Seguridad Social, dirigida a los trabajadores formales y sus dependientes; y un subsistema privado, orientado a los segmentos más ricos de la población.

b) **Fragmentación** o existencia de muchas entidades no integradas y sin mecanismos de coordinación funcional, tanto al interior de un subsistema como entre subsistemas. La fragmentación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas.

Altos grados de segmentación y fragmentación; un gasto público distribuido sin criterios de equidad, es decir, no concentrado en los más pobres; y una regulación débil constituyen, de acuerdo al marco conceptual, los principales determinantes de una menor capacidad de respuesta del sistema de protección de salud frente a las demandas de la población usuaria. Esta menor capacidad de respuesta por su parte se manifiesta en un gasto de bolsillo elevado y regresivo y se asocia con frecuencia con altos grados de exclusión en salud.

Para el análisis de la situación de exclusión se seleccionaron los indicadores más representativos del fenómeno en el país a partir de una batería de indicadores que propone el marco metodológico, y para los cuales existía información disponible para el año 2002. Las fuentes de información utilizadas corresponden a las siguientes bases de datos: DIGESTYC-EHPM-2002; ISSS estadísticas 2002; FESAL-2002/2003; MSPAS-2002.

[4] Op. Cit 1

II. CONTEXTO DE PAIS

El Salvador es una República dividida geopolíticamente en 14 departamentos y 262 municipios. Cuenta con un gobierno electo democráticamente, representativo y descentralizado, organizado de acuerdo al principio de separación de poderes.

Debido a su situación geográfica, El Salvador es un país con muchos riesgos de desastres naturales. Se encuentra ubicado en el Cinturón de Fuego del Pacífico, tiene muchas fallas locales y sufre los efectos de la subducción de las placas de Cocos y Caribe. Los dos terremotos ocurridos en enero y febrero del 2001 generaron al sector salud, de acuerdo a datos de CEPAL, una pérdida de 49.4 y 12.0 millones de dólares por concepto de daños directos e indirectos respectivamente.[5]

En el sector salud el daño se concentró en la infraestructura de la red de servicios de salud, dejando 7 hospitales de la red nacional inhabilitados para continuar su provisión de servicios de salud, lo cual produjo una concentración en hospitales del área metropolitana para dar respuesta a la población.

Asimismo, no podemos dejar de mencionar algunos acontecimientos ocurridos en el año 2001 como la dolarización, la cual cambia la dinámica económica del país.

Para el año 2002 el país contaba con una población alrededor de 6.5 millones de habitantes, de la cual el 41% reside en zonas rurales, el 35% en el Área Metropolitana de San Salvador y el restante 24% en las zonas urbanas.

Para el año 2002, el país contaba con una población de 6.5 millones de habitantes, de los cuales el 41% reside en zonas rurales, el 35% en el Área Metropolitana de San Salvador y el restante 24% en las zonas urbanas.

Es importante mencionar que la estimación de la población salvadoreña que reside en el exterior es alrededor de 2 millones, principalmente en los Estado Unidos de Norte América, lo cual representa una de las principales fuentes de ingreso para el país en su concepto de remesas y esto en términos de porcentaje en relación al PIB representa el ¿%.

El Salvador es un país de ingreso medio bajo con marcada desigualdad distributiva. El Producto Interno Bruto per cápita fue de US $2,191.5 dólares anuales en el 2002; y, mientras que el 20% de la población con ingresos más altos concentra el 56.9% del ingreso nacional, el 20% de la población con ingresos más bajos se queda sólo con el 2.7%.

Acorde con ello, alrededor del 43% de la población nacional se encuentra en condición de pobreza y de ellos, el 19% en pobreza extrema. Según el Estudio de Cuentas Nacionales en

[5] Salud para un país de Futuro. Propuesta Técnica de Cooperación para El Salvador período 2004-2009. OPS/OMS El Salvador.

Salud, El Salvador en el año 2000 destinó en salud alrededor del 8.0% del PBI con un gasto per cápita de UDS $83.45. Asimismo, la composición del financiamiento de la salud, que es tanto o más importante que el monto total gastado, se concentra en tres agentes: los hogares, los empleadores y el Gobierno. Teniendo en cuenta el alto nivel de pobreza de la población salvadoreña, el rol preponderante del financiamiento de los hogares, con un gasto de bolsillo que alcanza a un 53,7% del gasto total en salud[6] predispone a la inequidad y exclusión de los más pobres, así como a la fragmentación del financiamiento.

La esperanza de vida era en el 2002 de 70.4 años, 67.5 años para hombres y de 73.5 años para mujeres. La tasa de mortalidad materna se estima en 172 por 100,000 nacidos vivos para el período 2000/2003[7]. Una síntesis de las características generales de la población salvadoreña se puede encontrar en el siguiente cuadro.

Tabla 1**. Antecedentes generales de la población salvadoreña**

Antecedentes generales	**Indicador**	**Fuente**
Población estimada (miles de personas) cifra del 2003	6,638	1
% Ruralidad (año 2003)	40.8	3
% Población con acceso a agua potable (año 2003)	88.1	3
% Población con acceso a saneamiento básico	93.0	3
Índice de Desarrollo Humano (año 2002)	0.726	4
Nivel Educacional:		
% Alfabetismo (15 a 24 años) - año 2002	93.0	3
Antecedentes generales del Sector Salud		
Población cubierta por el sistema de salud (2002)		
Cubierta por el MSPAS (demanda asistida en %)	41.5	6
Afiliada al ISSS en %	16.0	5
Cubierta por el sector privado (demanda asistida en %)	10.5	
Sin cobertura efectiva en %	40.8	6
Mortalidad (2003)		
General (por 100,000 hab.)	594	2
Infantil (por 1,000 nac. vivos)	26.4	2
Materna (por 100,000 nac. vivos)		
Tasa global de fecundidad (expresada en número de hijos) año 2003	2.88	2
Esperanza de vida al nacer (año 2003)	70.63	2
Nivel nutricional:		
% Desnutrición en niños < 5 años (baja talla para la edad) - año 2002	10.3	4

Fuentes:

1. CELADE -Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Base de datos del Boletín Demográfico No. 71: América Latina: Población por Años Calendario y Edades Simples 1950-2050.
2. DIGESTYC. Proyecciones de población de El Salvador, 1995-2025.
3. El Salvador, primer informe de país "Avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio", 2004.
4. Informe sobre desarrollo humano, El Salvador 2003. Pág. 72
5. ISSS. Boletín Estadístico 2002.
6. DIGESTYC. EHPM-2002.

[6] DIGESTYC 2000.
[7] FESAL-2002/03. Pág. 263.

III. ANALISIS DEL SISTEMA DE SALUD

1. EL SISTEMA DE PROTECCION DE SALUD DE EL SALVADOR

1.1 Estructura del Sistema de Salud

Para determinar la incidencia de exclusión en salud en un país, es necesario en primer término conocer cómo está estructurado el sistema de salud en función de su capacidad de brindar protección en salud.

En principio es pertinente señalar que el sistema de salud de El Salvador es de carácter mixto, es decir, en él coexisten entidades públicas y privadas en el financiamiento, aseguramiento y provisión. De acuerdo a lo anterior, el Sistema de Salud de El Salvador se encuentra conformado por 3 subsistemas: Público, Seguridad Social y Privado. El subsistema público está orientado principalmente a la población pobre; la seguridad social atiende a la clase media y los seguros privados, vinculados a una red de proveedores privados de servicios, atienden a los segmentos poblacionales con mayor capacidad de pago

El ***Subsistema Público*** se compone del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), Sanidad militar (SM), Bienestar magisterial (BM) y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI).

El Código de Salud vigente (1987) asigna al ***MSPAS*** funciones normativas, regulatorias, de administración de programas, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión directa de servicios de salud para la población del país en general.

El ***Consejo Superior de Salud Pública*** (CSSP) está formado por representantes de las Juntas de Vigilancia de todas las profesiones médicas y del Ministerio de Salud (MSPAS); tiene asignadas múltiples funciones según el Art. 14 del capítulo II del Código de Salud, especialmente en aspectos normativos, regulatorios y operativos.

El ***Instituto Salvadoreño de Seguridad Social***, ***ISSS*** es un ente autónomo vinculado con el órgano ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social y desempeña funciones normativas, de administración de programas de salud, financieras de apoyo técnico-administrativo y de provisión de servicios a la población asegurada y sus respectivos beneficiarios. Tradicionalmente el ISSS ha estado orientado hacia programas curativos y de salud ocupacional, pero en los últimos años el Instituto ha ampliado sus servicios hacia aspectos preventivos, de promoción y educación para la salud y algunas acciones sobre el medio ambiente. Para el año 2002 el ISSS contaba con 198 establecimientos de salud, distribuidos de la siguiente manera: 123 clínicas empresariales, 31 clínicas comunales, 35 unidades Médicas, 12 Unidades médicas con hospitalización y 9 hospitales. Su población objetivo es la población económicamente activa (PEA) que se desempeña en el mercado formal del trabajo y sus dependientes: cónyuges, compañeras o compañeros de vida e hijos (as) hasta los 6 años. Los hijos(as) de hasta 21 años no reciben

beneficios de salud pero sí beneficios pecuniarios en caso de invalidez o muerte del afiliado porque están incorporados en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM); sin embargo, el número de estos beneficiarios ha disminuido drásticamente a partir de 1998, debido a la puesta en marcha de la nueva Ley del Sistema de Ahorro de Pensiones (SAP) que como parte de la modernización del Estado permite la incorporación de derechohabientes a las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

El ***Subsistema Privado*** se compone de instituciones aseguradoras y prestadoras. Entre las instituciones prestadoras, existen aquellas con fines de lucro (hospitales, clínicas, centros de diagnóstico) y aquellas sin fines de lucro (ONG's, Cruz Roja, Rotarios, Leones, otros)[8].

Dentro del subsistema privado se encuentran los ***Servicios Médicos de Autónomas***, que consisten en servicios médicos contratados por algunas empresas para sus empleados y en algunos casos, sus familias. El paquete de servicios cubiertos por este mecanismo en general cubre sólo prestaciones de atención primaria.

1.2 Funciones Involucradas en el Sistema de Salud

En la Tabla 2 se detallan las funciones del sistema de salud, sus componentes y las instituciones que las realizan en El Salvador.

Tabla 2. **Funciones involucradas en la protección social de salud**

Función	Componente de la función	Institución que la realiza
Financiamiento	Identificación de fuentes	Ministerio de Hacienda
	Colección de recursos	Hogares
	Ordenar los flujos de fondos que entran y salen del sistema	Empresas
		Donantes
Aseguramiento	Elaboración del Plan de prestaciones aseguradas	ISSS
	Asignación de recursos	Compañías de seguros
	Compra de prestaciones	MSPAS
	Costeo de prestaciones	Bienestar Magisterial (BM)
	Mecanismo de pago	Sanidad Militar (SM)
	Banda de precios (para usuarios y proveedores)	
Provisión	Atención de la salud	MSPAS
	Insumos necesarios (medico-quirúrgicos, de operación, etc.)	ISSS
	Bienes de salud pública	SM
		Proveedores privados
Rectoría	Función normativa	MSPAS, Consejo Superior de Salud
	Regulación	

[8]Para fines del análisis de la exclusión en salud, se considera que aquellas personas que buscan resolver su demanda de salud en farmacias se encuentran excluidas del sistema y por lo tanto las farmacias no se contabilizan como entes prestadores en ningún subsistema.

Financiamiento

La función de financiamiento, que consiste básicamente en la captación, distribución y/o administración de recursos financieros de carácter público o privado para la provisión de servicios de salud a la población de referencia, es ejercida por cuatro agentes:

a) El Ministerio de Hacienda, en su carácter de institución recaudadora y administradora de los ingresos del Estado
b) Las empresas, en tanto instituciones proveedoras de recursos al sistema de salud
c) Los hogares, en su calidad de usuarios y financiadores de los servicios de salud percibidos
d) Las instituciones u organismos donantes

Aseguramiento

En relación a la función de aseguramiento, es decir, aquella que compete a la asignación de recursos al interior de un grupo de población ya sea adscrita y cotizante con el fin de compartir el riesgo financiero asociado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades o condiciones de salud, las entidades que cumplen dicho rol son:

a) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), cuya prestación de servicios va dirigida al sector formal de la economía, exceptuando las Fuerzas Armadas y los afiliados al Bienestar Magisterial que pertenecen al sector público
b) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), orientado a brindar servicios de salud a la población de escasos recursos y a todo aquel que así lo demande
c) El Bienestar Magisterial (BM), que recibe las contribuciones de sus afiliados (maestros del sector público y privado) y compra servicios de salud, medicamentos, procedimientos diagnósticos, etc. a proveedores públicos y privados, para atender las demandas de salud del gremio de maestros y su familia
d) La Sanidad Militar (SM), que cubre los servicios de salud a las Fuerzas Armadas
e) Las compañías privadas de seguros de salud, aún cuando no están desarrolladas en gran escala en el país

Provisión

En cuanto a la función de provisión de servicios de salud, como puede observarse en la Tabla 1, a excepción de Bienestar Magisterial, el resto de instituciones, además de cumplir con la función de aseguramiento, cumplen igualmente un rol dentro de la prestación directa de atenciones en salud (MSPAS, ISSS, SM). Se incluye dentro de esta función a las Alcaldías, que cuentan con clínicas municipales para la población y/o contratan personal médico para brindar consultas clínicas.

Dichas instituciones cuentan con su propia red de servicios, incluyendo – para el caso del ISSS, MSPAS y SM, instalaciones de primero, segundo y tercer nivel de atención.

Rectoría

En El Salvador, la función rectora es compartida por el MSPAS y el Consejo Superior de Salud Pública. La rectoría sólo es ejercida sobre los proveedores públicos lo cual predispone al país, entre otras cosas, a carecer de un sistema adecuado de certificación de profesionales y acreditación de establecimientos.

Muchas de las propuestas de reforma del sector salud existentes indican la necesidad de concentrar la función rectora en el MSPAS o en la entidad que se defina por consenso en el contexto de la reforma y de extender la rectoría a la Seguridad Social y al subsistema privado.

Dentro del conjunto de tareas que comprende la función rectora, existen algunas que están plenamente desarrolladas en el país y otras que tienen aún un grado incipiente de desarrollo. En cuanto a su desempeño, las responsabilidades y atribuciones para el cumplimento de estas diversas tareas están repartidas de la siguiente manera:

Conducción sectorial (formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud): MSPAS y Consejo Superior de Salud Pública

Regulación sectorial (diseñar el marco normativo sanitario que proteja y promueva la salud de la población, garantizando el cumplimiento a través de la autoridad sanitaria, tanto de nivel nacional como subnacional): MSPAS y Consejo Superior de Salud Pública

Desarrollo de las FESP[9] : MSPAS con participación activa de todo el sector salud

Modulación del financiamiento sectorial (establecer políticas que aseguren el acceso equitativo a los servicios de calidad, sin importar la capacidad contributiva, garantizando la complementariedad de las modalidades de financiamiento, desarrollando capacidad de vigilancia del proceso, modulando y corrigiendo desviaciones): Ministerio de Hacienda

Vigilancia del aseguramiento (tutelar la prestación de un plan básico garantizado de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes; actuar como garante del aseguramiento definido y contar con los mecanismos que hagan posible la observancia de un mandato social). Esta es una función aún en desarrollo, en principio es el MSPAS quien ha a sumido el rol de elaborar un plan nacional de salud.

Armonización de la provisión de servicios: esta es una función que requiere ser desarrollada en el corto plazo en el país. Para ello es importante definir, con enfoque de complementariedad, los criterios de:

a) Asignación de recursos para adjudicar a los organismos de provisión.

[9] Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) son tareas sustantivas e indelegables en materia de autoridad sanitaria, para velar por el bienestar público en materia de salud.
Las FESP son el conjunto de actuaciones, de la Sociedad y del Estado, que deben ser realizadas para mejorar la salud de la población; la medición de las FESP es el instrumento principal que utilizará la Secretaría de Salud para ejercer el rol de rectoría del sector de salud.

b) Distribución de competencias en los diferentes ámbitos de acción
c) Armonización de los planes de acción
d) contenidos de los servicios básicos de salud pública
e) Apoyo técnico a los entes descentralizados o desconcentrados
f) Mecanismos redistribuidores del gasto corriente de inversión a fin de compensar las inequidades
g) Mecanismos de contrato o compromisos de gestión que sirvan de base para la asignación de recursos frente al desempeño expresado como resultados

Un hecho relevante es la ausencia de mecanismos de integración de la red de atención público-privada-seguridad social. Lo anterior aporta al sistema elementos de segmentación, pero también de fragmentación, en cuanto no existen enlaces funcionales ni separación de funciones entre subsistemas. La función de aseguramiento, que cumplen tanto los seguros privados como la seguridad social, está poco desarrollada y ambos esquemas cubren una porción pequeña de la población. Como consecuencia de ello predomina el gasto directo de bolsillo de los hogares, característica que predispone a la fragmentación del financiamiento tal como se ilustra en la Figura 1 más adelante en este capítulo.

Esta forma de funcionamiento en subsistemas no integrados y con escasa coordinación entre sí, ha dado como resultado duplicación y superposición de responsabilidades y acciones entre el MSPAS, ISSS y el subsistema privado. Ello se refleja especialmente en la concentración de establecimientos médicos de los tres subsistemas en las mismas zonas geográficas y la total ausencia de centros de atención en otras zonas del país.

Los rasgos antes descritos indican que, en El Salvador, el sistema de protección de salud se encuentra en la categoría de segmentado, es decir un sistema compuesto por "subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y provisión, "especializados" en diversos segmentos de la población, determinados por su nivel de ingresos y por su posición social"; y fragmentado, es decir caracterizado por la "existencia de muchas entidades no integradas entre sí, situación que eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas"[10]. Esto se manifiesta e impacta en las funciones de financiamiento, aseguramiento, provisión y rectoría, las cuales se describieron en los párrafos anteriores de esta sección. En síntesis, se puede afirmar que el sistema de salud del El Salvador es **segmentado**, con **altos grados de fragmentación** en el ejercicio de sus funciones entre las instituciones que lo componen.

El grado de fragmentación y segmentación del sistema de salud de El Salvador es tal, que uno de los propósitos expuestos de la reforma sanitaria es precisamente lograr la integración y conformación de un sistema nacional de salud, a efectos de generar una respuesta social organizada más acorde a las necesidades del país y bajo un esquema de rectoría única por parte del MSPAS.

La existencia de un sistema de protección de salud segmentado y descoordinado va aparejada con los problemas que surgen de la duplicación de esfuerzos, altos costos de los

[10] Op. cit. 1

servicios, desigualdades en el acceso de los servicios, ineficiencia en la localización de inversiones en tecnología e infraestructura sanitaria y, en definitiva, desigualdad en el acceso a servicios de salud.

1.3 Administración y financiamiento del Sistema de Protección de Salud

Para continuar examinando la compleja estructura bajo la cual interactúan las instituciones del sistema de salud, en la Tabla 3 se presenta la administración y financiamiento de los distintos subsistemas.

Tabla 3. **Administración y financiamiento del Sistema de Protección de Salud**

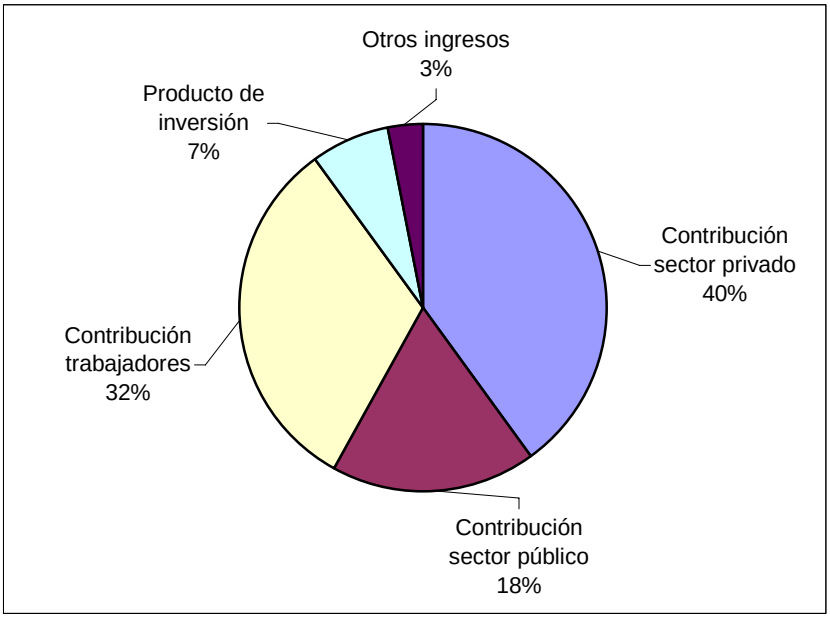
Sistema: Mixto	**Financiamiento**	**Administración**
Seguro Social	Cotizaciones patronales Cotizaciones trabajador Productos de inversión Otras fuentes	Junta Directiva conformada por: Patronos, Gobierno, Sindicato y Cotizantes.
Subsistema Público	Impuestos generales Cooperación externa Recursos propios	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sanidad Militar y Bienestar Magisterial.
Privado con fines de lucro	Pago por servicio Pago de primas de seguros (prepago) Copagos	Privada
Privado sin fines de lucro	Contribuciones voluntarias Donaciones	ONG´s Compartida entre comunidad y ONG´s
Características del sistema	1. Por el lado de la población el sistema es SEGMENTADO. La segmentación esta dada por la coexistencia de subsistemas que responde a segmentos de población determinados por su capacidad de pago, tanto en la provisión como en el aseguramiento. El sector público atiende a personas de ingresos bajos y medianos; la seguridad social atiende a personas con ingresos medios y altos (empleados formales y sus dependientes); el sector privado a la población de altos ingresos. La población en condición de pobreza extrema no está cubierta de manera adecuada.	
	2. Se puede observar que el sistema está altamente FRAGMENTADO, ya que: a) Coexisten diversos organismos que no funcionan de manera integrada; b) las instituciones del sistema organizan sus servicios por niveles de atención, pero los mecanismos de referencia y retorno son deficientes, lo que dificulta la coordinación y la construcción de un sistema de salud articulado; y, c) Existe alta concentración de establecimientos en el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), dando como resultado la duplicación de acciones en salud y la superposición territorial.	
	3. El ejercicio de la FUNCIÓN REGULATORIA es restringido, débil y fragmentado, lo cual desmejora la capacidad de respuesta del sistema.	
	4. Existe un predominio del GASTO DE BOLSILLO en salud de los hogares, por lo se puede pensar que el sistema organizado de esta manera genera exclusión en salud.	

El ***Seguro Social (ISSS)*** obtiene sus ingresos de las siguientes fuentes:

a) Cotizaciones patronales, es decir los aportes de las empresas privadas y/o públicas, así como las entidades gubernamentales, en su carácter de patronos o empleadores.
b) Las cotizaciones del trabajador, que son los aportes que éstos realizan al ISSS, según lo establece la Ley.
c) Los productos de inversiones, es decir, los réditos obtenidos en el sistema financiero
d) Otras fuentes en donde puede incluirse la venta de servicios, inmuebles, equipos y otros, así como los subsidios del gobierno.

Los fondos suministrados al ISSS son administrados por la Junta Directiva de dicho instituto, la cual está conformada por una representación de los Patronos (empresa privada), del Gobierno, el sindicato y los cotizantes.

Gráfico 1. **Composición del financiamiento del ISSS**

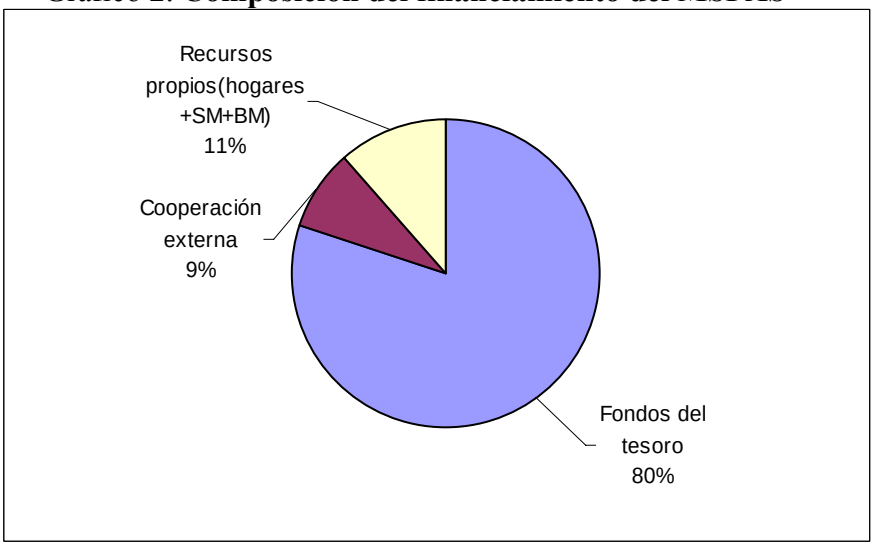


Fuente: ISSS, 2000

En el caso del ***MSPAS***, sus ingresos proceden fundamentalmente de:

a) Fondos del Gobierno Central (84.0% del financiamiento total del MSPAS)
b) La cooperación externa (9%)
c) Recursos propios, a través de venta de servicios a terceros y/o cuotas voluntarias de los pacientes (7.0%). Es necesario destacar que por decreto ejecutivo en Agosto del 2002, se estableció la gratuidad de los servicios de salud que provee el MSPAS en el primer nivel de atención pero no en los hospitales, en los cuales existe el mecanismo de "aporte voluntario". Este mecanismo es en rigor un cobro basado en un estudio de la situación socioeconómica del usuario, dependiendo del cual el usuario puede ser exonerado o no del pago por el servicio recibido. Los fondos recaudados a través de este mecanismo se destinan en su mayoría para el pago de personal (médico y no médico) y la compra de medicamentos.

Gráfico 2. **Composición del financiamiento del MSPAS**



Fuente: MSPAS, 2000

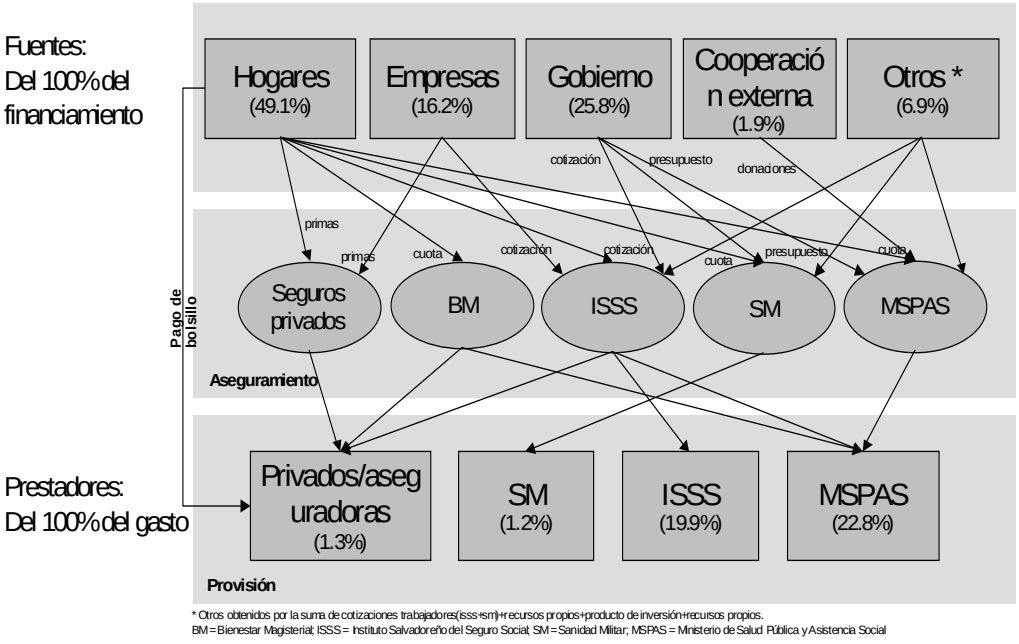
Las principales fuentes de ingresos de las ***instituciones privadas con fines de lucro*** son:

a) El cobro de primas por concepto de planes de seguro y medicina pre-paga
b) Copagos
c) Venta de servicios de salud a la población o a terceras partes responsables.

En el caso de las ***organizaciones privadas sin fines de lucro***, sus ingresos proceden de:

a) Aportes de la comunidad adscrita
b) Donaciones de entidades altruistas, organizaciones sociales o agencias de cooperación internacional

Figura 1. **Esquema del flujo de recursos financieros dentro del sistema de salud**



La figura 1 permite apreciar la alta carga financiera que soportan los hogares, puesto que éstos aportan cerca del 50% del total de recursos financieros del sistema de salud. Estos fondos que se destinan hacia la compra de servicios, pago de exámenes médicos, compra de medicamentos, etc. en el sector privado y hacia las instituciones públicas, bajo la modalidad de aportes voluntarios.

Las empresas por su parte, aportan el 16% del total de recursos, los cuales son distribuidos hacia el pago de primas de seguros privados y/o aportes patronales al ISSS. De igual forma, el gobierno destina parte de los impuestos que recolecta hacia el MSPAS, SM Y BM, aportando en esta forma alrededor del 26% del total de recursos del sector salud, mientras que la cooperación externa y otras fuentes, no sobrepasan el 9% del total.

Del análisis anterior se desprende que son los hogares salvadoreños los que soportan la mayor carga financiera del sistema de salud, tal como está organizado a la actualidad. Ello repercute en la equidad del sistema, como se verá al analizar el gasto.

1.4 Desempeño del Sistema de Salud

En la Tabla 4 se detallan algunos indicadores claves de desempeño del sistema de salud salvadoreño, de acuerdo a fuentes oficiales.

Tabla 4. **Indicadores de desempeño del sistema de salud, varios años**

Recursos Humanos	**Indicador**	**Fuente**
Médicos por 10,000 habitantes (año 2002)	10,1	1
Enfermeras por 10,000 habitantes (año 2002)	8,7	1
Recursos Físicos		
Número de Hospitales [1/] (año 2003)	43	2
Nivel primario:		
Unidad de Salud (año 2003)	367	4
Casa de Salud (año 2003)	171	4
Centro Rural de Nutrición (año 2003)	47	4
Clínica P/empleados del MSPAS (año 2003)	2	4
Centro de Atención de Emergencia (año 2003)	1	5
Unidades Médicas con Hospitales (año 2003)	6	5
Unidad de Médicas (año 2003)	29	5
Clínicas Comunales (año 2003)	31	5
Gasto		
Gasto total en salud como % del PIB (año 2000)	8,0	3
Gasto público en salud como % del gasto total en salud (año 2000)	45,1	3
Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud (año 2000)	53,7	3
Gasto público en salud como % del PIB (año 2000)	3,6	3
Gasto de bolsillo como % del PIB (año 2000)	4,3	3
Producción		
Consultas externas por profesional médico de atención primaria por 1000 hab.		
MSPAS (año 2004)	367,4	4
ISSS (año 2004)	675,6	5
Egresos hospitalarios por 1.000 habitantes (año 2004)	16,0	
Cobertura (%) de inmunización en niños menores de 1 año (3ª dosis DPT) año 2003	85,0	4
% Atención del parto por personal capacitado [2/] (año 2003)	98,9	4

1/ 10 hospitales del ISSS + 30 hospitales del MSPAS + 3 de Sanidad Militar

2/ partos atendidos por personal médico

Fuentes:

1. MSPAS. Unidad de Información en Salud + ISSS: Departamento de Estadísticas
2. EL SALVADOR. Análisis Funcional de Red de Servicios de Salud, 2004.
3. MASPAS. Cuentas Nacionales en Salud, 1996 - 2000
4. MSPAS. Unidad de Información en Salud

14.1 Recursos humanos

Un elemento central del desempeño del sistema de salud de un país es su disponibilidad de recursos humanos. En la Tabla 3, se indica cuántos médicos y enfermeras hay por cada 10,000 habitantes (año 2003), es importante mencionar que el abordaje del tema de recursos humanos en el país se fundamenta dentro de los nueve lineamientos de la reforma del sector salud, específicamente lineamiento VII, en el que se está trabajando en elaborar la propuesta de política de recurso humano que ayude a definir el recurso humano que el sistema de salud requiere, y realizando la distribución de éstos con el principio de equidad evitando de este modo la tendencia a concentrarlos en el área metropolitana de San Salvador.

Asimismo se requiere evaluar si la distribución es en respuesta a las necesidades que tiene cada establecimiento de salud en términos de número de enfermera y médicos y/o basado en un perfil que defina las competencias, y habilidades de dicho recurso, con el objetivo de mejorar la capacidad de respuesta a los usuarios de los establecimientos de salud.

También es importante ordenar los procesos de selección, reclutamiento y distribución, basándose en un manual que describa el puesto y que determine las funciones a desempeñar, y especificando el mecanismo de contratación ya que en El Salvador, podemos observar el fenómeno el cual es más fuerte en el recurso médico, que pueden estar contratados en forma parcial es decir contrataos por 2, 4 6 ú 8 horas, lo cual flexibiliza su radio de acción en el sentido que pueden estar contratados simultáneamente por el MSPAS, ISSS, Bienestar magisterial, Sanidad Militar y ejercer en el sector privado, lo que nos muestra inequidad para la incorporación de la fuerza laboral por parte de otros profesionales, concentrando el número de plazas existentes en un número reducido de profesionales. Esto representa un reto en el cual no se pueden dejar por fuera del análisis aspectos de la situación laboral en general, tipo de contratación, salario e ingresos, fenómenos de desempleo y subempleo, los incentivos los cuales no deben de limitarse a los ingresos, deben de incluir oportunidades de desarrollo profesional.

1.4.2 Recursos físicos

En cuanto a los recursos físicos, en el país, la red pública está compuesta por 30 hospitales nacionales, de los cuales 3 –localizados en la ciudad capital, son especializados; así como por unidades de salud, casas de la salud y centros rurales de nutrición ubicados, tanto al interior del país, como dentro de San Salvador.

De igual forma, el ISSS cuenta con sus propios hospitales, unidades médicas y clínicas comunales.

En ambos casos, los centros de mayor importancia en recursos tecnológicos, humanos y especializados, se han concentrado en las zonas urbanas. En las zonas rurales, el acceso a las unidades de salud y/o clínicas comunales se ve dificultado por la inexistencia o insuficiencia de vías adecuadas de transporte, lo cual opera como una barrera al acceso para la población más pobre. En las áreas urbanas en cambio existe una gran concentración de servicios ya que, además de los servicios públicos, se concentran en estas áreas los establecimientos privados de salud.

En general, y sumando a los hospitales del MSPAS, los del ISSS y los de SM, el país cuenta con 43 hospitales del subsistema público.

1.4.3 Gasto en salud

Un indicador importante del sistema de salud es el relativo al gasto en salud. Para el caso de El Salvador, éste ronda el 8% del PIB, siendo uno de los países con un gasto en salud más alto de la región centroamericana. No obstante, el **gasto público** en salud representaba al año 2000 menos de la mitad (45%) del gasto total en salud y un 3.6% del PIB, de acuerdo a las cifras oficiales de las Cuentas en Salud que publica el MSPAS. Según estimaciones del

MSPAS, el gasto público en salud exhibe una leve tendencia a la disminución entre el año 2000 y el año 2004, como se muestra en cuadro a continuación.
En cuanto al **gasto de bolsillo**, se estima que éste corresponde a un 53.7% del gasto total en salud y a un 4.3% del PIB, según las mismas fuentes.

Tabla 5. **Evolución del gasto en salud 2000-04**

ESTIMACIÓN DEL GASTO EN SALUD EN EL SALVADOR

	2004 1/	2000
INSTITUCIÓN	% EN RELACIÓN AL PIB	% EN RELACIÓN AL PIB
MSPAS	1.3%	1.8%
ISSS	1.5%	1.6%
SM	0.1%	0.1%
BM	0.1%	0.1%
GASTO PÚBLICO	**3.0%**	**3.6%**
HOGARES	4.3%	4.30%
CIAS. DE SEGUROS	0.1%	0.10%
GASTO PRIVADO	**4.4%**	**4.40%**
GASTO TOTAL EN SALUD	**7.1%**	**8%**

1/ Cifras preliminares en proceso de revisión

fuente: Unidad de Economía de la Salud/Dirección de Planificación/MSPAS

1.4.4 Producción

En lo relativo a la producción de servicios de salud, los datos dan cuenta de una cobertura de inmunizaciones de alrededor del 85%; y, una atención de parto por personal capacitado, de 98.9%, a nivel institucional del MSPAS. Lamentablemente, no se dispone de información a nivel país, siendo datos de fundamental importancia.

Si se analizan los datos de mortalidad materna y atención institucional del parto, resulta prioritario explicar cómo teniendo una cobertura de atención del parto por personal capacitado tan alta, la tasa de mortalidad (172 por 100,000 nacidos vivos) reportada con FESAL 2003 sigue siendo muy elevada y no se ha logrado disminuir la mortalidad materna. Este fenómeno confirma la necesidad de realizar un diagnóstico de la situación de la distribución del recurso humano por área geográfica en términos numéricos, pero aún más importante debe ser la distribución basado en el perfil del recurso humano, en el que se haga énfasis en las competencias y habilidades que debe reunir y la certificación de dichas competencias, por tanto el evaluar la producción de los servicios es una necesidad prioritaria que tiene como eje transversal la temática del recurso humano y que refuerza aún más la importancia de consolidar la elaboración de la política de recurso humano, coherente al proceso de Reforma y modernización que el sector salud está desarrollando.

1.4.5 Cobertura efectiva

Para analizar la cobertura efectiva de cada subsistema se utilizó el indicador "demanda asistida", que se construye con los datos obtenidos de las preguntas 602 "en el mes anterior, ¿cuál fue el síntoma o enfermedad, lesión o accidente más reciente que tuvo?", 603 "en el mes anterior, ¿a quién consultó principalmente por el síntoma, enfermedad o lesión por accidente o hecho delictivo?" y 604 "en el mes anterior, ¿en qué lugar consultó o lo atendieron? por síntoma, enfermedad o lesión por accidente o por hecho delictivo más reciente" de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de la DIGESTYC 2002. Los resultados de este análisis se muestran en la tabla 6.

Tabla 6. **Cobertura efectiva de los sistemas de protección en salud**

Institución	% Cobertura*	Grupo de ingreso	Fuente
Población cubierta por el MSPAS (incluye BM)	41.5%	Población de escasos recursos + población general	1
ISSS	6.2%**	Derechohabientes y familiares beneficiarios	2 y 1
Privados sin fines de lucro	0.08%	Población general de escasos recursos	1
Privados con fines de lucro	10.5%	Población con capacidad de pago	1
Curandero o clínica natural	0.01%	Población de escasos recursos	1
Total población cubierta	**58,29%**		
Población no cubierta	**41.71%**		

Fuentes: 1. DIGESTYC. EHPM-2002 2. ISSS. ESTADISTICAS-2002

* Como % de la población total que se enfermó o se accidentó

** Los afiliados (derechohabientes y beneficiarios) del ISSS suman alrededor del 16% de la población total. Sin embargo, como se puede observar, la cobertura efectiva calculada por demanda asistida es de 6.2%

Aun cuando las fuentes oficiales estiman que la población cubierta por el MSPAS es de alrededor de 67%, se puede observar que solo un 41.5% de la población pudo resolver efectivamente su demanda de salud en este subsistema cuando estuvo enferma o accidentada.

En cuanto al ISSS, su población beneficiaria entre cotizantes y dependientes suma alrededor del 16% de la población total. No obstante, la EHPM da cuenta de que, del total de personas que se enfermaron o accidentaron, únicamente el 6.2% de las personas que se sintieron enfermas o se accidentaron acudieron a establecimientos de este Instituto para resolver su problema de salud.

Un porcentaje nada despreciable de población (18% de la población total), según la EHPM, acudió a curanderos, farmacéuticos, familiares o amigos para resolver su problema de salud.

En síntesis, alrededor de un 42% de la población no accede al sistema de protección de salud cuando se encuentra enferma o accidentada.

Si se analizan las **causas de no consulta** al MSPAS al ISSS, se obtiene lo siguiente:

Tabla 7. **Motivo de no consulta a establecimientos del MSPAS e ISSS**

Razón no consultó	Área de ubicación del hogar		Total
	Urbano	Rural	
No hay medicinas	11,162	12,425	23,587
Falta de atención	**47,188**	**40,563**	**87,751**
Muy caro	**46,721**	**37,963**	**84,684**
No hay servicio salud cerca	7,203	3,715	10,918
No hay personal capacitado	887	746	1,633
No fue necesario	**147,083**	**114,267**	**261,350**
No cree en medicina	3,076	3,150	6,226
Prefiere curarse con medicina casera	8,550	5,766	14,316
No dieron permiso	1,136	1,680	2,816
Tuvo que trabajar	9,559	8,605	18,164
Mala atención	14,426	12,239	26,665
Gravedad del enfermo	4,722	4,113	8,835
Otros	23,830	16,011	39,841
Total	**325,543**	**261,243**	**586,786**

Fuente: Elaborado en base a la base de datos de la EHPM 2002-DIGESTYC.

Como se puede observar, las tres primeras causas de no consulta fueron el no considerarlo necesario, la falta de atención y el costo de la atención. El hecho de que una gran cantidad de personas consideraron *no necesario* demandar atención de salud al sistema al estar enfermas o accidentadas, debe llamar a la reflexión en cuanto a la percepción de enfermedad de la población salvadoreña y sus mecanismos de resolución. Se podría pensar que las posibles causas de esta actitud son:

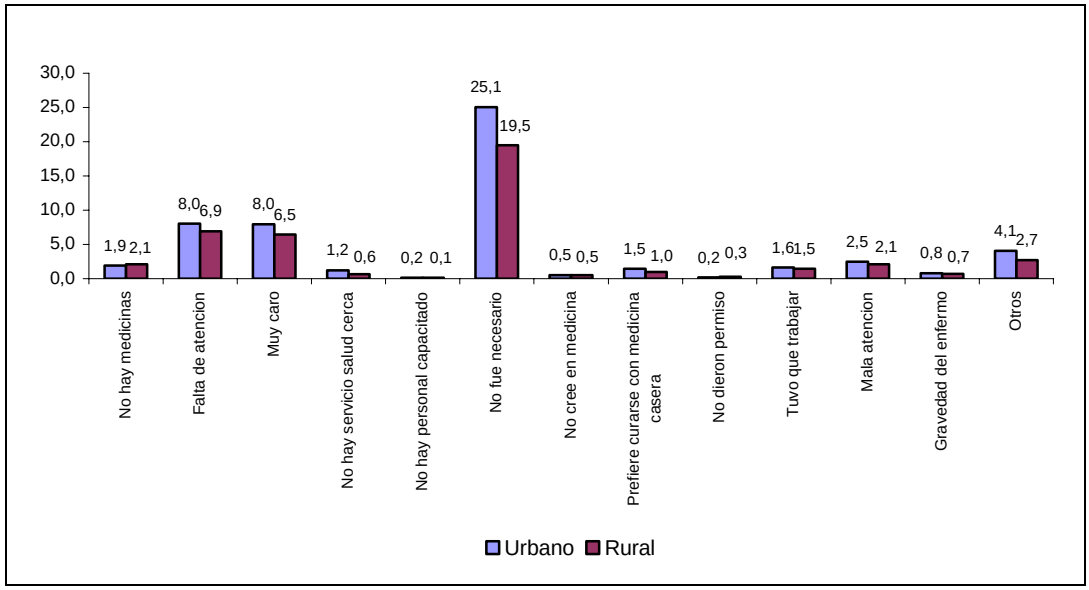
a) Un número importante de personas piensa que es adecuado resolver su necesidad de salud por otras vías como a través de la consulta en farmacia, a curanderos, a familiares o amigos
b) Las personas no tienen claro que el no consultar al inicio de un episodio de enfermedad puede traducirse en un agravamiento de su condición de salud y más bien esperan que el problema se "resuelva solo"
c) En un escenario de alta informalidad laboral, las personas deciden no consultar debido al costo alternativo de hacerlo, es decir, debido a que no están dispuestas a perder horas de

trabajo por hecho de acudir a un centro de salud, sobre todo cuando su ingreso es diario y depende de las horas trabajadas

La contención de la demanda como resultado de esta actitud con frecuencia induce mayores riesgos para la salud del individuo y mayores costos para el sistema, porque cuando la persona finalmente demanda atención de salud al sistema con frecuencia requiere de servicios costosos como atención de urgencia y hospitalización.

Además de la no consulta por encontrar *muy caro* el servicio, que refleja una barrera económica al acceso, llama la atención que la segunda y cuarta causas de no consulta se relacionan directamente con la calidad de la atención en el punto de servicio (*falta de atención y mala atención*), lo cual tiene que ver con la organización de la oferta y el modelo de cuidados de salud y plantea la interrogante de si éstos son adecuados para la situación de salud de la población salvadoreña, ya que en la práctica la mala calidad percibida de la atención opera como una barrera al acceso y genera autoexclusión.

Gráfico 3. **Causas de no consulta**



Este análisis se puede complementar con otra información que provee la EHPM, relativa a la percepción de la calidad de la atención por los usuarios.

1.4.6 Valoración de la Calidad Percibida del Servicio

En la Tabla 8 se presenta la valoración de la población que utilizó los establecimientos del sistema de provisión de servicios de salud en El Salvador, basada en los resultados de la EHPM 2002.

De acuerdo con esta información, el 50.8% de las personas que asistieron a la red del MSPAS, consideraron que la atención fue buena. No obstante, casi igual proporción (47%) de personas evaluaron que la calidad de la atención fue mala (12%) o regular (35%).

Igual sondeo para la población que asistió al ISSS indicó que cerca del 58% de los consultados opinó que la atención obtenida fue buena, mientras que un 38% la consideró mala (8%) o regular (30%).

La percepción de la población cambia radicalmente en relación a los servicios recibidos en instituciones privadas, respecto de las cuales el 95.6 % de la población opinó que la atención era buena, muy buena o excelente en las instituciones con fines de lucro mientras que un 91.1% de la población opinó que la atención recibida había sido buena, muy buena o excelente en las instituciones sin fines de lucro. Es interesante observar que la valoración positiva de la atención en este caso se da no sólo para las instituciones con fines de lucro sino también para aquellas sin fines de lucro, lo cual puede indicar que, además del valor asignado al hecho de pagar por la atención, puede existir también un factor relacionado con la calidad y calidez del trato en el punto de atención o con el modelo de atención.

Tabla 8. **Valoración de la calidad de los servicios por parte de la población que utilizó los establecimientos del Sistema de salud de El Salvador, 2002.**

Donde consultó	Usuarios (Absolutos)	Como califica el servicio recibido… Malo (%)	Regular (%)	Bueno (%)	Muy bueno (%)	Excelente (%)
MSPAS	289.180	12,2	34,7	50,8	1,3	1,0
ISSS	51.652	8,2	30,2	57,6	3,7	0,3
Privado con fines de lucro	87.338	1,4	3,0	71,0	13,7	10,9
Privado sin fines de lucro	4.361	1,7	7,2	62,6	20,1	8,4
Otros	8.632	2,1	11,3	78,5	4,6	3,5

Sector privado con fines de lucro lo constituyen los hospitales o clínicas particulares; el sector privado sin fines de lucro lo conforman las ONG's, el rubro otros incluye farmacia + casa del curandero o clínica naturista + otros.
Fuente:
DIGESTYC.EHPM-2002.

Estos datos refuerzan la información obtenida acerca de las causas de no consulta y constituyen un llamado de atención en cuanto a la calidad de los servicios, especialmente los de carácter público; y, como la percepción de los mismos, influye en la decisión de las personas acerca de dónde consultar.

1.4.7 Afiliación a seguros de salud

En El Salvador, alrededor de un 16% de la población se encuentra afiliada al ISSS y ellos corresponden a trabajadores formales y sus familias. Como se puede observar en los datos de demanda asistida (tabla 6), la cobertura efectiva del ISSS es sin embargo mucho menor, llegando sólo a un 6.2% de la población.

El aseguramiento privado no tiene un gran desarrollo en el país. La afiliación a seguros colectivos (de las empresas) no sobrepasa al 1% de la población y la afiliación a seguros privados de carácter individual cubre alrededor del 1% del total de población. Si se analiza la afiliación a seguros por nivel de ingresos, se observa lo siguiente:

Tabla 9. **Población con seguro de salud**

condición de pobreza	Población	%
Extrema	34,280	2.81
Relativa	140,353	11.51
No pobre	1,045,040	85.68
población con seguro/pob total		**18.73**

Fuente: DIGESTYC.EHPM-2002.

De acuerdo con estos datos, un **81.27%** de la población no cuenta con seguro de salud de ningún tipo, lo cual contribuye a explicar el elevado gasto de bolsillo en salud de los hogares salvadoreños, que asciende a un 53.7% del gasto total en salud.

Aún, dentro de la población no pobre, existe alrededor de un 15% que no dispone de ningún tipo de seguro médico privado o público, lo que significa que, ante un evento catastrófico, una emergencia o un accidente o enfermedad que comprometa su estado de salud, tendrá que hacer uso de gasto de bolsillo para atender sus necesidades de salud o recurrir al MSPAS. Por su parte, la proporción de personas que no cuentan con un seguro de salud es significativamente mayor en el caso de la población en pobreza relativa (88%) y en pobreza extrema (97%), lo que indica que, ante un problema de salud, los pobres tienen dos alternativas:

a) Demandar servicios al MSPAS

b) Contener su demanda por salud y cuando esta demanda se hace impostergable, es decir, cuando su condición de salud se agrava, demandar servicios de emergencia. Esto puede tener las siguientes consecuencias:

1. Aumento de su gasto de bolsillo en salud, el cual puede llegar a ser catastrófico
2. Aumento de sus probabilidades de morir o sufrir secuelas por causa de su condición de salud
3. Aumenta la cantidad de días de recuperación, con lo cual disminuye los días trabajados y el ingreso
4. Aumenta los costos para el sistema

1.4.8 Equidad

Uno de los aspectos más importantes en el análisis de desempeño del sistema de protección de salud es la equidad. A continuación se presenta un análisis de la equidad en el sistema de salud salvadoreño, a través de diversas categorías.

1.4.8.a) Equidad en el acceso

Una manera de analizar la equidad en el acceso es observar tiempos de espera de atención. No se dispuso para ello de tiempos de espera por género ni por nivel de ingresos, pero se analizaron los tiempos de espera en los establecimientos del MSPAS y del ISSS por departamento para ver si existe inequidad geográfica. De acuerdo con los datos obtenidos, no se registran diferencias en los tiempos de espera entre los establecimientos de los

distintos departamentos ni entre departamentos con mayor y menor concentración de pobreza. No obstante, es importante destacar que en la gran mayoría de los casos los tiempos de espera exceden las 2 horas, con tiempos de espera máxima de 8 horas en muchos casos, como se puede observar en la tabla 10.

Tabla 10. **Tiempos de espera y distribución de establecimientos según departamento**

Departamentos	Tiempo de espera *		Porcentaje **
	Máximo	Mediana	
Ahuachapan	8,3	2,0	4,4
Cabañas	8,0	2,0	6,1
Chalatenango	10,0	1,5	8,3
Cuscatlan	8,2	2,3	4,5
La Libertad	7,3	2,0	7,3
La Paz	7,0	2,0	7,0
La Unión	7,2	2,0	6,7
Morazán	6,3	2,0	5,5
San Miguel	8,0	2,0	9,0
San Salvador	11,0	2,0	16,7
San Vicente	8,0	2,0	3,3
Santa Ana	8,2	2,0	7,4
Sonsonate	8,0	2,0	5,7
Usulutan	8,0	2,3	8,3

*En horas y minutos

** De concentración de establecimientos del MSPAS + ISSS

Nota: los departamentos con negrita contienen los municipios más pobres. Aquellos con cursiva y negrita poseen los municipios con mayor cantidad de hogares pobres.

Fuente: Elaborado en base a la base de datos de la EHPM 2002-DIGESTYC.

1.4.8.b) Equidad en la utilización de servicios de salud

La Constitución de la República establece que el MSPAS tiene como población de referencia a aquella de escasos recursos económicos, y la población en general en caso de catástrofes o epidemias. No obstante, en la práctica el MSPAS atiende a toda la persona que así lo requiera, independientemente de su condición socio-económica y si está o no afiliada a cualquier esquema de seguro. Ello dificulta la focalización de los recursos y los esfuerzos del MSPAS en los grupos de población más vulnerables, lo cual resulta en una utilización desproporcionada de los servicios del MSPAS por parte de los sectores de mayores ingresos de la población en desmedro de los más pobres.

Tabla 11. **Población que se enfermo o accidento por acciones que tomó para curarse**

El Salvador: Población que se enfermó o accidentó por acciones que tomó para curarse, según niveles de pobreza y año

TOTAL PAIS

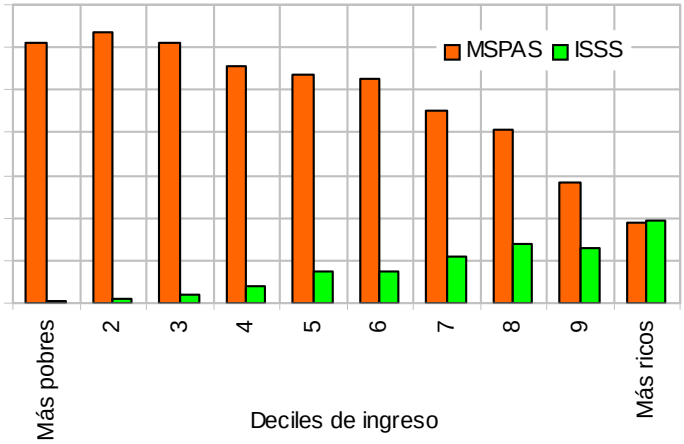
Años y Niveles de pobreza	Consultó en establecimiento					
	Total	MSPAS	ISSS	Privado	ONG´s	Otros
1999						
Total	**100,00%**	59,06%	12,32%	20,62%	1,03%	6,97%
Pobre	48,24%	36,44%	2,14%	5,32%	0,41%	3,91%
Pobre extremo	19,46%	15,08%	0,46%	1,68%	0,16%	2,09%
Pobre relativo	28,77%	21,37%	1,68%	3,65%	0,26%	1,82%
No pobre	51,76%	**22,61%**	10,17%	15,30%	0,62%	3,06%
2000						
Total	**100,00%**	64,44%	10,86%	18,72%	0,74%	5,24%
Pobre	44,48%	35,84%	1,57%	4,43%	0,38%	2,26%
Pobre extremo	18,72%	16,01%	0,13%	1,07%	0,24%	1,26%
Pobre relativo	25,77%	19,83%	1,44%	3,36%	0,14%	1,00%
No pobre	55,52%	**28,59%**	9,29%	14,29%	0,37%	2,97%
2001						
Total	**100,00%**	65,95%	10,89%	18,02%	1,22%	3,92%
Pobre	45,68%	37,25%	1,91%	4,14%	0,64%	1,74%
Pobre extremo	19,35%	16,44%	0,21%	1,54%	0,27%	0,88%
Pobre relativo	26,34%	20,81%	1,70%	2,61%	0,37%	0,85%
No pobre	54,32%	**28,69%**	8,98%	13,88%	0,58%	2,18%

Fuente: Ministerio de Economía/Dirección General de Estadística y Censo - Encuenta de Hogares de Propósitos Múltiples -EHPM -

En el cuadro anterior se puede observar que entre 1999 y 2001 hubo un aumento de la utilización de los servicios del MSPAS por parte de la población no pobre de alrededor de 6 puntos porcentuales (23 al 29%) en tanto que los pobres mantuvieron una cifra estable de utilización de los servicios del MSPAS de alrededor de 37%. En cifras globales, los pobres disminuyeron su utilización de servicios de salud a lo largo de esos años.

El grado de utilización de servicios de salud refleja la proporción de recursos que cada subsistema destina a atender a los diversos grupos de población y esto es a su vez un indicador de la equidad al interior del sistema. El Grafico 4 presenta cómo se distribuyeron los recursos del MSPAS e ISSS a los hogares salvadoreños para el año 2000, por niveles de ingreso.

Grafico 4. **Distribución del gasto en salud de MSPAS e ISSS a los hogares, 2000**



No obstante los recursos del MSPAS están dirigidos preferentemente hacia la población perteneciente al primer decil ingresos (los más pobres), aún la población perteneciente al decil diez (los más ricos) se beneficia de manera importante de los recursos del MSPAS, lo cual representa un subsidio de los más pobres hacia los ricos. Respecto del ISSS, se observa que la distribución de recursos es claramente inequitativa.

1.4.8.c) Equidad en el gasto

Gasto de bolsillo

Un factor de gran importancia en la equidad del sistema de salud es la equidad en el gasto, ya que ello determina en gran medida la posibilidad de acceso equitativo. La Tabla 12 muestra el comportamiento del gasto de bolsillo en salud por deciles de ingreso en el Salvador.

Tabla 12. **Aporte al gasto de bolsillo en salud por deciles de ingreso**

	Gasto en Salud (%)	Li (%)	Ls (%)
TOTAL	100		
DECIL I	26.3	21.7	31.0
DECIL II	14.9	10.6	19.3
DECIL III	13.0	10.1	15.9
DECIL IV	9.4	7.0	11.7
DECIL V	6.5	4.8	8.1
DECIL VI	9.9	6.2	13.6
DECIL VII	7.5	3.7	11.2
DECIL VIII	8.3	3.6	13.0
DECIL IX	3.5	1.7	5.3
DECIL X	0.7	0.2	1.2

Fuente: DIGESTYC.EHPM-2002.

Se puede observar que son los hogares más pobres (deciles I, II y III) los que más aportan al total del gasto de bolsillo en salud y que la población extremadamente pobre (decil I) gasta de su bolsillo en salud cerca de 37 veces más de lo gasta el grupo más rico de la población (decil X), lo cual indica que en el sistema de salud salvadoreño, el gasto de bolsillo en salud es altamente regresivo.

Gasto per cápita

Otra manera de analizar la equidad en el gasto es observar el gasto per cápita en salud. La tabla 13 muestra el gasto per cápita del subsistema público y de la seguridad social, con las coberturas estimadas por el MSPAS. De acuerdo a estos datos, el MSPAS tiene el gasto per cápita en salud más bajo al interior del subsistema público. El gasto per cápita del ISSS es 6 veces mayor que el del MSPAS.

Tabla 13. **Estimación del gasto per cápita en salud, 2004**

INSTITUCIÓN	COBERTURA POBLACIÓN	GASTO PERCÁPITA INSTITUCI
MSPAS	80%	$48
ISSS	17%	$283
SM	1%	$247
BM	1%	$417

Fuente: Unidad de Economía de la Salud MSPAS

De lo anterior se puede concluir que el gasto per cápita en salud es inequitativo tanto al interior del subsistema público como al comparar el subsistema público con la seguridad social, ya que es el MSPAS como se ha visto, adonde acude preferentemente la población pobre cuando decide expresar su demanda por salud.

1.4.8.d) Equidad de género en la afiliación a seguros

La tabla 14 muestra la afiliación a seguros de salud por género y grupos de ingreso. Se puede observar que para todos los grupos de ingreso, la afiliación a seguros de la mujer es menor que la del hombre. A medida que aumentan los ingresos la brecha de afiliación también se incrementa, siendo mayor la diferencia de afiliación entre hombres y mujeres en el grupo de los no pobres.

Tabla 14. **Tipo de seguro disponible según condición de pobreza y género**

TIPO DE SEGURO	condición de pobreza			Total
	extrema	relativa	no pobres	
HOMBRE	9,32	11,21	26,85	47,38
ISSS	0,24	0,97	6,81	8,02
Seguro colectivo	0,02	0,06	0,70	0,77
SEG. INDI	0,00-		0,05	0,06
NO TIENE	9,05	10,19	19,29	38,53
MUJER	9,84	12,57	30,20	52,62
ISSS	0,24	1,10	7,56	8,90
Seguro Colectivo	0,02	0,04	0,90	0,95
SEG. INDI	0,00-		0,00	0,00
NO TIENE	9,58	11,44	21,71	42,74

IV. CARACTERIZACIÓN Y MEDICIÓN DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD

1. CAUSAS DE EXCLUSIÓN, INDICADORES

La exclusión social es un fenómeno multidimensional y complejo que puede presentar grandes variaciones al interior de un país y se relaciona con variables como la pobreza, la desigualdad, la discriminación racial, el desempleo, el subempleo, la informalidad, la carencia de los servicios básicos, la segmentación y fragmentación del sistema de protección de salud y un alto gasto de bolsillo en salud, entre otros. La magnitud de este problema es por tanto difícil de estimar por la dificultad en su identificación y porque adopta formas múltiples. El método más certero para medir exclusión es a través de encuestas de hogares. Este método es utilizado en este capítulo tomando datos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2002 de la DIGESTYC para construir los indicadores, además de información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), del Consejo Coordinador Nacional Indígenas Salvadoreños (CCNIS) y Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03 (FESAL-2002/03).

En el presente capítulo se aplica el marco teórico del análisis de la exclusión social en salud desarrollado por la OPS[11] con el fin de poder caracterizar la exclusión y medir su magnitud. Para ello OPS clasifica las causas de exclusión en salud en **internas** o propias del sistema de salud y **externas** al sistema de salud y propone un conjunto de indicadores para medir dichas causas. El objetivo del análisis es:

1. Cuantificar el porcentaje de la población excluida
2. Identificar las principales fuentes de exclusión
3. Identificar el perfil de los excluidos en salud
4. Identificar en que áreas geográficas se concentra la población excluida

Las causas de exclusión en salud expuestas en el marco conceptual son las siguientes:

[11] Op cit 1

Tabla 15. **Dimensiones de análisis y fuentes de exclusión social en salud**

Dimensión	Tipo de exclusión	Fuente de exclusión	Concepto
Externa al sistema de salud	Barreras de acceso	Económica	Referido a capacidad adquisitiva de los hogares/ personas para solventar los gastos requeridos para la atención de salud. Esta capacidad puede estar expresada a través del ingreso como de la tenencia de un seguro de salud.
		Geográfica	Referido a las dificultades para acceder de manera oportuna y sistemática a los servicios de salud por razones de localización y distribución espacial de los establecimientos de salud y vías de transporte, caminos, etc.
		Laboral	Referida a la incompatibilidad entre la estructura del mercado laboral y el modelo de salud que restringe el acceso de la población.
		Género	Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales que conducen a la discriminación en el acceso y utilización de servicios de salud por género.
		Étnica	Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales de grupos sociales que los haga susceptibles de discriminación en la atención de salud y/o los aleje de su utilización adecuada.
		Servicios básicos	Referido al suministro de agua potable, saneamiento básico y electricidad en el hogar.
Interna al sistema de salud	Déficit de infraestructura adecuada	Infraestructura de servicios de salud	Referido a la inexistencia, insuficiencia o distribución inadecuada de establecimientos de salud
	Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud	Recursos humanos	Referido a la disponibilidad de recursos humanos con relación a la población de referencia.
		Recursos físicos	Referido a la disponibilidad de recursos físicos con relación a la población de referencia (camas, equipamiento, medicamentos, etc.).
	Procesos	Suministro de servicios esenciales	Referido a la prestación de servicios de carácter esencial y de alto impacto para la salud pública.
		Calidad	Referido tanto a la calidad técnica de la atención como a la calidad en el trato en el punto de servicio.

Fuente: Adaptado de "Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud" OPS-OMS, 2001

El análisis se inicia con la medición de cada causa de exclusión a través de uno o más indicadores en forma independiente (head count). Sobre la base de los resultados del head count, se realiza cálculo de un indicador continuo de exclusión, basado en la familia de medidas propuesta por Foster, Greer y Thorbecke, FGT (1984), el cual incorpora los siguientes elementos de análisis:

1. ***La incidencia de la exclusión***: ¿Cuánta población se halla excluida?

2. ***La intensidad de la exclusión***: ¿Cuál es el grado de exclusión de la población reportada como excluida? ¿Cuál es la brecha frente a la situación óptima de no-exclusión?

3. ***La severidad de la exclusión***: ¿Cuál es el grado de desigualdad entre los niveles de exclusión de la población?

El indicador continuo incorpora las interacciones entre las diferentes fuentes de exclusión así como las restricciones conjuntas que enfrentan los individuos para acceder a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. Este indicador es construido como una combinación lineal de las diferentes fuentes de exclusión y revela *el riesgo individual de exclusión*.

Sobre la base del conjunto de indicadores propuestos en la metodología para medir las causas de exclusión, se elaboró el listado de indicadores a utilizar para el caso de El Salvador. La selección de indicadores se realizó de manera colectiva entre representantes del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social, de la Comisión Nacional Indígena, de los gobiernos municipales, de OPS-El Salvador y del proyecto de Reconstrucción de Hospitales y extensión de servicios de salud (RHESSA) del MSPAS en conjunto con el Banco Mundial. En el proceso de selección de los indicadores se tuvieron en consideración los siguientes criterios:

1) Disponibilidad de información
2) Actualización de la información: se definió el año 2002 como año de corte para la información.
3) Similar nivel de apertura (desagregación geográfica). Se definió que cada indicador debería poder medirse a nivel departamental
4) Validez de la información: se definió que los indicadores a utilizar debían estar contenidos en las siguientes fuentes de información: Encuesta de Hogares de la DIGESTYC 2002; Registros administrativos del Ministerio de Salud; registros del Seguro Social; Encuesta de Salud familiar, FESAL 2002/03

El listado de indicadores seleccionados se presenta en la tabla 16.

Tabla 16. **Indicadores seleccionados para medir la exclusión en salud en El Salvador**

Categoría	Indicador
Causas internas	
Cobertura	- Demanda asistida - Porcentaje de la población no cubierta por un seguro de salud
Infraestructura	- Distribución de hospitales por cada 15.000 habitantes - Porcentaje de población sin acceso a servicios básicos (agua potable/saneamiento básico)
Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos	- Número de médicos por cada 10.000 habitantes - Número de enfermeras por cada 10.000 habitantes - Distribución de camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes
Procesos	- Porcentaje de partos institucionales/no institucionales - Porcentaje de mujeres embarazadas sin el número normado de controles prenatales - Tasa de abandono entre la vacuna BCG y la vacuna con el menor % de cobertura (sarampión) - Porcentaje de vacunación pentavalente 3ª dosis en menores de 1 año
Causas externas (barreras de acceso)	
Económicas	- Porcentaje de población bajo la línea de pobreza - Gasto de bolsillo como porcentaje del PIB - Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud - Gasto de bolsillo como proporción del gasto total de los hogares, por deciles de ingreso - Gasto público en salud como porcentaje del PIB - Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud - Distribución del gasto público en salud por quintiles de ingreso - Trabajadores informales como porcentaje de la población económicamente activa (PEA)
Laborales	- Porcentaje de trabajadores desempleados respecto de la PEA - Porcentaje de trabajadores subempleados como porcentaje de la PEA
De género	- Porcentaje de alfabetización de mujeres de 15 años o más
Geográficas	-Tiempo que demora en llegar al establecimiento de salud más cercano urbano/rural -Porcentaje de población urbana/rural
Étnico/culturales	- Porcentaje de población de origen indígena que se encuentra bajo la línea de pobreza - Porcentaje de población de origen indígena que reside en el área rural/urbana - Porcentaje de mujeres de origen indígena cuyo parto fue atendido por partera o personal institucional

Fuente: Adaptado de "Guía metodológica para la caracterización de la exclusión en salud". C. Acuña, B. Andersson, H. Rosenberg, OPS, 2001.

Como se ha mencionado, la dimensión externa está relacionada con aquellos factores que se encuentran fuera del sistema de protección de salud; se trata de factores que de alguna manera condicionan y configuran la demanda por salud, constituyéndose en barreras de acceso de diversa índole. Por su parte, la dimensión interna de la exclusión está vinculada a factores relacionados con la estructura y procesos productivos al interior del sistema de salud, que afectan el acceso y la calidad de los servicios por el lado de la oferta.

2. ANALISIS DE LA DIMENSION EXTERNA: BARRERAS DE ACCESO

2.1 Barrera económica

2.1.a) Nivel de pobreza

La dimensión de la pobreza se obtiene tomando en cuenta el ingreso per cápita y el valor monetario de la Canasta Básica Alimentaria (CBA) o Línea de Pobreza extrema (LPe) y dos veces el valor de la CBA o Línea de Pobreza relativa (LPr). Los niveles de pobreza en El Salvador son los siguientes:

Tabla 17. **Niveles de pobreza El Salvador, 2002**

Area	Personas por condición de Pobreza….		
	Pobre	Relativo	Extremo
Total	2,795,847	1,548,504	1,247,343
Urbana	1,306,532	837,246	469,286
Rural	1,489,315	711,258	778,057

Fuente: DIGESTYC. EHPM 2002.

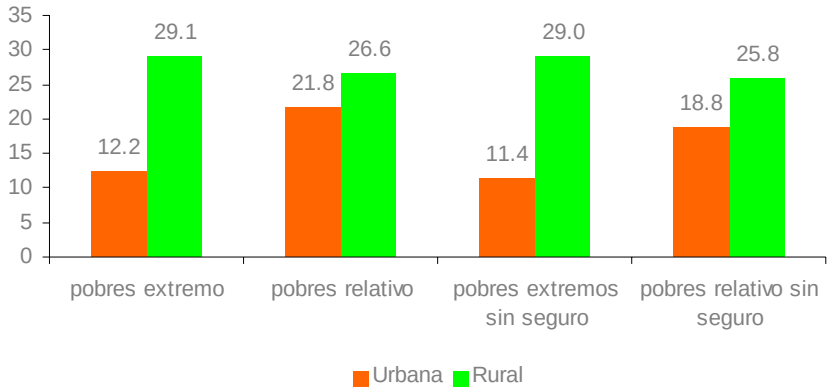
De acuerdo con las cifras de la EHPM-2002, un 42.9% de la población salvadoreña se encuentra en condición de pobreza, es decir, con ingresos inferiores al valor monetario de la LPr. En el área rural la pobreza afecta a más del cincuenta por ciento de la población (55.8%), mientras que en el área urbana alcanza el 34.0% de la población. Se observa también que la población en condición de pobreza extrema y relativa que no tiene seguro de salud reside principalmente en el área rural del país (28.9% y 25.8% respectivamente)

Tabla 18. **Cobertura de seguros de salud por condición de pobreza según área, 2002.**

condición de asegurado	condición de pobreza	Urbana %	Rural %	Total %
Con seguro	Extrema	0.79	0.15	0.47
	Rrelativa	3.05	0.87	1.96
	No pobre	23.10	5.92	14.51
Sin seguro	Extrema	11.43	28.99	20.21
	Relativa	18.75	25.77	22.26
	No pobre	42.88	38.31	40.59

Fuente: DIGESTYC.EHPM-2002.

Gráfico 5. **Porcentaje de población por condición de pobreza según área.**



2.1.b) Afiliación a seguros de salud

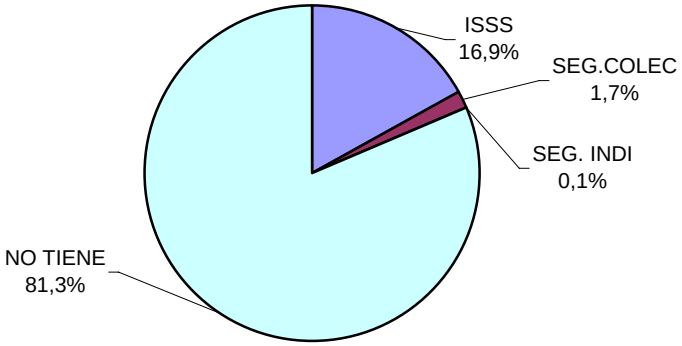
Si se analiza la afiliación a seguros de acuerdo a ingresos, se puede observar que aún la seguridad social es inalcanzable para los grupos más pobres de la población (sólo un 2,5% de la población pobre está afiliada al ISSS), probablemente debido a que éstos se encuentran mayoritariamente en el sector informal de la economía. Del total de población pobre, un 94% no posee seguro de salud. La afiliación a seguros tampoco es alta en los no pobres: sólo un 28% de este grupo poblacional cuenta con un seguro de salud.

La tabla 19 muestra la distribución de seguros de salud por condición económica. Del total de la población asegurada (18.7%), sólo un 2.7% es pobre.

Tabla 19. **Tipo de seguro disponible según condición de pobreza**

TIPO DE SEGURO	condición de pobreza			Total
	extrema	relativa	no pobres	
TOTAL PAÍS	19,16	23,79	57,06	100,00
ISSS	0,48	2,06	14,38	16,92
Seguro Colectivo	0,04	0,09	1,59	1,72
SEG. INDI	0,00-		0,08	0,09
NO TIENE	18,63	21,63	41,00	81,27

Gráfico 6. **Afiliación a seguros según ingresos económicos**



2.2 Barreras geográficas de acceso

La barrera geográfica de acceso hace referencia a la dificultad que afronta la población para acceder de manera oportuna y sistemática a los servicios de salud por razones de localización, distribución espacial de los servicios de salud y vías de acceso y transporte. En este sentido, los habitantes de poblados que se encuentran más retirados y dispersos de los establecimientos de salud, que carecen de vías de comunicación adecuadas (carreteras medianamente transitables o pavimentadas) y afrontan dificultad para su movilización (medios de transporte ineficientes o inexistentes) se encuentran en mayor riesgo de exclusión. Este es el caso de las poblaciones localizadas en las áreas rurales pero ello también afecta a áreas urbanas.

La tabla 20 muestra los tiempos de traslado hasta el establecimiento de salud más cercano.

Tabla 20. **Tiempo de traslado al establecimiento de salud según medio de transporte**

Departamento	Área	Medio de transporte (Tiempo en horas y minutos)		
		A pie	Microbús, bus, pick up	promedio
Ahuachapan	Urbano	3,0	5,3	**4,2**
	Rural	1,3	4,0	2,7
Santa Ana	Urbano	2,0	5,0	3,5
	Rural	2,0	4,0	3,0
Sonsonate	Urbano	2,0	4,0	3,0
	Rural	3,3	4,0	3,7
Chalatenango	Urbano	1,0	1,3	1,2
	Rural	1,3	4,0	2,7
La Libertad	Urbano	2,0	4,0	3,0
	Rural	10,1	2,3	**6,2**
San Salvador	Urbano	2,0	5,0	3,5
	Rural	2,0	3,0	2,5
Cuscatlan	Urbano	1,3	2,3	1,8
	Rural	1,0	3,0	2,0
La Paz	Urbano	1,3	3,0	2,2
	Rural	1,0	4,0	2,5
Cabañas	Urbano	7,0	3,0	**5,0**
	Rural	3,0	1,4	2,2
San Vicente	Urbano	1,0	2,0	1,5
	Rural	0,5	1,2	0,8
Usulutan	Urbano	1,0	5,0	3,0
	Rural	1,2	3,0	2,1
San Miguel	Urbano	4,0	3,0	3,5
	Rural	1,2	4,3	2,8
Morazán	Urbano	1,0	1,0	1,0
	Rural	1,0	4,0	2,5
La Unión	Urbano	1,3	2,3	1,8
	Rural	3,0	5,0	**4,0**

Si se analiza el tiempo utilizado en llegar al establecimiento de salud de acuerdo al medio de transporte utilizado y por ubicación urbana y rural, se obtiene la siguiente información:

a) Los principales medios de transporte utilizados son el traslado a pie y el transporte colectivo (Microbús, bus, pick up)
b) No se observa una diferencia sistemática entre el nivel urbano y el rural en cuanto a los tiempos de traslado
c) No se observa una diferencia sistemática entre los medios de transporte en relación a los tiempos de traslado

d) No se observa una diferencia en los tiempos de traslado en relación a la concentración de los establecimientos de salud, excepto en San Salvador que exhibe tiempos de traslado menores que el resto de los departamentos
e) Los tiempos de traslado superan ampliamente la norma de acceso geográfico, que establece como deseable que el establecimiento de salud más cercano no quede a más de 30 minutos de distancia a nivel urbano y a más de una hora en el medio rural.

Considerando lo anterior, se puede concluir que existe una barrera de acceso de tipo geográfico a los servicios de salud dada por los tiempos de traslado y que se observa inequidad en el traslado dada por los medios de transporte utilizados, dado que, de acuerdo a la misma fuente, los grupos de mayores ingresos se trasladan en otros medios de transporte (vehículos propios o ambulancias) y exhiben tiempos de traslado menores (1 hora en vehículo particular y 1 hora con 30 minutos en ambulancia como promedio nacional).

2.3 Barreras laborales: Desempleo, subempleo, informalidad en el empleo

El Salvador es un país cuya población es mayoritariamente joven. La tasa de crecimiento demográfico se estima en 1.9 por ciento anual. La población menor de 15 años representa el 34.3% del total poblacional mientras que el 54.3% se concentra en la población menor de 25 años de edad en el 2002 (según EHPM-2002). Al observar el análisis de las tendencias laborales, migratorias y demográficas, éstas sugieren que un promedio de 58 mil personas se incorporarán anualmente a la fuerza de trabajo entre 1999 y 2004, de las cuales 44 mil lo harán al mercado laboral urbano mientras que las restantes 14 mil se sumarán a la fuerza laboral en el sector rural (FUSADES 1999).

De acuerdo a las cifras de la EHPM de la DIGESTYC, la tasa de desempleo pareciera haberse estabilizado entre el 6 y 7 por ciento (Tabla 21). En el 2002, la tasa de desempleo se estimó en 6.2%, siendo más baja para las mujeres (3.5%) que para los hombres (8.1%). Lo anterior no significa que la economía esté generando los empleos necesarios y de la calidad suficiente como para absorber el incremento de la Población Económicamente Activa (PEA), ya que las mujeres se insertan mayoritariamente en el mercado informal.

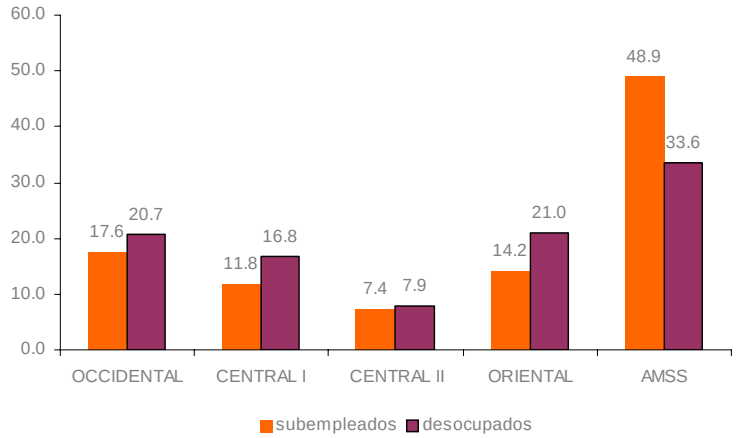
Tabla 21. **Desempleo y subempleo, 1998-2002 en %**

Años	Tasa de subempleo	Tasa de desempleo
1998	31.5	7.3
1999	31.9	7.0
2000	27.0	7.0
2001	28.1	7.0
2002	29.8	6.2

Fuente: DIGESTYC. EHPM 2002.

El subempleo explica, en buena medida, la estabilidad mostrada por la tasa de desempleo. La tasa de subempleo oscila en alrededor del 30%. El porcentaje de población desempleada y subempleada se eleva en el AMSS, principalmente debido a los subempleados, que representan el 48.9% de la PEA. (Grafico 7)

Grafico 7. **Porcentaje de población desocupada y subempleada por regiones, 2002.**



Otro factor importante que influye tanto en los niveles de desempleo como en los de subempleo, es la expansión del sector informal[12]. De acuerdo con la información de la EHPM de la DIGESTYC de 1999 y 2002, la mayor parte del empleo urbano se ha concentrado en el sector informal. La tabla 22 muestra la situación de informalidad en el empleo por niveles de ingreso y por género.

Tabla 22. **Condición del empleo de acuerdo a género e ingreso**

	condición de pobreza			TOTAL EN
SECTOR DE OCUPACIÓN	extrema	relativa	no pobres	SECTOR
TOTAL	115,000	254,109	1,096,586	1,465,695
FORMAL	29,473	88,949	618,995	737,417
INFORMAL	85,527	165,160	477,591	728,278
HOMBRES	65,638	137,551	578,953	782,142
FORMAL	18,958	58,719	358,884	436,561
INFORMAL	46,680	78,832	220,069	345,581
MUJERES	49,362	116,558	517,633	683,553
FORMAL	10,515	30,23	260,111	300,856
INFORMAL	38,847	86,328	257,522	382,697
Fuente: DIGESTYC, EHPM 2002. Cuadro D27				

Como se ha mencionado, la informalidad laboral predomina en las mujeres. Del total de mujeres empleadas, un 56% se encuentra en el mercado informal, en tanto que un 44% del total de hombres empleados se desempeña en este sector.

[12] Definido como aquel empleo en actividades familiares en establecimientos de menos de cinco trabajadores + trabajadores por cuenta propia + patrones de empresas de menos de cinco personas en ocupaciones no profesionales, técnicos, gerenciales o administrativos.

En relación al nivel de pobreza, el 74% de los pobres extremos se encuentra en el mercado informal del trabajo. Esta proporción es de un 65% para los pobres relativos y de un 44 % para los no pobres.

En cifras globales, el 49% de la PEA de El Salvador se encuentra en el mercado informal, el 29.8 está subempleada y el 6.2% está desempleada. Sólo el 15% de la PEA disfruta de un trabajo formal. Considerando las bajas coberturas del MSPAS, el elevado gasto de bolsillo en salud y el nivel de pobreza existente en el país, se puede afirmar que el desempleo, el subempleo y la informalidad en el empleo constituyen una barrera de acceso a los servicios de salud.

2.4 Gasto en salud

Como se ha mencionado en acápites anteriores, el elevado gasto de bolsillo en salud (53.7% del gasto total en salud) y el carácter regresivo de este gasto en el país constituyen una barrera importante de acceso a la salud, en particular para lo más pobres.

Un mecanismo para compensar un elevado gasto de bolsillo, es la focalización del gasto público en los grupos más pobres de la población (distribución equitativa del gasto público). La Tabla 23 presenta la distribución del gasto del MSPAS y del ISSS según nivel de ingresos de la población. En ella se puede apreciar que los recursos del MSPAS se distribuyen en todos los deciles de ingreso y no sólo en los pobres, lo cual indica que el gasto público en salud no está distribuido de manera equitativa en el país.

Por los motivos expuestos, se puede considerar que el gasto en salud constituye una barrera importante de acceso a la salud en El Salvador.

Tabla 23**. Recursos destinados a las familias, 2000**

Decil	MSPAS		ISSS	
	Persona que se enfermo y busco atención	Subsidio del MSPAS a las personas	Persona que se enfermo y busco atención	Subsidio del ISSS a las personas
Más pobres	44.710	$30.634.230	335	$229.534
2	46.297	$31.721.605	786	$538.549
3	44.648	$30.591.749	1.354	$927.729
4	40.500	$27.749.638	2.771	$1.898.623
5	38.952	$26.688.986	5.541	$3.796.562
6	38.403	$26.312.824	5.328	$3.650.619
7	33.117	$22.690.982	8.100	$5.549.928
8	29.527	$20.231.199	10.058	$6.891.503
9	20.663	$14.157.797	9.457	$6.479.712
Más ricos	13.808	$9.460.914	14.147	$9.693.188
Suma	***350.625***		***57.877***	
GTSALUD	$240.239.925		$209.603.454	

la estimación del subsidio a las familias se basa en la metodología propuesta por PHRS-plus. La cual se indica que si aumenta el número de consultas desde el primer decil hasta el último, esto significa un subsidio de los más a los pobres a los ricos.

GT = Gasto Total

Fuente: DIGESTYC. EHPM-2000; MSPAS. Cuentas Nacionales en Salud-2000.

2.5 Barrera de tipo étnico

En el análisis realizado por el Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS) y el resto de instituciones miembro del comité técnico multisectorial para los pueblos indígenas de El Salvador, titulado "Perfil de los Pueblos Indígenas de El Salvador", los pueblos indígenas en el país se pueden agrupar en tres familias (nahua-pipiles, lencas y cacaopera), los cuales representan aproximadamente el 9.2% de la población total del 2001, según las estimaciones efectuadas por este comité, el 74% reside en el área rural.

Con relación a la condición de pobreza de este segmento poblacional, el estudio mencionado, presenta lo siguiente: un 38.3% en pobreza extrema, 61.1% en pobreza relativa y un 0.6% no pobre.

Aun con la escasez de datos, se puede decir con relación a los servicios de salud que "*el 70% de los partos en mujeres indígenas fueron atendidos por parteras u otro personal de salud, el 30% se realizó con auto-atención o ayuda de familiar. El 38% de los partos se atendió en el nivel institucional y el 62% por parteras. Un 24% de las puérperas recibieron atención post-parto y el 29% de los recién nacidos recibieron atención*"[13].

Además del 100% de la población menor de un año de vida, el 73% ha sido vacunada y el 27% tiene una cobertura de vacunación completa[14].

[13] Condiciones de vida de la población indígena en El Salvador, OPS, CCNIS, CONCULTURA, 1999. Pág.70
[14] Ídem a la anterior

3. DIMENSION INTERNA

3.1 Proporción de partos institucionales

La Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL-2002/03) realiza una pregunta a mujeres en edad reproductiva que permite identificar el lugar o institución donde tuvo su último parto. De acuerdo con esta encuesta del total de parto atendidos el 54.0% fueron en el MSPAS; un 12.4% en el ISSS; 3.0% en hospitales/clínicas privadas; totalizando como partos institucionales el 69.4%. el restante 30.6% fueron parto no institucionales. Donde las atenciones en casa por parteras representaron el 23.0%, la diferencia fueron auto-asistencia (3.7%), en casa por otros (3.2%), otros (0.8%).

La Tabla 24 y el Grafico 7 permiten visualizar por área geográfica, en el área urbana los partos institucionales alcanzaron el 87.3%, en tanto un poco más de la mitad cumple con esta condición en el área rural (54.1%). La desagregación por departamentos muestra a San Salvador con la proporción más alta en atención de partos institucionales (el 91.4% del total del departamento), en tanto Morazán con un 49.6% de partos institucionales la más baja.

Tabla 24. **Atención de partos por área según tipo de atención**

Area y departamento	Atención de parto….	
	institucional *	no institucional **
Area		
Urbano	87.3	12.7
Rural	54.0	46.0
Departamento		
Ahuachapán	52.8	47.2
Santa Ana	73.5	26.5
Sonsonate	55.3	44.7
Chalatenango	55.8	44.2
La Libertad	58.2	41.8
San Salvador	91.4	8.6
Cuscatlán	60.3	39.7
La Paz	59.1	40.9
Cabañas	62.5	37.5
San Vicente	59.4	40.6
Usulután	69.2	30.8
San Miguel	69.2	30.8
Morazán	49.6	50.4
La Unión	62.7	37.3

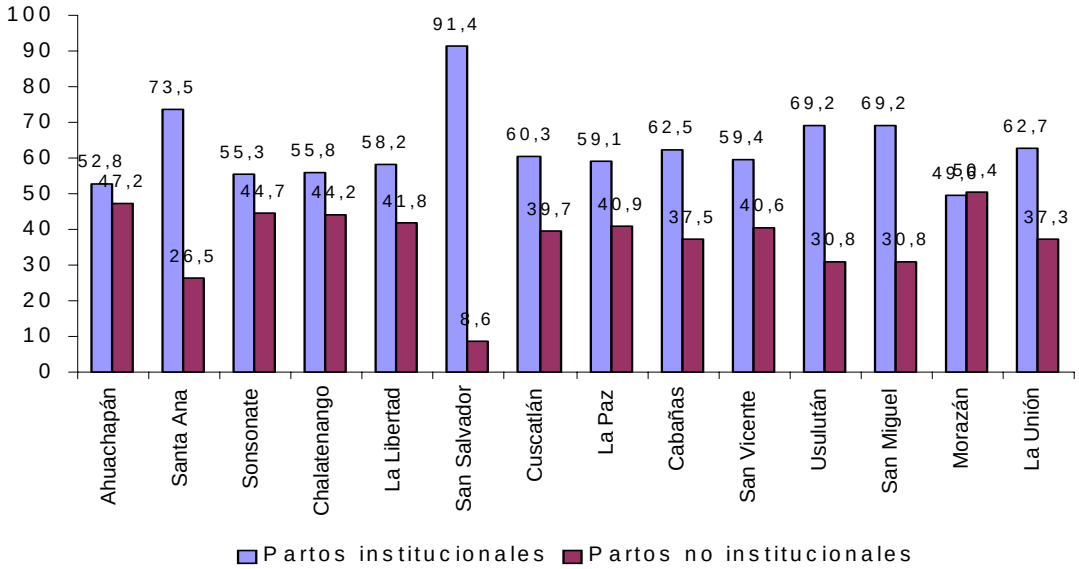
* incluye los atendidos por el MSPAS+ISSS+HOSPITAL/CLINICA PRIVADO

** incluye los atendidos por partera+auto-asistencia+otros

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL)1998.

En los departamentos de Morazán, Ahuachapán y Sonsonate se presenta una cobertura menor en este servicio de salud materna, con un rango de 49.6 a 55.3 por ciento. En estos departamentos la atención de parto en casa por partera, es similar e incluso mayor que la atención brindada por el MSPAS, ISSS y hospitales/clínicas privadas.(Grafico 8)

Grafico 8. **Atención de partos por departamento según tipo de atención**



Entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo, la atención intra-hospitalaria del parto indica que un 46.5% son atendido en el MSPAS; en casa por parteras, como segunda forma de atención del parto con 35.9%. Entre las mujeres de nivel socioeconómico alto prevalece la atención intra-hospitalaria, concentrándose un 56.4% en el MSPAS y un 27.6% en el ISSS, y menos del 5% son atendidos por parteras. Lo anterior permite destacar una alta relación entre el nivel socioeconómico de la mujer y el tipo de atención de parto, es decir, a menor nivel socioeconómico mayor es la probabilidad de ser una atención extra-hospitalaria, y a nivel socioeconómico alto, mayor es la probabilidad de tener una atención intra-hospitalaria. (Tabla 25)

Tabla 25. **Atención de partos por condición socioeconómica según tipo de atención.**

Nivel socioeconómico	Atención de parto….	
	institucional	no institucional
MSPAS		
Bajo	46.5	
Medio	63.9	
Alto	56.4	
ISSS		
Bajo	4.6	
Medio	14.8	
Alto	27.6	
HOSPITAL PRIV.		
Bajo	0.4	
Medio	3.2	
Alto	8.9	
PARTERA		
Bajo		35.9
Medio		14.9
Alto		4.5
AUTO-ASISTENCIA		
Bajo		6.7
Medio		1.5
Alto		0.1
OTROS		
Bajo		5.8
Medio		1.8
Alto		2.6

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL)2002/03.

3.2 Proporción de niños menores de 5 años de edad que abandonan el programa de vacunación

Esta proporción es aproximada teniendo en consideración la tenencia y no-tenencia de la vacuna de mayor cobertura y menor cobertura, respecto al número total de niños. La FESAL-2002/03 muestra que el 9.3% de los niños menores de los cinco años abandona el programa de vacunación (74,943 abandonos de 805,835 niños menores de cinco años), es decir, tiene la vacuna BCG (la de mayor porcentaje de cobertura), pero no la antisarampionosa (la de menor porcentaje de porcentaje de cobertura), porcentaje que es mayor en las zonas urbanas del país (10.0%) que el área rural (8.9%) de la población. De acuerdo con este indicador el porcentaje de la población excluida del sistema de atención primaria de salud es del 9.3%.

Tabla 26. **Porcentaje de niños menores de 5 años que abandonaron el programa de vacunación.**

Población menor de 5 años	Población que abandono el programa de vacunación…	
	Absolutas	%
Total	74,943	9.30
Urbana	42,696	10.00
Rural	33,720	8.90

con respecto a la población menor de 5 años de edad por zona

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL)2002/03.

3.3 Proporción de mujeres embarazadas que no cuentan con el número normado de controles prenatales

Según la FESAL-2002/03 el 15.3% de las mujeres embarazadas en El Salvador no cubrieron el número de controles prenatales normado. La norma del MSPAS define que 5 es el número de mínimo aceptable de controles prenatales que debe tener la embarazada sin riesgo. En consecuencia, la medición se hizo tomando en cuenta a las mujeres con 6 a 9 meses de embarazo con un control y a las embarazadas que no tuvieron algún control. Se sumó a las mujeres en el tercer trimestre de embarazo con un control más a las embarazadas que no tuvieron ningún control prenatal.

De acuerdo con los datos de la FESAL-2002/03, los departamentos de Chalatenango, La Unión, San Salvador y Morazán presentan una variación entre 8.5 y 13.3 por ciento de embarazadas con número de controles menor a la que dice la norma. Usulután, San Miguel, Cabañas, Cuscatlán, Sonsonate y La Paz presentan variaciones entre un 14 y 17.8 por ciento. Los departamentos con alta proporción superiores al 20 por ciento de mujeres embarazadas con menos de cinco controles son San Vicente, Santa Ana, La Libertad y Ahuachapán, este último es uno de los departamentos con mayor incidencia de pobreza del país. (Tabla 27 y Grafico 9)

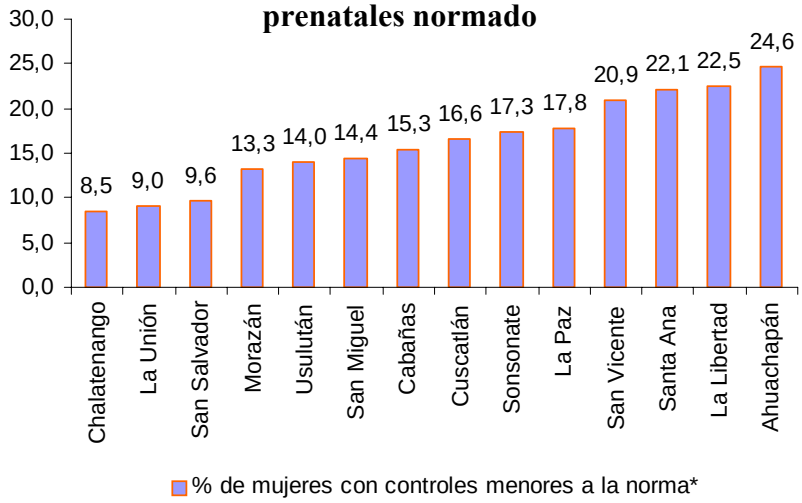
Tabla 27. **Porcentaje de embarazadas que no cuentan con el número de controles prenatales normado**

Area y departamento	% de mujeres con controles menores a la norma*
Area	
Urbano	34.0
Rural	49.7
Departamento	
San Salvador	31.7
Chalatenango	36.8
La Unión	38.6
La Libertad	39.9
San Miguel	41.9
Usulután	43.4
San Vicente	44.3
Cuscatlán	47.8
Santa Ana	48.6
La Paz	49.3
Morazán	51.7
Cabañas	53.9
Ahuachapán	57.0
Sonsonate	58.9

* incluye las embarazadas en el segundo y tercer trimestre con un control prenatla más la que no tuvieron ningú control

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL)1998.

Grafico 9. **Porcentaje de embarazadas que no cuentan con el número de controles prenatales normado**



3.4 Proporción de población sin acceso a agua por alcantarrillado

Según la EHPM-2002, el 81.9% de la población (1,398,956 personas) que se abastece de agua no entubada reside en el área rural, con mayor presencia en los departamentos de San Miguel 14.2%, Santa Ana 11.1% y La Libertad 10.0%. Según condición de pobreza del 81.9% de la población el 53.5% de ellos se encuentra en situación de pobreza (Extrema 28.2% y 25.2% relativa). (Tabla 28 y 29 y Grafico 10)

Tabla 28. **Personas sin acceso a agua por cañería por departamento, 2002**

Departamento	Total de grupo	
	Personas	% col.
AHUACHAPAN	134,184	7.3
SANTA ANA	187,934	11.1
SONSONATE	150,627	8.0
CHALATENANGO	63,989	3.6
LA LIBERTAD	163,743	10.0
SAN SALVADOR	147,643	8.8
CUSCATLAN	47,383	2.7
LA PAZ	105,769	6.4
CABAÑAS	65,604	3.1
SAN VICENTE	34,985	2.0
USULUTAN	157,776	9.8
SAN MIGUEL	228,105	14.2
MORAZAN	84,466	5.0
LA UNION	135,186	7.9
Total	**1,707,394**	**100**

Fuente: DIGESTYC. EHPM 2002.

Grafico 10. **Porcentaje de personas sin acceso a agua por cañería por departamento, 2002**

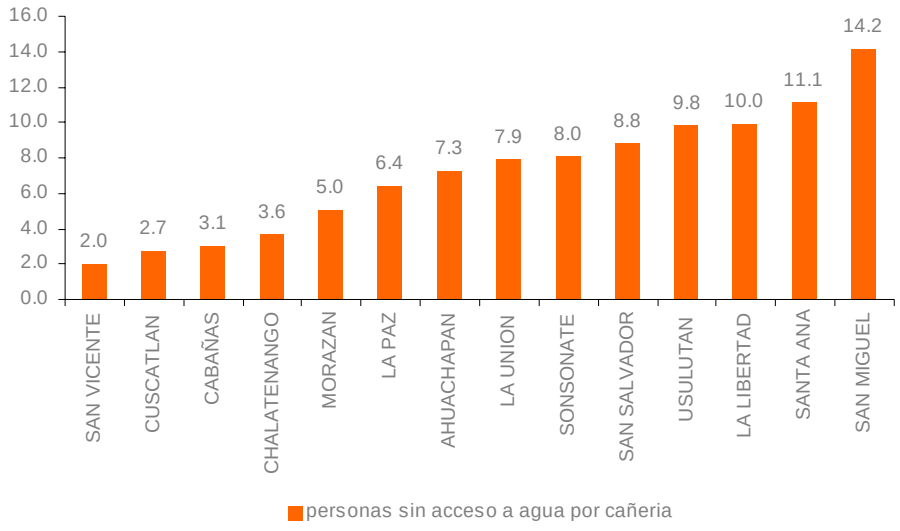


Tabla 29. **Personas sin acceso a agua por cañería por condición de pobreza según área, 2002**

Condición de pobreza	AREA				Total de grupo	
	URBANA		RURAL			
	Personas	% col.	Personas	% col.	Personas	% col.
pobre extremo	68,160	18.9	468,417	28.2	536,577	26.4
pobre relativo	106,669	30.9	379,761	25.2	486,430	26.3
no pobre	133,609	50.2	550,778	46.5	684,387	47.3
Total	308,438	100	1,398,956	100	1,707,394	100

Fuente: DIGESTYC. EHPM 2002.

De acuerdo a esta componente de exclusión, 1,707.4 (miles de personas) serian excluidas, de las cuales 1,023.0 son pobres y el 53.5% de ellas reside en zonas rurales del país. Ahora no se observa diferencias sustanciales entre pobres y no pobres, lo cual indica que la exclusión por esta vía no posee una alta relación con los niveles de ingreso de la población pero sin entre el lugar de residencia, es decir, una persona que resida en el área rural del país tiene más posibilidad de ser excluido que una persona que reside en las zonas urbanas. No hay que perder de vista que la dificultad del sistema (nacional) de proveer el servicio y la escasez del recurso hídrico en el territorio nacional, como elementos adicionales que pueden condicionar la exclusión de un segmento poblacional.

La misma fuente de información (EHPM-2002) indica que 61.3% de la población total (unos 3,987.9 mil personas) no posee servicio sanitario no conectado a alcantarillado, de los cuales el 40.5% reside en zonas rurales y el restante 20.7% en las urbanas. La información de la Tabla 30, permite derivar el siguiente comentario; el nivel de ingreso de la población versus servicio sanitario no conectado a alcantarillado parece tener una relación casi lineal, es decir, que a medida aumenta el ingreso de las personas menor será la posibilidad que posea un sanitario no conectado a alcantarillado, y en la medida los ingresos disminuyen aumenta la posibilidad de tener servicios sanitario no conectado a alcantarillado.

Tabla 30. **Personas con servicio sanitario no conectado a alcantarillado por decil de ingreso según área, 2002**

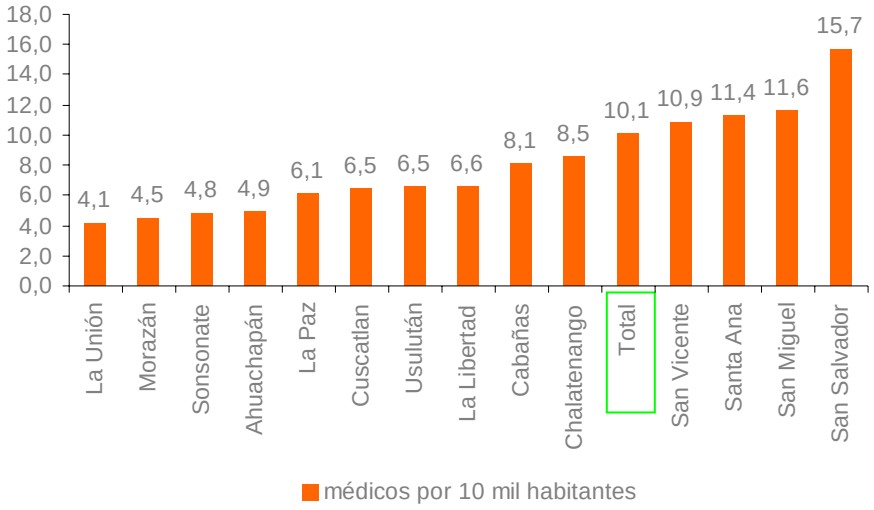
Decil de ingreso	Total de grupo	
	% col.	Personas
I	12.0	479,010
II	11.0	440,373
III	11.5	459,387
IV	11.7	468,150
V	10.2	407,829
VI	11.2	446,570
VII	10.2	407,841
VIII	9.0	357,282
IX	8.2	328,524
X	4.8	192,958

Fuente: DIGESTYC. EHPM 2002.

3.5 Número de médicos por cada 10 mil habitantes

De acuerdo con la información del MSPAS e ISSS existen en el país 10.1 médicos por cada 10 mil habitantes. En el departamento de La Unión existen 4.1 médicos por cada 10 mil habitantes, constituyendo como el departamento con menor número de médicos por habitantes y 6 puntos porcentuales por debajo de la media nacional. Los departamentos de Santa Ana, San Miguel y San Salvador se ubican por encima de la media nacional, constituyéndose como los departamentos con mejor relación médico / habitantes.

Grafica 11. **Médicos por 10 mil habitantes, 2002 (**Cifras del MSPAS+ISSS**)**



Con el fin tener información sobre población no cubierta por el número de médicos se realizó una estimación gruesa, basándose en el estándar de 5 médicos por 10 mil habitantes que utiliza el MSPAS, para lo cual se determinó primero el número de médicos necesario (tomando el estándar) y luego por diferencia con el número de médicos existente se obtuvo el déficit o superávit de médicos, el cual se valoró con respecto a la población total. Y de acuerdo con la información suministrado por el Ministerio de Salud y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y bajo el estándar de 5 médicos por cada 10,000 habitantes que utiliza el MSPAS, en el país existe excluidos por este indicador el 6.8% de la población total, unos 445.7 mil personas. Concentrándose en los departamentos de La Unión, Sonsonate, Morazán y Ahuachapán. El resto de los departamentos muestra una sobre oferta de médicos en función de su población total, siendo el departamento de San Salvador el que posee la mayor sobre oferta de médico por cada 10 mil habitantes. Se observa una diferencia bastantes amplias entre los departamentos. (Tabla 31).

Tabla 31. **Población no cubierta por déficit de médicos, 2002 (**cifras MSPAS+ISSS**)**

Departamento	A Población	B Médicos	C Un médicos*10,000 hab. (B/A)*10,000 hab.	D Médicos necesario (A*5)/10,000 Hab.	E Deficit/superavit (B-D)	Población no cubierta (E*-1)*10,000
Ahuachapán	333.259	164	4,92	167	-2,6	26.295
Cabañas	154.532	125	8,09	77	47,7	
Chalatenango	199.295	170	8,53	100	70,4	
Cuscatlan	206.852	134	6,48	103	30,6	
La Libertad	722.992	478	6,61	361	116,5	
La Paz	302.790	185	6,11	151	33,6	
La Unión	294.425	122	4,14	147	-25,2	252.125
Morazán	175.548	79	4,50	88	-8,8	87.740
San Miguel	500.084	581	11,62	250	331,0	
San Salvador	2.076.461	3.251	15,66	1038	2212,8	
San Vicente	164.967	179	10,85	82	96,5	
Santa Ana	572.625	650	11,35	286	363,7	
Sonsonate	471.915	228	4,83	236	-8,0	79.575
Usulután	342.053	224	6,55	171	53,0	
Total	**6.517.798**	**6.570**	**10,08**	**3259**	**3311,1**	**445.735**
Porcentaje con relación a la población total						**6,8**

Fuente: MSPAS. Unidad de Información en Salud. ISSS. Depto. de Estadísticas

3.6 Número de camas por cada 10 mil habitantes

Este indicador es una valoración aproximada sobre la exclusión de servicios hospitalarios. Según la información del MSPAS e ISSS existen 10.2 camas por cada 10 mil habitantes en el país, promedio que varia según departamento, para el caso los departamentos de Santa Ana, San Miguel y San Salvador son los que poseen proporciones mayores al 9 por cada 10 mil habitantes, en tanto La Libertad, Morazán y La Paz poseen niveles por debajo de 5 por 10 mil habitantes. Estos últimos tres departamentos son los que presentan déficit en camas hospitalarias en función de su población total. La población excluida por este indicador asciende al 30.3% de la población total, unos 1,972.7 mil habitantes.

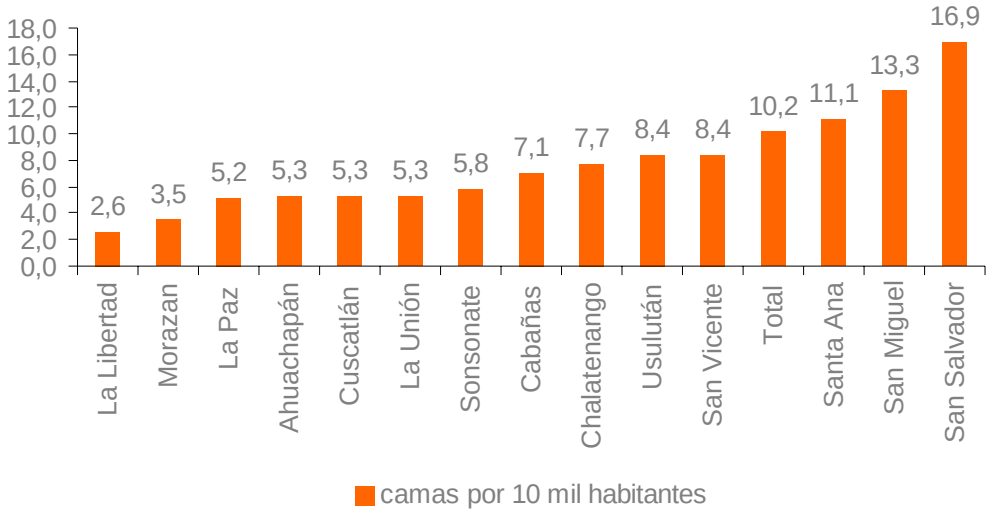
Tabla 32. **Población con déficit de camas, 2002 (**cifras del MSPAS+ISSS+PRIVADO**)**

Departamento	A Población	B # de camas	C # camas por 10,000 hab. (B/A)	D Camas necesarias* (A*5)/10,000	E Deficit/superavit (B-C)	F Población no cubierta (E*-1)*10,000
Ahuachapán	333.259	175	5,3	167	8	
Cabañas	154.532	109	7,1	77	32	
Chalatenango	199.295	153	7,7	100	53	
Cuscatlán	206.852	110	5,3	103	7	
La Libertad	722.992	190	2,6	361	-171	1.714.960
La Paz	302.790	157	5,2	151	6	
La Unión	294.425	157	5,3	147	10	
Morazan	175.548	62	3,5	88	-26	257.740
San Miguel	500.084	664	13,3	250	414	
San Salvador	2.076.461	3.513	16,9	1.038	2475	
San Vicente	164.967	139	8,4	82	57	
Santa Ana	572.625	638	11,1	286	352	
Sonsonate	471.915	273	5,8	236	37	
Usulután	342.053	288	8,4	171	117	
Total	**6.517.798**	**6.628**	**10,2**	**3.259**	**3369**	**1.972.700**
Porcentaje con relación a la población total						**30,3**

** es el # de camas necesarias para cubrir a la población de referencia tomando en consideración el estándar de 5 camas por 10, 000 hab.*

Fuente: MSPAS. Unidad de Información en Salud. ISSS. Depto. de Estadísticas. Asociación de Hospitales Privado

Grafico 12. **Número de camas por 10 mil habitantes, 2002 (**cifras del MSPAS+ISSS+PRIVADO**)**



3.7 Porcentaje de cobertura de la red de servicios

Este indicador puede aproximarse directamente a través del número de establecimientos de salud existentes en los diferentes espacios geográficos del país, sin embargo al incluir a una diversidad amplia de instancias de distinto tamaño y capacidad, y espacios geográficos con diferente densidad poblacional, podría no ser muy adecuado si realmente se desea conocer la cobertura de la red de salud[15]. Una alternativa es utilizar el número de personal médico y camas por habitante, tal como es mostrado en los indicadores anteriormente presentados.

Pero cuando se busca ver al sistema o la red de servicios es importante tomar en consideración la información del segmento de la población que se enfermo o accidentó y utilizó o no, las diferentes opciones que ofrece la red de servicios. En tal sentido la información de la EHPM-2002, indica que el 44.3% de la población que se enfermo y utilizó los servicios son pobres (extremos 19.8% y relativos 24.5%) siendo la mayoría los no pobres con una porcentaje de 55.7% de una población de 559,990 personas (el 8.6% de la población total).

El 67.5%, de las 559.9 mil personas que se enfermaron utilizaron los establecimientos del MSPAS, de ellos el 46.7% son no pobres. 10.2% acudió al ISSS, de los cuales el 80.4% son no pobres. Un 17.1% fue a hospitales/clínicas privadas, de los cuales el 75.2% fueron no pobres. El 5.3% restante se distribuyó en ONG's (1.8%), Farmacias (0.7%), Curandero (0.1%) y el rubro otros con 2.6%. en todo ellos predomino la población no pobre, excepto entre los que acudieron al curandero donde el 74.8% son pobres extremos. (Tabla 33 y Grafico 13)

De lo anterior se puede observar que el sistema afronta grandes dificultades para pode cubrir con eficiencia a la población pobre y es especial a la que se encuentra en pobreza extrema, la cual tiende a desistir de buscar atención médica con la finalidad de evitar el costo económico (15.6%), el cual puede afectar su demanda de bienes y servicios no alimentarios y muchas veces por desconocimiento sobre la gravedad de su enfermedad (43.8%) aún cuando esté en alto riesgo sanitario, combinado con la percepción de una falta de atención por parte del personal (15.8%) que labora en los establecimiento de salud (principalmente los del MSPAS e ISSS). Estos tres motivos de no consulta constituyen el 75.1% de las razones del porque no acuden a los centros de atención.

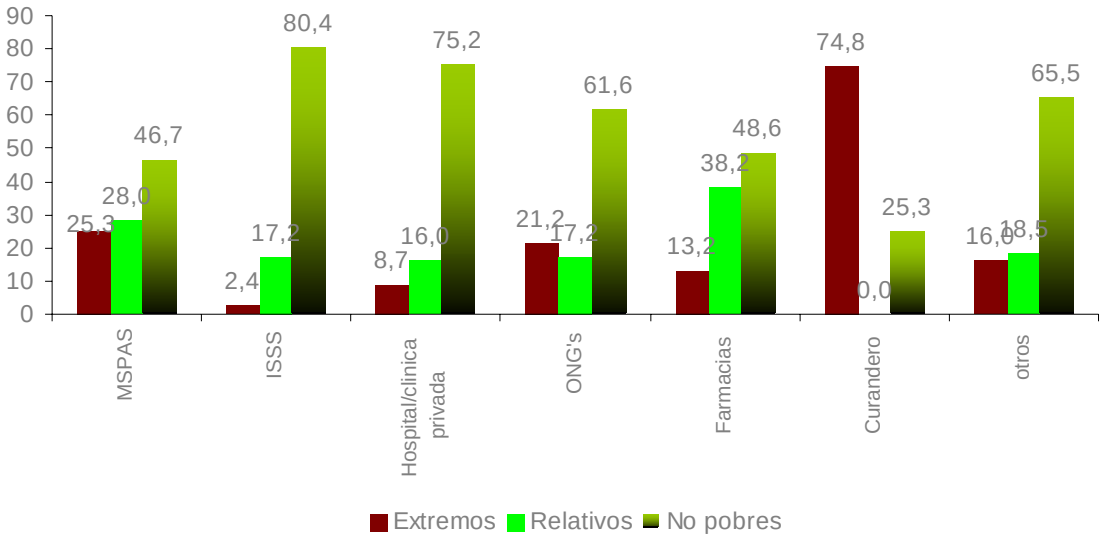
Tabla 33. **Población que enfermo por establecimiento donde acudió según condición de pobreza, 2002.**

		Población que se enfermo por lugar donde acudio...							
Condición de pobreza	Total	MSPAS	ISSS	Hospital/clinic	ONG's	Farmacias	Curandero	otros	
Pobre	247851	201537	11140	23687	3894	1874	598	5121	
Extremo	110897	95579	1362	8350	2151	480	598	2377	
Relativo	136954	105958	9778	15337	1743	1394	0	2744	
No pobre	312139	176419	45773	72016	6252	1774	202	9703	

Fuente: DIGESTYC. EHPM 2002.

[15] Informe de exclusión social de Paraguay 2003.

Grafico 13. **Porcentaje de población que enfermo por establecimiento donde acudió según condición de pobreza, 2002.**



4. RESUMEN DE POBLACIÓN EXCLUIDA

La guía metodológica desarrollada por OMS/OPS permite ordenar los indicadores en dos grandes dimensiones, la externa y la interna al sistema de salud, seguido por fuente y categorías. Y los indicadores se ubican dentro de las mismas aplicando criterios diferenciados. A continuación se presenta la información existente y utilizada en este documento de acuerdo a la metodología:

Tabla 34. **Población excluida según diversas dimensiones y fuente de exclusión, 2002.**

Dimesión explicativa	Fuente	Categoría/factor	Indicador	Población Absolutos	Fuente
Externas al sistema d	Barrera de acceso	Económicas	Población en situación de pobreza (extrema+relativa)	2.795.847	1
			Población en situación de pobreza extrema	1.306.532	1
			Población sin seguro de salud	1.489.315	1
			Población pobre sin seguro de salud	2.621.214	1
		Goegráfico	Población pobre que no consulta	247.851	1
			Población rural	564.912	1
		Laboral	Personas informal	671.290	1
		Étnicas	Población perteneciente a minoria étnicas	598.952	3
		Educación y género	Mujeres de 15 años y más analfabeta	486.596	1
	Vulnerabilidad en salud	Servicios públicos en la vivienda	Población en el 1er al 3er quintil de ingreso con sanitario no conectado a desague	1.378.770	1
			Población pobre sin agua potable por cañeria	1.707.394	1
Internas al sistema de	Estructura	Infraestructura	Población no cubierta por déficit camas	1.972.700	4
		Recursos humanos	Población no cubierta por déficit de médicos	445.735	4
			Población no cubierta por déficit de enfermeras	544.960	4
		Porcesos	Niños menores de 5 años que abandonan el programa de vacunación	74.943	2
			mujeres embarazadas que no cuenta con el número normado de controles*	27.220	2

porcentaje con relación a la población total (6,519,348 personas)
* dato ponderado. Tomando una estimación de mujeres embarazadas esperada de 117,910
Fuente: 1. DIGESTYC, EHPM-2002; 2. FESAL 2002/03;3. CCNIS;4. MSPAS+ISSS

Aún cuando solo se presentan datos correspondientes al año 2002, se puede observar que el ser pobre, el tener la condición mixta de ser ocupado informal y sin seguro; y, el ser una persona no cubierta en su necesidad de recibir un servicio de salud por la existencia de un déficit de camas, enfermeras, aumenta la probabilidad de ser excluido de un servicio de salud en el país, dado que estas tres se constituyen como las fuentes de exclusión de mayor notoriedad.

Apéndice Estadístico - INDICE GENERAL DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SALUD (aspecto metodológico y cálculo)

Tal como lo señala la guía metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud, se ha construido un índice compuesto de exclusión, el cual es un indicador que pretende incorporar las interacciones entre las diferentes fuentes de exclusión así como las restricciones conjuntas que enfrentan los individuos para acceder a los servicios de salud. Este indicador es construido como una combinación lineal de las diferentes fuentes de exclusión, y revela el riesgo individual de exclusión.

Este índice sintético posee ventajas metodológicas múltiples y dificultades operativas en el cálculo y en la replicación posterior al mismo.

Ventajas metodológicas:

En primer lugar, identifica la contribución relativa de cada factor de exclusión en el riesgo individual de exclusión, lo que es importante para priorizar y orientar las estrategias de extensión de la protección a ser aplicadas. En segundo lugar, ordena espacialmente a la población y la estratifica según los riesgos de exclusión e identifica las zonas geográficas más afectadas.

La metodología presentada por OPS/OMS es la siguiente:

Se plantea evaluar la exclusión a partir del cálculo de un indicador continuo de exclusión basado en la familia de medidas propuesta por Foster, Greer y Thorbecke (FGT), (1984), el cual incorpora los siguientes elementos de análisis:

1. La incidencia de la exclusión: ¿Cuánta población se halla excluida?
2. La intensidad de la exclusión: ¿Cuál es el grado de exclusión de la población reportada como excluida? ¿Cuál es la brecha frente al nivel de satisfacción total?
3. La severidad de la exclusión: ¿Cuál es el grado de desigualdad entre los niveles de exclusión de la población?

Formalmente la familia de medidas de insatisfacción FGT se define en como: Donde:
I??= (1/n) ?i=1 ((S* - Si)/S*)

I? = índice global de exclusión
N = población total
Si = nivel de exclusión del individuo i
S* = nivel óptimo de inclusión
Q = total de población reportada como excluida
? = coeficiente de aversión a la exclusión (? ?? =0)

Si ? = 0, entonces el índice de insatisfacción se reduce a:

I□=0 = q / n = H

Donde H es el ratio head-count, es decir el porcentaje de población clasificados como excluidos. Tal como se expuso anteriormente, este indicador al ser discontinuo es insensitivo al grado de exclusión de los usuarios, lo cual limita su uso para el análisis de impacto de políticas de extensión de la protección social en salud (EPSS).

Por el contrario, si ??= 1 el índice global de exclusión se expresaría de la siguiente manera:

I??(1/n) ?i=1 ((S* - Si)/S*) = H*B

Donde B representa la brecha media de exclusión de la población de un país y está medido por:
B = (1/q) ¿i=1 ((S* - Si)/S*)

En este escenario, el índice global refleja tanto la incidencia de la exclusión (dado por H) y la intensidad de la misma (representado por B) y puede ser interpretado como el esfuerzo potencial requerido para eliminar la exclusión mediante programas de EPSS. No obstante, este tipo de indicador es insensible a la distribución del grado de exclusión: una mejora de las condiciones de exclusión en la población excluida puede dejar invariable el indicador H*B. Para que este efecto pueda ser capturado por el índice se requiere asignar una mayor ponderación a la variable distributiva de los usuarios insatisfechos a través de valores superiores de a (>1). En el caso específico que ? =2 se obtiene que:

I??=2 = H*(B2 + (1-B)2*?2)

Donde s representa el coeficiente de variabilidad del grado de exclusión de la población excluida. De acuerdo a esta expresión, cambios en el grado de exclusión son atribuibles a dos fuentes: (a) la brecha de exclusión y (b) la desigualdad en el grado de exclusión.

Debido a que todas las medidas de FGT expresan la brecha de exclusión como un porcentaje del nivel óptimo de inclusión, todas ellas se encuentran en el rango de 0 a 1, representando los valores cercanos a 0 como los de menor grado de exclusión y los cercanos a 1 de mayor grado de exclusión. Conforme a aumenta, las FGT tienden a disminuir, así: I? -1 > I? .

Una característica especial de las medidas FGT es que son aditivas desagregables. De este modo, la exclusión global en un país puede ser expresada
como el promedio ponderado de los niveles de exclusión de diferentes segmentos poblacionales. En consecuencia, el índice de exclusión puede ser expresado como:
I?= ?j=1 (n j / n) I?j
Donde:
I ? = índice de exclusión global
I ? j = índice de exclusión del grupo j
nj = número de individuos pertenecientes al subgrupo j

n = población total
m = total de segmentos poblacionales.

Dificultades operativas:

No es un cálculo directo. Hay que realizar dos grandes fases en el proceso de cálculo del índice sintético (Construcción de una Base única de variables categóricas y la construcción del índice) y dentro de la primera una serie de pruebas que permitan obtener las combinaciones con mayores niveles de correlación de las variables transformadas; en la construcción de la base única se requiere tener los conocimientos necesarios en el manejo de bases de datos para poder llevar acabo la fusión de variables y registros; las variables "fuentes de exclusión" que se integran a la base única deben tener las siguientes características: estar constituidas como una base de datos, pasar una prueba de correlación y consistencia estadística y provenir de fuentes confiables. Asimismo, es necesario seleccionar muy bien a que nivel se realizará la fusión de las mismas, para lo cual tiene que tener en cuenta la cobertura, grados de confiabilidad y factores de expansión – para los casos que se requiera; el manejar distintas bases de datos con características por dominio diferentes limita por un lado, la utilización de toda las fuentes de exclusión y por otro lado, sacrifica la apertura de la información, dado la base estadística nacional actual; se necesita tener las licencias, el conocimiento y la destreza en el manejo de los siguientes paquetes estadísticos: SPSS, modulo categórico de SPSS y STATA. Se requiere dominio del análisis factorial con una extracción de componentes principales, regresión de escalamiento optimo y transformación de datos categóricos, entre otras técnicas estadísticas.

Lo anterior dificulta la reproducción del índice a niveles locales dentro de la estructura del sistema de salud.

Con la finalidad de realizar un primer ensayo en el país se realizaron los siguientes pasos para desarrollar la etapa preparatoria de base, del cálculo del índice:

Construcción de una base de datos categóricos única. Dentro de la encuesta de hogares de propósitos múltiples se construyó las siguientes variables: ámbito geográfico, quintiles de ingreso, condición de pobreza, agua potable, desagüe, analfabetismo e informalidad laboral.

Del Ministerio de salud se obtuvieron tres bases de datos, correspondientes al año 2002, la primera sobre recursos humanos que incluía únicamente el personal médico y enfermera, la segunda sobre número de camas y la tercera sobre el número de camas y hospitales de la red.

De la encuesta nacional de salud reproductiva correspondiente al período 2002-03, se obtuvo la variable de cobertura de vacunación de menores de cinco años.

Para todas las bases se generaron "llaves" al nivel de departamento para poder fundir los registro y las variables.

Para el cálculo del índice compuesto de exclusión en salud se realizaron los siguientes pasos:

En la base de datos depurada y única que contiene todos las variables e indicadores para el cálculo del índice, se llevaron dichas variables a una escala ordinal de manera que todas tengan igual dirección. Es decir que aquellas categorías que representan exclusión se le dieron los valores más bajos. Por ejemplo en a la variable ámbito geográfico, a la categoría rural se le asignó el valor de 1 y a la urbana de 2. Igualmente, en la variable situación de pobreza, al pobre extremo se le asignó el valor de 1 y al no pobre el valor de 3 (Ver anexo 5). Utilizando las técnicas del escalamiento óptimo y componentes principales, todas las variables ordinales fueron transformadas en variables continuas (Ver anexo 5). Este procedimiento se realizó utilizando el módulo SPSS categóricos.

Las variables transformadas en escala continua fueron ingresadas a un modelo factorial para agruparlas según su nivel de correlación y separarlas según su no correlación. De esa manera, se pudieron agrupar en un determinado número de dimensiones y validar el modelo conceptual de dimensiones propuesto (Ver anexo 6). Se tomaron como criterios de buena convergencia si la carga factorial fue mayor a 0,5 y de discriminación si fue menor a 0,3. Para este procedimiento se utilizó el módulo de SPSS reducción de datos. Para una mejor determinación de la carga factorial se realizó una rotación ortogonal utilizando el método Varimax.

Para cada una de las dimensiones obtenidas luego del análisis factorial se realizó el análisis de principales componentes. Mediante esta técnica se obtuvo para cada dimensión una ecuación que combina linealmente sus variables, construyendo así el índice específico de cada dimensión, para lo cual solamente se consideró el primer componente (componente principal) (Ver Anexo 7).

La construcción del índice global de exclusión se realizó en base a las dimensiones ya calculadas mediante los principales componentes.

El calculo de los umbrales (puntos de corte para diferencia excluidos de no excluidos) se realizó reemplazando en las ecuaciones los valores estándares.

La estimación del porcentaje de excluidos en el ámbito global y áreas geográficas, incluyendo la estimación de la brecha y severidad se efectuó mediante la función FGT. Este procedimiento se realizó con SPSS aun cuando se puede realizar por medio del módulo Sepov del software STATA. (no se utilizo dicho software por no tenerlo a disposición)

Resultados de la primera estimación.

La población excluida en el país asciende a un poco más 3.5 millones de personas. Dando una incidencia de exclusión a nivel nacional de 53.13%, con una brecha[16] o profundidad de la misma de 1.9%, en tanto la severidad se ubica en un 8.9%.
Se observa una exclusión alto a nivel nacional y a nivel de departamentos, excepto en los departamentos de San Salvador y San Vicente donde el nivel de exclusión se ubica en una escala moderada.
Los niveles más bajos de los índices del FGT se encuentran en los departamentos de San Salvador y San Vicente, lo que indica la necesidad de formular políticas diferenciadas.
Entre los altamente severos los departamentos de Ahuachapán y La Unión son los que reflejan una incidencia de exclusión sumamente alto, pero este resultado puede estar asociado con los niveles de pobreza entre otras cosas.

Tabla 35. **El Salvador: Estimación de la proporción de población, niveles e índices de exclusión por FGT según área geográfica, 2002**

DEPARTAMENTO	Indice FGT...		
	INCIDENCIA	BRECHA	SEVERIDAD
EL SALVADOR	**0,5313**	**0,0195**	**0,0890**
AHUACHAPAN	0,6453	0,0933	0,0566
SANTA ANA	0,5340	0,0546	0,0586
SONSONATE	0,6422	0,1030	0,1000
CHALATENANGO	0,5385	0,0952	0,0435
LA LIBERTAD	0,5288	0,0103	0,0415
SAN SALVADOR	0,1653	0,0071	0,0291
CUSCATLAN	0,5147	0,0833	0,0334
LA PAZ	0,5578	0,0815	0,0669
CABAÑAS	0,5700	0,1708	0,0446
SAN VICENTE	0,4143	0,0596	0,0156
USULUTAN	0,6019	0,0825	0,0642
SAN MIGUEL	0,5602	0,0333	0,0358
MORAZÁN	0,5505	0,1070	0,0397
LA UNIÓN	0,7924	0,1528	0,1069

Tomando en cuenta el peso de las variables como explicativos del índice de exclusión, tabla 36 y 37, se pude comentar a nivel nacional lo siguiente:

1. El 53.13% de la exclusión social en salud en El Salvador esta explicada por tres variables: tiempo de traslado, informalidad en el trabajo y saneamiento básica. El tiempo de traslado posee el mayor peso dentro del índice 17.9%. de igual manera el

[16] La brecha de la exclusión estima cuán lejos esta el promedio de la población de cada región respecto de la línea de exclusión.

segundo en importancia en peso dentro del índice es la informalidad en el trabajo con peso de 13.8% y 13.6% es el peso dentro del índice de saneamiento básico.

2. Las variables externas al sistema de salud son las de mayor peso explicativo dentro del índice de exclusión. El tiempo de traslado, la informalidad en el empleo y el saneamiento básico son los que explican en gran parte el comportamiento de la exclusión social en salud en el país. Esto induce a plantearse nuevas formas de extender la protección en salud que incorporen a actores externos al sector salud para mejorar el aseguramiento y el acceso físico a la oferta de salud, de manera tal que las variables relacionadas con el sistema de salud puedan ser reorientadas con el fin de disminuir en el corto plazo, y eliminar en el mediano plazo la exclusión social en salud.
3. Las variables internas al sistema de salud que mayor peso explicativo tienen sobre la exclusión son la distribución de recursos humanos (médicos y enfermeras) y de recursos físicos (camas) lo señala la importancia de concentrar esfuerzos en el análisis funcional de redes que permita una mejor distribución espacial de los recursos.

Tabla 36. **El Salvador: Descomposición del Índice de Exclusión según variables, 2002**

Dimensión	Variable	Peso relativo de la variable en cada dimensión %	Peso de la dimensión %	Peso final de la variable %
d1	Area	17,1	79.3	13,55
d1	Tiempo de traslado en transporte	22,6		17,90
d1	Desague	17,2		13,64
d1	Informalidad en actividad económica en los hogares	17,4		13,80
d1	Relación de hospitales por cada 15,000hab	6,9		5,46
d1	Partos institucionales	0,3		0,24
d1	QUINTIL DE INGRESO	0,2		0,16
d1	Agua potable	12,7		10,11
d1	Relación de médicos por 10000 hab.	5,6		4,45
d2	Relación de enfermeras por 10000 hab.	48,8	12.1	5,89
d2	Relación de camas por 10000 hab.	51,2		6,18
d3	Categorias de pobreza	100,0	8.6	8,63

Tabla 37. **El Salvador: Ordenamiento de variables explicativas del índice de exclusión, 2002.**

Dimesión explicativa	Fuente	Categoría/factor	Variable	Peso final de la variable %
Externas al sistema de salud	Barrera de acceso	Económicas	hogares	13,80
			QUINTIL DE INGRESO	0,16
			Categorias de pobreza	8,63
		Goegráfico	Area	13,55
			Tiempo de traslado en transporte	17,90
	Vulnerabilidad en salud	Servicios públicos en la vivienda	Desague	13,64
			Agua potable	10,11
Internas al sistema de salud	Estructura	Infraestructura	Relación de hospitales por cada 15,000hab	5,46
			Relación de camas por 10000 hab.	6,18
		Recursos humanos	Relación de médicos por 10000 hab.	4,45
			Relación de enfermeras por 10000 hab.	5,89
		Porcesos	Partos institucionales	0,24

5. IDENTIFICACIÓN DE FUENTES DE EXCLUSIÓN, CATEGORÍAS, VARIABLES E INDICADORES

La selección de indicadores fue realizada en base a la revisión de la metodología propuesta en el protocolo de investigación elaborado por OMS/OPS Washington y a la información existente de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM 2002), Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL); y a la disponibilidad de archivos de información de otras fuentes, principalmente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS – y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social – ISSS.

Se ubicaron en los cuestionarios de las encuestas EHPM 2002, FESAL, la secuencia de preguntas requeridas para la construcción de los indicadores respectivos. Se hizo lo mismo con los archivos pertinentes del MSPAS e ISSS.

La revisión de variables del cuestionario y detección de algunos errores de cálculo, su corrección, así como la construcción de nuevas variables demandaron un considerable tiempo de trabajo el cual se realizó en Software SPSS.

Se utilizaron dos tipos de estándares, los cuales se aplicaron a los recursos de salud (infraestructura y recursos humanos) y vacunaciones: a) los utilizados por el MSPAS y b) los sugeridos por OPS. Los otros estándares como las definiciones de población urbano/rural y el de carácter de informalidad son los utilizados por la DIGESTYC y que esta fundamentados en las recomendaciones de organismos internacionales como OIT, CEPAL, ILPES entre otras.

Las unidades de agregación están consignadas en cada base de datos. El producto se expresa en el Anexo 8.

RECOMENDACIONES PARA LA FORMULACIÓN DE POLITICAS EN BASE A LOS HALLAZGOS DEL ESTUDIO

El estudio de caracterización de la exclusión social en salud en El Salvador, realizado en el período en febrero a julio 2004, presentó los siguientes resultados en términos de las causas de exclusión social en salud:

1. **Déficit en Infraestructura** :

   a) Distribución del recurso humano en las cinco zonas sanitarias, específicamente personal de enfermería y médicos. En este sentido el sector salud cuenta con una cantidad de Recurso humano, en el caso del personal de enfermería es 8.1 por cada 10,000 habitantes y en el caso de los médicos es de 12.6 por cada 10,000 habitantes, la debilidad está en el mecanismo de distribución de este recurso humano ya que no se realiza en función de la necesidad que cada establecimiento tiene. En el sector salud este recurso humano está distribuido en el MSPAS, ISSS, Hospital Militar, Bienestar Magisterial, hospitales privados y otras instituciones públicas del estado.

   El análisis de cómo se distribuye el Recurso humano en el sector salud, es complejo pero prioritario, ya que esto implica contar con información actualizada para lo cual se recomienda:

   - Actualizar información sobre: competencias y habilidades del RRHH, plazas disponibles, tipo de contratación, existencia de plan de incentivos.
   - Realizar diagnóstico de recursos humanos que ordene los procesos en materia de contratación, asignación de funciones por competencias, ya que el personal médico tienen formas de contratación parcial (2, 4, 6 u 8 horas) y pueden trabajar simultáneamente en varias instituciones, ejercer privadamente o en otras instituciones, concentrándose siempre este fenómeno en el área metropolitana de san salvador en los establecimientos de salud de mayor complejidad y capacidad resolutiva.
   - Diseñar un plan de incentivos y motivación al recurso humano.

b) Déficit de camas: partiendo de la definición de razón de camas hospitalarias el cual se define como el número de camas hospitalarias disponibles por cada 1,000 habitantes en una población, para El Salvador razón de camas hospitalarias es de 10.2 por 10,000 habitantes, las cuales están concentradas en el área metropolitana de San Salvador, esto confirma la exclusión de la población del interior de país al acceso al servicio de hospitalización, lo que demuestra un sistema de referencia a los hospitales del 3er. Nivel con diagnósticos de enfermedades crónico degenerativas, lo que encarece el costo de atención para la institución y para el usuario. Por lo que se recomienda:

- ❖ Distribución de camas de acuerdo a la morbilidad de cada centro hospitalario.
- ❖ Monitoreo y evaluación del sistema de referencia y retorno.
- ❖ Distribución de recursos tecnológicos necesarios por cada cama.

2. **Barreras geográficas:** dificulta el acceso a los establecimientos de salud, debido a la falta de vías de acceso secundaria (carreteras ínter departamentales), falta de recurso económico por parte del usuario para acceder al transporte colectivo, y la insuficiencia calidad de los medios de transporte, lo cual incrementa el índice de accidentes, por lo que se recomienda:
   - ❖ Fortalecimiento de la intersectorialidad ya que el problema de exclusión al uso de los servicios de salud por barreras geográficas involucra a otros sectores de gobierno.
   - ❖ Acercamiento de servicios de salud a las comunidades excluidas a traves del fortalecimiento de centros de red, unidades de salud y brigadas médicas.
   - ❖ Realizar diagnostico de capacidad de respuesta de los establecimientos de salud en relación a la disponibilidad de unidades de transporte idóneas para el traslado de los usuarios en caso de emergencia.
   - ❖ Fortalecimiento de la participación social a traves de comités locales que contribuyan a mejorar el traslado de los usuarios.

3. **Sistema de información no armonizado** lo cual dificulta el cruce de información dentro del sector salud: el sistema de información está basado en la recolección de datos, de manera sistemática, centralizada, para cada una de la instituciones que conforman el sector , especialmente el Ministerio de Salud, Seguro Social, cuyo objetivo es conocer el grado de atención en los niveles primarios y hospitalarios, así como también la producción que los servicios realizan en cada uno de los programas, en los que utilizan una batería de indicadores diferentes.
   Si bien es cierto que se han hecho esfuerzos por armonizar estos indicadores aún no se han definido cuáles son los de utilidad para poder realizar un análisis de la información, por lo que se recomienda:
   - ❖ Revisar el sistema y subsistema de información de las instituciones involucradas en el sector con el objetivo de disminuir y estandarizar indicadores que faciliten el análisis para la toma de decisiones.
   - ❖ Que el flujo de información se dinámico y de doble vía.
   - ❖ Diseñar un programa informático que permita trabajar en red la información en el nivel nacional.

4. **Dificultad para la determinación de cobertura** en el programa de vacunación, debido a que no se dispone de un censo actualizado, se trabaja con poblaciones proyectadas (DIGESTYC) , en el que se utiliza como parámetro de comparación el censo realizado en 1992 , lo cual no refleja las realidad poblacional actual, y es aquí en donde se utiliza el censo realizado por los promotores de salud de cada uno de los SIBASI presenta.

ACCESO

La temática posee diversos matices, por un lado se plantea que en las áreas urbanas los establecimientos están más próximos que en las rurales, lo cual indicaría que la barrera geográfica no es el principal problema en estas zonas, sino el riesgo financiero y la calidad del servicio, lo cual se amplia a la parte rural del país.

Ahora en cuanto a lo financiero (económico) se plantea la generación de un ente departamental o por SIBASIS (en el caso del MSPAS) que tenga la función de desarrollar la política de extensión de servicios, por medio mecanismos que permitan la ampliación de la red, mediante contratos o convenios de gestión que se establezcan entre los diferentes proveedores de servicios y esta entidad, de manera tal de ampliar las áreas sanitarias para la provisión de los servicios del primer nivel de atención (el preventivo).

Claro sin perder de vista la capacidad relativa de pago de los diferentes segmentos poblacionales (con capacidad de pago y sin capacidad de pago), de tal manera de garantizar la equidad en el acceso sin descuidar la sostenibilidad financiera del sistema, para lo cual debe realizarse un estudios que permita identificar a las poblaciones con relativa capacidad de pago y a las que se les aplicaría un subsidio.

Lo anterior demanda entre otras cosas, lo siguiente: 1) agilizar el proceso de "autonomía de gestión" de los establecimientos de salud; 2) adoptar y hacer cumplir normas de calidad en el servicio de salud que proveen los establecimientos públicos y privados; 3) fortalecer el proceso de participación social, por medio de la institucionalización de la contraloría social; 4) fortalecer la aplicación de las normas y procedimientos técnicos-administrativos para la provisión de los servicios de salud por parte del MSPAS (ente rector).

CALIDAD

Acá es necesario plantear que aun cuando dentro del sistema actual de provisión de servicios de salud existen casos que evidencian de manera sistemática y continua la baja calidad de los servicios de salud prestado a la población, por razones, tales como: a) baja formación de los recursos humanos (médicos, enfermeras, etc.); b) equivocación en los diagnósticos; c) los medicamentos no son efectivos; d) se tienen a recetar lo mismo (muchas veces esta relacionado a lo amplio o no del cuadro básico de medicamentos); e) limitada adquisición de medicamentos. Que terminan dando una apreciación de desperdicio de recursos.

Lo anterior plantea al menos realizar lo siguiente: 1) establecer y hacer cumplir estándares nacionales de calidad para los servicios de salud con vinculación intra y extra sectorial; 2) desarrollar un monitoreo continuo y permanente de la calidad de y calidez de los servicios brindados; 3) introducir normas sobre atención al cliente; y, 4) desarrollar permanentemente una capacitación al personal responsable de atender al usuario de los establecimientos de salud (públicos y privados)

EFICIENCIA

En este punto es necesario traer a cuenta que mucha población en condición de pobreza extrema no consulta o utiliza los servicios que proveen los diferentes establecimientos de la red de salud, por evitar la carga financiera que ésta implica, por poca que esta sea, ya que tiene implicaciones directas sobre el consumo de bienes y servicios básicos no alimentarios de este segmento poblacional. De ahí la necesidad de realizar medidas encaminadas a mejorar la eficiencia del sistema, en tal sentido se plantea lo siguiente: 1) que el MSPAS asuma no solo la responsabilidad de formular, controlar y evaluar la política nacional de salud, si no también su aplicación en el sector; 2) acelerar el proceso de descentralización financiera en el nivel local; 3) implantar un sistema de información ágil, oportuno y confiable que permita la toma de decisiones; y, 4) establecer un esquema de atención que vincule la definición de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones de manera de integrar los tres niveles de atención.

ASEGURAMIENTO

Bueno en este punto es necesario rescatar lo propuesto por la Comisión de Reforma en su informe final, entregado al país en el año 2002, y cual plantea lo siguiente:

1. Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud (fundamentado en los contratos o convenios de gestión),
2. Universalidad en la cobertura y obligatoriedad (basada en la capacidad de pago de las personas), y
3. Transformar la institucionalidad pública por medio de la autonomía de gestión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. EHPM 2002.
- Base de datos de Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. EHMP 2002.
- Encuesta de Salud familiar. FESAL 2002/2003.
- Boletín Estadístico. Unidad de Información en Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador, 2002.
- Boletín Estadístico. Departamento de Estadística del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. ISSS, 2002.
- Registros Admininistrativos de Recursos Humanos e Infraestructura, MSPAS, 2002.
- Registros Admininistrativos de Recursos Humanos e Infraestructura, ISSS, 2002.
- Cuentas Nacionales en Salud, El Salvador 2000.
- Informe de Desarrollo Humano, PNUD. El Salvador 2003.
- Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Primer Informe de País. El Salvador, 2004.
- Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud. OPS-OMS.
- Salud para un país de Futuro. OPS-OMS. El Salvador, 2004.
- Informe de medición de la Exclusión Social en Salud. Paraguay 2003.
- Informe de Medición de la Exclusión Social en Salud. Bolivia 2004.
- Exclusión en Salud en América Latina y el Caribe. OPS-OMS 2003.

GLOSARIO

Desocupados. Personas que son parte de la PEA que no trabajan pero que buscan activamente un trabajo. Los desocupados están constituidos por los cesantes y en los que buscan trabajo por primera vez.

Esperanza de vida al nacimiento. Número de años que viviría un recién nacido vivo si las pautas de mortalidad imperantes en el momento de su nacimiento siguieran siendo las mismas a lo largo de su vida.

Esperanza de vida. Número de años que viviría una persona de edad "x" años, si las pautas de mortalidad imperantes en ese momento siguieran siendo las mismas a lo largo del resto de su vida.

Hogares. Personas o grupo de personas unidos por lazos familiares o amistosos que comparten una misma vivienda y que tienen una administración presupuestaria de alimentación común.

Línea de pobreza extrema (LPe). Es el valor monetario diario por persona de la Canasta Básica Alimentaria. Existe una LPe para el área urbana y otra para la rural.

Línea de pobreza relativa (LPr). Equivale a dos veces el valor monetario diario por persona de la CBA. El cual se fundamenta el ley de Engel y se obtiene por medio del coeficiente de Orkansky. Existe una LPr para cada área.

Población total. En conjunto de habitantes que residen en los hogares particulares de las diferentes regiones del país.

Población económicamente activa (PEA). Grupo poblacional constituido por las personas que estando en edad de trabajar, efectivamente forman parte de la fuerza de trabajo al mantenerse en una ocupación o buscarla activamente.

Población sin acceso a agua entubada. Población que no tiene acceso al servicio de agua por cañería privada o común.

Pobreza extrema. Se refiere a la condición de aquellas personas u hogares cuyos ingresos son menores que el costo de la canasta básica alimentaria (CBA), la cual es diferenciada por área de residencia.

Pobreza relativa. Se refiere a la condición de aquellas personas u hogares cuyos ingresos son mayores que el costo de la canasta básica alimentaria (CBA), pero son menores que el costo de la canasta ampliada, el cual, de acuerdo con la metodología adoptada por la DIGESTYC resulta ser el doble del costo de la CBA.

Subempleo. Ocupados que trabajan involuntariamente menos de 40 horas a la semana (subempleo visible) o que trabajan 40 horas y más a la semana y que perciben un ingreso menor al salario mínimo establecido (subempleo invisible).

SIGLAS

MSPAS : Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ISSS : Instituto Salvadoreño del Seguro Social
BM : Bienestar Magisterial
SM : Sanidad Militar
OPS : Organización Panamericana de la Salud
CBA : Canasta Básica Alimentaria
LPr : Línea de Pobreza Relativa ó Línea de Pobreza
LPe : Línea de Pobreza Extrema

ANEXO

Anexo 1.

Tabla 11.1
Estimaciones de la tasa de mortalidad materna y la razón de mortalidad materna en los 10 años anteriores a la encuesta y comparación con las estimaciones para el decenio anterior
(Encuestas FESAL-93, FESAL-98 y FESAL-2002/03) 1/

Encuesta y períodos de las estimaciones	(A) número de muertes maternas (NO ponderado)	(B) Tasa de mort. materna (muertes maternas por mil mujeres de 15-49)	(C) Tasa General de fecundidad (nac. por mil mujeres 15-49)	(D) = 100 000 * (B) / (C) Razón de mortalidad materna (muertes maternas por 100 000 nacidos vivos)	95 % Intervalo de confianza Bajo	Alto
FESAL 2002/03 1993 - 2002	27	0.205	119	173	106	239
FESAL - 98 1988 - 1998	40	0.149	124	120	83	157
FESAL - 93 1983 - 1993	31	0.210	133	158	91	223

1/ En las 3 encuestas, las estimaciones se realizaron usando la información de la supervivencia de las hermanas de la entrevistada
2/ La razón de mortalidad materna se calcula dividiendo la tasa de mortalidad materna entre la tasa general de fecundidad y multiplicando el cociente por 100 000.

Anexo 2.

tabla 11.15
Trimestre de embarazo al primer control prenatal, según área de residencia y departamento:
Nacidos(as) vivos(as) de noviembre de 1997 a octubre de 2002

Area de residencia y departamento	Trimestre de embarazo			Subtotal	No tuvo		No. de casos
	primero	Segundo	Tercero	tuvo control	control	total	(no ponderados)
total	66.0	18.7	1.3	86.0	14.0	100.0	5850
Area de Residencia:							
urbano	73.6	16.1	0.9	90.6	9.4	100.0	2424
rural	59.5	20.9	1.7	82.1	17.9	100.0	3426
Departamento:							
Ahuachapán	57.8	17.6	1.7	77.1	22.9	100.0	421
Santa Ana	62.9	15.0	0.9	78.8	21.2	100.0	352
Sonsonate	61.8	20.9	2.2	84.9	15.1	100.0	366
Chalatenango	68.6	22.9	1.4	92.9	7.1	100.0	344
La Libertad	59.7	17.8	1.8	79.3	20.7	100.0	340
San Salvador	72.3	18.2	0.4	90.9	9.2	100.0	1077
Zona Centro	68.5	20.7	0.0	89.2	10.8	100.0	149
Zona Occidente	69.0	15.3	0.7	85.0	15.0	100.0	170
Zona Sur	66.2	20.7	0.7	87.6	12.4	100.0	267
Zona Norte	74.5	18.7	0.2	93.4	6.7	100.0	302
Zona Oriente	78.5	16.0	0.4	94.9	5.0	100.0	189
Cuscatlán	58.7	24.7	1.5	84.9	15.1	100.0	391
La Paz	67.8	14.4	0.9	83.1	16.9	100.0	358
Cabañas	57.7	27.0	3.2	87.9	12.1	100.0	452
San Vicente	64.7	14.3	3.0	82.0	17.9	100.0	367
Usulután	64.8	21.2	1.4	87.4	12.6	100.0	307
San Miguel	69.3	16.3	1.4	87.0	13.0	100.0	332
Morazán	64.3	22.5	2.6	89.4	10.7	100.0	410
La Unión	71.2	19.8	1.4	92.4	7.6	100.0	333

Anexo 3.

tabla 11.22
Lugar de atención del parto, según área de residencia y departamento. Nacidos(as) vivos(as) de noviembre de 1997 a otubre de 2002.

Area de residencia y departamento	Atención intrahospitalaria				Atención extrahospitalaria					Total	No. de casos (no ponderados)
	MSPAS	ISSS	Hospital privado	sub-total	Casa con partera	Casa con otros	Casa sin nadie	Otro	Subtotal		
total	54.0	12.4	3.0	69.4	23.0	3.2	3.7	0.8	30.7	100.0	5850
Area de Residencia:											
urbano	61.7	20.3	5.3	87.3	9.2	1.4	1.0	1.1	12.7	100.0	2424
rural	47.4	5.6	1.0	54.0	34.8	4.7	6.0	0.5	46.0	100.0	3426
Departamento:											
Ahuachapán	45.1	6.8	1.0	52.9	34.9	6.4	5.5	0.3	47.1	100.0	421
Santa Ana	57.3	15.9	0.3	73.5	19.5	0.6	4.7	1.7	26.5	100.0	352
Sonsonate	47.8	6.6	1.0	55.4	28.9	6.5	8.8	0.6	44.8	100.0	366
Chalatenango	51.1	3.2	1.6	55.9	37.6	3.8	2.0	0.9	44.3	100.0	344
La Libertad	46.9	10.1	1.3	58.3	28.9	4.7	8.0	0.2	41.8	100.0	340
San Salvador	61.2	23.1	7.0	91.3	5.7	1.2	1.2	0.5	8.6	100.0	1077
Zona Centro	64.8	11.0	15.6	91.4	6.1	0.0	0.3	2.2	8.6	100.0	149
Zona Occidente	60.6	27.3	8.5	96.4	1.8	0.4	0.4	1.0	3.6	100.0	170
Zona Sur	57.0	14.3	6.4	77.7	14.9	2.8	4.0	0.6	22.3	100.0	267
Zona Norte	62.4	23.7	6.5	92.6	5.3	1.4	0.6	0.1	7.4	100.0	302
Zona Oriente	61.7	32.4	3.5	97.6	1.1	0.4	1.0	0.0	2.5	100.0	189
Cuscatlán	43.8	13.5	3.0	60.3	27.2	6.3	5.1	1.1	39.7	100.0	391
La Paz	44.3	12.4	2.4	59.1	34.8	2.8	3.0	0.3	40.9	100.0	358
Cabañas	59.7	1.6	1.2	62.5	29.3	3.7	4.2	0.3	37.5	100.0	452
San Vicente	56.7	2.7	0.1	59.5	29.5	8.2	2.4	0.5	40.6	100.0	367
Usulután	61.5	6.2	1.5	69.2	26.1	2.6	0.7	1.3	30.7	100.0	307
San Miguel	56.7	9.9	2.6	69.2	25.5	0.5	2.4	2.4	30.8	100.0	332
Morazán	43.8	3.5	2.3	49.6	45.4	1.6	2.4	1.0	50.4	100.0	410
La Unión	59.0	2.9	0.8	62.7	29.6	2.3	4.2	1.2	37.3	100.0	333

Fuente: FESAL-2002/03

Anexo 4.

tabla 14.5

Inmunización completa de BCG* DPT/Pentavalente, ** Polio, ** Sarampión/SPR */** o las cuatro vacunas en conjunto, **** por año de encuesta, según área de residencia y vacuna: niños(as) menores de 5 años de edad, con o sin carné de vacunación, que viven con la madre (encuestas FESAL-93, FESAL-98 y FESAL-2002/03)

Area de residencia y vacuna [1/]	Año de encuesta					
	1993		1998		2002/03	
Total						
BCG	87.4	2,611	94.7	5,155	96.9	4,106
DPT/Pentavalente	82.0	2,314	85.0	4,616	90.7	3,751
Polio	82.2	2,314	84.9	4,616	87.6	3,751
Sarampión/SRP	87.8	2,058	88.6	4,075	87.7	3,408
Las 4 vac. En conj.	76.7	2,058	80.6	4,075	81.2	3,408
Urbana						
BCG	92.1	1,179	95.9	2,119	97.7	1,835
DPT/Pentavalente	83.9	1,041	84.9	1,891	91.8	1,667
Polio	84.0	1,041	85.2	1,891	88.0	1,667
Sarampión/SRP	88.4	931	88.2	1,671	87.7	1,507
Las 4 vac. En conj.	79.8	931	80.4	1,671	81.4	1,507
Rural						
BCG	83.8	1,432	93.8	3,036	96.2	2,271
DPT/Pentavalente	80.6	1,273	85.1	2,725	89.8	2,084
Polio	80.8	1,273	84.7	2,725	87.3	2,084
Sarampión/SRP	87.3	1,127	88.9	2,404	87.7	1,901
Las 4 vac. En conj.	74.4	1,127	80.8	2,404	81.0	1,901

* Se considera inmunización completa con una dosis

** Excluye niños(as) de 0 -- 5 meses de edad y se considera inmunización completa con tres dosis. Para el caso de DPT/Pentavalente, pueden ser las 3 de DPT, las 3 de Pentavalente o combinadas

*** Excluye niños(as) de 0 -- 11 meses de edad

1/ Para efectos de comparación con FESAL-98, doce cantones que fueron clasificados como urbanos en esa oportunidad y rurales en FESAL-98, se reclasificaron como rurales para FESAL-93. Por lo tanto, las cifras por área de residencia para FESAL-93, pueden ser distintas a las presentadas en el respectivo informe final, Adicionalmente, las cifras publicadas para FESAL-93 y FESAL-98 también pueden cambiar por los cambios en los esquemas de vacunación ocurridos en los últimos cinco años, los cuales se explican en la introducción a la sección sobre niveles de inmunización.

NOTA: Las cifras entre paréntesis son los números de casos no ponderados.

Anexo 5.

Transformación de las variables continuas mediante la técnica del escalamiento optimo, 20

Variable	Valor original de la categoria	Categoría	Frecuencia ponderada	Cuantificación	Mejor valor
Condición de	1,00	NO alfabeta	429874	-1,59419676	
alfabetismo de	2,00	Si alfabeta	1092509	0,62727514	*
Area	1,00	Rural	564912	-1,30188437	
	2,00	Urbano	957471	0,76811737	*
Agua potable	1,00	No	367226	-1,77359231	
	2,00	Sí	1155157	0,56382743	*
Partos institucionale	1,00	<=50%	38502	-3,03588686	
	2,00	50.1% - 60%	487297	0,25203021	*
	3,00	60.1% - 80%	476087	-1,12255437	
	4,00	80.1% y más	520497	1,01539047	
Relación de	1,00	No cumple	745957	-1,02021837	
hospitales por	2,00	Si cumple	776426	0,98018231	*
Tiempo de traslado	1,00	Más de 1 hora	1001886	-0,72077541	
en transporte	2,00	Menos de 1 h	520497	1,38739472	*
Relación de	1,00	No cumple	353421	-1,81867049	
médico por cada	2,00	Si cumple	1168962	0,54985222	*
Relación de camas	1,00	No cumple	207646	-2,51627242	
por cada 1000hab	2,00	Si cumple	1314737	0,39741325	*
Relación de	1,00	No cumple	169144	-2,82851805	
enfermeras por	2,00	Si cumple	1353239	0,35354203	*
Categorias de pobre	1,00	Extrema	240010	-1,83111094	
	2,00	Relativa	319752	-0,81104173	
	3,00	No pobre	962621	0,72595253	*
QUINTIL DE INGRE	1,00	1	282586	-1,46212087	
	2,00	2	299060	-0,75780632	
	3,00	3	295121	-0,05349177	*
	4,00	4	311377	0,65082278	
	5,00	5	334239	1,35513733	
Informalidad en	1,00	Informal	838445	-0,90317327	
actividad	2,00	Formal	683938	1,10720725	*
Posee seguro	1,00	NO	1184087	-0,53451097	
	2,00	Sí	338296	1,87086898	*
Desague	1,00	No	877677	-0,85706448	
	2,00	Sí	644706	1,16677335	*

Anexo 6.

Resultado del ánalisis factorial con las variables transformadas, 2002.

	Componentes (dimensiones)			
	d1	d2	d3	d4
Area Cuantificación	0,77058207	-0,05152518	0,05175065	-0,43406968
Tiempo de traslado en transporte Cuantificación	0,76482981	0,34233209	-0,30109912	0,09898797
Desague Cuantificación	0,76056898	-0,11318195	0,00162413	-0,23612162
Informalidad en actividad económica en los hogares Cuantificación	0,713364	-0,14540232	0,22129683	-0,25197319
Relación de hospitales por cada 15,000hab Cuantificación	0,63942459	0,4834217	-0,2501332	0,25344177
Partos institucionales Cuantificación	0,62515437	0,06506002	-0,41529246	0,05215002
QUINTIL DE INGRESO Cuantificación	0,59902744	-0,36207306	0,45441447	0,27466698
Agua potable Cuantificación	0,56829748	-0,14046005	0,01608058	-0,47844694
Relación de médicos por 10000 hab Cuantificación	0,49827771	-0,03280754	-0,58699222	0,32426946
Relación de enfermeras por 10000 hab Cuantificación	0,11189583	0,86953663	0,43505088	-0,0136951
Relación de camas por 10000 hab Cuantificación	0,20796935	0,86505343	0,31994879	0,04456171
Categorias de pobreza Cuantificación	0,48116467	-0,3597173	0,45628061	0,46932383
Posee seguro Cuantificación	0,47146669	-0,22009166	0,17979828	0,1605699
Condición de alfabetismo de mujeres de 15 años y más Cuantificación	0,40708018	-0,17045575	0,1043508	0,14735294

Anexo 7.

Coeficientes de las variables y puntos de corte para cada dimesión (z), 2002.

código de dimensión	**código de variable**	**Variable**	**Valor categorico**	**Coeficiente**	**S***	**Z**
d1	arebis	Area	0,76811737	0,41940085	0,32214908	1,41408421
d1	tiempo	Tiempo de traslado en transporte	1,38739472	0,30676636	0,42560603	
d1	pralcbis	Desague	1,16677335	0,2778985	0,32424457	
d1	informal	Informalidad en actividad económica en los hogares	1,10720725	0,29637706	0,32815083	
d1	rhosp	Relación de hospitales por cada 15,000hab	0,98018231	-0,13239937	-0,12977553	
d1	partinst	Partos institucionales	0,25203021	0,02226026	0,00561026	
d1	quintil	QUINTIL DE INGRESO	-0,05349177	-0,06934388	0,00370933	
d1	pragubis	Agua potable	0,56382743	0,42616525	0,24028366	
d1	rm	Relación de médicos por 10000 hab.	0,54985222	-0,19258633	-0,10589402	
d2	renf	Relación de enfermeras por 10000 hab.	0,35354203	0,47546603	0,16809722	0,34434917
d2	rc	Relación de camas por 10000 hab.	0,39741325	0,44349792	0,17625195	
d3	pobreza	Categorias de pobreza	0,72595253	0,52342508	0,37998176	0,37998176
IdmGlob	Dimensión 1	Indice para la primera dimensión	1,41408421	0,67660962	0,95678297	1,20646451
IdmGlob	Dimensión 2	Indice para la segunda dimensión	0,34434917	0,42275834	0,14557648	
IdmGlob	Dimensión 3	Indice para la tercera dimensión	0,37998176	0,27397382	0,10410505	

Anexo 8

Medicion Cuantitativa de la Exclusion Social en Salud, El Salvador 2002.
Variables, indicadores, bases de datos, ubicacion y estandar

Variable	Indicador	Bases de Datos	Ubicacion en el cuestionario	Estandar	Unidad de agregacion
Quintil de ingreso	Personas según Quintil de ingreso per capita	EHPM 2002	Sección 1 , 4 y 7.	Quintil	Individual
Pobreza	Pobreza (pobre extremo/pobre relativo/no pobre)	EHPM 2002	Sección 4+ valor de CBA	Cat pobreza	Individual
Gasto bolsillo en salud	% gasto de bolsillo en salud respecto del gasto total familiar per capita	EHPM 2002	Seccion 6, pregunta 612+615+616		Individual
Gasto publico en salud	Gasto en salud como % del PIB	MSPAS			País
Aseguramiento en salud	% de personas con y sin seguro formal en salud	EHPM 2002	Seccion 1: pregunta 109		Individual
Pertenencia a grupos etnicos originarios	% de personas Indigenas	CCENIS			País
Ruralidad	Geografia (urbano/rural)	EHPM 2002	Seccion 0: Identificación muestral	Definido DIGESTYC	Vivienda
Informalidad laboral	Autoempleo + dependientes en negocios con menos de 4 empleados	EHPM 2002	Programa de recodificación de variable	Definido DIGESTYC	Individual
Desempleo	% de personas de 10 años y más desempleadas	EHPM 2002	Sección 4: pregunta 403=2^404=2^406=1	Definido DIGESTYC	Individual
Analfabetismo femenino	% de mujeres mayores de 15 años analfabetas	EHPM 2002	Seccion 0: pregunta 202 y 203		Individual
Acceso al agua potable	% personas que tienen acceso a la red publica (dentro o fuera de la vivienda)	EHPM 2002	Seccion 3: pregunta 313		Vivienda
Acceso a desague	% personas que tienen acceso a alcantarillado o fosa séptica conectada a al cantarillado	EHPM 2002	Seccion 3: pregunta 317		Vivienda
Infraestructura de capacidad resolutiva	Número de camas funcionales en hospitales por diez mil habitantes	MSPAS+ISSS	Reporte de las Unidades de información estadística de ambas instituciones	MSPAS 5*10.000	Departamento
Medico	Número de medicos por diez mil habitantes	MSPAS+ISSS	Reporte de las Unidades de información estadística de ambas instituciones	MSPAS 5*10.000	Departamento
Enfermeras	Número de enfermaras por diez mil habitantes	MSPAS+ISSS	Reporte de las Unidades de información estadística de ambas instituciones	MSPAS 5*10.000	Departamento
Parto institucional	% partos no institucionales	FESAL 2002-03	Sección 4: pregunta 425		Departamento
Inmunoprevenibles en la ninez	% de ninos menores de 5 años que abandonaron el programa de vacunación	FESAL 2002-03	Sección 4: pregunta 466		Departamento
Inmunoprevenibles en la embarazada	% de embarasadas que no completaron sus controles prenatales	FESAL 2002-03	Sección 4: pregunta 421, 422,423 y 424	MSPAS 5	Individual
Cobertura de la red de servicios	% de población que se enfermo o accidento y que busco atención médica	EHPM 2002	Sección 1 y 6: pregunta 111 y 604		Individual
Calidad percibida de los servicios	% de población que se enfermo o accidento y que busco atención médica según valoración del servicio recibido	EHPM 2002	Sección 1 y 6: pregunta 111 y 610		Individual

DIGESTYC: Dirección General de Estadística y Censos
EHPM: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
CBA: Canasta Básica Alimentaria
CCNIS: Consejo Coordinador Nacional Indígenas Salvadoreño
MSPAS:Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OPS: Organización Panamericana de la Salud
ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social
FESAL: Encuesta Nacional de Salud Familiar