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

Propuesta
Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud

Propuesta Anteproyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud de El Salvador

Propuesta Política de Participación Social en Salud

Propuesta Política de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

San Salvador, El Salvador, Centro América

Marzo de 2007

Acuerdo No. 279[1] de la Presidencia de la República:

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

Dr. Herbert Abraham Betancourt Quijada
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

Lic. Eduardo Mauricio Ramos Falla
Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Dr. Carlos Arturo Figueroa Baltodano
Suplente por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Dr. Rafael Cedillos
Propietario de las Universidades con Programas de Maestría en Salud Pública

Dr. Álvaro Ernesto Pleités Morán
Suplente de las Universidades con Programas de Maestría en Salud Pública

Lic. Anabella Lardé de Palomo
Propietaria por la Asociación Nacional de la Empresa Privada

Dr. Mauricio Ventura Centeno
Propietario por el Colegio Médico de El Salvador

Dr. Roberto German Tobar Ponce
Suplente por el Colegio Médico de El Salvador

Dr. Guillermo Maza
Propietario por las Otras Gremiales Profesionales de la Salud

Lic. Margoth Idalia de Cáceres
Suplente por las Otras Gremiales Profesionales de la Salud

Dr. Isaías Cordero del Cid
Propietario por las Asociaciones de Trabajadores y Sindicatos de la Salud

Lic. Sara Rebeca López de Guzmán
Suplente por las Asociaciones de Trabajadores y Sindicatos de la Salud

Lic. Celina Palomo de Choussy
Propietaria de la Sociedad Civil Designada por el Presidente de la República

Dra. Marina Ávalos
Suplente de la Sociedad Civil Designada por el Presidente de la República

Dr. Benjamín Valdez
Propietario de la Sociedad Civil Designado por el Presidente de la República

Lic. Humberto Rivera Bauz
Suplente de la Sociedad Civil Designado por el Presidente de la República

[1] Acuerdo No. 279 de la Presidencia de la República, publicado en el Diario Oficial No 173, Tomo 360, el 19 de Septiembre de 2003.

Acuerdo No. 219[2] de la Presidencia de la República:

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

Dr. José Guillermo Maza Brizuela
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Ernesto Navarro Marín
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

Ing. Jorge Mariano Pinto Guardado*
Propietario por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Dra. Elba Marjorie Fortín
Suplente por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Dr. Rafael Cedillos
Propietario por las Universidades con Programas de Maestría en Salud Pública

Dr. Álvaro Ernesto Pleités Morán
Suplente por las Universidades con Programas de Maestría en Salud Pública

Lic. Carmen Estela Pérez
Propietaria por la Asociación Nacional de la Empresa Privada

Lic. José Mario Ancalmo
Suplente por la Asociación Nacional de la Empresa Privada

Dr. Alcides Gómez**
Propietario por el Colegio Médico de El Salvador

Dr. Rodolfo Alfredo Canizález
Suplente por el Colegio Médico de El Salvador

Dr. Ricardo Hernández
Propietario por las Otras Gremiales Profesionales de la Salud

Dra. Teresa Flores Quiñónez
Suplente por las Otras Gremiales Profesionales de la Salud

Dr. Isaías Cordero del Cid
Propietario por las Asociaciones de Trabajadores y Sindicatos de la Salud

Lic. Sara Rebeca López de Guzmán
Suplente por las Asociaciones de Trabajadores y Sindicatos de la Salud

Lic. Margoth Idalia de Cáceres
Propietaria por la Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador

Lic. Luz Amanda Interiano
Suplente por la Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador

Lic. Celina Palomo de Choussy
Propietaria por la Sociedad Civil Designada por la Presidencia de la República

Dra. Marina Ávalos
Suplente por la Sociedad Civil Designada por la Presidencia de la República

Dr. Benjamín Valdez
Propietario por la Sociedad Civil Designado por la Presidencia de la República

Lic. Humberto Rivera Bauz
Suplente por la Sociedad Civil Designado por la Presidencia de la República

Dr. Gerson Gómez
Secretario Ejecutivo

---

[2] Acuerdo No. 219 de la Presidencia de la República, publicado en el Diario Oficial No. 194, Tomo 365, el 19 de Octubre de 2004.
* El 4 de Mayo de 2006, El Sr. Presidente de la República juramentó al Dr. Nelson Nolasco Perla como Director General del ISSS.
** El 5 de Abril de 2006, el Sr. Presidente de la República juramentó al Dr. José Eduardo Santamaría, Presidente del Colegio Médico de El Salvador, como Representante de dicho Colegio ante la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud; y al Dr. Carlos René Fernández, como Suplente ante la misma.
Propuesta Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, Marzo 2007.
Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud

PRESENTACIÓN

La preocupante situación sanitaria del país, aunada a las condiciones económicas y sociales, junto con intentos de gestiones gubernamentales pasadas por privatizar la salud, desencadenaron una amplia movilización social que dio como resultado la validación y el consenso sobre la “Propuesta de Reforma Integral de Salud” como hilo conductor de la reforma.

A nadie escapa la importancia que tienen la salud y la educación en el desarrollo de los pueblos. Asimismo, los modelos de atención y provisión ya no responden a las necesidades de salud del país.

La Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud nace con el cometido de garantizar el proceso de reforma, así como difundir y abrir los espacios de debate y consulta. Para poder garantizar este proceso, la Comisión elaboró el presente documento que desarrolla ampliamente los nueve lineamientos generales en los que debe sustentarse el proceso de reforma, enunciados por el Consejo de Reforma del Sector Salud.

En este documento se han considerado los factores políticos, económicos, sociales, legales, ambientales, así como las condiciones sanitarias del país. Se ha tratado de encontrar fórmulas que permitan limar asperezas iniciales que puedan surgir ante este proceso de reforma.

Estamos seguros del beneficio que esta reforma traerá a la población, especialmente a los más desprotegidos del país, que constituyen la inmensa mayoría.

Es imperativo ampliar la cobertura de los servicios de salud, tanto en el ámbito geográfico como institucional, mejorando el acceso a los mismos, la calidad y la calidez en la atención, basados en los principios universales de SOLIDARIDAD y SUBSIDIARIDAD. Estos cambios deben sustentarse en modificaciones al marco legal vigente. Todo ello será posible si existe una decisión política para que las autoridades de salud asuman el liderazgo y compromiso de conducir el proceso de reforma.

Consideramos como eje primordial del modelo de atención a la persona en su entorno familiar y comunitario. El modelo de atención deberá dar prioridad a la promoción de la salud y prevención del daño, sin descuidar el segundo y tercer nivel.

Se impone una amplia reforma en materia de recursos humanos, marco legal y financiamiento, como ejes importantes para la implementación del modelo propuesto. Para el modelo de financiamiento se están realizando los estudios técnicos que ofrezcan las mejores alternativas para el país. Sin embargo, la decisión final sobre este tema deberá ser congruente con la exigencia de construir una sociedad más justa y humana, en la que la salud sea patrimonio de todos los salvadoreños.

La reforma de salud es un proceso de ejecución gradual y deberán evaluarse los resultados, con el fin de ajustarlo a las necesidades y realidades del momento.

Agradecemos la cooperación que hemos recibido de las diferentes personas e instituciones que conformaron las Comisiones Especiales que trabajaron con entusiasmo para realizar, analizar y definir los estudios necesarios para sustentar este documento, así como a los organismos nacionales e internacionales.

El grave problema de salud en el país amerita que la política de salud sea una política de Estado. Aspiramos que los salvadoreños gocen de servicios de salud universales, de calidad, oportunos y solidarios.

Exhortamos al Gobierno de la República y a todas las fuerzas políticas y sociales del país a analizar detenidamente este documento, que creemos que al ser implementado marcará un hito en la historia de la salud en El Salvador. En sus manos dejamos esta histórica decisión.

Nos sentimos honrados por haber sido depositarios de la confianza para realizar este trabajo y esperamos haber cumplido con las expectativas planteadas. Nuestra misión es darle seguimiento a este proceso, garantizando su fiel cumplimiento.

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. ANTECEDENTES 13

II. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y DE SALUD EN EL SALVADOR 16

III. CONCEPTUALIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 21

- IMPACTO ESPERADO 22
- OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 22
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS 23

IV. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 25

- DEFINICIÓN 25
- ACTORES Y MIEMBROS DEL SISTEMA 25

V. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 27

- MODELO DE ATENCIÓN 27
- MODELO DE PROVISIÓN 29
- MODELO DE GESTIÓN 35
- MODELO DE FINANCIAMIENTO 40

VI. REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 47

- POLÍTICA NACIONAL DE SALUD 47
- MARCO LEGAL 49
- FORTALECIMIENTO DEL MSPAS 49
- ARTICULACIÓN DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD 50

VII. ETAPAS PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA 50

SIGLAS 53

ANEXOS: 55
- COMISIONES ESPECIALES 57
- GLOSARIO 60

INTRODUCCIÓN

La Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (en adelante la *Comisión*), creada mediante Decreto Ejecutivo en junio de 2003, recibió el cometido de garantizar el proceso de reforma integral de salud, así como difundir y abrir los espacios de debate y consulta para tal propósito[3].

Los esfuerzos de la Comisión estuvieron orientados hacia la organización y consolidación de un Sistema Nacional de Salud que amplíe y mejore la prestación de servicios de salud en los tres niveles de atención a la totalidad de la población para satisfacer sus necesidades, reducir las desigualdades y controlar y regular el uso de los recursos.

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

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

De acuerdo con sus atribuciones, la Comisión conformó cinco Comisiones Especiales de trabajo organizadas para analizar y desarrollar los aspectos prioritarios de la reforma.

Cada una de las Comisiones Especiales es coordinada por un miembro propietario y conformada por personas designadas por diferentes instancias vinculadas con el tema específico a desarrollar.

Sobre la base de las recomendaciones descritas en una serie de documentos citados en el capítulo siguiente, durante el año 2005 se realizaron talleres para consolidar los consensos alcanzados. El presente documento es el resultado de dicho proceso, que recoge y adapta a las circunstancias actuales, los esfuerzos y las iniciativas emprendidas en el país desde la primera mitad de la década de los noventa.

[3] Decreto Ejecutivo No. 51, publicado en Diario Oficial No. 116, del 25 de Junio de 2003.

I. ANTECEDENTES

Para mostrar el proceso de reflexión que motivó al Sector Salud en el pasado reciente del país y que por otra parte contribuyó a desarrollar el marco conceptual para el debate de la Comisión, cabe mencionar los siguientes antecedentes:

Durante los años 1993 a 1994, en el documento **"La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia. Informe Final"**, el Grupo de Análisis del Sector Salud de El Salvador (ANSAL)[4] proponía un Sistema Nacional de Salud único y recomendaba la transferencia de los hospitales del MSPAS y del ISSS al sector privado y como alternativa planteaba que la planta física y el equipamiento debían rehabilitarse. Proponía, asimismo, aumentar el financiamiento y modificar la forma de pago pasando a pagos per-cápita. La propuesta incluía la implementación de fondo únicos de salud o nacionales (universal y obligatorio), modalidades de copago, focalización del gasto, reorganización de la atención primaria en salud, la definición de dos canastas de servicios y la selección de usuarios con base a su capacidad de pago. La propuesta no obtuvo el respaldo en los niveles técnicos y políticos relacionados con la salud.

En los años 1994 a 1995, por recomendación de la Comisión Intersectorial de Salud[5], el Grupo de Reforma del Sector Salud presentó el **"Documento Guía para la Reforma del Sector Salud en El Salvador"**, en el que se planteaba la participación del sector privado en la provisión de servicios de salud.

En 1998, la Comisión Nacional de Salud (CONASA)[6] presentó al Presidente de la República la **"Propuesta de Lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud de El Salvador"**. En esta propuesta se planteaba el establecimiento de un seguro general obligatorio, contando con opciones de seguro privado. Proponía la organización en sistemas sanitarios con autonomía de gestión; asimismo, un Consejo Nacional de Salud como asesor del MSPAS y la creación de un Fondo de Solidaridad para la Salud, operado a través de un consorcio bancario. Para las relaciones comerciales con los proveedores operarían los contratos de gestión.

En el mismo año, la Comisión Nacional de Desarrollo conformó diecinueve mesas de trabajo para la elaboración del Plan de Nación. La Mesa 13 abordó el tema de la "Reforma del Sistema de Salud", con cuatro tópicos relevantes: recursos humanos, medicamentos, financiamiento y marco legal. Sus resultados fueron publicados en el documento **"Temas Claves para el Plan de Nación. Consulta Especializada"**, en enero de 1999. En este documento se resaltaba la importancia de fortalecer al sector público y una desconcentración del mismo a través de los sistemas sanitarios. Propuso la formación de un Fondo Nacional de Solidaridad, con una gestión en manos del sector público, normado

[4] El Grupo ANSAL estuvo conformado por una serie de equipos técnicos especializados que contaron con el apoyo de la USAID, el Banco Mundial, el BID y la OPS/OMS.
[5] Conformada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Planificación, la Coordinación de Desarrollo Social y la Dirección del ISSS.
[6] Decreto Presidencial No. 36, 26 de marzo de 1998.

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

En junio de 1999, se conoció la **"Propuesta Ciudadana por la Salud"**, elaborada por diversos actores sociales, entre ellos el Colegio Médico de El Salvador, el Sindicato de Médicos Trabajadores del ISSS (SIMETRISSS) y otros[7]. En esta propuesta se destacaban: la rectoría del MSPAS, aumento de la cobertura a través de la ampliación de cotizantes al ISSS (sector informal y campesino) y un modelo de provisión mixta con participación privada complementaria al rol público. Destacaba además la creación de un Fondo Nacional de Solidaridad administrado con participación de la sociedad civil.

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

La Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES) en 1999 presentó el documento **"La Organización del Sistema de Salud en El Salvador: una propuesta de Reforma"**. Esta propuesta coincidía con el planteamiento hecho por el grupo ANSAL, aunque asigna al Estado tan solo una función reguladora, convirtiendo al ISSS en una Superintendencia. Planteaba, asimismo, un seguro de salud obligatorio, provisto por entidades privadas, que también proveerían los servicios de salud. Se incluía un paquete básico financiado total o parcialmente por el Estado, quien también determinaría los criterios de elegibilidad para la población subsidiada y fijaría las primas de seguro a pagar por esta población. La población no subsidiada pagaría sus gastos del bolsillo y las primas para esta población serían fijadas por las aseguradoras.

En julio de 1999 se conformó el Consejo de Reforma del Sector Salud, que fue producto de una negociación entre el Gobierno y el gremio médico. Dicho Consejo presentó en diciembre de 2000 la **"Propuesta de Reforma Integral de Salud"**, producto del consenso entre sus miembros y que a la vez incluía las diversas opiniones e iniciativas contenidas en las diferentes propuestas de reforma del sistema de salud que emanaron de la sociedad, así como los resultados de las trece mesas de trabajo que se conformaron en la consulta ciudadana y las discusiones que giraron alrededor de todos estos elementos. Esta propuesta planteó nueve lineamientos generales a fin de impulsar el

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

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

En octubre de 2002, la Presidencia de la República presentó una propuesta de reforma, **"Democratización del Sistema Previsional de Salud"**, en la cual se privilegiaba la participación privada en la prestación de servicios, mediante la introducción en el sistema público de entes privados mediante la modalidad de libre elección. Esta propuesta, sumada a las condiciones económicas y sociales, así como las fuertes críticas a las condiciones de salud y las iniciativas que pretendían favorecer al sector privado en la prestación de servicios de salud, desencadenaron una amplia movilización de organizaciones sociales que iniciaron y mantuvieron un conflicto durante nueve meses, el cual finalizó el 13 de junio de 2003.

En esa fecha, delegados y representantes del Presidente de la República, del MSPAS, del ISSS, del Colegio Médico de El Salvador y del SIMETRISSS, pactaron el **"Acuerdo para la Solución del Conflicto de Salud e inicio del Proceso de Reforma Integral de Salud"**, en cuyo contenido se contemplaba dar continuidad a la Propuesta de Reforma Integral de Salud e institucionalizar la existencia de una Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud[8].

Fue hasta el 3 de Septiembre de ese mismo año que se integra la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud, CNSPRIS, con la finalidad de dar continuidad a la propuesta presentada por el Consejo de Reforma del Sector Salud en el año 2000[9].

Considerando éstos elementos y basados en la discusión sistemática y participativa de todos sus miembros, se ha formulado el presente planteamiento de lo que deberá ser la operativización de la reforma. El informe de estos acuerdos constituye el contenido básico del presente documento.

[8] Decreto 51, del 24 de junio de 2003.
[9] Acuerdo No.279, del 3 de Septiembre de 2003.

II. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y DE SALUD EN EL SALVADOR

Demografía

De acuerdo con los resultados registrados por la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples en 2004, El Salvador cuenta con una población de 6,756,786 habitantes, distribuidos en catorce departamentos, de los cuales el 59.7% se encuentra ubicada en el área urbana, mientras que el 40.3% en el área rural.

Esta misma fuente permite apreciar dos aspectos importantes: primero, el país cuenta con una población eminentemente joven, concentrándose en los menores de 30 años alrededor del 61.7% (4, 170,874 personas) de la población total, y segundo, la población llamada de la tercera edad (considerados como las personas de 60 años y más) representa el 9.5%.

La población femenina es mayor que la masculina, 3,526,383 y 3,230,403 respectivamente, lo que significa que el 52.2% de la población total está representado por mujeres y el 47.8% por hombres. A nivel del Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), la población femenina es del 53.4% y el índice de masculinidad es en esta área de 0.87. En los menores de 20 años el comportamiento del índice de masculinidad es mayor al que se da a nivel nacional ya que alcanza un valor de 0.97 y en la población de 60 años y más, el índice de masculinidad es de 0.74.

La densidad poblacional a nivel país es de 321 habitantes por kilómetro cuadrado. Los departamentos que se encuentran con una densidad mayor que el promedio nacional, son: San Salvador, La Libertad y Sonsonate; el resto de departamentos tienen densidad menores, siendo el más bajo de estos el departamento de Chalatenango. No obstante, los municipios del AMSS reflejan una densidad promedio de 3,947 habitantes por kilómetro cuadrado, siendo los de mayor concentración Cuscatancingo, Soyapango, Mejicanos y San Salvador; los municipios correspondientes al AMSS con menor densidad de población son Nejapa, Santa Tecla, San Martín y Antiguo Cuscatlán.

La esperanza de vida al nacer para el 2003, según datos de la Dirección General de Estadística y Censos[10], ha sido estimada para hombres en 67.7 años y para mujeres en 73.7; ésta última, desagregada en urbana y rural, refleja 75.5 y 70.9, respectivamente.

La Tasa Global de Fecundidad observada total es de 2.97 hijos por mujer, siendo mayor a nivel rural, con 3.77[11].

Perfil Epidemiológico

El perfil epidemiológico de El Salvador muestra una elevada frecuencia de las enfermedades transmisibles endémicas, con brotes epidémicos variables. No obstante,

[10] Proyección de la Población de El Salvador 1995-2025. Ministerio de Economía. Dirección General de Estadística y Censos.
[11] FESAL 2002/2003. Cabe mencionar que de acuerdo con FESAL 1998, en el período 1993-1998 la TGF fue de 3.5 hijos/mujer. Para el período 1988-1993, FESAL 1993 refiere que dicha tasa fue de 3.8.

existe un importante incremento de enfermedades crónicas no transmisibles, así como diversos padecimientos que afectan la salud y que están asociados con el aumento en la esperanza de vida, la industrialización, la urbanización y la violencia.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL) 2002/03, la Razón de Mortalidad Materna para el período 1993-2002, fue de 173 por 100,000 nacidos vivos; la Tasa de Mortalidad Infantil para el período 1997-2002 fue de 25 por 1000 nacidos vivos.

Con base en datos del MSPAS, para el año 2004 entre las diez primeras causas más frecuentes de morbilidad, cobran especial relevancia las infecciones respiratorias agudas, el parasitismo intestinal, las infecciones de vías urinarias, las diarreas y gastroenteritis y los traumatismos. El mismo año, las principales causas de egreso hospitalario fueron las complicaciones embarazo, parto y puerperio, afecciones originadas en el período perinatal, neumonías y bronconeumonías, diarreas y gastroenteritis, fracturas y traumatismos; llama la atención, que entre las mismas ya reasaltan la diabetes mellitus y los tumores malignos.

Con respecto a las principales causas de muertes hospitalarias, los registros del MSPAS para el mismo año apuntan las siguientes: afecciones del período perinatal, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, traumatismos, neumonía y bronconeumonías. Completan estas primeras causas, la insuficiencia renal (aguda y crónica), SIDA, enfermedades isquémicas del corazón, septicemias y enfermedades del hígado.

Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, EHPM, 2004, la población que reportó haber tenido alguna enfermedad o accidente durante el último mes representa un 12.2% de la población total del país (cabe mencionar que aquí se incluyen las que efectivamente se enfermaron y presentaron algún síntoma), de las cuales el 96.6% fue por enfermedad y el resto por accidente o lesiones causadas por hecho delictivo. De acuerdo al sexo, de la población que se enfermó, 380,892 corresponde a los hombres (46.0% del total de enfermos) y 446,256 corresponden a las mujeres (54.0% del total de enfermos).

De la población que fue afectada por algún problema de salud, el 50.5% buscó ayuda a través de diferentes consultas, a personas particulares o instituciones públicas y privadas de salud; la población restante se automedicó o no consultó con nadie por considerarlo innecesario, posiblemente por lo leve de la enfermedad o por no contar con recursos económicos, de acuerdo con la misma fuente.

De la población que pasó consulta, el 64.6% lo hizo en instituciones del Ministerio de Salud, el 13.9% en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el 16.9% acudió a hospital o clínica particular y la población restante, pasó consulta en ONG´s, programas sociales, farmacias y otros.

Otro aspecto relevante del perfil epidemiológico del país lo constituyen la violencia y la accidentalidad vial. Según cifras del Instituto de Medicina Legal y la Policía Nacional Civil, para el período 1 999-2000 la tasa de homicidios por arma de fuego en El Salvador

alcanzaba 31 por 100 mil habitantes. Durante el quinquenio 1999-2003, la tasa de homicidios ha tendido a disminuir en el país, aún cuando se registró un aumento de las mismas durante el año 2003[12]. Según información provista por el Instituto de Medicina Legal, el 21.9% del total de reconocimientos efectuados correspondieron a homicidios por violencia común; tales cifras equivalen a una tasa de 36 homicidios por cada 100 mil habitantes. De estos, el 57.4% fueron registradas como resultado de la delincuencia común, mientras que el 8% fueron atribuidos a las maras, 6% a violencia social y para el resto no se identificó el móvil.

De acuerdo con datos de la Fiscalía General de la República, para el año 2003 la tasa de homicidios por 100 mil habitantes fue de 55; en cambio, de acuerdo con la Policía Nacional Civil, la tasa fue de 33 homicidios por cada 100 mil habitantes.[13] Más allá de las diferencias de registro entre estas fuentes, cualquiera de las cifras reportadas resulta alarmante si se tiene en cuenta que, de acuerdo con los estándares fijados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera epidemia una tasa de homicidios superior a 10 por cada 100 mil habitantes por año.

Pobreza y Gasto en Salud

Según datos del Banco Central de Reserva de El Salvador, citado en el Estudio de Cuentas en Salud, MSPAS, el PIB a precios corrientes ascendió de US $13.134 millones en el año 2000 a US $15.823 millones en 2004. A precios constantes, la variación fue de US $ 7.531 a US $ 8.095 millones, para los mismos años.

El PIB per cápita para el año 2004 fue de US $ 1,198.00, a precios constantes y de US $ 2,342.00, a precios corrientes.

De acuerdo con la Cuentas Nacionales en Salud, el Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB ha descendido de 3,6 a 3,5 entre los años 2002 y 2003; el Gasto Privado en Salud como porcentaje del PIB varió de 4,4 a 4,2 para el mismo período; el Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB osciló entre 8,0 y 7,7 para los mismos años; y el Gasto de Bolsillo (porcentaje del gasto total en salud) como porcentaje del PIB, en igual período, pasó de 4,1 a 3,9.

Basados en la misma fuente, el Gasto Público en Salud como porcentaje del Gasto Nacional en Salud, ha variado de 42% en 2001 hasta mantenerse en 45% en 2002 y 2003. El Gasto Nacional en Salud per cápita, ha oscilado entre US $167.00 en 2001 y US $172.00 en 2003; el Gasto Público en Salud per cápita ha sido, para los mismos años, de US $71.00 y US $78.00, respectivamente.

El ingreso promedio mensual de los hogares a nivel nacional es de US $418.00. Al analizarlo por área geográfica, se observa que en los hogares urbanos es de US $513.00;

[12] Estas cifras se incrementaron durante 2004, cuando se produjeron un total de 2,740 homicidios, lo que supone una tasa de 41 homicidios por 100 mil habitantes según datos de la Policía Nacional Civil.

[13] Esta última tasa es similar a la que El Salvador registraba en la primera mitad de los años 70.

dos veces superior al de los hogares rurales, que es de US $257.00; en el Área Metropolitana de San Salvador fue de US $566.00[14].

A nivel nacional, aproximadamente 562 mil hogares se encuentran en condiciones de pobreza, cifra que equivale al 34.6% del total de hogares; de éste, el 12.6% se encuentra en pobreza extrema o absoluta[15] y el 22.0% en pobreza relativa[16].

Caracterización del Sistema de Salud en El Salvador

El Sector Salud está conformado por cuatro subsectores: Público, Seguridad Social, Servicios Médicos de Autónomas y Privado. El área gubernamental cuenta con la participación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Sanidad Militar, Bienestar Magisterial y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.

El Código de Salud de 1987 asigna al MSPAS funciones normativas, de regulación, de administración de programas, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión directa de servicios de salud. El ISSS es un ente autónomo vinculado al ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, desempeña funciones normativas, de administración de programas de salud, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión de servicios a la población asegurada y beneficiarios.

Sanidad Militar proporciona servicios médicos preventivos y curativos al personal de la Fuerza Armada, pensionados militares y grupos familiares; en los últimos años se ha dado apertura para prestar servicios médicos a la población que lo requiera, mediante pago directo, para optimizar su infraestructura. El Programa de Bienestar Magisterial provee servicios de salud exclusivamente para los maestros y su grupo familiar, mediante la contratación de servicios y con la contribución financiera de sus afiliados y un subsidio gubernamental.

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos es un ente autónomo dedicado a la rehabilitación y la atención de la discapacidad y personas de la tercera edad, a través de varios institutos especializados.

De acuerdo con datos de la EHPM 2004, 1.200.000 personas están cubiertas por el ISSS (17,5% del total), de las que el 9% pertenece al decil más bajo. Para la población sin cobertura, que es la propia del MSPAS y que es igual a 5.466.000 (81% del total), el 43% pertenece al decil más pobre y el 73% pertenece a los primeros tres deciles más bajos.

---

[14] EHPM, 2004.

[15] Hogares en situación de pobreza absoluta significa que no cubren el costo de la Canasta Básica de Alimentos, cuyo valor promedio mensual para el año 2004, según la EHPM, fue de US $ 130.02 para el área urbana y de US $ 96.28 para el área rural.

[16] Hace referencia a los hogares que no pueden cubrir el costo de la Canasta Básica Ampliada, es decir, la Canasta Básica de Alimentos más los gastos en vivienda, salud, educación, vestuario y misceláneos. De acuerdo con la EHPM 2004, la pobreza relativa se refiere a los hogares que no alcanzan a cubrir el doble de la Canasta Básica de Alimentos, que para el mismo año en el área urbana correspondió a un costo de US $ 260.04 y en el área rural a US $ 192.56.

Estos datos revelan la importancia del MSPAS en materia de cobertura y de redistribución del ingreso.

El Sistema de Salud se caracteriza por ser fragmentado, inadecuadamente financiado a pesar de los recursos existentes, con baja cobertura, énfasis en acciones curativas y con importantes grupos de población sin acceso a la atención en salud. De ahí la importancia de diseñar una propuesta encaminada a la integración del sector salud, que incluya la organización de redes integradas de servicios de salud que optimicen el uso de los escasos recursos, aseguren el acceso equitativo y oportuno a la población e implementen estrategias de extensión de la protección social en salud.

III. CONCEPTUALIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El proceso de reforma de salud responde a los derechos y deberes de los habitantes de la República, así como al rol del Estado en dar atención gratuita a las personas que carezcan de recursos[17]. El Estado, mediante la coordinación efectiva de las diversas instituciones y sectores del país, deberá establecer las políticas, planes de acción y programas destinados a garantizar el derecho a la salud de los habitantes.

Además, se concibe el concepto de salud de forma integrada e intersectorial[18] partiendo de la necesidad de bienestar de los usuarios desde el ámbito local, asegurando calidad de vida, protección social y salud familiar, en el contexto de un medio ambiente sustentable.

Los diversos mecanismos sociales que contribuirán al disfrute pleno del derecho a la salud, implican normas, instituciones, leyes y un entorno propicio. Llevan implícito el reconocimiento y la vinculación con otros derechos como el derecho a la vida, alimentación, vivienda, trabajo, educación, participación, igualdad, no discriminación y a la información, entre otros. El derecho a la salud abarca la atención oportuna y apropiada, así como la actuación sobre los factores determinantes de la salud, tales como acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, alimentos sanos, nutrición adecuada, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y en el medio ambiente, y el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.

De ahí que sea necesario llevar a cabo una reforma de salud que conduzca hacia un Sistema Nacional de Salud eficiente y consolidado, funcionando descentralizadamente, y que permita alcanzar cobertura universal y garantice la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos.

El Sistema Nacional de Salud, en adelante SNS, se define como el conjunto de actores regidos bajo normas jurídicas, que suministran en forma directa o indirecta bienes y servicios de atención curativa, de recuperación y rehabilitación, así como de promoción de la salud y prevención del riesgo y el daño.

El Sistema Nacional de Salud deberá vincularse al desarrollo nacional. Mejorar la salud y tratar de eliminar las desigualdades sanitarias son de por sí un objetivo, pero constituyen también un requisito importante para un mayor desarrollo humano. Por tanto, es imperativo considerar el enfoque desde lo local, que funcione con alta calidad y eficiencia, que promueva el cambio del modelo tradicional de provisión de servicios de salud de tipo

[17] Constitución de la República de El Salvador, Art. 66.- "El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento." Constitución de la República de El Salvador, Art. 70.- "El Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo."

[18] Al ampliar el análisis de la perspectiva de la salud vinculándola con los derechos humanos, otros colaboradores encontrarán su espacio de actuación, trascendiendo la interpretación e intervención exclusivas del sector sanitario, complementándose con otros sectores cuyas actuaciones repercuten en la salud.

biomédico, curativo y centrado en la atención hospitalaria, a un modelo de salud familiar que enfatice la promoción de la salud y prevención del riesgo y el daño al individuo, la familia y la comunidad, propiciando la mejora del medio ambiente, sin perjuicio de las actividades curativas y de rehabilitación tradicionales.

Los objetivos del SNS se orientan a la solución de los problemas actuales del sector y a lograr una mayor cobertura, acceso a mayores y mejores servicios de salud y contribuir a la calidad de vida de los habitantes.

Impacto Esperado del Sistema

La reforma es un proceso de instauración gradual, diseñada para responder a las necesidades en salud de acuerdo con las condiciones económicas y sociales del país. De ahí que la organización y consolidación de un nuevo sistema de salud exigirá los ajustes necesarios que faciliten su aplicación a nivel nacional, de manera que todos los actores y sectores que lo conforman contribuyan a alcanzar los mismos objetivos, bajo la conducción de un ente rector.

Con la implementación del SNS se espera contribuir a mejorar la calidad de vida, el bienestar humano y la erradicación de la pobreza procurando el desarrollo social y económico del país de una forma sostenible y amigable con el medio ambiente.

Objetivos Estratégicos

La reforma se encamina hacia la creación de un Sistema Nacional de Salud, que responda a los siguientes objetivos estratégicos:

- **Ampliar la cobertura de los servicios de salud** a la población en los tres niveles de atención, priorizando la atención en el primero y segundo nivel en un marco que privilegie la salud familiar, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención del riesgo y el daño.

- **Mejorar la calidad de la atención y de los servicios de salud,** considerando como eje del modelo de atención a la persona, la familia y la comunidad; garantizando la calidez y la calidad de la relación con los usuarios de los servicios de salud.

- **Garantizar la equidad en la atención y el acceso[19] a la salud** para el ser humano en su contexto biológico, psicológico y social, con especial énfasis en el corto plazo a los más vulnerables, participando todo el sector y otros sectores vinculados, bajo el principio de la solidaridad.

Al dar respuesta a los objetivos planteados, el SNS estaría incidiendo sobre los factores determinantes de la salud, reduciendo los efectos negativos de las enfermedades y promoviendo

[19] El acceso, tanto físico como económico, esta vinculado con aspectos tales como la no discriminación y el acceso a la información.

la salud de la población. El abordaje de estos factores deberá contemplar aspectos tan específicos como las fases de vida y los distintos entornos en los que se desenvuelven los habitantes.

Para ello será necesario desarrollar mecanismos encaminados a:

- Promover la participación social, la descentralización de los servicios, el desarrollo de los recursos humanos en salud y la intersectorialidad como ejes transversales del SNS.

- Garantizar que el gasto público en salud sea adecuado para satisfacer las necesidades de las familias y que los recursos se utilicen con eficiencia.

- Integrar los enfoques de derechos humanos y de género para el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud, así como en los planes y programas que se desarrollen en el marco de las acciones que ejecuten los miembros y colaboradores del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos Específicos

El SNS responde a la problemática del sector salud en torno a la solución de problemas relativos a cobertura, desigualdades de acceso entre los grupos sociales, ineficiencia en el gasto público, servicios ineficientes que no cubren las necesidades de los usuarios en relación a sus derechos, inequidades en la administración de los recursos humanos en especial lo relativo a formación, incentivos y oportunidades de desarrollo. En este sentido los objetivos del SNS son:

a. Desarrollar un modelo de atención integral que enfatice la promoción de la salud, la prevención del riesgo y el daño al individuo, la familia y a la comunidad; así mismo, que promueva la protección del medio ambiente;

b. Alcanzar mayor cobertura y mayores niveles de atención en salud a toda la población salvadoreña en función de los recursos disponibles, en condiciones de eficacia, eficiencia, equidad, calidad y calidez en la provisión de servicios, de acuerdo con las necesidades de la población;

c. Reducir al mínimo las desigualdades de los niveles de salud que persisten en diferentes regiones y grupos sociales del país;

d. Garantizar que la asignación presupuestaria en salud sea adecuada a las necesidades de la población y no constituya una barrera que impida el acceso a la salud;

e. Lograr la satisfacción de los usuarios, respetando sus derechos y valores; y

f . Generar oportunidades de desarrollo para los trabajadores de salud en un ambiente de satisfacción laboral.

Para el diseño de un Sistema Nacional de Salud es imprescindible desarrollar cuatro pilares fundamentales:

1. **Modelo de Atención:** basado en la estrategia de atención primaria en salud para la promoción de la salud, la atención de la morbilidad con y sin hospitalización y la prevención del daño; dará cobertura en los tres niveles de atención con énfasis en el primero. Los programas deberán responder al perfil epidemiológico de la población, y sus necesidades en salud mediante la atención integral a la familia y la protección del medio ambiente[20].

2. **Modelo de Provisión:** mixto, regulado, que articule, en materia de salud, a los diversos sectores y actores del sistema de salud bajo la conducción del ente rector. Deberá estar orientado a aumentar la cobertura y el acceso, buscar la equidad, aumentar la calidad, racionalizar el uso de los recursos y consolidar una red que vincule a las personas, a los proveedores y a otras instituciones [21].

3. **Modelo de Gestión:** basado en la rectoría del Ministerio de Salud. Deberá estar orientado a mejorar el desempeño del sistema nacional de salud, procurando la operación eficiente de los servicios para atender a los usuarios con calidad y calidez. Contemplará elementos claves, tales como regulación y dirección del sistema de salud, gestión financiera del sistema y prestación de servicios[22].

4. **Modelo de Financiamiento**: deberá considerarse como una inversión que contribuya al desarrollo humano sostenible, que cumpla con las características de solidaridad y subsidiaridad y que racionalice el financiamiento público de los servicios de salud de acuerdo a prioridades y con base en el perfil epidemiológico, demográfico y ambiental[23].

[20] Lineamiento II, Propuesta de Reforma Integral de Salud. Página 31.
[21] Lineamiento III, Propuesta de Reforma Integral de Salud. Página 32.
[22] Lineamiento IV, Propuesta de Reforma Integral de Salud. Página 33.
[23] Aspectos relevantes en los que se deberá profundizar en el debate público. Propuesta de Reforma Integral de Salud. San salvador, 15 de Diciembre de 2000. Página 44.

IV. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Definición

Para dar cumplimiento al Artículo 65 de la Constitución de la República[24], se propone crear el Sistema Nacional de Salud, entendido como el conjunto de actores regidos bajo normas jurídicas, que suministran, en forma directa o indirecta bienes y servicios de atención curativa, de recuperación y rehabilitación, de promoción de la salud y prevención del riesgo y el daño. El Estado es el principal responsable de la atención en salud de los salvadoreños[25] como actor primario y las instituciones privadas proveerán servicios como actores complementarios.

Miembros del SNS y Colaboradores

El Sistema estará conformado por unidades estructurales caracterizadas por estar dedicadas a atender y contribuir a la salud de la población salvadoreña. Se trata de instituciones públicas independientes entre sí, que administran recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos para producir bienes y servicios destinados a garantizar la salud de las personas, que en materia de salud actúan de manera coordinada bajo la rectoría del Ministerio de Salud, entre ellas:

a) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias,
b) El Consejo Superior de Salud Pública y sus dependencias,
c) El Instituto Salvadoreño del Seguro Social,
d) El Ministerio de la Defensa Nacional, en lo concerniente a Sanidad Militar,
e) El Fondo Solidario para la Salud,
f) Las entidades formadoras de Recursos Humanos en Salud,
g) El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, y,
h) El Ministerio de Educación, en lo concerniente a Bienestar Magisterial.

Serán miembros de pleno derecho del SNS cualquier entidad pública creada en el marco del proceso de la reforma, cuyas atribuciones y finalidades sean compatibles con la asesoría, regulación, gestión, provisión, atención e investigación en salud y en la formación de los recursos humanos, todo ello para lograr la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Son colaboradores del SNS todos los actores cuya función pueda repercutir o influir en la prestación de los servicios de salud, entre ellos el Ministerio de Gobernación, Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, el Ministerio de Agricultura y Ganadería, la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados y las Municipalidades.

[24] Constitución de la República de El Salvador, Art. 65.-"La Salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación."
[25] Constitución de la República de El Salvador, Art. 1.

Las Municipalidades podrán participar en la atención de salud en el primer nivel de atención, con recursos propios o asignados por el Estado específicamente para tal fin.

Los prestadores privados y las organizaciones no gubernamentales deberán cumplir, en lo aplicable, la Política Nacional de Salud.

El Sistema de Salud que se plantea será complejo y enfrentará retos que deberán manejarse con capacidad política y técnica para asegurar el proceso de cambio. El MSPAS en su función de rectoría deberá reestructurarse con capacidad técnica y experiencia para coordinar y hacer efectiva la provisión de servicios; el ISSS deberá aumentar progresivamente el aseguramiento a nivel nacional. Ambas instituciones deberán planificar más adelante su responsabilidad compartida en diferentes niveles de complejidad.

Las decisiones necesarias para resolver estos retos deberán ser respaldadas por estudios técnicos de las instituciones integrantes del Sistema, con el fin de asegurar la sostenibilidad financiera de los servicios de salud y la viabilidad de los proyectos.

Derechos y Deberes Ciudadanos

Es un derecho de los ciudadanos acceder a la atención de salud y un deber velar por su conservación y restablecimiento[26]. A partir del enfoque de que los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, una política de participación social en salud incorporará el derecho a la salud como un derecho humano reconocido cuya satisfacción se encamine hacia el logro del bienestar y un nivel de vida digno para todos habitantes de la República.

A partir de este precepto y en consonancia con la obligación constitucional, el Estado dará atención gratuita a las personas que carezcan de recursos[27]. La atención en salud será en condiciones de igualdad para todos los habitantes de la República, quienes podrán accesar a los servicios de salud que presten los miembros del sistema, dentro de las normas que se establezcan para el funcionamiento del SNS.

[26] El comportamiento y el estilo de vida personal, como factores determinantes de la salud, constituyen un fuerte potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población.

[27] Constitución de la República de El Salvador, Art. 66.- "El Estado dará asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad trasmisible. En este caso, toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento."
Art. 70.- "El Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo."

V. FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El SNS tendrá relación con las diferentes dependencias del Gobierno para coordinar acciones intersectoriales de prevención, promoción y educación en salud familiar en beneficio de todos los ciudadanos.

5.1. Modelo de Atención

Definición:

Se entenderá como Modelo de Atención, al conjunto de principios, normas, intervenciones, instrumentos, medios, recursos y prácticas para la educación, promoción, conservación y restablecimiento de la salud, centrado en la persona, la familia y la comunidad, con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Las prestaciones de salud se definirán en cada nivel de acuerdo con el perfil epidemiológico y los factores determinantes de la salud desde el ámbito local, en lo que respecta a estilos de vida, determinantes socio-económicas, medio ambiente y genética. Su principal propósito es el de contribuir a conservar y restablecer de manera integral la salud de la población. Su integralidad radica en los siguientes aspectos:

a. Se centra en la persona, la familia y la comunidad, respetando su cultura y derechos, así como las determinantes que intervienen en su estado de salud y calidad de vida.

b. Define y garantiza las prestaciones de salud específicas para cada nivel de atención de manera continua, aplicando normas, protocolos, instrumentos, así como mecanismos de evaluación y realimentación que aseguren su eficacia.

c. Está constituido por procesos y procedimientos desarrollados por equipos multidisciplinarios y polifuncionales de intervención a la salud, adoptando tecnología apropiada a las realidades y capacidades locales.

d. Es un modelo flexible, dinámico, interactivo y capaz de prever y responder oportunamente a las características y necesidades actuales y futuras de salud. Se fundamenta en la participación social y está orientado a la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

El modelo de atención constituye el eje fundamental del Sistema Nacional de Salud. Tiene por objetivo garantizar la equidad y el acceso a los servicios de salud para todos los habitantes de la República. Para tal efecto, el modelo facilitará la organización de una red funcional que articule los tres niveles de atención para la entrega efectiva de servicios a la población. La adscripción de las familias a un establecimiento de salud familiar será un elemento fundamental y el desarrollo de un sistema de referencia y retorno contribuirá a garantizar la continuidad de la atención.

Otro aspecto importante en el desarrollo del nuevo sistema nacional de salud, lo constituirá el desarrollo de programas permanentes de educación en salud para la población, que promuevan la práctica de estilos de vida saludables, es decir, la adopción de conductas positivas de salud de

individuos, grupos y colectividades; así como el buen uso de los servicios de salud y el cumplimiento de tratamientos, entre otros.

Principios y Características

El modelo de atención basará su desarrollo en los siguientes elementos:

1. Universalidad de acceso
   a. Es un derecho de los habitantes acceder a la atención a la salud y un deber velar por su conservación y restablecimiento.

   b. La atención será de igual calidad para todos los habitantes, sin distinción alguna, de acuerdo con las normas que se establezcan para el funcionamiento del SNS.

   c. Todas las instituciones proveedoras de servicios unificarán el perfil y la entrega de servicios en sus establecimientos de nivel equivalente, a fin de garantizar la entrega de las prestaciones en cualquier punto del territorio nacional mediante la coordinación entre instituciones, la compensación de costos y el cobro de bienes y servicios a terceras partes responsables.

2. Salud Familiar
   a. La atención en salud se concibe dentro de un enfoque de Salud Familiar, centrado en la persona, la familia y la comunidad. Bajo este concepto, se dará prioridad a la prevención del riesgo y el daño, así como a la promoción de la salud y a la calidad de la atención curativa.

   b. La atención de salud, especialmente en el primer nivel, estará a cargo de un Equipo de Salud Familiar, conformado con personal multidisciplinario, según demanda: médico, enfermera, inspector de saneamiento, promotor de salud, nutricionista, trabajador social y otros.

   c. La población estará adscrita a una red de servicios del primer nivel de atención que le servirá como puerta de entrada al SNS, según se determine por medio de la reglamentación correspondiente.

3. Respeto a la especificidad local
   Se definirán modelos de salud diversos, de acuerdo con los ámbitos urbano y rural, tanto de la población usuaria como de los establecimientos de salud, según las determinantes de la salud.

4. Niveles de Atención
   a. En materia de provisión de servicios, la propuesta faculta al SNS para la integración de los modelos en función de la Salud Familiar para su aplicación en los niveles correspondientes.

   b. El ente rector del Sistema reglamentará la forma de adscripción de familias a un establecimiento de salud familiar.

5. Recursos Financieros

La asignación de recursos financieros al SNS debe ser congruente con el desarrollo y la plena operación del nuevo modelo de salud familiar.

6. Recursos Humanos

a. La formación de recursos humanos deberá ser coherente con el nuevo modelo de atención, pasando de una formación con énfasis estrictamente curativo, a una formación con enfoque familiar y comunitario. Este nuevo enfoque requerirá de una formación complementaria entre los ámbitos clínico hospitalario y comunitario.

b. Los recursos humanos existentes tendrán que tomar cursos de actualización y ajuste al nuevo modelo de salud familiar y comunitaria. Para la incorporación de personal según este nuevo enfoque, se dará prioridad a los profesionales de la salud que se encuentren disponibles y que cumplan con el perfil que se defina.

c. La formación de nuevos recursos, especialistas y subespecialistas tendrá que ajustarse a las prioridades en salud y al nuevo modelo de atención, bajo la rectoría del Ministerio de Salud. Las Universidades y otras instituciones formadoras deben cooperar en el nuevo enfoque para que la formación de recursos y su ingreso al mercado laboral se ajuste a la descripción de cargos y funciones que definirá el rector.

d. El Sistema, por medio de una Política de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, buscará racionalizar, homogenizar y mejorar las condiciones de trabajo en materia de protección laboral, régimen de trabajo, ambiente, remuneraciones e incentivos de los trabajadores del sector público.

5.2. Modelo de Provisión:

El Estado, para garantizar el derecho a la salud de los salvadoreños, fortalecerá la función de rectoría y regulación sectorial del Ministerio de Salud, a la vez que armonizará la provisión de servicios de salud de la más alta calidad con participación de la comunidad[28].

El Sistema Nacional de Salud establecerá un modelo de provisión mixto y regulado en el cual, sin excepción de actores, se articularán todos los prestadores de servicios de salud tanto de naturaleza pública como privada, normados por el rector del Sistema.

El modelo orientará a todos los actores del Sistema Nacional de Salud a extender y ampliar gradualmente la cobertura hasta alcanzar la universalidad, la equidad de acceso y de atención,

[28] "Propuesta Política de Participación Social en Salud", página 20, "... se garantizará que el propósito de la participación social sea elevar la calidad de vida ejercer los derechos individuales y colectivos, fortalecer a la población y crear nuevas relaciones entre ésta y el Estado, que le permitan involucrarse en la identificación de los problemas de salud, ser corresponsable de la formulación y aplicación de soluciones efectivas y por último, ser garante del seguimiento y evaluación de las acciones del Sistema de Salud y del mismo proceso de participación social."

incrementar la eficiencia, evitando duplicación y dispersión en el uso de los recursos, y a lograr la satisfacción de aspiraciones y necesidades en salud de los usuarios.

El SNS consolidará una red de primer nivel que vincule a los usuarios, proveedores e instituciones locales con el nuevo modelo de salud familiar y comunitaria. Se establecerán redes funcionales de segundo y tercer nivel con atención protocolizada por expertos.

Además establecerá una red de atención inmediata de emergencias que garanticen la seguridad humana[29].

Descentralización y Regionalización

En el SNS, la descentralización será entendida como un proceso gradual de transferencia de autoridad o poder decisorio y recursos humanos, físicos, tecnológicos, financieros, entre otros, a instancias locales más cercanas a los usuarios, con el objetivo de lograr que el sistema de salud adquiera una capacidad de respuesta más eficaz, oportuna y organizada.

La descentralización será el mecanismo para fortalecer el cumplimiento de la responsabilidad estatal de velar por el derecho a la Salud. Implicará el traslado de responsabilidades del nivel central al regional y local, en aspectos tales como la toma de decisiones, asignación de recursos humanos y financieros, responsabilidad y rendición de cuentas, entre otros.

El Sistema Nacional de Salud, considerando que la descentralización no es un fin en sí misma, sino un medio y condición necesaria para mejorar el acceso, la calidad y la equidad, fomentará un proceso de instauración gradual que acerque los recursos al sitio en donde están las necesidades y ocurre la toma de decisiones que buscan dar respuesta a los problemas en el lugar donde se originan.

La descentralización, como proceso múltiple (político, jurídico, técnico y administrativofinanciero) de transferencia gradual en el uso y distribución del poder, de doble vía, con centralización normativa y descentralización operativa, necesariamente requiere reasignación de competencias en todos los niveles.

Este proceso fortalecerá los objetivos y estrategias contenidos en la Política Nacional de Salud, estableciendo una nueva forma de relación entre las autoridades centrales y las entidades locales para el cumplimiento de las metas y objetivos de la misma. De tal manera que los gestores, ejecutores, proveedores y la sociedad civil cuenten con un amplio margen de acción y autodeterminación que les permita cumplir los objetivos nacionales fundamentales.

Creará espacios para la participación democrática en la toma de decisiones, la auditoria social, la asignación más equitativa de recursos para mejorar la calidad de los servicios que recibe la población.

[29] Ver “Atención de Emergencias Médicas”, página 29.

La descentralización deberá ir acompañada de metas, funciones y responsabilidades definidas. Asimismo, se deberá contar con un sistema de seguimiento y evaluación que permita un conocimiento preciso de la efectividad y resultados de las intervenciones.

La vinculación entre el nivel rector y los entes proveedores definirá las prestaciones de salud, así como los medios para asegurar su provisión; los actores del nivel local deberán comprometerse solidariamente para dar cumplimiento a las políticas y objetivos nacionales en materia de salud.

La descentralización deberá estar apoyada en la formación de los prestadores de servicios y en la educación y capacitación tanto de éstos como de los usuarios, ya que se requerirá de nuevos conocimientos, habilidades, aptitudes y actitudes para actuar con responsabilidad y competencia en la toma de decisiones, en el ejercicio del control social, la aplicación de tecnologías en salud y las normas existentes.

El Sistema Nacional de Salud propiciará un proceso de descentralización orientado a mejorar las capacidades institucionales y la eficiencia del sector. Para tal efecto estudiará los nuevos mecanismos para administrar los recursos humanos, físicos, técnicos, financieros y tecnológicos.

El SNS definirá las funciones a asignar en los diferentes niveles de la red de servicios de salud. Además revisará y adaptará la tecnología informática para mejorar la relación y atención de sus usuarios mediante diversos instrumentos de gestión clínico-administrativa y de provisión.

El SNS acordará los procesos que mantendrá centralizados para garantizar economías de escala y diseñará los sistemas de distribución y almacenamiento que faciliten la entrega oportuna de insumos.

Todas las instituciones del SNS estarán obligadas a seguir las normas técnicoadministrativas que garanticen armonización de procedimientos en beneficio de los usuarios.

Ampliación de la Cobertura Geográfica e Institucional.

Uno de los compromisos más fuerte y urgente en el marco de la reforma es reducir la brecha existente entre la población que tiene acceso a la atención completa y la que no lo tiene. La Reforma iniciará garantizando prestaciones a través de intervenciones específicas para la población no cubierta.

En la aspiración de lograr la cobertura universal del Sistema, deberá ampliarse la red de cotizantes del ISSS, analizando la incorporación de otros grupos.

Asimismo, se actualizarán y operativizarán acuerdos interinstitucionales entre cualesquiera de los miembros del Sistema Nacional de Salud, especialmente entre el Ministerio de Salud y el ISSS, a través de convenios, compra-venta de servicios o intercambio valorado de servicios, anticipando el desarrollo de una red pública hacia un futuro sistema integrado.

Las prestaciones de salud serán una combinación de intervenciones de salud familiar e intervenciones clínicas. Las primeras incluirán servicios que promuevan estilos de vida saludables, controlen riesgos ambientales y presten atención de salud específica de carácter preventivo a la población. Las intervenciones clínicas privilegiarán al primer nivel en el ámbito comunitario para eliminar el mayor número posible de barreras al acceso.

Las prestaciones e intervenciones en salud para las personas que habitan áreas rurales y urbanas marginales representan la etapa inicial en los esfuerzos de ampliación de la cobertura y desarrollo del primer nivel de atención, que facilite la respuesta social organizada a las necesidades prioritarias de salud para toda la población. Todo ello aplicando la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Los servicios de segundo y tercer nivel, deberán reorientarse hacia una nueva manera de planificar su provisión, a fin de lograr un uso más eficiente de los recursos y la redistribución del gasto para incrementar el número de beneficiarios cubiertos. La inversión en tecnología de punta debe basarse en la evidencia del peso de los beneficios con relación al costo y ser planificada ordenadamente para el Sistema en su conjunto, buscando la complementariedad y la cobertura efectiva de la población.

Para lograrlo, en una primera fase el Ministerio de Salud y el ISSS coordinarán funcionalmente los servicios ambulatorios y atención de 24 horas para dar apertura a las unidades integrales de estas dos instituciones en el territorio nacional en beneficio de toda la población. Para este efecto, la población beneficiaria deberá inscribirse en el nuevo modelo de salud familiar.

A futuro, el vínculo entre todos los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, podría incluir, en caso de necesidad, la integración de infraestructura y recursos para proveer servicios a la población en general.

Primer Nivel de Atención

En el nivel proveedor, se asigna al primer nivel de atención un rol preponderante. Este se refiere a la organización y utilización adecuada de los recursos humanos, materiales, financieros y prácticas orientadas a la promoción y conservación de la salud, prevención del riesgo y el daño y sus complicaciones, tratamiento oportuno de los padecimientos más frecuentes de una población, propiciando acciones intersectoriales e investigación en salud. Para tal fin, los establecimientos del primer nivel de atención funcionarán organizados en redes, con un territorio y población definidas cuyas intervenciones contribuirán a garantizar el acceso, la oportunidad, la equidad, la calidad y la calidez del servicio.

Las acciones desarrolladas en este nivel del sistema garantizarán el acceso a los servicios de salud, el control de calidad, la identificación del riesgo y el daño, así como la difusión y protección de conductas saludables. El primer nivel actuará como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, permitiendo el acceso a los otros niveles del sistema siempre que sea necesario.

En este nivel se ofrecerán servicios de salud de acuerdo con los parámetros y estándares de prestaciones y requisitos esenciales de calidad que establezca el rector del sistema.

La prestación de servicios en este nivel se realizará por medio de **Equipos de Salud** Familiar conformados por personal multidisciplinario y focalizarán sus intervenciones en la población de áreas territoriales menos desarrolladas, con el fin de mejorar la calidad y equidad de los servicios que presten. Estos equipos se desarrollarán a nivel nacional de manera coordinada por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y reforzarán su integración funcional desde el nivel local.

Los equipos de salud familiar estarán integrados a un nuevo tipo de establecimiento, el cual contará con los recursos humanos, insumos, tecnología e instalaciones necesarias para entregar las prestaciones definidas y actuará bajo la coordinación y supervisión de los distritos o áreas sanitarias, que a su vez dependerán técnica y administrativamente de las regiones sanitarias correspondientes.

Los establecimientos del primer nivel de atención conformarán una red de proveedores armoniosamente articulados para garantizar las prestaciones con enfoque de salud familiar, complementando sus esfuerzos y evitando la duplicación de acciones. El énfasis se hará en la población más desprotegida y en estrecha coordinación con los otros niveles que complementan el sistema a través de la referencia y retorno.

El Primer Nivel de Atención estará conformado por:

a. La persona en su entorno familiar
b. Los agentes comunitarios de salud
c. Equipos de Salud Familiar estructurados de acuerdo con el volumen y características de la demanda.
d. Los establecimientos de las instituciones miembros del Sistema que presten servicios de primer nivel para una población y territorio definidos.
e. Otras instituciones con representación territorial.

Segundo Nivel de Atención

El Segundo Nivel de Atención se centra en la organización de mediana complejidad, orientada a brindar servicios permanentes e integrales de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento, al menos en las especialidades de Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y otras de acuerdo con el perfil epidemiológico y sus factores determinantes.

Este nivel estará conformado por los establecimientos de salud que cumplan con los requisitos de acreditación establecidos por el ente rector y contarán con los recursos humanos, tecnología e infraestructura necesarias para garantizar la entrega y calidad de los servicios que le competen.

Asimismo, prestará servicios de salud a uno o varios distritos o áreas sanitarias, de acuerdo a criterios de acceso, volumen y características de la población a atender, la cual estará claramente delimitada.

Para garantizar la continuidad de la atención y la prestación permanente y efectiva de los servicios correspondientes, el segundo nivel de atención actuará en coordinación con los otros niveles del sistema mediante el uso de la referencia y retorno.

Tercer Nivel de Atención

El Tercer Nivel de Atención es la organización de alta complejidad orientada a brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento para dar respuesta oportuna, efectiva y permanente a la referencia médica especializada que demanden los otros niveles, de acuerdo con los criterios, normas, mecanismos e instrumentos con enfoque integral que defina el ente rector del sistema.

Este nivel de atención estará conformado por los hospitales que cumplan con los requisitos de acreditación que establezca el rector y contará con los recursos humanos, tecnología e infraestructura necesarias que garanticen la entrega y calidad de los servicios de su competencia.

Asimismo, para garantizar la continuidad de la atención y la prestación permanente y efectiva de sus servicios, el tercer nivel de atención mantendrá una estrecha coordinación con los establecimientos de los otros niveles del sistema a través de la referencia y retorno.

Atención de Emergencias Médicas

Una función importante dentro de los sistemas de salud pública y de atención en salud es la atención médica de las emergencias. El SNS deberá garantizar la atención de las personas lo más cerca del lugar del hecho, estabilizar a la víctima de enfermedad o traumatismo súbito mediante la atención médica de emergencia y transportar al paciente a un establecimiento de salud para su tratamiento definitivo. Lo anterior implica la necesidad de diseñar e implementar un sistema de atención pre-hospitalaria de emergencias médicas, el cual requerirá de la coordinación de los miembros y colaboradores del SNS para la formación del recurso humano especializado y su adecuada asignación, así como la dotación de infraestructura, tecnología y equipo para contribuir de manera efectiva a procurar seguridad y protección a toda la población que lo requiera.

La atención de emergencias deberá formar parte de un modelo general integrado en un sistema de seguridad pública y de atención en salud que consta de: mecanismos para acceder al sistema y notificar la emergencia; prestación de servicios pre-hospitalarios y formas de transporte; establecimientos de atención de especialidad, rehabilitadora y definitiva; educación pública, participación y procesos de prevención; programación educacional e institucional; coordinación médica y administrativa integrada y organización y procesos de vigilancia; asignación de recursos y estructuras financieras; coordinación de la función de las organizaciones colaboradoras, de acuerdo con las normas que se establezcan para el funcionamiento del SNS.

Investigación y Desarrollo Científico-tecnológico

Se hace preciso incorporar un nivel complementario, usualmente no considerado en la estructuración de los SNS y que se refiere a la investigación en salud y al desarrollo de las instituciones de ciencia y tecnología.

En el campo de la investigación deberá procurarse, entre otras, la identificación de las causas de las desigualdades socioeconómicas en la salud y desarrollar y evaluar medidas para luchar contra ellas; en el campo de la salud pública, deberán diseñarse las intervenciones para reducir las desigualdades, incluyendo la elaboración de estrategias y medidas para intervenir sobre estos factores.

El Sistema promoverá la investigación y el desarrollo en el campo de la ciencia y tecnología con el fin de que todas las personas gocen de sus beneficios y que el país alcance mejores resultados sanitarios.

Se tendrá que incluir un financiamiento específico para fortalecer la capacidad científica instalada y desarrollarla, en coordinación con las Universidades e institutos de investigación. Se tendrá que considerar la conformación de redes regionales de ciencia y tecnología en el área de la salud, en función de un pensamiento de integración centroamericana. Los países que no promueven la investigación y el desarrollo de la ciencia y la tecnología corren el peligro de volverse dependientes.

5.3. Modelo de Gestión

Definición y Características

El Modelo de Gestión constituye el modo de operar los componentes del sistema, los diferentes actores y sus roles, lo administrativo, técnico y financiero que emana de la rectoría y liderazgo del Ministerio, quien asume la regulación y dirección del SNS. Esto se traduce en la conducción de la Política Nacional de Salud y la creación de las condiciones necesarias para el funcionamiento adecuado de todos los componentes del sistema.

El modelo de gestión estará orientado a mejorar el desempeño del SNS en su conjunto, procurando la operación eficiente de los servicios de salud para mejorar la calidad de vida de la población.

El nuevo modelo de gestión implicará una centralización normativa y una descentralización operativa.

El Modelo de Gestión deberá:

a. Delimitar responsabilidades y garantizar que los recursos presupuestarios se utilicen para la satisfacción de las necesidades locales de salud.

b. Establecer estrategias e instrumentos de relación entre el nivel rector y el nivel operativo, como el establecimiento de convenios, contratos o compromisos de gestión. Estos vincularán la capacidad instalada, la dotación de recursos y la prestación de servicios de salud a poblaciones específicas, sobre la base de objetivos, metas y resultados.
c. Promover la coordinación interinstitucional, involucramiento y participación activa de todos los prestadores del sector salud en las redes de servicios y el manejo participativo de los recursos.
d. Garantizar la participación y control social en las acciones de salud.
e. Promover el desarrollo de los recursos humanos en salud para racionalizar, homologar y mejorar sus condiciones de trabajo.

El Sistema Nacional de Salud propiciará y facilitará los procesos de participación local y los mecanismos de rendición de cuentas y transparencia en el uso de los recursos del sistema. De igual manera, incentivará los procesos de formulación de políticas públicas, compromisos de gestión y definición de responsabilidades de acuerdo con la Política Nacional de Salud, el cual deberá ser construido mediante acuerdos sectoriales, interinstitucionales y con participación de la sociedad. Asimismo, propiciará y establecerá una propuesta que conlleve al uso de tecnología informática, utilizando datos esenciales para la gestión del sistema, los cuales serán de carácter obligatorio para todas las instituciones adscritas al mismo.

El SNS definirá las prestaciones de salud por nivel de atención, con su costeo de producción y regulará la ejecución de los mismos. Establecerá como prioridad la atención primaria en salud con enfoque en la Salud Familiar y la atención de emergencias médicas.

El acceso a los servicios del segundo y tercer nivel de atención deberá ser preferentemente a través de la referencia y retorno, en estrecha coordinación con los equipos responsables de la atención familiar.

Para asumir los cambios propuestos, deberán fortalecerse los conocimientos y desarrollar habilidades y destrezas de los Recursos Humanos para lograr competencias en la identificación, prevención y abordaje de riesgos y daños, con el enfoque de salud familiar.

Ejercicio de la Función de Rectoría

La rectoría del Sistema será ejercida por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), institución a la cual se propone cambiar el nombre a **Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)**, como expresión del cambio en su orientación para responder a los desafíos que plantea la reforma.

Son atribuciones del ente rector: formulación de políticas; planeación estratégica; definición de prioridades; promoción intersectorial de la salud; movilización social para la salud; evaluación del desempeño de los diferentes componentes y actores, con especial énfasis en los recursos humanos y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sistema mediante la definición de las prioridades de inversión y la calidad de insumos y medicamentos, entre otras.

El ente rector será el encargado de diseñar, elaborar y dirigir la Política Nacional de Salud y de velar por su cumplimiento, para lo cual, se deberá fortalecer la función de rectoría y velar por la calidad de la provisión de los servicios de salud.

Se ratifica la necesidad de fortalecer las atribuciones del Consejo Superior de Salud Pública[30].

Corresponde al rector regir, orientar, verificar y controlar el Sistema Nacional de Salud, a través del desarrollo e implementación de los siguientes procesos:

a. Conducción de la Política Nacional de Salud y de las acciones del sistema en el marco del Plan Nacional de Salud, articulada con los otros sectores.

b. Organización, ejecución, monitoreo y evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública[31].

c. Regulación y fiscalización del funcionamiento del SNS.

d. Organización, coordinación y control de los proveedores de bienes y servicios de salud.

e. Orientación del financiamiento para cumplir con los planes de atención en salud.

Entre los requisitos para el cumplimiento de la función rectora se enfatizan los siguientes:

a. Desarrollo de nuevas capacidades profesionales.

b. Instrumentos legales que permitan ejercer la rectoría.

c. Implementación de sistemas de tecnología de la información, presupuestos, costos, estadística y otros.

d. Reorganización de la estructura y funcionamiento de la Autoridad del Sistema.

---

[30] Constitución de la República de El Salvador Art. 68.- "El Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo. Estará formado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico y médico veterinario; tendrá un presidente y un secretario de nombramiento del Órgano Ejecutivo, quienes no pertenecerán a ninguna de dichas profesiones. La ley determinará su organización.
El ejercicio de las profesiones que se relacionan de un modo inmediato con la salud del pueblo, será vigilado por organismos legales formados por académicos pertenecientes a cada profesión. Estos organismos tendrán facultad para suspender en el ejercicio profesional a los miembros del gremio bajo su control, cuando ejerzan su profesión con manifiesta inmoralidad o incapacidad. La suspensión de profesionales podrá resolverse por los organismos componentes con sólo robustez moral de prueba.
El Consejo Superior de Salud Pública conocerá y resolverá de los recursos que se interpongan en contra de las resoluciones pronunciadas por los organismos a que alude el inciso anterior."

[31] La Salud Pública se refiere a la acción colectiva tanto del Estado como de la Sociedad Civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. En este marco, las FESP representan una parte de las responsabilidades estatales en lo que a salud se refiere. Se definen como las condiciones que permiten mejorar la práctica de la Salud Pública.

Ejercicio de la Función de Regulación

Deberá fortalecerse la capacidad del ente rector en el ejercicio de todas sus funciones, con énfasis en la función de regulación, la cual tiene como propósito diseñar el marco normativo que proteja y promueva la salud de la población, garantizar su cumplimiento y hacer efectivas las sanciones pertinentes.

Para que las transformaciones previstas sean aceptables y faciliten la consolidación de un nuevo SNS, los servicios deberán ser de eficiencia comprobada. Asimismo, los servicios que preste cualquier proveedor deberán cumplir con requisitos definidos de calidad garantizada y accesibilidad para toda la población.

Le corresponde al Estado, por medio del ente rector, dictar las normas correspondientes para ejercer la rectoría en materia de salud en elementos tales como la complejidad tecnológica de la industria de equipamientos (dispositivos médicos[32] y hospitalarios) y la industria farmacéutica, entre otros.

A fin de ejecutar adecuadamente la función de regulación, el rector del sistema deberá desarrollar, los siguientes aspectos:

a. Revisión, evaluación y adecuación del marco regulador
b. Conocimientos, habilidades y mecanismos para revisarlo y perfeccionarlo
c. Asesoría y apoyo técnico a los diferentes niveles de Salud Pública para la aplicación efectiva de las leyes y reglamentos
d. Capacidad para hacer cumplir la normativa en salud

De igual manera, la regulación en el sistema deberá proteger a la población de los peligros de las intervenciones potencialmente riesgosas, tales como el ejercicio no autorizado de prácticas y profesiones vinculadas con la salud y dispensación de medicamentos y productos que afecten la salud.

El rector del sistema promoverá y conducirá la elaboración, evaluación y actualización de protocolos para la atención. Para efectos del SNS, los protocolos se entenderán como las normas de funcionamiento para la atención en los tres niveles, que definen las intervenciones y alternativas basadas en la evidencia e incluirán criterios explícitos para las intervenciones, manejo diagnóstico y terapéutico, emanados de bibliografía actualizada y de la experiencia práctica de los profesionales del campo a protocolizar.

Otro aspecto sobre el cual el rector deberá ejercer regulación es la asimetría de la información. La autoridad, los prestadores de servicios y los usuarios no cuentan con el mismo nivel de información,

[32] De acuerdo con la Food and Drug Administration, de los Estados Unidos de América, los Dispositivos Médicos se definen como instrumentos, aparatos, implementos, máquinas, implantes, artículos similares o relacionados, incluyendo cualquier componente, parte o accesorio que se usa para el diagnóstico, cura, mitigación, tratamiento o prevención de una enfermedad o condición, que afecta la estructura o función del cuerpo.

de manera que éstos últimos no saben lo que tienen, por tanto ignoran lo que necesitan, lo cual da lugar a distorsiones y contradicciones[33]. Asimismo, deberá desarrollarse el aspecto regulador relacionado con el "consentimiento informado" y el acceso a información autorizada en medios impresos, de Internet y otras formas de presentación audio-visual.

Sistema de Garantía de Calidad en Salud

Asimismo, el rector del sistema deberá conducir efectivamente el desarrollo de un proceso que lleve hacia la calidad en salud. Para tal efecto, deberá trascenderse el paradigma de "atención" para comprometerse con el "cuidado de la salud", como un bien al que debe aspirar el SNS. La calidad del cuidado de la salud se refiere al grado en el cual los servicios de salud para individuos, familias y comunidades incrementan la posibilidad de obtener resultados deseables en salud y son consistentes con el conocimiento profesional vigente.

En el contexto del SNS se deberá desarrollar una nueva visión de la calidad de los servicios y de la atención. La noción de "Garantía de Calidad" entraña el compromiso y la responsabilidad de identificar los principales riesgos, de adoptar las previsiones necesarias para evitar su materialización, de establecer y mantener mecanismos de seguimiento tendientes a determinar el comportamiento de las variables claves del proceso y de corregir oportunamente las fallas que pudieran presentarse. Para cumplir con este propósito, el rector del SNS deberá recurrir al desarrollo y aplicación de un sistema de garantía de calidad que combine de manera armónica instrumentos de regulación, estándares técnicos, incentivos de diversa índole y dispositivos de vigilancia y control, entre otros.

El *Sistema de Garantía de Calidad en Salud* deberá entenderse como el conjunto de acciones, mecanismos e instrumentos deliberados y sistemáticos que aplican las personas, las organizaciones y la sociedad en su conjunto, para generar, mantener y mejorar la calidad del cuidado de la salud, en sus correspondientes ámbitos de acción.

Para la aplicación de un sistema de Garantía de Calidad en Salud, deberán desarrollarse, entre otros, instrumentos tales como:

a. **Categorización**. Entendida como la clasificación de los establecimientos de salud para facilitar su integración en redes de servicios y procurar el mejoramiento de la calidad de los servicios. Generalmente se considera que la categorización es un instrumento de carácter obligatorio y de bajo nivel de exigencia, por cuanto analiza los recursos existentes y establece requisitos o condiciones que teóricamente deben estar cumpliendo los establecimientos evaluados, de acuerdo con una serie de premisas o criterios técnicos o filosóficos predeterminados.

[33] Lo cual se puede evidenciar en aspectos tales como sobre-prestación de servicios, sobre-prescripción de intervenciones y tratamientos, hipernormatividad y costos excesivos.

b. **Habilitación o Licenciamiento.** Se entenderá como un proceso por medio del cual una autoridad otorga el permiso a un médico individual o a una organización de salud para ejercer una ocupación o profesión. Los reglamentos de los programas de licenciamiento establecidos contribuirán a asegurar que una organización o persona cumpla con los estándares mínimos, como una manera de proteger la salud y seguridad públicas.

c. **Acreditación.** La acreditación es un proceso formal por medio del cual un cuerpo reconocido, generalmente una organización no gubernamental (ONG), valora y reconoce que un establecimiento de salud cumple con los estándares publicados, aplicables y preestablecidos. La acreditación es un instrumento de carácter voluntario, en el cual las organizaciones deciden participar y sus estándares constituyen un nivel de exigencia alto.

d. **Certificación y Recertificación de Profesionales**. De manera similar a la habilitación o licenciamiento, la Certificación de Profesionales es un procedimiento mediante el cual el Gobierno o una entidad autorizada, a menudo un cuerpo colegiado o una entidad gremial, evalúan y reconocen el cumplimiento de una serie de requisitos de carácter obligatorio para ejercer una profesión de salud. Con la Recertificación se evaluarán las actividades académicas y profesionales que el individuo ha tenido en un tiempo establecido, certificando que las mismas garantizan el mantenimiento de la capacidad y competencias profesionales. Por definición, ambas se consideran obligatorias.

Adicionalmente, deberán desarrollarse **Sistemas de Información para la Calidad**, como instrumentos que faciliten la aglutinación de grandes cantidades de datos que provean información bibliográfica de fácil comprensión, de modo que los usuarios estén mejor informados acerca de cómo cuidar y mejorar su salud, o datos sobre los establecimientos que los atienden.

Estos sistemas deberán diseñarse tomando en consideración elementos relacionados con los enfoques de derechos humanos y de género, de manera que orienten a los tomadores de decisión política acerca del desempeño del sistema de salud y a la población en lo relativo a sus deberes y derechos.

5.4. Modelo de Financiamiento

Definición y Características

Las decisiones relacionadas con la reforma sanitaria tienen un impacto financiero cuya estimación es esencial para garantizar la financiación adecuada de dichas reformas (la suficiencia financiera) y, en definitiva, su viabilidad y sostenibilidad.

El objetivo primordial del SNS es procurar la protección y promoción de la salud de la población. El Estado, por medio del rector del SNS deberá, como una de sus funciones principales, organizar y vigilar los recursos de diversas fuentes de financiamiento para asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud, de acuerdo a lo establecido en el Art. 1 de la Constitución de la República.

A fin de dar cumplimiento a los objetivos planteados por la reforma, el SNS deberá desarrollar acciones que faciliten el alcance de los mismos por medio de la construcción de mecanismos que promuevan y garanticen el acceso y la equidad en la entrega de prestaciones y servicios de salud.

Con la finalidad de asegurar la protección financiera de la población en lo relacionado con el riesgo de enfermar y las consecuencias de estar enfermo, en materia de financiamiento el Sistema deberá buscar el mejoramiento en el acceso[34] y utilización de los servicios de salud; así como los mecanismos que contribuyan a garantizar que la población reciba atención según sus necesidades y que la falta de recursos económicos no constituya un factor restrictivo para el acceso a la atención en salud. El Estado deberá considerar la inversión en salud como un elemento estratégico para propiciar el desarrollo de las familias y del país.

La organización y funcionamiento de un nuevo Sistema Nacional de Salud implicará cambios y adecuaciones en el campo del financiamiento, incluyendo tanto la asignación como la reasignación de recursos que se consideren, dentro de cada institución y de acuerdo con la Política Nacional de Salud, según la magnitud y vulnerabilidad de las personas, familias y comunidades, su distribución geográfica y el perfil epidemiológico, aspectos que deberán corresponder con el monto de recursos asignados para que las acciones respondan efectivamente a las necesidades de salud de la población.

Para ello, el modelo de financiamiento deberá conservar las características de solidaridad, subsidiaridad, equidad y sostenibilidad.

Se requerirá disponer de un flujo de recursos suficiente y oportuno, cuya distribución refleje las prioridades y necesidades de atención y que llegue de forma más efectiva a los diferentes programas, grupos de población y áreas geográficas. Otra de las prioridades la constituye la atención de la población que se encuentra en condiciones de pobreza, por lo que los recursos asignados a los programas que cubren a estos grupos deberán ser acordes a esta prioridad. Para este efecto, como primera medida se propone la universalización del primer nivel de atención y en etapas sucesivas, la atención del nivel hospitalario.

La información sobre el gasto en salud según niveles de ingreso de la población permitirá identificar las intervenciones financieras que lleven a reducir el gasto catastrófico de los hogares con menor capacidad de pago, que con frecuencia son también quienes presentan un mayor deterioro en su condición de salud.

Para lograr un uso racional y eficiente del gasto público, los recursos deben dirigirse a las acciones de mayor costo/efectividad a fin de lograr el mayor impacto posible. Las acciones seleccionadas

[34] Se entenderá por “acceso”, la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud.

deberán ser impulsadas mediante la disponibilidad de recursos financieros que no necesariamente deberán ser adicionales, ya que pueden también ser resultantes de una reasignación explícita del gasto en cada institución. Dado que una gestión moderna impone adoptar medidas que aseguren el uso eficiente de los recursos, las decisiones asociadas al desempeño e impacto de los servicios hacen necesario un monitoreo financiero efectivo de los programas.

Para tal efecto, en lo relativo al modelo de financiamiento, el Sistema deberá formular políticas y estrategias que permitan:

a. Mejorar la eficiencia de los recursos financieros actuales
b. Incrementar los recursos financieros destinados a la atención en salud
c. Orientar los recursos financieros disponibles hacia el adecuado cumplimiento de los objetivos de la reforma y las prioridades sanitarias
d. Ejercer vigilancia en el proceso de financiamiento de las prestaciones y servicios de salud

Mecanismos Propuestos como Fuentes de Recursos Financieros para el SNS

Para financiar las prestaciones definidas por el Sistema Nacional de Salud, deberá hacerse uso de diferentes fuentes, tanto públicas como privadas.

No obstante y sin detrimento de explorar, identificar y desarrollar nuevas fuentes y mecanismos de financiamiento para volver efectivo en el corto y mediano plazo el compromiso con la población, cada institución pública continuará manejando sus propios recursos financieros, que para el caso del ISSS serán aquellos provenientes de las aportaciones de la población cotizante, actuando bajo la coordinación y regulación del rector del sistema de acuerdo con las prioridades sanitarias definidas y los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Para ello, las instituciones del sistema implementarán los mecanismos que contribuyan a volver más eficientes y de mejor calidad las prestaciones y servicios que reciba la población, garantizando la entrega de los mismos en cualquier punto del territorio nacional.

Para el adecuado diseño e implementación de un modelo de financiamiento que responda a los desafíos que plantea el nuevo Sistema Nacional de Salud, deberán considerarse diversos mecanismos como los que se enumeran a continuación:

A. **Incrementar progresivamente la asignación presupuestaria por parte del Estado para el gasto público en salud.** Como eje central para la viabilidad y sostenibilidad de la reforma de salud, debe tenerse un incremento progresivo y sustancial por parte del Estado. Para tal efecto, se tendrán en consideración variables tales como: crecimiento del PIB, ingresos tributarios adicionales, inflación, demanda de servicios de salud, incremento de cobertura y otras.

De igual manera, se deberán implementar mecanismos para reducir la evasión y elusión fiscal, así como la corrupción.

B. **Mejorar la eficiencia y eficacia de las instituciones públicas**

1. Reducir gradualmente el gasto administrativo de las instituciones públicas de salud, de acuerdo con criterios de costo-beneficio.

2. Recuperar costos entre MSPAS e ISSS y gradualmente entre otras instituciones públicas de salud.

3. Mejorar la eficiencia en las compras de medicamentos e insumos para las instituciones públicas de salud. Incluiría, entre otras, mejorar los inventarios, la compra y la distribución para el primer nivel de atención y hospitales.

4. Incrementar los ingresos de cotizaciones a través de la reducción de la mora y evasión patronal al ISSS.

C. **Generar nuevas fuentes de financiamiento**

La incorporación de nuevas fuentes de financiamiento tiene como objetivo proveer de recursos frescos y adicionales a los esfuerzos para volver eficientes los gastos administrativos en el ISSS y el MSPAS. Algunas de las nuevas fuentes requerirán la aprobación e implementación de un marco normativo que viabilice las propuestas.

Se propone una serie de posibles nuevas fuentes de financiamiento, unas ya consideradas y otras que deben ser sometidas a discusión para analizar su factibilidad y viabilidad. A continuación se enumeran algunas de ellas:

1. **Establecer un porcentaje de la prima del seguro obligatorio para vehículos automotores**[35] y asignarlo para financiar el gasto público en salud[36].

[35] Los artículos 110, 111 y 115 de la Ley de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial, establecen un seguro obligatorio para toda clase de vehículos automotores para responder por los daños a terceros ocasionados en accidentes de tránsito.

[36] De acuerdo con datos de la DIGESTYC y estimaciones hechas por la OPS, en 2003 los accidentes de tránsito ocuparon el cuarto lugar como causa de muerte, por debajo de las enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y homicidios. Según la misma fuente, la mortalidad por accidentes de transporte se constituye en la segunda causa de muerte por lesiones de causa externa, tan sólo después de los homicidios.
Según cifras del Instituto de Medicina Legal, en el año 2004 las lesiones producidas en accidentes de tránsito ocasionaron 1579 muertes, es decir, un promedio de 4,3 por día (una tasa de 23,4 muertes por cada 100,000 habitantes, de ahí que la accidentalidad vial de El Salvador sea catalogada como una de las mayores de las Américas). Con base en cifras del Programa de Lesiones de Causa Externa, de la Dirección de Control y Vigilancia Epidemiológica del MSPAS, sólo para el año 2005 se registraron 5.083 casos de lesiones ocasionadas por vehículos automotores y hasta el mes de mayo de 2006, el número de casos atendidos alcanzaba los 2.182.

2. **Establecer un porcentaje de la matrícula de vehículos automotores**. Se propone que a los fondos generados por medio de esta fuente se les aplique un porcentaje que sea asignado directamente para el gasto público en salud.

3. **Incorporar nuevos cotizantes y beneficiarios de sectores no tradicionales a esquemas de aseguramiento público**. Con el objeto de disminuir el gasto de bolsillo, uno de los mecanismos que se considera susceptible de implementación lo constituye la ampliación de cobertura de derechohabientes por medio de la afiliación al ISSS de grupos especiales, tales como trabajadores independientes, agrícolas, informales, domésticos y salvadoreños residentes en el extranjero.

4. **Eliminar la evasión y elusión tributaria: IVA y renta**[37].

5. **Recuperar costos por enfermedades y riesgos en el trabajo**. Además de la posibilidad de establecer seguros voluntarios personales colectivos, deberán considerarse a las empresas del sector privado que violan normas de seguridad laboral o que las desconocen, generando enfermedades profesionales de tipo crónico y también accidentes y lesiones (siniestralidad) que representan una carga financiera para las instituciones públicas. En estos casos, se requiere establecer una legislación punitiva o aplicar la existente, para que dichas empresas sean responsabilizadas por su omisión en proteger la seguridad y la salud de los trabajadores en particular y de la población en general[38].

6. **Establecer un porcentaje de la Lotería Nacional de Beneficencia**[39]. Se propone que a los fondos generados por medio de esta fuente, se les aplique un porcentaje que sea asignado directamente para el gasto público en salud.

[37] Esta propuesta surge del análisis que indica que "de acuerdo con estimados del Ministerio de Hacienda para 1998, de un total de aproximadamente 140 mil negocios, solamente 68 mil estaban inscritos para el pago del IVA. El problema de la informalidad, a su vez, propicia altos niveles de evasión. En el caso del IVA, cálculos de la propia agencia de recaudación han estimado que tal fenómeno representa pérdidas de ingresos que oscilan en un rango de entre 20 y 35 por ciento de la recaudación de dicho impuesto. Previsiblemente, los niveles de evasión en el caso de la renta serían de un orden de magnitud similar" (BID; 2003).

[38] En la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples se cuantifica estos riesgos, para doce opciones (trabajo en ambiente con polvo, humo, gases, bullicio, temperatura/humedad extrema, herramientas peligrosas, bajo tierra, en altura, luz insuficiente, químicos, aves, cargas pesadas y otros). Sin embargo, el MSPAS no tiene a quién recurrir para resarcirse de los gastos que realiza para tratar los enfermos y las enfermedades que se deriven de este riesgo ocupacional.

[39] El Art. 2 de la Ley Orgánica de la Lotería Nacional de Beneficencia, vigente desde 1960, establece que "tiene por objeto exclusivo, obtener fondos para ayudar al Estado en el cumplimiento de sus fines, especialmente en lo referente a los servicios de salud pública y asistencia social".

7. **Actualización del tope salarial de los cotizantes al ISSS**, con el objeto de incorporar más beneficiarios y ampliar las prestaciones de salud.[40]

8. **Revisar y direccionar impuestos a artículos suntuarios para financiar gasto público en salud**. Se aplicaría un porcentaje sobre el impuesto a la importación de estos artículos[41].

Los recursos financieros que se generen a partir de estas y otras fuentes que pudieran implementarse, podrán ser administrados por un fondo solidario para la salud (FOSALUD), que actúe únicamente como ente financiador del sistema, de manera que coadyuve a disminuir la fragmentación existente y así contribuir a lograr la cobertura deseada.

Acciones Estratégicas

Para facilitar el diseño e implementación de las fuentes y mecanismos que se definan, el Sistema deberá desarrollar, entre otras, las siguientes acciones estratégicas:

a. Definición de una política para la asignación de recursos financieros destinados al Sistema Nacional de Salud.
b. Definición de criterios y mecanismos para la asignación de recursos financieros en coherencia con los objetivos y prioridades sanitarias.
c. Coordinación y vigilancia de los recursos de diferentes orígenes en función de las prioridades sanitarias y de la población de responsabilidad definida.
d. Definición de criterios para la distribución de recursos de las instituciones públicas del SNS para gastos corrientes e inversión y de redistribución en casos de emergencia.
e. Diseño e implementación de un Sistema uniforme de Costos de Servicios de Salud, que permita conocer de manera oportuna el gasto y la inversión por prestaciones de salud en que incurra cualquiera de las instituciones públicas.
   El mismo será de utilidad no sólo para el seguimiento de la inversión, sino para actualizar oportuna y sistemáticamente los costos por prestaciones, la formulación y negociación presupuestaria, la comparación financiera entre instituciones y la compensación de costos.
f. Diseño e implementación de mecanismos para la compensación de costos entre proveedores de servicios de salud, los cuales contribuirán a que las diversas instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud puedan proveer sus servicios a los usuarios de manera oportuna, sin limitantes geográficas ni económicas. Para ello, deberán actualizarse y operativizarse los acuerdos interinstitucionales entre cualquiera de los miembros del Sistema Nacional de Salud, especialmente entre el MSPS y el ISSS, a través de convenios, compra-venta de servicios o intercambio valorado de servicios, delineando hacia el futuro una ruta para el desarrollo de un sistema integrado.

[40] Con la actualización del tope salarial vigente ($685.71) se podrían incorporar nuevos beneficiarios, por ejemplo a los hijos hasta los 18 años de edad y a los padres de los cotizantes.
[41] Pueden considerarse, por ejemplo: joyas, yates, vehículos de lujo, aeronaves y otros.

g. Diseño e implementación de mecanismos de pago a proveedores de servicios de salud para asegurar la calidad y cantidad de los mismos.

Para el desarrollo de las acciones estratégicas señaladas anteriormente, será necesario contar con insumos como:

a. Prioridades sanitarias definidas de acuerdo con factores relacionados con el perfil epidemiológico y vulnerabilidad de la población.
b. Prestaciones definidas y garantizadas según nivel de atención y grupos de edad, con énfasis en el primer nivel para el corto plazo y para el nivel hospitalario en el mediano y largo plazo.
c. Protocolos y guías de manejo estandarizados para su aplicación en los diferentes niveles de atención.

Las alternativas enunciadas, así como las acciones estratégicas y los insumos pertinentes requieren la disponibilidad de diversos estudios que permitan conocer, evaluar y construir la factibilidad y viabilidad de las propuestas, así como costear las implicaciones financieras de las mismas.

VI. REQUERIMIENTOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Para la organización, implementación y consolidación del sistema, será necesario desarrollar una serie de elementos cuya importancia y trascendencia vuelve imperativa la planificación de acciones sucesivas y complementarias, en la que las diversas instituciones del sistema actuando bajo la conducción del rector, deberán definir e implementar las acciones que lleven hacia la consecución de los siguientes requerimientos:

6.1. Política Nacional de Salud

El Sistema, para su adecuada implementación, requerirá de la definición de una Política Nacional de Salud en la que se contemplen elementos sustantivos tales como: objetivos y metas, articulación de esfuerzos entre las instituciones públicas y privadas, construcción de consensos y movilización de recursos, todo en función de las necesidades de salud de la población. La Política Nacional de Salud, así como los planes de acción, programas y otras intervenciones que de ella deriven, deberán contar con mecanismos de seguimiento permanentes y claramente definidos.

Principios y Valores

Los principios y valores de la Política Nacional de Salud serán:

a. **Ciudadanía.** El acceso a los servicios de salud, sin importar el proveedor, es un derecho humano fundamental de todos los salvadoreños, independiente de su estatus social, identidad cultural, condición socioeconómica, religiosa, étnica, política, género y de las opciones personales.
b. **Humanismo, solidaridad e integralidad**. La persona y la familia constituyen el centro y eje del sistema de salud. La salud es responsabilidad de todos y su cuidado se considera desde una perspectiva holística que incluye a la persona en su contexto ambiental, biológico, psicológico, social y cultural.
c. **Equidad y accesibilidad**. La distribución de los servicios de salud y de los recursos asignados para tal fin, se realizará de acuerdo con las necesidades, sin tomar en cuenta la condición económica, social y cultural de las personas. Del mismo modo, se facilitará el acceso a los servicios de salud y se eliminarán las barreras geográficas, socio-económicas y culturales.
d. **Ética.** Los recursos humanos en salud deben estar comprometidos con el derecho a la salud de la población, fundamentado en la visión de desarrollo humano sostenible. Los trabajadores de la salud están obligados a brindar un trato digno y justo a todos los habitantes que acuden a los servicios, garantizando como norma el trato humano, amable y cálido al paciente. Asimismo, el paciente debe brindar respeto al personal de salud.
e. **Subsidiaridad**. El Estado financiará los servicios de salud a la población de acuerdo con la capacidad de pago de ésta e independiente del riesgo a enfermarse.

f. **Eficacia, Eficiencia y Calidad**. Se procurará que los servicios produzcan los mejores niveles de salud en la población y que las expectativas de los usuarios sean satisfechas en lo que respecta a recibir una atención humana, oportuna, técnicamente efectiva y continua, con un adecuado uso de recursos.
g. **Democracia**. Se procurará la participación activa de la sociedad en la toma de decisiones relacionadas con el mejor funcionamiento del sistema de salud.

Con el cumplimiento de estos principios y valores, el SNS pretende facilitar la accesibilidad a los servicios de atención en salud que demanda y requiere la población, dando las mismas oportunidades de atención a todos los grupos sociales, eliminando la inequidad, respondiendo al perfil epidemiológico del país y concentrando sus esfuerzos en los grupos más vulnerables; eliminando la duplicación de esfuerzos y fomentando la distribución equitativa de los recursos mediante la coordinación e integración entre las instituciones públicas y la complementariedad con el sector privado de salud lucrativo y no lucrativo. Ello permitirá potenciar la respuesta social organizada a las necesidades en salud de la población.

Elementos de la Política Nacional de Salud

El rol del rector implica el establecimiento de normas y regulaciones de aplicación obligatoria para todas las instituciones integrantes del Sistema, más allá de la autonomía funcional que conserve cada una de ellas. Implica establecer sistemas de información gerencial en salud uniformes (recursos humanos, estadísticas de salud, historias clínicas estandarizadas, planes de registros contables, contabilidad de costos), en todos los servicios de salud públicos y privados.

La Política Nacional de Salud deberá incorporar los siguientes elementos:

a. Promoción de la salud
b. Vigilancia epidemiológica y sanitaria
c. Salud ambiental
d. Salud laboral
e. Investigación en Salud y desarrollo científico-tecnológico
f. Garantía al acceso igualitario a los servicios de salud de las familias, los individuos y las comunidades
g. Medicamentos e insumos médicos y no médicos
h. Regulación de la gestión institucional
i. Participación Social en Salud
j. Acciones intersectoriales[42]
k. Emergencias y catástrofes
l. Inversiones en Salud
m. Tecnología médica y de apoyo
n. Desarrollo de los recursos humanos en salud
o. Modelo de atención

[42] Constituye el Lineamiento VIII de la Propuesta de Reforma Integral de Salud, op. cit., pág. 40.

p. Modelo de provisión
q. Modelo de gestión
r. Modernización y fortalecimiento institucional
s. Homologación de procesos y costos
t. Supervisión, seguimiento y control del SNS

6.2. Marco Legal

La consolidación del sistema y el logro de sus objetivos pasará por la adecuada articulación de los actores públicos y privados, que de forma activa o pasiva intervienen en la salud de los habitantes, así como por la creación de una visión unificada para la optimización de los recursos disponibles y la gestión de otros mediante la sistematización y diversificación de las funciones relacionadas con la salud.

Para la implementación y consolidación del SNS propuesto, es preciso modificar el ordenamiento jurídico en salud del país a través de la creación y reforma de normas jurídicas que den soporte y respaldo a la nueva forma de gestión y provisión de la salud, evitando así la duplicación, vacíos y contradicciones que adolece la normativa en vigencia.

El marco legal deberá caracterizarse por ser integrado, facilitador, único, no duplicador, que defina roles y competencias, penalizador y sancionador, que no admita ni sea permisivo con la impunidad[43].

6.3. Fortalecimiento del MSPAS en su transición a MSPS

Para que el rector del SNS pueda ejercer su función, debe realizar una reestructuración del actual Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en Ministerio de Salud y Protección Social, para el cumplimiento de las nuevas atribuciones.

Para tal efecto, se deberán utilizar herramientas que provee la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública[44] para identificar debilidades y elaborar la propuesta que permita el adecuado ejercicio de la rectoría. A este fin, entre otros elementos, deberá revisarse la dotación de recursos humanos del Ministerio, perfil técnico, salario, ubicación, idoneidad y capacidades para ejercer la rectoría. El marco legal deberá ser revisado convenientemente a este fin.

---

[43] Propuesta de Reforma Integral de Salud, Pág. 47.

[44] Las FESP incluyen: 1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; 2. Vigilancia de Salud Pública, investigación y control de riesgos y daños en salud Pública; 3. Promoción de la salud; 4.
Participación de los Ciudadanos en salud; 5. Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión de salud pública; 6. fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; 8.
Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9. Garantía de calidad de servicios de salud individuales y colectivos; 10. Investigación en salud pública y 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

6.4. Articulación de los proveedores públicos de servicios de salud

El ISSS, Sanidad Militar y Bienestar Magisterial forman parte del SNS y en materia sanitaria estarán sujetos a la rectoría del MSPS. Todos ellos conservarán su vinculación con el ramo correspondiente del Órgano Ejecutivo en las funciones no relacionadas con la prestación de servicios de salud. La independencia organizativa de estas instituciones deberá ser compatible con la integración funcional del SNS.

VII. ETAPAS PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La experiencia de los países que han logrado un sistema integrado de salud, en el que todas las instituciones públicas y privadas funcionan con modelos de gestión y atención integrados, enseña que este es un proceso lento, paulatino y complejo que requiere una sólida decisión política, así como un elevado grado de compromiso de las instituciones participantes y de la sociedad.

En El Salvador, para desarrollar un sistema de salud integrado, encaminado hacia la cobertura universal de la población, la mejora de la calidad y la equidad, es necesario abordar el proceso en tres etapas interrelacionadas.

La primera tendrá por objetivo lograr que todas las instituciones del sistema trabajen siguiendo políticas, normas y procedimientos uniformes y coordinados que conduzcan a la descentralización de la gestión, a la integración funcional de los niveles de atención, al reforzamiento de la atención primaria, a la participación social y al desarrollo de los recursos humanos en salud. Incluirá el diseño y realización de estudios socio-económicos, epidemiológicos y financieros que permitan disponer de información esencial para la toma de decisiones fundamentales para el desarrollo del Sistema.

Lo anterior implica la necesidad de **fortalecer la capacidad del MSPAS como rector del sistema**. Para lograrlo, deberá integrar una unidad para la conducción técnica y administrativa del proceso, con personal asignado de manera exclusiva, asesoría local y externa y presupuesto para cumplir sus funciones. Esta unidad deberá elaborar la propuesta para la reestructuración administrativa y funcional del MSPAS, así como el plan para el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano y la adecuación de la infraestructura y tecnología disponible para el ejercicio de la función de rectoría, como uno de los ejes fundamentales para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (regulación, ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública, modulación del financiamiento, vigilancia del aseguramiento y provisión de servicios de salud).

Se deberá elaborar la **Política Nacional de Salud** y realizar la revisión y ajustes del **marco legal** a fin de facilitar, mediante el respaldo jurídico pertinente, el ejercicio de la función rectora y la conducción de esfuerzos de las instituciones que conforman el sistema en función de objetivos comunes tendientes a la satisfacción de las necesidades en salud de la población. Esta revisión y ajustes del marco legal deberán ser realizadas por personal técnico calificado de las instituciones del sistema, a fin de facilitar la implantación de las propuestas.

Se deberán realizar también los estudios y definir las recomendaciones básicas requeridas para la implementación del Sistema en lo relacionado con los modelos de gestión y atención, así como con aspectos tales como descentralización, organización y desarrollo de las áreas sanitarias, financiamiento del sistema, mecanismos de pago a los proveedores y otros aspectos pertinentes al desarrollo del proceso.

Como resultado de esta etapa, se dispondrá del planteamiento operativo de los modelos de gestión, atención y provisión para ser aplicados de manera progresiva. Igualmente, se contará con los instrumentos para el adecuado desarrollo del sistema de garantía de calidad, los niveles de atención, la implementación de las políticas de desarrollo de recursos humanos y de participación social en salud, la aplicación del sistema de referencia y retorno, la coordinación y complementariedad entre los principales prestadores de servicios de salud, la ampliación de la cobertura de los servicios de salud para los habitantes en situación de mayor vulnerabilidad, el sistema de abastecimientos y otros.

Una **segunda etapa** buscará consolidar los aspectos relativos al marco legal, el desarrollo de las acciones definidas para el modelo de financiamiento y la implementación de las políticas de desarrollo de recursos humanos en salud y de participación social. Durante el desarrollo de esta etapa, se evaluará la ampliación de cobertura de los servicios de salud y la calidad alcanzadas y se definirán los subsiguientes pasos y requerimientos para la ampliación de la cobertura. Asimismo, se realizará una evaluación de la primera etapa, identificando los factores de éxito y las limitantes, a fin de introducir los cambios operativos requeridos.

En una **tercera etapa**, y una vez identificados los factores de éxito y limitantes al desarrollo del Sistema, deberán definirse los requerimientos cuyo alcance definan la consolidación del Sistema Nacional de Salud. De igual manera, deberán identificarse los pasos y requerimientos para consolidar la integración de las acciones de los actores del sistema, a fin de alcanzar la cobertura universal de los servicios de salud para todos los habitantes de El Salvador.

La **Comisión Nacional de Seguimiento a la Reforma Integral de Salud (CNSRIS)**, será responsable de garantizar que la organización y consolidación del Sistema Nacional de Salud sean realizadas adecuadamente, con interés nacional y con participación de los actores sociales.

SIGLAS

ANEP	Asociación Nacional de la Empresa Privada
ANES	Asociación Nacional de Enfermeras de El Salvador
ANSAL	Análisis del Sector Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CNSPRIS	Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud
CONASA	Comisión Nacional de Salud
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
FUSADES	Fundación para el Desarrollo Económico y Social
ISSS	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
ONG's	Organizaciones no Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SIMETRISSS	Sindicato de Médicos Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
SNS	Sistema Nacional de Salud
STISSS	Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Anexos

COMISIONES ESPECIALES

Con base en el Decreto No. 66 del Órgano Ejecutivo[45], la CNSPRIS conformó cinco Comisiones Especiales para el adecuado cumplimiento de sus funciones, las cuales se mencionan a continuación:

1. Comisión Especial de Aspectos Jurídico-legales, Regulación y Rectoría: la finalidad de esta comisión ha sido la construcción del respaldo jurídico de la reforma.

Analizará las disposiciones legales relacionadas con la salud y propondrá el marco legal para el fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud.

Son sus miembros:

- Dr. Benjamín Valdez (Coordinador)
- Lic. Carmen Estela Pérez Gómez
- Lic. Margoth Idalia de Cáceres
- Dr. Roberto Rivas Amaya
- Dra. Teresa Flores Quiñónez
- Dr. Mauricio Ventura Centeno
- Lic. Ernesto Chamorro
- Lic. Daniel Elías Quinteros
- Lic. Fausto Payés
- Lic. Javier Castro De León
- Lic. Rubén Arauz

2. Comisión Especial de Recursos Humanos: el producto de esta comisión lo constituye la propuesta de política de desarrollo de los recursos humanos de salud. En la misma estarán identificados los mecanismos legales, técnicos, administrativos y financieros que permitan contar la cantidad y calidad de recursos humanos para la prestación de servicios de acuerdo con las exigencias de la reforma y la población.

Son sus miembros:

- Dr. Rafael Cedillos (Coordinador)
- Lic. Margoth Idalia de Cáceres
- Lic. Judith Zárate de López
- Dr. Samuel Dueñas
- Lic. Zulma de Sánchez

---

[45] Las Comisiones Especiales se crearon a partir del Decreto No. 66 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del 2 de Septiembre de 2003 y publicado en el Diario Oficial No. 161, Tomo No. 360, el 2 de Septiembre de 2003.

- Dra. Mirna Evelyn de Contreras
- Dr. Ernesto A. Selva Sutter
- Lic. Magaly Rojas de Melgar
- Dr. Álvaro Ernesto Pleités
- Dr. José Raúl Morán Tejada
- Dr. Alfredo Galán

3. Comisión Especial de Participación Ciudadana: su objetivo fundamental lo constituyó la formulación de la "Propuesta de Política de Participación Social en Salud", en la cual se incorporen modalidades, normas, responsabilidades, roles y competencias que definan los alcances de la participación social.

Sus miembros son:

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

4. Comisión Especial de Financiamiento: el trabajo de esta comisión se ha centrado en la definición del modelo de financiamiento para el sistema de salud, identificando fuentes y mecanismos que aseguren el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional de Salud.

Son sus miembros:

- Dr. José Ernesto Navarro Marín (Coordinador)
- Dr. Roberto German Tobar Ponce
- Coronel, Lic. y MAF William Bermúdez
- Lic. Gloria Miriam Rubio Esquivel
- Lic. Milagro de Lemus
- Lic. Carlos Argueta
- Lic. Elvira de Alfaro
- Ing. Waldo Jiménez
- Lic. Manuel Rosales
- Lic. Carlos Manuel Maravilla

5. Comisión Especial de Servicios de Salud y Extensión de Cobertura: su énfasis lo constituyó el análisis del contexto político, económico, social y sanitario para definir los objetivos, principios y estrategias del nuevo sistema de salud.

No obstante, la Comisión Nacional consideró que el producto de la misma se constituía en el objetivo fundamental para el que fue creada, por lo que retomó el producto para sí.

GLOSARIO

Autoridad Sanitaria Nacional: Instancia que ejerce el papel rector del sector salud, responsable de garantizar el acceso universal y equitativo a la atención de la salud con criterio de calidad, conduciendo mediante la formulación de políticas, la regulación sectorial, el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la modulación del financiamiento, la vigilancia del aseguramiento y la armonización de la provisión de servicios.

Cuentas Nacionales en Salud: Es la sistematización de los flujos de recursos financieros del sistema de salud, que permite estimar el gasto nacional en salud de manera completa, coherente, consistente y comparable a nivel internacional.

Ente Rector: Rector, de origen latino, de rector, oris, y viene del verbo regere, que significa regir, gobernar; la misma raíz de rex, regis, de donde deriva rey. Con el vocablo en función adjetiva, se entiende que es un organismo que rige determinada actividad.

Equidad: Concepto de carácter normativo que hace referencia a valores y que está estrechamente vinculado al concepto de justicia social y que, en la esfera de la salud, se asocia tradicionalmente a la reducción de las desigualdades. Perseguir la equidad en el desarrollo de la salud y de la atención sanitaria, equivale a tratar de reducir las diferencias innecesarias e injustas en cuanto a la salud y las prestaciones de salud.

Equipo de Salud Familiar: Conjunto de profesionales y técnicos de salud responsables de desarrollar las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud en el marco de la atención primaria y la salud familiar para una población definida en un área de responsabilidad geográfica delimitada.

Establecimiento de Salud Familiar: Infraestructura de apoyo para la prestación de servicios de salud bajo la estrategia de salud familiar y a la cual estarán adscritos los grupos familiares de un área geográfica definida.

Exclusión en Salud: Falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan. Desde una perspectiva de derechos, se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud de una persona o grupo de personas en una sociedad determinada.

Exclusión Social: Es entendida como un proceso estructural multidimensional que abarca la precariedad del empleo y el desempleo, por un lado, y el quiebre de los lazos sociales producido por la crisis del Estado de Bienestar, el surgimiento del individualismo y el debilitamiento de las redes básicas de solidaridad como la familia, por el otro. El Gobierno Inglés la ha definido como “lo que puede ocurrir cuando las personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebre en la estructura familiar”.

Extensión de la Protección Social en Salud: Conjunto de intervenciones públicas destinadas a eliminar la exclusión en salud y reducir las inequidades en el acceso a los servicios, bienes y oportunidades en salud, así como a disminuir el impacto negativo, tanto económico como social, de sucesos adversos personales, como las enfermedades o el desempleo, o generales, como los desastres naturales.

Gasto en Salud per cápita: Gasto en salud total dividido entre la población total del país. Puede ser calculado en términos nominales o corrientes, o en términos reales o en unidades monetarias de un mismo año tomado como base.

Gasto Nacional en Salud: Es la suma de los dineros gastados por las instituciones proveedoras de servicios de salud públicos más el gasto de los hogares y compañías de seguros de salud.

Gasto Privado en Salud: Lo constituyen el pago que realizan las aseguradoras de servicios de salud a sus asegurados ante episodios de enfermedad, más los montos del gasto de bolsillo de los hogares en servicios de salud.

Gasto Público en Salud: Son los montos gastados en la provisión de servicios de salud por el MSPAS, ISSS, Bienestar Magisterial y Sanidad Militar.

Igualdad: En el ámbito social, hace comprehensivamente a la base común de derechos y responsabilidades que corresponden a todos los miembros de la sociedad de acuerdo a las pautas que rigen su funcionamiento, en tanto pertenecientes a la misma.

Inequidad: Existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades y que se expresan en el caso de salud, en diferencias injustas y evitables en los resultados de salud entre diversos grupos al interior de los países y entre países.

Medicina Familiar: Especialidad que integra de una manera amplia los conocimientos de las distintas ramas de la Medicina en el ámbito de la atención primaria de salud y que se encarga de proveer una atención integral y continuada en el tiempo a individuos, familias y comunidad, independientemente de la edad, sexo o enfermedad del paciente al que trate.

Necesidades de Salud: Se definen como “necesidades percibidas” si es que corresponden a las necesidades que se expresan en demanda espontánea por bienes o servicios d salud, o como “necesidades no percibidas” si es que no se expresan en demanda espontánea por bienes o servicios de salud y corresponden a definiciones de la autoridad sanitaria. En general, las necesidades percibidas se asocian a los bienes asegurables y las no percibidas se asocian a bienes públicos.

Perfil Epidemiológico: Descripción de la frecuencia y distribución de los eventos de salud y sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de esta descripción en prevención y control de los problemas de salud. Las definiciones y el estado de la salud de la población varían de acuerdo con los cambios socioeconómicos, ambientales y los avances del conocimiento, los cuales han sido utilizados para explicar la transformación de los perfiles epidemiológicos de los países.

Política Pública Saludable: Se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud (Glosario OMS/ Recomendaciones de Adelaida).

Política Sanitaria: Es la declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas. Como con la mayor parte de las políticas, las políticas sanitarias surgen de un proceso sistemático de apoyo a las acciones para la salud pública basadas en la evidencia disponible junto con las preferencias de la comunidad, las realidades políticas y la disponibilidad de recursos. Esta se distingue de la política pública saludable por su preocupación primordial por los servicios y programas sanitarios (Glosario OMS).

Producto Interno Bruto: Es el valor total de los bienes y servicios finales producidos en una economía dentro del territorio nacional durante un determinado período que puede ser trimestral o anual. Ya que una economía produce gran número de bienes, el PIB es la suma de tales elementos en una sola estadística de la producción global de los bienes y servicios mencionados. El PIB puede ser clasificado como nominal o real: en el primero, los bienes y servicios finales son valuados a los precios vigentes durante el período en cuestión, mientras que en el segundo los bines y servicios finales se valúan a los precios vigentes en un año base. Generalmente se expresa en una unidad de medida común, la cual, generalmente, es una unidad monetaria.

Protección Social: La Organización Internacional del Trabajo define la protección social como el conjunto de medidas públicas que brinda una sociedad a sus miembros para protegerlos de las penurias económicas y sociales que causaría la ausencia o una reducción sustancial de los ingresos del trabajo como resultado de diversas contingencias (enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, desempleo, invalidez, vejez y muerte de quien sostiene la familia); el suministro de asistencia médica; y, el suministro de beneficios para las familias con hijos.

Salud: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo.

Salud Familiar: Estrategia básica en que se fundamentará el modelo de atención definido para la organización y funcionamiento del nuevo Sistema Nacional de Salud y que se refiere a la atención de la salud de la familia. No se refiere a la salud de cada uno de los integrantes de la familia ni es una condición que se alcanza por adición de condiciones individuales; tampoco equivale a la ausencia de enfermedad ni de problemas de salud en los miembros de la familia, sino más bien considera el contexto del proceso saludenfermedad desde la perspectiva de las interacciones en las esferas de lo personal, familiar y social. Desarrolla las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud en el marco de la atención primaria.

Salud Pública: Acción colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.

Sistema de Salud: Son todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades de salud, es decir, cualquier acto en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales cuyo principal objetivo sea mejorar la salud.