

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA

JOSÉ SIMEÓN CAÑAS



“Contribución de la Reforma de Salud a la erradicación de las causas de la Exclusión en Salud en El Salvador, período 2009-2014”

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREPARADO PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO(A) EN ECONOMÍA

Presentado por:

Karla Rebeca Barahona Molina

Erick Rodrigo Barraza Alberto

Adriana Iveth Castellanos Almendárez

Gabriela Salomé Claros Quintanilla

ANTIGUO CUSCATLÁN, OCTUBRE 2016

UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA
JOSÉ SIMEÓN CAÑAS

RECTOR
ANDREU OLIVA DE LA ESPERANZA, S.J.

SECRETARIA GENERAL
SILVIA ELINOR AZUCENA DE FERNÁNDEZ

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
JOSÉ ANTONIO MEJÍA HERRERA

DIRECTOR(A) DEL TRABAJO
ROXANA DELGADO

SEGUNDO(A) LECTORA
JULIA EVELIN MARTINEZ

Índice General

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO I.....	13
MARCO TEÓRICO	13
1.1 Pobreza y Desigualdad.	13
1.1.1 La Desigualdad.....	13
1.1.2 Medición de la desigualdad: Índice de Gini y Curva de Lorenz.....	14
1.2 Pobreza.....	15
1.2.1 Principales definiciones de Pobreza y su medición	15
1.2.2 Evolución del concepto de pobreza: Amartya Sen y la pobreza por capacidades.....	16
1.3 La Exclusión social	19
1.3.1 Origen y empleo del concepto de Exclusión Social.....	19
1.3.2 Factores determinantes de los procesos de Exclusión Social.....	23
1.3.3 Los enfoques de la Exclusión Social	24
1.3.4 La Exclusión en salud: Elemento de la Exclusión social	25
1.3.5 Causas de la exclusión en salud	26
1.4. Modelo de los Determinantes Sociales de Salud.....	29
1.4.1 Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).....	30
1.4.2 Las estrategias prioritarias para la ejecución de medidas sobre los Determinantes Sociales de la Salud.	34
1.5 La Cobertura Universal en Salud.....	36
1.5.1 ¿Qué es la Cobertura Universal en Salud?	36
1.5.2 Importancia de la Atención Primaria en Salud (APS) para alcanzar una Cobertura universal en salud (CUS).	39
1.5.3 Los problemas fundamentales de la Cobertura Universal en Salud	42
CAPITULO II.....	44
LA REFORMA DE SALUD EN EL SALVADOR COMO RESPUESTA A LA EXCLUSION EN SALUD.....	44
2.1 Situación de la salud en El Salvador	44
2.1.1 Exclusión en salud en El Salvador	44
2.1.2. Estructura del Sistema de Salud en El Salvador	47
2.1.3. Demanda de los servicios de salud pública en El Salvador.....	48
2.1.4. Análisis de las principales Cuentas en Salud para El Salvador	49
2.2. Caracterización de la Reforma de Salud en El Salvador	52
2.2.1 ¿Qué es la Reforma de Salud en El Salvador?.....	52

2.2.2 Estructura de la Reforma de Salud	53
CAPITULO III.....	67
ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA REFORMA DE SALUD EN EL SALVADOR	67
3.1 Análisis de Reforma de Salud y los determinantes estructurales de la Exclusión en Salud.....	67
3.1.1 Principales dimensiones de análisis e indicadores de la Exclusión en salud....	67
CAPITULO IV	106
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	106
4.1 Conclusiones	106
4.2 Recomendaciones para cada Eje de la Reforma de Salud.	109
4.3 Recomendaciones Generales	116
BIBLIOGRAFÍA.....	120
ANEXOS.....	125

INDICE DE FIGURAS

Figura I-1. La Exclusión Social como un proceso.....	22
Figura I-2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.....	32

INDICE DE ESQUEMAS

Esquema I-1. Elementos hacia la cobertura y el acceso universal efectivo.....	37
Esquema I-2. Reformas de la APS necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos.	40
Esquema I-3. Problemas asociados a las funciones del financiamiento de la salud.....	43

INDICE DE TABLAS

Tabla II-1. Determinantes de la salud por departamentos, El Salvador, año 2007.	47
Tabla III-1. Porcentaje de cobertura de vacunación de la población de 0 a 1 años.....	87
Tabla III-2. Número de Hospitales y UCSF que cuentan con la implementación del SIAP.	97

INDICE DE CUADROS

Cuadro I-1. Causas de la Exclusión en salud.....	27
Cuadro I- 2. Índice de Exclusión Social para El Salvador.....	28
Cuadro I- 3. Líneas Estratégicas para la construcción de la Cobertura universal en.....	39
Cuadro II-1. Síntesis de los Ejes que conforman la Reforma de Salud.....	66
Cuadro III-1. Número de planes, leyes, estrategias de prevención de enfermedades, desagregados por sexo.....	79
Cuadro III-2. Número de Servicios especializados para la atención de la salud de las mujeres en centros de salud pública	81

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico II-1 Evolución del Índice de Gini para los años 2005-2009	44
Gráfico II-2. Personas que consultaron a la Red del MINSAL de 2004-2008	48
Gráfico II-3. Porcentaje de la población que se enfermó y consultó en la Red del MINSAL, ISSS y Sistema Privado	49
Gráfico II-4. Presupuesto del Ministerio de Salud periodo 2006-2009.....	50
Gráfico II-5. Composición del Gasto Nacional en Salud, de 2006-2009.	51
Gráfico II-6. Composición del Gasto Nacional en Salud, año 2009.	51
Gráfico III-1. Porcentaje de Cobertura efectiva de los Servicios de Salud 2008-2014.....	69
Gráfico III-2. Esperanza de vida de hombres y mujeres.....	69
Gráfico III-3. Porcentaje de Inversión Pública en salud en proporción del PIB de 2006-2014	70
Gráfico III-4. Porcentaje de Gasto Público en Atención Primaria en salud de 2008-2014	71
Gráfico III-5. Porcentaje de población bajo la línea de pobreza de 2008-2014.....	72
Gráfico III-6. Gasto de bolsillo en salud como porcentaje de Gasto Nacional en Salud....	73
Gráfico III-7. Presupuesto de MINSAL del 2008-2014.....	73
Gráfico III-8. Evolución de la Estructura médica pública del Primer Nivel de Atención de 2009-2014.	74
Gráfico III-9. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años de 2008-2014.....	75
Gráfico III-10. Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos de 2008-2014	76
Gráfico III-11. Controles prenatales y puerperales en centros de salud del MSPAS y FOSALUD de 2008-2014.....	77
Gráfico III-12. Tasa de Mortalidad Infantil de 2008-2014.....	77
Gráfico III-13. Principales causas de muertes desagregadas por sexo de los Hospitales Nacionales del 2009-2014.	80
Gráfico III-14. Razón de densidad de recursos humanos en salud por 10,000 habitantes	82
Gráfico III-15. Porcentaje del Presupuesto del MINSAL destinado a Remuneraciones de 2008-2015	83
Gráfico III-16. Inversión en Capital Humano del MINSAL de 2007-2014.....	83
Gráfico III-17. Tasa de participación de mujeres y hombres en la fuerza laboral del sector salud.....	84

Gráfico III-18. Porcentaje de cobertura de abastecimiento de medicamentos en Hospitales Nacionales del MINSAL	85
Gráfico III-19. Porcentaje del gasto de medicamentos respecto al presupuesto del MINSAL	89
Gráfico III-20. Porcentaje del gasto en vacuna respecto al Presupuesto del MINSAL.....	90
Gráfico III-21. Cantidad de demandas pre-hospitalarias recibidas por el SEM 2013-2015	94
Gráfico III-22. Capacitación de Recurso Humano del SEM de 2012-2015	95
Gráfico III-23. Gasto per cápita institucional en salud, 2009-2013.....	100
Gráfico III-24. Principales causas de muerte segmentadas por hombres y mujeres, año 2009	104
Gráfico III-25. Principales causas de muerte segmentadas por hombres y mujeres, año 2014	104

INDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria en Salud

BIRF: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento

CBA: Canasta Básica Alimentaria

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

CISALUD: Comisión Intersectorial de Salud

CUS: Cobertura universal de salud

CONASEM: Comisión Nacional del Sistema de Emergencias Médicas

COSAM: Comando de Sanidad Militar

CDSS: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

CSSP: Consejo Superior de Salud Pública

DIGESTYC: Dirección General de Estadística y Censos.

DSS: Determinantes sociales en salud

ECOS: Equipos Comunitarios de Salud Familiar

EHPM: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples.

FNS: Foro Nacional de Salud

FOSALUD: Fondo solidario para la salud

IDH: Índice de desarrollo humano

FGT: Índice Foster Greer Thorbecke

INS: Instituto Nacional de Salud

ISBM: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

MINSAL: Ministerio de Salud

MSPAS: Ministerio de Salud y Asistencia Social

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OPHI: Oxford Poverty & Human Development Initiative

PNS: Plan Nacional de Salud

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

RIISS: Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud

SEM: Sistema Nacional de Emergencias Médicas

SIUS: Sistema Único de Información en Salud

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar

UNIEC: Unidad de Investigación y Epidemiología de Campo

INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo, a medida toma fuerza la búsqueda de lograr un crecimiento económico, sale a relucir la consideración de desarrollo asociado a una mejora en la calidad de vida de las personas. Pero, ¿Qué garantiza que lograr un mayor nivel de ingresos se traducirá en mayor bienestar para los individuos y hogares?, ¿Existe alguna garantía de que al incrementar el Producto Interno Bruto de un país, efectivamente, existirá un mayor nivel de ingresos para toda la población?, ¿Por qué el crecimiento económico podría no traducirse como bienestar?

Las preguntas planteadas anteriormente son determinantes, ya que respecto al crecimiento económico se puede afirmar que un incremento del PIB, no precisamente se traducirá como incremento en el bienestar e ingresos, siendo necesario separarlos ya que crecimiento económico no significa exclusivamente bienestar.

Es necesario destacar que la paradoja de mayor crecimiento económico y menor bienestar, conlleva el análisis indispensable acerca de la medida en que al incrementarse los bienes de una clase social, se disminuyen (al menos relativamente) los de otra, dejándose en claro la existencia de una distribución del producto social inequitativa, es decir, dando más a quien más tiene y menos a quienes tienen casi nada.

Sin embargo, para medir el bienestar no se debe hacer énfasis únicamente a crecimiento económico, ya que si bien es una herramienta muy útil en el proceso de búsqueda de bienestar, considerarlo así limitaría la visión de la realidad misma que viven las personas, su situación y el alcance de proyectos para transformarla. Debe aclararse que, la falta de ingreso no es la única barrera hacia el bienestar de las familias, pues existen factores sociales, económicos, culturales, de acceso y otros, que influyen de gran manera.

En este sentido, para influir realmente en el bienestar de las personas, actualmente, existen proposiciones relevantes que se orientan a rastrear privaciones que sufren los hogares para una adecuada y aterrizada identificación de la pobreza y exclusión social, en correspondencia con la potenciación de las capacidades, el acceso a los servicios básicos y goce de derechos humanos, todo esto superando el nivel de ingresos como único obstáculo para el goce de una ideal calidad de vida.

Así, cada país puede tomar las propuestas generales y adecuarlas en la medida de lo posible a su situación real y particular, de manera que evalúe de forma más amplia las condiciones y necesidades para facilitar la formulación de políticas públicas de mayor alcance y efectividad, que logren responder de manera acertada a los determinantes sociales como la desigualdad en la distribución del ingreso, que según Alessandro (2003) guarda relación con los resultados deficientes en materia de salud.

La manera en como un Estado podrá incidir en el bienestar de la población y más directamente sobre los determinantes sociales de la salud, es mediante la política pública, una política pública en pro de la inclusión social, como plantea la CEPAL con un reconocimiento universal de los derechos económicos, sociales y culturales. Por tanto, se hace indiscutible y preciso el papel que desempeña la política pública para combatir la exclusión social, y más específicamente la exclusión en salud, no obstante, es trascendental enfatizar que no solo debe ser una política pública con fines ambiguos o superficiales, sino que, deben ser según Alessandro (2003), políticas públicas saludables que busquen promover o restablecer la salud, orientándose en la búsqueda de la equidad, la cobertura universal y la sostenibilidad.

Y es que al hablar de mejorar la calidad de la salud de la población mediante la política pública y Reformas de carácter social, implican esquematizar de manera integral acciones intersectoriales que engloben factores determinantes como: ambiente socioeconómico, medio ambiente, prácticas personales, capacidad individual y servicios de salud, con el fin de alcanzar una inclusión plena y procurar una calidad de vida a toda la población por igual, con ello, se estaría potenciando un progreso en el desarrollo económico del país, bien es sabido que una población sana encamina un desarrollo más ventajoso a un país, esto es lo que busca esta investigación, constatar si las gestiones por parte del Estado salvadoreño en materia de salud, favorecen a la eliminación de los determinantes que impiden el goce pleno del derecho a la salud de los salvadoreños y salvadoreñas.

En ese sentido el presente documento, pretende dar a conocer aportes teóricos sobre las desigualdades y exclusión en salud, reconocer la situación general de El Salvador en materia de exclusión en salud y desigualdad desde una perspectiva de capacidades y determinantes en salud, y valorar las iniciativas implementadas desde el Estado para la construcción de un Sistema Nacional de Salud capaz de erradicar las inequidades y exclusión en salud.

En el Capítulo I, se presenta la recopilación teórica de diferentes autores que exponen reflexiones acerca de la desigualdad, integrando especial énfasis en la pobreza con enfoque de capacidades planteado por Amartya Sen, como autor principal. firmeza

El Capítulo II, muestra la situación de exclusión en salud en El Salvador previa a la Reforma de Salud, presentándose desde el año 2009. Además, se describe esta iniciativa como una política pública que busca dar respuesta a la situación de desigualdad, inequidad y exclusión en salud latente en el país.

En el Capítulo III, se presenta un análisis a partir de los ejes y las acciones principales de la Reforma, para establecer un balance crítico sobre los avances y desafíos en relación a los objetivos propuestos para la erradicación de la exclusión en salud.

El Capítulo IV, resume cada eje de la Reforma con sus avances y desafíos en la erradicación de la exclusión en salud, y de manera general, reflexiones sobre áreas de oportunidad identificadas y recomendaciones de política pública.

Así, se presenta un análisis de la Reforma de Salud en relación a las metas establecidas en su formulación y avances presentados en cada uno de sus principales ejes, que comprende el periodo 2009-2014, con el propósito de analizar el aporte hacia la erradicación de las causas de exclusión en salud en El Salvador, para finalmente ofrecer recomendaciones de política pública sobre puntos críticos y áreas de oportunidad que coadyuven a la erradicación progresiva y constante de la exclusión social en salud en el país.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

En este capítulo, se ha elaborado un marco teórico-conceptual para establecer la relación entre la Exclusión Social en Salud, pobreza y desigualdad.

El capítulo se constituye por cinco apartados, donde se presentan propuestas de autores teóricos acerca de desigualdad, pobreza, exclusión en salud y determinantes sociales de salud, problemas interrelacionados que se retroalimentan entre sí. En el apartado final, se describe la Cobertura Universal en Salud.

1.1 Pobreza y Desigualdad.

1.1.1 La Desigualdad

Es necesario reconocer que la desigualdad se encuentra relacionada directamente con la existencia de la riqueza, propiedad privada, distribución inequitativa de los recursos y pobreza.

A lo largo de distintas épocas, se han concebido diversas perspectivas acerca de la desigualdad, pobreza y distribución de la riqueza, algunos de los planteamientos de las escuelas de pensamiento económico más sobresalientes son: (Gallo, Miranda, & Rodriguez, 2008):

- François Quesnay/ Fisiócratas: plantean que la agricultura es la única actividad capaz de generar riqueza, de manera que no poseer la tierra es un sinónimo de pobreza. Se reconoce la existencia de un excedente económico y el producto social que se distribuye entre las clases sociales que lo generan, reconociéndose la primera identificación de “clases sociales”.
- Economía Política: reconoce la existencia de factores productivos: Capital, Tierra y Trabajo, que se distribuyen como Utilidad, Renta y Salario. John Stuart Mill, plantea que la ganancia se origina debido a que el trabajo produce más de lo requerido para su sustento y vincula la reducción de la pobreza con la disminución de la natalidad.
- Economía Marxista: reconoce la existencia de relaciones sociales de producción y la teoría del valor del trabajo (solo el trabajo genera valor). Para Marx, la

distribución se da entre capitalistas y trabajadores, existiendo explotación por parte del capitalista, el que se apropia del trabajo excedente del trabajador, y la clase trabajadora se evidencia como la menos favorecida.

- Neoclásicos: explica comportamientos sociales a través de individuales, plantea la distribución como una relación técnica entre los factores que participan en la producción y no evidencia desigualdades si no un equilibrio.
- Teorías Latinoamericanas del Desarrollo: relaciona la riqueza y el desarrollo con el crecimiento económico, vincula la pobreza al ingreso y reconoce la desigualdad por desventajas regionales y sectoriales.

Algunos de los científicos sociales y filósofos responsables de hacer de la desigualdad un tema de debate público podrían ser Karl Marx o John Stuart Mill; sin embargo, se necesita mucha más información sobre el reparto de los recursos en el seno de las familias, que contrastado con estadísticos de diferentes indicadores, puedan mostrar un panorama más amplio acerca de la desigualdad (Sen, 2000).

En general, los autores mencionados reconocen la existencia de pobreza y desigualdad, abordándose desde diferentes perspectivas, consolidándose en el tiempo como problemática real y reflejo de una distribución poco justa, haciendo referencia únicamente al ingreso, y en otros casos reconociendo que existen múltiples causas de esta problemática.

1.1.2 Medición de la desigualdad: Índice de Gini y Curva de Lorenz

De acuerdo a la definición del Banco Mundial, el índice de Gini mide hasta qué punto la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se aleja de una distribución perfectamente equitativa.

La curva de Lorenz, por su parte, muestra los porcentajes acumulados de ingreso recibido total contra la cantidad acumulada de personas u hogares que reciben ese ingreso, empezando a partir de la persona o el hogar más pobre. El índice de Gini mide la superficie entre la curva de Lorenz y una línea hipotética de equidad absoluta, expresada como porcentaje de la superficie máxima debajo de la línea. Así, un índice de Gini de 0 representa una equidad perfecta, mientras que un índice de 100 representa una inequidad perfecta, de manera que “A mayor índice de Gini, existe mayor inequidad”.

En el presente informe, se pretende contrastar lo que pueda indicar el índice de Gini con otros indicadores, para no reducir la desigualdad a la distribución del ingreso, buscando considerar otros aspectos relevantes en el proceso de investigación hacia la erradicación de las causas de la exclusión en salud.

1.2 Pobreza

1.2.1 Principales definiciones de Pobreza y su medición

La pobreza es un fenómeno complejo en el que influyen una multitud de factores, y que puede ser estudiado desde muy diversas perspectivas. Por ello, su estudio e interpretación no es una tarea sencilla existiendo tantas formas de medir la pobreza como posibles formas de definirla.

El término “pobreza” tiene distintos significados en las ciencias sociales, Paul Spicker (1999), identifica once posibles formas de interpretar esta palabra: necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad básica, falta de titularidades, privación múltiple, exclusión, desigualdad, clase, dependencia y padecimiento inaceptable, todas estas interpretaciones serían mutuamente excluyentes, aunque varias de ellas pueden ser aplicadas a la vez, y algunas pueden no ser aplicables en toda situación (Mancero & Feres, 2001).

Se han desarrollado distintos enfoques de la pobreza, uno de ellos es el de las “capacidades”, el cual utiliza la definición de “estándar de vida”, y plantea la necesidad de aclarar cuáles son los objetos que determinan ese estándar. El análisis económico tradicional suele identificar la noción de estándar de vida con la de “utilidad” experimentada por los individuos ante el consumo de bienes, sin embargo, Amartya Sen (1984) critica este enfoque, argumentando que el nivel de vida de un individuo está determinado por sus “capacidades” y no por los bienes que posea, ni por la utilidad que experimente (Mancero & Feres, 2001).

Aplicando un enfoque objetivo, se realizan tanto análisis de pobreza absoluta como relativa, la pobreza absoluta se define como la situación en la cual no están cubiertas las necesidades básicas del individuo, es decir, existe carencia de bienes y servicios básicos (Mancero & Feres, 2001).

De acuerdo a Spicker (1999), la diferencia entre “absoluto” y “relativo” no estaría en la definición de pobreza, sino que son más bien “interpretaciones de la manera en la que se forman socialmente las necesidades”, mientras el primer enfoque sostiene que las necesidades –o al menos una parte de ellas– es independiente de la riqueza de los demás, y no satisfacerlas revela una condición de pobreza en cualquier contexto, el segundo plantea que las necesidades surgen a partir de la comparación con los demás, y la condición de pobreza depende del nivel general de riqueza (Mancero & Feres, 2001).

Conforme a lo anterior y en relación con el enfoque de “capacidades”: la pobreza es “absoluta” en el espacio de las capacidades, pero “relativa” en el espacio de los bienes. La falta de una capacidad es “absoluta” porque no depende de si otras personas la han satisfecho o no. Por ejemplo, “no sentirse avergonzado ante sus semejantes” es una capacidad que se alcanza independientemente de si otros la tienen, sin embargo, los bienes necesarios para adquirir esa capacidad pueden ser muy diferentes en distintos tipos de sociedades. En resumen, “la característica de ser ‘absoluto’ no significa constancia en el tiempo, ni invariabilidad entre sociedades, ni concentración únicamente en alimentos y nutrición, es un enfoque para juzgar la privación de una persona en términos absolutos en vez de términos puramente relativos vis-a-vis los niveles disfrutados por otros en la sociedad” (Sen, 1985).

1.2.2 Evolución del concepto de pobreza: Amartya Sen y la pobreza por capacidades

“¿Cómo es posible que en un mundo como el nuestro, que ha alcanzado un nivel de prosperidad sin precedentes, se le nieguen las libertades más individuales a un gran número de seres humanos? ¿Cuál es la relación entre nuestra riqueza y la capacidad de vivir según nuestros deseos?”.

Este importante cuestionamiento, lo realiza Kofi A. Annan, Ex Secretario General de la ONU, para señalar la importancia de la teoría de Amartya Sen, como un análisis revolucionario sobre el bienestar y desarrollo social.

Amartya Sen, plantea en su libro “Desarrollo y Libertad, “básicamente, la importancia de las libertades individuales que tiene una persona para gozar del tipo de vida que esta tiene razones para valorar”. En este sentido, el autor plantea un concepto alternativo de pobreza, más allá de los conceptos convencionales que se reducen a valorar el ingreso frente a aspectos particulares que son determinantes en las condiciones de vida de las personas.

La pobreza debe concebirse como la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se le identifica. La perspectiva de la pobreza basada en las capacidades no entraña la razonable idea de que la falta de renta es una de las principales causas de pobreza, ya que la falta de renta puede ser una importante razón por la que una persona está privada de sus capacidades. (Sen, 2000)

Unido a lo anterior, el enfoque de pobreza basado en capacidades, reconoce que (Sen, 2000):

-La pobreza puede identificarse de forma razonable con el enfoque de capacidades, el enfoque centra la atención en las privaciones que son intrínsecamente importantes (a diferencia de la renta baja, que solo es instrumentalmente importante (Sen, 2000)).

-La renta no es el único factor que genera capacidades, existen otros factores importantes.

-La relación instrumental entre la falta de renta y la falta de capacidades, varía de unas comunidades a otras, e incluso de unas familias a otras y de unos individuos a otras, es contingente y condicional.

Esta última medida, señala el autor, es de gran importancia al evaluar políticas públicas orientadas a reducir la pobreza y desigualdad, pues existen varias causas de variaciones condicionales como: edad, sexo, roles sociales, condiciones regionales, costumbres y tradiciones familiares, distribución de la renta dentro de las familias, discriminación sexual (privaciones de niñas se comprueban mejor observando mortalidad, morbilidad, desnutrición y desatención médica), situación epistemológica y diversos factores fuera del control de las personas, razón por la cual es indispensable, al comparar grupos de personas, es preciso tomar en cuenta sus parámetros de diferenciación.

Además, es necesario tomar en cuenta que la falta de renta y la capacidad de convertir renta en funciones pueden ir emparejadas, de manera que la pobreza real, que se entiende como privación de capacidades, puede ser mayor de lo presentado al comparar rentas, siendo esta una cuestión fundamental para la elaboración de políticas públicas dirigidas a grupos menos favorecidos (Sen, 2000).

Otro aspecto importante lo constituye la posibilidad de que la privación relativa de ingreso se traduzca en una privación absoluta de capacidades, siendo ello fundamental en este análisis, unido a la dificultad de las personas para integrarse a las actividades de la comunidad.

Es imperativo reconocer que la pobreza por ingreso (medio-instrumento) y la pobreza por capacidades (fin) están relacionadas y se retroalimentan entre sí, pues así como un aumento de renta aumentaría capacidades, el aumento de las capacidades puede incrementar la renta obtenida y ello es de gran importancia para erradicar la pobreza por ingreso, sin perder de vista que esta es una herramienta o instrumento pero que no debe ser la motivación última en las políticas de reducción de la pobreza.

La segunda conexión puede ser muy importante para erradicar la pobreza de renta, cuanto mayor sea la cobertura de educación básica, distribución equitativa de la tierra y asistencia sanitaria, más probable es que incluso las personas potencialmente pobres, tengan las posibilidades de vencer la miseria (Sen, 2000).

En contraste con lo que plantea el autor, en esta investigación, se tomara como referencia el concepto de pobreza multidimensional, es decir, considerando la pobreza no precisamente como falta de renta o recursos económicos, sino más bien como la privación del acceso al goce de los derechos humanos, servicios básicos y desarrollo de sus capacidades, donde la salud es uno de los derechos fundamentales y la exclusión en salud representa una privación que genera impacto relevante en la sociedad, de forma negativa, en diferentes aspectos de la vida. En este sentido, se presentará avances de pobreza por ingreso, únicamente como un instrumento para incidir en la pobreza real.

Además, puede contrastarse con lo anterior, los siguientes indicadores:

-Índice de desarrollo humano (IDH): Índice utilizado para medir el desarrollo de un país sin basarse en el crecimiento económico del mismo, sino más bien, tomando en cuenta los siguientes criterios: esperanza de vida al nacer, educación y nivel de vida, siendo este índice una media geométrica de los tres elementos anteriormente mencionados.

-Foster Greer Thorbecke: Índice que mide carencias de consumo privado, tomando como referencia una línea de pobreza individual que se encuentra determinada en base a un salario mínimo diario.

Así, utilizando una combinación de índices de aplicación actual, se busca un mayor acercamiento a la situación de pobreza real, que se retroalimenta con la exclusión social generando un círculo vicioso que se fortalece a causa de diversas fuentes de privaciones al cumplimiento de los derechos humanos, reproduciendo así la problemática.

En el siguiente apartado, se presenta en que consiste la exclusión social y exclusión en salud, ligadas a la pobreza y retroalimentándose con la falta de ingreso, entre otras privaciones de gran relevancia, para comprender la importancia de su análisis en conjunto.

1.3 La Exclusión social

1.3.1 Origen y empleo del concepto de Exclusión Social.

La Exclusión Social es una problemática vigente, de acuerdo a Jiménez (2008) las atribuciones más recientes del uso del concepto de exclusión social se deben al autor francés René Lenoir, en su obra: *Les exclus: Un Française sur di*, publicado en 1974, en la cual hacía referencia a la ruptura de los lazos sociales que afectaba la tradición francesa de integración nacional y solidaridad social, en el que se mencionaba al 10% de la población francesa que vivía al margen de la red de seguridad social pública basada en el empleo (discapacitados, ancianos, niños que sufren abusos, toxicómanos, etc.)

El término de la exclusión social toma fuerza por los problemas sociales que estaba enfrentando Francia durante los años 80, según lo afirman Eizagirre y Pérez (1998), a los cuales las viejas políticas del Estado del bienestar no daban una respuesta adecuada a la coyuntura que se vivía en dicha nación.

Aunque dicha percepción fue criticada porque René Lenoir no pudo explicar cómo se produce la división de la sociedad entre aquellos individuos que si son incluidos y los excluidos, ya que dicho autor nunca incluyo a los pobres entre los excluidos, al considerar la pobreza solo un factor de vulnerabilidad. Lenoir (1974, 27) planteaba que la exclusión afectaba a todas las capas sociales.

La exclusión social ha sido un término interpretado desde diferentes perspectivas por la academia, involucrando distintas categorías y sectores sociales, pero remarcando aspectos como: el desempleo, el trabajo precario y con escasa remuneración, la dificultad de acceso a la vivienda.

Jiménez (2008) detalla que la exclusión social es un vocablo que recorre diferentes problemas sociales, pero que hace énfasis en el empleo, vivienda y la transformación social en educación, una connotación que tiene mucha coherencia con lo que se puede entender hoy como exclusión social. Un ejemplo de este fenómeno es la población que no encuentran un empleo y cuyo periodo de desempleo involuntario se va extendiendo, personas que no son capaces de acceder a los servicios sociales básicos fundamentales, además de aquellos individuos que no cuentan con una vivienda digna o personas que desertan dentro del sistema educativo, no logrando un nivel académico que les permita la obtención de un trabajo remunerado que les asegure su subsistencia.

Jiménez (2008,175) enfatiza que la exclusión social tiene diferentes características las cuales son:

1. Su aspecto es multidimensional y multifactorial.
2. La dimensión estructural del fenómeno.
3. la noción de exclusión social es que se trata de un “proceso y no de una situación estable.

1. Aspecto multidimensional y multifactorial: debido a la percepción unidimensional del término pobreza, es importante establecer la diferencia entre pobreza y exclusión social, porque en sí la pobreza misma, es la carencia de recursos materiales suficientes para atender las necesidades básicas de una población determinada, que impide vivir de una forma digna, y la exclusión va más allá de una percepción económica, la diferencia fundamental entre ambos términos radica en que los prejuicios y discriminaciones sólo producen exclusión social, a medida que estas acciones provocan incapacidad para lograr unos ingresos y un nivel de vida aceptables.

En este sentido, Tezanos (2001,60) plantea que la falta de recursos materiales “generan una carencia de opciones y alternativas que los que no son pobres, aunque estén excluidos en algún sentido, pueden, sin embargo, disfrutar”. Por tanto, el concepto de exclusión social se revela extraordinariamente útil para analizar todas aquellas situaciones que van más allá de sobrellevar una privación de bienes y servicios, es un término que ha trascendido lo económico.

2. La dimensión estructural del fenómeno: en este apartado Jiménez (2008,177) establece que la exclusión social ha estado presente en el contexto de las desigualdades sociales es decir, dentro de las sociedad hoy en día, hay una marcada diferencia entre unos sectores, algunos están gozando de todos aquellos bienes o servicios que aseguren que el individuo se encuentre integrado a la sociedad o tenga un bienestar social que les permita su existencia dentro de esta y aquellos que no están gozando de dicho bienestar .

3. La tercera característica es que la exclusión es un proceso y no una situación estable: según Jiménez (2008) esta problemática se caracteriza por ser una geometría variable que muestra distribución de riesgos sociales mucho más compleja y generalizada. Riesgos que se pueden trasladar hacia zonas de vulnerabilidad y exclusión a todo tipo de personas o colectivos. En diversos momentos de los ciclos vitales de los seres humanos, este fenómeno afecta a todas las personas dentro de una sociedad, porque va más allá del aspecto meramente económico, además que, es un escenario que afrontan los individuos de forma temporal y un proceso que enfrentan al no contar con servicios o bienes que permitan el desarrollo de sus capacidades humanas.

El autor Juárez (1995), ha planteado un análisis a la idea de exclusión social como “proceso” en donde distingue 3 zonas recorridas por los procesos de dualización en la vida social (debe entenderse este concepto como la existencia de dos realidades opuestas en donde existen inequidades sociales-económicas):

1 .Zona de integración: Caracterizada por un trabajo estable y por unas relaciones familiares y vecinales sólidas, lo cual le genera al individuo un estatus de integración plena a la sociedad a la cual pertenece porque según dicho autor el individuo se encuentra en una etapa en donde sus necesidades son satisfechas.

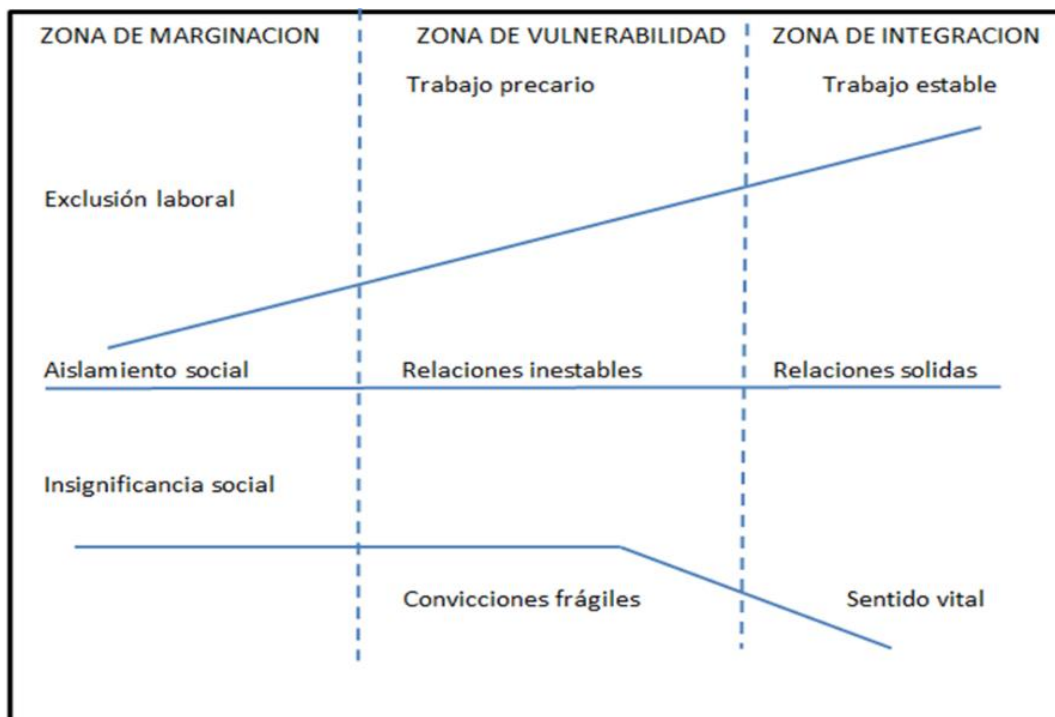
2. Zona de vulnerabilidad: Zona inestable en lo que se refiere al empleo y a la protección, con las consiguientes repercusiones en los soportes familiares y sociales, los individuos en este escenario se encuentran en un estado de fragilidad que atenta con el sentido de integración ya que sus necesidades físicas y emocionales son inestables.

3. Zona de exclusión: Se construye desde la inestabilidad en el empleo, la renta y la desprotección, pero conformada como expulsión y no simplemente como precarización o como carencia, y a la vez, se combina el aislamiento social, en este escenario los individuos no se sienten parte de la sociedad y tienen un sentimiento de rechazo por parte

de la misma, por lo tanto estos no se sienten integrados al entorno social que lo rodea posicionándolo en la zona de la marginación.

En la figura I-1 se muestran las diferentes zonas en las que los individuos se pueden encontrar respecto a la exclusión social desde la perspectiva de este fenómeno como proceso, que nos refleja tanto la pertenencia o exclusión que un ciudadano puede estar viviendo y tomando en cuenta el empleo y la interacción social con otros individuos y su sentir de pertenecer a dicha sociedad, un ejemplo de ello es una persona que se encuentre en la zona de integración en donde tiene un empleo que es estable, tendrá relaciones sólidas con sus semejantes lo que implica que este mismo encuentra un sentir de pertenencia a dicha sociedad, algo que encuentra sumamente vital, lo cual a su vez se traduce en integración a la sociedad de forma completa.

Figura I- 1. La Exclusión Social como un proceso



Fuente: Tomado de Juárez (1995) citado en Jiménez (2008).

Tomando en cuenta las características planteadas previamente sobre la exclusión social es un proceso multidimensional. Jiménez (2008) establece que tiende a menudo a acumular, combinar y separar, tanto a individuos como a colectivos, de un conjunto de derechos sociales tales como el trabajo, la educación, la salud, la cultura, la economía y la política, a los que otros grupos sociales sí tienen acceso y posibilidad de disfrute.

Luego de tomar en cuenta diversos aspectos sobre la exclusión social es importante dar paso a diversas interpretaciones de dicho concepto, según la Comisión de las Comunidades Europeas, define por exclusión social como:

La imposibilidad de gozar de los derechos sociales sin ayuda, en la imagen desvalorizada de sí mismo y de la capacidad personal de hacer frente a las obligaciones propias, en el riesgo de verse relegado de forma duradera al estatus de persona asistida y en la estigmatización que todo ello conlleva para las personas y, en las ciudades, para los barrios en que residen.

Otra definición para dicho concepto se orienta hacia el mercado laboral:

El proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitirían una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado. Normalmente,... tal posición suele asociarse con la posibilidad de acceder a un trabajo remunerado relativamente regular al menos para un miembro de una unidad familiar estable. De hecho, la exclusión social es el proceso que descalifica a una persona como trabajador en el contexto del capitalismo (Castells, 2001, pág. 98).

Dicho concepto planteado por Castells, habla sobre la exclusión social como un problema que se da en el sistema capitalista en donde los individuos no pueden acceder a un trabajo que les permita obtener ingresos con el cual puedan subsistir y tener autonomía económica, lo que se traduce en exclusión social.

1.3.2 Factores determinantes de los procesos de Exclusión Social

Diversos factores están interrelacionados en el concepto de exclusión social, lo que vuelve el análisis más complejo. Aunque el desempleo sea el componente clave del porqué unos sectores de la sociedad estén excluidos, hay otros elementos importantes a tomar en cuenta, tal como lo estipula la Comisión de las Comunidades Europeas (ver Anexo 1 Los Factores de Exclusión Social y los Ámbitos en los que ocurren):

Va más allá de las cuestiones del desempleo y el acceso al mercado de trabajo. Se manifiesta a través de privaciones y obstáculos de diverso tipo que, solos o combinados, impiden una participación plena en ámbitos como la educación,

la salud, el medio ambiente, la vivienda, la cultura, el ejercicio de derechos o el acceso a las ayudas familiares, así como a la formación y a las oportunidades de empleo.

Estos factores demuestran que no solo lo económico incide en la exclusión social, sino que hay elementos de índole social, salud, vivienda, cultural, etc., que tienen incidencia en el proceso de la no integración social, ejemplo de ello, es la vinculación entre el ámbito formativo y laboral, al no contar con la adecuada formación educativa el individuo no podrá tener acceso a una posición laboral que le permita subsistir de forma integral, y si ha tenido una formación académica precaria dará como resultado trabajos con salarios precarios, por tanto, hay una correlación entre los factores mencionados anteriormente, ya que a través del trabajo las personas pueden adquirir todos aquellos bienes o servicios que necesitan para su subsistencia y el de sus familias.

1.3.3 Los enfoques de la Exclusión Social

Luego que el autor Renoir Lenoir usara el término de exclusión social para designar aquellos sectores de la sociedad que no gozan de derechos sociales o que están excluidos de la sociedad, han existido interpretaciones de dicha problemática con distintas visiones, pero se afirma que quien mejor sintetiza este concepto es la autora Silver con la publicación *“Exclusión social y solidaridad social: tres paradigmas”*. En dicho documento se establece que existen tres paradigmas sobre exclusión social los cuales son solidaridad, especialización y monopolio.

Dichos paradigmas se basan en teorías sociales, la solidaridad de corte Roussonianas con referencia a Locke de inspiración liberal y el paradigma de monopolio que toma como gran referente a Weber y su idea de clausura social (Salas, 2006).

Lo más esencial de los tres paradigmas es:

-Paradigma de solidaridad: en dicho planteamiento la exclusión se origina cuando las relaciones entre la sociedad y el individuo se quiebran, produciéndose así límites culturales entre los grupos que ordenan las relaciones entre ellos. (Salas, 2006).

-Paradigma de especialización: este paradigma tiene afinidad con el pensamiento liberal que establece la distinción entre los sujetos y la especialización de los grupos sociales, apareciendo la exclusión cuando, en la dinámica de los intercambios

sociales, se produce una excesiva separación entre las esferas sociales que dan lugar a la aparición de barreras sociales, morales, ideológicas, económicas, etc., que impiden el libre intercambio de las relaciones sociales (Salas, 2006).

-El paradigma del monopolio: de corte Weberiano, implica que el orden social es concebido como una realidad coercitiva que se impone mediante relaciones jerárquicas de poder, siendo la exclusión una consecuencia de la interacción entre las clases sociales, el estatus de los individuos y la actividad política que configuran monopolios por parte de los grupos que ostentan el poder. Lo que se persigue con este proceso de «cierre social» de las instituciones y de los distintos grupos, es la creación de límites que identifiquen las esferas sociales para mantener así a los excluidos fuera de las misma, perpetuando la desigualdad (Salas, 2006).

1.3.4 La Exclusión en salud: Elemento de la Exclusión social

Luego de haber definido de forma general el tema de exclusión social damos paso a una problemática que es parte de dicho fenómeno: la exclusión en salud. Dentro de la misma exclusión social, los individuos se encuentran excluidos del goce de ciertos derechos o servicios básicos de los cuales necesitan para el desarrollo de sus capacidades humanas siendo nuestro tema de investigación el área de salud, se define la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan (OMS, 2003).

La definición anterior plantea que hay ciertos sectores de la sociedad que no tienen acceso a la atención médica, ocasionado por distintas barreras económicas, geográficas, sociales, culturales, lo que conlleva a un detrimento en las condiciones de vida, imposibilitando un desarrollo pleno de la población.

Si se busca analizar dicha exclusión desde una perspectiva de derechos, se puede definir dicho fenómeno como:

La negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo (OMS, 2003).

Por lo tanto, la negación de un derecho fundamental como el acceso a la atención médica ya sea de forma completa, parcial, temporal o permanente, incide en acrecentar la problemática de exclusión social en el sector salud.

Existen diferentes grados de exclusión en salud, los cuales están en función del escenario en el que se encuentren los individuos de acuerdo a la OPS:

- a) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades más básicas de salud.
- b) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud en condiciones adecuadas de dignidad, oportunidad y calidad.
- c) No accede a mecanismos de protección financiera contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo.

En cada escenario nos plantea la característica en la cual se pueden encontrar los individuos al no percibir atención médica por parte del sistema de salud: en el primer escenario la persona no satisface sus necesidades médicas más elementales, en el segundo no se satisfacen la demanda de asistencia médica de las personas aunque estos se encuentren en un ambiente de dignidad, oportunidad y calidad, este segundo escenario nos indica que se pueden dar casos en donde las condiciones en las cuales las personas se encuentran sean las adecuadas para su desarrollo pero, existe la posibilidad que aún así, la asistencia médica que el individuo requiere no sea satisfecha por dicho sistema, y por último en los casos en donde las personas se enferman y no pueden laborar, en donde si existe un mecanismo de compensación económica que permita subsidiar a las personas en un periodo mientras se encuentran incapacitados de salud para laborar.

1.3.5 Causas de la exclusión en salud

Aunque partiendo de la premisa que la pobreza es solo un componente de la exclusión social, y que a su vez incide en la problemática de que los individuos no tengan acceso a una asistencia médica adecuada y de calidad, se debe tomar en cuenta además, que hay factores estructurales en el sistema de salud que no permiten que ciertos sectores de la sociedad cuenten con atención médica.

Algunas de las principales causas de la exclusión en salud son:

Cuadro I-1. Causas de la Exclusión en salud

Causa	Ámbito	Categoría
Déficit de infraestructura adecuada	a) Provisión de bienes/servicios de salud	a) Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud
	b) Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	b) Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud	a) Provisión de bienes/servicios de salud	a) Insuficiencia o inexistencia de personal, medicamentos, insumos o equipamiento médico
	b) Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	b) Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud	a) Geográficas	a) Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles
	b) Económicas	b) Incapacidad de financiar las atenciones de salud
	c) Culturales/étnicas (auto exclusión)	c) La atención de salud se entrega en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario/usuario, o que está en conflicto con su sistema de creencias
	d) Determinadas por la condición desempleo	d) Subempleo, empleo informal, desempleo
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, así como la variable étnica, resultar en auto exclusión)	a. Problemas asociados a la calidad técnica de la atención	a. Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados
	b. Problemas relacionados con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención de salud	b. Mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones físicas

Fuente: Tomado del Documento “Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe”, OPS, 2003

Dentro del tema de exclusión en salud hay un indicador empleado por la OPS que mide la carencia en acceso a salud. Para el caso de el Salvador esta herramienta refleja en qué nivel de exclusión se encuentra cada departamento, como muestra el cuadro I-2, a continuación.

Cuadro I- 2. Índice de Exclusión Social para El Salvador

Departamentos	Índice de Exclusión (FGT)	Nivel de Exclusión
San Salvador	0.230	● Moderada
San Miguel	0.258	● Alta
Santa Ana	0.261	● Alta
Sonsonate	0.274	● Alta
Chalatenango	0.275	● Alta
San Vicente	0.276	● Alta
La Paz	0.278	● Alta
Usulután	0.285	● Alta
La Libertad	0.301	● Alta
Cuscatlán	0.314	● Alta
Ahuachapán	0.328	● Alta
La Unión	0.355	● Alta
Morazán	0.360	● Alta
Cabañas	0.380	● Alta

Fuente: Tomado del Documento El Salvador. Estudio de caracterización y análisis de exclusión Social en salud. 2002-2010/ Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Ministerio de Salud (MINSAL).

Este indicador refleja si el nivel de la exclusión es leve ($0 < 0.15$), moderada ($0.15 < 0.25$), alta ($0.25 < 0.50$) y severa ($0.50-1$). (Salud O. P., 2011), donde el departamento que presenta el menor índice de exclusión en salud para 2010 fue San Salvador con exclusión moderada con un valor de 0.23 y luego continúan de forma ascendente el orden en que se ubican el resto de los departamentos, en donde Cabañas tiene un valor de 0.38 con un nivel de exclusión alta.

A manera de conclusión, la exclusión en salud se encuentra condicionada por los determinantes sociales en salud, es decir, las condiciones en que se desarrolla una persona desde el momento de su nacimiento. Así, los departamentos en cuestión, presentan deficiencias en otros aspectos diferentes a salud pero que se relacionan con

ello. A continuación, se amplía el concepto de determinantes sociales en salud, para facilitar la comprensión y establecer la relación entre estos y la exclusión social en salud.

1.4. Modelo de los Determinantes Sociales de Salud

El tema de los determinantes sociales en salud (DSS) ha tomado una importante relevancia, puesto que actualmente se refleja el agotamiento del modelo neoliberal sobretodo en América Latina, donde se ha agudizado aún más el tema de inequidad, haciendo necesario retomar el tema de la justicia social. Las injusticias sociales, las desigualdades económicas, la exclusión en salud y la inequidad en los determinantes sociales han sido durante mucho tiempo una característica distintiva de la región, es por eso que en muchos países se viene desarrollando un debate hacia una agenda común en el tema de los DSS, que permita el desarrollo de un modelo más participativo e intersectorial, cuya meta sea la cobertura universal de los servicios de salud.

A partir de la década de 1990, muchos países de América Latina introdujeron políticas redistributivas y reformas sociales para hacer frente a las amplias desigualdades y el bajo rendimiento en materia de desarrollo humano, pero que empeoraron sustancialmente en la década de los 80's con la implementación del modelo neoliberal, que trajo consigo ajustes estructurales como: la liberalización de la economía, el libre comercio en general, una drástica reducción del gasto público y una disminución de la intervención del Estado en la economía en favor del sector privado, el cual pasaría a desempeñar las competencias tradicionalmente asumidas por el Estado con la privatizaciones de las empresas estatales.

Con la llegada de muchos Gobiernos de izquierda, se implementaron un serie de políticas sociales que comenzaron a ejercer un efecto positivo en el tratamiento de las desigualdades, por ejemplo: aumentar el salario mínimo, ampliar el empleo formal, aumentar las oportunidades para la educación básica, aumentar la cobertura en salud, subsidios, etc., todo esto con el objetivo que en cierta medida los ingresos de las familias pobres se vieran beneficiados, reduciendo un poco las desigualdades.

En la segunda mitad del siglo pasado la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 (OMS, 1978) consideró como uno de los pilares básicos de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud a los DSS declarando:

La atención primaria de salud es una atención esencial de la salud sustentada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente válidos y socialmente aceptables que se ponen universalmente a disposición de las personas y de las familias en la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener en todas las etapas de su desarrollo en un espíritu de autoalimento y libre determinación.

Asimismo, plantean la necesidad de una estrategia integral de salud que no solo preste servicios de salud sino que, también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de acceso a la salud.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por las inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), con el fin de brindar asesoramiento sobre como mitigar los determinantes en salud.

El reporte de la CDSS tiene en primer plano un componente ético: su objetivo explícito e inicial es reducir la brecha de inequidades en salud en el curso de una generación.

En resumen, la CDSS parte del concepto de que una parte importante de las desigualdades epidemiológicas tienen un origen social, estas desigualdades cuyo origen está en los diferentes lugares que ocupan las personas en el orden social son sistemáticas y evitables, se les designa bajo el concepto de inequidades en salud y en la medida en que atentan contra el derecho humano a la salud, la CDSS establece que las inequidades en salud son injustas (Guzmán, 2009).

De esta forma, la CDSS plantea que para lograr la equidad en salud se necesitan políticas sociales que empoderen a la población, comunidades y países, además de una redistribución de la riqueza social, a fin de promover una vida saludable y próspera.

1.4.1 Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS).

La CDSS indica que los DSS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. El estrecho vínculo que existe entre los determinantes de la salud, incluida la exclusión social, lleva a considerar la necesidad de

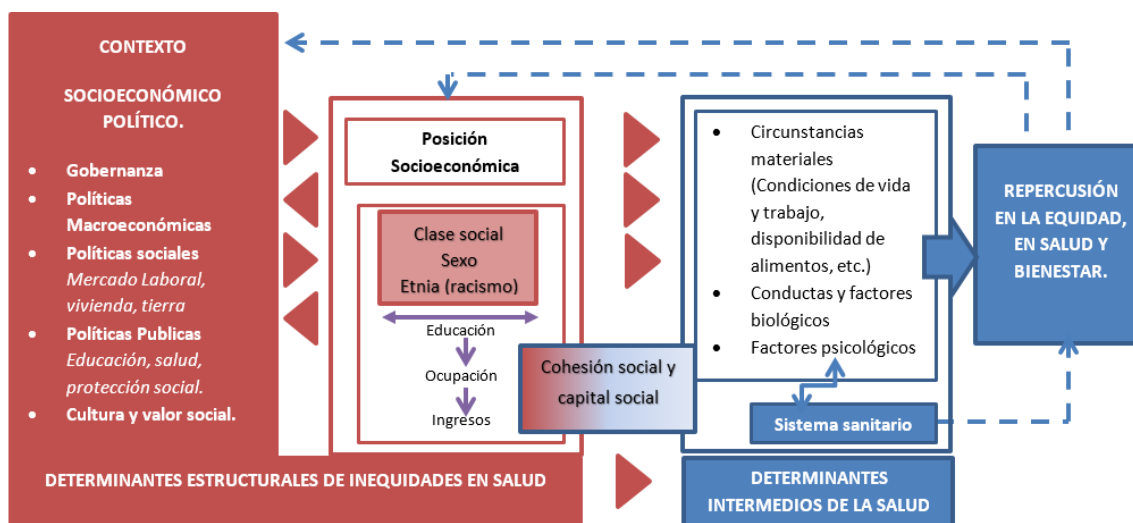
analizar dichas circunstancias, particularmente aquellos elementos estructurales¹. (OMS, Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud, 2011)

La Comisión señaló la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales de la salud con la finalidad de mejorar la situación global y combatir la inequidad, dicha actuación parte del enfoque de la epidemiología social europea, en el cual hay dos tipos de determinantes sociales que actúan sobre la salud: los *determinantes estructurales*, que incluyen: el contexto socioeconómico y político (conformado por la gobernanza, las políticas macroeconómicas, la posición social, las políticas públicas y la cultura y valores sociales) y la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, mismas que definen la situación de educación, ocupación e ingreso, en medio de determinaciones de género y étnicas, el segundo tipo de determinantes, llamados *intermediarios*, vincula a los anteriores (los estructurales) con los resultados en salud, este segundo tipo de determinantes están constituidos por circunstancias materiales (como condiciones de vida y trabajo), elementos conductuales y biológicos, factores psicosociales y el sistema de salud, este tipo de determinantes actuará sobre la equidad en la salud y sobre el bienestar. (Guzmán, 2009).

El enfoque basado en los determinantes sociales exige actuar de manera coordinada y coherente en los sectores de la sociedad en donde intervienen los determinantes estructurales, y a la vez, actuar sobre los distintos contextos que conforman a los determinantes estructurales, como muestra la Figura I-2, a fin de mejorar la salud y reducir las inequidades. A su vez, hoy en día es conocido que una mejor salud contribuye en otras variables sociales importantes, como mayor bienestar, educación, cohesión social, protección medioambiental, mayor productividad y desarrollo económico.

¹ El paradigma de la llamada epidemiología social propugnado por la Comisión Mundial de la OMS sobre “determinantes sociales de la salud” cuenta con muchas críticas al considerar que no representa un cambio de paradigma y no es posible ofrecer una crítica directa de la organización social de la sociedad de mercado y de sus rotundas consecuencias en la salud; ni analizar el proceso radical de acumulación económica/exclusión social, como eje de una reproducción ampliada de la inequidad social y no se logra un modelo teórico categorial capaz de interpretar el sistema social de mercado. Limita el problema de las desigualdades a un carácter distributivo, de forma que su crítica al orden social se reduce a que tolera la mala distribución; no ahonda en el tipo de modelo de producción y reproducción social que sería la base de esta determinación y, por lo tanto, a la hora de plantear alternativas, no toca la naturaleza de fondo de la sociedad capitalista. Ante estas limitaciones, el movimiento de medicina social latinoamericana y salud colectiva han realizado diversos aportes desde la década de los sesenta, planteando su propia construcción y perspectiva de la “determinación social de la salud”, se asume como meta fundamental e irrenunciable de la lucha sanitaria la denuncia y proposición de alternativas frente a la acumulación de capital como principio rector. No se trata de centrarse o limitarse a las desigualdades sociales en salud, sino que examina la inequidad que les da origen, misma que deberá de ser juzgada a partir de la apropiación de poder y de la riqueza que la genera y las formas en las que se manifiesta.

Figura I-2. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Fuente: Elaboración propia en base al Informe de la Conferencia Mundial sobre los DSS, Rio de Janeiro 2011.

El éxito de una sociedad no se debe únicamente con lograr elevadas tasas de crecimiento económico, sino que también, se debe buscar aumentar el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos, propiciando a su vez una redistribución de los recursos disponibles para alcanzar una equidad e igualdad para toda la población, ya que, de esa manera se logrará construir un bien común, además que, la salud representa un elemento importante y clave para el cumplimiento de los ODM, los que no se podrán cumplir si no se toman acciones en torno a los determinantes sociales.

Es por tal razón, que los fundamentos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud se basan en tres temas amplios (OMS, Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud, 2011):

- En primer lugar, es un imperativo moral reducir las inequidades en salud.
- En segundo lugar, es fundamental mejorar la salud y el bienestar, promover el desarrollo y alcanzar las metas de salud en general.
- En tercer lugar, es necesario actuar sobre una serie de prioridades sociales — además de la misma salud— que depende de una mayor equidad en salud.

Existen muchos desafíos políticos para abordar los determinantes sociales, desafíos que impiden avanzar en la ejecución de un enfoque preciso y que exigen abrir un espacio de debate con sectores influyentes cuyos intereses no siempre coinciden con la

mejora de la equidad en salud, como por ejemplo el sector privado con actividades perjudiciales para la salud y el medio ambiente, ante esto, los gobiernos desempeñan la importante función de establecer un marco normativo para regular las actividades del sector privado, y que estas se alineen con la salud y el desarrollo humano.

En la actualidad algunos países están tomando acciones importantes hacia una cobertura universal en la atención de salud sobretodo como respuesta a las crisis que se ha experimentado en los últimos años en áreas tales como las finanzas, la alimentación, medioambiente, cambio climático, la salud pública, etc., que ponen de manifiesto la necesidad de implementar un enfoque de determinantes sociales consolidando acuerdos entre todos los sectores e inclusive entre países.

En el Informe Final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas.

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.

Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva.

3. Medición y análisis del problema.

Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las

desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. (OMS, 2008).

1.4.2 Las estrategias prioritarias para la ejecución de medidas sobre los Determinantes Sociales de la Salud.

Para abordar los progresos de los determinantes en salud y la reducción de las inequidades, la Conferencia Mundial de Determinantes de la Salud realizada en Rio de Janeiro en el año 2011 plantea que es preciso actuar en cinco elementos fundamentales: (OMS, 2011):

1. La Gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en salud: ejecución de medidas sobre los determinantes sociales de la salud.

-Fortalecer la buena gobernanza de la acción sobre los determinantes sociales: La gobernanza representa un proceso mediante el cual las sociedades o las organizaciones toman decisiones, establecen quiénes deben intervenir en estas decisiones y determinan cómo garantizar la responsabilidad de las acciones.

-Poner en marcha la acción colaborativa entre sectores (“acción intersectorial”): es un proceso político, administrativo y técnico que involucra negociación y distribución del poder, recursos, y capacidades (a nivel técnico e institucional) entre diferentes sectores que demanda una capacidad de gestión, una nueva organización institucional y formación de directores en el área de la salud y otros sectores, para desarrollar la capacidad técnica apropiada.

2. La promoción de la participación: el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes sociales.

-Crear las condiciones que favorezcan la participación: La gobernanza requerida para actuar sobre los determinantes sociales no es posible sin una nueva cultura de la participación. Los gobiernos cumplen una función en la mediación de la participación con el objetivo de facilitar la habilitación, en el trabajo hacia una representación pública equitativa.

-Facilitar la participación de la sociedad civil: Los gobiernos pueden facilitar el papel de la sociedad civil mediante la formalización de la participación de las organizaciones de la sociedad civil en la formulación de políticas y el reconocimiento del

potencial de las organizaciones de la sociedad civil de aportar datos que fundamenten la formulación de políticas.

3. La función del sector salud, incluidos los programas de salud pública, en la reducción de las inequidades en salud.

-Ejecutar la función del sector salud en la gobernanza de la acción sobre los determinantes sociales: Abogar por un enfoque basado en los determinantes sociales; vigilar las inequidades en salud y los efectos de las políticas sobre los determinantes sociales; reunir a diversos sectores para planificar y ejecutar el trabajo sobre los determinantes sociales y desarrollar las capacidades para trabajar sobre los determinantes sociales.

-Reorientar los servicios de salud y los programas de salud pública para reducir las inequidades: Los prestadores de servicios de salud en todos los sectores deben contribuir a reducir las inequidades en salud midiendo cómo los servicios existentes se desempeñan en el proceso continuo de atención para los diferentes grupos de población y abordar los factores que generan diferencias en el desempeño.

-Institucionalizar la equidad en la gobernanza de los sistemas de salud: Los gobiernos pueden reformar la gobernanza de los sistemas de salud a través de un enfoque de atención de salud orientado a un sistema dirigido por el sector público, en el que la equidad sea una prioridad institucionalizada. La finalidad debe ser avanzar hacia una cobertura de salud universal que sea accesible, asequible, disponible, equitativa y de calidad para todos.

4. La acción mundial sobre los determinantes sociales: el alineamiento de las prioridades y de los actores.

-Alinear las prioridades y los actores mundiales: Las organizaciones internacionales, los organismos no gubernamentales y los socios de cooperación bilateral deben alinear ampliamente sus esfuerzos en los determinantes sociales con aquellos de los gobiernos nacionales. Este esfuerzo debe estar sustentado por un interés constante en la equidad, en el que se posicione a la equidad en salud como objetivo global de desarrollo para todos los sectores.

5. La vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales.

-Identificar fuentes, seleccionar indicadores, recopilar datos y definir metas:

La acción eficaz sobre los determinantes sociales hace necesarias la vigilancia y la medición a fin de fundamentar la formulación de políticas, evaluar la ejecución y desarrollar la responsabilidad. Es preciso vigilar las inequidades en los resultados de salud, los determinantes sociales y los efectos de las políticas.

-Avanzar pese a la falta de datos sistemáticos: Mediante el uso de encuestas y del aporte de las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil, y la priorización del fortalecimiento de los sistemas para captar los datos requeridos más cruciales, los gobiernos pueden elaborar políticas que reflejen las necesidades de la población y estén fundamentadas en la mejor información disponible.

-Difundir los datos sobre las inequidades en salud y los determinantes sociales, e integrar estos datos en los procesos normativos: la existencia de datos por sí sola no se traduce automáticamente en acción. Más bien, los datos deben estar redactados de manera tal que los puedan usar diferentes públicos y deben vincularse al proceso de formulación de políticas.

Con todo esto, se busca disminuir y erradicar las inequidades y actuar sobre los determinantes en salud, para lograr trazar el camino y los primeros avances hacia el logro de sistemas de salud pública incluyentes, que tengan como objetivo central el logro de la cobertura Universal en Salud, tema que se desarrolla en el apartado siguiente.

1.5 La Cobertura Universal en Salud

1.5.1 ¿Qué es la Cobertura Universal en Salud?

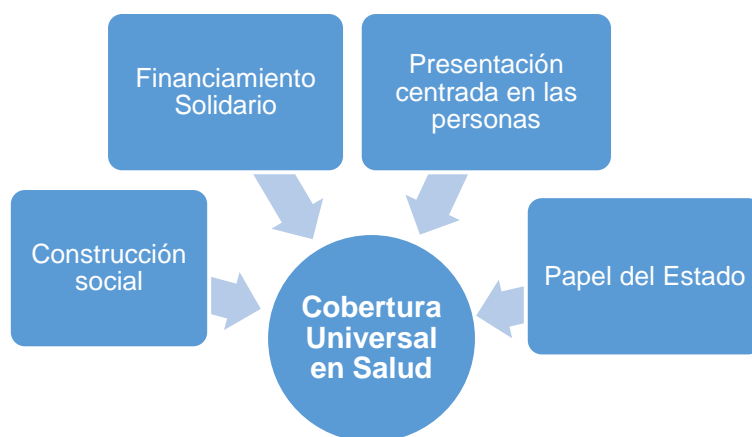
Se ha expuesto que el acceso a la salud es uno de los derechos humanos más básicos que toda persona no importando su condición socioeconómica, sexo, raza, u otra condición, debe de gozar para poder tener una vida digna, Fajardo (2015) plantea que las sociedades que son capaces de asegurar la salud de sus poblaciones tienen mejores niveles de desarrollo humano, tanto de forma individual como colectiva, en ese sentido, es imprescindible denotar un término que cobra especial relevancia en el análisis del desarrollo humano, de los Sistemas Nacionales de Salud y de los determinantes sociales en salud, el de cobertura universal en salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cobertura universal de salud (CUS) expresa que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados en salud a lo largo del curso de la vida, con calidad y sin dificultades financieras, no obstante, hay que hacer la connotación que los servicios integrales se refieren al conjunto de acciones o intervenciones poblacionales y/o individuales para promover la salud, prevenir las enfermedades, prestar atención a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) y prestar los cuidados de corto, mediano y largo plazo necesarios.

Fajardo (2015) indica que el acceso a los servicios de salud es un concepto complejo, y considera que debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones: disponibilidad de los servicios, capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa, la existencia de barreras (personales, económicas, organizacionales, sociales y culturales para la utilización de los servicios y resultados en materia de salud: promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios de salud.

Es de enfatizar que para la construcción progresiva de una cobertura universal en salud, es preciso también tomar en cuenta sus elementos esenciales (Esquema I-1), para preservar de manera completa a la población del riesgo de muerte prematura o discapacidad evitable por falta de acceso a una asistencia resolutive y contra el riesgo de afrontar costos médicos que les empobrezcan (Lee, González, Artaza, Anaya y Sagastu, 2013).

Esquema I-1. Elementos hacia la cobertura y el acceso universal efectivo



Fuente: Elaboración propia en base a (Lee, *et al.*, 2013).

Lo más importante de cada elemento es:

- **Papel del Estado**

El papel que debe desempeñar el Estado es la implementación de decisiones y acciones públicas para garantizar en el marco del modelo de desarrollo nacional adoptado, las necesidades y legítimas aspiraciones en salud de los conjuntos de los actores sociales. (Lee, *et al.*, 2013).

- **Construcción social**

La construcción y participación social en salud es necesaria para la elaboración de programas sanitarios y estrategias de consolidación del acceso a la salud, ya que de esa manera se fortalecen las acciones intersectoriales de manera integral para abordar los determinantes sociales en salud.

- **Presentación centrada en las personas**

La OPS plantea como propuesta para enfrentar los problemas de salud las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con base en la Atención Primaria en Salud (APS), para que el usuario y usuaria de los servicios perciba que sus cuidados son coherentes con sus necesidades y continuos en el tiempo. Es conveniente mencionar que la APS es uno de los principales instrumentos para afrontar los desafíos de fortalecimiento de las capacidades de la sociedad y reducir las inequidades en salud, aparte que son una condición esencial para cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ya que promueve el abordaje de los determinantes sociales de la salud para así alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos. (Lee, *et al.*, 2013).

- **Financiamiento solidario**

El financiamiento solidario está relacionado con una mancomunidad de fondos, que significa la unificación en un solo fondo todos los estamentos del financiamiento (seguridad social, presupuesto estatal, contribuciones individuales y otros fondos), con carácter solidario, cada quien aporta según su capacidad y recibe servicios según su necesidad, de esa manera se respalda la protección a los se encuentran en una situación menos asequible para obtener una consulta médica, y se asegura el acceso a una atención en salud de manera integral y plena.

Mostrados los elementos sobre los cuales se fundamentan las acciones para alcanzar la cobertura universal, hay cuatro líneas estratégicas que la OPS ha determinado con el fin de fortalecer las labores de los países en la salud pública.

Según muestra el Cuadro I-3 estas cuatro líneas estratégicas son las más promovidas por las entidades mundiales sanitarias, conjuntamente con la atención primaria en salud la cual es parte importante de los determinantes sociales de salud, dicha atención primaria se conforma por un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven además la equidad (OPS, 2015).

Cuadro I- 3. Líneas Estratégicas para la construcción de la Cobertura universal en Salud.

Líneas Estratégicas			
Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.	Fortalecer la Rectoría y la gobernanza	Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación del servicio.	Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garantizan la sostenibilidad de la cobertura universal.

Fuente: Elaboración propia en base a OMS (2008).

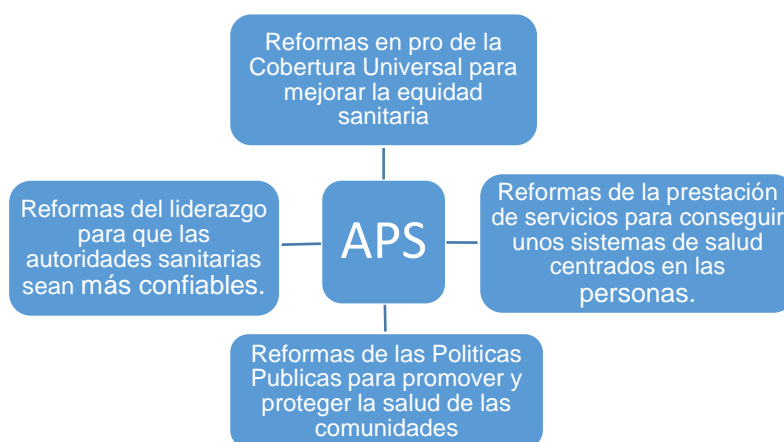
1.5.2 Importancia de la Atención Primaria en Salud (APS) para alcanzar una Cobertura universal en salud (CUS).

Macinko (2007) plantea que las APS “es un sistema de salud el cual tiene una estrategia de organización integral, cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad”, es significativo tener en cuenta el papel que juega la atención primaria en salud para hacer una efectiva cobertura universal en salud, y es que la base sobre la cual está apoyada la CUS es en los valores de la APS, los cuales son: el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad.

Cuando se habla de equidad en salud, no es solamente que hombres, mujeres, niños, niñas, ancianos y ancianas, y toda la población, se les brinde atenciones médicas por igual, sino que, se refiere también a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud (determinantes estructurales de salud), tanto sociales como de carácter económico, cultural y geográficas, además, que no existan desigualdades en el acceso a entornos saludables y en el buen trato de los trabajadores de la salud.

En el Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 de la OPS, plantea cuatro conjuntos de Reformas de las APS (Esquema I-2), para mostrar las áreas que se deben trabajar con el fin de afrontar las insuficiencias en términos sanitarios, equidad, solidaridad y justicia social, ya que dichas áreas constituyen la base sobre la cual se desarrollan las APS.

Esquema I- 2. Reformas de la APS necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos.



Fuente: Elaboración propia en base a OMS (2008).

Las Reformas de las APS están trazadas en distintos ejes esenciales para lograr resultados eficaces en el acceso a la salud y valores sociales:

1. Reformas en pro de la Cobertura Universal para mejorar la equidad sanitaria: que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad sobre todo al acceso universal y la protección social en salud (OMS,2008).
2. Reformas de la prestación de servicios para conseguir unos sistemas de salud centrados en las personas: que se reorganicen los servicios de salud en forma de

atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas, con el fin que sean más pertinentes socialmente y se ajusten mejor a un mundo en evolución (OMS, 2008).

3. Reformas de las Políticas Públicas para promover y proteger la salud de las comunidades: reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas saludables en todos los sectores (OMS, 2008).
4. Reformas del liderazgo para que las autoridades sanitarias sean más confiables: esta Reforma está enfocada por trabajar en un liderazgo integrador, participativo y dialogante por parte del Estado, capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud (OMS, 2008).

La primera Reforma plantea la reducción de las desigualdades y exclusión social en salud, en ese sentido, Breilh (2003) afirma que la inequidad es característica inherente a una sociedad que impide el bien común, muchos de los problemas en materia de salud están íntimamente relacionados con el carácter inequitativo de las sociedades, dado el proceso de “distribución desigual del poder”, ante esto es ineludible que el Estado implemente políticas públicas en coherencia con la progresiva supresión de los determinantes que causan desigualdad y exclusión, al mismo tiempo, la sociedad no debe tener un papel pasivo ante dicha desigualdad y exclusión, sino más bien, debe idear respuestas a favor de los sectores que más padecen estas problemas sociales.

La segunda Reforma de la prestación de servicios se enfoca en que la persona debe ser la prioridad sobre la cual giren la prestación de los servicios de salud, identificando sus necesidades para mejorar su calidad de vida de manera integral.

La tercera Reforma plantea que las políticas públicas deben encaminar las intervenciones de salud pública y la atención primaria al mejoramiento de la salud de las comunidades, y la cuarta Reforma indica que la realización de los objetivos trazados para la superación de los obstáculos en los sistemas de salud deben estar enmarcados en un liderazgo efectivo y eficaz, con el fin de alcanzar resultados a favor de los que más lo necesitan.

La APS pues, no solo es el robustecimiento de redes de salud integradas, sino que es afrontar de manera contundente los desafíos sanitarios, el acceso a la salud, el cambio climático, la discriminación por motivos de género o la estratificación social por medio de políticas y los programas técnicos (OMS, 2008).

1.5.3 Los problemas fundamentales de la Cobertura Universal en Salud

Alcanzar la cobertura universal en salud representa una dificultad considerable, no solo por el hecho que involucra el bienestar del ser humano, sino que además, es necesario afrontar desafíos que en ciertos casos son comunes en muchos países, como (OPS, 2015):

1. Inequidad, barreras de acceso (geográfico, financiero, culturales, organizacionales) y grupos excluidos y/o vulnerables.
2. Cambios en las necesidades de salud y los perfiles epidemiológicos (cambios demográficos, enfermedades crónicas no transmisibles, violencia).
3. Modelos de atención y redes de servicios ineficientes, que no logran responder adecuadamente a las necesidades actuales, con un primer nivel de atención de escasa capacidad resolutive y modelos ineficientes de gestión.
4. Segmentación en los sistemas y fragmentación de los servicios de salud.
5. Déficit y/o ineficiencias del financiamiento en salud.
6. Debilidad de la rectoría de la Autoridad de Salud y la gobernanza, para hacer frente a los nuevos retos, incluyendo la participación social e intersectorial.

En el Informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se señala que un objetivo explícito en el acceso a la salud es el abordaje sistémico de los determinantes en salud en el curso de una generación, además, se establece que una parte importante de las desigualdades epidemiológicas tienen un origen social (González, 2009).

Hay una cuestión trascendente que surge ante estos problemas señalados, y es cómo financiar la cobertura universal con el enorme problema que representa los recursos limitados en muchos países de América Latina, que históricamente ha sido una de las zonas con mayores dificultades de acceso a la salud, por la escasez de recursos financieros y por problemas como la inequidad y desigualdad social.

La capacidad financiera para avanzar hacia la cobertura universal de salud se apoya en dos puntos (Titelman, 2014): el aumentar los recursos para lograr los objetivos planteados de cobertura y acceso a la salud, y por otra parte, el desafío de mejorar los esquemas de financiamiento solidario.

Dupuy (2011), indica que la función de financiamiento es central en los sistemas de salud (elemento indispensable para la CUS), ya que la provisión de servicios, la generación de recursos materiales, humanos y la administración/supervisión no se desenvolverán adecuadamente sin un financiamiento adecuado, ante ello recalca que para lograr la cobertura universal, las políticas que se desarrollen deben ser eficaces y relacionadas sobre las tres funciones de financiamiento: Recaudación de fondos, compra de servicios y puesta en común.

Esquema I-3. Problemas asociados a las funciones del financiamiento de la salud.



Fuente: Elaboración propia en base a Molina (2000) y FMI (2006).

Es de señalar las dificultades que actualmente conllevan estas tres funciones, como lo muestra el Esquema I-3, el inconveniente no solo es de donde se adquirirán los recursos, sino, como se ejecutaran de la manera más eficiente y así alcanzar resultados continuos y progresivos para los estratos sociales más bajos, y de esa manera generalizar una equidad en la cobertura en salud.

Después de haber expuesto de manera general los planteamientos teóricos y conceptuales de las variables de estudio, el capítulo siguiente se enfoca en mostrar el comportamiento de dichas variables en la realidad salvadoreña, y como responde el Estado para contrarrestarlas por medio de la política pública, que para la actual investigación es la Reforma de Salud.

CAPITULO II

LA REFORMA DE SALUD EN EL SALVADOR COMO RESPUESTA A LA EXCLUSION EN SALUD

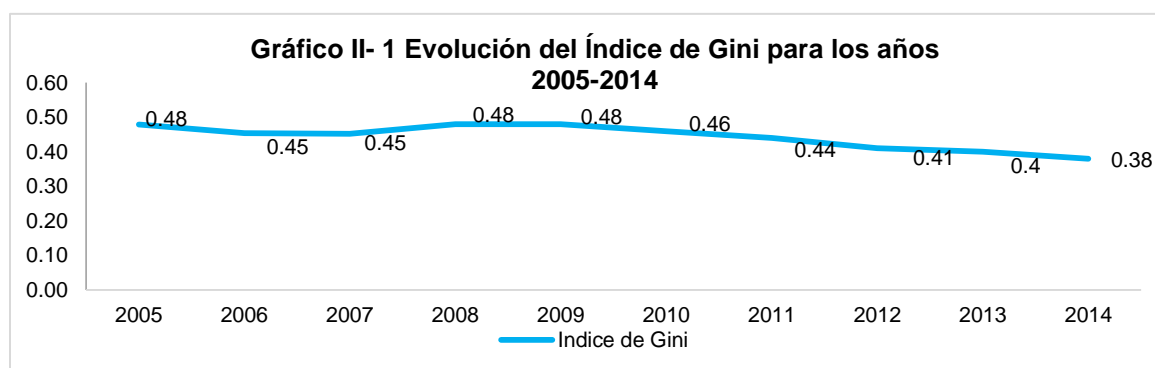
En el presente capítulo, se ha analizado antecedentes a la reforma de salud y lineamientos generales a partir del funcionamiento del sistema de salud en El Salvador y las cuentas en salud para el periodo previo a 2009.

El capítulo se divide en dos apartados: El apartado 2.1, describe la situación de exclusión en salud en El Salvador previo a la reforma de salud. El apartado 2.2, describe la estructura y objetivos de la reforma de salud en El salvador.

2.1 Situación de la salud en El Salvador

2.1.1 Exclusión en salud en El Salvador

El índice de Gini es comúnmente utilizado para observar el comportamiento de la desigualdad, en el gráfico II-1 se muestra para El Salvador en el periodo 2009-2014 una tendencia a la baja muy considerable, es decir, una reducción de la desigualdad. Como se observa en dicha gráfica, en el año 2008 era de 0.48, mientras que para 2014 fue de 0.38 lo que indica una disminución del 0.10.



Fuente: Elaboración propia en base a Datos del Banco Mundial.

Según el Informe sobre Desarrollo Humano de El Salvador 2006-2007 elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), El Salvador es el segundo país con mayor grado de inequidad después de Brasil en el continente latinoamericano (PNUD, 2007).

El ex coordinador adjunto del Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD, Carlos Acevedo señaló que (PNUD, 2007):

A nivel mundial, Europa es el continente que tiene el menor grado de inequidad, debido a que sus sociedades siempre velan para que toda la población tenga un buen bienestar social, mientras que, América Latina tiene el Gini más alto de desigualdad de la distribución de los bienes, porque sus políticas son inestables y donde las élites desean mantener su poder. La inequidad detiene el desarrollo local cuando se establece una orden de casta, es decir, cuando un grupo de elegidos son los únicos que pueden estar en los espacios de toma de decisiones y se les niega la oportunidad a los demás.

La pobreza y la desigualdad en El Salvador requieren de una evaluación más allá del ingreso, pero sin dejarlo de lado, pues debe reconocerse que es un elemento para el fomento de las capacidades de los individuos.

Un enfoque conveniente para definir y medir la pobreza es el presentado por el PNUD, en su estudio de “La pobreza en El Salvador, desde la mirada de sus protagonistas”, donde las personas que participan de su consulta, describen la pobreza en términos de carencias, destacándose como las manifestaciones más sentidas de la pobreza: ingreso, vivienda, alimentación, diversión o esparcimiento, trabajo, salud, seguridad y educación (PNUD, 2014).

La salud, es considerada una de las áreas que manifiestan o reflejan la pobreza en la que viven muchas familias. La principal privación identificada en salud es la falta de acceso a servicios, debido a las siguientes razones: escasos o carencia de medicamentos, alto costo, distancia excesiva, mala calidad de la atención, dificultad para obtener permiso en el trabajo o necesidad de trabajar (PNUD, 2014).

En contraste con lo anterior, un análisis de exclusión social en salud comparativo de 2002-2010 realizado por la Organización Panamericana de la Salud para El Salvador, reveló que entre las principales causas que se evidenciaron en exclusión en salud se encuentran: el déficit en el número y distribución inequitativa de los recursos médicos y enfermeras por cada 1,000 habitantes, la disponibilidad de camas hospitalarias y las barreras geográficas de acceso a los servicios de salud (OPS, 2013).

En el análisis anteriormente mencionado, se utilizó el Índice compuesto de exclusión social en salud: FGT (Foster, Greer y Thorbecke, 1984), que para El Salvador, en el periodo previo al 2011, se ubicó alrededor de 0.28, lo que revela una exclusión alta, ubicándose en un intervalo entre 0.273-0.282 con un 95% de confianza.

Dentro de los factores por componente que más peso presentaron en el FGT, están: en el componente económico (pobreza, ingreso, desempleo), componente social y espacial (tiempo de traslado, saber leer, acceso a agua potable y alcantarillado) y en el componente del sistema de salud (número de médicos y enfermeras por cada mil habitantes, partos institucionales) (OPS, 2013).

A continuación, se presentan datos y principales indicadores en el proceso de comprensión de la situación de pobreza, desigualdad y exclusión en salud, en años anteriores a 2009, para construir un panorama de la situación y sentar las bases para su futura evaluación.

La tabla II-1 muestra algunos determinantes en salud para el año 2007, donde se reflejan los departamentos que presentan un mayor grado de exclusión, los más bajos Índices de Desarrollo Humano y pobreza en Cabañas, La Unión y Morazán.

Esta situación de privaciones en distintas áreas y un nivel de desarrollo humano bajo y acceso deficitario a los servicios básicos, tienen consecuencias en diversos aspectos de la vida de las personas, y condicionan su desarrollo individual, físico y social, siendo necesaria una respuesta acertada por parte del sistema nacional de salud.

Tabla II- 1. Determinantes de la salud por departamentos, El Salvador, año 2007.

Clasificación según el IDH	IDH	Esperanza de vida al nacer	Tasa de Analfabetismo	Tasa de desempleo	Escolaridad promedio	Población que no utiliza una fuente de agua mejorada	Porcentaje de personas en pobreza total de acuerdo a sus ingresos.
San Salvador	0,793	72,8%	6,8%	5,3%	7,4%	2,5%	25,1%
La Libertad	0,748	71,7%	11,8%	6,8%	6,3%	19,4%	31,1%
Santa Ana	0,724	72,3%	13,7%	7,7%	5,7%	21,1%	34,4%
Sonsonate	0,722	71,5%	14,6%	5,9%	5,6%	10,3%	35,2%
Cuscatlán	0,713	70,9%	12,0%	5,4%	5,3%	19,4%	37,9%
La Paz	0,710	69,6%	15,0%	6,3%	5,2%	11,8%	41,0%
San Miguel	0,709	71,5%	18,4%	5,7%	5,4%	11,2%	35,7%
San Vicente	0,699	68,4%	15,7%	7,7%	5,2%	12,6%	48,2%
Usulután	0,697	71,1%	21,2%	7,6%	5,0%	11,6%	43%
Chalatenango	0,694	67,8%	15,8%	5,9%	5,1%	10,2%	38%
Ahuachapán	0,693	69,8%	16,2%	7,7%	5,4%	18,4%	42%
Cabañas	0,669	67,0%	21,8%	7,4%	4,3%	29,3%	53%
La Unión	0,667	70,1%	25,3%	8,5%	4,1%	18,8%	41%
Morazán	0,624	67,7%	32,9%	6,3%	3,5%	41,1%	56%
El Salvador	0,739	71,3%	13,9%	6,3%	5,9%	12,4%	35%

Fuente: Elaboración propia en base a EHPM 2007 y el Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2013.

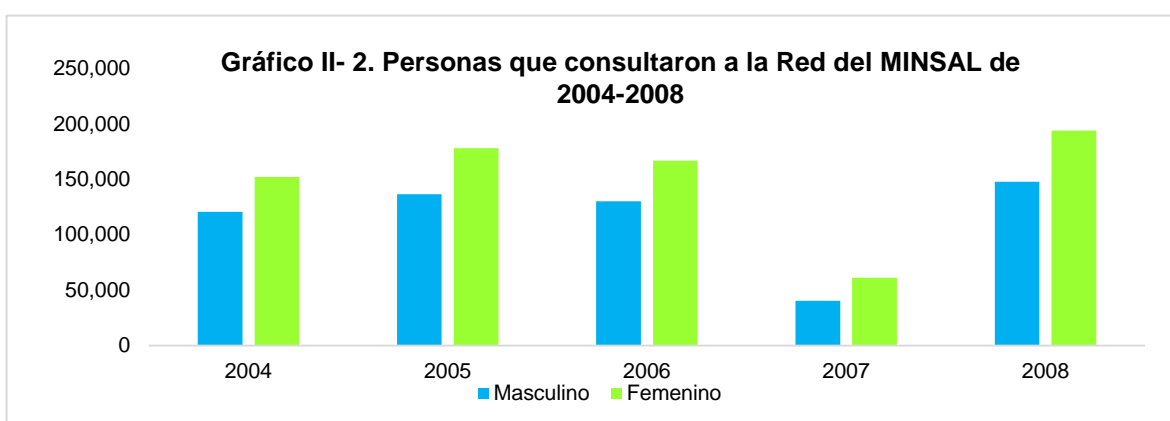
2.1.2. Estructura del Sistema de Salud en El Salvador

El Sistema de Salud en El Salvador está conformado por distintas entidades ubicadas en subsistemas de carácter público y privado. En el subsistema público se encuentran (OPS, 2011): el Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial, el Consejo Superior de Salud Pública, Comando de Sanidad militar y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos, Por su parte, el subsistema privado lo conforman entidades lucrativas y no lucrativas (hospitales, clínicas, ONG's). Igualmente se encuentra el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, una entidad autónoma de derecho público y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), financiado con recursos de impuestos a distintos bienes de consumo y otros artículos.

2.1.3. Demanda de los servicios de salud pública en El Salvador

La demanda de servicios de salud en un país con grandes privaciones y carencias diversas, donde la mayoría de población no cuenta con recursos necesarios para realizar un gasto relevante en salud, el sistema de salud pública tiene el compromiso de responder a la población buscando dar cobertura a sus necesidades.

Para lograr un acercamiento a la demanda de los servicios de salud pública de la población salvadoreña, se presenta a continuación la evolución de las consultas en el MINSAL, por personas que se enfermaron, durante el periodo 2004-2008.

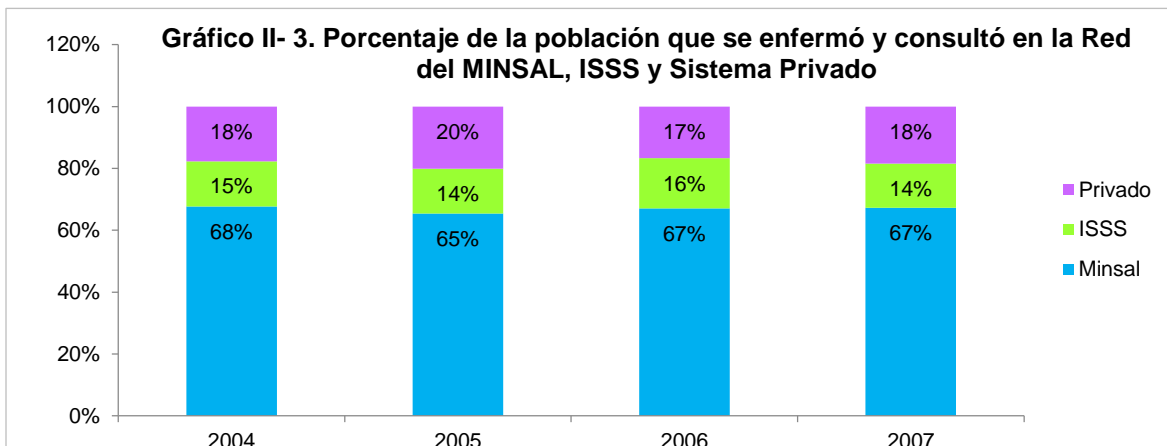


Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EHPM, varios años

En el gráfico anterior, se puede observar el incremento de consultas al año 2008, luego de la caída de alrededor del 50% para hombres y mujeres. Sin embargo, es necesario reconocer que pese a esta caída de consultas por enfermedad en el año 2007, en los tres años previos se mantiene una tendencia a permanecer en un mismo nivel, resaltando que existe un mayor número de consultas por parte de las mujeres.

En los años de estudio, se puede notar que el comportamiento atípico únicamente se da en el año 2007, con una abrumante disminución en las consultas.

En el gráfico II-3 se presenta la distribución de consultas en el periodo de 2004-2007, de acuerdo al establecimiento donde se consultó, en promedio el 67% de la población que consultó por enfermedad lo hizo en un establecimiento de la red MINSAL.



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EHPM, varios años.

El gráfico II-3, es un indicador directo de la demanda de los servicios de salud pública, lo que implica un compromiso para fortalecer y ampliar la cobertura de las atenciones sanitarias brindadas a la población. Además, es una manifestación de la necesidad de asistencia gratuita y baja capacidad de cubrir gastos médicos con ingresos propios, de manera indirecta, unido al hecho de que solo el 15% de la población restante, en promedio, cuenta con seguro social y únicamente el 18% de la población posee la capacidad de consultar en sistema privado.

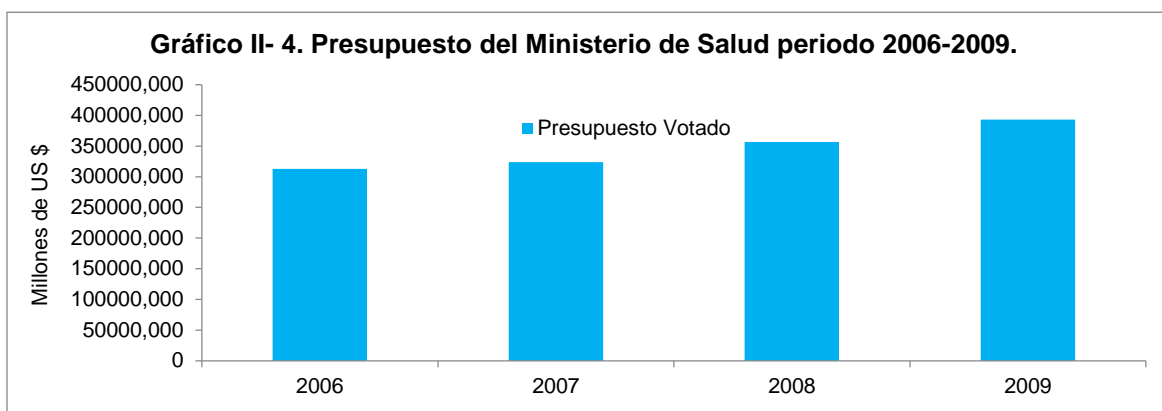
Por ello, surge la necesidad de evaluar las acciones que se realizan para dar respuesta a esta demanda de los servicios de salud pública, al observarse que la mayoría de las personas en el territorio nacional recurren a la asistencia pública.

2.1.4. Análisis de las principales Cuentas en Salud para El Salvador

El análisis de las cuentas en salud es de fundamental importancia para estudiar la exclusión social en salud, pues constituye un importante instrumento para incidir en el cambio de las condiciones para la prestación de los servicios de acuerdo a las necesidades, pues ¿De dónde se podrá abastecer los hospitales? ¿Cómo se mejorará el acceso a los servicios de salud de la población? ¿Qué beneficios existirán en el sistema de salud pública para los menos favorecidos? o ¿Cómo contribuir a mejorar la situación económica y potenciar las capacidades de las familias salvadoreñas? Son algunas de las

interrogantes a las que una correcta asignación de recursos puede contribuir a dar respuesta.

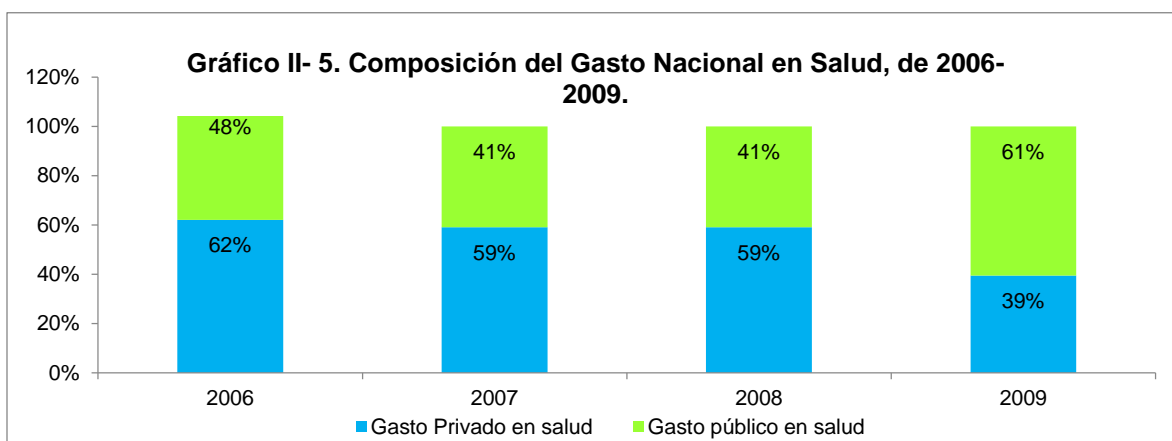
A continuación, se presenta la caracterización de las cuentas en salud en el periodo previo a 2009. Inicialmente, en el gráfico II-4 tenemos la evolución del presupuesto votado en salud, para el periodo 2006-2009, observándose una tendencia al alza, pero en leve proporción, reflejando la voluntad política por incidir en la Salud.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Hacienda.

A pesar de que la tendencia aumenta en el periodo de estudio, el presupuesto votado no responde precisamente al total de recursos económicos que se puedan disponer para ejecutar las actividades previstas; así como también el avance presentado no es proporcional con la demanda de los servicios de salud pública y su necesidad de abastecimiento.

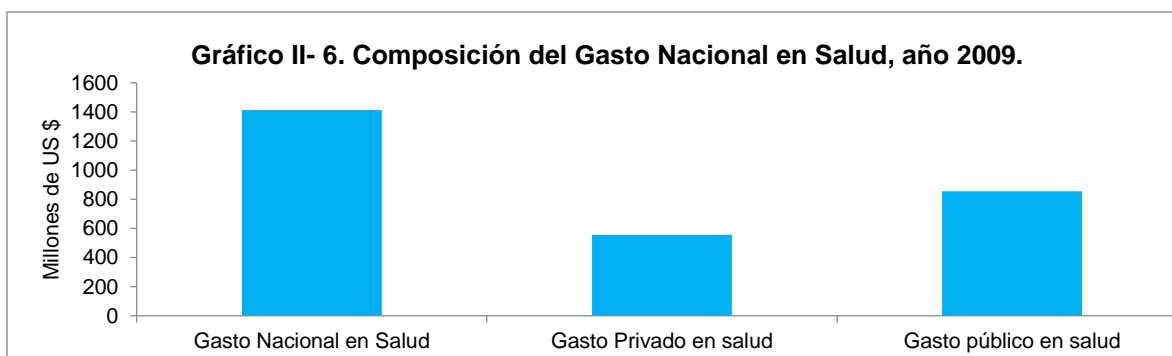
El gráfico II-5 muestra la composición del gasto nacional en salud para el periodo 2006-2009, en su totalidad no ha tenido significativas variaciones ya que presenta cambios en su composición para el año 2009. Sin embargo, en los tres años previos, se mantiene un mayor gasto privado en salud, frente al reducido gasto público, alrededor del 40%.



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de MINSAL

Además, este indicador refleja posibilidades de incrementar la exclusión en salud y la intensidad de la salud como manifestación de la pobreza, desde la perspectiva de las capacidades y carencias sí existe un gasto privado mayor al gasto público en salud, significa que el sistema público cuenta con una débil capacidad para cubrir las necesidades sanitarias de la población tal y como se observa para los años 2006-2008; mientras que para el año 2009, el gasto público en salud fue mayor en un 22% con respecto al gasto privado, es decir que el Estado generó un mayor desembolso en el área de salud.

En correspondencia con lo anterior, se presenta en el gráfico II-6 la composición del gasto nacional en salud en el año 2009, donde si bien es cierto existe disminución en el gasto privado, aún posee gran participación, y ello no precisamente refleja capacidad de pago de servicios privados, sino la dificultad existente en el sistema de salud para responder a las necesidades y la baja calidad de los servicios.



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Hacienda.

Ante estos indicadores, se hace evidente la necesidad de actuar a favor de disminuir la exclusión, identificar problemáticas dentro del sistema de salud pública, de manera que se responda eficazmente a la cobertura plena de uno de los derechos más fundamentales de los seres humanos y considerado como una de las principales privaciones en la actualidad: la salud de las personas.

Para ello, surge la iniciativa de crear una Reforma del Sistema Nacional de Salud, para fortalecer un sistema que sea capaz de reconocer las necesidades de la población y que pueda brindar servicios de calidad, para la construcción progresiva de la Cobertura Universal de Salud y la eliminación de la exclusión en salud.

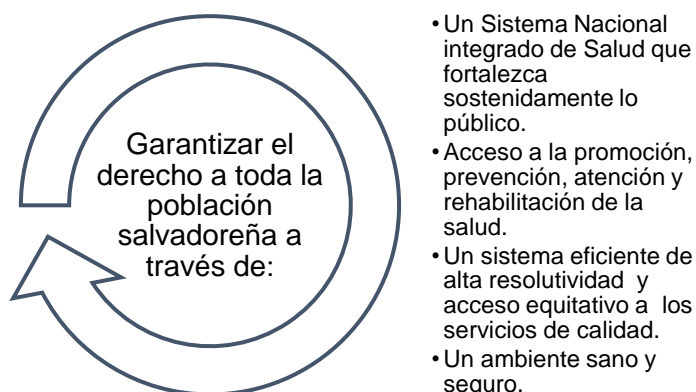
2.2. Caracterización de la Reforma de Salud en El Salvador

2.2.1 ¿Qué es la Reforma de Salud en El Salvador?

Se define la Reforma de Salud implementada en El Salvador como el proceso de construcción progresiva del sistema nacional de salud enfocado en la atención eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo para garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña (Rodríguez, 2010), dicho proceso va vinculado con los principios esenciales de la gestión del Gobierno ejecutor, los cuales son: Transparencia, Solidaridad, Compromiso, Universalidad, Equidad, Gratuidad, Intersectorialidad y Participación social.

Conjuntamente para llevar a cabo la Reforma, se creó la Política Nacional de Salud (PNS), como el instrumento que serviría de guía para conducir los cambios proyectados en el sector salud, en el esquema II-1 se muestran los objetivos trazados por ella, además la PNS expone 6 áreas donde se enfocan sus 25 estrategias y recomendaciones: 1) estructura, organización y funcionamiento, 2) atención a la salud y la enfermedad, 3) desarrollo de recursos humanos en el sistema nacional de salud, 4) política de medicamentos y vacunas 5) agua y saneamiento ambiental 6) administración y financiamiento.

Esquema II- 1. Objetivos de la Política Nacional de Salud



Fuente: Elaboración propia en base a Presentación: “Marco de la Política de Reforma de Salud en El Salvador”, Hacia la construcción de una Política Pública en Salud, María Isabel Rodríguez, 2012.

2.2.2 Estructura de la Reforma de Salud

Para la implementación de la Reforma, se esquematizaron las acciones de reorganización del sistema nacional de salud (unificadas en la PNS), en base a la estrategia de la Atención Primaria en Salud que propone la OPS, la cual como se planteó anteriormente, busca que la asistencia sanitaria esencial sea accesible para toda la población a través de medios aceptables para ellos y con costos accesibles para el país.

La distribución de las Reforma comprende los siguientes 8 ejes:

➤ **EJE 1. Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS):**

Según Rodríguez (2010), el sistema de salud en décadas pasadas estaba caracterizado por un esquema de ordenamiento piramidal, donde en el grado más alto se ubican los Hospitales Nacionales, dejando con un grado menor de importancia al primer nivel del atención, ante ello, con la construcción de la RISS se pretende lograr en los diferentes niveles de atención del MINSAL y otros servicios de salud, una continuidad en la atención de las personas a partir de su necesidades, con el enfoque en todo el ciclo de vida, en el contexto de su familia, comunidad y contribuir a la edificación de una articulación de todos los niveles del sistema, procurando la atención de manera continua desde la comunidad hasta el centro de mayor especialización.

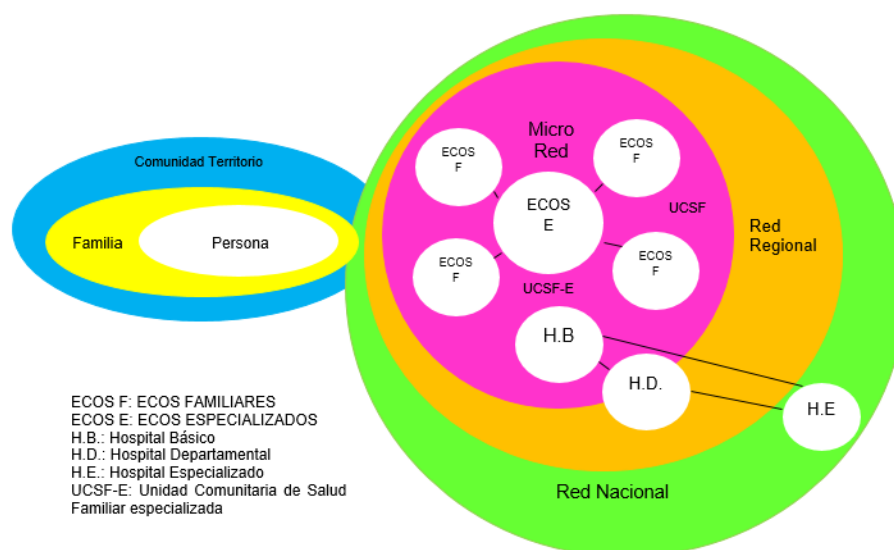
El nuevo modelo de RIISS contempla las prestaciones y atenciones de acuerdo al perfil epidemiológico y al área geográfica que brindaran cada uno de los hospitales e instituciones prestadoras del servicio de salud (Unidades comunitarias básicas y especializadas, Casas de Salud maternas, entre otros), con el propósito que, el primer nivel de atención fuera la entrada de aproximadamente el 95% de los problemas de salud. (Salud, 2013)

La forma de organización de las RIISS es de carácter intersectorial y con una interrelación de los distintos niveles de atención, como lo muestra el Esquema II-5, donde la articulación funcional se conforma en 3 niveles organizativos, dichos niveles se definen así:

- **Red Nacional:** es catalogada como la instancia de coordinación de todos los prestadores de servicios de salud a nivel nacional, y es responsable de dar seguimiento a los Acuerdos de la Comisión Nacional Intersectorial de Salud (CISALUD).
- **Red Regional:** una de sus funciones es trabajar de manera intersectorial sobre asuntos relacionados a los determinantes sociales en salud a nivel regional.
- **Red Departamental:** es la red encargada del trabajo en salud en los distintos departamentos del país, donde intervienen Directores de Hospitales Departamentales y autoridades del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).
- **Microred:** es la ordenación local del trabajo en salud, de los establecimientos siguientes: las UCSF básicas y especializadas, Hogares de Espera Materna, Centros Rurales de Nutrición y Salud, Casas de Salud, ECOS familiar y especializado (Salud, 2013).

Los establecimientos de salud que se erigirían para fortalecer el primer nivel de atención están definidos como (ver esquema II-2): ECOS (Equipos Comunitarios de Salud Familiar) básicos, la puerta de entrada a las RIISS; ECOS especializados, enfocados en atención especializada y la provisión de medicamento especializado; las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) básicas, intermedias y especializadas con diferente complejidad y capacidad resolutive.

Esquema II- 2. Organización de las RIISS.



Fuente: Tomado de “Marco de la Política de Reforma de Salud en El Salvador”, María Isabel Rodríguez, 2012.

En cuanto al segundo y tercer nivel de atención estaría compuesto por hospitales básicos, regionales, departamentales y nacionales, encaminados a brindar una continuidad de la atención médico quirúrgica especializada referidos del primer nivel de atención. (Salud, 2013)

Algunas de las principales funciones de las RIISS según su Manual de Organización son:

a) Equipos Comunitarios de Salud Familiar tanto básicos como especializados

- i. Cumplir la Política Nacional de Salud, a través de la operativización de las estrategias y recomendaciones para contribuir en la conservación de la salud de la población y a la reducción de las inequidades en salud.
- ii. Dispensarizar a todos los miembros de la familia, teniendo en cuenta los determinantes de la salud, la búsqueda de la solución y la incidencia en los mismos, con corresponsabilidad familiar.

b) Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) básicas e intermedias

- i. Participar activamente en la facilitación de la organización de los espacios de participación social en salud.

- ii. Elaboración de línea base y desarrollo del Sistema de referencia, retornos e interconsulta.
- iii. Dar a conocer la oferta de servicio a los(as) usuarios(as) de su establecimiento, del hospital que le corresponde en su red.

c) Equipos Comunitarios de Salud Familiar especializados

- i. Sistematizar la prestación continua de servicios de salud de acuerdo a la especialización requerida, por ciclos de vida, garantizando el seguimiento responsable, la equidad y la continuidad de la atención (por referencia, retorno o interconsulta) para el restablecimiento de la salud.

d) Servicios Hospitalarios de segundo y tercer nivel

- i. Dar atención de acuerdo al conjunto de prestaciones, de pacientes médicos quirúrgicos, de emergencia, servicio de hospitalización, de consulta externa o servicios de apoyo que consultan a libre demanda o que sean referidos por otros niveles de atención en las cuatro especialidades básicas de la medicina.

Un punto importante de subrayar es el papel de la participación social que conlleva las RIISS, con el fin de establecer una controlaría social para obtener de primera mano cuales son las necesidades, estrategias, políticas y áreas de mejora en los distintos niveles de atención, para el caso de las RIISS se constituirían los siguientes actores sociales: Comité de Salud, Consejo Local de Salud, Consejo Departamental de Salud, Comisión Intersectorial de Salud o CISALUD.

➤ EJE 2. Recursos Humanos como piedra angular del Sistema:

El recurso humano constituye un factor esencial en la capacidad del sistema de salud para asegurar el acceso equitativo de los servicios a toda la población (Pérez, 2012).

Al esquematizar un proceso de transformación de los servicios de salud es necesario el fortalecimiento del recurso humano, para dar una respuesta eficaz a las necesidades existentes, ante ello, en la Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos para la Salud, celebrada en Toronto en octubre de 2005 promovida por la OPS, identifican los retos fundamentales para hacer frente a la problemática del recurso humano de los sistemas de salud de América Latina (incluyendo El Salvador):

- a) Definición de las políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en el sistema, de manera que estén acorde con las necesidades de la población.
- b) Generar y desarrollar ambientes de trabajo que favorezcan el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.
- c) Promover la estabilidad laboral de todos los trabajadores de la salud.
- d) Coordinación con el sector educativo y profesional para una formación académica de acuerdo a los objetivos de la Política Nacional de Salud.

Ante estos retos y la ampliación de los servicios de salud, el presente eje propone la existencia de una interrelación entre la capacidad técnica y profesional del trabajador en salud, que le permita abordar de manera eficaz los determinantes de la salud, además de contar con los medios necesarios para desarrollar su trabajo de la mejor manera, para ello, se crearon las siguientes estrategias (contenidas en la PNS) (Rodríguez, 2010):

1. Formular y ejecutar la Política de Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.
2. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud, a fin de adaptar la educación a los profesionales de salud para la prestación de atención de calidad.
3. Potenciar las figuras del promotor y la promotora de salud como elemento básico del Sistema Nacional de Salud en el Primer nivel de Atención, con base en la Atención Primaria de Salud Integral (APS).

Para que la fuerza laboral en salud tenga un correcto desempeño, la Política Nacional de Recursos Humanos organiza 8 ejes prioritarios:

1. Recursos humanos necesarios para el primer nivel de atención.
2. Recursos humanos necesarios para Hospitales.
3. Reorientación y regulación de residencias médicas.
4. Desarrollo de líderes para la Reforma.
5. Pertinencia social y técnica de práctica de promotores
6. Desarrollo de la carrera sanitaria.
7. Reorientación de formación profesional y técnica.
8. Educación permanente para todos los trabajadores.

➤ **Eje 3. Respuesta a la demanda de medicamentos y vacunas.**

La Reforma de Salud abarca una problemática elemental a la hora de brindar asistencia médica a la sociedad, la cual demanda medicamentos y vacunas, un tema complicado debido a las posiciones que ejercían MSPAS y CSSP con sus diferentes roles: el primero mantenía vigilancia sanitaria (MSPAS) y el segundo el registro de medicamentos, sin tener la capacidad instalada para llevar a cabo sus responsabilidades (Rodríguez, 2010).

La diferencia entre las instituciones mencionadas conlleva a un número de eventos que reflejaba el conflicto de intereses en diferentes procesos, dentro de los cuales se pueden mencionar: irregularidades en la autorización, registro y comercialización de productos farmacéuticos, incluyendo el análisis de la calidad de dichos productos, propiciando prácticas monopólicas desde el seno mismo del CSSP (Rodríguez, 2010).

Además, la influencia de la industria farmacéutica en los procesos de licitación y adjudicación de medicamentos y vacunas constituye un aspecto con influencia relevante, al no existir un marco regulatorio, pues los precios de estos bienes en el mercado salvadoreño eran previo a la reforma, los más altos a nivel Centroamericano, a un nivel similar a Guatemala (BID, 2011).

Esa situación, que contrasta con lo planteado por la ONU respecto a la escasez de medicamentos, da origen a la necesidad de que El Salvador, como país miembro, establezca lineamientos que eviten la escasez de medicamentos y vacunas, considerando que según datos presentados en la reforma de salud, el nivel de abastecimiento de medicamentos era del 44% con un precario sistema de vacunación.

Por ello, la Reforma de Salud planteada en 2009, pretende corregir las carencias presentes en el sistema de salud, buscando ser capaces de reestructurar lo referente a medicamentos y vacunas, para lo cual se plantean las siguientes propuestas de solución dentro de este eje (Rodríguez, 2010):

- Definir al rector del Sistema Nacional de Salud (MSPAS) como la única autoridad reguladora, fortaleciéndola en sus capacidades técnicas y administrativas, dotándolo de un financiamiento suficiente y sostenible, así como de un personal íntegro, competente y sin conflictos de interés.

- Trasladar, en consecuencia, el registro de medicamentos a la autoridad sanitaria nacional (MSPAS) a fin de asegurar un proceso de registro transparente e imparcial que vigile la aplicación de Buenas Prácticas de Manufactura y la certificación de la calidad de los medicamentos.
- Garantizar a través de una red laboratorial efectiva y eficiente, la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos tanto en el proceso de registro como en el post-registro.
- Crear la Dirección Nacional de Medicamentos y Productos Sanitarios en el MSPAS para: promover el uso racional de los medicamentos por los profesionales de la salud y usuarios/usuarias, eliminando las prácticas inadecuadas de automedicación, comercialización, dispensación, promoción y publicidad dirigida al consumo de los mismos.
- Gestionar la aprobación de la Ley de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Asegurar la eficacia y la sostenibilidad financiera del Programa Ampliado de Inmunizaciones a través de: garantizar la cadena de frío en la red de servicios del MSPAS introducción de la vacuna contra el neumococo, capacitación permanente del personal involucrado en el programa, fortalecer la vigilancia de los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación, estimular el trabajo coordinado en la generación de datos confiables para estimar la carga de la enfermedad y realizar los estudios económicos que sustenten el costo-efectividad de la introducción de nuevas vacunas.

➤ **Eje 4. Instauración del Foro Nacional de Salud**

La participación ciudadana en la creación y ejecución de políticas públicas es un factor elemental que denota transparencia por parte de los gobiernos e inclusión de los sectores de la sociedad que están interesados en incidir en aquellos temas que los afecta de forma directa e indirecta. Por ello, en la Reforma de Salud, por iniciativa de la ex ministra María Isabel Rodríguez, se otorga un papel activo a la ciudadanía en el tema de salud, no solo como un agente pasivo al cual se le proporciona resultados, sino como un agente o participante activo que vigila, cuestiona y propone en temas de salud, para la cual nació el Foro Nacional de Salud.

Aunque el FNS ha sido un reto y un proceso, promueve la salud como un derecho inherente al individuo, el cual tiene que hacer valer con el Gobierno y con un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades o padecimientos.

La participación de las comunidades, juega un papel fundamental en el proceso de retroalimentación y democratización en dicho sistema, reflejando que este eje, busca el consenso de la ciudadanía y que los resultados retroalimenten el accionar del sistema salud para responder eficazmente a las demandas de la población.

Para lograrlo, además de crear mesas temáticas, conferencias regionales, encuentros, sistemas de congestión y de contraloría (Rodríguez, 2010), se tiene la función de ser un ente que fomente dentro de la comunidad la participación activa a través de talleres o encuentros que le proporcione herramientas a las personas para tener conocimiento sobre la situación actual del sistema de salud.

El FNS es totalmente ajeno a las instituciones de gobierno ya que únicamente está constituido por la sociedad civil, convirtiéndose en un ente vigilante con una amplia organización comunitaria en pro de las mejoras en la asistencia médica y leyes en materia de salud que pueden ser promulgadas o se encuentran en fase de consulta. Es un foro incluyente en el cual participan todas aquellas personas interesadas en cambiar el sistema de salud actual o grupo sociales, no importando estatus social u orientación sexual.

El FNS está conformado por un Comité Organizador de carácter nacional y una estructura regional el cual tiene como misión la generación de consensos para la toma de decisiones estratégicas que permitan transformar el sistema de salud hacia la universalidad, la equidad, calidad e inclusión de la sociedad civil (Rodríguez, 2010).

Los objetivos estratégicos del Foro Nacional de Salud, son los siguientes (Rodríguez, 2009):

- 1- **Participación Ciudadana Territorial.** Facilitar la participación ciudadana territorial a través de consultas regionales escalonadas con actores locales, fundamentalmente de la sociedad civil, que confluyan en una gran conferencia nacional para fortalecer,

acompañar y gestionar el proceso de transformación e integración del sistema nacional de salud.

2. **Participación Ciudadana Sectorial.** Identificar y facilitar la participación de las diferentes instituciones, organizaciones e individuos vinculados a los diferentes temas seleccionados de acuerdo a las estrategias de la política de salud. Estos sectores serán consultados por separado en mesas temáticas que luego confluirán en una mesa de convergencia que llevará una posición consensuada a la conferencia nacional de salud.

3. **Incidencia.** Identificar, integrar y movilizar a las fuerzas sociales y políticas del país para desarrollar condiciones de viabilidad que permitan la transformación del sistema de salud en beneficio de la población salvadoreña e incidir en todas las políticas públicas que afecten la salud y sus determinantes.

➤ **EJE 5. Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM):**

Este eje es de gran trascendencia para una atención de manera eficaz y oportuna para las diversas emergencias en salud que ocurren a diario en nuestro país. Por mencionar algunos datos, para el año 2009 cerca del 30% de todas las consultas hospitalarias fueron por emergencias médicas, es decir cerca de 2,227,640, de las cuales 874,113 fueron atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud (Rodríguez, 2010).

Esto conlleva a una alta demanda en servicios de emergencia, unidades médicas de los hospitales y muchas veces al no intervenir de manera correcta por no contar con recursos o estrategias definidas que permitan en cierta medida actuar de forma rápida, quedaría evidenciado las grandes deficiencias en la organización y la coordinación pre-hospitalaria, en la planta física de hospitales, personal calificado, ambulancias y equipos.

El SEM generaría no solo un impacto positivo con la reducción de costos económicos o materiales, sino que también ayudaría a salvar vidas humanas, el cual precisamente es el objetivo principal del SEM:

Disminuir sustancialmente la mortalidad y las secuelas post-trauma causadas por enfermedades sistémicas... así como por aquellos eventos que generan lesiones de casusa externa –que en nuestro país son producidos especialmente, aunque no únicamente, por actos de violencia y accidentes de

tránsito-. Los beneficiarios de un sistema eficaz de atención a las emergencias médicas son todos los ciudadanos, más allá de su condición socioeconómica, sexo, edad, ocupación o lugar de residencia. (Rodríguez, 2010)

Como bien se menciona en la Reforma de Salud, el SEM debe ser de carácter intersectorial y que integre las fases pre-hospitalarias con las hospitalarias en el menor plazo posible para garantizar una atención oportuna, eficaz y continua durante las 24 horas.

Esta atención se inicia en el momento de la detección de la emergencia médica (detección por parte de la familia, la comunidad o las fuerzas de seguridad), la activación del sistema a través de un centro regulador para la atención de las emergencias médicas para proporcionar de forma rápida la atención pre-hospitalaria requerida (atención inmediata en la escena y traslado de la víctima al centro correspondiente), la asistencia hospitalaria a través de hospitales adecuadamente dotados con equipo necesario y personal calificado, y posteriormente, el seguimiento ambulatorio para la rehabilitación con participación de las instituciones especializadas, las unidades de salud y la comunidad.

Para el funcionamiento del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) se conformaron 5 subcomisiones: Pre-Hospitalaria; Hospitalaria; Auditoría; Rehabilitación y Desarrollo de Recursos Humanos, y su implementación se ha dividido en 4 etapas: la primera de ellas iniciará en 9 municipios del área metropolitana de San Salvador y como parte de la intersectorialidad se creó el CONASEM (Comisión Nacional del Sistema de Emergencias Médicas) que la integran: el Ministerio de Salud, Ministerio de Defensa, FOSALUD, Policía Nacional Civil, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Cruz Roja Salvadoreña, además se facilitará la implementación de un programa de capacitación y de educación permanente dirigido al personal de las unidades de emergencia de los hospitales que se irán integrando al sistema, equipamiento de los hospitales y adquisición de una mayor flota de ambulancias.

➤ EJE 6. Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

La idea de disponer de un sistema único de información es una propuesta muy útil para contribuir a la modernización institucional y dinamizar la gestión de los servicios de salud, sobretodo porque el Ministerio de Salud tiene una labor importante de recolección, clasificación, tabulación, interpretación, análisis y publicación de datos bio-demográficos sobre población, natalidad, morbilidad, mortalidad; así como, realizar los análisis estadísticos de las labores de los organismos de salud pública para evaluar el resultado de las tareas cumplidas.

Se vuelve esencial para el Ministerio de Salud en su camino de consolidación del sistema único de información, y para todas las instituciones del sistema, así como del sector privado: el poder identificar y medir las inequidades, conocer la situación específica de salud de la población y sus tendencias, identificar los grupos y áreas más críticas; permitiendo tener una visión más completa de la situación de salud, al contar con información adecuada y pertinente para el análisis en la toma de decisiones, desarrollo de políticas en salud, evaluación de resultados de las múltiples intervenciones realizadas así como, acciones y estrategias destinadas a controlar epidemias y mitigar situaciones de desastres.

El componente estratégico del sistema de información centrará su trabajo en el análisis, síntesis e interpretación de la información sobre los perfiles de salud y enfermedad, en el contexto no sólo del aspecto médico de los problemas, sino integrando diversos tipos de información demográfica, social, económica, de enfermedades, condiciones higiénico-sanitarias y otros riesgos, así como del propio sistema de salud.

Con la implementación de este Eje se pretende pasar de una vigilancia epidemiológica tradicional a una vigilancia en salud pública, con la inclusión de la vigilancia demográfica, la vigilancia de eventos de salud, la vigilancia del sistema de salud y la vigilancia de la opinión de la población y su grado de satisfacción (Rodríguez, 2010).

Una de las causas que motivó a la formulación de este eje fue:

En el diagnóstico que se realizó en la capacidad instalada y en recursos humanos, se encontró que para darle soporte a los sistemas de información en el primer nivel de atención se dispone como promedio de sólo una computadora funcionando por establecimiento cuya vida útil ya caducó en la mayoría de ellas, sólo 3.5% de los establecimientos reportaron que su equipo recibe mantenimiento, sólo 17% tienen acceso a internet permanente, y una razón de 1.3 recursos por

unidad de salud, teniendo en consideración que un mínimo porcentaje de estos ha recibido capacitación continua para el desempeño de sus funciones. (Salud, 2009)

Se deberá iniciar un proceso de fortalecimiento de los diversos subsistemas existentes con el propósito de alcanzar una mayor calidad y oportunidad en las cuatro principales áreas: Enfermedades transmisibles, Enfermedades no transmisibles, Salud Ambiental y Servicios de Salud.

Para la implementación de la Vigilancia en Salud se deben tomar en cuenta ciertas premisas: (Rodríguez, 2010)

- a) Vinculación estrecha con las políticas y estrategias de la salud, los programas y servicios y el proceso de investigación, de formación y capacitación de los recursos humanos.
- b) No duplicar, sino utilizar los subsistemas actuales y la información necesaria de fuentes identificadas.
- c) Promover el perfeccionamiento de los subsistemas de información y de vigilancia epidemiológica existentes con miras a conformar un sistema único de información.
- d) Movilizar los recursos técnicos disponibles en función del análisis y la respuesta oportuna y eficiente.
- e) Realizar el análisis periódico de la información procedente de otros sectores en salud.
- f) Promover una integración adecuada de los aspectos de promoción de salud, condiciones y estilos de vida.
- g) Establecer el intercambio permanente de información seleccionada con otros sistemas o subsistemas nacionales y lograr la intercomunicación con otros sistemas de vigilancia sanitaria o epidemiológica a nivel internacional.
- h) Dotar de métodos rápidos de evaluación epidemiológica y metodología para enfrentar situaciones agudas a los profesionales responsables de la respuesta a todos los niveles.
- i) Unificación del expediente clínico que ayudará a evitar la duplicidad de esfuerzos y recursos por las instituciones del sistema de salud, permitirá también darle seguimiento más coordinado y oportuno a cada paciente, mejorando el flujo de información, procesos de referencia y contra referencia.

➤ **Eje 7. Articulación Progresiva del ISSS y otros prestadores públicos**

Los objetivos planteados por el Ministerio de Salud para el quinquenio 2009-2014, en el área de Articulación progresiva del ISSS y otros prestadores públicos, fueron (Rodríguez, 2010):

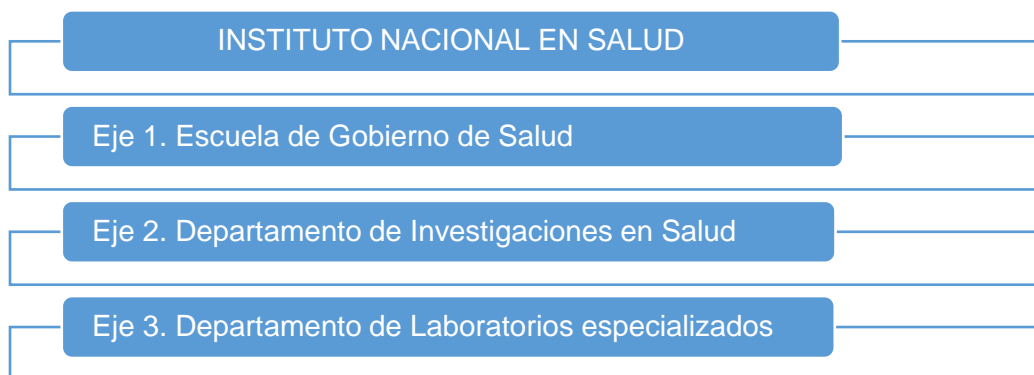
- Experiencias Pioneras de prestación conjunta de servicios, en todos los niveles, incluyendo el nivel hospitalario (coordinación en la prestación de servicios o prestación conjunta de servicios).
- Un sistema funcional y equitativo de compensación de costos entre ISSS y MSPAS.

➤ **Eje 8. Creación del Instituto Nacional de Salud y Fortalecimiento de la red de laboratorios**

La creación del Instituto Nacional de Salud constituye un pilar fundamental de la Reforma de Salud, sus principales objetivos se resumen como: búsqueda de mejoras sustantivas en salud, generar, transmitir y difundir conocimientos y promover su incorporación en la solución de los problemas de salud para la población de El Salvador. Esta propuesta de creación según Rodríguez (2010) “aspira convertirse, en el futuro, en punto de referencia para generación y proposición de soluciones técnicas y científicas para la rehabilitación de la Salud en El Salvador y Centroamérica”.

En el siguiente esquema, se presentan los tres ejes del INS:

Esquema II- 3. Ejes del Instituto Nacional en Salud.



Fuente: Elaboración propia en base a MINSAL.

Como punto concluyente de este capítulo, en el cuadro siguiente se muestran de manera sintetizada los Ejes que conforman la Reforma de Salud:

Cuadro II- 1. Síntesis de los Ejes que conforman la Reforma de Salud.

CUADRO RESUMEN DE LOS EJES DE LA REFORMA DE SALUD.	
EJE 1. Construcción de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS):	Con la construcción de la RISS se pretende lograr una continuidad en la atención de las personas a partir de su necesidad, con el enfoque en todo el ciclo de vida en el contexto de su familia, comunidad y contribuir a la edificación de una articulación de todos los niveles del sistema.
EJE 2. Recursos Humanos como piedra angular del Sistema:	Este eje propone la existencia de una interrelación entre la capacidad técnica y profesional del trabajador en salud, que le permita abordar de manera eficaz los determinantes de la salud, además de contar con los medios necesarios para desarrollar su trabajo de la mejor manera.
Eje 3. Respuesta a la demanda de medicamentos y vacunas.	En lo referente a medicamentos y vacunas, se plantean definir al rector del Sistema Nacional de Salud (MSPAS) como la única autoridad reguladora; trasladar, en consecuencia, el registro de medicamentos a la autoridad sanitaria nacional (MSPAS) a fin de asegurar un proceso de registro transparente e imparcial; garantizar a través de una red laboratorial efectiva y eficiente
Eje 4. Instauración del Foro Nacional de Salud	Con este eje se busca el consenso de la ciudadanía y que los resultados retroalimenten el accionar del sistema salud para responder eficazmente a las demandas de la población.
EJE 5. Sistema Nacional de Emergencias Médicas (SEM):	Este eje es de gran trascendencia para una atención de manera eficaz y oportuna para las diversas emergencias en salud que ocurren a diario en nuestro país con el objetivo principal de disminuir sustancialmente la mortalidad, garantizando una atención oportuna, eficaz y continúa durante las 24 horas.
EJE 6. Sistema Único de Información en Salud (SUIS)	Este eje se enfoca en la modernización institucional y dinamizar la gestión de los servicios de salud; sobre todo para identificar y medir las inequidades, conocer la situación específica de salud de la población y sus tendencias.
EJE 7. Articulación Progresiva del ISSS y otros prestadores públicos	Este Eje pretende una prestación conjunta de servicios, en todos los niveles, incluyendo el nivel hospitalario (coordinación en la prestación de servicios o prestación conjunta de servicios) y dar paso a un sistema funcional y equitativo de compensación de costos entre ISSS y MSPAS.
EJE 8. Creación del Instituto Nacional de Salud y Fortalecimiento de la red de laboratorios	Este Eje busca generar, transmitir y difundir conocimientos y promover su incorporación en la solución de los problemas de salud para la población de El Salvador.

Fuente: Elaboración propia en base a Rodríguez (2010).

CAPITULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA REFORMA DE SALUD EN EL SALVADOR

En el capítulo III, se ha analizado la Reforma de Salud desde la perspectiva de los determinantes estructurales de la Exclusión Social en Salud.

El capítulo presenta el análisis de resultados obtenidos de forma posterior a la implementación reforma de salud en el periodo 2009 a 2014, exponiendo indicadores en relación a determinantes estructurales de exclusión en salud y objetivos de la Reforma de Salud hacia la erradicación de las causas de exclusión en salud en El Salvador.

3.1 Análisis de Reforma de Salud y los determinantes estructurales de la Exclusión en Salud.

Como se señaló anteriormente, uno de los objetivos principales de la Reforma de Salud es posibilitar el acceso a la salud a toda la población, enfrentando las inequidades y los determinantes de salud, por lo cual, en este capítulo se desarrollará el análisis de la Reforma a partir de distintos indicadores seleccionados de las dimensiones y causas que componen la exclusión en salud; dichos indicadores están adecuados a su vez a los objetivos de los ejes que se plantean en la Reforma.

Todo el análisis de este capítulo va encaminado a comprobar la hipótesis de investigación, si la Reforma de Salud en marcha desde 2009 está contribuyendo de manera efectiva en la erradicación de las causas estructurales de la exclusión en salud.

3.1.1 Principales dimensiones de análisis e indicadores de la Exclusión en salud

Para el desarrollo del siguiente análisis, se han tomado en cuenta los indicadores y dimensiones que plantea la OPS² para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud y han sido adecuados a cada uno de los ocho ejes de la Reforma de Salud, dichos indicadores son situados en distintas dimensiones de carácter: económico, de cobertura, geográfico, de infraestructura, de procesos, de resultados y de género.

² Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud, OPS/OMS, 2006.

i. Eje 1: Construcción de una Red Integrada de Servicios de Salud

➤ DIMENSIÓN COBERTURA

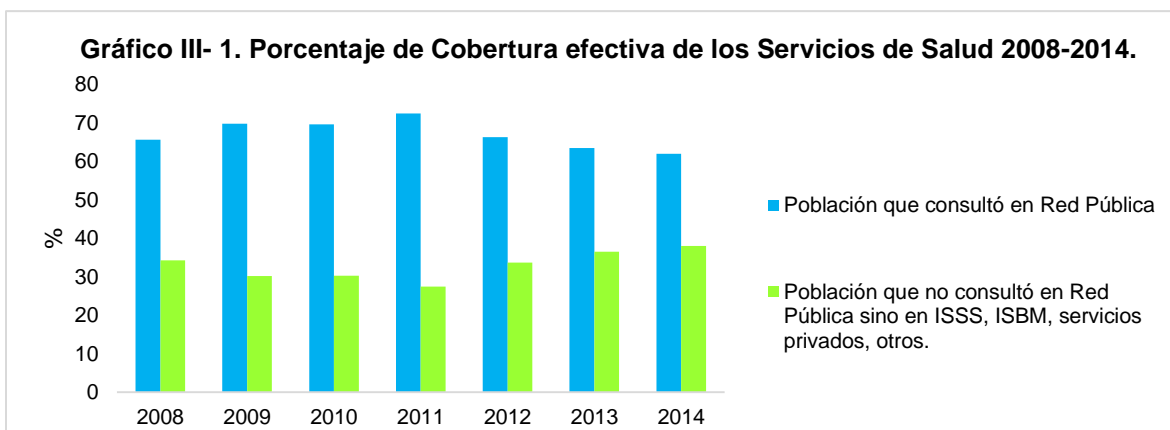
La cobertura de salud en la Reforma representa una ampliación, acercamiento y un contacto más directo de los servicios de salud, primordialmente sobre aquella población que por distintas condiciones se encuentra excluida y que no cuentan con los recursos financieros para optar por servicios de salud privados.

En ese caso las RIISS constituyen la entrada para mejorar la cobertura de los servicios públicos en salud, pero no solo basta una cobertura, sino que también es importante su efectividad.

Como vemos en el gráfico III-1, el porcentaje de población que se enferma y acude a la red pública de salud presenta un incremento a partir de 2009, este aumento está estimulado por las primeras acciones realizadas como la eliminación de las cuotas voluntarias y el fortalecimiento del primer nivel de atención (ECOS familiares y especializados).

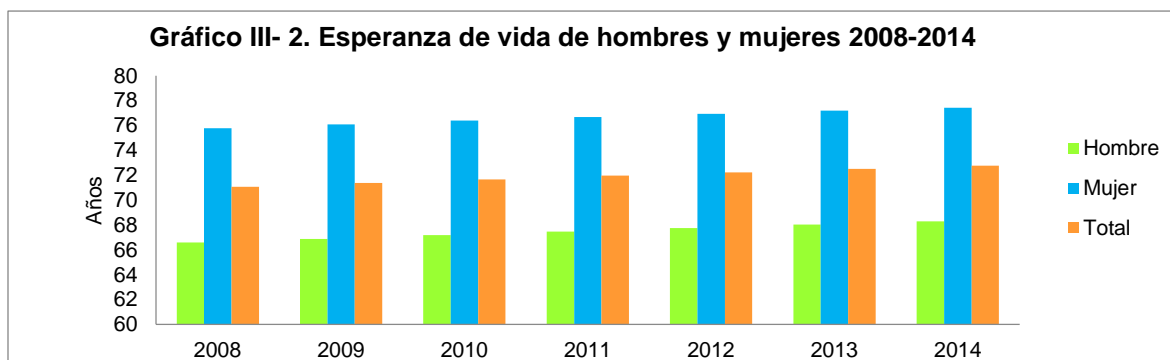
A pesar de lo anterior, a partir de 2012 se nota una disminución sostenida de la cobertura, pasando de un 66.3% a 62% en 2014, y esto no significa que la población que se enfermó y consultó con personal especializado haya disminuido, al contrario, según la EHPM para los años de 2010-2013 se pasó de un 58.4% a un 60.7%, esto conlleva a establecer que la población optó por los servicios de salud alternos a los que brinda el MINSAL, como el ISSS, ISBM, servicios privados, ante esto algunas de las razones prioritarias por las que no se consulta en la red pública están: falta de atención, no hay medicinas, mala atención.

Con lo anteriormente planteado, se afirma que no ha existido una cobertura completa evidenciando que falta por trabajar aspectos importantes como la calidad de los servicios, fomentar las aptitudes necesarias en el recurso humano con el fin de procurar una buena atención a la población usuaria.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de EHPM varios años.

Para contar con una cobertura efectiva en salud se debe atender de manera adecuada las necesidades sanitarias que presente la población y reservar la vida de cualquier dolencia o mal, con prestaciones integrales de salud, que encierren los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Ante ello podemos ver en el gráfico III-2 la esperanza de vida, el cual muestra un leve aumento en los años de vida tanto para las mujeres como para hombres, y de manera similar en el total de la población.



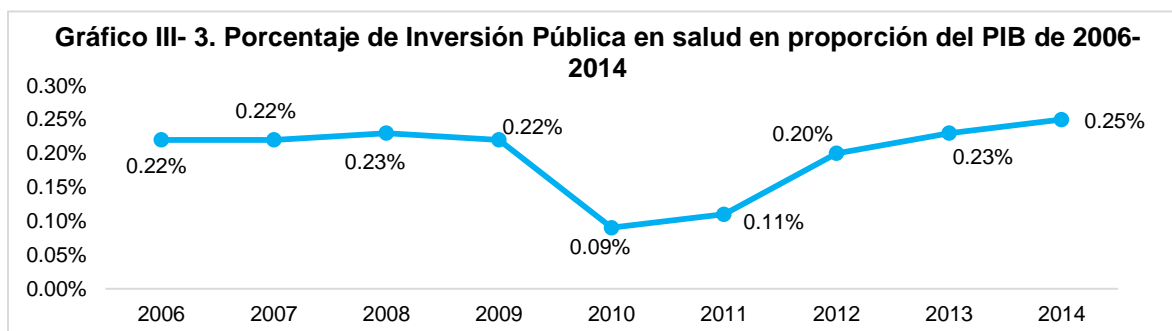
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial.

A manera de conclusión, hay aspectos relacionados a la calidad de los servicios de salud que no se han superado, lo que genera que no se alcance una plena cobertura efectiva³ de dichos servicios.

³ Por cobertura efectiva se entenderá el porcentaje de población que reportando enfermedad buscó servicios de salud y fue atendida en alguno de los subsistemas, este concepto fue planteado en el Estudio de Caracterización y Análisis de Exclusión Social en Salud en El Salvador, investigación realizada por la OPS y MINSAL en 2011.

➤ DIMENSIÓN ECONÓMICA

Esta dimensión está enfocada en como visualizar la incapacidad de los hogares, personas y Estado para financiar los gastos requeridos para la atención de salud (OPS/OMS, 2006) y es que una de las mayores barreras de la exclusión en salud es el recurso económico.



Fuente: Elaboración propia en base a Inversión Pública⁴ programada en el Presupuesto del MINSAL distintos años, cálculos en base a PIB US\$ a precios constantes.

Vemos en el gráfico III-3, que la inversión pública en salud a lo largo del periodo ha sido variable, durante los primeros años de la reforma se observa una disminución en comparación a 2008, ya que para el año 2009 la inversión pública en salud como porcentaje del PIB fue del 22%, mientras que para el 2010 se invirtió un total de \$19,391,650 menos de la mitad de lo invertido para el año 2008.

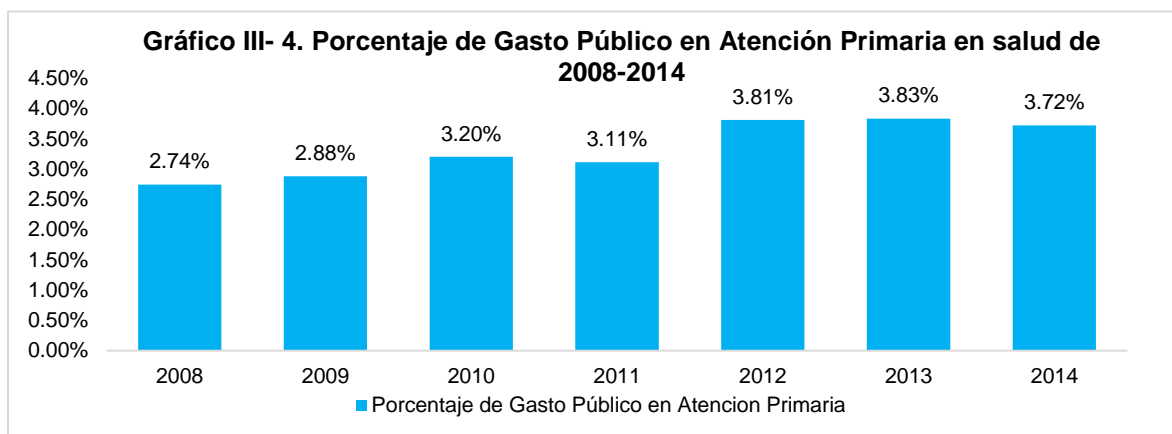
Para los años siguientes la tendencia ha sido al alza de manera gradual, se puede determinar, que existe un esfuerzo progresivo en los últimos años para ampliar los montos de la inversión. Es de mencionar también, que la mayoría de recursos que promueven el aumento de la inversión, son préstamos externos y donaciones, lo que implica deficiencias en las finanzas públicas para el sostenimiento de una adecuada inversión pública en salud.

⁴ Se incluyó en los datos de Inversión Pública las fuentes de financiamiento fondo general, donaciones y préstamos externos: Programa Integrado de Salud (PRIDES), Préstamo BID No.2347/OC-ES, Iniciativa Salud Mesoamérica 2015-El Salvador, Fondo de Desarrollo Social de Japón, Fondo Común de Apoyo Programático (FOCAP) para los años correspondientes.

Del mismo modo que la inversión constituye un apoyo trascendental para la RIISS, es significativo señalar adicionalmente, que una de las acciones proyectada por el Eje 1 en relación a las RIISS es fortalecer el primer nivel de atención como una prioridad, ante ello, el gráfico III-4 muestra la cantidad de recursos destinados a la atención primaria.

Desde 2009 se muestran un incremento de manera moderada, y en los últimos años del período se observa un porcentaje más alto de gasto, sobresaliendo el año 2012.

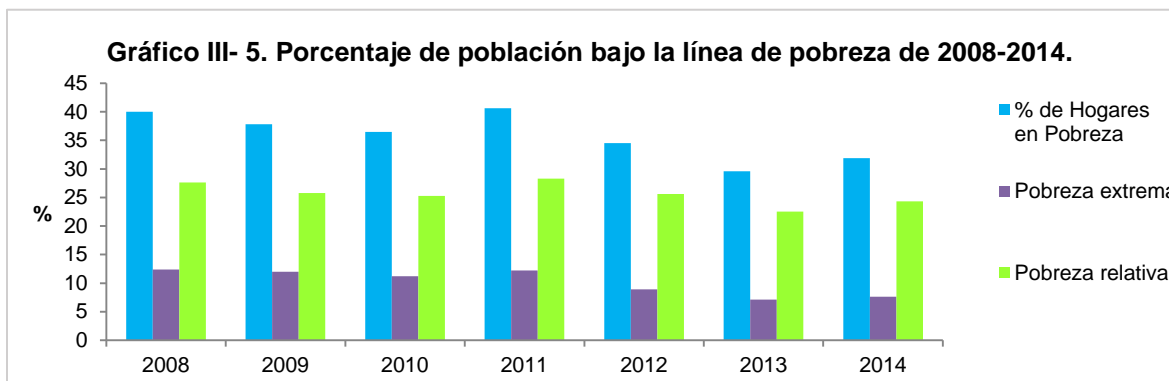
Se concluye, que se ha ampliado el nivel de gasto público en el primer nivel de atención, pero de manera fluctuante, ante ello, es esencial destacar que para el cumplimiento de las metas trazadas en cuestión de las RIISS, el gasto público destinado a su mantenimiento debe trazarse de manera sostenida para así responder acertadamente a las necesidades que surjan en los distintos determinantes sociales que convergen en la vida de la población.



Fuente: Elaboración propia en base al Presupuesto del MINSAL distintos años.

Las RIISS son catalogadas según Rodríguez (2010), como un nuevo esquema de ordenamiento, el cual se desarrolla en torno a la comunidad, las familias y las personas, y con una cultura organizacional, con énfasis en la lucha contra los determinantes de la salud, y uno de esos principales determinantes sociales de la salud es la pobreza.

Según Salinas (2007), la insalubridad es una de las muchas consecuencias asociadas a la pobreza, por tanto es preciso que el abordaje de las políticas públicas en salud incorporen gestiones efectivas para coadyuvar a mejorar la salud de las personas que se encuentran en una situación de pobreza. Para el caso de El Salvador vemos en el gráfico III-5, que el porcentaje de hogares en pobreza al 2009 se redujo.



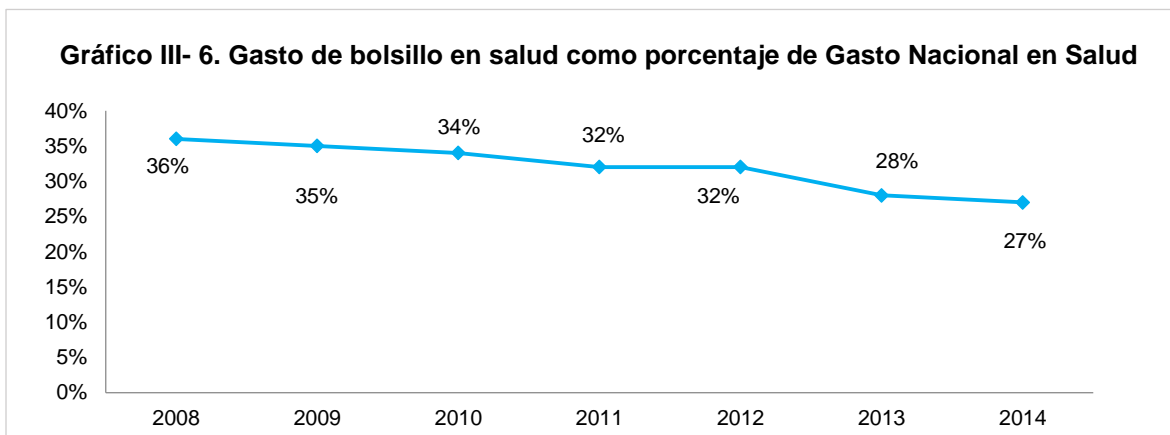
Fuente: Elaboración propia en base a datos de EHPM varios años.

Para los años subsecuentes, el comportamiento es variable, teniendo para el año 2011 el porcentaje de hogares en pobreza más alto de todo el quinquenio de estudio con un 40.6%. Es de suma importante de aclarar que en sí la Reforma de Salud no incluye en sus estrategias y principales ejes, acciones concretas para la reducción de la pobreza, ya que su objetivo inmediato no es ese, sino hacer frente a las repercusiones en la salud de la población que se encuentra en situaciones vulnerables, sin embargo, para sobrellevar los determinantes sociales de la salud, es sustancial que los compromisos de cambio en el sector salud involucren un esquema claro de gestiones que faciliten a la población en condiciones de carencias, mejorar sus niveles de calidad de vida y de la salud misma, ya que la falta de acceso a la atención de salud, a la información o a un entorno que les permita llevar una vida sana, forma parte en sí misma de la definición de pobreza (OMS, 2003).

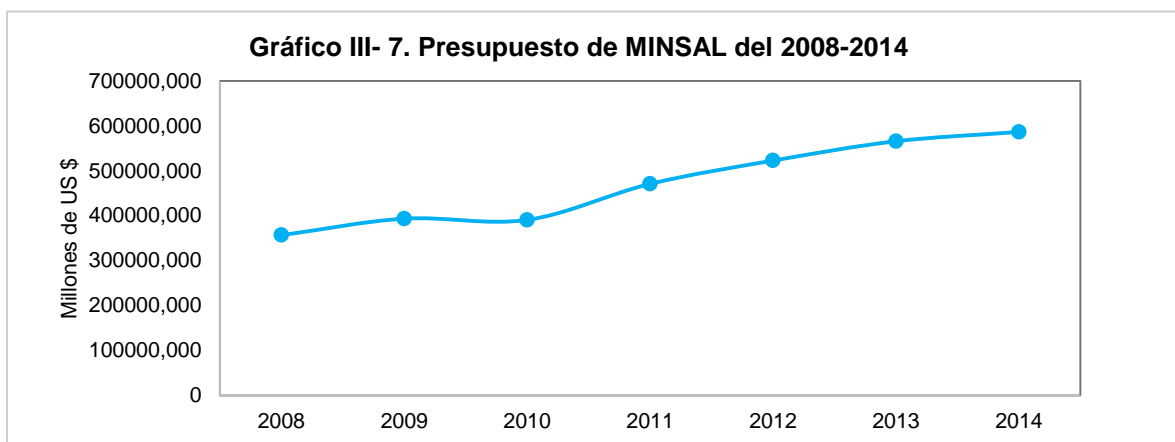
Siempre en ese camino de contribuir al acceso de la salud a la población que no puede financiar gastos en salud; sobresale una de las primeras acciones desarrolladas al inicio del quinquenio: la eliminación de las cuotas voluntarias, que influyen en el denominado gasto de bolsillo, como se ve en el gráfico III-6, el gasto ha tendido a disminuir, esto es algo positivo para las economías locales, y para aquellos hogares en mayor condición de pobreza, significa de igual manera que los recursos financieros institucionales tienen que incrementarse de forma que pueda cubrir este déficit.

Para ello en el gráfico III-7 se visualiza que el presupuesto ha sido duplicado a finales del periodo, esto refleja un fortalecimiento del sector salud al contar con mayores recursos económicos, pero todavía no llega a la meta ideal del 5% del PIB, pero en 7 años se pasó de un 1.66% a un 2.53%⁵ para el año 2014.

⁵ Cálculo propio en base a PIB precios actuales.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memoria de Labores MINSAL 2013-2014

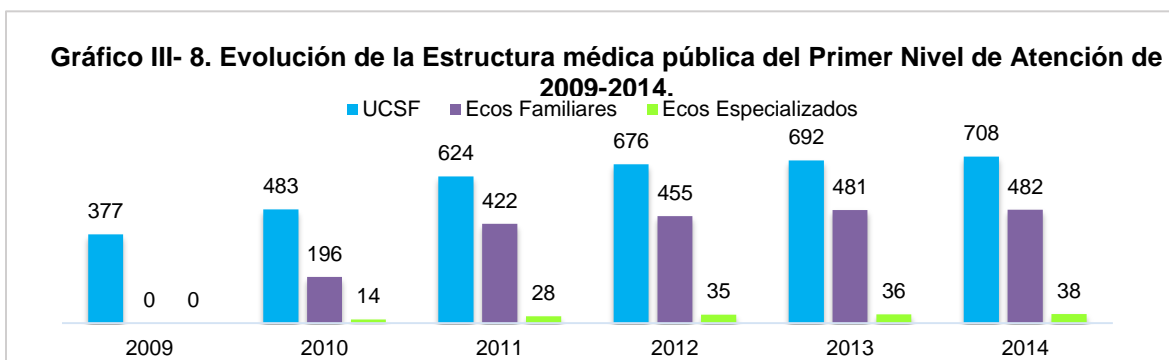


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Ley de Presupuesto distintos años.

➤ DIMENSIÓN INFRAESTRUCTURA

El fortalecimiento del primer nivel de atención fue catalogado como una profunda transformación del Sistema Nacional de Salud (Rodríguez, 2010), con miras a alcanzar una cobertura universal en salud en todo el país y especialmente en aquellas zonas donde históricamente la exclusión y pobreza han sido mayor, se tenía pues, que reforzar la ampliación de las instalaciones físicas, para ello se dispuso la estrategia de construcción de 1,598 ECOS familiares y 142 ECOS especializados para tener un 100% de cobertura en todo el país. Desde el inicio de la Reforma hasta 2014 se han construido 482 ECOS familiares y 38 especializados así como se detalla en el gráfico III-8.

En términos de avance con respecto a la meta de 1,598 ECOS familiares se ha alcanzado un 30% y para los especializados un 26%, y en cuanto a la cobertura geográfica se ha alcanzado un total de 164 municipios, lo que significa un 63% de cobertura nacional (ver anexo 2 y 3) con una población cubierta de 1,894,866⁶, personas, todo esto representa un progreso en términos de cobertura, principalmente en los municipios de extrema pobreza que fueron los primeros donde se implementó el esquema de los equipos comunitarios de salud familiar.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memorias de Labores MINSAL distintos años.

Por tanto, la implementación de los equipos comunitarios de salud han contribuido a la cobertura de salud, quedando pendiente ciertos temas como el financiamiento de los ECOS para completar la meta. Según (Vellez, 2011) los gastos de construcción del ECO Rural estimados es de \$135,000, si aproximadamente el 60% de los ECOS son rurales equivale alrededor de \$90,000,000 la inversión necesaria para completar la cobertura a nivel nacional, esto equivale a triplicar los montos de inversión pública en salud, un desafío pendiente por continuar con la Reforma de Salud.

➤ DIMENSIÓN PROCESOS

Esta dimensión se refiere al suministro de servicios esenciales (prestación de servicios de alto impacto para la salud pública) (OPS/OMS, 2006), uno de los indicadores escogidos para el análisis es la proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado, y es que una estrategia clave para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas es asegurarse de que todos los partos se realicen con la asistencia de personal de salud capacitado, ya sea un médico, una enfermera o una partera (ONU, 2015).

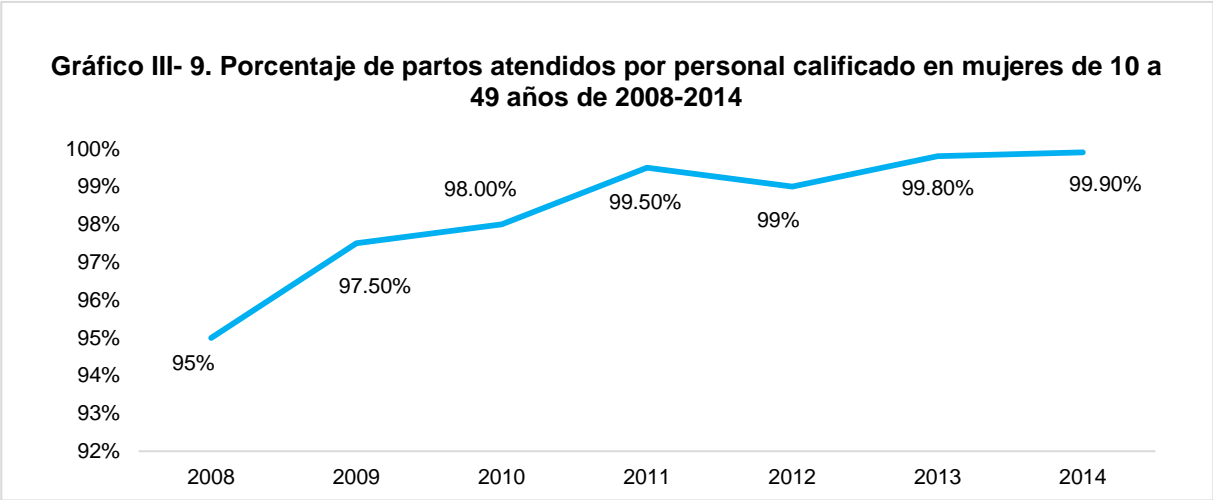
⁶ Dato según MINSAL, Memoria de Labores 2012-2013

Nota: UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar, ECOS: Equipos Comunitarios de Salud

Para asegurar esa asistencia es necesario contar con una cobertura de salud proporcionada, y con un personal capacitado tanto en áreas rurales como urbanas. Para el caso del periodo de estudio, se ha avanzado casi cumpliendo el 100% de partos atendidos, como muestra el gráfico III-9, para el año 2014 se alcanzó un 99.9%, significa pues, un avance en la cobertura de servicios de salud, además que se brinda una atención especializada evitando así la morbilidad materna.

Asimismo, algo que ha posibilitado que aproximadamente el 90% de los partos se realicen con atención hospitalaria, son los promotores de salud y los Equipos Comunitarios de Salud Familiar (Ecos-F) con la estrategia de “plan de parto”, principalmente en las comunidades rurales, cuyo cometido primordial es alentar a la mujer a tomar las providencias necesarias para la atención del alumbramiento hospitalario (Presidencia, 2014).

Ante lo descrito anteriormente se concluye, que la estrategia de ECOS familiares como primera entrada a la atención en salud ha posibilitado el acceso adecuado a los servicios que necesitan las mujeres ante el momento del parto, lo que repercute a la vez en la disminución de la mortalidad materna y la aplicación de las atenciones debidas a los menores que nacen.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memoria de Labores MINSAL 2014-2015.

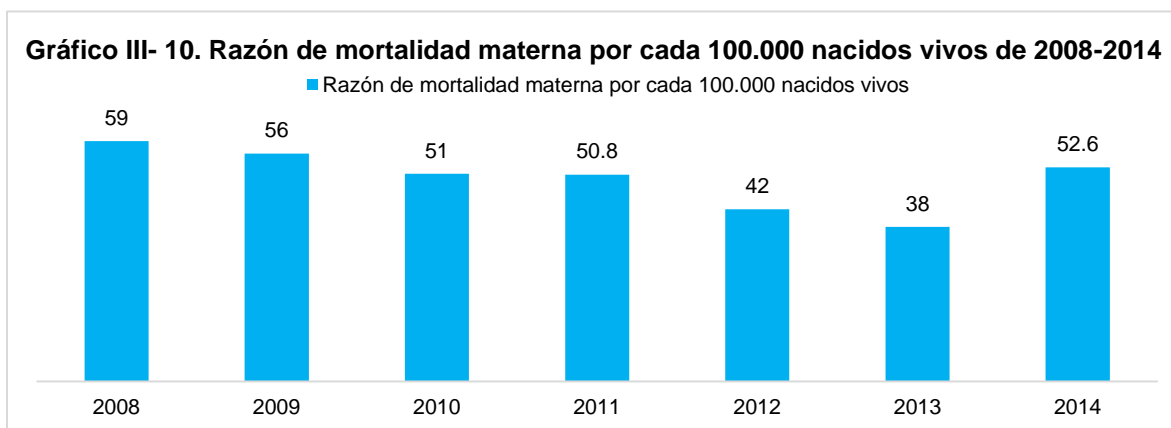
➤ DIMENSIÓN RESULTADOS

Para esta dimensión, se han elegido 2 grupos poblacionales que enfrentan mayor nivel de exclusión, aún más, por las condiciones de los determinantes sociales en salud, que impiden gozar y tener un acceso equitativo a los servicios de salud, uno de esos grupos son las mujeres.

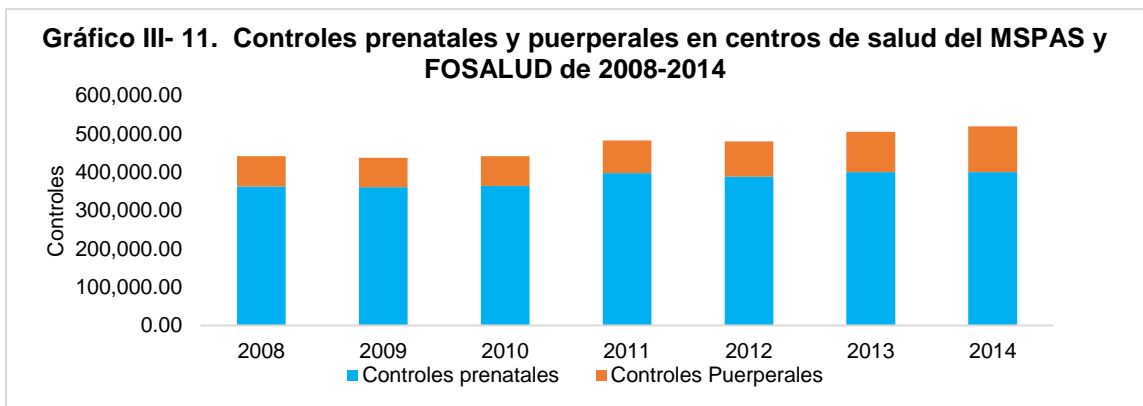
Para el análisis se incluyó el indicador de la tasa de mortalidad materna, una meta determinante del Objetivo del Desarrollo del Milenio número cinco y del Índice de Desarrollo Humano, y esto porque la salud materna se asocia directamente al derecho a la vida y por tanto, tiene un amplio espectro de relación con los derechos humanos y particularmente con los derechos de las mujeres, los derechos sexuales y reproductivos (Hacienda, 2016), asociada además, a una cobertura y atención adecuada de los servicios de salud.

Vemos pues, en el gráfico III-10 que a partir del 2012 la razón de mortalidad materna ha tendido a disminuir llegando a 38 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en 2013, si se hace la comparación desde 2009 hasta 2014 el comportamiento ha sido variable pero no sostenidamente.

Una de las principales razones por las que prevalece la mortalidad, es la falta de un buen sistema de abastecimiento de métodos de planificación familiar y de control postparto; si se hace una comparación del gráfico III-11 de los controles prenatales y los puerperales, hay una diferencia notoria entre las dos variables, los controles puerperales son considerados postparto y de suma importancia para la salud materna, para el caso son los que necesitan reforzarse para incidir en la disminución de la mortalidad materna.



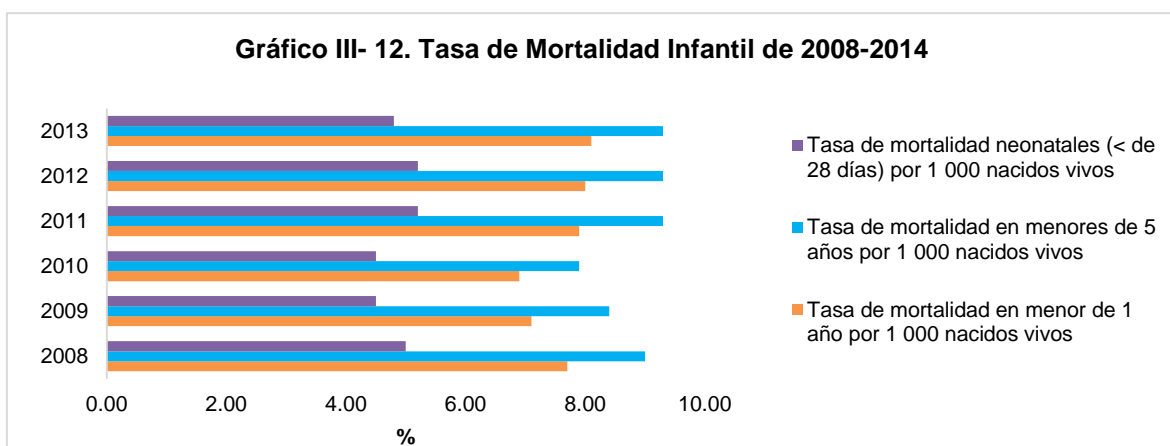
Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria de Labores varios años.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria de Labores varios años.

Ante los resultados expuestos de los indicadores relativos a la salud materna, se concluye que no se ha logrado una cobertura completa, aun habiendo alcanzado un 99% de partos hospitalarios, significa que no se ha reforzado de manera eficaz los controles post natales, para evitar así la incidencia de la mortalidad materna.

A partir de esto, es necesario en futuras investigaciones profundizar en la calidad de los controles prenatales y no solo en la cantidad de los mismos, ya que con los datos reportados aunque se aprecia un aumento en el número de controles, la razón de mortalidad neonatal y menor de 1 año ha aumentado como se aprecia en el siguiente gráfico.



Fuente: Elaboración propia en base al Perfil Epidemiológico MINSAL, distintos años.

Un buen cuidado de la salud de la madre, tiene un impacto positivo en la salud de los menores recién nacidos y de los niños y niñas, aún más en las poblaciones rurales donde prevalecen altos niveles de desnutrición y de enfermedades diarreicas e infectocontagiosas.

Según muestra el gráfico III-12, las tasas de mortalidad infantil han sido prevalentemente altas, fluctuando a la baja para algunos años; sin embargo, para el caso de la tasa de mortalidad de neonatales la principal causa de muerte son ciertas afecciones en el periodo perinatal para los años de 2009 a 2014⁷.

Por tanto, no han sido plenamente eficaces las atenciones y controles infantiles, si vemos las cifras del total de inscripciones menor a un año, en 2008 fue de 96,006 y para el 2014 fue de 87,906⁸ hay una notoria diferencia en el fortalecimiento de los controles infantiles, lo que deriva en la situación de tasas de mortalidades mayormente altas. Se concluye que los avances en la cobertura de una atención sanitaria con el fin de prevenir la mortalidad infantil y así asegurar la estabilidad y la vida integral de la niñez no han sido completamente enérgicos en el periodo de estudio.

➤ **DIMENSIÓN GÉNERO**

Uno de los valores que según la Reforma de Salud es la base y sustento de la gestión es la equidad; ya que existen diferencias genéticas, de género, culturales, ante las cuales el sistema de salud debe de estar preparado para dar respuesta diferencial. Una de las más importantes fortalezas con las que puede contar un sistema de salud es distinguir entre los padecimientos y necesidades a lo largo del ciclo de vida del hombre y de la mujer, para ello se esquematizó en el cuadro III-1 la base legal y estrategias para la consecución efectiva de la atención en salud desagregado por sexo, se verifica que para la mujer se han intensificado los planes en la salud materna, y para el hombre una menor cantidad de planes para su salud.

⁷ Fuente: Unidad de Estadística e Información en Salud del MINSAL

⁸ Fuente: Memoria de Labores del MINSAL 2014-2015.

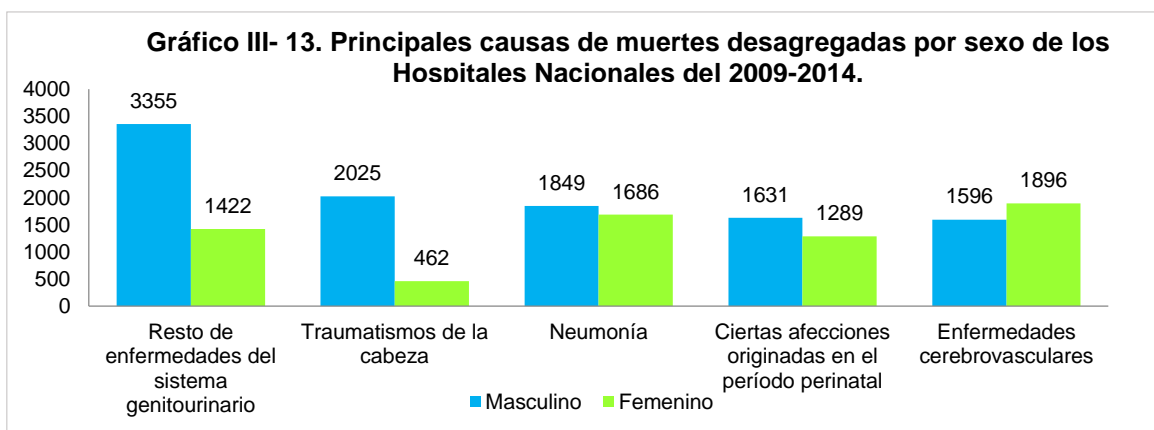
Cuadro III- 1. Número de planes, leyes, estrategias de prevención de enfermedades, desagregados por sexo

MUJERES	HOMBRES
1. Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna	1. Modelo nacional de atención integral en salud al adulto masculino P.I
2. Plan de implementación de la Política de protección y apoyo a la lactancia materna	2. Modelo nacional de atención integral en salud al adulto masculino P.II
3. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna Perinatal y Neonatal 2011-2014	3. Modelo nacional de atención integral en salud al adulto masculino P.III
4. Reglamento de maternidad segura	
5. Política Nacional de la Mujer	
6. Lineamientos técnicos para la prevención y control del cáncer cérvico uterino y de mama	
7. Política Salud Sexual y Reproductiva	

Fuente: Elaboración propia en base a información del Centro Virtual de Documentación Regulatoria del MINSAL.

Al hacer un contraste con el gráfico III-13, que indica las principales causas de mortalidad desagregadas para hombres y mujeres del periodo 2009 a 2014, la mayor cantidad de muertes para hombres se ubica en el resto de enfermedades del sistema genitourinario⁹, y para las mujeres las enfermedades cerebrovasculares. Ante esto se concluye que no hay una correlación completa entre los instrumentos tanto legales como planes estratégicos del MINSAL para hacer frente a las verdaderas realidades que afectan al hombre como a la mujer, todo esto significa, una falta de inclusión de las condiciones en salud para la población.

⁹ La categoría “Resto de enfermedades del sistema genitourinario” está compuesta de los siguientes diagnósticos específicos: Insuficiencia Renal Crónica, Infección de Vías Urinarias, Insuficiencia Renal Aguda, Quiste Ovárico, Hiperplasia de la Próstata y Trastorno del Riñón y Uréter.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Unidad de Estadística e Información en Salud del MINSAL

Ante lo planteado anteriormente es importante hacer una reflexión sobre el hecho que aunque se reconoce que una parte importante de la salud de las mujeres está relacionada al embarazo, y que además socioculturalmente la construcción de la identidad de género de las mujeres se centralizaba únicamente en la maternidad subordinada al poder masculino, lo que las obliga a someterse a embarazos y prácticas sexuales de riesgo, a familias numerosas y aceptar embarazos impuestos, entre otros. Así la oferta de salud sexual y reproductiva está mayormente orientada a servicios de salud materna y planificación familiar; por lo cual es necesario incorporar otras esferas de la vida de las mujeres en los planes de salud que se implementan por parte del Ministerio de Salud.

Es importante destacar que se cuenta con una Política de Salud Sexual y Reproductiva que va más allá de una conceptualización eminentemente reproductiva de la sexualidad, y que adhiere elementos nuevos incorporando un enfoque de diversidad, derechos humanos, equidad de género y los determinantes sociales de la salud, que atienda las necesidades de grupos tradicionalmente excluidos o poco atendidos, como la población con discapacidad y aquella con orientación sexual no tradicional.

Además de los planes y estrategias para atender las enfermedades de la mujer, se enlistan en el cuadro III-2 los principales servicios brindados para la salud de la mujer en las instituciones de salud pública, de los cuales sobresalen los dirigidos al cuidado de la salud materna y en algunos atención a enfermedades del sistema genitourinario; es esencial también, orientar esfuerzos y acciones a las enfermedades cerebrovasculares,

una de las principales causas de mortalidad femenina, de las cuales al momento no se cuenta con una base estratégica ni legal ya que de esa manera se estaría contribuyendo de forma concreta a la erradicación de la exclusión en salud para la mujer.

Cuadro III- 2. Número de Servicios especializados para la atención de la salud de las mujeres en centros de salud pública

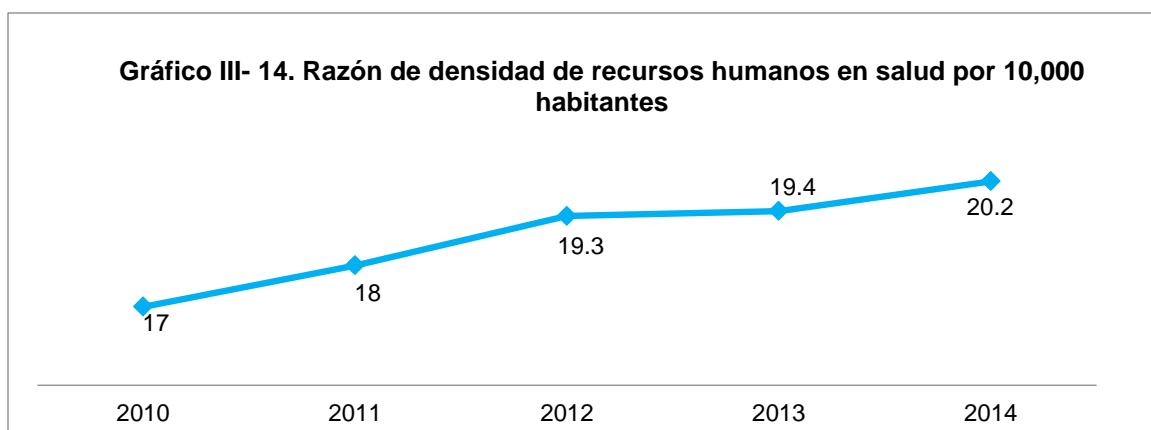
1. Servicios de atención médica general, psicológica, ginecológica, con abordaje intersectorial a mujeres víctimas de violencia en Unidades Institucionales de atención Especializada para las Mujeres.
2. Atención, prevención y control del cáncer cérvico-uterino mediante la Prueba de VPH, y de mama con mamografías y ultrasonografías especializadas.
3. Servicio de hogares de espera materna, los cuales son un espacio para que las mujeres embarazadas que corren riesgos de salud o no disponen de transporte a un hospital cerca de donde viven sean atendidas previo a las semanas antes del parto. La atención es gratuita y reduce el peligro de mortalidad infantil y materna.
4. Servicios de planificación familiar con controles subsecuentes y evaluaciones con parámetros esenciales.
5. Servicio de control prenatal y postnatal, a fin de evitar la mortalidad materna.
6. Servicios de consultas pre concepcionales, prenatal, parto y puerperio.
7. Servicios de rehabilitación oral a mujeres con pérdida de piezas dentales a causa de violencia social o intrafamiliar.
8. Servicios de tamizaje para la prevención del cáncer de cérvix mediante la prueba de VPH en mujeres de 30 a 59 años.
9. Servicios de Vigilancia Centinela de las ITS dirigida a poblaciones clave como mujeres trabajadoras sexuales.
10. Servicios de atención especializada en salud renal con apoyo de las Instalaciones de Ciudad Mujer, y con diagnóstico de ultrasonografía, mamografía, radiografía, electrocardiografía y laboratorio clínico automatizado con enfoque de prevención.

FUENTE: Elaboración propia con datos de Memoria de Labores MINSAL, distintos años.

ii. Eje 2. Recursos Humanos como piedra angular del Sistema

➤ DIMENSIÓN COBERTURA

Para desarrollar la Reforma de Salud y alcanzar los mejores resultados se planteó que un componente tan importante como el recurso humano en salud debía de asegurarse de manera adecuada y motivada, para que se desarrolle efectiva y productivamente en el lugar que se le necesita y en el momento que se le requiere. Además de ofrecer una atención en salud con calidad y dignidad, era imprescindible que se establecieran planes de formación profesional que adecuaran las capacidades y destrezas del factor humano para el abordaje eficaz de las necesidades en salud de la población; para ello, como primer punto era necesario ampliar el número de médicos y personal técnico, ya que de esta forma se lograría la construcción progresiva de una cobertura universal en salud principalmente en aquellas áreas donde predominaba a exclusión en salud.

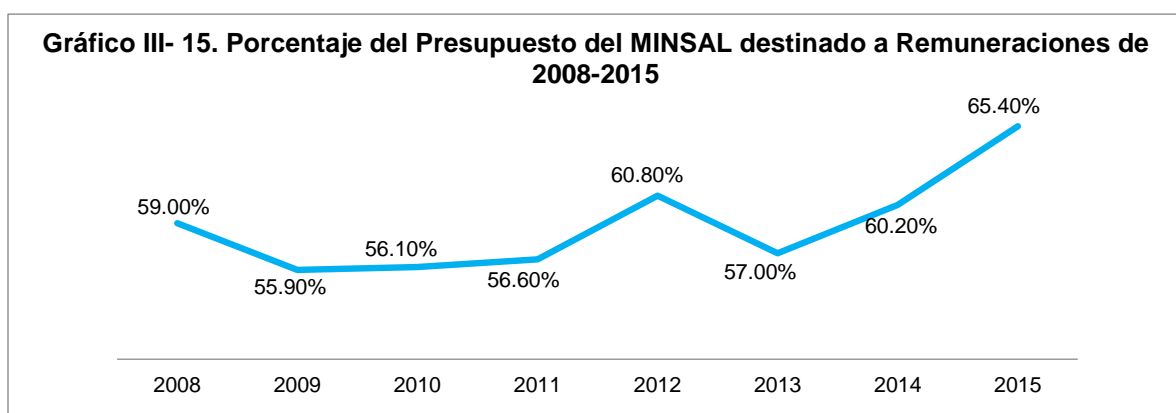


Fuente: Elaboración propia en base a datos de Unidad de Recursos Humanos del MINSAL. Nota: Recurso humano en salud incluye: médico general, médico especialista, médicos en servicio social, enfermeras y auxiliares de enfermería.

Como muestra el gráfico III-14, desde 2010 ha aumentado el personal de salud hasta alcanzar un 20.2 para el año 2014, un avance muy significativo. Es de mencionar que para la OPS la meta de los países es una densidad de 25 profesionales por cada 10,000 habitantes con el fin de alcanzar una cobertura de salud ideal; por tanto, se concluye que la densidad de recurso humano se ha incrementado para el periodo de estudio, pero no se ha alcanzado de manera suficiente un recurso humano para lograr un 100% de cobertura.

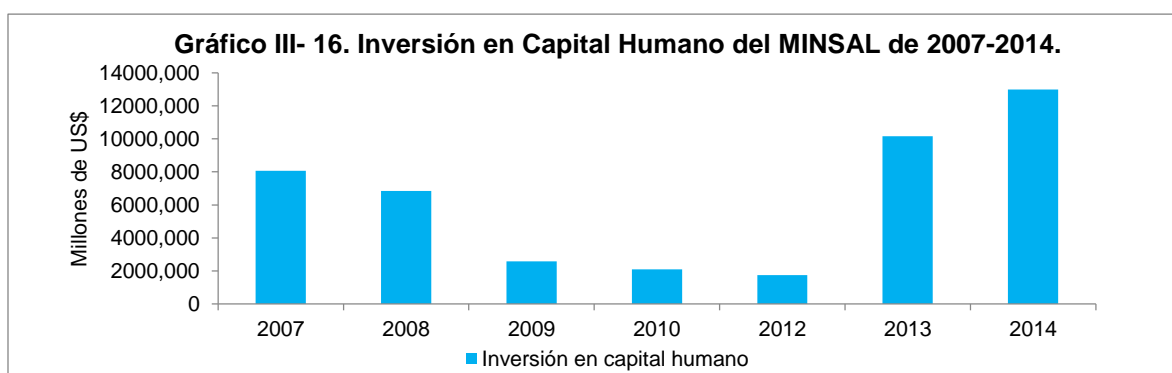
➤ DIMENSIÓN ECONÓMICA

Así como que se necesita un recurso humano suficiente, es primordial también contar el recurso financiero capaz de sostener la atención en salud, vemos que según el gráfico III-15, más de la mitad del presupuesto del MINSAL es destinado a remuneraciones. Una de las interrogantes que resulta es ¿Cómo será sostenible en el tiempo la incorporación progresiva del recurso humano, sin tener claro un financiamiento para lograr dicha incorporación? Se concluye que el presupuesto del MINSAL no es suficiente para el sostenimiento del recurso humano en salud para alcanzar una cobertura universal, ni para las implicaciones que conlleva como la ley de escalafón, si no se establece un marco legal y efectivo de financiamiento perdurable en el tiempo.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria de Labores MINSAL 2014-2015.

Por otro lado, el gráfico III-16 muestra la evolución inversión en capital humano y vemos que para los últimos años 2013 y 2014 ha sido considerablemente alta, llegando a una cantidad en 2014 de \$12,991,655.00, esto sin duda ha contribuido a fortalecer el recurso humano para una mejor prestación de los servicios con calidad.

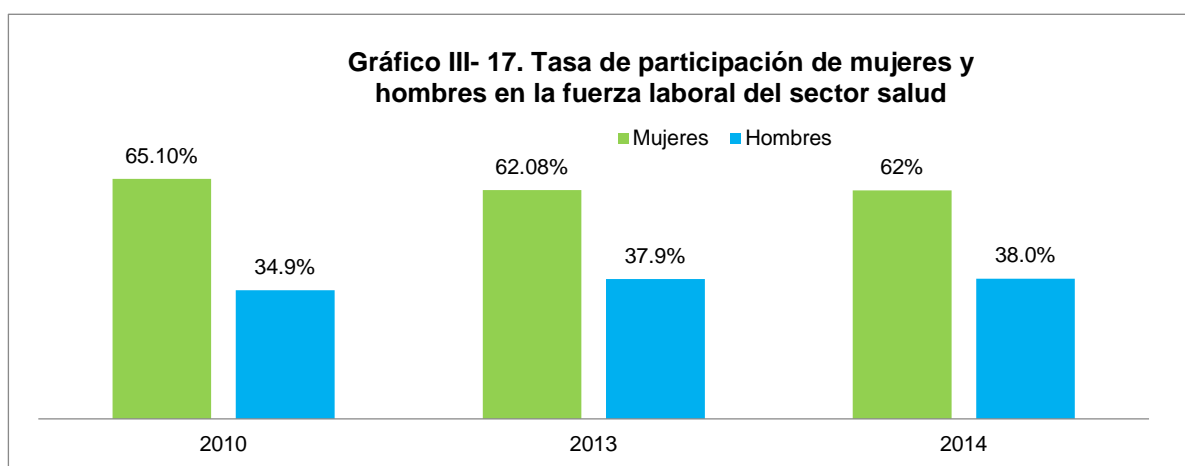


Fuente: Elaboración propia en base a información del Presupuesto del MINSAL. Datos no disponibles para el año 2011.

➤ DIMENSIÓN GÉNERO

La dimensión de género en la fuerza laboral en salud es un referente claro de cuáles son los retos a los que tiene que hacer frente el Estado para garantizar las oportunidades y derechos laborales de hombres y mujeres; con el objetivo de coadyuvar a la calidad del servicio, un recurso humano fuerte, capacitado, motivado y con metas claras capaz de contribuir de manera adecuada a identificar los determinantes de la salud, para mejorar la vida de la población.

Según muestra el gráfico III-17 la tasa de participación de las mujeres en la fuerza laboral es predominantemente alta para el sector salud; es concluyente por tanto, que la mujer es un componente primordial en las actividades y en el trabajo que realiza en Ministerio de Salud.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria de Labores MINSAL varios años.

Haciendo una desagregación de la participación laboral en las distintas disciplinas dentro del MINSAL desde 2009 hasta 2015 (Anexo 4), la participación de la fuerza laboral femenina es mayor a la masculina, al observar que el número total de mujeres sobrepasan a los hombres, una tendencia que se ha mantenido durante todos los años.

Aunque es importante resaltar que en algunas disciplinas las mujeres ocupan menos posiciones que los hombres como: médicos especialistas, médicos generales y residentes; en el resto de disciplinas es mayor la participación de la mujer, como por ejemplo en el área administrativa, siendo un área importante para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y estas en su mayoría están realizadas por mujeres; por tanto, la mujer juega un papel fundamental en las construcción de un sistema de salud, no

obstante, es primordial impulsar el desarrollo de la mujer abriendo oportunidades especialmente en puestos de carácter técnico.

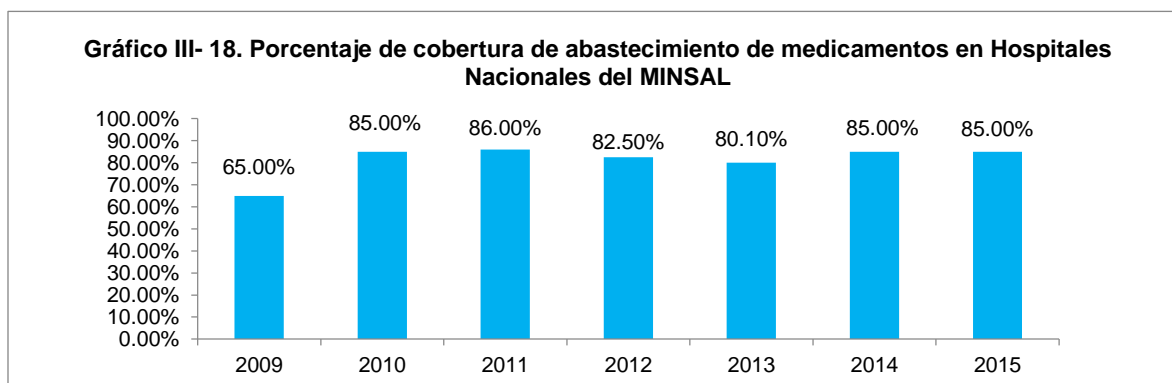
iii. **Eje 3. Respuesta la demanda de medicamentos y vacunas**

➤ **DIMENSION COBERTURA:**

La cobertura de medicamentos ha sido un tema importante dentro de la reforma de salud, antes del 2009 solo había un 44% de los medicamentos necesarios en la red pública de servicios (Rodríguez, 2010).

Este es uno de los principales problemas al cual se trata de dar solución de forma que permita a los usuarios y usuarias del sistema público de salud gozar de una atención médica integral. El nivel de cobertura de medicamentos a partir del año 2009 fue de 65%, luego en 2010 aumenta a un 85%.

De acuerdo a Morena Murillo Representante del Foro Nacional de Salud, dentro del cuadro básico de medicamentos se hizo un ajuste en la cantidad, ya que antes se contaba con un total de 500 medicamentos y actualmente se cuenta con 400; esto porque existían medicamentos demasiados caros los cuales eran suministrados a un bajo número de pacientes o que vencían de forma rápida, y esto es considerado uno de los motivos por el cual esta cobertura incrementó en un 20% al año 2010 (gráfico III-18). También se debe tomar en cuenta que el gasto en medicamentos aumentó en un 58.47% en el 2009 respecto al 2008 según Rodríguez (2010).



Fuente: Elaboración propia en base a Memoria de Labores MINSAL 2015-2016, Porcentaje de abastecimiento basado en el Cuadro Básico de medicamentos.

Aunque el sistema de salud debe contar con un nivel del 100% en cobertura de medicamentos, con la ejecución de la Reforma se refleja una mejora en la provisión de medicamentos que necesita la población usuaria.

Según la entrevista realizada a los miembros del Foro Nacional de Salud y las noticias de desabastecimiento de medicamentos, los entrevistados externaron que cuando existe la necesidad de un medicamento y el Sistema no cuenta con este, la red pública puede solicitar un mayor inventario a sus proveedores, pero hay un problema existente por parte de los laboratorios o empresas farmacéuticas, el cual es posponer la entrega del medicamento faltante con el propósito que el desabastecimiento genere un incremento en la demanda y a su vez un aumento en el precio del fármaco para tener mayores beneficios.

Aunque estas empresas pueden recibir multas por estas prácticas especulativas, según La Superintendencia de Competencia en el artículo 38 será una multa de cinco mil salarios mínimos mensuales y La Ley de Medicamentos establece en el artículo 82 una multa de 10 a 25 salarios mínimos urbanos del sector comercio y servicios, donde se plantea que si algún ente genera desequilibrios económicos, estos serán sancionados basados en dichos artículos, a pesar de la existencia de este marco jurídico las empresas inician procesos para que se anulen estas multas lo que resulta en un proceso judicial engorroso.

Ante estas dificultades, como se observa en el gráfico III-18 el nivel de abastecimiento de medicamentos por parte del MINSAL se ha mantenido arriba del 80% desde el 2010 hasta el 2015; aunque para 2012 con un 82.5% y 2013 con 80.10%, fueron los niveles más bajos para el periodo en estudio.

Además se observa un compromiso de mantener los niveles de cobertura igual o mayor al 80%, por tanto, hay un interés del Estado en que la población cuente con los medicamentos necesarios que les permitan gozar de una vida sana y productiva. Se debe aclarar que esto no implica que el tema de medicamentos de salud está resuelto, sino más bien se obliga al Estado a cumplir con el 100% de la cobertura de medicamentos y que a su vez sea una institución que ejerza presión para eliminar las prácticas anticompetitivas por ciertas empresas en pro del lucro antes de la salud

humana, para que de esa manera se posibilite ampliar la cobertura con el propósito de disminuir la exclusión en salud.

Otro indicador a tomar en cuenta dentro del eje 3, es el nivel de porcentaje de cobertura del cuadro de vacunas de la población de 0 a 1 año (tabla III-1). El hecho de contar con una población que en su totalidad esté vacunada, es para evitar distintos padecimientos que impidan el desarrollo anatómico y en consecuencia dentro de la reforma es un tópico de suma importancia.

Según Rodríguez (2010) se busca que el programa de inmunizaciones proteja de forma completa a la población infantil, empezando por la BGC, vacuna para la prevención de formas invasoras y tuberculosis, y se observa que desde el 2009 la cobertura era de 87.8% y pasa a un 88.6% en el 2010, evidenciando un aumento del 0.80%. Para los años posteriores se mantiene dicha cobertura arriba del 89.7% aunque para el año 2014 baja a un 84.6% y esta reducción ocurrió según información de Salud (2015) porque entre el 1 de junio de 2014 y mayo 2015 no se dio ningún caso de meningitis, tuberculosis, etc. En 2015 la cobertura total para la vacuna BGC fue de 100%.

Tabla III- 1. Porcentaje de cobertura de vacunación de la población de 0 a 1 año.

Vacuna	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BGC (vacuna para la prevención de formas invasoras de tuberculosis.)	87.8%	88.6%	91.0%	89.7%	90.1%	84.6%	100.0%
Antipolio 3.a dosis	91.2%	89.1%	89.2%	92.0%	89.9%	93.0%	91.9%
Rotavirus 2.a dosis	61.5%	89.6%	89.7%	93.4%	91.6%	96.4%	92.6%
Pentavalente 3.a dosis	90.6%	89.2%	89.4%	92.3%	92.0%	93.5%	91.1%
SPR (tripe viral para la prevención de Sarampión, Paperas y Rubeola.)	90.2%	90.6%	89.9%	93.1%	93.6%	94.5%	95.0%

Fuente: Elaboración propia en base a Memoria de Labores MINSAL 2015-2016

Respecto a la vacuna Antipolio en 3ª dosis (la cual ayuda prevenir la poliomielitis), la cobertura total ha sido en el 2009 del 89.0%, mientras que la cobertura promedio de 2009 a 2015 fue del 90.9%, demostrando el interés por mantener el programa ampliado de inmunizaciones.

La vacuna de Rotavirus (vacuna para la prevención de la diarrea y los vómitos que provoca el rotavirus) la cobertura en 2009 fue del 61.5%, nivel que contrasta con lo estipulado por la OMS, ya que a nivel nacional tiene que ser del 90% como mínimo de cobertura a lograr en materia de vacunación; aunque luego en el 2010 y 2011 se da una cobertura un poco arriba del 89% y luego entre 2012 a 2015 el nivel de vacunación alcanza el 90%.

Para las vacunas del Pentavalente (vacuna contra difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis e infecciones producidas por *Haemophilus Influenzae* tipo b.) y la SRP vacuna triple viral para la prevención Sarampión, Paperas y Rubéola, han mantenido un nivel de cobertura en promedio arriba del 91% desde 2009 hasta 2015.

En general el MINSAL ha hecho un gran esfuerzo para mantener un nivel de cobertura de vacunación a nivel nacional arriba del 90% como lo estipula la OMS, dado que la vacunación es un parámetro médico al cual se debe someter para la prevención de discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles, todo esto con el propósito de contar con una sociedad sana, productiva y enfocar estos planes de vacunación en la población que se encuentra en una situación vulnerable.

➤ **DIMENSIÓN ECONÓMICA**

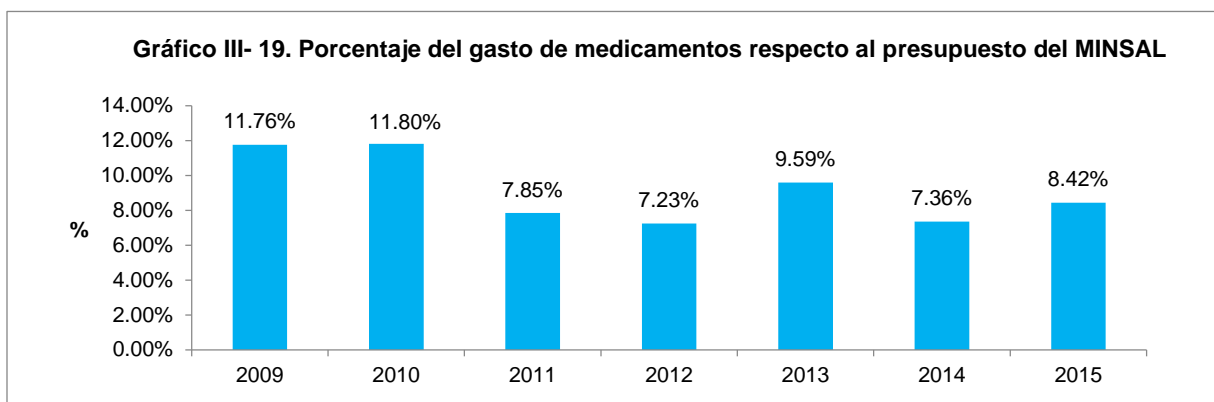
En la dimensión económica del eje 3 se ha tomado como indicador el porcentaje del gasto en medicamentos respecto al presupuesto del MINSAL, según la OMS (2014) dentro de sus estadísticas El Salvador a través del tiempo ha sido uno de los países que ejecuta una inversión muy baja en salud respecto al PIB en comparación de los demás países a nivel centroamericano y latinoamericano.

Según los datos del MINSAL la participación del rubro de medicamentos dentro del presupuesto asignado para el 2009 fue de 11.76% (gráfico III-19), reflejando una mejora en el nivel de abastecimiento de medicamentos, ya que de acuerdo al Ministerio de Salud, en 2008 el gasto porcentual había sido solo del 9%.

Cuando se menciona la palabra “gasto” y “aumento” se plantea que el gobierno está generando un despilfarro pero en este caso es una inversión en la salud de la población salvadoreña.

Como se observa en el gráfico III-19, para 2010 el porcentaje de gasto en medicamentos fue 11.80%, 0.04% más que en el 2009, luego en 2011 esta participación sería del 7.85%, cabe recalcar que los montos del presupuesto son diferentes para cada año; es por eso la diferencia porcentual de la participación de los medicamentos dentro del presupuesto del MINSAL, en 2012 con un 7.23%, 2013 con 9.59%, 2014 con 7.36% y 2015 con 8.42%, estos datos muestran una tendencia variable para todo el periodo de estudio.

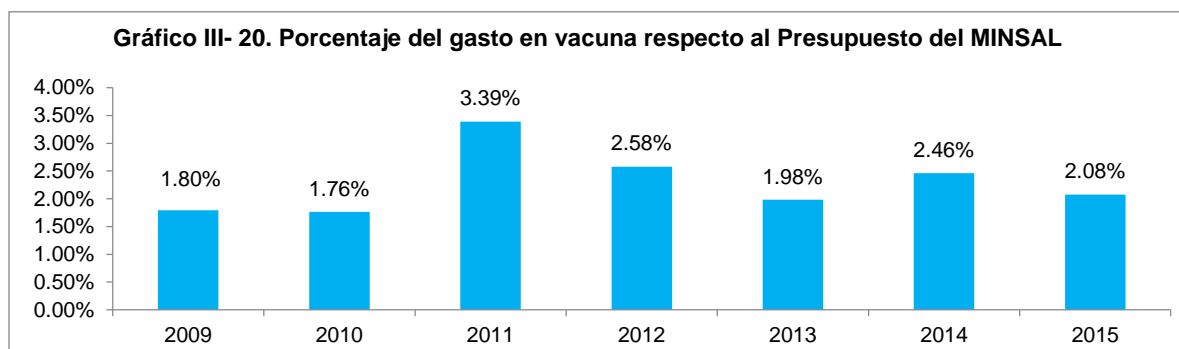
Un dato a importante es que el presupuesto promedio asignado a medicamentos entre 2009 a 2015 ha sido de \$51.44 millones a diferencia de lo ejecutado entre 2005 – 2008, el cual fue de \$38.6 millones de dólares en promedio, vemos que los egresos de ese rubro han experimentado un aumento moderado, esto es señal que hay un compromiso por parte del Gobierno de reforzar un sector tan crítico para la estabilidad de la salud.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memoria de Labores MINSAL 2015-2016.

El desembolso que se realiza para la compra vacunas es sumamente importante para el MINSAL, ya que les permite conocer si cuentan con la capacidad de continuar o de ampliar sus campañas de inmunización, además se observa que el presupuesto destinado a la compra de vacunas es menor al presupuesto que se utiliza para medicamentos.

La cantidad que se destinaba a vacunas en el 2006 fue \$5.49 millones de dólares y en 2007 fue de \$4.57 millones de dólares según SALUD (2012). Estos datos reflejan que la inversión era mucho menor antes del 2009 y a partir de dicho año aumentó así como se observa en el gráfico III-20, ya que del presupuesto de 2009 se destinó 1.80% que era igual a \$8.17 millones de dólares (Salud, 2011), luego para el 2010 se redujo a 1.76% y en 2011 se incrementa a un 3.39% con un monto de \$18.77 millones de dólares, lo cual tiene coherencia con la tabla III-1, ya que la cobertura del cuadro de vacunación para infantes entre 0 a 1 mejoró considerablemente respecto al año 2010, aunque la cobertura de SRP disminuyó en un 0.70% a pesar del incremento en el presupuesto, luego la participación porcentual promedio fue de 2.28% de las vacunas en el presupuesto del MINSAL desde el 2012 hasta 2015.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de Memoria de Labores MINSAL 2015-2016

➤ DIMENSIÓN PROCESOS

• Ley de vacunas y Ley de Medicamentos

En la dimensión de procesos respecto a la Ley de Vacunas, aprobada en 2012, dentro de los puntos a resaltar fue que el Programa Nacional de Vacunación e inmunización tiene un respaldo legal, además de contar con un fondo legal destinado a la compra de vacunas, equipos e insumos especializados para garantizar la cadena de frío, este fondo no será menor al uno por ciento del Presupuesto General de la Nación del ejercicio fiscal anterior (Salud, 2013).

Además se definen grupos poblacionales prioritarios, entre ellas están: los niños menores de 5 años de edad, las mujeres embarazadas, los adolescentes, los adultos mayores de 60 años de edad y grupos de pacientes con morbilidades asociadas (Salud, 2015).

Dentro de esta dimensión debemos agregar la aplicación de la Ley de Medicamentos, la implementación de este marco jurídico tiene la función de eliminar las prácticas arbitrarias por parte de las farmacéuticas respecto al precio de los fármacos que circulan a nivel nacional, estableciendo para ello el Reglamento de Determinación del Precio Máximo de Venta al público (Salud, 2013). Como resultado de este reglamento se redujo el precio de los medicamentos en un 38%, lo que se traduce en una mayor capacidad de compra de un determinado medicamento por parte de la población; además de la creación de la Dirección Nacional de Medicamentos que se convierte en el ente encargado de la vigilancia en el tema de medicamentos y a su vez funge como regulador de este rubro.

Al contar con estos instrumentos jurídicos, el Estado está salvaguardando la vida de miles de personas en el país en la prevención de diferentes enfermedades y eliminando la desigualdad en el acceso a un servicio básico y fundamental en salud, puesto que al contar con una Ley de Vacunas, se asegurara un óptimo desarrollo de la población infantil, evitando distintos padecimientos y enfermedades; además que el Estado tendrá el compromiso de asegurar que el Cuadro de Vacunas se cumpla a su totalidad. Por el lado de medicamentos, el Gobierno se muestra vigilante para que no existan desequilibrios que afecten el bolsillo y la salud de la sociedad salvadoreña.

iv. **Eje 4. Creación del Foro Nacional de Salud**

➤ **DIMENSIÓN COBERTURA**

El Foro Nacional de Salud (FNS) es un espacio social que cuenta con una participación de los liderazgos comunitarios activos en 75 municipios del país, además de 30 micro redes de salud que dan cobertura en 55 municipios en 8 departamentos del país, 6 RIISS departamentales, 11 SIBASIS y 17 Hospitales Nacionales.

Un aspecto que debemos tomar en consideración es la participación activa del FNS en la formulación de políticas públicas, integrándose en los comités técnicos y comités consultivos de la Política Nacional de Salud, Política de Promoción de la Salud, Política Nacional de Investigación en Salud, Política de Prevención del Cáncer y Política Nacional de Salud Bucal.

El Foro se ha involucrado activamente en las mesas de discusión sobre políticas públicas en salud. Durante la aprobación de la Ley de Medicamentos, el FNS realizó un papel fundamental en formulación de propuestas y en la vigilancia de su cumplimiento y además sostuvo un encuentro de 400 líderes y lideresas provenientes de las cinco regiones de salud para dar a conocer dicha Ley, con el objetivo de establecer estrategias de defensa de la misma (Salud, 2015).

En ese mismo encuentro se dio a conocer como funcionaria dicha Ley y qué argumentos plantear en su defensa, ya que consideraban estar a favor de eliminar las trabas en el acceso a medicamentos y asimismo sostuvieron discusiones sobre el correcto uso de los medicamentos e informaron a los miembros del foro respecto a cualquier duda en dicho tema.

El FNS ha contribuido a integrar la concepción comunitaria y social a la formulación de políticas públicas, con el propósito de que las necesidades de la población excluida sean una prioridad para las metas de desarrollo y progreso tanto social como económico.

➤ **DIMENSIÓN PROCESOS**

El progreso más notorio del Foro es que tiene voz y voto en tres mesas temáticas sectoriales a nivel nacional, discutiendo y aportando en materia de salud: 1) Mesa Sectorial de Salud Sexual y Reproductiva (desde 2011), 2) Mesa Sectorial de Medicamentos (a partir de 2014) y 3) Mesa Sectorial para la prevención de la violencia social contra las niñas y las mujeres (a partir de noviembre 2015).

Además de sostener reuniones con las comunidades para promover la salud como un derecho y a su vez fomentar la prevención de enfermedades, buscan incluir personas de la comunidad LGBTI en la mesa sectorial de salud sexual, evidenciando su esencia como un ente que busca la cohesión social y el bienestar de todos los individuos. Aunque a esta entidad se les presenta diferentes obstáculos ya sean burocráticos, económicos, sociales, Morena Murillo miembro del FNS expresó que tiene un largo camino por recorrer, pero que se muestran optimistas por los logros obtenidos desde su fundación.

➤ **DIMENSIÓN GÉNERO**

Uno de los avances en la dimensión género es la formación educativa en las comunidades y a las personas que forman parte del FNS sobre salud y diversidad sexual. Además se trabaja con una visión de salud sexual femenina más allá de la concepción tradicional de reproducción sexual, y a la vez fomentan la participación del hombre en la etapa de embarazo que atraviesan las mujeres.

Crean conciencia sobre el trato que deben recibir las personas de la comunidad LGBTI bajo un precepto de trato humano y métodos científicos sin juzgar la orientación sexual o género, igualmente se cuenta con 15 referentes institucionales y 45 comunitarios del FNS (de este total de 60 referentes 15 son hombres y 45 mujeres) buscando que la participación sea igualitaria. (Murillo, 2016)

La implementación de las bases legales como la Ley de Vacuna y Medicamentos, más la creación del Foro Nacional de Salud, son ejemplos de cómo la Reforma de Salud impulsada en 2009 trata de convertirse en un cambio estructural que permita aquellos individuos que han estado excluidos del goce de un derecho tan vital como la salud puedan gozar de este al ejecutarse dichos cambios, siendo la función principal del Estado, velar que sus ciudadanos puedan desarrollarse de forma plena y segura en una sociedad donde el individuo sea el eje central sobre el cual giren la creación, ejecución y evaluación de todas las políticas públicas para generar bienestar y disminuir los niveles de exclusión, aunque estos cambios no resuelvan la problemática social de atención médica en un 100%, sientan un precedente y una voluntad de transformar la realidad social de miles de personas.

v. **Eje 5. Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas.**

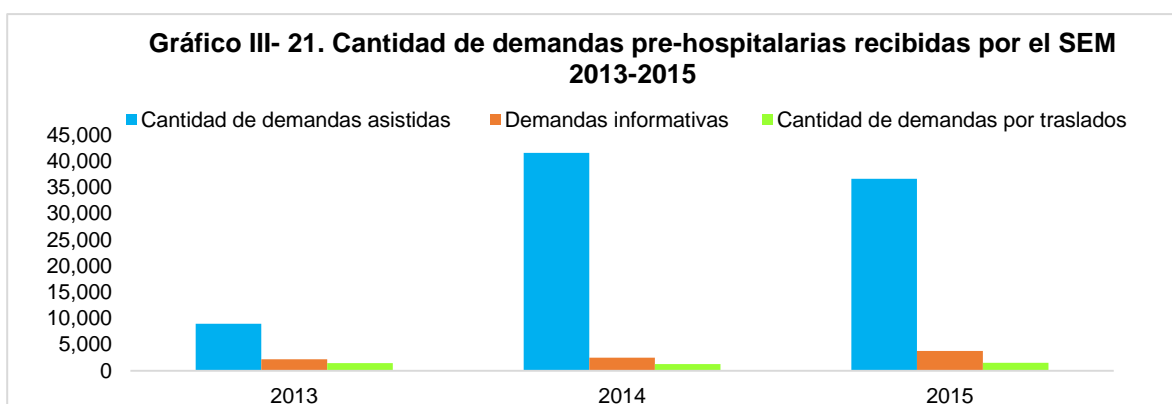
En cuanto a los avances que presenta el Ministerio de Salud para este eje, en la primera etapa del Sistema de Emergencias Médicas del Área Metropolitana del Gran San Salvador, fue inaugurada el 17 de diciembre de 2013, con una cobertura poblacional de más de 1,5 millones de personas. Se ha construido un mapa sanitario (Imagen III-1), asignando un código alfanumérico a cada centro de atención, lo que permitirá identificar de forma rápida y precisa a cada UCSF en relación a su Región, SIBASI, cabeza de micro red, Municipio y Hospital de referencia, con el objetivo de establecer la ordenación

territorial y funcional de los establecimientos que permita dar una respuesta efectiva en el menor tiempo posible.

Otro gran avance que se muestra es en relación al aumento de las atenciones que brinda el SEM, ya que en estos último años según datos del MINSAL para el año 2013-2014 en el primer semestre, el SEM brindó un promedio de 2,800 atenciones pre-hospitalarias mensuales y recibió 19,934 llamadas efectivas, de las cuales 8,988 fueron demandas asistidas; 2,203 demandas informativas; 1,459 demandas por traslados. Mientras que para el año 2014-2015 han realizado 41,619 demandas asistidas; 2,529 demandas informativas, y 1,284 transportes de pacientes críticos entre establecimientos de la RIIS. Para el periodo de 2015-2016 Se recibieron 41,975 demandas efectivas, de las cuales 36,663 fueron demandas asistenciales; 3,774 demandas informativas y 1,538 demandas por traslados.

Con esto se ha incidido en la atención de emergencias pre hospitalarias y en la referencia adecuada Laboratorio Nacional de Referencia de acuerdo con los lineamientos de la RIIS y se ha atendido directamente con recursos del SEM a 11,650 traslados en ambulancias medicalizadas y básicas. (MINSAL, Memorias de Labores, 2012-2015)

Como se observa en el gráfico III-21 existe un aumento muy significativo en la cantidad de demandas asistidas, generando un impacto positivo en la población beneficiada con este nuevo sistema de emergencias, agilizando así la atención pre hospitalaria, la asistencia hospitalaria y el traslado de pacientes a hospitales de la red del Minsal, sobre todo por las diversas emergencias que ocurren en el país ya sea por hechos de violencia de todo tipo, accidentes de tránsito, etc.

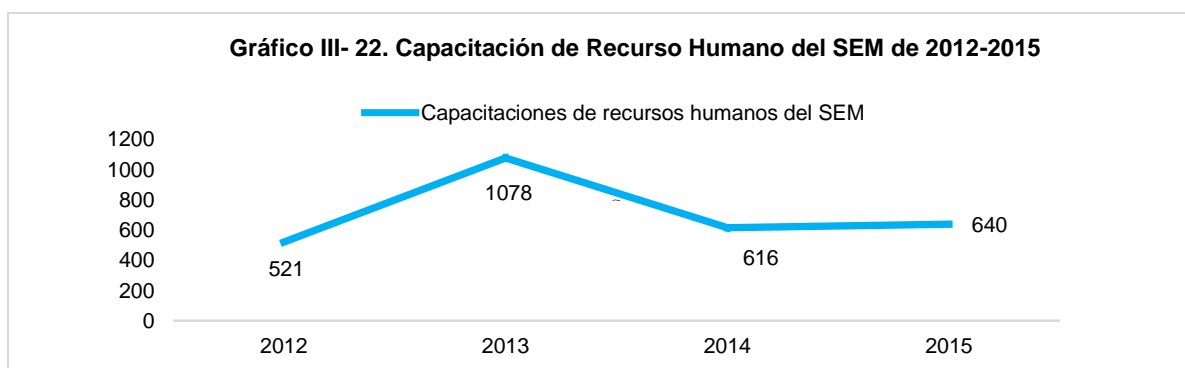


Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria de Labores del MINSAL varios años.

Una parte esencial del SEM es enseñar a salvar vidas; en ese sentido, se han realizado capacitaciones al recurso humano para actuar de la mejor manera en una eventualidad o emergencia, para el año 2014-2015 se reporta un total de 616 profesionales de la salud capacitados principalmente para la atención en las unidades de emergencias en hospitales, y voluntarios de los cuerpos de socorro; estos recursos se suman a los 1,078 que se capacitaron en el período 2013-2014 pertenecientes a las instituciones que conforman el Consejo Nacional del Sistema de Emergencias Médicas (CONASEM): Policía Nacional Civil, ISSS, cuerpos de socorro, personal de las unidades de emergencia de los hospitales y médicos y enfermeras de las UCSF del MINSAL.

Entre los cursos realizados se encuentran: cursos de Alta Especialización en Soporte Vital Cardiológico y Soporte Vital al Trauma, así como cursos de Primeros Auxilios Básicos y Manejo Defensivo, entre otros.

En el periodo comprendido entre junio 2015 y marzo 2016 se ha capacitado a través del Plan Nacional de Capacitación del SEM a 640 participantes (médicos pre hospitalarios, médicos de las unidades de emergencia, técnicas en emergencias médicas (TEM), personal médico y de enfermería del primer nivel de atención, personas de la comunidad) en 78 capacitaciones (cursos, charlas y jornadas).



Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria de Labores del MINSAL varios años.

En cuanto a las ambulancias disponibles para el SEM cuenta con 10 ambulancias adquiridas por FOSALUD y 40 ambulancias de los cuerpos de socorro: Cruz Roja (13); Comandos de Salvamento (13); Cruz Verde (14), distribuidas en la región del AMSS. En el presente año 2016 se han adquirido 3 nuevas ambulancias con una inversión de US\$ 301 119.84, con lo que ahora son 13 unidades. (MINSAL, 2012-2015)

En conclusión, a partir de los datos anteriormente planteados, existen algunos avances en la ejecución de este nuevo Sistema de Emergencia, cabe mencionar que este sistema dio inicio en diciembre de 2013 por lo cual tampoco se evidencian grandes logros o que ya todo está resuelto, por el contrario, falta mucho por alcanzar, sobretodo porque este sistema puede implementarse a nivel nacional. También se deben adquirir muchas más ambulancias para brindar una atención más ágil a la ciudadanía, contar con más recursos y personal para atender las emergencias.

Es importante dar a conocer este sistema de emergencia, para que les permita a los ciudadanos hacer uso de este servicio y contar con la plena confianza que sus demandas serán atendidas, además se debe mejorar la integración efectiva del primer nivel con el nivel hospitalario para darle un soporte sólido al SEM.

Otra limitante que podría decirse no depende del MINSAL, es el hecho de que existe la percepción que el sector privado se opone a esta inversión pública y busca la forma de desprestigiarla, porque un SEM funcionando a nivel nacional afectaría los intereses de la inversión privada en la atención de las emergencias, ante esto, la labor del MINSAL estaría en dar más apoyo y fondos para lograr una institucionalización del SEM ya que muchas personas no cuentan con los recursos para asistir a una centro privado en caso de emergencia, por lo tanto es importante dar una mayor cobertura a nivel nacional con el SEM y no solo en el área metropolitana de San Salvador.

vi. **Eje 6. Desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica.**

Este eje estratégico de la Reforma de Salud se ha convertido en la herramienta fundamental para la modernización de la administración institucional y los servicios de salud. Permite la aplicación idónea de las políticas de salud, incrementando la calidad, calidez y agilidad de los servicios a los/as usuarios/as, a su vez también facilita una toma oportuna, eficaz y eficiente de decisiones en todo nivel gracias a que posibilita el acceso, procesamiento, análisis, presentación y divulgación de la información captada.

Los mayores avances en cuanto a este Sistema Único de Información Estratégica se muestran para los años 2015 y 2016. Contar con el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones en el sector salud requiere en primer lugar instalar una plataforma idónea con una inversión sostenible en el tiempo, que permita asegurar el

acceso a estos recursos por parte del todo el personal. por tal razón el SUIIS se basa en un software libre que genera un ahorro al evitar comprar licencias de software privados.

Tabla III- 2. Número de Hospitales y UCSF que cuentan con la implementación del SIAP.

Indicadores/Años	2015	2016
Cantidad de hospitales que cuentan con módulo de identificación del paciente	27	27
Cantidad de hospitales que cuentan con módulo de citas	14	22
Cantidad de hospitales que cuentan con módulo de farmacias	5	13
Cantidad de hospitales que cuentan con módulo de laboratorio clínico.	2	3
Cantidad de Unidades Comunitarias de Salud Familiar UCSF y clínica de empleados que cuenta con SIAP	45	57
Cantidad de UCSF que cuentan con módulo de citas	4	12
Cantidad de UCSF que cuentan con atención en la clínica de Vigilancia Centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual	6	13
Cantidad de UCSF que cuentan con módulo de farmacia.	-	8
Cantidad de UCSF que cuentan con laboratorio clínico	-	11

Fuente: Elaboración propia con datos de Memoria de Labores 2014-2016.

Según información del Ministerio de Salud en sus memorias de Labores 2015-2016 algunos a resultados más relevantes se pueden citar:

1. Con financiamiento del “Programa Integrado de Salud, PRIDES” (Proyecto de préstamo ES-L1027 de fondos BID) y del préstamo BIRF 8076 (Fondos Banco Mundial), se ha finalizado la adquisición del equipamiento de servidores para el respaldo de la plataforma informática del MINSAL.
2. Con la misma fuente se concluyó la remodelación y equipamiento del aula de capacitaciones en informática.
3. Se cuenta con 91 establecimientos adicionales en la intranet institucional, sumando 285 de un total de 813 establecimientos, casi el 40 % de establecimientos con

enlace privado de ancho de banda mayor a 1 Mbps, mejorando de esta manera la velocidad de conexión, flujo y protección de datos.

4. La reciente promulgación de la Ley de Firma Electrónica y el convenio establecido con el Registro Nacional de las Personas Naturales para la consulta directa de los datos del DUI de expediente clínico electrónico del SUIIS brinda el sustento jurídico y técnico para la conformación y operativización de nuevas potencialidades técnicas del SUIIS de las que no hay antecedentes en la región:
 - vii. Inicio en el presente 2016 del expediente único electrónico.
 - viii. Desarrollo de recetas electrónicas.
 - ix. Geoposicionamiento de enfermedades y valiosa información que caracterizan la determinación social de las condiciones de vida, desarrollo y enfermedades que afectan a la población.
 - x. Desarrollo integral del funcionamiento en redes.
 - xi. Interconexiones entre los diferentes ejes de la Reforma de Salud para la toma de decisiones.
 - xii. Implementación en tiempo real de un sofisticado sistema de costos de todas las intervenciones desarrolladas.

Todas estas innovaciones que se están realizando con el Sistema Único de Información, es con el objetivo de mejorar los servicios del sistema de salud, así como también, eficientizar el uso de los recursos que adicionalmente contribuyan a la toma oportuna y pertinente de decisiones a todo nivel y ámbito, pero sobre todo con una aplicación idónea de las políticas de salud. Esto es posible gracias al acceso, procesamiento, análisis, presentación y divulgación de la información que se dispone actualmente.

Otro logro fue la aplicación de modelos matemáticos predictivos, estimados a partir de los datos de la vigilancia semanal, permitiendo obtener un alto nivel de precisión sobre las alzas y descensos de casos. También pudo intervenir oportunamente para lograr un descenso importante en las enfermedades que se tienen bajo vigilancia epidemiológica. Cada semana se emitió un boletín epidemiológico cuyo contenido incluyó monografías de diferentes tópicos de interés en salud pública: alertas epidemiológicas, lineamientos, reportes de situaciones epidemiológicas de temas particulares, revisiones conceptuales, investigaciones institucionales de otras direcciones o programas, situación epidemiológica internacional, entre otros (MINSAL, 2015).

En cuanto a la investigación epidemiológica, la Unidad de Investigación y Epidemiología de Campo (UNIEC) ha desarrollado un notable avance en la formación y capacitación de recursos humanos en epidemiología, investigaciones epidemiológicas de interés en salud pública, así como en la creación, desarrollo y conducción técnica de los Equipos de Respuesta Rápida para Investigación y Control (ERRIC), integrados por personal de salud comprometido para intervenir de forma inmediata y dar seguimiento a las enfermedades con alto potencial infeccioso y de transmisibilidad.

En relación con la formación y capacitación de recursos humanos en epidemiología, se han desarrollado cursos en diferentes niveles académicos bajo el programa de epidemiología de campo, impartándose un curso básico del mismo programa de formación a más de 50 recursos de la RIISS, fortaleciendo con ello las actividades de vigilancia e investigación en epidemiología, además del diplomado de Epidemiología de Campo, que aportó 26 profesionales de salud de nivel intermedio con habilidades y conocimientos en Epidemiología de Campo para mejorar la capacidad de análisis y respuesta en los niveles locales (MINSAL, 2015).

En conclusión, es importante recalcar que con la implementación del SUIS se está dando paso a la modernización de los servicios públicos y privados de salud que a su vez implicaría contar con la información suficiente y sobretodo de la situación de salud de la población para una mejor toma de decisiones, que se traduzcan en políticas pertinentes y adecuadas que resuelvan los diversos problemas que se generen ya sea de exclusión, epidemia, morbimortalidades, enfermedades transmisibles y no transmisibles y mostrar sus tendencias e intervenir en las áreas que lo requieran; esto gracias a la consolidación y posteriormente el respectivo análisis de la información incorporando otros aspectos como lo social, económico, demográfico y contar con un panorama completo.

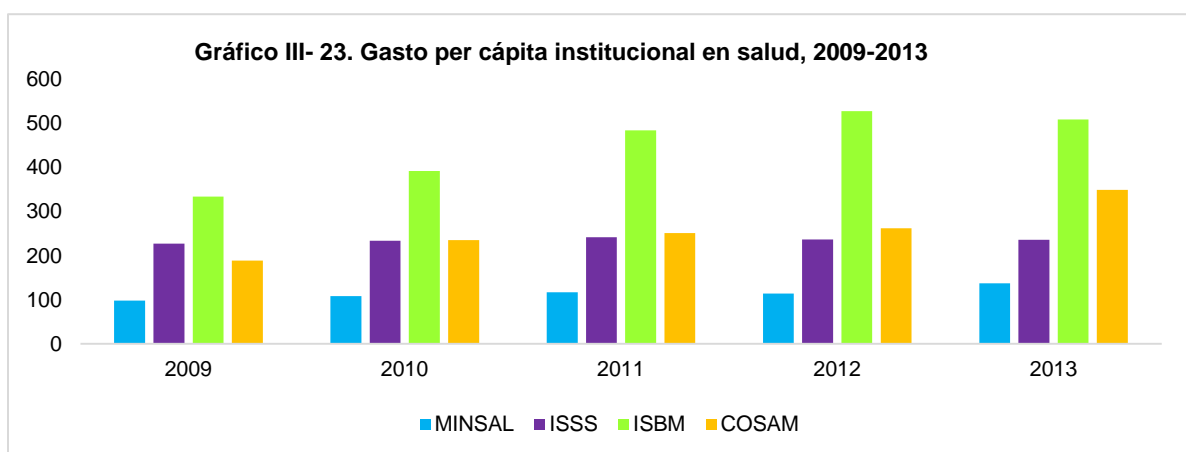
vii. Eje 7. Articulación progresiva del ISSS y otros prestadores públicos

➤ DIMENSIÓN ECONÓMICA

La población sin acceso a seguros médicos, en el país constituye alrededor del 75% en el período de estudio (2009-2014), menos de la cuarta parte de la población total del país cuenta con un seguro médico, de acuerdo a la EHPM. En este sentido, la responsabilidad del sistema público de salud, se debería encontrar orientada a cubrir las necesidades de salud de la población que no posee un seguro médico, como mínimo, para avanzar hacia disminuir la exclusión en salud, siendo necesario incrementar la inversión en salud y velar por la armonización del sistema de salud, o, en su defecto, por el acceso de mayor número de personas a un seguro.

• Análisis presupuestario: Gasto per cápita institucional en salud

La estructura del sistema público de salud, en El Salvador, históricamente, posee inequidades de origen, como se planteó en el capítulo anterior. El sector público se encuentra fragmentado en ISSS, ISBM, COSAM y MINSAL, principalmente. La asignación presupuestaria hacia estas instituciones, se da de manera inequitativa, de manera que más se asigna a la institución que menos demanda de servicios debe cubrir, o visto desde otro punto, el gasto per cápita en cada institución es notablemente inequitativo. Además, existen intervenciones no retribuidas por la Seguridad Social hacia el MSPAS, en áreas de prevención, control de vectores y acceso a servicios en zonas geográficas determinadas. A continuación, se presenta la evolución del gasto per cápita de MINSAL, ISSS, ISBM Y COSAM



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de MINSAL

En el gráfico anterior, es posible observar que en cada institución, se mantiene una misma tendencia constante en la asignación per cápita del gasto en el periodo estudiado, con tendencia al alza en ISBM y COSAM. Sin embargo, más allá de ello, es interesante notar que la asignación per cápita del gasto es menor para el MINSAL que para todas las demás instituciones presentadas, siendo esta la institución con más demanda de servicios.

De lo anterior, se puede rescatar una posible asignación igualitaria (bajo el supuesto de que se asigna un monto similar a las instituciones en comparación) y ante ello, la necesidad de una nueva asignación equitativa que pueda sustituirla, de manera que al ser el MINSAL la institución que cuenta con la demanda de más del 70% de usuarios y usuarias del sistema público de salud, incremente su capacidad de gasto, incrementando el gasto per cápita.

Lo anterior, motiva a considerar necesaria, Integración presupuestaria y articulación entre el sector público de salud, donde, en un avance hacia la Cobertura Universal de Salud, se buscaría ser capaces de lograr incrementar el acceso a servicios de salud para quienes no lo poseen, en el largo plazo.

➤ **DIMENSIÓN DE PROCESOS**

A continuación, se presentaran avances en el cumplimiento de los objetivos planteados, para el periodo señalado.

- Prestación conjunta de servicios

En el periodo 2009, 2014, se reconoce que ha existido avances en la coordinación conjunta de servicios, entre el ISSS, MSPAS y sociedad civil, básicamente, en velar por que la prevención, mitigación, rehabilitación y sustento del bienestar social posean alto nivel de acción en coordinación con (SALUD, 2012).

En general, las actividades realizadas en conjunto se orientan a control de vectores y epidemiología, de manera que en conjunto con FOSALUD, ISSS, ISBM, MINED, Instituciones privadas, sociedad civil y Sanidad Militar, se coordinen acciones y campañas informativas. Por ejemplos, se unió esfuerzos para enfrentar tendencias al Alza en Dengue, donde el trabajo intersectorial permitió mermar dicha situación (SALUD, 2012).

Sin embargo, se debe reconocer que la prestación conjunta de servicios y coordinación entre instituciones, ha presentado un avance leve en la conclusión del periodo de estudios, debido a que aún existe débil coordinación entre ambas en lo referente a prestación de servicios (SALUD, 2012).

En referencia a lo anterior, la ex ministra María Isabel Rodríguez afirma (SALUD, 2012:8):

Se emitieron planes y lineamientos para el manejo de Dengue y se generó una amplia y coordinada movilización social, logrando disminuir los criaderos de zancudos, mejorar notablemente el diagnostico de casos de dengue, acceso y manejo oportuno de pacientes a los servicios de salud correspondientes y la territorialización de acciones, alcanzando los excelentes resultados que se evidenciaron en bajos índices de casos positivos y bajísimos de letalidad.

- Sistema de Compensación de costos entre ISSS y MSPAS: esta iniciativa, pese a ser determinante en la construcción del camino hacia la equidad, no se ha desarrollado en el periodo en evaluación, siendo un aspecto importante a trabajarse en el futuro, pues significaría una mejor distribución de los recursos asignados a cada institución y mayor alcance de las mismas.

xiii. **Eje 8. Creación del Instituto Nacional de Salud y Fortalecimiento de la red de laboratorios**

La creación del INS tiene como prioridad promover mejoras sustantivas en la salud: generar, transmitir y difundir conocimientos y promover su incorporación en la solución de los problemas de salud para la población de El Salvador. Pretende convertirse, en el futuro, en punto de referencia para generación y proposición de soluciones técnicas y científicas para la rehabilitación de la Salud en EL Salvador y Centroamérica (Rodríguez, 2010).

➤ DIMENSIÓN DE PROCESOS

A continuación, se presenta a grandes rasgos, las metas y logros presentados por el MINSAL en el INS, hasta el año 2014 (MINSAL, 2015):

Meta 1. Publicar investigaciones sobre enfermedad renal crónica, realizada en comunidades agrícolas: Los resultados culminan en 2011. EN 2012, se estudian comunidades de El Paisnal (San Salvador), San Agustín (Usulután) y San Ignacio (Chalatenango).

Meta 2. Desarrollar la Red de Laboratorios clínicos (ver anexo 5), Bancos de sangre y el laboratorio nacional de referencia: Inserción y mejora de programas de gestión de calidad nacionales e internacionales, ampliación de metodologías en un 50% con nuevas pruebas de agentes infecciosos emergentes y re-emergentes, Capacitación a más del 90% del personal e incremento de 30% en la producción, además de la reorganización de laboratorios clínicos y completar en 40% los bancos de sangre.

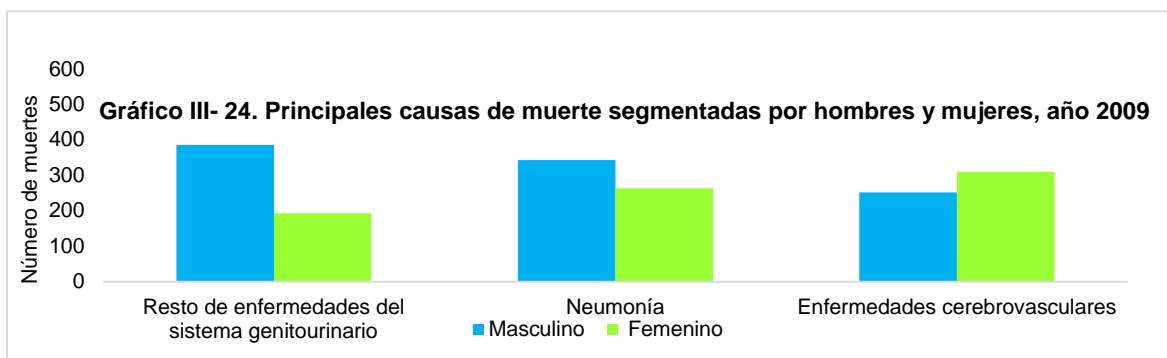
Meta 3. Avanzar en la gobernanza en investigación en salud: Concluye en diagnóstico de investigación en salud, Etapas I y II de la agenda de prioridades de investigación en salud, conducción de talleres para identificación de prioridades por áreas y el inicio de la etapa III para aplicar la metodología 3D CAM¹⁰.

Actualmente, se presenta realización de investigaciones en áreas de:

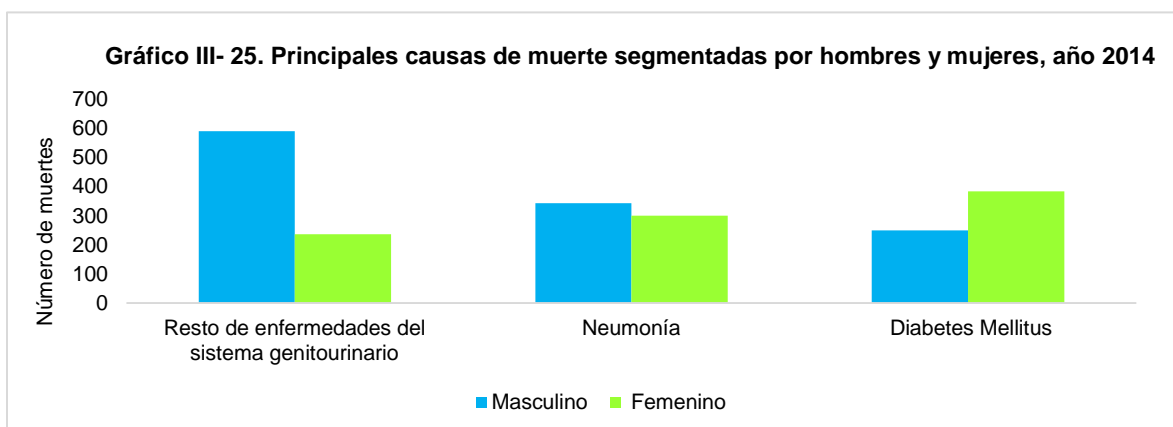
- Investigación en salud renal
- Investigación en salud sexual y reproductiva
- Investigación en determinantes en salud
- Investigación laboratorial
- Investigación en salud ambiental y ocupacional

Las investigaciones en curso presentadas por el Instituto Nacional de Salud, se encuentran en concordancia con problemáticas relevantes en materia de enfermedades y contribución a la salud, sin embargo, es importante comparar la evolución de las principales causas de muerte entre hombres y mujeres en los dos años de extremos en el periodo de estudios, como se presenta a continuación:

¹⁰ Diseño o manufactura asistido por computadora.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MINSAL.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MINSAL

En el gráfico anterior, se puede observar que se mantienen las enfermedades del sistema genitourinario, en el caso de los hombres, como principal causa de muerte, al inicio y al final del periodo de estudio, presentando un incremento en las mortalidades, manteniéndose la misma tendencia para la segunda causa de muerte: Neumonía y variando en la tercera, de enfermedades cerebrovasculares al inicio del periodo de estudio a Diabetes Mellitus al final, en el caso de las mujeres, es esta última, la principal causa de muerte.

Se puede observar que las investigaciones realizadas hasta el momento poseen relevancia en cuanto a la identificación de las principales causas de muerte para hombres y mujeres, y en especial para el primer grupo; Sin embargo, aún existe la necesidad de atención en mujeres, debiendo avanzar para responder a sus necesidades particulares, siendo estas identificadas como grupos vulnerados y con menos empoderamiento.

En síntesis, para cada uno de los ejes de la Reforma de Salud, se ha aplicado el análisis de las dimensiones mencionadas anteriormente, con sus respectivos indicadores, a manera de evaluar el avance e identificar áreas de oportunidad, es decir, dimensiones con poco o ningún avance, permitiendo así lograr una aproximación a reconocer el aporte de la reforma de salud a la erradicación de las causas de exclusión en salud en El Salvador, reconociéndose que es un aporte simbólico debido a que aún existen ejes con mínimo o ningún avance de acuerdo a sus objetivos planteados y los avances que se muestran en los ejes más desarrollados corresponden básicamente a iniciativas que deben ser potenciadas para lograr resultados relevantes (Ver anexo 6).

En general, se puede afirmar que la Reforma de Salud constituye una propuesta de gran potencial que sienta las bases hacia la erradicación de las causas de la exclusión en salud en El Salvador; Sin embargo, su contribución ha sido poco representativa ya que aún no se cuenta con los recursos necesarios para, efectivamente, contribuir a erradicar la exclusión en salud.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo, se han elaborado un conjunto de propuestas para el fortalecimiento de la Reforma de Salud de cara a la eliminación de los determinantes estructurales de la Exclusión Social en Salud.

El capítulo se constituye por: propuestas o recomendaciones para el cumplimiento de los objetivos de cada eje establecido en la Reforma de salud, recomendaciones generales para su continuidad y conclusiones.

4.1 Conclusiones

La Exclusión Social es una problemática presente en la sociedad a través del tiempo. En El Salvador dado la estructura económica-social hay una latente exclusión en salud, derivada de la exclusión social. Así, se encuentran sectores de la sociedad que no gozan de acceso a la asistencia médica y un sistema de salud deteriorado y sectorializado, lo que da origen a la Reforma de Salud, una iniciativa de política pública que busca incidir positivamente en erradicar dicha situación que afecta a miles de familias.

La Reforma de Salud, constituye una iniciativa de política pública planteada a raíz de la desigualdad, pobreza y la exclusión en salud, existiendo previo a la Reforma una serie de determinantes, deficiencias e indicadores de exclusión social y exclusión en salud en salud, que resume el índice FGT con un valor alrededor de 0.28, indicando alta exclusión en salud.

El principal objetivo de esta Reforma es llegar a la CUS y así asegurar el derecho a la salud de toda la población con un sistema nacional de salud fuerte, concentrando sus acciones en tres niveles de atención por medio de una Red Integrada de Servicios, pero con énfasis en el primer nivel de atención, buscando ampliar la cobertura de atención preventiva y eliminar poco a poco barreras geográficas que impiden el acceso a los servicios de salud, siendo este el eje que presenta mayores avances.

Además, los lineamientos orientados a abastecimiento de medicamentos y vacunas, participación democrática mediante el Foro Nacional de Salud y al SEM presentan resultados favorables.

A pesar de lo anterior, existen áreas de oportunidad en los ejes de la Reforma que necesitan mayor fortalecimiento, entre ellos una intervención más eficaz en el seguimiento de la articulación progresiva entre ISSS y MINSAL y el Instituto Nacional de Salud, mejora de la atención a usuarios y usuarias de los servicios de salud pública, siendo estas las áreas con menor desarrollo en ese periodo; áreas de gran potencial como la articulación progresiva del ISSS Y MINSAL, representan un punto importante para avanzar hacia la igualdad y equidad, para así consolidar y reforzar un sistema nacional de salud capaz de responder a las necesidades de la población, y contribuir a mejorar su calidad de vida.

En lo referido a articulación del MINSAL y prestadores públicos, actualmente no existe acoplamiento de las acciones de la Reforma con otras entidades de salud pública, es preciso pues, que exista una interrelación de estrategias en salud, incorporando a todos los subsistemas como Bienestar Magisterial, ISSS; Sanidad Militar y FOSALUD, ya que de esa manera se asegurará de manera efectiva que la atención que logre un impacto en toda la población, y que además, responda de forma armonizada a las necesidades de los distintos sectores de la sociedad.

Y, por su parte, el desarrollo del INS como un instrumento de fortalecimiento a la rehabilitación en salud, es determinante para el desarrollo de respuestas a principales causas de muerte y su disminución, indicador que a la fecha, a pesar de existir investigaciones relacionadas con la principal causa de muerte en los hombres, aún no presenta reducción en la misma.

A pesar que las barreras de acceso se han disminuido para la atención en el primer nivel y se ha establecido lineamientos para el control y abastecimiento de medicamentos y vacunas, aún existen medidas a evaluar y reconsiderar, como medicamentos con desabastecimiento por falta de presupuesto y mal manejo de indicadores, procesos administrativos complejos para la adjudicación de licitaciones públicas, de manera que, los resultados muestran que al evaluar las consultas de personas que enfermaron como indicador de cobertura del quinquenio anterior y posterior a la Reforma, se observa que se mantiene una misma tendencia en general, con un año atípico de menor cantidad de consultas: 2007, por tanto, la Reforma de Salud ha contribuido a la ampliación de la cobertura de salud, pero no de manera total, de manera que existe un nivel latente de exclusión en salud que la Reforma de Salud no ha podido cubrir.

Adicional a lo anterior, la pobreza va relacionada a la exclusión social, lo que confluye a la vez en una exclusión social en salud, el análisis expuso que más del 30% de la población se encuentra en situación de pobreza, es necesario pues, que la Reforma de Salud camine en conjunto con políticas públicas claras en pro de la reducción de la pobreza, ya que así se estaría contribuyendo a un cambio de vida de la población, lo que ha percibido una contribución al reducirse el gasto de bolsillo en el período de estudios en aproximadamente 8%.

Es preciso destacar que la Reforma de Salud es una política pública con grandes potencialidades en su formulación y prometedores resultados si pudiera ejecutarse de acuerdo a lo planteado, sin embargo, el principal problema para llevar a cabo el desarrollo de esta Reforma de una manera más ágil consiste en que no hay una fuente clara de financiamiento y sostenible en el tiempo, lo que imposibilita la consecuente ejecución de las metas planteadas.

La falta de financiamiento para desarrollar cada uno de los ejes contemplados en la formulación de la Reforma de Salud, unido a la dominación por parte de la hegemonía del capital, asignación presupuestaria inequitativa, falta de seguimiento a proyectos establecidos y falta de inversión para desarrollo de las capacidades humanas que sepan responder a las necesidades reales de la población y a sus condicionantes de vida, constituyen las principales barreras hacia la CUS.

En general, se reconoce que la reforma de salud implementada representa un gran avance hacia la CUS y erradicación de las causas de exclusión en salud, presentando indicadores positivos en cada uno de los ejes planteados. Sin embargo, se debe destacar que a pesar de que existen cambios y que se han acercado los servicios de salud a municipios de extrema pobreza y se ha esquematizado una estrategia de atención comunitario-preventiva, los ejes de la reforma de salud no cuentan con el presupuesto necesario para desarrollar sus objetivos.

¿Por qué un gobierno debe invertir en salud? No precisamente porque a largo plazo puede generar empleos y contribuir a dinamizar la economía o porque se necesita salvadoreños y salvadoreñas que gocen de la salud para contribuir al mismo propósito.

La importancia de aumentar el gasto en salud va más allá de lo económico, se orienta a contribuir al desarrollo entendido como mejora en el bienestar de las familias, va dirigido al cumplimiento de los derechos humanos y a una respuesta a una de las

privaciones más sentidas de la pobreza en El Salvador, donde el impacto de reducir el gasto de bolsillo de las familias es solo un instrumento para potenciar sus capacidades.

La inversión en salud constituye un acto de humanización y una herramienta para potenciar las capacidades de la población salvadoreña y contribuir a erradicar la exclusión social en salud.

4.2 Recomendaciones para cada Eje de la Reforma de Salud.

i. Eje 1. Construcción de una Red Integrada de Servicios de Salud

La cobertura universal en salud se convirtió en una de las metas primordiales para la Reforma de Salud, y al mismo tiempo, una meta para consolidar el Sistema Nacional de Salud, la cual fue catalogada como un reto de gran magnitud para lo cual el país no estaba preparado, pese a ello, los indicadores antes expuestos muestran un avance moderado, no como lo planificado originalmente, pero si un progreso que se ha traducido en el mejoramiento del acceso a la salud en zonas donde históricamente habían estado excluidas, principalmente con la implementación de los ECOS y ECOS especializados, pese a ello todavía hay mejoras que implementar, ya que una de las principales observaciones que hace la población usuaria a los ECOS es que están ubicados en zonas no convenientes para los usuarios y usuarias, lo que implica que tengan que recorrer grandes distancias para recibir la atención médica, lo que conlleva a la observación que no se ha logrado un porcentaje total de cobertura, solo se ha cumplido un 30% de la meta trazada de instalación de ECOS familiares.

De igual manera, dichos equipos comunitarios fueron organizados para afrontar de manera clara y contundente los distintos determinantes sociales de las comunidades, hace falta pues, una ordenación más clara y eficaz de las estrategias, acciones y labores con todos los actores pertinentes para enfrentar situaciones como la pobreza, que es considerada como una de los principales determinantes que impiden el gozar de condiciones de salud de manera adecuada y sobretodo humana, ya que así se logrará la consolidación de todas las necesidades y peticiones de las comunidades.

Por otra parte la estrategia de los Equipos comunitarios de salud familiar representaba aumentar de manera considerable tanto la inversión pública, como el gasto corriente, ya que cada Ecos es ubicado en una UCSF, o se construye instalación física, si

a inicios del año 2009, solo se contaba con 377 UCSF, y se necesitaba ampliar la cobertura al 100% con ECOS, significaba una inversión aproximada de \$200,000,000.00, en todo el quinquenio, que según el análisis del capítulo anterior, la inversión pública en salud de 2009 a 2014 no sobrepasó los \$60,000,000.00, esto ocasionado por la escasez de recursos económicos y la ausencia de una ruta clara de financiamiento por parte de las autoridades ejecutoras de la Reforma de Salud.

Una de las acciones que tuvo un impacto económico en los usuarios y usuarias fue la eliminación de las cuotas voluntarias, viabilizando así los servicios de salud y posibilitando mejorar las economías locales, esta acción tenía que tener su contrapartida en las finanzas públicas, el presupuesto institucional de Salud se vio incrementado en casi un 50% al final de 2014, pero sin alcanzar la meta establecida de la Reforma de un 5% en relación al PIB, esto quedo como una punto pendiente por cumplir, no obstante, la ampliación del presupuesto es signo de un progreso y muestra una voluntad de conformar un sistema de salud integral.

Así como la gratuidad constituye uno de los principios esenciales de la gestión, igualmente la Intersectorialidad pretende ser una de las bases para las acciones y trabajo colaborativo, incluyendo distintos puntos de vista y representantes de la sociedad, ante esto, el Secretario del Sindicato de Médicos del Hospital Nacional Rosales Dr. Alcides Gómez indicó que a dicho gremio no se le tomó en cuenta para la formulación de la Reforma, y tampoco para la consecuente ejecución, dicho sector sindicalista ha intervenido, esto es muestra que no hay una Intersectorialidad consolidada y completa, lo que repercute en una falta de consenso social y técnico por parte de las autoridades de MINSAL y de otras instituciones involucradas.

Además, en relación a la atención de la salud materna, se ha fortalecido moderadamente, sentando un buen precedente a nivel internacional con la consecución progresiva de la meta cinco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, logrando casi un 100% de partos hospitalarios. Sin embargo, es necesario un sistema de monitoreo que permita el seguimiento constante de los resultados que se obtienen y retroalimentación de los mismos en distintos aspectos que influyen en la salud materna, debido a que se observa fluctuaciones al final del periodo.

En lo referente a la morbilidad materna, uno de esos aspectos a monitorear son los controles postnatales y cuidados puerperales de alta trascendencia, tanto en la madre como el hijo, siendo necesario que se aumente la implementación de los programas preventivos para incidir de manera adecuada en la salud materno-infantil.

Asociado a lo anterior, se identificó que la tasa de mortalidad infantil es prevalentemente más alta en niños menores de 5 años, siendo una de las mayores causas de mortalidad la neumonía, ante esto, es importante reforzar el esquema nacional de vacunación (el cual incluye vacuna contra neumonía), conjuntamente impulsando planes para una alimentación adecuada y factores ambientales, todo esto para incidir de manera efectiva en esta causa de muerte.

A manera concluyente, para el Eje 1, las acciones deben ir enfocadas no solamente a extender la cobertura en salud, sino que, debe fomentarse la calidad de los servicios, que sepan responder de manera congruente con las necesidades de la población y de las condiciones del país, asimismo que se anteponga sobre todo la garantía del derecho a la salud, esto se va a lograr una vez se consoliden todas las posturas de los sectores que componen la sociedad.

ii. Eje 2. Recursos Humanos como piedra angular del Sistema

Como se explicó en el capítulo pasado, el recurso humano constituye uno de los componentes indispensables para la estructuración de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se necesitaba pues, que el recurso humano supiera reconocer y responder efectivamente a la realidad de la población.

Uno de los avances notorios fue el incremento de la cantidad del recurso humano en salud, esto va en reciprocidad con la implementación de los ECOS familiares y especializados, pero dicho recurso humano tiene que ir acompañado al mismo tiempo de habilidades y destrezas adecuadas para enfrentar los distintos determinantes de salud, esto constituye una gran área de oportunidad para mejorar, dado que hay un malestar vigente en el sentir de la población hacia el recurso médico, esto porque no hay un verdadero reconocimiento de lo que significa el servir en el sector salud.

El mencionado incremento del recurso humano, requiere además de un enfoque más profundo en la identificación de los determinantes sociales de salud, y de una ruta clara de financiamiento para su sostenimiento, y la progresiva ejecución de la Reforma de Salud.

Por otro lado, si vemos los recursos destinados a las remuneraciones notamos que más de la mitad del presupuesto institucional va para dicho rubro, es necesario que tanto los salarios como los aumentos anuales derivados de la ley de escalafón estén acorde a

los verdaderos resultados que cada trabajador genere en el puesto donde se desenvuelve, y no por otros méritos de tipo político o preferencial.

Aunque se haya extendido la densidad del recurso humano, no se ha logrado la meta ideal planteada por la OPS, de 25 recurso médico por cada 10,000 habitantes, y es que uno de los problemas existentes es la parcialización de labores de médicos que conforman el plantel de Ministerio de Salud, existe una diversidad de turnos menos de 8 horas que dificultan brindar cobertura y atención completa a la alta demanda, por lo que es preciso una reestructuración de las jornadas laborales para asegurar los servicios de salud a toda la población.

iii. Eje 3: Respuesta la demanda de medicamentos y vacunas.

En respuesta al problema de desabastecimientos, el Ministerio debe coordinar con los proveedores de medicamentos o las farmacéuticas, fechas plazo en el cual los hospitales nacionales eviten desabastecimientos y que la entrega no sobrelleve ningún retraso. El MINSAL debe buscar proveedores en mercados internacionales o alternativos de medicamentos para abastecer el sistema público o que sea capaz de desarrollar una institución nacional farmacéutica inherente al MINSAL, que pueda producir los medicamentos que demanda la sociedad salvadoreña con precios más bajos sin perder los estándares de calidad.

Además, deben desarrollarse procesos judiciales contra aquellas entidades que ejecutan prácticas anticompetitivas y de desabastecimiento además, las cláusulas de compraventa entre el MINSAL y las farmacéuticas deben ser claras y definidas, con el propósito que no existan vacíos legales.

Es de suma importancia realizar campañas que promuevan el cuidado de la salud desde una edad temprana y evitar determinados estilos de vida que ponen en riesgo la salud, para que la población no dependa del consumo de medicamentos, fomentando el deporte y el ejercicio, esto generaría un impacto positivo en la salud de la población en mediano y largo plazo.

El MINSAL debería establecer como meta a nivel de cobertura de medicamentos un 95%, haciendo rigurosos controles de inventarios y auditorías a las personas que trabajan en bodega y farmacias de los centros asistenciales o toda aquella persona que tenga contacto directo con el despacho de fármacos y la administración del presupuesto para medicamentos sea eficiente.

iv. Eje 4. Creación del Foro Nacional de Salud.

El Foro Nacional de Salud no posee actualmente un presupuesto asignado, puesto que la pertenencia a él es de forma voluntaria. Debido a que representa un instrumento de participación ciudadana se debería considerar proveer al Foro Nacional de Salud un presupuesto justo, que debe estar previamente contemplado en la partida de gastos del MINSAL; además de proporcionarles infraestructuras física, mobiliario y equipo, vehículos.

Aunque la pertenencia a dicho foro es voluntaria y de participación ciudadana, debe existir una retribución económica hacia sus participantes por la labor que realizan.

Es necesario, fomentar el acercamiento y comunicación entre la academia, MINSAL y el FNS, porque ha sido uno de los problemas a la hora de discutir políticas públicas, donde el FNS tiene participación.

Según lo compartido por los entrevistados, al no contar con una preparación académica en materia de salud, generaba un rechazo a los doctores, enfermeras y el mismo Ministerio, sin darse cuenta que el foro es la representación de la ciudadanía y que pueden conocer de primera mano la situación médica de la población salvadoreña pero sobretodo sus principales necesidades, quejas y solicitudes que podrían mejorar no solo el acceso a la Salud sino que también el servicio e inclusive formular políticas .

Se debe promover una mayor participación ciudadana por parte del Gobierno e informar a la población de forma imparcial, sin prejuicios y científica sobre los diversos temas de salud, esto abarca tolerancia, respeto hacia las mujeres y a la comunidad LGBTI, dejando de lado mitos, costumbres, tabúes de forma que los ciudadanos se sientan incluidos, motivados en la defensa y participación de sus derechos.

v. Eje 5: Construcción de un Sistema Nacional de Emergencias Médicas.

Para lograr una mayor cobertura y atender de forma rápida las diversas emergencias que se presenta a diario, es de suma importancia adquirir una mayor cantidad de flota de ambulancias y otro equipamiento necesario para dar respuesta inmediata a las demandas de la ciudadanía y agilizar los números traslados a los centros asistenciales y hospitales.

Debe destinarse una mayor cantidad del presupuesto para contratación de recurso humano que permita contar con la suficiente capacidad y poder atender de forma eficiente y las diversas emergencias que se presentan a diario en la fase pre-hospitalaria.

También existe falta de conocimiento por parte de la ciudadanía sobre la existencia y funcionamiento del SEM; por lo cual sería importante llevar a cabo estrategias de información, educación y comunicación social sobre todo con la implementación de una campaña ciudadana de información y uso del sistema.

El lograr una institucionalización del SEM sería un paso importante que traería muchos beneficios logrando una mayor cobertura a nivel nacional con el sistema y no solo en el área metropolitana de San Salvador. Aunque esto implicaría afectar los intereses de la inversión privada en la atención de las emergencias, pero que beneficiaría de sobremanera la población que no cuenta con los recursos para adquirir un servicio privado.

Toda esto no puede llevarse a cabo si no se cuenta con un mayor presupuesto por lo cual es importante destinar una mayor cantidad de recursos económicos que permitan cumplir con los objetivos y metas que se han planteado no solo para este eje sino para toda la reforma en sí y no depender únicamente de los financiamientos externos o préstamos, sino que buscar la forma de contar con recursos propios y lograr una mayor cobertura.

vi. Eje 6. Desarrollo de un Sistema Único de Información Estratégica.

Aunque aún no hay una propuesta concreta para visualizar un sistema unificado de información en salud para el Sistema Nacional de Salud, se han iniciado diálogos con otros actores para que pueda haber interoperabilidad entre los diferentes sistemas de atención y se pueda compartir información con todos sus integrantes.

A pesar de los avances en el SUIIS, predomina aún la dispersión de sistemas informáticos por temas en el MINSAL tanto a nivel central como en los niveles operativos y con plataformas diversas. Se debe contratar una mayor cantidad de recursos humanos y adquirir equipamiento informático adecuado para implementar el proceso de cambio.

Se conoce muy poco sobre los avances en cuanto a la definición del Expediente Clínico Único el cual es un elemento clave para el montaje del SUIIS. Para lograr este alcance es substancial lograr una informatización en los establecimientos de las unidades de salud ya que estos cuentan con muy pocos equipos informativos que les permitan hacer frente a las demandas de este sistema.

vii. Eje 7. Articulación progresiva del ISSS y otros prestadores públicos

A razón de la cantidad de personas que en el país, no cuenta con un seguro médico, siendo esta equivalente al 75% de la población en el periodo de estudios, es de vital importancia reconocer la demanda del sistema de salud pública para la correspondiente asignación del presupuesto público a las instituciones correspondientes.

La articulación progresiva del ISSS y otros prestadores públicos, nace debido a la identificación de la inequidad existente en el presupuesto asignado a cada institución (ISSS, ISBM, COSAM, MINSAL), iniciativa que no presenta mayores avances desde 2009 a la actualidad, por lo que es necesario que el desarrollo de este eje inicie gestionando una asignación presupuestaria mayor y equitativa en las instituciones, ya que una asignación igualitaria de recursos no contribuye ni corresponde a la demanda de cada uno, posibilitando una asignación per cápita del gasto menos polarizada.

Además se recomienda elaborar un plan de coordinación sobre la ampliación y verificación de cumplimiento de la compensación del ISSS (y otros prestadores públicos) a MINSAL, por servicios prestados de manera conjunta. La verificación de requisitos de acceso a servicios de diferentes prestadores públicos y homogenización de los mismos, debe ser el primer paso para lograr una articulación, buscando garantizar mayores oportunidades y duración de acceso a los servicios de salud (Homogenizar el tiempo límite para ser beneficiario de un seguro médico de la red pública, lo que actualmente se encuentra polarizado).

viii. Eje 8. Creación del Instituto Nacional de Salud y Fortalecimiento de la red de laboratorios.

El Instituto Nacional de Salud pretende, de acuerdo a su formulación, convertirse en un punto de referencia de generación de soluciones a la rehabilitación de salud en El Salvador y Centroamérica.

Acciones de gran utilidad consisten en que se motive a la investigación en todos los rangos de edades y niveles, se involucre la investigación en salud con otras disciplinas, que se realicen campañas, concursos, convenios con otras instituciones en la región, intercambio de conocimientos, promoción de experiencias de formación de capital humano a cambio de apoyo en investigaciones regionales, entre otras.

Para cumplir el máximo objetivo del INS es necesario: Incentivar a la academia a realizar investigaciones en salud en coordinación con el INS, Incentivar al gremio médico a realizar investigaciones en salud y proporcionar la asesoría necesaria para ello, Coordinar esfuerzos con entidades internacionales dedicadas a investigación en salud, promover intercambios de voluntarios para participación en investigaciones en salud con el propósito de contribuir al enriquecimiento de capital humano para El Salvador, identificar y priorizar las áreas de urgente investigación (referentes a principales causas de muerte y deterioro de salud), publicar datos estadísticos e informativos de utilidad sin requerir acceso privilegiado, para facilitar avances de investigaciones en curso que puedan verse obstruidas por el tiempo de respuesta al solicitar información no publicada (tiempo de entrega de datos superior a 15 días) y , de manera indispensable, gestionar el financiamiento de la investigación e inversión en infraestructura.

Es necesario reconocer que si bien las investigaciones realizadas por el INS hasta el momento poseen relevancia, esta institución aún se encuentra lejos de cumplir su objetivo: “Ser punto de referencia para la rehabilitación en salud en El Salvador y Centroamérica” y la razón de ello es que no cuenta con Infraestructura, Capital Humano y gestiones de cooperación necesarias, además de un presupuesto suficiente para avanzar hacia el logro de sus objetivos.

4.3 Recomendaciones Generales

El análisis de la efectividad de la Reforma de Salud como una política pública orientada a reducir la brecha de exclusión en salud, requiere la identificación de las privaciones o limitantes en el desarrollo de la misma e identificación de áreas de oportunidad para establecer posibles medidas de política pública útiles en el proceso.

Entre los principales obstáculos hacia el desarrollo de los objetivos de esta reforma se encuentran: Fragmentación de los servicios de salud (Falta de armonización de prestadores públicos), Concentración y centralización de establecimientos de salud, insuficiente cobertura de médicos y servicios de salud, medicamentos y atención a emergencias, falencias en la atención a pacientes, escasa producción de conocimientos y, como principal problema: restricción de financiamiento. Este último aspecto, impide por ejemplo, la expansión y fortalecimiento de los ECOS familiares y especializados, el cual es representativo en la reforma de salud y ha mostrado ser una herramienta importante en

el avance a la cobertura territorial de salud e imposibilita, unido a la carencia de un marco legal, avanzar en otras áreas.

La OPS establece un parámetro de cobertura de médicos de 25 médicos por cada 10,000 habitantes. En el país, se ha avanzado hasta el logro de 20 por cada 10,000 habitantes, lo cual representa que esta meta se cumple en un 80%; Sin embargo, es necesario avanzar hasta el 100% de cobertura de acuerdo a este parámetro. Para ello, es indispensable destinar un incremento aproximadamente un 25% del presupuesto público asignado a esta área.

Además, la organización de los prestados públicos y capacidad de cobertura es determinante, ya que sumado a su falta de armonización, existe la incapacidad individual de responder a las necesidades de sus demandantes potenciales y efectivos, unido a la falta de compromiso de parte del personal en lo referente a atención público.

Así, en general, se observa que el origen de la mayoría de las carencias en el desarrollo de los objetivos de la reforma de salud, giran en torno a insuficientes recursos, falta de organización efectiva e insuficiente cobertura de recursos físicos y humanitarios. En este contexto, se presenta en este apartado propuestas de política pública para trabajar áreas de oportunidad, siendo necesario:

- I. Promover la participación ciudadana como agente de evaluación y fortalecimiento de la efectividad de políticas desarrolladas y por desarrollarse: Informar y consultar a la población acerca de los avances de la reforma de salud y los servicios a los que tienen acceso, fomentando su participación y el cumplimiento del derecho a la salud.
- II. Creación de un Marco legal orientado a favorecer la creación de un Sistema Nacional de Salud Armonizado y estructurado por todos los sectores y actores sociales, que pertenezcan o no al sector salud, generando concertación y participación coordinada entre las Instituciones Públicas y Privadas e impulsando la reforma de salud desde las bases con un modelo democrático hacia la búsqueda del bien social.
- III. Evaluación de personal que brinda servicios en la red nacional de salud: Se requiere complementar los servicios con calidad por parte del recurso humano en salud de manera que es necesaria su evaluación anual. Se propone incrementar los buzones y herramientas de opinión del público que hace uno de los servicios de salud pública así como de quienes no hacen uso del mismo, evaluando además a quienes teniendo acceso a prestadores públicos prefieren el sistema privado de salud.
- IV. Incremento en el gasto social y específicamente en la asignación presupuestaria a salud, ya que en los ejes de la reforma se perfila esta necesidad como la principal

para impulsar las metas de cada uno y para que ello se traduzca en un cambio sustancial y significativo para las familias salvadoreñas, representando una alternativa de avance a la igualdad y respeto al goce a los derechos humanos en el país.

Definiendo así la falta de presupuesto como el principal obstáculo al cumplimiento de objetivos de la Reforma de Salud, se reconoce un incremento en el presupuesto como porcentaje del PIB, incremento en el presupuesto asignado a salud en el periodo posterior a la implementación de la Reforma de Salud; contrastado con reducción del gasto privado en salud en un 20% y un incremento en el gasto público en salud en la misma proporción.

A ello, debe sumarse el incremento en recurso humano, medicamentos y vacunas, presupuesto para el primer nivel de atención, mayor capacidad de prevención y respuestas a emergencias médicas y la reducción del gasto de bolsillo alrededor de 8%, durante el periodo de estudios (2009-2014).

Lo anterior, refleja la voluntad política y la búsqueda de bienestar incrementando el presupuesto público y abastecimiento de medicamentos. Además, refleja mejoras en la economía de las familias y posible incremento de su poder adquisitivo, al contribuir estas medidas a la reducción del gasto de bolsillo. Sin embargo, a pesar de que existen iniciativas favorables, permanece la necesidad de incremento significativo del presupuesto público para impactar en familias con necesidades específicas.

La reducción del gasto del gasto de bolsillo representa un aporte a la reducción de la pobreza por ingreso (instrumento importante para reducir paulatinamente pobreza por capacidades), de manera, que los individuos pueden dedicar a otras áreas la cantidad de dinero que usarían para medicamentos. Reducir el gasto de bolsillo de las familias, representa en conjunto una mejora de su calidad de vida y potenciación de capacidades, en contraste con aporte a otros sectores de la economía por el potencial poder adquisitivo que se genera, de manera que la sociedad en conjunto es quien resulta ser beneficiaria.

Así, se puede inferir que un incremento en el presupuesto público en salud, representa la posibilidad de influir directamente en la economía de las familias, siendo este el instrumento para potenciar sus capacidades al existir mayor poder adquisitivo y en este sentido, se refleja resultados en la economía en general, creándose cadenas de valor y dinamizando la economía desde diferentes áreas.

En este sentido, es necesario que para llevar a cabo las metas propuestas en la Reforma de Salud, de forma consecuente, se proporcione los recursos necesarios para ello, siendo necesario: Incrementar la asignación presupuestaria por cada periodo, redistribuir el presupuesto dentro del ministerio de salud y priorizar áreas de atención urgente.

Debido a que se requiere mayor presupuesto, se sugiere una reforma fiscal que permita la existencia de una fuente de financiamiento sin recurrir a excesivamente a préstamos en lo posible y una redistribución de gastos, siendo necesario evaluar impactos de proyectos que podrían consumir recurso económico útil para fortalecer ejes determinados de la Reforma de Salud: Ciudad Mujer frente a ECOS familiares y especializados, ya que la primera se encuentra en áreas urbanas y los segundos, en zona rural y con mayor presencia de pobreza y exclusión social.

Es necesario resaltar que el énfasis en la necesidad de incremento en el presupuesto público de salud radica en que no basta con una reasignación del mismo (aunque es una iniciativa de utilidad), ya que todas las áreas que lo demandan requieren fortalecerse, desarrollarse y crecer (existen Instituciones que aún no cuentan con asignación presupuestaria: por ejemplo el Foro Nacional de Salud) sustancialmente, para que las políticas públicas planteadas en la Reforma generen un impacto real en la reducción de la brecha de exclusión social en salud, desigualdad y pobreza.

BIBLIOGRAFIA

Alesandro L., Munist, M. (2003), *Municipios saludables: una opción de Política Pública*, Organización Panamericana de la Salud, Informe de Trabajo, 1ª. Edición, No.55, Buenos Aires.

Alkire, S. y Foster, J. (2009), "*Counting and multidimensional poverty measurement*", Documento de trabajo OPHI No. 32. Diciembre de 2009.

Anderson M, Rojas M, Taureau N, (2016), "*Cobertura Universal en Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar*. Revista Brasileira de Medicina Familiar Comunidade", 1ª. Edición, págs.4-30. Rio de Janeiro, Brasil, recuperado de: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/1276/752>.

Arriagada I, Aranda V y Miranda F, (2005), "*Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*", No.114, Serie de Informes de Políticas Sociales de la CEPAL, Chile.

Bitrán, R. (2006), "*Reformas recientes en el sector salud en Centroamérica*", Preparado como apoyo al documento "La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad" presentado en el XXXI Período de Sesiones de la CEPAL, recuperado en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3671/S2004023_es.pdf?sequence=1.

Banco Interamericano de Desarrollo. (2011), "*Estudio Regional de las Condiciones de Competencia en la Cadena de Distribución Mayorista y Minorista de Medicamentos en Centroamérica y Panamá*". Informe Final, recuperado de: https://www.cdpc.hn/sites/default/files/Privado/estudios_mercado/Estudio%20Sectorial%200024.pdf.

Castells, M. (2001), *La era de la información*. Madrid: s.n.

CEPAL (2013), "*La medición multidimensional de la pobreza*", Pucón, Chile: s.n.

Dupuy, J. (2011), "*Factores claves y Marco Teórico conceptual sobre cobertura universal en salud*", Dirección General de Planificación, Estado Plurinacional de Bolivia.

Europeas, C. d. I. C., (1992), "*Hacia una Europa de la Solidaridad. Intensificación de la lucha contra la exclusión social y la promoción de la integración*". Bruselas: s.n.

Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S., (2015), *"Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud"*, Vol.57, págs. 180-186, México.

Fondo Monetario Internacional, (2006), *"Hablemos en serio del financiamiento de la salud"*, págs.1-5, Sección de Finanzas y Desarrollo, recuperado de: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/>

Gallo, C. M., Miranda, R. A. & Rodriguez, E. d. J., (2008), *Análisis de la desigualdad del ingreso en El Salvador, desde una perspectiva estructural*, Tesis para optar al grado de Lic. en Economía en Universidad Centroamericana "Jose Simeón Cañas", Antiguo Cuscatlán.

González, R. (2009), *"La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud"*, Organización Mundial de la Salud, Revista Medicina Social, número 2, Vol. 4, México, recuperado de: <http://www.socialmedicine.info/>

Guzmán, R. G., (2009), *"Asociación Latinoamericana de Medicina Social"*, recuperado de: <http://alames.org/> [Último acceso: 29 Mayo 2016].

Jiménez, M., (2008), *"Aproximación Teórica de la Exclusión Social"*, número 1, vol. 34, págs. 173-186, Estudios Pedagógicos, Valdivia, Chile.

Juárez, M. V. R. A., (1995), *"Población, estructura y desigualdad social"*, En V Informe sociológico sobre la situación social en España, Síntesis, Documentación social. s.l.:s.n.

Lee, G, González E, Artaza O, Anaya R, Sagastuy B. (2013), *"Cobertura Universal en Salud: Lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México"*, OPS-OMS, México D.F, recuperado de: <http://www.paho.org/>.

Lenoir, R. (1974) *Les Exclus, un Français sur Dix*. s.l.:s.n.

Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. (2007) *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Revista Panam Salud Pública, 73–84.

Mancero, X. & Feres, J. C., (2001) *Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura*, Santiago de Chile: CEPAL, ONU.

Ministerio de Hacienda de El Salvador, *Boletín Presupuestario 2016*. Recuperado de: <http://www.transparenciafiscal.gob.sv/>

Ministerio de Salud, *Memoria de Labores, 2009-2016*.

Ministerio de Salud, (2011), *"Desarrollo de Recurso Humano en El Salvador"*, Presentación de Rendición de Cuentas, recuperado de: <http://www.paho.org/>

Ministerio de Salud, (2013), *"Manual de Organización y Funciones de las RIISS"*, San Salvador, recuperado de: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/>

Molina, R, Pinto M. (2000), *"Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias"*, Revista Panam Salud Pública, Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v8n1-2/3005.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas. (2015), *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Nueva York, s.n.

Organización Mundial de la Salud, (2003) *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS. Washington, D.C.: s.n.

Organización Mundial de la Salud, (2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2008 La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2008/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2008) *"Subsanar las desigualdades en una generación, Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud"*, recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2011), *"Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud"*, Río de Janeiro, Brasil.

Organización Mundial de la Salud. (2013), *"Informe sobre la salud en el mundo 2013: investigaciones para una cobertura sanitaria universal"*, recuperado de: <http://www.who.int/>.

Organización Panamericana de la Salud. (2013), *"Aportes de la Reforma de Salud en El Salvador al desarrollo del Sistema de Salud y los objetivos de la Cobertura Universal y Diálogo Político para la Sostenibilidad de los logros"*, San Salvador.

Organización Panamericana de la Salud. (2015), *"Plan maestro Mesoamericano para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención para el acceso universal a la salud y la cobertura universal en salud"*, recuperado de: <http://www.proyectomesoamerica.org/>.

Organización Panamericana de la Salud. (2006), *"Guía metodológica para la caracterización de La Exclusión Social en Salud"*, Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud Área de Fortalecimiento de los Sistemas de Salud OPS/OMS, recuperado de: www.paho.org

Pérez, M. J. (2012). *Caracterización Sectorial de la Fuerza de Trabajo y el comportamiento de la dotación de los Recursos Humanos en Salud en El Salvador*. San Salvador : Organización Panamericana de la Salud .

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe sobre Desarrollo Humano de El Salvador 2006-2014*.

Rodríguez, M. I. (2009). *Construyendo la Esperanza, Estrategias y recomendaciones en salud 2009-2014*. San Salvador, Ministerio de Salud.

Rodríguez, M. I. (2010) *La Reforma de Salud en El Salvador*. San Salvador.

Salas, J. y Mora, M. (2006) *De la pobreza a la exclusión social, la persistencia de la miseria en Centroamérica*. FLACSO, San José, Costa Rica : s.n.

Secretaría Técnica de la Presidencia. (2014). *Informe de Avance de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, El Salvador*, San Salvador: s.n.

Sen, A., (2000) *Desarrollo y Libertad*, 1ª edición, Planeta SA, Buenos Aires.

Silver, H. (2007), *"Exclusión social y solidaridad social: tres paradigmas. En: Servais, Jean-Michel. Trabajar por tiempos mejores: repensar el trabajo en el siglo XXI"*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones, Madrid, recuperado de: <http://sid.usal.es/biblioteca-digital/discapacidad.aspx>

Spicker, P., Álvarez, S y Gordon D, (1999), *"Pobreza Un glosario internacional"*, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO, Colección CLACSO-CROP, Recuperado de: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/glosario.pdf>.

Titelman, D, Cetrángolo, O, Acosta, O. (2015), *"La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad"*, Revista MEDICC Review Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=437542099014>> ISSN 1555-7960.

Universidad Nacional Autónoma de México, (1989), *"Investigación multidisciplinaria de la mortalidad y morbilidad en niños menores de cinco años"*, 1ª edición, UNAM, México.

Vellez, M. (2011), *"Modelo de Estimación de Costos del Conjunto de Intervenciones de Salud Mesoamérica 2015 para El Salvador"*, San Salvador: s.n.

ANEXOS

ANEXO 1.

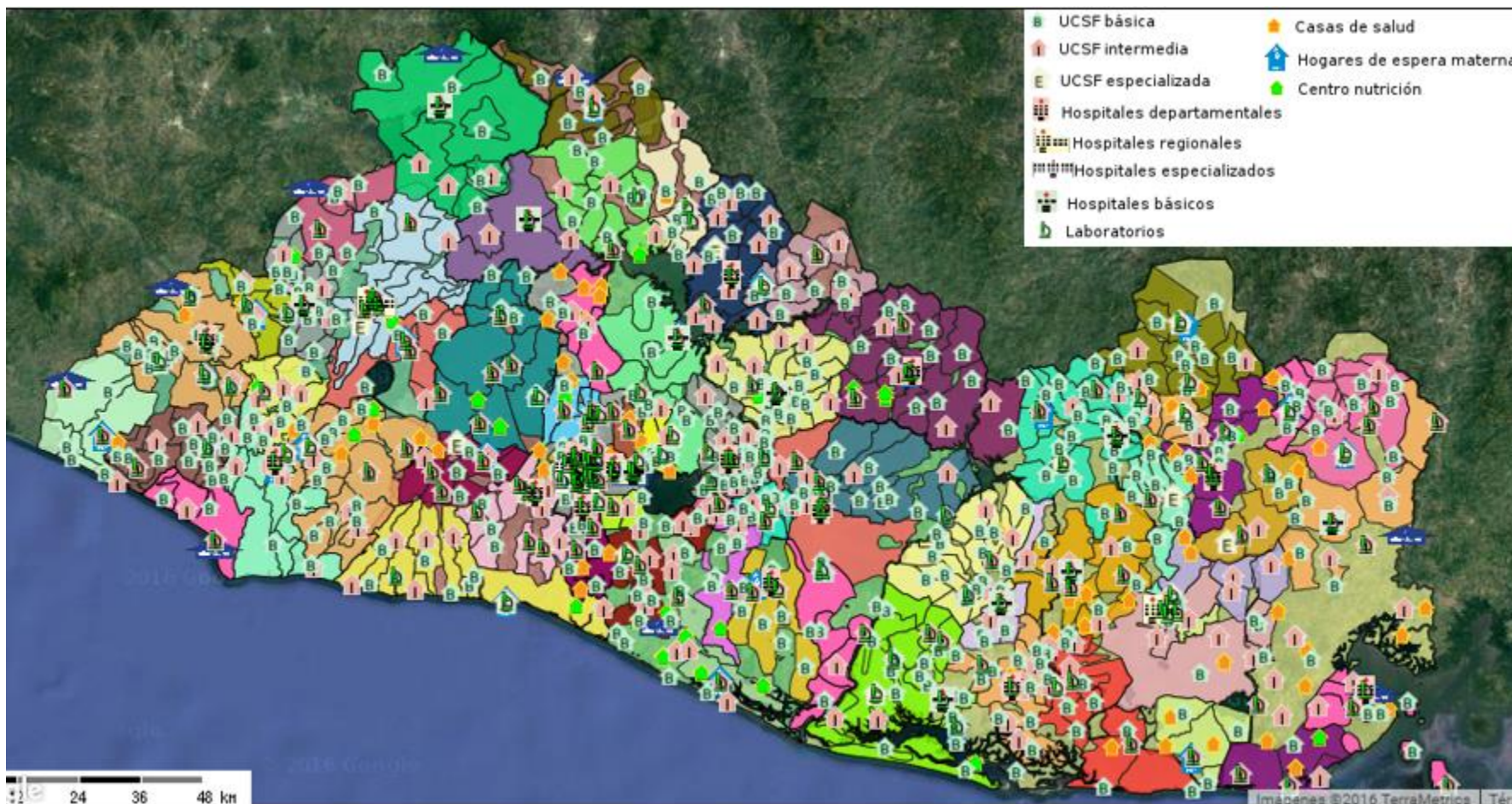
Factores generadores de exclusión social y en que ámbitos aparecen

Ámbitos	Factores de exclusión
Laboral	Desempleo
	Subempleo
	Temporalidad
	Precariedad laboral
	Falta de experiencia laboral
	Sin cualificación laboral
Económico	Ingresos insuficientes
	Carencia y/o dependencia de Seguridad Social y prestaciones sociales
	Ingresos irregulares (economía sumergida)
	Carencia de ingresos
	Endeudamiento
	Consumismo
Cultural	Pertenencia a minorías étnicas
	Extranjería e inmigración
	Pertenencia a grupos de “rechazo” (cultural y político)
	Elementos de estigma
Formativo	Barrera idiomática
	Analfabetismo o baja instrucción
	Analfabetismo tecnológico
	Sin escolarización
	Fracaso escolar
	Abandono del sistema educativo sin titulación básica
Socio-sanitario	No acceso al sistema y a los recursos
	Socio-sanitarios básicos
	Adicciones y enfermedades relacionadas
	Enfermedades infecciosas
	Trastorno mental, discapacidades u otras enfermedades crónicas que provocan dependencia

Espacial y habitativo	Carencia de vivienda particular
	Dificultad para acceder a la vivienda
	Vivienda con infraestructuras deficientes
	Malas condiciones de habitabilidad (hacinamiento...)
	Viviendas en barrios marginales y zonas urbanas y/o rurales deprimidas
	Entorno residencial decaído
Personal	Variables “críticas” de edad y sexo (jóvenes y mujeres)
	Minusvalías
	Handicaps personales
	Alcoholismo, drogadicción, etc.
	Antecedentes penales
	Enfermedades
	Violencia, malos tratos, etc.
	Débil estructura de motivaciones y actitudes negativas
	Pesimismo, fatalismo
	Exilio político, refugiados
	Capacidad e iniciativas personales
	Cualidades personales valoradas socialmente
	Buena salud
	Motivaciones fuertes
	Optimismo, voluntad de realización
Facilidad de trato	
Social y relacional	Carencia y/o deterioro de vínculos familiares (conflictos o violencia intrafamiliar)
	Debilidad de redes familiares (familias monoparentales)
	Escasez, debilidad y/o carencia de redes sociales de apoyo
	Aislamiento
Ciudadanía y participación	No acceso a la ciudadanía
	Acceso restringido a la ciudadanía
	Privación de derechos por proceso penal
	No participación política y social

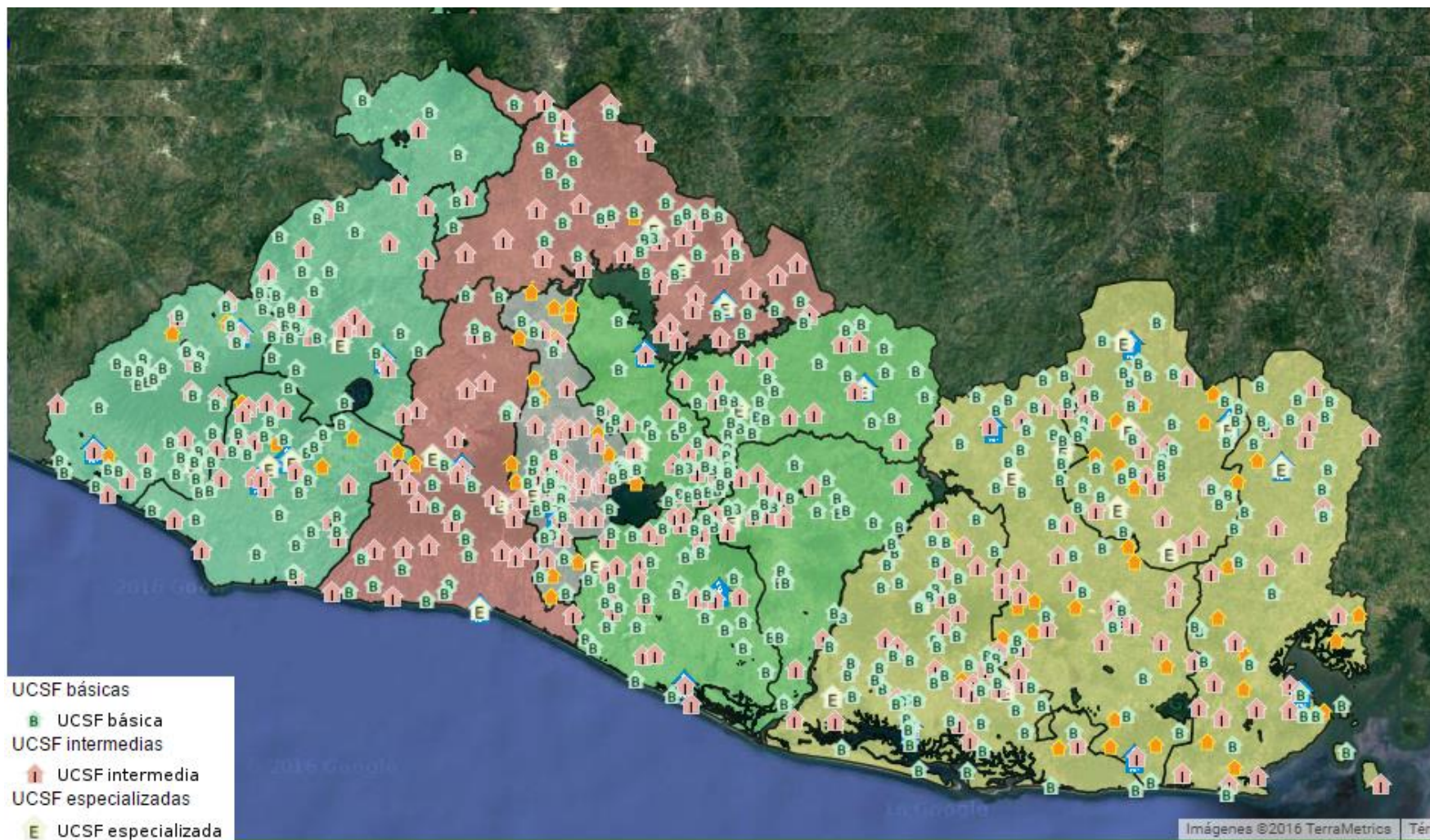
Fuente: Tomado de Jiménez (2008).

ANEXO 2. Mapa Sanitario de El Salvador.



Fuente: Tomado de Sistema Web de Información Geográfica MINSAL. (Incluye: UCSF básicas, intermedias, especializadas, SIBASI Nacional, Centros de Nutrición, Casa de Espera Materna, Hospitales Nacionales).

ANEXO 3. Mapa de Distribución de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Básicas, Intermedias y Especializadas.



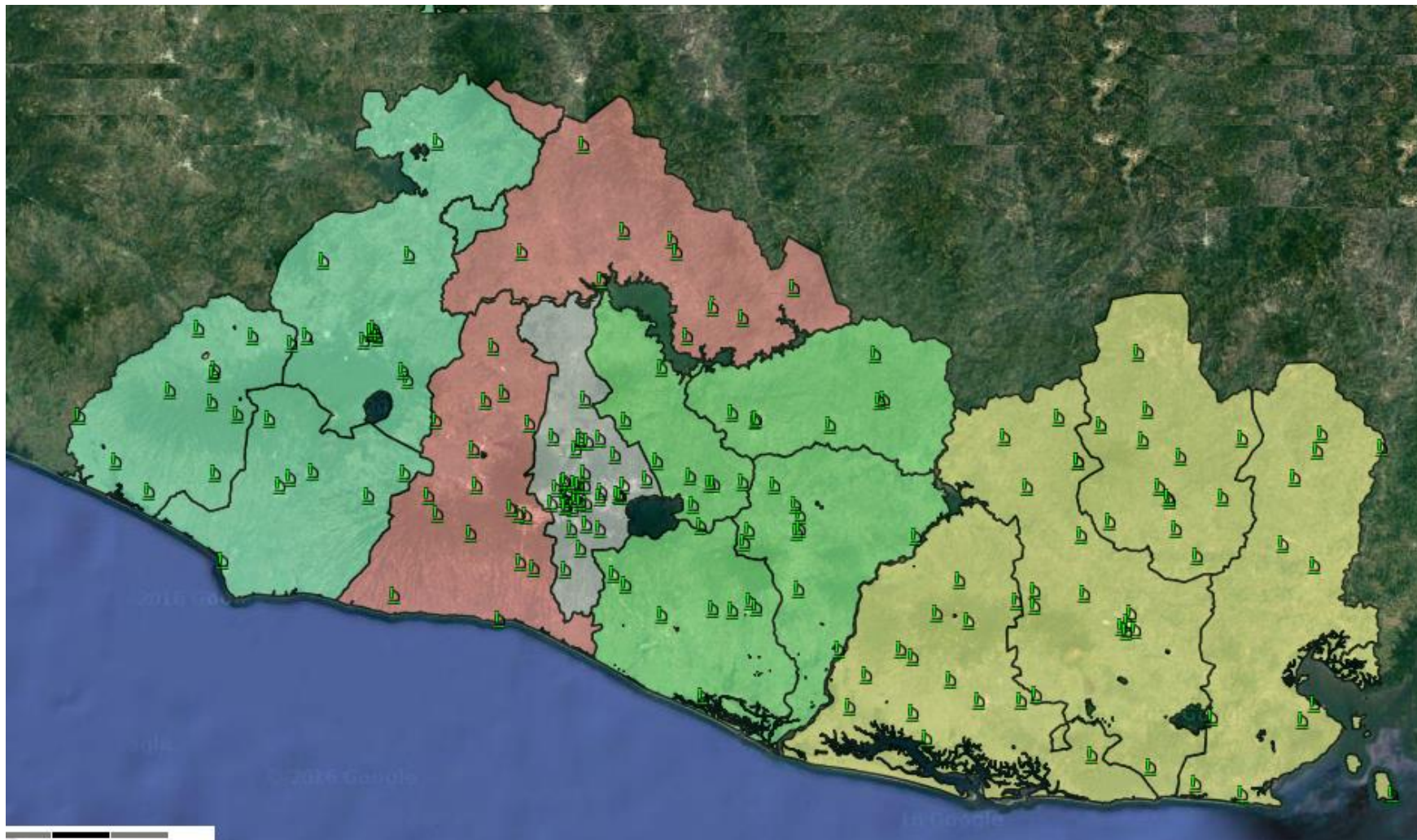
Fuente: Tomado de Sistema Web de Información Geográfica MINSAL.

ANEXO 4.

Distribución del talento humano por disciplinas, MINSAL desde 2009-2015															
No.	Disciplinas	2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	Administrativos	3729	2797	3428	2936	3764	3313	3361	3505	3840	3612	3778	3689	3763	3693
2	Anestesiastas	200	135	190	131	-	-	200	149	214	159	205	151	207	156
3	Atención al medio ambiente	248	1062	150	642	1629	2386	172	675	181	669	175	661	184	669
4	Auxiliares de enfermería	3105	263	3186	282	-	-	3577	359	3632	395	3548	382	3503	390
5	Enfermeras	2279	263	2343	69	5302	635	2969	158	3007	182	2947	154	3005	163
6	Estudiantes de Odontología en servicio social	129	51	129	51	227	52	128	47	96	42	76	20	95	29
7	Fisioterapistas	85	11	86	10	-	-	118	17	132	18	129	17	130	19
8	Laboratoristas	630	196	620	198	2	1	746	228	779	236	738	234	750	241
9	Médicos en servicio social	223	143	206	160	259	215	228	169	305	193	171	131	166	131
10	Médicos especialistas	526	1103	539	1079	606	1105	716	1220	819	1309	745	1223	763	1280
11	Médicos generales y residentes	1196	1382	1114	1297	1095	1282	1185	1372	1385	1672	1329	1507	1328	1456
12	Odontólogos	329	131	336	132	43	22	327	143	336	145	331	145	337	146
13	Paramédicos/Técnicos en salud	1311	487	605	344	2062	809	1036	787	1903	728	1889	779	1889	809
14	Practicantes internos	183	145	210	175	499	287	245	209	265	208	273	176	259	177
15	Promotores de salud	1123	1191	1384	1367	-	-	1719	1580	1781	1854	1736	1829	1727	1799
16	Química y farmacia	74	27	78	26	-	-	68	26	69	26	75	32	81	35
	Total	15370	9387	14604	8899	15488	10107	16795	10644	18744	11448	18145	11130	18187	11193

Fuente: Elaboración propia con datos de la Memoria de Labores MINSAL varios años.

ANEXO 5. Mapa de Laboratorios del Ministerio de Salud



Fuente: Tomado de Sistema Web de Información Geográfica MINSAL.

ANEXO 6. Cuadro resumen de Indicadores.

#	Indicadores seleccionados	Eje de la Reforma	AÑOS							
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Porcentaje de Cobertura efectiva de los Servicios de Salud\ Población que consultó en Red Pública.	1.	65,70%	69,80%	69,70%	72,50%	66,30%	63,50%	62,00%	NA
2	Porcentaje de Cobertura efectiva de los Servicios de Salud\ Población que no consultó en Red Pública sino en ISSS, ISBM, servicios privados, otros.		34,30%	30,20%	30,30%	27,50%	33,70%	36,50%	38,00%	NA
3	Esperanza de vida de hombres en El Salvador		66,60	66,88	67,18	67,46	67,75	68,02	68,30	NA
4	Esperanza de vida de mujeres en El Salvador		75,79	76,10	76,39	76,67	76,94	77,20	77,44	NA
5	Porcentaje de Inversión Pública en salud en proporción del PIB		0,22%	0,23%	0,22%	0,09%	0,11%	0,20%	0,23%	0,0025

#	Indicadores seleccionados	Eje de la Reforma	AÑOS							
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
6	Porcentaje de Gasto Público en Atención Primaria en salud		2,74%	2,88%	3,20%	3,11%	3,81%	3,83%	3,72%	NA
7	Porcentaje de población bajo la línea de pobreza\ % de Hogares en Pobreza		40,00%	37,80%	36,50%	40,60%	34,50%	29,60%	31,90%	NA
8	Porcentaje de población bajo la línea de pobreza\ Pobreza extrema		12,40%	12,00%	11,20%	12,20%	8,90%	7,10%	7,60%	NA
9	Porcentaje de población bajo la línea de pobreza\ Pobreza relativa		27,60%	25,80%	25,30%	28,30%	25,60%	22,50%	24,30%	NA
10	Gasto de bolsillo en salud como porcentaje de Gasto Nacional en Salud		36,00%	35,00%	34,00%	32,00%	32,00%	28,00%	27,00%	NA
11	Presupuesto de MINSAL, millones de US \$		356,726,510	393,395,385	390,651,645	470,783,950	522,606,110	565,621,185	586,312,317	NA

#	Indicadores seleccionados	Eje de la Reforma	AÑOS							
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
12	Evolución de la Estructura médica pública del Primer Nivel de Atención/Unidad Comunitaria de Salud Familiar		NA	377,00	483,00	624,00	676,00	692,00	708,00	NA
13	Evolución de la Estructura médica pública del Primer Nivel de Atención/ Ecos Familiares		NA	0,00	196,00	422,00	455,00	481,00	482,00	NA
14	Evolución de la Estructura médica pública del Primer Nivel de Atención/ Ecos Especializados		NA	0,00	14,00	28,00	35,00	36,00	38,00	NA
15	Porcentaje de partos atendidos por personal calificado en mujeres de 10 a 49 años		95,00%	97,50%	98,00%	99,50%	99,00%	99,80%	99,90%	NA
16	Razón de mortalidad materna por cada 100.000		59	56	51	51	42	38	53	NA

#	Indicadores seleccionados	Eje de la Reforma	AÑOS							
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	nacidos vivos									
17	Controles prenatales en centros de salud del MSPAS y FOSALUD		361944	360899	363807	397709	387777	399672	399966	NA
18	Controles puerperales en centros de salud del MSPAS y FOSALUD		79349	76384	77923	84744	92036	105391	119117	NA
19	Tasa de Mortalidad Infantil\Tasa de mortalidad neonatales (menor de 28 días) por 1000 nacidos vivos		4,80	5,20	5,20	4,50	4,80	5,00	NA	NA
20	Tasa de Mortalidad Infantil\Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos		9,30	9,30	9,30	7,90	8,40	9,00	NA	NA

#	Indicadores seleccionados	Eje de la Reforma	AÑOS							
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
21	Tasa de Mortalidad Infantil Tasa de mortalidad neonatales en menores de 1 años por 1000 nacidos vivos		8,10	8,00	7,90	6,90	7,10	7,70	NA	NA
22	Razón de densidad de recursos humanos en salud por 10,000 habitantes	2	NA	NA	16,98%	18,02%	19,28%	19,40%	20,15%	18,94%
23	Porcentaje del Presupuesto del MINSAL destinado a Remuneraciones		59%	55,90%	56,10%	56,60%	60,80%	57%	60,20%	65,40%
24	Inversión en Capital Humano del MINSAL		6,844,605	2,581,020	2,089,765	NA	1,750,700	10,165,055	12,991,655	NA
25	Tasa de participación de hombres en la fuerza laboral del sector salud		NA	NA	34,90%	NA	NA	37,92%	38%	NA

#	Indicadores seleccionados	Eje de la Reforma	AÑOS							
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
26	Tasa de participación de las mujeres en la fuerza laboral del sector salud		NA	NA	65,10%	NA	NA	62,08%	62%	NA
27	Porcentaje de cobertura de abastecimiento de medicamentos en Hospitales Nacionales del MINSAL		NA	65%	85%	86%	82,50%	80,10%	85%	85%
28	Porcentaje de cobertura de vacunación de la población de 0 a 1 año									
29	BGC (vacuna para la prevención de formas invasoras de tuberculosis.)	3	NA	87.8%	88.6%	91.0%	89.7%	90.1%	84.6%	100.0%
30	Antipolio 3.a dosis		NA	91.2%	89.1%	89.2%	92.0%	89.9%	93.0%	91.9%
31	Rotavirus 2.a dosis		NA	61.5%	89.6%	89.7%	93.4%	91.6%	96.4%	92.6%
32	Pentavalente 3.a dosis		NA	90.6%	89.2%	89.4%	92.3%	92.0%	93.5%	91.1%

#	Indicadores seleccionados	Eje de la Reforma	AÑOS							
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
33	<i>SPR (tripe viral para la prevención de Sarampión, Paperas y Rubeola.)</i>		NA	90.2%	90.6%	89.9%	93.1%	93.6%	94.5%	95.0%
34	Porcentaje del gasto de medicamentos respecto al presupuesto del MINSAL		NA	11,76%	11,80%	7,85%	7,23%	9,59%	7,36%	8,42%
35	Porcentaje del gasto en vacuna respecto al Presupuesto del MINSAL		NA	1,80%	1,76%	3,39%	2,58%	1,98%	2,46%	2,08%
36	Cantidad de demandas asistidas recibidas por el SEM	5	NA	NA	NA	NA	NA	8,988	41,619	36,663
37	Cantidad de demandas informativas recibidas por el SEM		NA	NA	NA	NA	NA	2,203	2,529	3,774
38	Cantidad de demandas por traslados recibidas por el SEM		NA	NA	NA	NA	NA	1,459	1,284	1,538

#	Indicadores seleccionados	Eje de la Reforma	AÑOS							
			2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
39	Capacitación de Recurso Humano del SEM		NA	NA	NA	NA	521	1,078	616	640
40	Gasto per cápita institucional en salud									
41	MINSAL		NA	98	108	117	114	137	NA	NA
42	ISSS		NA	227	234	242	237	236	NA	NA
43	ISBM		NA	334	392	484	528	509	NA	NA
44	COSAM		NA	189	235	251	265	349	NA	NA

*NA= No se cuenta con la información para esos años.

La Ley de Desarrollo y Protección Social de El Salvador aprobada por la Asamblea Legislativa en Abril del año 2014, por su parte, define la pobreza como “la privación de los recursos, capacidades y acceso efectivo de las personas para gozar de sus derechos y tener una mejora continua de su nivel de vida”, en contraste con ello, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en el artículo 25., manifiesta que: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”. En este sentido, se puede observar que la carencia en el goce de los derechos humanos constituye privaciones importantes en diferentes aspectos, de manera que se trata de concepto de pobreza multidimensional.