

# La importancia de la percepción de los stakeholders en la comprensión del impacto:

## EL PROGRAMA DEL SISTEMA BÁSICO DE SALUD INTEGRAL (SIBASI) Y LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD PRIMARIA EN EL SALVADOR\*

Jill Murphy\*\*

Fecha de recepción: 14-02-07. Fecha de aceptación 18-04-07

### Resumen

El presente documento recoge los resultados de una evaluación preeliminar, a la fecha, del impacto del programa SIBASI – Sistema Básico de Salud Integral— en la calidad de la atención en salud en El Salvador, utilizando una metodología que examina las percepciones de los *stakeholders*, entre los cuales se encuentran formuladores de política, profesionales de la salud y miembros de la comunidad. El documento presenta una breve revista a la reforma del sistema de salud en El Salvador y perfila la lógica detrás del SIBASI, además de una perspectiva teórica sobre la calidad de la atención de salud. El estudio encontró que si bien el SIBASI estaba bien concebido y tenía un potencial definitivo —“el papel aguanta todo”—, no había logrado un éxito notorio. Adicionalmente, las barreras existentes en el sistema de salud en El Salvador —extrema pobreza, gobernabilidad ineficaz, politización, financiación pobre, y discordia en el proceso de reforma— limitaron seriamente el éxito del programa SIBASI.

**Palabras clave:** calidad de la atención en salud, reforma a los sistemas de salud, percepción de los stakeholders, políticas de salud, acceso, El Salvador.

### Abstract

Using a methodology which examines the perceptions of stakeholders, including policy-makers, healthcare professionals and community members, this paper details a preliminary evaluation of the impact thus far of the Basic Integrated Health System (SIBASI) program on quality of healthcare in El Salvador. The paper gives a brief overview of health systems reform in El Salvador, outlines the logic behind the sibasi and presents theoretical perspectives on quality in healthcare. The study found that although the sibasi was “good on paper” and had definite potential, it had not met with a great deal of success. Additionally, existing barriers in the health system in El Salvador- extreme poverty, ineffective governance, politicization, poor financing, and contention in the reform process- severely limited the success of the SIBASI program.

**Key words:** Quality of health care, health systems reform, stakeholder perception, health policy, access, El Salvador

\* Traducción, Claudia Espinosa

\*\* Magistra en estudios de desarrollo internacional, Universidad Saint Mary's, Halifax, Canadá; coordinadora de salud internacional en el Programa de Promoción de Salud, Universidad de Ottawa, Canadá; correo electrónico: jillkmurphy78@yahoo.ca

## Introducción

La necesidad de prestarle a la población un servicio de salud efectivo, equitativo y accesible ha generado mucho debate y controversia sobre las diferentes formas de configurar una reforma en salud que sea apropiada. En la región latinoamericana, los gobiernos se enfrentan al reto de financiar y administrar sistemas de la salud en el contexto de grandes disparidades en la riqueza y con problemas en la salud que reflejan la realidad de la extendida pobreza. Por tal razón, las organizaciones no gubernamentales frecuentemente asumen el papel de suplir las necesidades de servicio, en áreas donde los servicios gubernamentales no llegan o son inefectivos. Ante el reto de la prestación del servicio de salud, las soluciones propuestas varían considerablemente, dependiendo de la fuente, y a menudo se comportan de manera diferente en la teoría y en la práctica.

En El Salvador, la reforma de la salud ha marcado el derrotero del debate político desde el fin de la guerra civil, en 1992. El país ha enfocado su debate en la dirección de las reformas, generando controversia tanto en las calles como en la arena política. Esta polémica continuará mientras la mayoría de la población salvadoreña viva en la pobreza, con menguado acceso al servicio de salud pública y cuando si se presenta la oportunidad de acceder a los servicios de la salud, éstos frecuentemente son de mala calidad; adicionalmente, los servicios son administrados con poca o ninguna participación social; sin embargo, mientras la discusión sobre la reforma continúa, sin avances de importancia, se ha implementado un número importante de programas, para cubrir las necesidades de salud de la población.

En el 2000, el gobierno de El Salvador y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- introdujeron el Sistema Básico

de Salud Integral –SIBASI-, con el propósito de atender las insuficiencias del sistema público en la prestación de servicios de salud para la mayor parte de la población. El proyecto SIBASI, de acuerdo con el Ministerio, impulsa la mejora en el acceso y la calidad del servicio para la población más pobre de El Salvador, por medio de un programa de salud descentralizado e integral; igualmente, estimula el uso de la participación social para informar sobre los procesos de desarrollo e implementación de política (SIBASI, marco conceptual y operativo). El estudio completo en el que se basa el presente informe se apoya en tres variables clave: participación, acceso y calidad en salud; éstas surgen de la regulación del MSPAS y sus metas para el programa SIBASI. Este documento se centrará en aspectos de la calidad y examinará las percepciones de varios *stakeholders* de los sistemas de salud para poder comprender la efectividad y el impacto preliminares del programa señalado.

## Perspectivas teóricas de la calidad en el servicio de la salud

Se puede definir *calidad* como “(...) el conjunto de características de los bienes o servicios que pueden satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario o cliente”, haciendo una distinción entre la calidad técnica y aquella que es percibida en el servicio de salud. Se puede considerar la primera como la prestación misma del servicio de salud, la cual comprende factores como efectividad, atención oportuna, eficiencia y seguridad de los usuarios. La calidad percibida —clave de este análisis— proviene de los usuarios mismos: “Éste contempla las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas (...)” del servicio de salud (Ross y Zeballos, 2000: 93). Los autores que se acaba de citar aseveran que sólo recientemente la preocupación por la calidad se ha trasladado



desde el nivel hospitalario al del servicio de salud pública y comunitaria. Lo anterior se debe, especialmente —continúan—, al incremento en la educación y a la demanda de los usuarios de los servicios de salud; a la sensibilización creciente de los medios de comunicación sobre los temas del servicio de salud y el aumento en las consideraciones éticas de parte de los profesionales del servicio de la salud (Ross y Zeballos, 2000: 94).

El acceso también es un aspecto importante en la calidad del servicio de salud. Campbell *et al.* sostienen que los dos aspectos principales de la calidad son el acceso y la efectividad; así, definen el interés principal de la calidad del servicio como “(...)¿sí reciben los usuarios el servicio que necesitan, y sí es efectivo ese servicio cuando lo reciben?” (2000: 1611). A su vez, dividen “la efectividad” en dimensiones de clínica y cuidado interpersonal. La primera se refiere a la capacidad que tiene el servicio prestado de funcionar técnicamente, y la segunda a la forma como interactúan los profesionales de la salud con sus pacientes. Su concepción de acceso como un sub-componente de la calidad alude a “la medida en la cual el sistema del servicio de salud provee instalaciones (estructuras) y servicios (procesos) que cumplen con las necesidades de los individuos” (Campbell *et al.*, 2000: 1615). Dichos autores citan como ejemplo de lo anterior, la capacidad que tienen los pacientes de acceder a ciertos tipos de profesionales de la salud, de forma que satisfagan mejor sus necesidades, lo cual incluye médicos generales femeninos, especialistas, consejeros, etc.

Campbell *et al.* destacan la diferencia entre la discusión de la calidad del servicio para individuos y la calidad del servicio para poblaciones. Para el ámbito de poblaciones, desglosan las dimensiones de equidad, eficiencia y costo; definen este ámbito como “la capacidad de acceder a un servicio efectivo,

sobre una base eficiente y equitativa para la optimización del beneficio en salud/bienestar de toda la población” (2000: 1617). Esta definición es útil para la discusión de calidad en la salud para las poblaciones marginalizadas.

Igualmente importante es el tema de la percepción de los pacientes sobre la calidad del servicio de salud. Buena parte de las dimensiones de la calidad es subjetiva, como se señaló anteriormente, pero no por ello es menos importante que aquella parte relacionada con la eficiencia y la competencia técnica. En tal sentido, es trascendental conocer el tipo de tratamiento que recibirán los pacientes, para determinar así su posibilidad de acceso a los servicios formales de salud. La literatura ha reconocido que las percepciones de los pacientes sobre la calidad del servicio de salud es capital (Hart, 1996; Seid *et al.*, 2001; Sofear y Firminger, 2005; Williams, 1998), lo cual será explorado como un aspecto substancial en la evaluación del programa SIBASI. Por ejemplo, Creed *et al.* (2002) indican: “La investigación ha evidenciado que revisar las perspectivas de los clientes sobre la calidad del servicio conlleva beneficios, dado que mejora tanto la satisfacción del cliente como el uso continuado y sostenido de los servicios, y mejores resultados en la salud” (1); también revelan la importancia de tener en cuenta la percepción del paciente antes de requerir tratamiento y no solamente en el momento de recibir los servicios; asimismo sostienen que si bien muchos estudios demuestran que los factores geográficos y financieros limitan considerablemente el acceso al servicio de la salud por parte de las mujeres, “(...) la percepción de calidad de los clientes afecta enormemente el grado en el cual estas barreras limitan el acceso” (2-3); adicionalmente, indican que varios factores ejercen influencia en la percepción de los clientes, como son su cultura, sus experiencias previas con servicios de salud, como experiencias con proveedores de sa-

lud, entre otros. Es así como la satisfacción de los clientes, tomando como medida sus experiencias pasadas con servicios de salud, puede no reflejar, necesariamente, servicios de salud de buena calidad. La satisfacción expresada por clientes puede simplemente revelar expectativas bajas, deseo de agradar al entrevistador, miedo de tener problemas en el futuro para acceder a los servicios o resistencia a la queja (4).

Hay coincidencias entre lo que los clientes consideran necesario para que un servicio de salud sea de calidad. Creed *et al.*, en su artículo sobre el acceso de las mujeres a la planificación familiar, identifican como una dimensión de calidad qué tan apropiados y disponibles son los anticonceptivos. Lo anterior se podría universalizar hacia servicios de otra índole: la disponibilidad y acceso a drogas y tratamientos. Otras dimensiones de calidad identificadas por los pacientes son el trato respetuoso mientras reciben servicios de salud, privacidad, confidencialidad, competencia técnica en los servicios e información adecuada. Se requieren políticas efectivas y esquemas de financiamiento para cumplir con el tema de calidad en el servicio de salud, tanto desde una perspectiva técnica como desde la percepción.

### **Reforma en el sector de salud en El Salvador**

Durante la década de 1990, el gobierno de El Salvador -GOES- procuró obtener la aprobación de una reforma, bajo el *Programa de modernización pública*. Entre algunos elementos en este programa se incluían la descentralización de la prestación y administración del servicio de salud; introducción de la participación del sector privado —incluyendo compañías privadas de seguros— en la prestación del servicio de salud para todos, menos los más pobres de la población, y la

promoción de organizaciones sociales civiles como administradores de los programas de “bienestar social” (ops).

En ese lapso la reforma de salud fue un tema controversial y se presentaron muchas propuestas para la misma, sin que ninguna recibiera apoyo universal o intersectorial. Entre 1993 y 1994, consultores nacionales e internacionales de USAID, el Banco Interamericano de Desarrollo –BID- y la Organización Panamericana de la Salud –OPS- llevaron a cabo un análisis del sector de salud en El Salvador -ANSAL- y presentaron un documento intitulado “Reforma en salud: hacia la equidad y eficiencia”, cuyo resultado es un diagnóstico del sistema en salud y una propuesta para su reforma. El análisis demostró que el sistema de la salud en El Salvador tenía muchos problemas, incluyendo “desigualdad, bajo cubrimiento, maltrato a los pacientes, baja calidad y acceso de tratamientos centrados en curaciones, especialmente para la población rural y para aquellos con menos recursos” (Acción para la Salud en El Salvador -ANSAL-, 2002: 9). En su intento de una reforma, el MSPAS inició una serie de cambios organizacionales fundados en el documento de ANSAL, cuyos antecedentes principales eran recomendaciones para países en vías de desarrollo del Banco Mundial y del BID. Entre 1994 y 1995, el *Grupo para la reforma del sector de salud* creó “La guía para la reforma del sector de la salud en El Salvador”. Durante este período el GOES también formuló “el plan de gobierno para 1994-1999: El salvador, país de oportunidades” que discutía temas de salud y nutrición.

En 1998 la contienda por la reforma del sector de la salud culminó en una serie de huelgas y demostraciones, las cuales protestaban por la falta de avances en el tema de la reforma y el mal estado del sistema. Cinco propuestas de reforma emergieron de este conflicto: la



Comisión Nacional para el Desarrollo (Mesa 13 de la Consultación Especializada); La Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social –FUSADES–, la Comisión Nacional de Salud –CONASA– y las propuestas ciudadanas presentadas por la Asociación Profesional del Colegio Médico y el Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social –STISS– (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2006). Un breve examen de las diversas propuestas de reforma evidencia las diferencias de opinión entre los diversos actores respecto de la forma más apropiada para abordar la reforma en El Salvador. La propuesta de la Mesa 13 promovía un sistema de salud nacional integral y enfatizaba en separar la prestación de servicios de la coordinación y administración de los diferentes componentes del sistema. La FUSADES, por su lado, planteó una solución basada en el mercado, sugiriendo la compra de un seguro obligatorio para cubrir los niveles primarios, secundarios y terciarios del servicio de salud; lo anterior sería financiado tanto individualmente como por el Estado. La tercera opción, proveniente de CONASA, propendía por una reforma a través de una prestación privada de servicios que fueran mediados por el Estado, a la vez de ser complementado por un seguro universal financiado por el gobierno. El Colegio Médico, simultáneamente, había llevado a cabo un proceso participativo que culminó en la propuesta para una *política nacional de salud*, con énfasis especial en un manejo participativo y en la descentralización sin privatización, bajo la dirección del MSPAS. La propuesta del STISS sugirió que el ISS se convirtiera en el rector de un sistema de servicio de salud integral, ampliando el seguro social a toda la población. Bajo de este modelo, el MSPAS se ocuparía de las políticas de provisión de salud.

A raíz del fracaso en la aprobación de las propuestas, surgió el Consejo de Reforma de

Salud, en 1999. Éste presentó una propuesta de reforma al presidente de El Salvador, a finales del 2000, la cual contenía un esquema básico para la reforma y sugería la formación, dentro de los siguientes noventa días, de una *comisión de monitoreo* para supervisar el proceso. Al mismo tiempo, el MSPAS inició cambios serios en su organización y en los marcos conceptuales, para la organización institucional, la reforma y la modernización. Como parte de estos ajustes, el MSPAS emprendió un proceso de redistribución del manejo y control, y como parte de este movimiento hacia la descentralización se constituyó el SIBASI, en diciembre del 2000.

En aquel ínterin, el proceso de reforma había continuado su desarrollo y se prolongaba el conflicto. Entre 2002 y 2003, los doctores y trabajadores de la salud del ISSS declararon una huelga de nueve meses en contra de la privatización del servicio de salud que ellos asimilaban como parte integral de la propuesta de reforma del gobierno. La huelga logró frenar temporalmente la privatización del sistema de salud, pero el tema continuó a la vanguardia del debate de la reforma del sistema de salud. Otra consecuencia de la huelga fue lograr un acuerdo para la conformación de una comisión de monitoreo para la reforma de salud multi-sectoral, convocada por el presidente, cuyos frutos aún no han resultado reveladores (Murphy, 2006).

En mayo de 2006, el MSPAS radicó ante el ejecutivo una “propuesta para la reforma de salud integrada”, que el presidente envió a la Asamblea Legislativa, para su aprobación, a mediados de junio (La Prensa Gráfica, 2 de junio de 2006). Desde entonces, el proceso legislativo alrededor de la propuesta para la reforma no ha avanzado sustancialmente. Después de su envío a la Asamblea Legislativa, el partido Frente de Liberación Nacional Farabundo Martí –FLNFM– solicitó que se formulara un nuevo proyecto pues lo

consideraron una “vía a la privatización”, a lo cual el MSPAS respondió que la participación del sector privado sólo tendría lugar en casos extremos y no reemplazaría al Estado (La Prensa Gráfica, 3 de julio de 2006). El debate sobre la nueva propuesta de reforma y la privatización del servicio de salud ha continuado y, desde junio, la Asamblea Legislativa no ha avanzado significativamente con la propuesta (La Prensa Gráfica, 15 de agosto de 2006 y 10 de noviembre de 2006).

### **Retos en la salud y acceso al servicio de salud en El Salvador**

El Ministerio de Economía de El Salvador, por medio del director general de estadística y censos –DIGESTYC– obtuvo estadísticas para el 2004, a través de la encuesta Hogares de propósitos múltiples –EHPM–; ésta definió la pobreza como la incapacidad de cubrir la canasta básica ampliada, que incluye la canasta básica alimentaria más gastos para vivienda, salud, educación, vestimenta y otras necesidades.

La canasta básica mensual de comida y alimentación en el 2004, para áreas urbanas, era de 130.02 dólares, y de 96.28 dólares para áreas rurales. El ingreso medio nacional era de 418.00 dólares por mes, para el 2004, con los ingresos mayores ganados en las áreas urbanas más densamente pobladas como San Salvador y La Libertad. Tomando como medida a aquellos que pueden pagar la canasta básica extendida, existen aproximadamente 562 mil hogares viviendo en pobreza en El Salvador, lo que representa un 34.6% del total. De éstos, 12.6% vive en extrema pobreza, que significa la incapacidad de cubrir la canasta básica nutricional. De los hogares que viven en la pobreza, 29.2% está en áreas urbanas y 43.7% en áreas rurales, con 21.7% en el área metropolitana San Salvador -AMSS-. En áreas rurales, 19.3% de los hogares viven

en extrema pobreza. (Ministerio de Economía, DIGESTYC, 2004). Tomando como base las cifras de otras fuentes, sin embargo, todo indica que estas figuras son ligeramente conservadoras. Tanto la canasta extendida como la básica son algo bajas en términos de costo de vida, particularmente en áreas urbanas y a partir de la introducción del dólar americano como moneda oficial.

En El Salvador la esperanza media de vida es de 70 años —en general—, 67 años para los hombres y 73 años para las mujeres. El grupo más vulnerable de la población es el de niños y niñas, mujeres y adultos mayores. La tasa de mortalidad materna es de 150 por 100,000 nacimientos vivos, considerado “inaceptablemente alto” por el gobierno de El Salvador (Perfil de país, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2006). La tasa de mortalidad para niños y niñas menores de 5 años fue de 38.5 por 100,000 en 2001. En 1994, de las 600 de las muertes en niños y niñas menores de 5 años, 47% era el resultado de enfermedades transmisibles, 60% de las cuales eran infecciones intestinales. En bebés, las visitas a la consulta externa en 1996 eran causadas, en su mayoría, por infecciones respiratorias agudas, seguidas por parásitos y otras infecciones intestinales (Ops, 2001). En el 2001, la ops indicó que de acuerdo con la más reciente información disponible, el número de infantes menores de un año que fueron vacunados contra la poliomielitis, sarampión, difteria, tosferina, tétano y tuberculosis tenían un rango desde 99% para tuberculosis y difteria, hasta 97% para sarampión. Social Watch, sin embargo, indica que la tasa de vacunas está descendiendo, desde un promedio de 93% en 2002, a un 84% en 2004 (Social Watch, 2005).

Los adultos mayores también componen un segmento muy vulnerable de la población en El Salvador. En 1994, 29.9% de los mismos no tenían ingresos y 25.8% no recibía sosteni-



miento financiero por parte de miembros de la familia (Ops, 2001). La mayoría de muertes entre los adultos mayores son causadas por enfermedades cardiovasculares, con neoplasmas como la segunda causa principal. Otras condiciones médicas de preocupación entre dicha población son diabetes, pulmonía e insuficiencia renal crónica (Ops, 2001). La población mayor de 60 años se encuentra con el reto del bajo cubrimiento y barreras al acceso por cuestiones financieras o de movilidad. De esta población en 2005, sólo el 13% estaba cubierto por una pensión formal (Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores, 2005).

En términos de acceso a la salud, la EHPM reporta que 827,148 personas indicaron que habían sufrido enfermedad o lesión en el mes precedente a la encuesta, representando un 12.2 % de la población, 46.0% de los cuales eran hombres y 54% mujeres. De la población afectada por enfermedad o lesión, 50.5% buscó tratamiento por medios formales, como consultas e instituciones de salud pública y privada, mientras el otro 49.7% afirmó que se automedicaron o no buscaron tratamiento, ya fuera porque no lo consideraron necesario o porque carecían de recursos financieros (Ministerio de Economía, DIGESTYC, 2004).

El gasto de El Salvador en servicios sociales es extremadamente bajo. En 1999 el gasto público en el sector social era de 5.7% del PIB (Ops, 2001). En 2003, el gasto total en salud de dicho país era de 7.6%, con un total de gasto público en salud de 3.4% (MSPAS, 2004). El MSPAS indica que el gasto anual per cápita en la salud es 168 dólares, lo cual es muy bajo según estándares latinoamericanos. El representante del país de la OPS, Eduardo Guerrero, recientemente criticó la baja inversión en salud pública del gobierno diciendo que “El recurso financiero del Ministerio de Salud no es suficiente para cubrir la demanda.

Es necesario incrementar el recurso para que puedan darle a la familia atención de salud básica mucho más adecuada”, lo cual expresó como respuesta a la propuesta del presupuesto para la salud para el 2007 de 323 millones de dólares (La Prensa, noviembre 21 de 2006). Los problemas en el sistema de salud pública en los meses recientes reflejan recursos insuficientes, con muchos institutos haciendo peticiones urgentes al MSPAS para obtener recursos extra, habiéndose agotado los medicamentos y los suministros antes del final del año fiscal. El MSPAS radicó una solicitud ante el Ministerio de Hacienda para la obtención de fondos suplementarios (La Prensa, octubre 11 de 2006).

A pesar de los altos niveles de pobreza, los gastos familiares en salud son mayores que el gasto público, el cual, de acuerdo con el MSPAS “demuestra el esfuerzo enorme que las familias hacen para recibir atención en salud, en perjuicio de otras necesidades” (MSPAS, 2006). El MSPAS cubre 80% de la población y el ISSS cubre el 17%, teniendo los dos sistemas 2,464 y 1,583 camas hospitalarias, respectivamente. Para cada 10,000 personas, El Salvador tiene 9.1 doctores, 5.4 parteras, 3.8 enfermeras y 2.1 odontólogos. En el sistema público hay 3.473 doctores, 5.274 enfermeras y 1.499 promotores en salud. El 60% de los doctores y odontólogos del país trabajan en la capital, San Salvador (Ops, 2001).

El sistema de salud en El Salvador esta marcado por la fragmentación, centralización, ausencia de inversión financiera pública y no está equipado para administrar los asuntos de la salud de la población. Un análisis del MSPAS en el sector de salud (2006) indica que las condiciones demográficas y sociales del país están reflejados en su perfil epidemiológico: una alta incidencia de enfermedades infecciosas relacionadas con el medio ambiente, deficiencia nutricional, pobres hábitos de consumo, falta de educación en salud

y los efectos de la falta de servicios básicos en el estilo de vida de la población. El MSPAS (2006) informa: “los niveles alcanzados en la mortalidad materna e infantil todavía no son aceptables. Esto coexiste con el problema de la salud mental y el surgimiento de nuevas enfermedades tales como el SIDA, además del incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y daños a la salud como resultado de lesiones por accidentes o violencia. Todos son problemas cuya prevención y tratamiento requieren una mayor cantidad de recursos”. Actualmente, la cobertura provista por los tres sub-sectores del sistema de salud sólo cubre, aproximadamente, a dos tercios de la población, dejando a más de dos millones de personas sin servicio de salud. Los anteriores problemas sistémicos están en paralelo con el peso de las enfermedades, y a su vez exacerbados por los altos niveles de pobreza y la incidencia de violencia, enfermedades transmisibles como el dengue y desastres naturales. Los actores en el sector de la salud reconocen, como es obvio, que la estructura actual del sistema de salud está mal equipada para responder a la población salvadoreña. Mientras el debate alrededor de la reforma continúa, se introdujo el programa SIBASI, para ayudar a mejorar la situación del servicio de salud para los grupos con mayor necesidad de atención a nivel primario y secundario.

### **Los SIBASI: marco conceptual y estructura**

El programa SIBASI surgió con la reorganización institucional, cuyos inicios en los años noventa marcó la división en cinco regiones administrativas de la salud, para descentralizar más las oficinas. Éstas se seleccionaron tomando como referencia los 14 departamentos de El Salvador. En la más reciente reorganización, estas 14 administraciones departamentales fueron a su vez divididas en

28 SIBASI, para ajustarse a los 28 hospitales nacionales de cuidado secundario. Los SIBASI se definen como: “...la estructura operativa básica descentralizada del Sistema Nacional de Salud basada en atención primaria, que media la prestación de servicios integrales y efectivos y la correspondencia de los otros sectores, y contribuye a la mejora del nivel de salud de una población definida” (APSAL: 2002:21). En el informe para un análisis de línea de base de siete SIBASI, el *Programa plus para la reforma de salud* –PHRplus- de USAID hace referencia a una creencia entre el personal del campo en los centros acerca de que este modelo es el primer programa que refleja un cambio real y que marcará una diferencia (Sieber, 2002: 5-6). Sin embargo, en su informe sobre el programa en sus fases iniciales, la red no gubernamental APSAL se muestra escéptica hacia el programa, aseverando, por ejemplo, que el diseño de éste no es el resultado de la participación ciudadana o consulta con la sociedad civil, sino que está alineado con las prioridades de las instituciones financieras (APSAL: 2002,7). Tanto PHRplus como APSAL llevaron a cabo evaluaciones preliminares sobre los SIBASI en 2002.

Las prioridades consideradas como integrales para los SIBASI reflejan muchas de las prioridades para la reforma de salud discutidas anteriormente. La atención integrada para la salud es una de las prioridades del programa, al conectar la educación, prevención, cuidado curativo y atención a los “factores físicos, económicos, sociales y culturales que afectan al individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente” por medio de una red de establecimientos que son “accesibles, equitativos, participativos, continuos y de calidad” (APSAL, 2002:17). El modelo integral para la reforma de salud, que debe informar sobre la prestación del servicio SIBASI, tiene como fin prestar una atención específica a los niños y niñas, adolescentes, mujeres,



hombres adultos y adultos mayores y para manejar aspectos ambientales de la salud (Seiber, 2002: 27). El programa se basa en el manejo descentralizado, y su propósito es suministrar servicios de salud en un “modelo conjunto público y privado, con manejo autónomo de la prestación del servicio de salud”, con interés por la eficiencia, efectividad y calidad del servicio (APSAL: 2002: 18). La participación social también formó parte integral del plan original y en la justificación de los SIBASI, reflejando una creencia en la responsabilidad comunitaria e intersectorial en el desarrollo social y en las decisiones respecto de la salud. De acuerdo con APSAL, “el MSPAS reconoce que los SIBASI deberían incorporar la participación social por medio de la implementación de métodos de consulta social, y también apoya a otros grupos, tales como: comités, asambleas, asociaciones de desarrollo comunitario -ADESCO-, grupos de auto-ayuda, etc. (...)”; asimismo, “la propuesta para la participación social como estrategia en el sistema SIBASI es fortalecer el conocimiento crítico para mejorar el proceso de la toma de decisiones en la solución de problemas alrededor de la salud y el cuidado propio(...)” (2002: 18-19).

El sistema SIBASI se compone de diferentes tipos de centros de salud: hospitales, unidades de salud, casas de salud, puestos de alimentación rural y centros de emergencia. Según el MSPAS, el programa SIBASI tiene por fin proveer un servicio de salud que medie entre los niveles primarios y secundarios, involucrando la participación y conciencia comunitaria, y que además dé la respuesta a las necesidades de una población específica. El programa SIBASI centra su programación en madres, niños y niñas y adultos mayores. Entre los valores principales identificados por el MSPAS para el programa están la calidad de servicio, atención humana, aceptabilidad cultural y flexibilidad; de igual manera se identifican cinco componentes sustanciales

respecto de los roles de los SIBASI: 1. manejo descentralizado, que significa la transferencia de recursos humanos y manejo financiero desde los niveles superiores a los niveles SIBASI; 2) atención integral a la salud, lo cual implica la prestación del servicio de salud multisectorial, y teniendo en cuenta factores físicos, económicos, sociales y culturales; 3) la prestación de servicios de salud; 4) la financiación de servicios de salud; 5) la participación social (MSPAS, 2006).

Los dos estudios preeliminares de los SIBASI, realizados por el PHRplus y APSAL, proporcionan información útil sobre el programa, en sus primeros años. Cada estudio ofrece una visión general del marco conceptual de los SIBASI, sus metas y propósitos, y entrega una valoración del programa en sus primeras etapas. Ambas propuestas reflejan cierta ambigüedad sobre las poblaciones escogidas por los SIBASI. Estos últimos se dedicaron a identificar una población objetivo, mas no parece haber sido por medio de la focalización de un grupo específico, como aquellos quienes reciben menos servicios del sistema de salud pública. La administración de los SIBASI identificó poblaciones de captación como una manera de determinar las áreas geográficas que serían servidas por cada SIBASI. El informe del PHRplus no menciona las medidas tomadas para incrementar el acceso a los servicios de salud por parte de aquellos que no tenían acceso, antes de la implementación de los SIBASI. Por el contrario, cuando se refiere a la población objeto, se alude a poblaciones de captación y objetos de servicio que son basados en promedios de los años anteriores. De manera similar, el informe APSAL no describe ningún intento de los programas SIBASI por focalizarse en una población determinada, antes bien evalúa el tema de acceso desde un punto de vista de usuarios, pero no detalla explícitamente un intento del MSPAS y los programas SIBASI para llegar a una población específica.

El PHRplus informa que en el 2002 los SIBASI afrontaron retos de recursos humanos, manejo y calidad, encontrándose un desequilibrio en la dotación de personal en todo el sistema SIBASI: “el número de personal en cada equipo técnico de SIBASI no corresponde ni al tamaño de la población ni a la cantidad de instalaciones dentro del área geográfica de los SIBASI”. Según PHRplus muchos SIBASI dependían, en gran medida, de estudiantes de medicina para las posiciones gerenciales, dependencia significativamente mayor cuanto más alejadas eran las áreas de la capital. Los SIBASI tienen el propósito de apoyarse en los protocolos del MSPAS para una salud integral, como se expuso anteriormente. En el 2002 sólo se habían completado los lineamientos sobre la salud de mujeres y niños y niñas. Adicionalmente, el personal de SIBASI tenía limitado acceso a estas guías, lo cual resultaba en un uso limitado de estas propuestas.

En términos de la calidad de mantenimiento y de la infraestructura, el PHRPLUS indica que en 2002, el 100% de los centros de salud de los SIBASI tenía electricidad y el 83% tenía un teléfono o radio de onda corta. Sólo el 58% tenía acceso a agua limpia, un problema sustancial para la prestación del servicio. El 97% de los centros fueron calificados como limpios, 99% tenía áreas de espera cubierta y 96% tenía inodoros que servían para el uso de los pacientes. Solo 65%, sin embargo, tenía un protocolo adecuado para eliminar los desechos médicos, ya fuera enterrándolos, tapándolos o incinerando la basura. El transporte era un obstáculo para muchos de los centros de salud, con menos de 1/3 de los centros teniendo acceso a una ambulancia, algunos dependiendo de motocicletas o camionetas, o sin siquiera transporte alguno. Sólo el 17% de los centros tenía un computador. El estudio indicó que las interrupciones en la electricidad y en el agua eran frecuentes, con una interrupción

en el servicio cuyo promedio era de 4.2 días. No había un sistema de mantenimiento, en general, y muy pocas personas de los SIBASI tenían su propio sistema de mantenimiento y reparación. (Sieber, 2002: 47-48).

En su análisis de calidad de los SIBASI, APSAL utiliza indicadores diferentes de los empleados por PHRplus. Así, se encontró que la educación en salud con énfasis en la prevención de la cólera, higiene del hogar, disminución de la tasas de mortalidad y morbilidad y la disminución de la tasa del dengue, era generalmente percibido por el personal gerencial de SIBASI, comités de gerencia y de consulta social, como un aspecto que había mejorado. También se indicó una mejora percibida en programas de prevención, a partir de factores tales como la reducción de mortalidad y morbilidad y de la incidencia de enfermedades infecciosas. En términos de medicina curativa, se halló que la mayoría creía que había mejorado, aunque el 33% indicó lo contrario. Los resultados se basaron en el aumento en las horas de servicio, número de doctores contratados, aumento en el suministro básico de medicina y proximidad física de las consultas a la comunidad que la utilizaba. (APSAL: 2002: 24-25).

El abordaje de la provisión del servicio, indicado anteriormente, refleja la propuesta integral al servicio de la salud del MSPAS, a través de diferentes grupos etáreos y ambos sexos, y por medio de centros de salud, escuelas, familias, comunidades y lugares de trabajo (Seiber, 2002: 51). Los SIBASI en general ofrecían servicio en horarios extendidos, con 98% de los centros abiertos cinco días a la semana, 14% siete días a la semana, 100% o desde las 8:00 a.m. hasta las 3:00 p.m. y 90% desde las 8:00 a.m. hasta las 4:00 p.m. El 33% de las instalaciones de salud tenía una persona de guardia trabajando en las horas no hábiles. Cada instalación SIBASI ofrecía planificación familiar, consultas para niños



y niñas enfermos, monitoreo en crecimiento, terapia de rehidratación oral y cuidado prenatal cinco días a la semana. Había vacunas disponibles un poco menos frecuentemente, en un rango entre 91% y 98% del tiempo. La disponibilidad de la planificación familiar difiere según las instalaciones y el método. Había pastillas disponibles en el 100% de las instalaciones, inyectables en un 99%, condones en un idéntico porcentaje, consejería para planificación natural en un 91%, y el dispositivo intrauterino en un 56% (Seiber, 2002: 52). El estudio también indicó que la mayoría de las instalaciones tenían una provisión adecuada del servicio de salud para niños y niñas. Las clases de servicios ofrecidos, y el porcentaje de instalaciones que los ofrecían cinco días a la semana también se indicaban en el informe. El 93% ofrecía terapia de rehidratación oral cinco días a la semana, 68% consultas médicas para niños y niñas enfermos, 72% monitoreo de crecimiento, 49% vacunación de rutina, 12% vacuna de tuberculosis y 74% ofrecía tratamiento de infección respiratoria.

El informe APSAL adopta un enfoque diferente a la evaluación de los servicios ofrecidos, al estudiar el acceso a los servicios de salud en los SIBASI desde el punto de vista de los usuarios y de los miembros de la comunidad encuestada; así exploró el acceso geográfico a los servicios de salud, indicando que en los cinco SIBASI estudiados los pacientes tuvieron que viajar entre media hora y hora y media, para llegar a los centros de salud. Cuando se les preguntó acerca del tiempo promedio de espera en los centros de salud, el 38% de los entrevistados dijo que tuvieron que esperar entre 2 y 3 horas, en un rango de 27% a 50%, dependiendo de los SIBASI. El 51% de los encuestados indicó que sus citas generalmente duraban menos de diez minutos y muchos señalaron que una de las mayores quejas de los servicios de salud era la larga espera, com-

parada con el corto tiempo de consulta con el médico (APSAL, 2000: 38). APSAL también estudió el acceso económico a los servicios de salud, al preguntarle a los encuestados sobre las cuotas voluntarias. La mayoría de éstos indicó que las cuotas voluntarias eran menos de 10 colones (aproximadamente 1.00 dólar). Los encuestados de Sonsonate y Cuscatlán, sin embargo, señalaron, en un 50%, que tenían que pagar entre 11 y 20 colones (APSAL, 2000: 39).

APSAL también estudia el acceso a servicios específicos de salud, centrándose en los servicios maternos e infantiles. A diferencia del informe PHRplus, no estudia el porcentaje de los centros suministrando servicios, sino más bien el número de usuarios que consideraban tener acceso a ciertos servicios. De los entrevistados, el 14% indicó que ellos tenían acceso a servicios de posparto, 30% a planificación familiar, 35% a citología, 24% a servicios nutricionales infantiles y 42% a servicios prenatales. APSAL creen que estos porcentajes son un tanto bajos (2002: 36,42).

Tanto los documentos PHRplus como APSAL demuestran que los SIBASI tuvieron un impacto positivo en sus primeros cinco años, pero que todavía son necesarias unas mejoras. La información sobre calidad muestra que el tiempo de espera es un problema de envergadura, como también lo son los recursos humanos, la infraestructura y el mantenimiento. En términos de acceso, parece haber una falta de información en cuanto a si, o cómo han cambiado los SIBASI el nivel de acceso de servicios para aquellos que han sufrido la falta de acceso en el pasado, dadas las condiciones geográficas, económicas o de otra índole. Ninguno de los estudios detalla la dimensión de la inclusión y exclusión de salud que pudiera mejorar el entendimiento del impacto actual de los SIBASI al acceso al servicio de salud.

## Metodología y consideraciones éticas

Gran parte de la investigación para este proyecto se llevó a cabo durante tres meses, en el 2006, en El Salvador, sede de mi investigación. Pero, igualmente, hubo la necesidad de desplazarse hacia otros departamentos. Como hay 28 áreas SIBASI y el cronograma para la investigación era limitado, concentré el estudio en cuatro SIBASI (ver tabla 1). La población de dos de éstos exceden las 200.000 personas, mientras los otros tienen poblaciones menores de tal número. El sistema determina el número de municipios cubierto por las áreas SIBASI; asimismo, son extensos tanto el alcance geográfico como el tamaño de la población para cada SIBASI; sin embargo, los dos de me-

nor población se pueden considerar rurales, en términos generales, dado que comprenden sólo uno o dos municipios de más de 15.000 habitantes. El criterio de selección de esas cuatro áreas también se basó en factores socioeconómicos. El desglose, por departamentos, del número de hogares bajo la línea de la pobreza en El Salvador (DIGESTYC, 2002), evidenció dos departamentos en la categoría de ingresos más altos, siete en ingresos medios y 5 en ingresos más bajos. Basándome en esta discriminación, seleccioné áreas SIBASI que coincidieran con departamentos, seleccionando uno de la categoría del ingreso más alto, dos de rangos medios (uno en el extremo superior y otro en el extremo inferior) y uno del rango de ingresos bajos. Los SIBASI seleccionados se presentan en la siguiente tabla:

TABLA 1

Nombre de los SIBASI	Porcentaje de viviendas bajo la línea de pobreza	Población total	Municipio principal	Centros de salud
La Libertad	28,8%	783.926	Nueva San Salvador/ Santa Tecla: Población 186.636	1 hospital, 28 unidades de salud, 5 centros rurales de nutrición, 1 centro para la atención de urgencias
Santa Ana	38,80%	428.385	Santa Ana: Población: 277.627	1 hospital, 21 unidades de salud, 6 casas de salud, 6 centros rurales de nutrición
Chaletenango	41,90%	116.579	Chaletenango: Población: 30.671	1 hospital, 29 unidades de salud, 3 casas de salud, 6 centros rurales de nutrición
Morazán	55,30%	168.983	San Francisco Gotera: Población: 22.324	1 hospital, 25 unidades de salud, 11 casas de salud, 4 centros rurales de nutrición

Fuente: Encuesta Nacional de Vivienda de Propósitos Múltiples de El Salvador, 2002



Mi investigación apunta, *grosso modo*, a conocer las percepciones de diferentes actores sobre el impacto inicial del programa SIBASI en la calidad del servicio de salud. Como se mencionó anteriormente al revisar la literatura, se considera la percepción de la calidad por parte de los pacientes como una dimensión crucial para determinar la efectividad de los servicios, incluyendo el acceso. En consideración de la importancia de la percepción de los pacientes, la metodología de este estudio se diseñó para medir la importancia de las percepciones de los numerosos *stakeholders* en el sistema de servicios de salud y así poder crear una imagen integral de la efectividad e impacto.

El presente trabajo no es un estudio cualitativo tradicional de impacto; más bien, aborda el tema de forma que se logre rescatar las sutilezas de un sistema complejo. Aunque los métodos no son concluyentes respecto del impacto, en términos de número de clientes servidos, sí ilustra por ejemplo, sobre los muchos factores involucrados y que pueden o no volver exitoso un programa de servicio de salud. El documento refleja un interés en las metas del programa SIBASI, como las define el MSPAS, al igual que en las maneras como los diferentes grupos, ya sean éstos formuladores de políticas o pacientes, perciben su éxito o fracaso. Por esta razón, mi investigación es cualitativa en términos generales, pero se complementa con información cuantitativa.

La investigación en el campo consistió mayormente en entrevistas de uno a uno, semi-estructuradas, y contando con cuatro categorías de participantes: 1) formuladores de política o representantes institucionales (representantes de agencias internacionales de financiamiento y desarrollo); 2) miembros de la sociedad civil u otros expertos (representantes de las ONG de salud, doctores o trabajadores de la salud que laboran con

sectores de las ONG y miembros y académicos); 3) administradores y personal de SIBASI (directores, subdirectores, y personal técnico de SIBASI), y 4) pacientes o usuarios potenciales/miembros de la comunidad (miembros de la comunidad, técnicamente cubiertos por el sistema que, sin embargo, pueden o no utilizarlo). Igualmente conformé grupos focales para entablar un diálogo con miembros de la comunidad, como un medio para impulsar la discusión entre los participantes en cuanto a sus experiencias con el sistema de salud. Pude llevar a cabo un gran número de entrevistas; un reto mayor fue lograrlo con funcionarios del Ministerio de la Salud Pública y Asistencia Social y con el director de los SIBASI en Santa Ana. Todos se comprometieron con las entrevistas, pero luego de algunas cancelaciones, no fue posible su reprogramación.

Por medio de estas entrevistas logré extraer, en una forma cualitativa, la percepción de los actores sobre el tema de calidad. Para poder comprender el impacto del programa SIBASI sobre la calidad del servicio de salud a nivel primario en El Salvador, le pregunté a los formuladores y administradores de política sobre las medidas tomadas en la planificación y en la implementación, para mejorar la calidad por medio del programa, cómo fueron establecidas las prioridades en cuanto a la calidad, y si ellos pensaban que el programa había sido exitoso para la mejora en la calidad. Hice las mismas preguntas a los doctores y a otros expertos, inquiriendo si ellos sentían que había una diferencia en la calidad, a partir de los SIBASI y cómo era, qué herramientas y recursos, según ellos, eran necesarios para mejorar la calidad, y qué factores eran esenciales para lograr una calidad en el servicio de salud. Pregunté a los miembros de la comunidad si había preocupaciones con relación a la calidad antes de la implementación de los SIBASI y cuáles eran éstas; si hubo cambio en sus preocupa-

ciones y cómo fue el mismo; qué factores, en general, consideraban necesarios para lograr una calidad en el servicio de salud, y si ellos sentían que la atención actual, bajo el programa de SIBASI, proveía servicio de salud de calidad, y cómo lo hacía. Estas entrevistas dieron apertura a una exploración tanto de calidad técnica como de calidad percibida.

Las entrevistas cualitativas, que se complementan con información cuantitativa, cuando está disponible, ilustran sobre la naturaleza de la calidad en el programa SIBASI, según lo perciben los actores importantes. Dada la preocupación por la equidad —pilar en esta investigación— el concepto de éxito, percibido por los usuarios mismos, es de gran importancia. ¿Han sentido los pacientes que su seguridad basada en la salud ha mejorado?; ¿sienten ellos que han recibido servicio adecuado, respetuoso y accesible dentro del sistema público? Este enfoque reconoce que, si bien no es cuantificable en cifras, necesariamente, la percepción no sólo refleja el impacto del programa, sino que también puede impactar en cómo el programa habrá o no de tener éxito en el futuro.

La configuración de esta investigación incluía entrevistar a participantes humanos, siendo algunos usuarios del servicio de salud, lo que le daba particular relevancia a las discusiones con talante ético. Todos los participantes para este estudio eran mayores de 18 años y se les pidió que suministraran su consentimiento informado, ya fuera por escrito o de forma verbal; este último para el caso de participantes analfabetos. En ese caso, el formato para el consentimiento escrito era leído en voz alta por el entrevistador, el participante contestaba oralmente todas las preguntas y el investigador las anotaba. En su gran mayoría, los contactos se lograron por medio de conexiones con organizaciones internacionales o comunitarias y no infringieron la privacidad de los participantes.

Adicionalmente, las entrevistas con los miembros de la comunidad no tuvieron lugar dentro de los centros de salud, para proteger su privacidad.

### **Análisis- percepciones de varios actores del programa SIBASI**

#### **Formuladores de política y organizaciones internacionales**

La primera categoría de entrevistados fue la de los formuladores de política y participantes de organizaciones internacionales que trabajan los temas de servicios de salud. Las fuentes permanecen sin nombrar y con pocos descriptores que los identifiquen, para mantener la confidencialidad. Al ser preguntados por la calidad, los entrevistados se resistían a contestar contundentemente dada la falta de información en cuanto a las mejoras en calidad como resultado de los SIBASI. Las respuestas resultaron ligeramente inconsistentes. Prueba de ello es que un entrevistado dijo que sí había habido mejoras definitivas en los estándares técnicos de servicios bajo los SIBASI, mientras que una entrevistada mencionó graves problemas en la infraestructura de los centros de salud, que todavía permanecen con los SIBASI, lo cual repercute en la calidad del servicio. Ella afirmó, por ejemplo, que la falta de acceso al agua significa que en muchos centros de salud los doctores no pueden lavarse las manos correctamente, entre una cita y otra. Otro ejemplo proporcionado por esta entrevistada fue la escasez de servicios adecuados de laboratorio. Aun si las mujeres tuvieran acceso a la citología, la falta de laboratorios significa que posiblemente nunca recibirían los resultados del examen, o que habría una alta posibilidad de que éstos fueran falsos. La entrevista puso como ejemplo a Ahuachapan, en el occidente del país, donde



el examen para el cáncer cervico-uterino regresaba con una tasa promedio de 70% precisión. Agregó que si la mujer examinada tuviera un resultado positivo para cáncer, raramente tendría acceso a un tratamiento. Es así como, y ella lo cree firmemente, a pesar del programa SIBASI la calidad del servicio de salud todavía presenta grandes retos, en razón de los problemas actuales respecto de la calidad técnica y la calidad de la infraestructura.

En general, los entrevistados de esta categoría consideraron que el mayor impedimento para el éxito del programa SIBASI ha sido el fracaso en la descentralización del manejo y la financiación del mismo. Así, todos indicaron que “el papel aguanta todo” para proyecciones optimistas, pero que hay muchos obstáculos para su éxito: la concentración del poder en el nivel ejecutivo; la falta de infraestructura, que afecta a la calidad y la pobreza en el país, lo que supone barreras significativas al acceso a la salud.

Lo más importante es que todos los entrevistados estaban dispuestos a discutir el programa SIBASI; sin embargo, insistían en la necesidad de entender los grandes desafíos para contar con un efectivo sistema de salud en El Salvador. Primordialmente, muchos indicaron la falta de afianzamiento entre tantos diferentes partidos que tienen interés en el sistema de salud; es más, el debate a la reforma es un reto mayor. El grupo de actores involucrados en los temas de salud es numeroso: el gobierno y su MSPAS, las ONG, la Procuraduría para los Derechos Humanos -PDDH- y los diferentes partidos dentro de la Asamblea Legislativa. Tantos actores no pueden o no quieren colaborar juntos, lo que significa que la reforma tiene pocas posibilidades de éxito. La división política entre la izquierda y la derecha es un desafío particular. Por ejemplo, muchas ONG y la comunidad de izquierda ven el programa SIBASI, y todas

las propuestas gubernamentales de reforma, como pasos hacia la privatización.

Los entrevistados también destacaron la baja inversión en salud y la pobre distribución de esta última dentro del sistema mismo, lo que crea dificultades mayores para unas mejoras. Como se presentó anteriormente, el presupuesto nacional para el gasto social en El Salvador es uno de los más bajos en América y el MSPAS cubre gran parte de la población con el mismo presupuesto que el ISSS, sólo entre el 15% y el 17% de la población.

Los desafíos importantes para una reforma de salud exitosa fueron mencionados reiteradamente por este grupo de entrevistados; sin embargo, un entrevistado dijo que a pesar de los muchos retos alrededor del sistema de salud en El Salvador y el programa SIBASI, lo positivo era que por lo menos el tema de cuidado de salud no se había estancado. Muchos temas que nunca antes se discutían, ya se estaban socializando. Por ejemplo, el programa SIBASI tiene retos prácticos, pero representa un reconocimiento, por parte de las autoridades, de la importancia de contar con un servicio descentralizado, integral y primario. Otro entrevistado se encontraba trabajando en un nuevo modelo de salud reproductiva y sexual, el cual diseminó entre los SIBASI de cinco zonas después de su publicación en 2005, lo cual consideró un éxito porque llevaría a una mejora en estas áreas. Mencionó, además, que a pesar de los desafíos enfrentados por el programa, era necesario reconocer que la priorización de la participación y las mejoras al acceso y calidad, por medio de un abordaje integral, sí indicaba un progreso en la gobernabilidad del sistema de salud salvadoreña.

### Empleados de los SIBASI

Las entrevistas a los empleados, incluidos los directores, produjeron respuestas diferentes

de aquéllas de las organizaciones internacionales y de los formuladores de política. En cuestión de calidad, una respuesta común era que no existía, a la fecha, nada que definiera, midiera o priorizara la calidad en salud antes de que los SIBASI fueran implementados en el 2001. El MSPAS ya publicó dos manuales de calidad en salud pública y algunos SIBASI han empezado a realizar encuestas de calidad para sus pacientes. Por ejemplo, los SIBASI en La Libertad ya habían adelantado una encuesta de calidad, mientras que toda la región occidental está en el proceso de ejecutar una el presente año. Muchos de los entrevistados calificaron como un avance, la reciente introducción de la calidad como un elemento de consideración en la política y programación de salud.

Buena parte de los entrevistados también dijo que los SIBASI han posibilitado un acercamiento más integral a los temas de la salud (por ejemplo salud materna e infantil) y han acercado a diferentes sectores gubernamentales a la salud. Según un entrevistado de Santa Ana, el MSPAS ya no es la única entidad responsable del servicio de salud; ahora los ministerios tanto del medio ambiente como de educación también son parte activa. Los entrevistados también expresaron que hay un incremento en los programas de prevención y educación. Esto también se observó en el centro de salud en Santa Tecla, La Libertad, al presentar un taller prenatal para niñas embarazadas, con un enfoque en la alimentación y el cuidado postnatal. En Sonsonate se implantó un programa de práctica familiar para niños y niñas; además, *Rincón de alegría* también se introdujo como un programa para adultos mayores, orientado a la promoción de una vida saludable y al manejo del aislamiento. Estos ejemplos demuestran que los entrevistados de esta categoría creen que ha habido avances en calidad como resultado del programa SIBASI.

## Sociedad civil y otros expertos

Las respuestas de miembros de organizaciones de la sociedad civil salvadoreña y de otros expertos, como académicos, doctores (que no son del MSPAS) y promotores de salud fueron considerablemente distintas de aquéllas dadas por los empleados de los SIBASI. Cuando se les preguntó por el impacto de los SIBASI en la calidad, algunos entrevistados dijeron que no se habían dado cambios en la calidad, mientras que otros dijeron que los cambios habían sido limitados. Un tema comúnmente mencionado fue el del aumento en horas de servicio en los centros de salud, a partir de la implementación del programa SIBASI. Varios pacientes afirman, por su parte, que lo anterior no constituye una diferencia en cuanto a la capacidad general de la población para tener acceso al servicio y a la calidad del mismo, puesto que persisten las dificultades en cuanto al tiempo de espera y al horario de citas. Un promotor de salud dijo, no obstante, que esto había sido uno de los grandes cambios positivos del programa SIBASI; pero él, sin embargo, está trabajando en un área urbana, lo cual puede significar a la población localizada en ésta le resulte más fácil utilizar los centros de salud en la noche.

Algunos entrevistados de este grupo aludieron a otros retos continuos en la calidad bajo el programa de SIBASI. Todavía existe un grave problema con la infraestructura, la disponibilidad de provisiones y medicinas, como también lo mencionaron los entrevistados de las organizaciones internacionales. Muchos participantes también trajeron a colación problemas recurrentes de las grandes brechas en recursos humanos, llevando a tiempos de atención más cortos y tiempos de espera más largos.

Es importante señalar que a muchos de los entrevistados de esta categoría, similar a



aquéllos de organizaciones internacionales, les parece ver al SIBASI como un problema marginal en la problemática mucho mayor de salud. Todos dijeron que los SIBASI eran “buenos en el papel” pero que no dan la talla en la práctica. Ellos creen que la “Ley SIBASI” del 2005 suprimió la naturaleza positiva del diseño original y no ha logrado cambios significativos en la práctica. Y al igual que los entrevistados de las organizaciones internacionales, ellos creen que no ha tenido lugar una descentralización real y que a ésta le falta integración, pues se mantiene el énfasis en el nivel central del MSPAS. Todos se refirieron a la falta total de monitoreo de los SIBASI en la actual fase de ejecución, limitando tanto la responsabilidad como el potencial para mejorías. Varios entrevistados dijeron que los SIBASI no eran más que “propaganda del gobierno” y que no había incidido en cambios en el sistema de salud, de ninguna manera. Parece una creencia común, en esta categoría de entrevistados, que el gobierno ARENA era incapaz de avanzar en términos de políticas y provisión de la salud. La afirmación generalizada de los entrevistados era que cualquier éxito en participación, acceso y calidad en el servicio de la salud era debido al esfuerzo de la comunidad y la iniciativa de centros de salud individuales y no resultado del programa SIBASI como tal.

### Miembros de la comunidad

Las entrevistas y grupos focales con miembros de comunidades usuarias de la salud pública eran cruciales para comprender el impacto del programa SIBASI. Los entrevistados generalmente provenían de comunidades que se podían considerar vulnerables, muchos eran mujeres, viviendo en áreas rurales, y algunos venían de una comunidad que había tenido que reasentarse, debido a desastres naturales. Es importante anotar que ninguno de los entrevistados de la comunidad había oído del programa por

su nombre. Esto motivó el ajuste de mis preguntas para referirme a cambios que hayan ocurrido en los últimos cinco a seis años (el tiempo de vida del programa SIBASI) para poder discutir el impacto del programa. Aunque el desconocimiento del SIBASI por parte del entrevistado es importante, no significa que el programa no haya llegado a él. Puede significar que se estén utilizando servicios no-MSPAS, o simplemente que no se hayan dado cuenta de que los servicios que utilizan son parte de los SIBASI.

Cuando se les preguntó por la calidad del servicio de salud, la disponibilidad de los medicamentos era generalmente la mayor preocupación de los entrevistados. Muchos de ellos indicaron que las medicinas generalmente no estaban disponibles en las consultas, lo cual parecía hacer que las otras barreras para ir al centro de salud carecieran de validez. Indicaron que los doctores no tenían las medicinas apropiadas en las clínicas o cuando recetaban una droga de farmacia, resultaba muy costosa para la población. Por ejemplo, una señora en un grupo focal tenía problemas crónicos de salud. Le pregunté la razón de su negativa a ir a una clínica u hospital. Ella dijo “tienes que pagar y no vale la pena pagar si no tienen las medicinas que necesitas” (Entrevistado B, septiembre 28 de 2006). También comentó que sólo le mandarían reposo y ella no tenía la opción de descansar. Pensaba que la ida al doctor no valía ni el tiempo ni el dinero que le costaría. En otro grupo focal, una entrevistada indicó que su esposo había tenido una infección muy dolorosa en una pierna. Cuando fueron al centro de salud, les dijeron que necesitaría una inyección, pero que el centro no tenía la medicina. Tuvieron que viajar a la capital del departamento, donde se les dijo que tenían que esperar una semana ya que era Semana Santa en ese tiempo. Ella se asustó pensando que él moriría, y el soportó mucho dolor.

La mayoría de los participantes indicaron que la visita al centro de salud no valía el tiempo, el dinero, ni el esfuerzo. Esto se debía particularmente a la asociación que hacían entre “buen” servicio de salud con la disponibilidad de medicamentos. Indicaron que la distancia recorrida, el dinero pagado y el tiempo lejos del trabajo no valían la pena si no había medicina disponible. Una mujer expresó: “sólo personas con niños y niñas pequeños van a las clínicas (Entrevistado C, septiembre 28 de 2006).

Los participantes de comunidades, mayoritariamente, no identificaron el servicio de salud con el gobierno o con programas gubernamentales, pero sí con las ONG y con servicios básicos como higiene, agua limpia, etc. El programa SIBASI parece no ser relevante para muchas personas pobres en el nivel comunitario, ahí no sabían que existía, no pensaban en la salud a nivel comunitario, ni, generalmente, asociaban el acceso a la salud y los servicios de salud con ONG y promotores de salud.

### **Discusión y conclusiones: el impacto del programa SIBASI en la calidad en salud**

El resumen general que se ha presentado, relativo a las respuestas de diferentes actores sobre el impacto del programa SIBASI, muestra que los cuatro grupos considerados perciben el programa de forma muy diferente. Mientras que los trabajadores de los SIBASI son por lo general bastante optimistas respecto del impacto y éxito del programa, a pesar de reconocer que existen retos en el contexto mayor de la salud en el país, los miembros de la sociedad civil y otros expertos son bastante escépticos. Los entrevistados de las organizaciones internacionales tienen opiniones mixtas sobre los SIBASI, pero en

general se enfocan en los grandes problemas de cara al sistema de salud y la población salvadoreña. Los miembros de la comunidad, sin embargo, no habían oído del programa y de hecho no parecían asociar la provisión de los servicios de salud con el gobierno, de manera alguna. Ellos discutieron la limitada calidad de servicio.

Las respuestas de los diferentes grupos de actores llevan a un número de observaciones generales sobre el programa SIBASI y su impacto en la calidad, como también sobre el sistema de salud en general. Existen impedimentos obvios en cuanto a la calidad bajo este programa, con problemas continuos de infraestructura y recursos humanos. El problema mayor de calidad, que también afecta el acceso, parece ser la disponibilidad de los medicamentos. En términos generales, los entrevistados de la comunidad se sienten frustrados ante la falta del medicamento necesario en los centros de salud y la carencia de recursos para comprar las recetas médicas en la farmacia. Muchos entrevistados dijeron que no buscarían servicio médico porque presumían que no tendrían acceso a las medicinas; además, asociaban servicio de salud de calidad con la disponibilidad de los medicamentos.

A pesar de los problemas que continúan con la calidad, parece haber pasos tomados por el MSPAS y los SIBASI individuales hacia su mejoramiento. Sin duda, se reconoce la importancia de tener en cuenta la calidad en el servicio de salud; por ejemplo, el MSPAS ha publicado dos documentos sobre calidad, y éstos fueron distribuidos al personal SIBASI. Adicionalmente, en La Libertad los SIBASI habían hecho una encuesta con pacientes, y la región occidental ahora está llevando a cabo un estudio sobre calidad. Entonces, a pesar de los retos continuos e importantes, existen pasos tangibles hacia un mayor reconocimiento y una mejora de la calidad.



Amén de las conclusiones específicas en cuanto a la calidad, unas observaciones generales importantes surgieron del presente estudio. Principalmente, es evidente que existen brechas importantes entre la meta del programa SIBASI, el marco conceptual y su práctica. Mientras el programa se ve “bien en papel”, ha tenido un éxito limitado en la práctica. Muchos entrevistados afirmaron que ellos habían sido optimistas en sus inicios, pero que estaban desilusionados sobre la forma como el programa se había implementado hasta la fecha. Mientras que el diseño del programa evidencia la priorización de muchas características importantes, y parece tener en cuenta la mejoría genuina de la salud pública, el programa no ha logrado unos cambios sustanciales; necesita llegar mas allá de ser sólo positivo en papel, para ser real en la descentralización, en una participación de importancia y para lograr la integración, componente principal de su diseño.

El impacto tangible de los SIBASI en la calidad es difícil de evaluar sin contar con evidencia empírica extensa y monitoreo del programa. El presente estudio se propuso proveer una visión general sobre el impacto de los SIBASI, basándose en la percepción de los diversos actores en El Salvador. Además, debería haber información extensa sobre el impacto del programa para poder evaluar por completo su progreso y hacer las mejoras que son tan evidentemente necesarias. No hay un proceso estándar de monitoreo en ejecución para los SIBASI, lo cual es necesario para que el programa pueda alcanzar el éxito. Idealmente, debería haber un proceso de monitoreo integral que incluya la diversidad regional y combine la priorización de la participación y evaluación empírica de calidad.

Otra observación general que provino de la experiencia de la investigación y que es obvia, dado el proceso largo y beligerante de reforma, es hasta qué punto la política

se convierte en un reto en El Salvador para avanzar en el servicio de salud. El abismo que existe entre la izquierda y la derecha y entre el gobierno y la sociedad civil lleva a una falta de la coordinación y cooperación esencial. Esto significa que el potencial para el progreso es limitado, porque el país entero no puede moverse hacia adelante sin el compromiso de todos los actores. Aunque una descripción de la situación política en El Salvador va más allá del alcance de este documento, es un factor crucial tanto en el crecimiento y la efectividad del sistema de salud, como en el proceso de investigación mismo. Un estudio más extenso del impacto de la politización del sector de salud y sus implicaciones sería extremadamente relevante e importante.

El SIBASI ciertamente tiene potencial como programa, pero es impedido por muchos de los problemas generales del sistema de salud en El Salvador. Son necesarias unas mejoras de importancia en la gobernabilidad para que el programa y el sistema de salud completo, funcione. La concentración continua de poder a nivel ejecutivo ha significado que la descentralización no haya operado efectivamente. Asimismo, el sistema de salud en su totalidad sufre a causa de una muy pequeña inversión en salud por parte del gobierno, limitando su habilidad para proveer tal servicio adecuadamente a la población, sin importar cuáles programas están en ejecución. El SIBASI es impresionante y progresivo en su diseño. Un diseño, sin embargo, significa poco si no se pone práctica. Son necesarios esfuerzos reales, con compromiso hacia las mejoras, basadas en un monitoreo y evaluación del progreso, para lograr que programas como los SIBASI sean relevantes y efectivos para afrontar los problemas capitales de la provisión de servicio de salud a la mayoría de la población.

Los problemas en el sistema de salud pública en El Salvador, extrema pobreza, gobernabilidad ineficiente, politización, baja financia-

ción, y contienda en el proceso de reforma son comunes en muchos países de la región latinoamericana. El caso SIBASI, con sus éxitos pequeños y sus retos mayores, puede ser utilizado para acrecentar el conocimiento de los sistemas de salud en países con retos semejantes. La intención de este estudio es la de ofrecer una mirada preeliminar del impacto de un importante programa de servicio de salud, en el contexto de una problemática trascendental en el sistema de salud. Así, se espera contribuir a mayores debates en torno a la lucha continua para transferir, de manera efectiva, los ideales de servicios democráticos de salud hacia los programas que puedan tener impacto real y llegar a aquéllos que más los necesitan.

## Bibliografía

- APSAL- Acción para la salud en El Salvador. Investigación de los sistemas básicos de salud integral-SIBASI- en El Salvador. San Salvador: Cooperativa Nueva Vida de RL; 2002.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA Defining Quality of Care in Social Science and Medicine. 2000; (51): 1611-25.
- Consejo Nacional de Atención Integral a los Programa de los Adultos Mayores. Disponible en: <<http://www.primeradama.gob.sv/conaipam.htm>>.
- PAHO Regional Core Health Data System: Country Health Profile- El Salvador. Pan American Health Organization. 2001. Disponible en: <<http://www.paho.org/English/sha/prfrels.htm>>
- Cabrero A Salud garantía no habrá privatización en La Prensa Gráfica. 2006; August 15th. Disponible en <http://archive.laprensa.com.sv/20060815/nacion/567208.asp>.
- Creel L, Sass J, Yinga N New Perspectives on Quality of Care: Client-Centered Quality: Clients' Perspectives and Barriers to Receiving Care. Ed. Population Council and Population Reference Bureau.
- DIGESTYC- Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de de Economía El Salvador. Disponible en: <<http://archive.laprensa.com.sv/20060703/nacion/535173.asp>>.
- Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de de Economía El Salvador. Encuesta de hogares de propósitos múltiples. Disponible en: <<http://www.digestyc.gob.sv/>>
- Girón G La salud pública como prioridad en La Prensa Gráfica. 2006; June 2. Disponible en <<http://archive.laprensa.com.sv/20060602/nacion/506717.asp>>.
- Hart M Incorporating Outpatient Perceptions into Definitions of Quality in Journal of Advanced Nursing. 1996; 24 (6): 1234-40.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Evaluación de disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia en El Salvador: población asignada por SIBASI. 2006; September 7th.
- Marco conceptual y operativo para el desarrollo del sistema básico de salud integral. 2006; March 15. Disponible en: <<http://www.mspas.gob.sv/sibasi1.asp>>.
- Propuesta reforma integral de salud. Disponible en: <[http://www.mspas.gob.sv/avance\\_reforma](http://www.mspas.gob.sv/avance_reforma)>.
- Murphy J O Pago o Se Muere: The Salvadoran Health Care Worker's Strike Against Health Care Privatization and its Impact on Democracy. Master of Arts Saint Mary's University, 2006.
- Ross A, Zeballos JL, Infante A. La calidad de la reforma del sector de la salud en América Latina y El Caribe en Revista Panamericana de Salud Pública. 2000; 8 (1-2): 93-8.
- Seiber E Baseline and Best Practice Assessment of Seven SIBASIS in El Salvador: Phase 1 and Phase 2. PHR PLUS/ USAID, 2002.
- Seid M et al Parent's Perceptions of Primary Care: Measuring Parent's Experiences of Pediatric Primary Care Quality in Pediatrics. 1998; 108 (2): 264-70.
- Sofear S, Firminger K. Patient Perceptions of Health-care Quality in Annual Review of Public Health. 2005; 513-59.
- Ugalde A, Homedes N Descentralización del sector salud en América Latina en Gaceta Sanitaria. 2002; 16 (1): 18-29.
- Valiente B Asamblea inicia debate sobre sistema de salud en La Prensa Gráfica. 2006; July 3.
- Villatoro C Bloom pide \$2 mil para terminar el año en La Prensa Gráfica. 2006, November 10.
- Las carencias afectan a toda la red hospitalaria en La Prensa Gráfica. 2006; October 11.
- Ops también ve deficit en presupuesto de salud en La Prensa Gráfica. 2006, November 21.
- Williams S Quality and Care: Patient's Perceptions in Journal of Nursing Care Quality. 1998; 12 (6) 18-25.

