

**EL SISTEMA LOCAL DE SALUD (SILOS)
DE LA ZONA NORTE DE SAN SALVADOR 1992-1997:
UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN SALUD**



**EDUARDO ANTONIO ESPINOZA
MARÍA ANGELA ELÍAS MARROQUÍN
ETHEL VERÓNICA VILLALTA**

T
147
E77
200

T
147
E.77
2000

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA (UNAN-MANAGUA)
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIO DE LA SALUD (CIES)**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR
AL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA**



**EL SISTEMA LOCAL DE SALUD (SILOS)
DE LA ZONA NORTE DE SAN SALVADOR 1992-1997:
UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN SALUD**

Shua Lila Postera S.

**AUTORES
EDUARDO ANTONIO ESPINOZA
MARÍA ANGELA ELÍAS MARROQUÍN
ETHEL VERÓNICA VILLALTA**

**ASESOR
DOCTOR RENÉ PÉREZ MONTIEL**

Abril 8 de 2000

CONTENIDO

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| I. OBJETIVOS..... | 5 |
| OBJETIVO GENERAL | 5 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | 5 |
| II. MARCO REFERENCIAL | 6 |
| A. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES..... | 6 |
| A.1.¿A QUÉ SE DEBE QUE MEJORA LA SALUD?..... | 8 |
| B. LOS ANTECEDENTES: ALMA-ATA Y SPT 2000..... | 9 |
| C. ATENCION PRIMARIA EN SALUD..... | 10 |
| C.1. CONCEPTUALIZACION DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD | 12 |
| C.2. CONTENIDOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... | 13 |
| C.3. CARACTERÍSTICAS DE LA APS..... | 14 |
| D. PROMOCION DE LA SALUD | 16 |
| D.1. AREAS DE ACCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD..... | 17 |
| D.2. ESTRATEGIAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD..... | 18 |
| D.3. POR QUÉ LA PROMOCIÓN DE LA SALUD..... | 18 |
| D.4. CINCO PRINCIPIOS FUNDAMENTALES | 19 |
| E. LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD | 19 |
| E.1. GENERALIDADES | 19 |
| E.2. DIEZ ASPECTOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DEL SILOS..... | 21 |
| F. LA PROPUESTA DE REFORMA DEL BANCO MUNDIAL | 28 |
| F.1. ANTECEDENTES..... | 28 |
| F.2. LOS PAQUETES DE AJUSTE ESTRUCTURAL..... | 29 |
| F.3. EL CONTENIDO DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL BM | 33 |
| G. EL ESTADO ACTUAL: ¿DOS PROPUESTAS IRRECONCILIABLES?..... | 34 |
| H. EXPERIENCIAS LOCALES INNOVADORAS EN SALUD..... | 36 |
| H.1. CONCEPTUALIZACIÓN | 36 |
| H.2. CRITERIOS DE ANALISIS..... | 37 |
| III. DISEÑO METODOLOGICO | 47 |
| A. TIPO DE ESTUDIO | 47 |
| B. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO | 47 |
| C. UNIDAD DE ANÁLISIS | 53 |
| D. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS DESCRIPTORES | 53 |
| D.1. Contexto..... | 53 |
| D.2. Participación Social: | 53 |
| D.3. Intersectorialidad e Integralidad: | 53 |
| D.4. Equidad:..... | 54 |
| D.5. Calidad..... | 54 |
| D.6. Sostenibilidad: | 54 |
| E. OPERACIONALIZACION DE DESCRIPTORES..... | 54 |
| F. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 54 |
| F.1. GRUPOS FOCALES | 54 |
| F.2. ENTREVISTA A PROFUNDIDAD..... | 55 |
| F.3. REVISIÓN DOCUMENTAL | 55 |
| G. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS..... | 56 |

| | |
|--|-----|
| H. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION..... | 57 |
| IV. RESULTADOS..... | 59 |
| 1. Contexto..... | 59 |
| 1.1. Surgimiento del SILOS..... | 59 |
| 1.2. Principales necesidades..... | 60 |
| 1.3. Actores Involucrados..... | 60 |
| 1.4. Relaciones con el Gobierno Local..... | 61 |
| 1.5. Significado del conflicto armado y su finalización para el SILOS..... | 62 |
| 1.6. Influencia de las Condiciones Políticas, Económicas y Sociales..... | 62 |
| 1.7. Principales Propuestas..... | 63 |
| 2. Participación..... | 64 |
| 2.1 Posibilidades de la participación..... | 64 |
| 2.2 Mecanismos de Participación..... | 65 |
| 2.3 Capacidades de la participación..... | 65 |
| 2.4 Contenidos de la participación..... | 66 |
| 2.5 Factores facilitadores y restrictivos..... | 66 |
| 3. Integralidad..... | 67 |
| 3.1 Abordaje Intersectorial..... | 67 |
| 3.2 Procesos participativos..... | 68 |
| 3.3 Accionar sobre las determinantes de la Salud..... | 69 |
| 4. Equidad..... | 70 |
| 4.1. Reconocimiento de las desigualdades..... | 70 |
| 4.2. Desarrollo de las capacidades..... | 70 |
| 4.3. Prestación de servicios a grupos sociales excluidos..... | 71 |
| 5. Calidad..... | 71 |
| 5.1 Necesidades y Problemas..... | 71 |
| 5.2 Utilización De Recursos..... | 72 |
| 5.3 Satisfacción De Usuarios..... | 73 |
| 5.4 Análisis de Actividades..... | 74 |
| 6. Sostenibilidad..... | 74 |
| 6.1. Capacidades Locales..... | 74 |
| 6.2. Alianzas..... | 77 |
| 6.3. Viabilidad Técnica..... | 79 |
| 6.4. Formas De Financiamiento..... | 79 |
| 6.5. Viabilidad Financiera..... | 80 |
| V. DISCUSIÓN..... | 83 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 91 |
| VII. RECOMENDACIONES..... | 93 |
| VIII. LECCIONES APRENDIDAS..... | 95 |
| IX. BIBLIOGRAFIA..... | 97 |
| X. ANEXOS..... | 101 |
| N° 1: MAPA DE UBICACIÓN DE LOS SILOS EN EL SALVADOR..... | 102 |
| N° 2: OPERACIONALIZACION DE DESCRIPTORES..... | 102 |
| N° 3: GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD..... | 102 |
| N° 4: GUIA DE GRUPOS FOCALES..... | 102 |
| N° 5: GUIA DE REVISION DOCUMENTAL..... | 102 |

INTRODUCCIÓN

Desde finales de la década de los 70 hasta la fecha, El Salvador ha vivido su peor crisis política y militar de este siglo. En este período, la guerra civil iniciada en 1980 finalizó con la firma de los Acuerdos de Paz en Enero de 1992, comenzando allí una etapa de recomposición de las fuerzas sociales, políticas y económicas que tienen como marco general el proceso de Globalización, un nuevo impulso del proceso de Integración Centroamericana y diferentes procesos de Reformas estatales entre ellas la Reforma de salud, bajo presión de los organismos financieros multinacionales.

A medida que el conflicto bélico se fue incrementando y con posterioridad al mismo, en casi todo el territorio nacional y en respuesta a la reducción total o parcial de la prestación de Servicios por el Ministerio de Salud, se desarrollaron variados modelos comunitarios de atención en salud que hacían énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) con un enfoque integral, siendo uno de los elementos más importantes para su sostenibilidad la organización y participación comunitarias.

Algunas de estas experiencias adquirieron especial relevancia por la diversidad de abordajes, enfoques y estrategias desarrolladas en el proceso de construcción de la salud que iba mas allá de los establecimientos involucrando a muchos actores locales y trascendiendo de su ámbito de acción.

Paralelamente, en el plano internacional, en un esfuerzo por avanzar efectivamente en la participación de los principios básicos de la “Atención Primaria en Salud” y la meta “Salud para todos en el año 2000” (SPT2000), que se venía promoviendo desde Alma Ata en 1978, los países miembros de la OPS acordaron en septiembre de 1986 en la resolución de la XXI Conferencia Sanitaria panamericana, iniciar un proceso de reordenación de los Sistemas Nacionales de Salud¹, verdaderas Reformas de Salud, que les permitiera ser más eficientes, eficaces y equitativos. Este proceso se reorientó a transformar los Sistemas Nacionales de Salud sobre la base del desarrollo local y la descentralización.

¹ Primera Reunión Nacional de SILOS , San Salvador, 15 de Julio de 1994. MSPAS-OPS pp 34

Sin embargo en El Salvador, no fue sino hasta Marzo de 1992 que se decidió el despegue de los SILOS en las 5 Regiones en las que administrativamente dividía al país el Ministerio de Salud, identificándose 10 zonas en las que se desarrollarían otros tantos SILOS, estas eran: Zona Norte de San Salvador, Zona Sur de San Salvador, Zona Oriente de San Salvador, Juayúa, Ilobasco, Nueva Concepción, La Palma, Moncagua, Metapán y San Francisco Gotera.

En el caso particular de la Zona Norte del Departamento de San Salvador, ya se habían desarrollado experiencias de Programación Local con los Comités Intersectoriales de cada Municipio, que se habían formado por iniciativa de la Región Metropolitana de Salud en búsqueda de extender la cobertura a toda la población, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida, ratificándose dicha iniciativa en la mencionada reunión Nacional de SILOS en Marzo de 1992.

En Julio de 1992 los Comités Intersectoriales Municipales de la Zona Norte decidieron convocar a una Asamblea General que integraría al mayor número de actores sociales con el objetivo de dar a conocer el concepto y filosofía de los SILOS así como el análisis de sus diferentes componentes para su operativización.

Una nueva Asamblea en Agosto de 1992 oficializó el SILOS Norte y conformó el Primer Comité Conductor y un Plan de Trabajo. Cuando el SILOS de la Zona Norte dio inicio a sus funciones ya la población de la zona contaba con un elevado nivel organizativo gestado durante el conflicto armado merced a las experiencias comunitarias desarrolladas a que se ha hecho alusión.

A diferencia del SILOS Norte de San Salvador que contaba con el apoyo estatal, otras experiencias locales en Salud basadas en la APS y desarrolladas durante el conflicto que venían solicitando infructuosamente apoyo estatal, entraron tempranamente en conflicto con el Ministerio de Salud cuando este reinició la prestación de servicios (posteriormente a los Acuerdos de Paz en 1992) en las zonas ex - conflictivas y percibió a la organización comunitaria como una amenaza para el control político de estas zonas. Este conflicto se extendería un poco más tarde (Finales de 1995) al SILOS Norte de San Salvador cuando a la amenaza percibida en la organización comunitaria se sumó el conflicto con el modelo

de atención (Sistemas Sanitarios) promovido por el proceso llamado “Modernización del Sector” en la que declarativamente se plantearon políticas y objetivos de descentralización, desconcentración, equidad, eficiencia, aumento de cobertura y también fortalecimiento de la organización y participación comunitarias. Pero algunos de estos elementos de la Modernización como es el caso de la descentralización, la organización y la participación comunitarias se implementaban mas débilmente y con un enfoque diferente a como lo estaba desarrollando hasta ese momento el SILOS de la Zona Norte, lo que generó frecuentes y cada vez mas agudas contradicciones entre los actores locales y las instancias gubernamentales que casi hicieron desaparecer la experiencia.

A partir de ese momento se inició una nueva etapa del SILOS caracterizada por un cambio de enfoque en todos sus componentes y actividades.

Experiencias como la del SILOS enfrentaron dificultades adicionales derivadas del hecho de que no se documentaron los alcances, efectos y profundidad de estas iniciativas locales en la promoción de la salud y la prestación de servicios. Tampoco se está evaluando el impacto que la “Modernización” del sector salud está teniendo sobre ellas.

En este contexto y ante las insuficiencias en las diferentes propuestas para la Reforma de Salud, el análisis del SILOS Norte y otras experiencias locales similares resultan relevantes, porque:

1. Aportan elementos importantes para el rediseño del Sistema de Salud
2. Genera capacidades de la Comunidad-Población de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

El equipo investigador se planteó que la identificación de los elementos relevantes del SILOS Norte podría contribuir a fortalecerlo y a elevar el nivel de conciencia y organización de la población en pro del derecho a la Salud. Podría igualmente aportar al reforzamiento de los aspectos de participación, Integralidad e intersectorialidad, a través de un mayor involucramiento de las comunidades en la gestión de los servicios, en el diseño de mecanismos de calidad y en un enfoque más integral de las políticas públicas de salud.

En consonancia a lo considerado anteriormente nos planteamos para el análisis del desarrollo de la experiencia del SILOS de la Zona Norte de San Salvador durante el período 1992 a 1997, las siguientes preguntas de investigación:

- 1. ¿Cuál fue la influencia del contexto en el desarrollo de la experiencia del SILOS Zona Norte en el período de 1992-1997?**
- 2. ¿Qué elementos hicieron del SILOS zona Norte, una experiencia relevante para la construcción de la salud, en el período de 1992-1997?**

Para responder a estas preguntas realizamos una investigación cualitativa consistente en un estudio de caso del SILOS de la Zona Norte de San Salvador, en el que los criterios de análisis fueron los principios universalmente aceptados con base en la Atención Primaria en Salud: Equidad, Participación, Sostenibilidad, Calidad e Intersectorialidad/Integralidad. Igualmente se desarrolló un marco conceptual basado en un enfoque integral de la salud.

En la obtención de la información utilizamos fuentes múltiples que permitieron un abordaje más amplio de cada criterio que se investigaba. Dichas fuentes fueron: Líderes comunales, Promotores de Salud, Usuarios, Referentes de la Cooperación Técnica, Referentes de la cooperación financiera y una gran cantidad de fuentes bibliográficas sobre el desarrollo del SILOS. Para ello utilizamos las técnicas de Grupos Focales, Entrevista a Profundidad y Revisión Documental.

Las principales limitantes para el proceso investigativo fueron en primer lugar el cambio de enfoque experimentado por el SILOS, lo que hizo que los actores originales y que acompañaron el desarrollo de la experiencia hasta 1997 se habían retirado, dificultando su contacto. En segundo lugar la dificultad en el acceso a los funcionarios del Ministerio de Salud.

I. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relevancia de la experiencia desarrollada por el Sistema Local de Salud de la Zona Norte de San Salvador, en la construcción de la salud, en el período de 1992- 1997.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Estudiar la incidencia del contexto en el desarrollo de la experiencia.
2. Analizar la influencia de la participación de los actores sociales en el desarrollo de la experiencia.
3. Describir como las intervenciones intersectoriales desarrolladas permitieron un abordaje integral de la salud.
4. Establecer los procesos que aportaron a la equidad en salud.
5. Identificar las acciones que contribuyeron a la sostenibilidad del proceso.
6. Describir los factores que contribuyeron a la calidad de la atención en salud.

II. MARCO REFERENCIAL

A. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES

La salud humana está determinada por un amplio rango de factores más allá del sector salud: alimentación y nutrición, ingresos, educación, agua, higiene, estilo de vida, comportamiento, valores y creencias. Estos factores están integrados en una serie de sistemas (social, económico y políticos), por lo que es necesario comprender las formas en que estos sistemas específicos existen e interactúan. Sin embargo, estas formas en que los sistemas interactúan y su efecto combinado sobre la salud humana, positiva o negativamente, han sido pobremente comprendidos o deliberadamente ignorados.

Un cuerpo de conocimientos científicos es construido gradualmente sobre las interrelaciones entre salud y los factores que las determinan. Sin embargo, los abordajes existentes solamente han considerado un rango limitado de variables, con un marco referencial biomédico enfocado hacia la muerte o enfermedad. En vista de esta brecha en el conocimiento y los cambios globales con relación a la salud, el Centro de la OMS para el desarrollo de la salud en Kobe, Japón (WCK), analizó en 1996 las determinantes de la salud y sus interrelaciones.

De esta manera se identificaron seis categorías de determinantes de la salud: demográficos, económicos, socio culturales, ambientales, político legales y los Servicios de Salud. De igual manera fueron identificados siete temas integrados para analizar la interrelación entre los determinantes, éstos temas fueron: ciclo de vida, equidad, exclusión, cohesión, empoderamiento, dinamismo económico y ambiente físico.

El **Ciclo de Vida** de los seres humanos es variable en el desarrollo físico, mental y social, a lo largo de infancia, niñez, adolescencia, juventud, edad de construcción de la familia, mediana edad, mediana edad tardía y vejez. Cada ciclo de vida está asociado con diferentes series de riesgos, necesidades, condiciones y comportamientos que afectan la salud.

La **Equidad** con relación a la salud, que incluye la "polarización epidemiológica", fue definida como la propiedad "estructural" de la distribución del capital (económico y social) y los recursos entre las unidades sociales (la familia) y la población local.

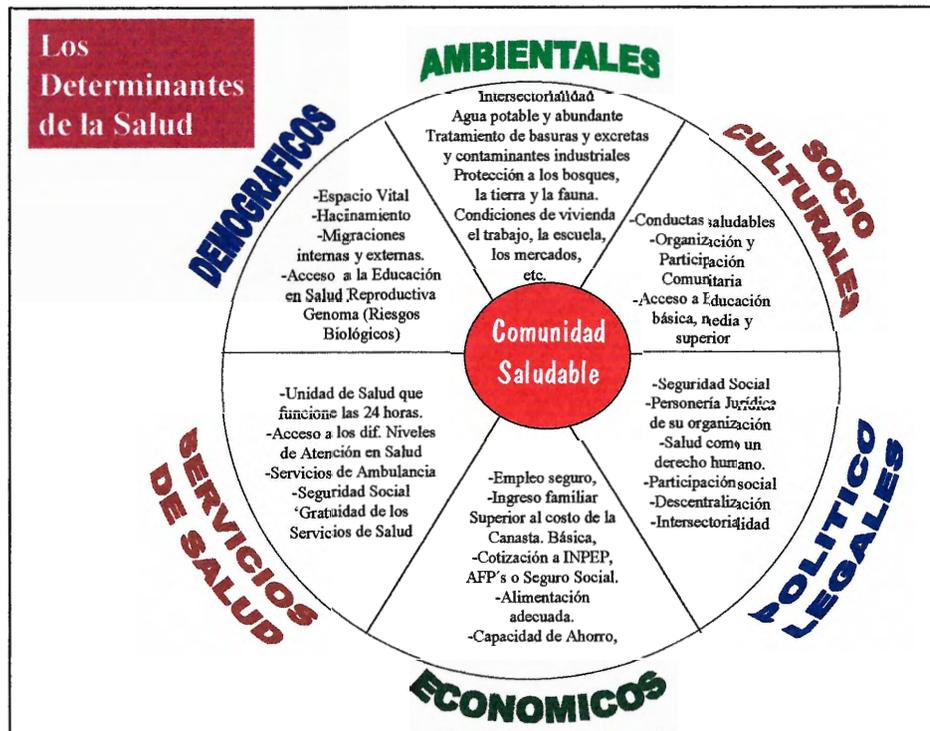


Figura 1: Los determinantes de la salud.²

Exclusión Social, es el proceso por el cual se genera una distribución desigual del capital y recursos entre las unidades sociales y la población local.

Así mismo por **Cohesión Social**, se entendió la identificación común y la existencia de sentimientos de solidaridad con y entre las unidades sociales y la población local.

Muy cerca a los temas de equidad, exclusión y cohesión está el **Empoderamiento**, que fue definido como el significado y oportunidad para guiar la salud de las personas, de vivir activa y productivamente, a través del acceso a la educación, empleo, seguridad financiera, servicios de salud y seguridad social.

² Marco Conceptual del Proyecto de Investigación "Rescate de Experiencias Locales Innovadoras en Salud en El Salvador y Nicaragua 1980-1995 para el proceso de Reforma de Salud"

El **Dinamismo Económico** es otro tema importante y de mucho interés para los tomadores de decisiones, ya que tiene múltiples efectos, tanto positivos como negativos, sobre el crecimiento o decrecimiento en la población y actividades (crecimiento económico, empleo, densidad del tráfico, demandas de vivienda, etc.)

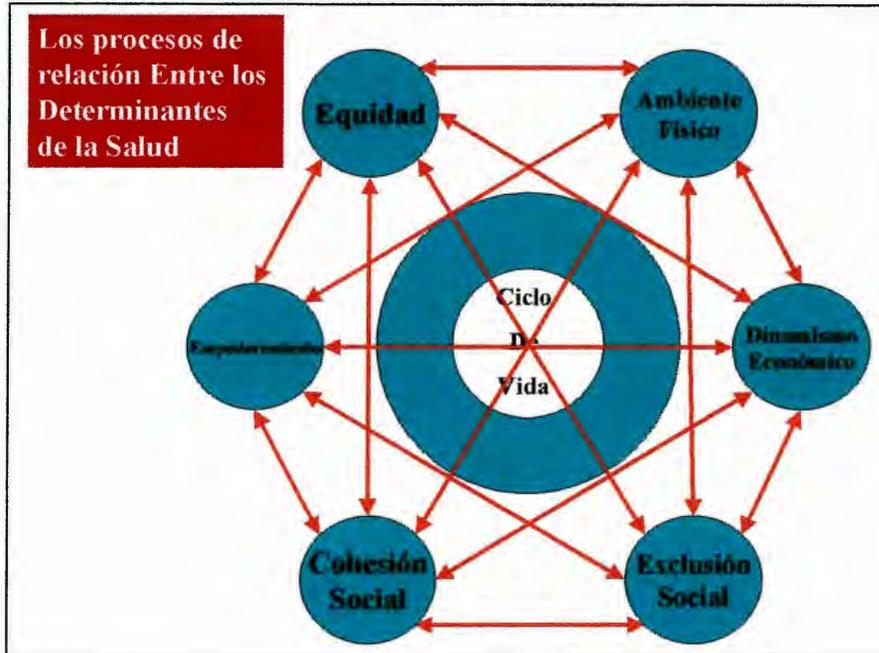


Figura 2: Las relaciones entre los determinantes de la salud.³

Finalmente el **Ambiente Físico**, tanto el natural como el creado por el hombre, incluye la tierra, agua y aire, cubre totalmente condiciones de vivienda y trabajo y otras donde las actividades humanas tienen lugar (escuelas, carreteras y mercados)

A.1 ¿A QUÉ SE DEBE QUE MEJORA LA SALUD?

El desafío que representa la crisis de salud en la actualidad demanda un abordaje integrado e integral y la acción concertada de todos los actores sociales a diferentes niveles: local, nacional y global

Es sabido que la inequidad ha tendido a incrementarse globalmente. Según el PNUD el índice proporcional de ingresos entre el 20% de las personas más pobres y el 20% de los más ricos era de 1:30 en 1960 y actualmente esta relación se ha triplicado siendo de 1:82 en 1997; La CEPAL ha reportado que más de un 45% de la población de América Latina

³ Creación de los autores con insumos del grupo de Kobe.

vive en situación de pobreza, con índices históricos de desempleo y el surgimiento de la llamada urbanización de la pobreza. Las condiciones de vida son en la mayor parte de casos, extremadamente precarias, con una incorporación temprana al trabajo de mujeres, niños y niñas. Se han incrementado los índices de violencia y lesiones, estrés, frustraciones y desintegración social y familiar. Los ecosistemas se han degradado local y globalmente, emergiendo viejos problemas de salud en un escenario de transición y polarización epidemiológica. La globalización de la economía y el consumo ha influenciado la dieta, ambientes de trabajo y el consumo de drogas.

Desde 1948 la ONU estableció el derecho a un adecuado nivel de vida para mantener la salud y el desarrollo. En 1978 en Alma Ata se denunciaron las desigualdades existentes en el estado de salud de la población, declarándose que la población tiene derecho y obligación de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de sus servicios de salud. En 1986 en Ottawa se estableció que la comunidad decide las prioridades, toma decisiones, planifica e implementa estrategias para mejorar su salud, donde el empoderamiento es el punto central. Se estableció que la construcción de una política pública que favorezca a la salud, va mas allá de los servicios de salud.

En El Salvador, la adopción de la estrategia de SILOS se enmarcó al final de la guerra civil en la corriente de Alma Ata. El tejido social de la zona del SILOS norte de San Salvador construido durante la guerra asumió rápidamente los principios de la participación social, solidaridad, intersectorialidad, planificación local y otros sustentados por el SILOS lo cual conflictuó con las medidas de ajuste que se estaban tomando en el resto del país generando una profunda crisis en el modelo.

B. LOS ANTECEDENTES: ALMA-ATA Y SPT 2000

Tan tempranamente como 1948, la ONU estableció el derecho a un adecuado nivel de vida para poder mantener la Salud y el Desarrollo. Posteriormente, desde que la 30ª Asamblea Mundial de la Salud planteó en 1977 como la principal meta social de los gobiernos y de la OMS *“alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva”* (resolución WHA30.43), se dieron una serie de eventos relevantes para la salud de la Población Mundial. Entre estos hechos merecen especial mención: la celebración de la

Conferencia sobre Atención Primaria en Salud en Alma-Ata en 1978 en la que se declaró a esta como la clave para alcanzar Salud para todos; la adopción del Informe y Declaración de Alma-Ata como propios en 1979 por la 32ª Asamblea Mundial de la Salud (Resolución WHA32.30)⁴; la formulación por el Consejo Ejecutivo de la OMS de los principios fundamentales para la formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000⁵; la aprobación por la 34ª Asamblea Mundial de la Salud de la estrategia Mundial de Salud Para Todos en el año 2000 (Resolución WHA34.36) y en Noviembre de 1979 la resolución 34/58 de la Asamblea General de las Naciones Unidas relativa a considerar la Salud como parte integrante del desarrollo; en dicha resolución además la Asamblea General de la ONU hizo suya la declaración de Alma-Ata instando a todos los organismos de la ONU a coordinar esfuerzos en apoyo a esta iniciativa de la OMS y del UNICEF.

En 1986 se suscribió en Canadá la “Carta de Ottawa”, donde fue asumido en el espíritu de Alma Ata un nuevo enfoque de promoción de la salud que va mas allá de la concepción tradicional de la Educación para la Salud, preocupada solo por la conducta individual y los estilos de vida⁶

C. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Los sistemas sanitarios y la práctica de la medicina han tenido históricamente como único objetivo la enfermedad, por lo tanto las acciones en salud han estado dirigidas al tratamiento de la misma, según Martín Zurro actualmente los *“sistemas sanitarios han empezado a revisar amplia y profundamente dicho enfoque, y han girado la brújula de sus objetivos desde la enfermedad a la salud”*⁷

Así a partir de la conferencia de la Organización Mundial de la Salud(OMS) de Alma Ata (1998) El conjunto del entramado profesional, político y social de gran parte de los

⁴ *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (serie “Salud para Todos”, N° 1).

⁵ *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1979 (Serie “Salud para Todos”, N° 2).

⁶ *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional en Promoción de la Salud. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud. 17-26 de Noviembre, 1986.

⁷ A. Martín Zurro y J. F. Cano Pérez, Atención Primaria de Salud pag. 3

gobiernos y naciones ha ido asumiendo la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios⁸

La Salud es un derecho fundamental de toda persona, (Constituciones de casi todos los países así lo consideran entre ellos la salvadoreña en sus artículos 1, 64 y 65) y para su consecución necesita la coordinación de diferentes sectores técnicos y sociales, entre ellos es relevante el sistema de salud, pero este debe tener aportaciones de educación, vivienda, comunicación, agricultura y otros, para dar una atención integral hacia los factores determinantes y condicionantes de la salud.

Para lograr un mejor nivel de salud no basta con reorientar el sistema de salud y propiciar la coordinación intersectorial e internacional, sino es necesario que los gobiernos eleven la prioridad del gasto en salud y establecer políticas de salud que delimiten claramente las prioridades de acuerdo con criterios de equidad, eficacia y eficiencia.

Algunos de las mejoras en la morbilidad y mortalidad en otros países se deben a la mejoría en los factores medioambientales y de condiciones de vida mas que a las acciones del sistema de salud.

Por lo tanto actualmente se reflexiona sobre los siguientes tres puntos esenciales:

1. La eficacia y eficiencia del sistema de salud dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de enfermedades es reducido en términos de salud individual y colectiva.
2. La consecución y el mantenimiento de la salud no constituyen un problema que deba ser resuelto únicamente por los profesionales sanitarios, ya que también deben desempeñar un papel importante otros sectores de la actividad económica y social.
3. Las medidas de prevención y promoción de la salud son las que pueden tener un mayor grado de efectividad para modificar las condiciones de vida que están en la base causal de las enfermedades crónicas e infecciosas.

⁸ IBID, pag. 3

Por lo anterior es importante tanto la modificación a profundidad del actual sistema sanitario con enfoque curativo, como la transformación de sus profesionales.

C.1. CONCEPTUALIZACION DE LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD

La conferencia de la Organización Mundial de la salud - UNICEF en Alma Ata definió la APS como

"La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. Por lo tanto la APS es parte integrante del sistema de salud, del que debe constituir el núcleo principal y la función central del desarrollo económico y social de la comunidad. La APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con los servicios de salud, llevando lo mas cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"⁹

Así, la APS es caracterizada y situada como la pieza fundamental del sistema sanitario para alcanzar un nivel adecuado de salud de la población, por ello es la estrategia principal para lograr la Salud Para Todos en el año 2000.

Su puesta en práctica puede inducir una racionalización de la utilización de los recursos mejorando la equidad, eficacia y eficiencia del sistema en su conjunto.

En los países subdesarrollados las dificultades para conseguir los objetivos de la APS en muchos casos las constituyen fundamentalmente: la pobreza, la falta de agua potable y la inexistencia de estructuras sanitarias, sumándose con frecuencia la gestión y utilización incorrecta de los escasos recursos disponibles¹⁰,

No debe confundirse la APS con la atención médica ambulatoria como usualmente sucede, existen diferencias entre ellas:

⁹ Alma-Ata 1978. *Atención Primaria de Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (serie "Salud para Todos", N° 1).

¹⁰ Zurro, Martín Op Cit pag 16.

| Aspectos | Atención Médica Ambulatoria. | Atención Primaria en Salud |
|-----------------|---|---|
| Objetivos | De enfermedad, curación | A la salud, promoción, prevención y cuidado |
| Contenido | De tratamiento, cuidado esporádico, problemas específicos. | A la Promoción de la salud, cuidado continuo, y cuidado global. |
| Organización | De especialistas, médicos, practica individual. | Médicos profesionales, otros profesionales de la salud y trabajo en equipo. |
| Responsabilidad | Del sector sanitario, aislado, dominio profesional, recepción pasiva de los cuidados. | Colaboración intersectorial, participación comunitaria y autoresponsabilidad. |

Tomada de H. VOURI. APS, 1984

C.2. CONTENIDOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La APS debe estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de una comunidad, que deben ser abordados con actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando la auto responsabilidad y la participación comunitaria.

Según Vouri (citado por Zurro¹¹) los contenidos de la APS se estructuran desde cuatro perspectivas diferentes que son:

- a) Como un conjunto de actividades
- b) Como un nivel de asistencia
- c) Como una estrategia
- d) Como una filosofía

Como un conjunto de actividades contiene Educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, Salubridad del agua, saneamiento básico, cuidados materno infantiles, inmunizaciones, prevención y control de las enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de fármacos.

¹¹ IBID pag 6

Como un nivel de asistencia implica su consideración como un primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud, con independencia de las restantes subdivisiones organizativas establecidas por él.

Este primer nivel de contacto ha de ser mutuamente interactivo, en el sentido de que no limite al acceso de la persona enferma a los cuidados proporcionados por el sistema, sino que también sea este el que promueva el contacto individual y comunitario con los componentes sanos y enfermos de la comunidad y potencie el auto cuidado y la auto responsabilidad respecto a la propia salud.

Se hace necesario que los establecimientos de salud y la APS trabajen coordinadamente y participen de todas las fases de los programas asistenciales, docentes y de investigación.

Como una estrategia de organización de los servicios sanitarios hace referencia a la necesidad de que estén diseñados y coordinados para poder atender a toda la población, y no solo a una parte de ella, ser accesible y dar todos los cuidados propios de la APS, además deben tener una relación adecuada costo beneficio en sus actuaciones y resultados y estar dispuestos y abiertos a la participación intersectorial, potenciar esta estrategia significa proceder a una adecuada reorganización de los recursos totales (humanos, financieros y materiales) empleados en el sistema de salud.

Como una filosofía implica el desarrollo de un sistema sanitario que asume el derecho a la salud en el marco de los derechos fundamentales de las personas, que garantice su defensa prioritaria y responda en todo momento a criterios de justicia y equidad en el acceso y disfrute de este derecho por todos los ciudadanos.

C.3. CARACTERÍSTICAS DE LA APS.

INTEGRAL: Considera al ser humano desde una perspectiva bio-psico-social.

INTEGRADA: Interrelaciona los elementos de la promoción de la salud, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, se integra funcionalmente en los demás elementos del sistema.

CONTINUADA Y PERMANENTE: Se da a lo largo de toda la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia.

ACTIVA: Los actores que participan no pueden ser meros receptores pasivos, deben trabajar activamente en los distintos aspectos de la atención, buscando y resolviendo las necesidades de salud aunque estas no sean expresadas.

ACCESIBLE: Los ciudadanos no deben tener dificultades para tener contacto con los servicios de salud. No solo es geográfica, sino cultural y económica.

BASADA EN EL TRABAJO EN EQUIPO: integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.

COMUNITARIA Y PARTICIPATIVA: Atención de los problemas de salud colectivos y no solo de los individuales, mediante técnicas propias de la salud pública y la medicina comunitaria. Está basada en la participación activa de la comunidad, en todas las fases del proceso desde la planificación programación y puesta en practica de las actividades hasta su evaluación.

PROGRAMADA Y EVALUABLE: Con actuaciones basadas en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control, y evaluación claramente definidos.

DOCENTE E INVESTIGADORA: Desarrolla actividades de docencia de pre y post grado, así como formación continuada de los profesionales del sistema y de investigación básica en salud.

La conceptualización anteriormente descrita relativa a Promoción de la Salud y Atención Primaria en Salud en consonancia con las resoluciones de la OMS y la Asamblea General

de la ONU y varias conferencias sobre la Promoción de la Salud comenzó a ser aplicada por casi todos los Estados miembros de la OMS quienes se dieron a la tarea de formular Políticas, Estrategias y planes de acción tendientes a alcanzar dicha meta estableciendo estrategias nacionales y regionales e iniciándose en muchos de estos países transformaciones en sus Sistemas de Salud a fin de ponerlas en práctica.

Estas transformaciones en los Sistemas de Salud de los estados miembros de la OMS podemos identificarlos como "Procesos de Reforma de Salud", en contraposición a la más reciente oleada de procesos de Reforma de Salud (y que realmente son "Procesos de Contra-Reforma")

Estos últimos procesos que se están manifestando a nivel mundial han sido justificados por sus postulantes en buena medida por la sostenida elevación de los costos de la atención médica, lo que ha llevado a los planificadores y economistas a proponer medidas de contención de costos que han ido mucho más allá de las intenciones declaradas de reducir el gasto en Salud, al introducir mecanismos de mercado en el proceso de producción de la salud que han generado profundas transformaciones y regresiones de las Reformas iniciadas en los Sistemas de Salud a lo largo y ancho de todo el mundo que no está en consonancia con los principios sustentados (y más bien en total contraposición) en las diferentes declaraciones suscritas por todos los estados miembros de la OMS

Poderosos intereses económicos tanto antiguos como nuevos visualizan oportunidades en aquellos países donde se tiende a introducir estos mecanismos de mercado y amenazas en aquellos otros en los que se tiende a regularlos para contener los costos o preservar el espíritu de los acuerdos de Alma-Ata, movilizand o influencias y comprando voluntades para potenciar las primeras y evitar las últimas.

D. PROMOCION DE LA SALUD

Las definiciones dadas a la promoción de salud son múltiples y variadas según las perspectivas de los enfoques de la salud pero la definición más ampliamente difundida y aceptada es la de OMS en 1984, en donde la promoción de la salud se definió como " Un

proceso que da a la población, los medios de ejercer un mejor control sobre su propia salud y de mejorarla. Para alcanzar un completo estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o adecuar el medio ambiente".

En 1986 en Ottawa, el enfoque de Promoción de la Salud incluyó la consideración de las condiciones sociales y económicas en que viven los individuos y que inciden en forma importante en su Salud. En este sentido este enfoque significó un avance cualitativo importante sobre la Educación para la Salud tradicional, que tiende a focalizarse en el individuo y su responsabilidad por la salud considerando el contexto o ambiente solamente como factores que inciden en las decisiones individuales. En contrapartida a este abordaje tradicional, la Promoción de la Salud, hace al contexto físico, económico, cultural y social el objeto legítimo del proceso educativo.

De esta manera la definición de Promoción de la Salud evolucionó y Tones¹² la definió como: "Cualquier combinación de educación e intervenciones legales, fiscales, económicas, ambientales y organizacionales relacionadas, diseñadas para facilitar la construcción de la salud y la prevención de la enfermedad".

D.1. AREAS DE ACCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- a) Fortalecimiento de las acciones comunitarias y de la participación de la gente en las decisiones y las acciones de PS.
- b) Formulación de políticas públicas que promuevan la salud en todos los sectores y niveles de la sociedad.
- c) Reorientación de los servicios de salud para hacer mayor hincapié en la promoción y las posibilidades que ofrecen las instituciones de atención sanitaria como lugares adecuados para la PS.
- d) Desarrollo de las aptitudes personales para tomar decisiones saludables y soportar presiones negativas para la salud.
- e) Creación de ambientes favorables tanto en sus dimensiones físicas como sociales y fortalecimiento del sistema de apoyo social de la comunidad.

¹² Tilford Tones. *Health Education. Effectiveness and Efficiency*. 1990. Citado por John J. Macdonald en *Primary Health Care, medicine in its place*. Earthscan Publications. Londres 1992

D.2. ESTRATEGIAS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

- a) **Comunicación**, que posibilita al hombre la discusión franca de su realidad; que involucre al hombre común en su derecho a la participación, que lo conduzca a una nueva posición, frente a los problemas de su tiempo y espacio.
- b) **Organización Comunitaria**, se basa en una participación comunitaria genuina. Es la gente, con la gente, por la gente, para la gente.
- c) **Educación Sanitaria**: Que logre el cambio de conductas, comportamientos y practicas no saludables.
- d) **Desarrollo Organizacional**.
- e) **Acción Política**, las intervenciones de la Promoción de la Salud deben superar el nivel del individuo para alcanzar el nivel del sistema social.

D.3. POR QUÉ LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

A pesar de parecer una cuestión lógica y de sentido común, ha costado mucho tiempo, esfuerzos y recursos que el enfoque de Promoción de la Salud se abra paso. Es importante por tanto clarificar una vez más las razones que nos deben motivar a incorporar nuevos y crecientes sectores al conocimiento y estudio de sus componentes e implicaciones de su puesta en práctica. Estas razones son:

- a) Amplios y crecientes sectores de la población de los países no desarrollados están viviendo en la pobreza absoluta, sin acceso a servicios de salud ni a servicios públicos básicos.
- b) Los recursos del sector salud continúan concentrados en instituciones centralizadas, profesionalmente dominadas, de alta tecnología y orientadas hacia la curación.
- c) El incremento galopante en los costos de la atención, principalmente por los altos costos de la tecnología médica y la inflación.
- d) La Incapacidad de muchos países para brindar coberturas nacionales y la paralela preocupación de los gobiernos por reducir los costos en el sector salud.
- e) Cambios en los patrones de mortalidad de los países desarrollados y en los sectores que gozan de mejores condiciones de vida en los países subdesarrollados, de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas y degenerativas.

- f) Evidencia científica mostrando que los cambios en los perfiles de mortalidad en los países desarrollados se han logrado en gran parte por cambios en las condiciones de vida de las poblaciones y en una menor parte por los adelantos tecnológicos de la medicina y las intervenciones médicas.
- g) Evidencia científica de la limitación del modelo biomédico dominante desde finales del siglo pasado (basado en la atención a la enfermedad y en intervenciones tecnológicas dirigidas a causas específicas de las enfermedades), que si bien es útil en el manejo de los casos individuales no logra hacer mayor diferencia en la salud de las poblaciones.
- h) Desproporción entre los costos y la efectividad de la medicina moderna.
- i) Evidencia científica de la relación existente entre algunos estilos de vida y enfermedad.

D.4. CINCO PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

- a) La Promoción de Salud se refiere a la población total en el contexto de su vida cotidiana, más que a grupos de riesgo específicos.
- b) La Promoción de la Salud se dirige a cambiar los determinantes causales de la Salud (Comportamentales, económicos, sociales, políticos) no solo a cambios de comportamientos individuales.
- c) La Promoción de Salud combina varios métodos y enfoques complementarios.
- d) La Promoción de Salud se refiere especialmente a participación pública, efectiva y concreta.
- e) Participación de profesionales de salud (especialmente en Atención Primaria en Salud), facilitando y nutriendo la Promoción de Salud.

E. LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

E.1. GENERALIDADES

Un sistema local de salud " *consiste de un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectoriales y extrasectoriales responsable por la salud de una población y un ambiente definido en una región geográfica específica*", a través de él se coordinan los recursos del sector salud u otros, se facilita la participación social y se revitaliza y reorienta el sistema nacional de salud.

Los sistemas locales de salud son identificados como los escenarios apropiados para que los conjuntos sociales participen en la gestión de los sistemas de salud, desde la definición de los problemas, pasando por la determinación de estrategias para su solución, hasta la ejecución, el control y la evaluación de los resultados y efectos, porque en los SILOS existe una mejor relación entre los servicios y los usuarios.

Así los SILOS constituyen la expresión concreta de la estrategia para reorganizar y reorientar el sector salud con la finalidad de lograr la equidad, la eficacia y eficiencia social, a través de una intensa participación de los grupos sociales y la puesta en práctica de la estrategia de atención primaria¹³

Los SILOS son una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, basados en un criterio geográfico y demográfico. Surgen en función de las necesidades y demandas sociales y toma en consideración los daños y riesgos a los que está sometida la población, promoviendo para su resolución una amplia participación social.

Por lo tanto,

"los SILOS son las unidades básicas para la organización de los sistemas nacionales de salud. Es la mínima estructura política administrativa capaz de dar respuesta a las necesidades y demandas de salud de un conjunto de población, hasta el grado de ser equitativo y justo en una sociedad determinada".¹⁴

Los SILOS se perfilan como una táctica operacional clave para lograr el objetivo de la "Salud Para Todos en el año 2000", por lo tanto la salud de la región descansa en su éxito, para su viabilidad es determinante la aceptación del mismo por todos los actores

¹³ Paganini José María y Capote Mir Roberto. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, métodos y experiencias, OPS, Washington, 1990.

¹⁴ OPS, programa marco de la atención al medio para los sistemas locales de salud en las Américas, Washington, abril 1992

involucrados, por lo tanto los SILOS implican un cambio estratégico en la modalidad de organización y acción en el campo de la salud.

El SILOS significa la respuesta del sector salud a los procesos de democratización y descentralización del estado y una respuesta al interior para lograr una mayor equidad, eficacia y eficiencia de las acciones, en ellos se pueden identificar diez aspectos fundamentales para su desarrollo: ¹⁵

E.2. DIEZ ASPECTOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DEL SILOS

- a) La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo del SILOS.
- b) La descentralización y desconcentración.
- c) La participación social.
- d) La intersectorialidad.
- e) La readecuación de los mecanismos de financiación
- f) El desarrollo de un modelo de atención
- g) La integración de los programas de prevención y control.
- h) El esfuerzo de la capacidad administrativa.
- i) La capacidad de la fuerza de trabajo en salud.
- j) La investigación.

Así los SILOS son una Táctica operacional adecuada para la aplicación de los principios de la atención primaria en salud. Estos pueden otorgar el ámbito ideal para la participación social, la acción intersectorial, la efectiva descentralización y el control de las decisiones y el uso de métodos más efectivos de la planificación y gestión en función de las necesidades de cada grupo de población¹⁶.

La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo del SILOS.

¹⁵ Op cit Paganini, pag 13

¹⁶ IBID pags.5

El reforzamiento y liderazgo del nivel central son fundamentales para la conducción y desarrollo del SILOS, este nivel debe tener la capacidad de orientar la acción del resto de instituciones, organizaciones y personas, en el sentido de tener una política nacional de salud y en la política de desarrollo socioeconómica del gobierno dentro de procesos de democratización, descentralización y desconcentración bien definidos.

La función rectora de la conducción de los SILOS es la que le otorgara la coherencia al desarrollo de los SILOS, asegurando la capacidad redistributiva de los recursos para satisfacer las necesidades diferentes de los grupos y poblaciones de mayor riesgo aplicando el principio de equidad.

Para ello el papel directivo del sector se manifiesta en los aspectos de financiación, asegurando la conjunción de todos los recursos financieros para el desarrollo del SILOS.

La descentralización y desconcentración

La transferencia de competencias y poderes de decisión a otros niveles de la estructura de los sistemas de salud, son elementos vitalizadores del desarrollo del SILOS, que deberán tener coherencia con la organización política y administrativa.

La descentralización como hecho social es un proceso esencialmente político que tiene expresiones jurídicas - administrativas, es una propuesta de cambio en el uso y la distribución del poder en el sector social y civil.

Para que se cumpla son necesarios los siguientes requisitos: Una firme decisión política de llevar a cabo el proceso efectivamente, Transferencia del poder político necesario, no solo a través de disposiciones legales sino transfiriendo efectivamente los recursos financieros, económicos, humanos, tecnológicos y otros necesarios para su desarrollo; desarrollo del poder político local dado por el manejo directo de los recursos, principalmente financieros y económicos, pero sobre todo una buena base de sustentación política a través de la participación directa, activa y pluralista de las organizaciones de la comunidad y el desarrollo de la capacidad de gestión en la prestación de los servicios, significando una buena capacidad técnica en la coordinación de los recursos y en la definición de, ejecución y evaluación de las actividades en salud.

En la distribución del poder y responsabilidades locales surge la desconcentración referida a una delegación de facultades a los distintos niveles de una misma organización manteniendo una dependencia jerárquica del nivel central.

La participación social

La activación de la participación social y su dirección hacia la atención en salud requiere de estrategias que vehiculen la expresión de grupos formales e informales y de las instituciones sectoriales que estén presentes en un territorio dado; además es necesario que se articulen los grupos y organizaciones para la elaboración y ejecución de propuestas concretas.

Se debe viabilizar la deliberación entre el conjunto de actores organizados sobre los problemas de salud y su atención, debe promover la concertación entre los diversos actores sociales sobre que se debe hacer para mejorar la atención en salud, la forma como lograrlo y sus compromisos y responsabilidades a asumir; los procesos de deliberación deben apoyarse en la consulta continúa de la comunidad, a través de su organización.

La intersectorialidad

El desarrollo de políticas de salud de carácter intersectorial como una estrategia básica de la atención primaria, debe encontrar un adecuado ámbito de ejecución en el nivel local.

Todo esfuerzo de desarrollo de la salud con enfoque amplio exige la conjunción de fuerzas sociales y económicas con el propósito del bienestar colectivo.

La intersectorialidad y la participación social son dos fuerzas fundamentales para el desarrollo de los SILOS,

En el ámbito comunitario el enfoque intersectorial debe expresarse en la atención integral de las necesidades básicas, principalmente de los grupos poblacionales que tienen menos acceso a los beneficios del desarrollo; la coordinación intersectorial significa un soporte articulador de recursos financieros y de cualquier otro tipo necesarios para

satisfacer las necesidades básicas en el ámbito local. Es necesario considerar el desarrollo de la salud como parte integrante del bienestar, privilegiando las acciones de promoción de la salud, ligado al concepto de comunidades saludables en donde todos los actores sociales aportan para lograr esa meta social y económica.

La readecuación de los mecanismos de financiación:

El debate de los montos a destinar para la salud, las fuentes de financiación y la distribución de recursos debe realizarse teniendo en consideración los procesos de desarrollo local y la descentralización.

Por lo tanto la financiación de la salud debe tener un cambio cualitativo y cuantitativo, orientándose a apoyar las acciones concretas de descentralización y las decisiones sobre fuentes alternativas de financiamiento y mecanismos de asignación del gasto orientados a garantizar la atención integral de la salud.

Es necesario cambiar las formas tradicionales de distribución y control de los recursos financieros para lograr que se utilicen eficientemente y que respondan a las necesidades de los grupos sociales prioritarios.

El desarrollo de un modelo de atención

"El desarrollo de los SILOS no debe limitarse a una simple división del trabajo dentro de un esquema de descentralización, sino que debe constituirse en un proceso de cambio fundamental en los procedimientos técnicos de prestación de los servicios, en el uso de las tecnologías disponibles, en la integración de conocimientos, en la forma de utilización de los recursos y en la forma de concretar la participación social"¹⁷, estos elementos son la base para definir el nuevo modelo de atención.

El desarrollo de los SILOS debe partir del análisis de la situación de salud, (proyectando el conocimiento de las necesidades e identificando y calificando las condiciones de riesgo), con el fin de orientar la definición de prioridades, la organización y utilización de los recursos disponibles, con el fin de facilitar la programación local y la evaluación de los servicios.

¹⁷ Paganini, ibid

Las actividades del SILOS deberán organizarse teniendo en cuenta toda la población y sus necesidades prioritarias, en base a un proceso participativo de programación que incluye todos los recursos disponibles y defina todas las actividades que hay que realizar, las metas de cobertura e impacto y el ajuste de las mismas de acuerdo a las evaluaciones estratégicas permanentes.

Toda familia y grupo de población debe tener personal de salud asignados y recursos que le brinden atención en salud, ya sea en el nivel institucional o comunitario, organizados en una red de servicios coordinados, con escalones de complejidad para responder a las demandas de la población, coordinando todas las acciones de manera de lograr una estrategia compartida de acción.

Debe conservarse un enfoque global de las acciones agrupadas de acuerdo a las necesidades de la población, siendo ejecutadas en forma integral por las diferentes categorías de personal, evitándose acciones por programas aislados, y en donde toda demanda debe ser atendida no aceptándose el rechazo a solicitudes de atención.

Los servicios de salud deben organizarse para producir un cambio en el perfil epidemiológico de la población con respecto a los riesgos y problemas de salud colectivos e individuales.

Deben agilizar las gestiones técnico - administrativas, a través de procesos de delegación de autoridad, descentralización y desconcentración,

La integración de los programas de prevención y control.

El ámbito del SILOS debe otorgar la oportunidad de unificar los esfuerzos de la comunidad y de los recursos del sector en acciones conjuntas, de esta manera se debe utilizar el desarrollo de los programas y su capacidad de movilización para favorecer el desarrollo de infraestructura en salud, destinando los recursos en función de las necesidades sociales mas relevantes.

En el SILOS se vuelve mas concreta la posibilidad de articular el desarrollo de los programas que buscan atender las necesidades de la población con la estructura y funcionamiento de la capacidad instalada existente para la producción de los servicios necesarios, esto es mas factible cuando los procesos de gestión técnico - administrativos se dan en el plano concreto del sistema de salud, aproximándose al máximo a los problemas locales de salud y al diseño de programas y a la adaptación de los servicios.

La capacidad de respuesta de los recursos que conforman la red de servicios de salud debe incluir el conjunto de programas y actividades que se definen para la solución de los problemas prioritarios de la comunidad.

El esfuerzo de la capacidad administrativa.

El logro de la meta de salud con equidad y eficiencia depende del desarrollo de la capacidad de administración y gerencia de los SILOS, esta debe aumentar la capacidad operativa de los servicios de salud así como la racionalización del gasto en salud que se obtenga.

En muchos casos hay insuficiencia en la capacidad operativa de los servicios y muchos gastos improductivos son consecuencia de procedimientos y prácticas de administración y gerencia deficientes.

La gerencia en el SILOS debe entenderse como una acción que viabilice la optimización de los recursos para el logro de los objetivos mediante un proceso continuo de planificación, programación, organización y coordinación de recursos para el desarrollo de las acciones, bajo una dirección adecuada, con permanente supervisión, seguimiento y evaluación.

Este proceso de gestión debe alimentarse continuamente con flujos de información para la toma de decisiones oportunas.

Los SILOS deben tener una conducción técnico - administrativa con recursos humanos adecuadamente adiestrados, que cubran la administración general de los servicios, se

ocupen del sistema de información y atiendan los servicios de apoyo; dicha capacidad administrativa debe llenar los siguientes requisitos mínimos:

Que tenga personal adiestrado

Un sistema de información que permita recolectar datos sobre la situación de salud, la prestación de servicios, que incorpore el análisis epidemiológico, y de administración de la información y que utilice el análisis para el proceso de gestión.

Una dotación básica de recursos físicos e insumos para ejecutar todas las acciones.

Capacidad de ejecutar y coordinar recursos financieros para el desarrollo de actividades en el ámbito local.

Capacidad para articular las actividades de atención de la salud así como el proceso de organización de la comunidad para la promoción de la salud en el área.

La capacidad de la fuerza de trabajo en salud.

El desafío de salud para todos impone entre otros aspectos la necesidad de promover estudios y desarrollar procedimientos que posibiliten la utilización más racional de los recursos existentes, asegurando la educación permanente de los recursos humanos ya incorporados a la fuerza de trabajo del sector.

La magnitud del desafío del fortalecimiento de los SILOS exige que para hacer mas efectiva la descentralización se redefinan las funciones del personal, y que se promueva la educación continua, ya que los SILOS requieren un personal altamente calificado para asumir las tareas y responsabilidades que demanda la reorganización, además exige un personal ligado al proceso de participación social, que trascienda la institucionalidad de la atención en salud, ya que el SILOS requiere agentes de salud que interactúen como equipo estrechamente vinculados al contexto social.

La investigación.

Si se tiene en cuenta que hay que continuar y profundizar en modelos innovadores de prestación de salud a nivel de los SILOS la investigación deberá acompañar desde sus inicios los procesos de reorganización y reorientación del sector, desarrollando nuevos

modelos operativos o sus componentes críticos que evalúa su equidad lograda, la eficacia y la calidad, la cobertura obtenida, la eficiencia en el uso de los recursos así como la participación social lograda.

Además dicha investigación debe hacerse con todos los actores involucrados en los procesos de manera que con los resultados se posibiliten la implantación de acciones correctivas para avanzar hacia una mejor salud de la población.

F. LA PROPUESTA DE REFORMA DEL BANCO MUNDIAL

F.1. ANTECEDENTES

Entre las Instituciones que encabezan las propuestas mencionadas adquiere especial notoriedad la Institución financiera más poderosa del mundo creada junto al Fondo Monetario Internacional luego de la Conferencia de Bretton Woods: el Banco Mundial (BM), cuyas recomendaciones contenidas en su Informe sobre el desarrollo Mundial 1993, *Invertir en Salud*, en contraposición a lo sustentado en Alma Ata han llegado a convertirse en el paradigma del tipo de Reforma impulsada por el Banco Mundial y otras Instituciones Financieras Multinacionales. El BM se ha convertido en la principal fuente Internacional de prestamos y ayudas para el sector salud superando tanto a la OMS como al UNICEF (Buse, 1993). En este sentido, Ugalde y Jackson¹⁸ en una crítica a las políticas del BM sustentadas en el informe mencionado, concluyen que el enfoque del BM sobre el sector salud corresponde a un modelo ideológico de desarrollo que favorece a las naciones del Norte a expensas de los pobres del Sur y que las recomendaciones del informe tales como privatización, descentralización, cuotas de recuperación, programas de nutrición y medicamentos esenciales están diseñadas para fortalecer este modelo.

Aunque algunos autores sostienen que tanto el concepto de “Sistema de Salud” como el de su producto específico “Salud” están pobremente definidos y es la causa del rumbo errático que siguen algunos procesos de Reforma¹⁹, en el caso específico de los procesos

¹⁸ Antonio Ugalde y Jeffrey Jackson: *Las Política de Salud del BM: Una revisión crítica*, Cuadernos Médico-Sociales, Mayo 1998, Rosario Argentina. Citado en *¿Con qué Pluma se está escribiendo la Reforma de Salud?* Memoria del VI Coloquio en Salud “*La Reforma de Salud*”. Octubre 1998. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.

¹⁹ David Seedhouse *Reforming Health Care. The Philosophy and Practice of International Health Reform*. John Wiley & Sons Ltd. 1995, England.

de (contra) Reforma de Salud promovidos por el Banco Mundial, es posible establecer una clara relación y continuidad con los Programas de Estabilización y Ajuste Estructural que fueron impulsados por los organismos financieros multilaterales a partir de la década de los años ochenta.

F.2. LOS PAQUETES DE AJUSTE ESTRUCTURAL

a) La primera versión

La puesta en práctica de diferentes medidas de ajuste estructural contenidas en diversos paquetes partían originalmente del endeudamiento externo y tratan de producir un equilibrio en la balanza de pagos y un superávit en la balanza comercial que pudiera generar el excedente necesario para pagar el servicio de la deuda externa, con lo cual en teoría se restauraría la inversión y el flujo de capitales externos. Como tal situación no se dio, se propuso un nuevo paquete de ajuste, esta vez partiendo del déficit fiscal y sus componentes interno y externo encaminado a que el estado pudiera comprar a los exportadores locales los dólares necesarios para el pago de los servicios de la deuda externa. Este nuevo paquete está así orientado a reducir el gasto y a incrementar los ingresos del sector público.

Para la reducción del gasto público se plantea: Ajustar las remuneraciones del empleo público por debajo de la inflación, suspender la inversión pública, retrasar los pagos de la deuda interna y externa, reducir el gasto social, controlar las transferencias a Municipios y Provincias, Promover esquemas de despido, retiro y/o Jubilación forzosa de empleados públicos, etc.

Para incrementar los ingresos el paquete contempla diversas modalidades de Reforma Tributaria, pero como sus resultados no son apreciables en el corto plazo, se anexaron el incremento de las tarifas de las empresas públicas y los impuestos indirectos especialmente aquellos que gravan el consumo generalizado (IVA) y son de fácil recolección.

El gasto se redujo a costa de un elevado costo social, no obstante los ingresos fiscales no se comportaron como se esperaba y las medidas generaron solamente una caída inicial del déficit fiscal volviendo a incrementarse debido a nuevas presiones inflacionarias y

recesión como resultado de la dramática y generalizada reducción del empleo y los ingresos.

b) La última versión de los paquetes de ajuste: El desmantelamiento del Estado

En consecuencia, ajustes aún más drásticos fueron sugeridos comprendiendo éstas medidas encaminadas a desmantelar el aparato del sector público a fin de conseguir la estabilidad necesaria que restaurara el crecimiento económico. Grandes grupos poblacionales fueron excluidos en este proceso y forzados a engrosar el contingente de los pobres y a fin de amortiguar este peligroso proceso se crearon los Fondos de Inversión Social que no compensaron ni medianamente los efectos derivados de los paquetes de Ajuste.

El desmantelamiento de la estructura de los servicios públicos ya fue admirablemente descrita por Eduardo Bustelo²⁰ en Marzo de 1991 en Québec, Canadá. Bustelo enumera el mencionado desmantelamiento en los siguientes términos:

1. **Comportamiento procíclico:** Por el lado del gasto, al concebir el gasto social como blando, el proceso de ajuste en América Latina procede a su corte y reducción dejando sobrevivir solo mínimos mecanismos compensadores. Por el lado del financiamiento se plantea un alto componente de impuestos indirectos (IVA) debido a la presencia de elementos rígidos como subsidios al capital y la imposición directa sobre los ingresos altos y la riqueza. Este esquema produce continuas crisis fiscales que deben ser resueltas con sucesivos recortes al gasto.
2. **Vaciamiento Presupuestario:** Como consecuencia de lo anterior se produce una reducción del presupuesto disponible para los sectores sociales, comenzando por el gasto en inversión y posteriormente el corte de los gastos de operación. Lo primero tiene como consecuencia la no-expansión de los servicios, por lo menos a un ritmo como para absorber la presión demográfica, produciendo una saturación de los servicios por exceso de demanda. La reducción de los costos de operación se traduce en la falta de insumos básicos, tales como: útiles escolares, tizas y mantenimiento en las escuelas; medicamentos básicos, algodón, jeringas, etc., en

²⁰ Eduardo S. Bustelo: La Producción del Estado de Malestar en Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. 1992. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, N° 95)

el sector salud. Esto último va acompañado así mismo por una dramática caída de las remuneraciones reales particularmente del personal calificado como médicos y maestros, que se traduce entre otras cosas en huelgas, ausentismo y una degradación profesional en un contexto de trabajo de escasez de recursos e insumos críticos. Todo lo anterior redundando por último en una caída generalizada en la calidad de los servicios. El Vaciamiento Presupuestario obedece así mismo a una lógica de poder y presiones de profundo contenido regresivo. Así. Los servicios en lugares más apartados y/o los que sirven a los sectores más pobres y menos organizados son cortados primero, con respecto por ejemplo a servicios urbanos que atienden a sectores medios o altos o con un buen nivel de organización sindical.

3. **“Descentralización” de Servicios:** el estado nacional transfiere servicios (Redes de hospitales y Unidades de Salud, escuelas, etc.) a los estados locales (provincias y municipios) completamente deteriorados y desfinanciados. Los municipios a su vez con mayores restricciones fiscales que el estado nacional, reciben estos “servicios” o para cerrarlos o para mantenerlos en funcionamiento a un nivel mínimo. El estado nacional se “libera” así de los servicios más que nada, no para descentralizar un sistema, sino para transferir un problema.
4. **Privatización total o parcial de servicios:** al abolir la gratuidad de los servicios sociales básicos, se facilita la exclusión de mayores sectores sociales de los mismos. En algunos países, los servicios conservan su carácter público pero con la introducción de tarifas en los mismos sin el correspondiente sistema de selectividad que asegure las prestaciones gratuitas mínimas a los sectores de menores ingresos. En algunos países se integra a empresarios privados para hacerse cargo de los servicios sociales públicos para instaurar la “eficiencia privada” en la administración pública.
5. **Ritualización de los Ministerios Sociales:** los ministerios sociales, al quedar sólo con la responsabilidad administrativa de las erogaciones corrientes (que significa más del 90% salarios), se transforman en gestores ante el Ministerio de Economía y/o Hacienda de los fondos que se negocian entre los desmantelados sindicatos

y/o grupos corporativos organizativos que sobreviven (médicos, laboratorios, etc.). Al no tener fondos para transferir a los niveles locales, la función ministerial se reduce a un rito y los Ministerios Nacionales pierden la posibilidad de determinar la orientación final de la política social. Los ministerios sociales son ministerios sin políticas y/o sin posibilidades de implementarlas. Los ministerios tampoco tienen la capacidad para administrar una realidad más “fragmentada” y por lo tanto más compleja.

6. **Utilización de los Organismos no gubernamentales y la familia:** se produce un retorno a la familia y a distintos organismos de la sociedad civil sin fines de lucro, como efectores de bienestar. Esto que en un principio es muy positivo, se hace desde el desmantelamiento y la renuncia explícita del Estado a asumir su responsabilidad en términos de una provisión de servicios sociales básicos mínimos en salud y educación sobre bases universales. Se “favorecen” sistemas de autoayuda no por sus méritos organizativo-participativo, sino por su nula significación financiera para el sector público. No existe transferencia de conocimiento y prácticas a las familias y comunidades de modo que ellas puedan hacer frente a los problemas de salud y educación que las aquejan.
7. **Focalización Restringida:** el gasto social debe concentrarse solamente sobre los pobres estructurales. Los “pobres cíclicos” no son una preocupación de la política social y serán absorbidos cuando se restaure el crecimiento económico. Por evitar un error de tipo B (incluir no pobres) se cae en un error de tipo A (excluir pobres). No existe focalización sobre los ingresos del sector público.
8. **“Flexibilización” de las relaciones de trabajo:** la idea es disminuir los costos fijos de las empresas para posibilitar una mayor generación de empleo. Con ese objetivo, se trata de modificar la legislación laboral para “flexibilizar” las relaciones laborales dando una mayor discrecionalidad a las empresas y una menor intervención sindical. Se garantizan mayores facilidades para despidos y contratación de obreros sin relación de estabilidad; movilidad entre puestos y labores, turnos y fijación de ritmos de trabajo; y una drástica reducción de

prestaciones económicas y costos laborales. Como resultado, se ha producido una mayor precarización de las condiciones de trabajo.

En Resumen no se define en ningún momento una política social que interactúe con la política económica y que sostenga un consumo social básico y universal que concilie equidad con crecimiento económico. Los ajustes han operado en forma recesiva deprimiendo las oportunidades de empleo y las remuneraciones reales y han deteriorado las condiciones de trabajo. Se ha intentado reducir el déficit fiscal desmantelando un supuesto aparato estatal de "bienestar" y su estructura de subsidios y transferencias, lo que genera como contrapartida, el "Estado de Malestar" en el que queda institucionalizada la ausencia de toda preocupación distributiva.

El cuadro se completa con el principio de la "maldad" del Estado el cual es satanizado y convertido en la instancia social que concentra monocausalmente todas las culpas: El Estado genera déficit, causa inflación; el Estado no proporciona servicios, es ineficiente; el Estado es fiscalmente voraz y finalmente, corrupto.

F.3. EL CONTENIDO DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL BM

Como podemos apreciar del análisis anterior, las propuestas de Políticas de Salud del Banco Mundial siguen y dan continuidad al hilo conductor introducido por los paquetes de ajuste estructural puestos en práctica desde la década de los 80's. El BM en su informe de 1993 Invertir en Salud traslada todos los elementos de los paquetes de ajuste al campo específico de la Salud: minimiza el papel que los gobiernos deben jugar en las intervenciones en Salud Pública y en la prestación de servicios de salud, coloca la mayor parte de la responsabilidad de la salud en los individuos, no critica las responsabilidades que las empresas tienen en la producción de enfermedad ya sea a través del deterioro del medio ambiente o de accidentes de trabajo, y da rienda suelta a las corporaciones multinacionales tales como las industrias farmacéuticas y agropecuarias para que obtengan los mayores beneficios posibles de los pobres del tercer mundo²¹. Cesar Vieira en una recapitulación de las tendencias de los procesos de Reforma en los países de

²¹ Antonio Ugalde y Jeffrey Jackson: *Las Política de Salud del BM: Una revisión crítica*, Cuadernos Médico-Sociales, Mayo 1988, Rosario Argentina.

América Latina amplía cada uno de los puntos anteriores y se refiere entre otros elementos a la introducción de las acciones costo-efectivas en los siguientes términos:

Privatización: Acciones Costo-efectivas

El rendimiento de la inversión y del gasto en salud es un elemento presente en las propuestas de reforma.. Se procura identificar y seleccionar acciones efectivas en función de su costo, lo que implica optar por alternativas de costo mínimo y efectuar una constante evaluación para apreciar su impacto sobre las poblaciones objetivo. (el subrayado es nuestro)²²

A pesar de muchos estudios consistentes que han demostrado que el crecimiento económico y el aumento de producción de bienes materiales no necesariamente conducen a una mejor calidad de vida para la mayoría, el BM continúa fomentando las inversiones en este sentido tendientes a incrementar la extensión del mercado capitalista moderno en los países en vías de desarrollo basadas en actividades que explotan los recursos humanos y naturales de estos países.

G. EL ESTADO ACTUAL: ¿DOS PROPUESTAS IRRECONCILIABLES?

En el momento actual nos encontramos entonces ante dos grandes corrientes de contenido político, social y económico completamente diferente. Son dos puntos de vista diametralmente opuestos:

Uno de carácter progresivo que sustenta una Reforma de Salud en la tradición de Alma-Ata, la estrategia de Atención Primaria en Salud y la meta de SPT 2000 que concibe como motor del proceso de construcción de la Salud, la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Otro punto de vista de carácter regresivo que con la excusa del escalamiento en los costos de la atención médica, promueve una Reforma de Salud que privilegiando los aspectos puramente financieros mercantiliza el proceso de construcción de la Salud introduciendo en el mismo la lógica de la ganancia y la acumulación de capital como motor del Sistema de Salud.

²² Vieira Cesar: Las reformas de los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe. Argentina 1996.

La dinámica del último de estos puntos de vista está en total sintonía con los programas de ajuste estructural emanados de los organismos financieros multinacionales e indudablemente conducirá a los Sistemas de Salud a mayores disparidades de las que ya existen, como ya fue señalado en el VI Coloquio en Salud celebrado en la Facultad de Medicina de la UES en Noviembre de 1996 cuando se alertaba sobre el peligro de que en respuesta a la problemática que aqueja a los Sistemas de Salud de los países en desarrollo se intente abrir paso a las corrientes privatizadoras:

“Es esta una peligrosa trampa en la que no se debe caer, resulta un profundo error conceptual creer que la salud pública puede administrarse como cualquier otra empresa, **en primer lugar** porque se limitará a velar por la rentabilidad de los servicios, a ofrecer en el mercado, a tratar de satisfacer la demanda de la población y no sus necesidades, (que en salud no siempre coinciden por ser este un mercado notoriamente “imperfecto”); **en segundo lugar** porque a pesar de lo valioso de las técnicas administrativas, tienen la limitante de que sus acciones no se planifican en función de solucionar los problemas de salud, sino en función de la rentabilidad de los servicios y **en tercer lugar** porque una administración de este tipo evalúa la calidad de sus acciones midiendo fundamentalmente los costos de las mismas (y en definitiva las ganancias que dejan) y no el impacto que producen en los problemas de salud; ni siquiera recurre a los análisis epidemiológicos para ajustar sus objetivos de salud. Todos los principios de salud se ven así subordinados a principios economicistas y la salud se convierte en una mera mercancía”²³.

Sin embargo y a pesar de la fuerte tendencia a centrarse en los aspectos puramente financieros debido a las presiones ejercidas por los poderosos sectores económicos mencionados, en todos los países el debate tiende a plantearse cada vez con mayor fuerza en un marco mucho mas amplio que trasciende el aspecto económico, involucrando asuntos sumamente conflictivos que tienen que ver con las bases filosóficas y políticas del bienestar de toda la sociedad. Esto incluye tanto la concepción de Salud como los principios filosóficos que en general han regido diferentes sistemas de salud tales como “equidad” y “solidaridad”.

²³ Eduardo Espinoza: *¿Con qué Pluma se está escribiendo la Reforma de Salud?*. Memoria del VI Coloquio en Salud “*La Reforma de Salud*”. Octubre 1998 Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.

Dos concepciones diferentes de salud subyacen en este enfrentamiento (Ver figura 3)



Figura 3: La concepción de Salud en las propuestas de Reforma²⁴

H. EXPERIENCIAS LOCALES INNOVADORAS EN SALUD

H.1. CONCEPTUALIZACIÓN

Al estudiar las experiencias innovadoras desarrolladas en el área de la salud, se han encontrado diversidad de enfoques, estrategias e iniciativas, destacándose entre ellas: la Atención Primaria en Salud estrategia determinada en la reunión de Alma Ata (1978) para poder cumplir la meta “ Salud para todos en el año 2000”, la Promoción de la Salud (1986) con la declaración de la Carta de Ottawa, Ciudades Saludables (1986) y Desarrollo Sostenible en Salud (1987); además han surgido una serie de experiencias locales y nacionales orientadas a garantizar el acceso y el derecho a la salud, los cuales han surgido como producto de esfuerzos de la sociedad civil. A partir de lo anterior se ha considerado por el equipo investigador, una Experiencia Local Innovadora en Salud (ELIS) como:

“ Aquellos enfoques, abordajes, estrategias e iniciativas desarrolladas por la sociedad civil, el estado y el gobierno local, con el objeto de proteger y promover la salud, mediante procesos organizativos, de información-educativos y participativos, los cuales permiten tanto a los individuos como a las comunidades identificar y tener mayor control sobre los determinantes ambientales, físicos sociales y económicos de la salud”²⁵

²⁴ Creación de los autores

²⁵ Marco Conceptual Proyecto Rescate. Op cit.

Las ELIS, no son sólo experiencias concretas desarrolladas por una organización popular u organismo no gubernamental en términos de prestación de servicios de salud, sino también incluye enfoques, abordajes, estrategias desarrolladas con la participación de los diferentes actores sociales en el nivel local o nacional y son propuestas alternativas contextualizadas en la situación de salud del país así como en el marco del proceso de reforma.

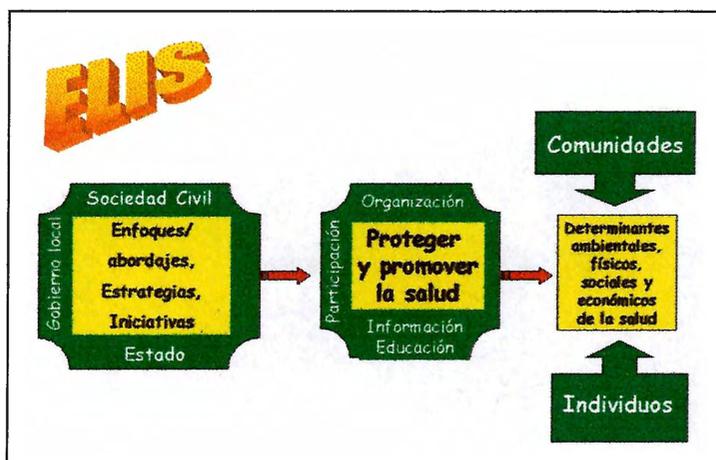


Figura 4: Experiencias Locales Innovadoras en Salud.

Por tanto una Experiencia de este tipo es relevante en la medida en que contribuye a la construcción local de la salud transformando o modificando las condiciones de vida y salud de la población, de tal manera que su accionar trascienda su ámbito geopoblacional de influencia y responda a sus propósitos.

La relevancia es entonces la medida en que la experiencia contribuye a la construcción local de la salud transformando o modificando las condiciones de vida y salud de la población; y este accionar es de tal magnitud y calidad que se constituye en un aporte sustancial de innovaciones al enfoque, forma y método de hacer salud a nivel nacional, de tal manera que respondiendo a sus propósitos, trasciende su ámbito geo - poblacional de influencia.

H.2. CRITERIOS DE ANALISIS.

Algunos autores señalan que lo innovador está en lo cotidiano en cada experiencia concreta y lugar determinado. Por razones históricas y socio políticas en El Salvador se

han vivido transformaciones sociales en las cuales la comunidad, los grupos sociales y las organizaciones de la sociedad civil han alcanzando un alto grado de participación, desarrollando experiencias integrales de promoción y protección de la salud.

Para que una experiencia de este tipo sea considerada innovadora en salud, se considera que debe cumplir al menos con seis criterios que son:

a) Integralidad / Intersectorialidad

Es imposible construir salud únicamente desde la perspectiva de los servicios de salud, una de las mayores críticas e insuficiencias del modelo médico tradicional, precisamente es su incapacidad para dar respuesta a los problemas de salud únicamente desde la óptica de los servicios. La Atención Primaria en Salud establece con mucha claridad que el sector salud debe trabajar de la mano con otros sectores para contribuir a la salud.

Para que esto ocurra es una condición ineludible que los trabajadores de la salud se compenetren que otros sectores deben jugar un papel importante para que tanto los individuos como las comunidades gocen de buena salud. Asumir esto tiene implicaciones prácticas pues esto no significa únicamente aceptar o respetar las opiniones de estos actores de otros sectores; si no ir mas allá, estimulándolos a participar en el manejo y la planificación de los servicios de salud, así como en diseñar y ejecutar conjuntamente acciones sobre otros determinantes de la salud.

El abordaje intersectorial es una consecuencia lógica del convencimiento de que la salud y la enfermedad son la resultante de la incidencia de múltiples factores, muchos de ellos ubicados fuera del sector salud y con un impacto incluso mucho mayor que los considerados en el reducido modelo biomédico como el ámbito de acción de los profesionales y trabajadores de la salud. De acuerdo con esto, los trabajadores de la salud debemos entender que no nos compete, ni es posible, ni ético, asumir la responsabilidad de monopolizar el trabajo en salud. Igualmente en este mismo sentido es que resulta imprescindible para la construcción de la salud el involucramiento de muchas otras disciplinas y actores.

Ya desde Alma Ata se insistió en la necesidad de una coordinación intersectorial para generar una respuesta integral a las necesidades de salud de la población:

“La APS compromete, además del sector salud todos los sectores y aspectos relacionados del desarrollo nacional y la comunidad, especialmente Agricultura, alimentación, educación, industria, vivienda, comunicaciones y otros sectores; la APS demanda además el esfuerzo coordinado de todos estos sectores”²⁶

Las experiencias recogidas en los 20 años posteriores a la conferencia, han sugerido la necesidad de trascender del abordaje tradicional, a la integralidad, que significa un proceso de toma de decisión ínter - institucional, desarrollando procesos participativos de determinación de necesidades, identificación de prioridades, toma de decisiones, ejecución y evaluación conjuntas.

El desarrollo de iniciativas de ciudades saludables por ejemplo, trata de integrar los esfuerzos por la construcción de la salud elaborando una agenda local de salud con una amplia participación ciudadana, en la búsqueda de una mayor equidad, actuando sobre los determinantes de la salud en la elaboración de políticas públicas saludables

b) Participación

Al igual que la equidad, el término participación es parte del discurso de quienes impulsan procesos de Reforma de Salud en consonancia con los planteamientos del Banco Mundial, y desde hace casi 40 años el término realmente ha sido utilizado para encubrir la manipulación de las comunidades por las agencias internacionales y la inmensa mayoría de las instituciones de salud, concibiendo a estas solamente como mano de obra barata y objeto de intervención e investigación.

En contraste con esta visión limitada, la participación supone en el peor de los casos un papel mucho mas activo de los beneficiarios de los Programas de Salud.

“La Población tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y en la ejecución de la atención en salud” (Alma Ata, IV). La demanda por la

²⁶ Declaración de Alma Ata, VII, 4

participación de las comunidades en políticas de salud es una de las más relevantes propuestas de Alma Ata.

Se han planteado muchas definiciones de participación y el concepto ha evolucionado considerablemente desde el más antiguo y pasivo que la limita a la ejecución de proyectos o a beneficiarse de programas, hasta la “participación significativa” que la amplía a los procesos de toma de decisiones y evaluación. Sin embargo fue en Alma Ata donde más sabiamente se aportó a su dinámica:

“La APS requiere y promueve la participación y autodeterminación individual y comunitaria en la planificación, organización, operación y control de la Atención Primaria en Salud, proporcionando el uso óptimo de todos los recursos disponibles locales, nacionales y de otro tipo; para esto desarrolla a través de la educación apropiada la habilidad de las comunidades para participar”²⁷

Ya en 1971 Sherry Arnstein²⁸ ha señalado que el verdadero empoderamiento se refiere al control que al final adquieren los grupos de base.

El análisis de la participación debe identificar entonces, el nivel de la participación en el proceso de toma de decisiones en la elaboración de políticas públicas saludables, en el contexto de influir en la salud y sus determinantes. Debemos además identificar las oportunidades, mecanismos y posibilidades, así como el contenido y trascendencia de las decisiones.

Participación en síntesis, debe explorar la construcción de la capacidad de poder, la participación e influencia en los procesos de toma de decisión y la elaboración de políticas públicas saludables por la población y la comunidad.

c) Equidad

Tradicionalmente la equidad ha estado vinculada al acceso a los servicios o al discurso desde fuera de justicia social, sin embargo al abordar la salud y sus determinantes, desde la conferencia de Alma Ata en 1979 hasta la reunión de Kobe en 1998, se ha insistido en

²⁷ Declaración de Alma Ata, VII, 5

²⁸ Citada por John J. Macdonald en *Primary Health Care: Medicine in its place*. 1992

la necesidad de una definición mas allá del acceso a servicios y en la necesidad de una crítica desde dentro del sector salud. Precisamente la demanda por una salud mas equitativa es quizás la más revolucionaria de las demandas de la APS. Es pertinente recordar que la conferencia de Alma Ata dio inicio con una denuncia de las desigualdades existentes en salud “entre y dentro de las naciones”. El primer tipo alude a la brecha en salud entre los países desarrollados y los subdesarrollados, el segundo tipo se refiere a las desigualdades en salud entre grupos poblacionales al interior de las naciones como entre ricos y pobres, entre población urbana y rural, entre hombres y mujeres. Alma Ata denunció como *inaceptables* ambos tipos de desigualdades.

Ciertamente y a diferencia de “desigualdad” el concepto de “Inequidad” (o “Disparidad” como mas acertadamente lo emplea Ximena de la Barra²⁹) tiene una dimensión moral, ética y hace referencia a que el asunto al cual nos referimos son dimensiones injustas y evitables, tanto de la distribución de los recursos como del estado de salud.

Por supuesto que como ha sido planteado por Whitehead “ Nunca podremos alcanzar una situación en la que toda la población tenga el mismo nivel de salud, sufra el mismo tipo y grado de enfermedades y muera después exactamente de lo mismo³⁰ ”. Siempre habrá diferencias inevitables como las producidas por los procesos biológicos, los accidentes, el envejecimiento, etc. Pero el término “inequidad” o “disparidad” no se refiere a estas diferencias sino mas específicamente a las disparidades en el estado de salud o en el acceso a la atención *que están dentro de las posibilidades del control humano*.

El discurso neoliberal manipula el tema de la equidad, abordándolo como un problema eminentemente técnico, restringiéndolo a la prestación de servicios, tratando de justificar así las medidas que considera adecuadas para mejorar la equidad del sistema: las propuestas de privatización, recuperación de costos y contenido del “paquete de servicios” o mejor conocido en las propuestas de Reforma que se debaten en el país como “canasta básica”.

²⁹ de la Barra, Ximena: *Causas estructurales de la Violencia y su impacto en la Salud*. Memoria del VIII Coloquio en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, Noviembre 1998.

³⁰ Whitehead, M: *The concepts and principles of equity and health*, Health Promotion International 6(3): 217-228 (1991)

Según Cabasés Hita ³¹ no hay un único criterio de equidad puesto que se trata de una noción basada en preferencias éticas que varían mucho entre los individuos. Hay quienes opinan que el mejor criterio distributivo es que cada persona disfrute de los logros de sus propios esfuerzos mientras otros sostienen que los recursos deben ser asignados de acuerdo a las necesidades. En nuestro país la referencia básica la constituye el precepto constitucional que garantiza el derecho a la salud para todos los ciudadanos (Art 1, 64 y 65 de la Constitución de la Republica de El Salvador) y asigna esta responsabilidad a la sociedad a través del estado. Es decir que se está mas cerca del criterio de accesibilidad de acuerdo a las necesidades y que dichas necesidades deben ser garantizadas en el ámbito público.

Al igual que lo hemos hecho con desigualdades e inequidades, es importante no confundir "igualdad" con "equidad". Resulta equivocado y mediatizador hablar de tener para toda la población de igual derecho a la salud o a la atención de salud; promover la equidad solo es posible si aceptamos (para enfrentarlos debidamente) la existencia de desbalances evitables y por lo tanto de injusticias entre naciones y entre grupos poblacionales en una misma nación.

Precisamente el planteamiento de construcción de la salud, de su promoción y protección, implica la transformación de sus determinantes ("lo que está bajo control humano"), que es precisamente el propósito de las políticas públicas saludables; es decir políticas que contribuyan a la no-exclusión, políticas con una mayor equidad. Es en este sentido (conscientemente limitado a los desbalances al interior de las naciones) que las experiencias de involucramiento de la comunidad podrían contribuir a la equidad, influyendo en la disminución de la exclusión social en términos de crear mayor capacidad para la participación en procesos de toma de decisiones, elaboración de políticas y redistribución de poder.

Equidad entonces, se refiere a acceso a servicios, pero sobre todo a distribución de recursos, ingreso, ambientes saludables, oportunidades, poder, participación; en otras palabras la "exposición" a iguales oportunidades para ser saludables y construir la salud.

³¹ Juan Manuel Cabasés Hita ,Equidad en la Salud y la Atención Sanitaria, Modulo Economía de salud ,

d) Calidad

Durante mucho tiempo expertos e investigadores han intentado formular una definición concisa, útil y aplicable del concepto de calidad en el campo de la salud. Así Donabedian en 1980 la definió como “La atención que se espera maximice el bienestar del paciente después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas por el proceso de atención en todos sus aspectos”. En 1984, la American Medical Association la definió como “Aquella atención que contribuye de manera consistente a mejorar o mantener la calidad y/o la duración de la vida”. Mas recientemente en 1990 el Institute of Medicine la conceptualizó como “ el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de resultados en salud perseguidos y que son consistentes con el conocimiento profesional actual”

Donabedian (1989) la retomó expresando que “es la aplicación de la ciencia y la tecnología de una manera que aumente al máximo los beneficios para el cuidado de la salud sin aumentar los riesgos”; Palmer agrega a esta definición “ ...provisión de los servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional optimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción de los usuarios”. La satisfacción del usuario es de fundamental importancia por que proporciona la información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas de los pacientes la satisfacción influye en el acceso al cuidado.

En la evolución del concepto se han considerado tres elementos básicos: el aspecto técnico, las relaciones interpersonales y la ameneidad o ambiente en que se da la atención.

Así, se han considerado como parámetros válidos para medir la calidad los siguientes: Un alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción de los usuarios y un impacto final en la salud.

Pero al igual que en los otros criterios, la amplitud de esta definición ha fluctuado en dependencia de la amplitud del concepto de salud y de quien se considera que tiene la responsabilidad por la misma. La esencia de este debate, que cobra nueva fuerza con las

Reformas generalizadas a los Sistemas de Salud en muchos países, es planteada muy claramente por el mismo Donabedian (1990): “Como la Salud ocupa un lugar tan crítico en la definición de calidad, la manera en que aquella se conceptualiza y evalúa tiene una profunda influencia en los juicios sobre calidad”.

En sintonía con esta evolución del pensamiento de Donabedian y en consonancia con la concepción de salud asumida en esta investigación, la calidad en salud no puede circunscribirse a la calidad de los servicios prestados en los establecimientos de salud. Obviamente la calidad en salud debe considerarse en la calidad de la participación de los actores, en la calidad de la pertinencia de sus acciones con los recursos disponibles, en la calidad del abordaje integral puesto en práctica, y en general con la calidad de todos los procesos que desarrolló en la búsqueda de la equidad en salud.

e) Sostenibilidad

Se habla de “sostenibilidad” en relación con diversos ámbitos de la vida humana: sostenibilidad ambiental, económica, social, política, etc. y con distintos aspectos de las actividades que se desarrollan en estos ámbitos: sostenibilidad técnica, financiera, institucional, organizativa, etc. En todo caso, se puede afirmar que por “sostenibilidad” se entiende la capacidad con que cuenta una situación para perdurar en el tiempo.

En el caso particular de las experiencias locales innovadoras en salud, entendemos por sostenibilidad la capacidad financiera, técnica, organizativa, ambiental que estas experiencias tienen para perdurar en el tiempo, adaptándose constantemente a los cambios en el contexto sin dejar por esto de responder a las demandas de las comunidades donde se han desarrollado.

La sostenibilidad financiera de la ELIS está relacionada con la capacidad generada por las comunidades para reproducir y mantener los servicios de salud a partir de los recursos locales y nacionales una vez concluido el apoyo financiero externo. Experiencias desarrolladas demuestran que el involucramiento de los usuarios es mucho mayor si participan de las decisiones y si están bien informados y tienen control sobre los costos y las responsabilidades de su participación, generando mayores probabilidades de sostenibilidad para las experiencias desarrolladas.

Hay comunidades que no tienen mucha capacidad autogestionaria y organizativa; pero uniéndose con otras a nivel del municipio pueden solventar estas necesidades.

La sostenibilidad técnica hace referencia a la necesidad de aumentar el número de recursos locales y capacitarlos sistemáticamente dotándolos de las herramientas básicas para que en el futuro administre sus propios recursos a fin de solucionar los problemas de salud. Otro aspecto importante en la sostenibilidad es la responsabilidad de mantener la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios.

III. DISEÑO METODOLOGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es cualitativa, porque se caracteriza por un tipo de investigación formativa que tiene técnicas especiales para conocer a fondo acerca de lo que las personas piensan y sienten acerca del fenómeno estudiado, para el caso el SILOS Norte de san salvador, esto permite al investigador conocer y comprender las actitudes, motivos, comportamientos de los actores principales presentes en esta experiencia.

Además esta investigación se tipifica como Estudio de Caso, ya que según García Jiménez 1994, un estudio de caso es un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprensivo, sistemático y en profundidad del caso de interés. También Yin (1984) se refiere al estudio de caso como el método de investigación mas apropiado para responder a las preguntas planteadas en un abordaje de este tipo que caracteriza de la siguiente manera:

- Investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real
- Los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes, y
- Usa múltiples fuentes de evidencia.

Es así que este estudio ha profundizado en el accionar del Sistema Local de Salud de la Zona Norte de San Salvador, principalmente en el carácter innovador de su accionar en Salud, estudiándose su relevancia con base a los seis criterios ya descritos en el marco teórico (Contexto, Participación, Equidad, Integralidad-intersectorialidad, calidad y Sostenibilidad) y recurriendo a múltiples fuentes de información ubicándolos constantemente en su contexto.

B. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

ASPECTOS DEMOGRAFICOS

La zona Norte de San Salvador esta conformada geográficamente por los seis Municipios siguientes: Apopa, Nejapa, Aguilares, Guazapa, El Paisnal y Tonacatepeque. Según la publicación final del Censo Nacional de población de 1992, la población de estos seis municipios es de 213.116 habitantes de los cuales 104.660 pertenecen al sexo masculino

y 108.456 al femenino, el 58.74% de los habitantes viven en zonas urbanas y 41.26% en zonas rurales.

Asimismo, se destaca el predominio de la población joven teniendo un 39.85% de población menor de 15 años, en tanto los mayores de 60 años sólo representan el 6.08% del total. Sumados ambos grupos por su carácter de "no productivos" se tendría una población dependiente del 45.93%.

Coexisten tres grupos principales de población con diferentes características: La población urbano-marginal de San Salvador, principalmente la del área urbana de Apopa, la población urbana de las ciudades cabecera de los Municipios y la población rural.

La población de Apopa ha crecido en los últimos veinte años de 18.980 habitantes a 109.176 debido al asentamiento de importantes contingentes desplazados por el terremoto de 1986, por la guerra y por la oportunidad de lograr una vivienda satisfactoria a precios accesibles en lotificaciones con servicios básicos y unidades habitacionales que oscilan entre 25 y 60 m², lo que da una alta densidad (200 a 400 personas por manzana).

La finalización del conflicto armado condicionó el regreso de muchos antiguos pobladores; asimismo, el asentamiento de grupos de excombatientes y repatriados en las zonas rurales ha sido considerable..

En cuanto a la natalidad las cifras de nacidos vivos y de defunciones, presentan graves deficiencias especialmente en las áreas rurales, a pesar de lo cual los valores son en ambos casos superiores a los de la población urbana.

ASPECTOS ECONOMICOS

Las principales actividades económicas de la Zona Norte son en el sector agrario: la producción de caña de azúcar, algodón, hortalizas y ganadería; en el sector industrial: los ingenios azucareros, la industria textil y los materiales de construcción, especialmente microempresas ladrilleras; En las áreas urbanas, predomina el sector servicios, representado por una importante actividad comercial en Apopa y Aguilares, el transporte,

las empresas de servicios públicos y el empleo público en educación, salud y la administración municipal.

ASPECTOS SOCIALES

La sociedad y la educación

El trabajo efectuado en la planificación del SILOS (1994) permitió identificar 287 comunidades de las cuales 103 se les identificó como de alto riesgo, estando asistidas por las Unidades de Salud del MSPAS o por ONG's, 102 de las cuales tienen Comité de Salud formado. En total se han capacitado en los últimos años 385 líderes comunitarios. Esta tarea se vio acompañada por las actividades de otras instituciones que actúan en campos como educación, vivienda, microempresas, y por la labor comunitaria de las Alcaldías Municipales.

El desarrollo educacional es muy limitado, con el 23% de analfabetismo en 1994 para la población mayor de 10 años y un nivel de escolaridad de 2.64 años en las zonas rurales y 6.2 en las zonas urbanas (cifras nacionales), constituyendo una grave determinante para el desarrollo humano y para las condiciones de salud en particular.

La capacidad educacional de la zona está representada fundamentalmente por el sistema público, teniendo registradas 70 escuelas con 1000 maestros en los seis municipios; Los medios de comunicación masiva predominan en las zonas urbanas (radio y televisión), en tanto que la prensa escrita tiene un alcance limitado.

El desarrollo social es incipiente, destacándose la labor de las Iglesias Católica y Luterana y de las ONG's que actúan en la zona Norte.

En la zona se cuenta con servicios públicos de ANDA en las zonas urbanas, con déficit en las nuevas lotificaciones del Municipio de Apopa, en tanto que la población rural no cuenta con fuentes seguras en su gran mayoría y en algunos cantones se presentan graves problemas para su abastecimiento regular.

La eliminación de excretas en las zonas urbana de El Salvador cuenta con conexión a redes cloacales en el 59.4% de la población en tanto el 24% utiliza letrinas restando un

16.5% de la población sin servicios sanitarios. En las áreas rurales el 51.9% de la población dispone de letrinas quedando un 48.1% que al no tener este servicio defeca en superficie, siendo una fuente de contaminación. El Panorama de la zona norte corresponde con el del país.

AMBIENTE

La alta densidad demográfica, las condiciones del terreno, la alta contaminación de los ríos y fuentes de agua, la intensa deforestación, la falta de letrinas y la presencia de basureros a cielo abierto hacen del medio ambiente de la zona norte una determinante fundamental, en este caso una limitante, para la calidad de vida y un factor de riesgo para la salud de su población como lo manifiestan las cifras de morbilidad y lo señalaran reiteradamente los señores Alcaldes Municipales, los profesionales de salud, y las comunidades mediante la programación local.

La contaminación de los ríos Acelhuate y Las Cañas con desechos industriales y excrementos han hecho de este río un factor de riesgo para la población que vive a sus márgenes dedicada al cultivo de hortalizas, que se riegan con su agua. La presencia de animales domésticos gatos y perros, sin vacunar y la proliferación de vectores son otros de los problemas que requieren atención.

La manipulación de alimentos en los rastros, mercados, comercios, puestos ambulantes, etc. no cumple con los requisitos mínimos para asegurar sus condiciones higiénicas; En cuanto a los micro ambientes, la vivienda, particularmente la rural, las escuelas, los lugares de trabajo y los lugares públicos presentan serias deficiencias higiénicas y sanitarias.

SITUACION DE SALUD- ENFERMEDAD

MORTALIDAD

La certificación médica de la causa de defunción fue 58.8 % en 1990. La tasa de mortalidad general en 1987 alcanzó 5.4, y en 1990, 5.3 por mil habitantes¹³. Las tendencias muestran un descenso en las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes correspondientes a los grupos etáreos de menores de un año, de 1 a 4 y de 5 a 14 años

de edad, mientras en el resto de edades se presenta un rápido incremento a partir del año 1973, más evidente en el grupo etáreo de 15 a 44 años y principalmente en el sexo masculino. Entre las causas, se destaca que mientras las enfermedades transmisibles (permaneciendo siempre en el primer lugar), muestran una consistente tendencia al descenso, las tasas de mortalidad por afecciones del aparato circulatorio y por causas externas tienden al crecimiento, a partir de los 15 años de edad y en ambos sexos. El MSPAS registra en 1990, a homicidios y otras violencias, en conjunto, ocupando el primer lugar entre las causas de mortalidad, con el 8.3%. La tasa de mortalidad infantil tiene una tendencia al descenso, estimaciones de MIPLAN, señalan que esta tasa varió de 118.0 en 1970-75 a 57.4 por mil nacidos vivos para el periodo 1985-90. En julio de 1992, la Concertación en Salud¹⁴, utilizando el método indirecto de Brass, en zonas exconflitivas, estimó para 1990 una mortalidad infantil de 73.1 por mil nacidos vivos. La esperanza de vida al nacer en 1985-90 llegó a 62.4 años.

MORBILIDAD

Las diez primeras causas de consulta externa en los servicios dependientes del MSPAS, no han variado durante 1988-91, destacándose las Infecciones Respiratorias Agudas y las Infecciones Intestinales. Entre las diez primeras causas de morbilidad por enfermedades transmisibles, 1985-92, el parasitismo, las diarreas y las infecciones respiratorias agudas se mantienen ocupando los primeros lugares. La notificación de enfermedades diarreicas sujetas a vigilancia especial desde 1991, aumentó en un 77%. El cólera, a partir de agosto 1991, se ha constituido en un creciente problema tanto en las zonas urbanas como rurales del país. Desde octubre 1988 no se han detectado casos de poliomielitis. El agente causante de la difteria fue aislado por última vez en 1987. Las tendencias 1988-92 en tasas por 100 mil habitantes son: la Tos ferina de 1.2 descendió a 0.53; el sarampión de 321.8, bajó a 9.44; el tétanos neonatal de 0.66 a 0.46. La Evaluación de la Situación Alimentaria y Nutricional realizada en abril y octubre de 1988, muestra que el 50% de las familias se encuentran con déficit energético, el 20% con subalimentación y el 30% con dietas deficientes. Para 1990 la desnutrición energético proteica, expresada como retardo en el crecimiento físico, talla/edad -2 D.S., se estimó que afectaba a 436.500 niños menores de 5 años de edad, en este total se incluyen 132.700 niños con desnutrición moderada o severa, esta situación es más grave en el área rural y se concentra en los departamentos de Morazán, Ahuachapán y Chalatenango. La deficiencia de vitamina A y

retinol en la población preescolar alcanza a 313.700 niños, el grupo más afectado es el de 12 a 17 meses de edad. La deficiencia de hierro alcanza al 35% de los 570.000 niños menores de 5 años del país y la edad más afectada es 12 a 17 meses con el 51%, así también que 20% a 25% de los niños menores de 5 años presentan niveles deficientes de hemoglobina en las distintas zonas.

Las principales causas de consultas en las Unidades de Salud del Ministerio en la Zona Norte son las infecciones respiratorias entre las que se encuentra el resfrío común, las infecciones agudas de las vías respiratorias, las bronquitis, la influenza, las faringitis y bronconeumonías, seguidas de las enfermedades infecciosas del aparato digestivo (colitis, gastroenteritis, enteritis, parasitismo intestinal, etc.) las infecciones urinarias y la hipertensión arterial. A las anteriores se agregan el control de embarazadas y de niños menores de un año, el examen para la búsqueda de cáncer del cuello uterino y los exámenes médicos generales.

Para la atención de en salud El Ministerio de Salud Pública dispone de una red de 9 Unidades de Salud, una en cada Municipio, a excepción de Apopa y Tonacatepeque que cuentan con dos unidades de salud. El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) cuenta con tres Unidades de Salud en Aguilares, Apopa y Nejapa, remitiendo a los servicios de la capital los requerimientos de hospitalización y atención especializada.

Las Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) realizan tareas de tipo comunitario y programas con las Unidades de Salud, por lo que no disponen de servicios propios, salvo la Cruz Roja con 4 puestos y la Cruz Verde con 2 puestos, 2 consultorios médicos y 1 clínica odontológica. El sector privado lucrativo tiene 31 clínicas médicas particulares, 12 consultorios odontológicos, 22 farmacias y 8 laboratorios clínicos.

Los servicios comunitarios están representados por 15 dispensarios, 14 de los cuales fueron construidos por el proyecto anterior del SILOS (1992) entregados a las comunidades para su administración. El restante fue construido por la comunidad siguiendo los lineamientos formulados por el Proyecto.

C. UNIDAD DE ANÁLISIS

La Unidad de Análisis fue El Sistema Local de Salud de la Zona Norte de San Salvador, cuya área geográfica de influencia son seis municipios del norte del departamento. En ella se ha estudiado la Relevancia de su accionar a través del estudio de la influencia que tuvo el contexto en el cual se desarrolló la experiencia (1992-1997); las posibilidades, los mecanismos, las capacidades locales y el contenido de la Participación de los diferentes actores sociales que intervinieron en la experiencia; también se investigó el nivel de reconocimiento de las desigualdades en su accionar y como se abordaron estas; el análisis del trabajo intersectorial y la integralidad del accionar realizado; el nivel de sostenibilidad técnica y financiera y las alianzas entre organismos e instituciones; y en una forma mas limitada se estudió la calidad de sus acciones en salud.

D. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS DESCRIPTORES

D.1. Contexto

El análisis de la influencia que el contexto en que se desarrolló el SILOS tuvo sobre el mismo, es un elemento indispensable a fin de poder comprender el comportamiento de los otros descriptores, de manera tal que este análisis pueda ser válido para una conceptualización mas amplia de estos descriptores y una comprensión objetiva de la trascendencia de la experiencia.

D.2. Participación Social:

Es la orientación de la ELIS a la promoción y fortalecimiento del involucramiento activo de la población y comunidades en el proceso de toma de decisiones por la construcción de la salud, en la elaboración de políticas públicas saludables de la población y la comunidad orientadas a influir en la salud y sus determinantes.

D.3. Intersectorialidad e Integralidad:

Es la orientación de la ELIS a desarrollar un proceso de toma de decisión ínter institucional con otros sectores involucrados en el desarrollo y la organización de la comunidad, desarrollando procesos participativos de determinación de necesidades, identificación de prioridades, toma de decisión, ejecución y evaluación conjuntas de manera tal que el proceso de construcción de la salud sea abordado considerando todos los determinantes de la salud con acciones de promoción, prevención, restitución y rehabilitación.

D.4. Equidad:

El concepto utilizado en este trabajo es que la equidad en el SILOS esta relacionada a la igualdad de oportunidades para ser saludable, es decir con su capacidad de garantizar el acceso igualitario de todos los miembros de la comunidad a los recursos humanos y financieros, a un ambiente saludable, a la participación social, al poder de decisión y a la atención en salud sin restricciones.

D.5. Calidad

En consonancia con la investigación que se realiza y con la concepción de salud que hemos asumido, abordamos este descriptor desde un enfoque sistémico, es decir la calidad del proceso de construcción de la salud por el Sistema Local de Salud del Norte de San Salvador. Hemos centrado el análisis en las necesidades y problemas para los cuales fue diseñado el SILOS, la utilización de los recursos y las actividades desarrolladas por los actores sociales involucrados.

D.6. Sostenibilidad:

Es la capacidad financiera, técnica, organizativa de la ELIS para ser mantenida, prolongada o continuada en el tiempo adaptándose constantemente a los cambios en el contexto, sin dejar por esto de responder a las demandas y las necesidades de sus comunidades de influencia

E. OPERACIONALIZACION DE DESCRIPTORES

Para que los datos a recolectar fueran pertinentes a los descriptores se diseñó una matriz de operacionalización de los mismos (Ver Anexo No 2)

F. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron Grupos Focales, la entrevista a profundidad y la revisión documental.

F.1. GRUPOS FOCALES

Esta es una técnica de investigación cualitativa en la que hay una interacción en el grupo de informantes fomentando respuestas más enriquecedoras, además permite que el entrevistador pueda hacer una observación directa del debate y obtener un conocimiento

más directo de los comportamientos, lenguaje y percepciones del grupo, dicha técnica ahorra tiempo y es menos costosa, porque se reúne a un grupo de no más de diez personas, las cuales son elegidas de acuerdo al objetivo de la misma su propósito es alcanzar mayor comprensión y profundización sobre lo fundamental del tema.

En esta investigación se realizaron tres Grupos Focales dos con usuarios y uno con Promotores rurales de Salud en diferentes Comunidades: La Joya del Paisnal, dos de Mayo y el Bonete de Nejapa.

F.2. ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Otra técnica utilizada para la recolección de la información fue la entrevista a profundidad que es una técnica de mucha importancia en la investigación cualitativa y se realiza cuando el investigador desea obtener información valiosa sobre un determinado problema mediante una conversación profesional. A partir del problema establece una lista de temas relacionados en los que focaliza la entrevista. Durante la misma se establecen razones, motivos, factores. Dicha entrevista parte de un propósito explícito y el investigador inicia hablando de un tema sin relevancia hasta que logra ganar la confianza del entrevistado, dirigiendo progresivamente su conversación hacia aquellos temas que le ayudarán a descubrir lo que piensa el informante.

F.3. REVISIÓN DOCUMENTAL

Esta técnica permite recolectar información que ha sido escrita o sistematizada acerca del problema de estudio y con ella se amplía el conocimiento del comportamiento de la unidad de análisis; para el caso, el SILOS Norte de San Salvador. Para lo cual se realizó una revisión de los documentos siguientes:

- Diagnóstico de Salud de la Zona Norte de San Salvador
- Proyecto del SILOS Norte
- Primera Conferencia Nacional de SILOS
- Evaluaciones de SILOS
- Plan Operativo del SILOS Norte.

Los instrumentos de recolección de datos fueron el cuestionario de entrevista a profundidad (Anexo N° 3) el cual está estructurado por preguntas abiertas, organizadas por criterio de análisis, la guía de grupo focal (Anexo N° 4), está estructurada por preguntas abiertas organizadas por los criterios de análisis y la guía de revisión documental (Anexo N° 5) que está estructurada por aspectos.

G. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

Para la recolección de datos se siguieron los siguientes pasos lógicos:

1. Visita de reconocimiento del área geográfica de influencia del SILOS zona Norte
2. Entrevistas a personas claves para identificar actores sociales, los cuales fueron clasificados por nivel organizativo en que habían participado.
3. Validación de los instrumentos de recolección de datos, para ello se realizó una entrevista a profundidad y un grupo focal, y para valorar los instrumentos se utilizaron los siguientes criterios:
 - Claridad: En esta se valora si las preguntas están lo suficientemente entendibles y las preguntas puedan ser llenadas sin problemas.
 - Sencillez: Evalúa que las preguntas estén elaboradas en forma sencilla en lenguaje y diseño, para que sean comprendidas.
 - Precisión : Si las preguntas responden a lo que se quiere conocer o indagar.
 - Objetividad: Si el o los instrumentos se apegan a la realidad a la que van a ser aplicados.

La valoración de las preguntas se realizó con los entrevistados, posterior a ello se hicieron ajustes a los instrumentos, redactando de nuevo preguntas que no se entendían por tener un lenguaje muy técnico y omitiendo aquellas que parecían repetitivas

4. Recolección de datos:

El trabajo de campo se realizó durante un período de tres meses, ya que cada entrevista a profundidad ameritó dos o tres visitas y fue realizado en los meses de abril, mayo y junio de 1999.

Se realizaron ocho entrevistas a profundidad a los siguientes actores sociales:

- 1 Líder Comunitario

- 4 Miembros del Comité Conductor del SILOS
- 1 Jefe de Gobierno Local: Alcalde de El Paisnal
- 1 integrante de la Cooperación Técnica (OPS)
- 1 miembro de la Cooperación Financiera externa (Gob. De Holanda)

Los criterios de selección para los informantes clave fueron:

- Que hubieran estado involucrados directamente en el desarrollo de la experiencia
- Que fueran representativos de diferentes niveles de organización del SILOS
- Que aceptaran participar en la investigación

Además se desarrollaron tres grupos focales con:

- Usuarios de la comunidad la Joya
- Usuarios de la comunidad los Laureles
- Promotores de salud de varias comunidades.

Los criterios de selección para los integrantes de los grupos focales fueron:

- Haber sido usuario y/o haber estado involucrado en el desarrollo de la experiencia
- Pertenecer a las comunidades en que se desarrolló el SILOS
- Que aceptaran participar en la investigación.

H. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Para el procesamiento de datos cualitativos se procedió de la siguiente manera:

- La descripción de la población objeto de estudio, con la finalidad de contextualizar los datos encontrados por lo tanto se hizo una revisión de datos de la zona norte de San Salvador y se caracterizó.
- Ordenamiento y codificación de datos: se hizo una transcripción de los resultados de las entrevistas y grupos focales, haciendo una transcripción fiel del vocabulario utilizado por el actor o actores entrevistados, ordenando los datos por actor social, descriptor y código, haciendo una triangulación de las diferentes fuentes de datos.
- Resumiendo los datos: Luego de la transcripción se resumieron los datos mas relevantes por actor y descriptor en matrices (Ver anexo N° 5)

- Posteriormente se realizó un Análisis Matricial sintetizando y analizando la información por cada descriptor según los objetivos del estudio, contextualizando los resultados y contrastándolo con lo descrito en el marco teórico, lo cual permitió arribar a conclusiones y recomendaciones..

Ejemplo de Matriz de análisis utilizada:

| CRITERIO: PARTICIPACION | | |
|--|----------------------|-------------------|
| | Descriptor | |
| ACTOR SOCIAL | Posibilidades | Mecanismos |
| Líder comunitario | | |
| Beneficiarios Directos | | |
| Miembro de Comité Conductor | | |
| Jefe de Gobierno Local | | |
| Representante de la Cooperación Técnica (OPS) | | |
| Representante de la Cooperación Financiera (Gov. De Holanda) | | |

IV. RESULTADOS

1. Contexto

1.1. Surgimiento del SILOS

Cuando el SILOS surgió ya existía un sustrato organizativo propositivo en muchas regiones de la población local que se había renovado y estimulado con otras formas organizativas traídas por los repobladores y desplazados por la guerra. Con el SILOS se sistematizaron y expandieron algunas de estas formas organizativas.

La Cooperación Holandesa que apoyaba la reconstrucción de la infraestructura de salud dañada por el terremoto se motivó con el SILOS a fin de apoyar la extensión de cobertura y el fortalecimiento de la APS, con énfasis en actividades extramurales, motivación que fue reforzada por la epidemia de cólera en 1992.

La Firma de los Acuerdos de Paz favoreció igualmente la apertura de ambientes de concertación con ONG's, MSPAS y comunidades distensionando un ambiente hasta entonces muy politizado que no lo permitía. OPS-OMS propuso desarrollar un esfuerzo interinstitucional e intersectorial aprovechando el proceso de firma de la paz. Así, el SILOS de la zona norte se creó en 1993 con el objetivo primordial de descentralizar los procesos de administración y enfrentar los problemas del rápido crecimiento poblacional y la poca capacidad de respuesta de los servicios.

Originalmente era un trabajo del MSPAS con asesoría de OPS que quisieron imponer un esquema con fondos del Gobierno de Holanda que apoyaba la descentralización pero condicionaba el desembolso de los fondos a que hubiera participación. Esto permitió incorporar elementos organizativos de ONG's y movimientos Sociales integrándose en los recién formados Equipo Conductor y Comités Interinstitucionales e Intersectoriales en el nivel municipal.

Se estaba en proceso de post guerra. Las inequidades se habían profundizado, No había un Sistema de Salud unificado, se implantaron tarifas en los servicios de salud y habían subido los costos de la educación dificultándose mas el acceso a estos servicios por razones económicas. Todo ello le dio viabilidad al SILOS ya que posibilitó el

fortalecimiento organizativo y el llevar salud a las comunidades a través de promotores y líderes. (Los Promotores: Promoción, educación y atención en salud curativa sobre uso de medicamentos y enfermedades infecto-contagiosas; Los líderes: el trabajo organizativo)

1.2. Principales necesidades

Los repobladores y desplazados carecían de vivienda, alimentación y medicinas, tampoco disponían de inmunización infantil y control prenatal. “Veníamos sin nada, apenas teníamos ropa para cambiarnos”. Las comunidades junto a las ONG’S, priorizaban también necesidades como el Acceso a la calle, luz eléctrica, empleos y Mejores viviendas. Los servicios de salud solo estaban en las cabeceras municipales y las unidades de salud no contaban con recursos

En 1996 la OPS junto al Ministerio realizó un diagnóstico de la situación de salud. Mediante entrevistas con personas claves en la comunidad, se corroboró las percepciones anteriores y se priorizó los siguientes problemas: limitado acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico; pobreza, desempleo e inseguridad; sumándose enfermedades como el cólera, el dengue hemorrágico y problemas de medio ambiente

1.3. Actores Involucrados

1. La comunidad misma que sentía y pugnaba por participar en la resolución de sus problemas y en la búsqueda de soluciones a través de sus Directivas y líderes comunales.
2. Alcaldías y Concejos Municipales
3. ONG’s: Asociación Salvadoreña de Ayuda Humanitaria (PROVIDA), Asociación de Capacitación e Investigación en Salud Mental (ACISAM), Fundación Salvadoreña para la Promoción y El Desarrollo Económico y Social (FUNSALPRODESE), Asociación de Mujeres Salvadoreñas (ADEMUSA)
4. Técnicos y consultores de OPS.
5. Asociaciones de Desarrollo Local (ADEL)
6. Gobierno de Holanda: apoyó al MSPAS para recuperar la infraestructura y después para ampliar la cobertura y fortalecer APS.
7. MSPAS, a través de la Dirección Gral. De Salud y la supervisora médica departamental de la zona que hizo una labor intensa para desarrollar el proyecto y la

participación de los Directores de las Unidades de Salud, personal médico y paramédico. El Ministro mismo fue un actor importante cuando surgió el conflicto post-elecciones.

8. Técnicos y asesores de las ONG's
9. Movimiento Social (CORDECOM, UCRES)
10. Ministerio de Educación, ISSS (sin compromiso) que se retiraron.

1.4. Relaciones con el Gobierno Local

La relación del Gobierno Local con el SILOS era al inicio un Ambiente positivo, concertador y propositivo. Se percibía que al haber descentralización el SILOS se beneficiaría a través de las Alcaldías ya que el gobierno central no podía descentralizar fondos a las ONG's. Se logró generar una enorme expectativa en toda la población incluida la población organizada en sus diferentes expresiones (Directivas, Movimiento Social, Cooperativas, Concejos Municipales).

El SILOS jugó un papel importante en la concientización de la gente para incorporarlos al esfuerzo del gobierno local en la búsqueda del desarrollo comunal. Era un elemento innovador y atractivo ya que el Sistema de Salud partía de los servicios de salud, en cambio el SILOS lo hacía considerando a todos los actores en salud, especialmente las Comunidades y las Alcaldías.

En las elecciones de 1994, 2 de los 6 municipios fueron ganados por el FMLN, 1 por el PDC y 3 por ARENA. En las elecciones de 1996, el FMLN ganó en 4 municipios, el PDC en uno, y ARENA en uno. Con posterioridad a estos resultados, se fue creando un ambiente confrontativo con las ONG'S por parte del MSPAS. La relación con la Alcaldía lo llevó a concluir que el SILOS era el responsable del revés electoral sufrido por el partido oficial. El MSPAS quiso entonces desarticular la organización por lo que el SILOS reaccionó contra las instituciones gubernamentales. En 1998 el SILOS iba a desaparecer pero las conversaciones OPS-MSPAS culminaron en un cambio de enfoque y el proyecto continuó.

1.5. Significado del conflicto armado y su finalización para el SILOS

La guerra y las necesidades estimularon una organización consciente, fundamental para resolver los problemas. La zona fue muy conflictiva durante la guerra y esto tuvo un lastre de desconfianza durante el periodo inicial del proyecto. El SILOS facilitó que la desconfianza se convirtiera en un esfuerzo de concertación con participación amplia y directa de las comunidades y dando también mayor protagonismo a cada una de las ONG's y asimismo al MSPAS.

El fin de la guerra generó expectativas en la sociedad encaminadas a propiciar el desarrollo de las comunidades. Se creía que habría mas fuentes de empleos, mas proyectos, mas financiamiento, mas recursos.

Las expectativas de las comunidades organizadas sobrepasaron las condiciones que se generaron. Teóricamente constituía una posibilidad para la incorporación de diversas organizaciones y el poder desarrollar un ambicioso Programa de Salud para toda la zona Norte.

1.6. Influencia de las Condiciones Políticas, Económicas y Sociales

El contexto se caracterizaba por un sistema económico social igual que en el resto del País con mucha pobreza, elevada organización social, mucho duelo causado por la guerra y polarización política. Había muy poca educación, poca cultura de planteamientos de necesidades, aunque había participación la tradición de represión la restringía y generaba temor lo que se agravaba por las dificultades para la movilización por el estado de la red vial y la difícil situación económica. Había un alto nivel de desempleo y una economía agrícola de subsistencia.

Era un ambiente de paz y esperanza pero caracterizado por la confrontación y la desconfianza entre los actores. El SILOS logró neutralizar posiciones y trabajar con cierto grado de coordinación, OPS jugó un papel conciliador ya que se buscaban espacios de concertación que concretaran la paz y el SILOS lo proporcionó.

Cuando se constituyó el SILOS de la zona norte no había asignación de fondo específico por parte de ninguna instancia estatal o de otro tipo, excepto los precedentes de la

Cooperación Holandesa, ni había fondos del presupuesto que se quisieran asignar para dar respuesta a las necesidades o proyectos que las comunidades demandaban. Incluso fue necesario autorizar para el SILOS fondos destinados por Holanda a la reconstrucción de establecimientos de primer nivel.

El SILOS creció y se desarrolló creando una situación muy compleja y generando muchas expectativas; pero el problema es que sin apoyo el SILOS no puede trabajar. Era indispensable la voluntad política para hacerlo viable a través de un marco jurídico – político específico, con la toma de decisiones políticas para fortalecerlo pero el GOES nunca se decidió a apoyarlo y replicarlo.

1.7. Principales Propuestas

Para aprobar un proyecto a un Municipio, primero se discutía y aprobaba en el comité sectorial para luego presentarlo al Comité Conductor.

Las principales propuestas giraban en torno al enfrentamiento de los problemas identificados y eran fundamentalmente saneamiento básico, agua potable, luz eléctrica, mejoramiento de caminos, red de comunicaciones, escuelas, letrinas, promoción de salud e higiene en las comunidades. Construcción de estructura básica de servicios como dispensarios y remodelación de unidades de salud. Abastecimiento de insumos: medicina, cloro, insumos agrícolas para cultivos y otros.

Se pedía también el apoyo a la organización local o comunal estimulando la movilización de personas alrededor de problemas específicos: violencia intrafamiliar, programas no tradicionales de trabajo con jóvenes y personas de la 3ra edad.

También estaban siempre presentes propuestas de formación del recurso local especialmente Capacitación de parteras empíricas y de promotores de salud.

Se solicitaba igualmente acciones como inmunizaciones y control prenatal para reducir los riesgos que había en la población rural de mujeres y niños.

Otra de las propuestas cuyo cumplimiento era constantemente demandado por los actores locales era la descentralización; pero hasta el momento no ha habido descentralización, solo desconcentración. La descentralización existió solo como concepto, en la práctica fue más que todo una desconcentración. Además aunque hay una desconcentración departamental, sigue dependiendo del nivel central en toma de decisiones, financiamiento y manejo de recursos. Es importante consignar que hubo algunos avances como la formación de miniestructuras dentro del SILOS (Comités intersectoriales, Comités de Finanzas, Comités de Vigilancia, Comité Conductor que era quien solicitaba y administraba los recursos; pero el paquete económico lo manejaba OPS)

Se propuso también con mucha frecuencia que las comunidades pudieran manejar los recursos, pero el MSPAS también quería manejar los fondos, la participación de la comunidad disminuyó y el SILOS empezó a declinar, ya no se tenían recursos. Incidió el hecho de que a pesar de las propuestas, nunca existió un marco jurídico que permitiera un proceso de toma de decisiones, asignación de recursos humanos, presupuesto y otros elementos importantes

2. Participación

2.1 Posibilidades de la participación.

A nivel de la comunidad, en muchas de ellas estaban ya organizados los Comités De Salud los cuales estaban integrados por promotores que durante el conflicto fueron capacitados y se organizaron para proporcionar atención a las comunidades. Este caudal organizativo fue el andamiaje en el cual se apoyo el SILOS.

Algunas instancias técnicas y gobiernos locales facilitaban el desarrollo de las capacidades organizativas locales y regionales para la implementación de los SILOS. Por ejemplo, fue a iniciativa de las ONG's que se crearon los Comités Intersectoriales en los cuales tenían su representación los actores sociales del municipio.

Pero ésta adolecía de limitaciones, entre las que destacan la falta de un marco jurídico legal con normas y reglamentos donde se estableciera el compromiso del Ministerio de Salud para su implementación y continuidad y la renuencia a permitir el desarrollo de

formas mas avanzadas como la participación de la población en la toma de decisiones con respecto al presupuesto del proyecto y la asignación de fondos a los programas.

2.2 Mecanismos de Participación

El Silos estableció un Comité Conductor en el cual participaba un representante por parte de los seis gobiernos municipales, un representante de la población por cada municipio, un representante del movimiento social, dos o tres representantes de las ONG'S, dos o tres por el Ministerio de Salud. En cada Municipio se instalaron los Comités Intersectoriales municipales liderados por la alcaldía. Este comité se reunía semanalmente

Las directivas comunales estaban representadas en los Comités Intersectoriales en los cuales daban a conocer sus necesidades y su compromiso de ejecución.

La participación de OPS como financiador y patrocinador de la estrategia de SILOS era la garantía para que la incorporación del Ministerio fuera sistemática. Al inicio las autoridades del Ministerio a nivel Local mostraron disposición para incorporarse a esta nueva dinámica participativa.

2.3 Capacidades de la participación

Las comunidades habían desarrollado sus propios mecanismos de participación como los comités de salud (Antes Brigadas medicas) Comités Intersectoriales y a nivel de departamento Comités de Desarrollo. Esta organización generó paralelamente mecanismos de funcionamiento e implementación de la participación con un pensamiento avanzado y muy particular en respuesta a sus necesidades y expectativas de desarrollo.

2.4 Contenidos de la participación

Las decisiones en las que participaba la comunidad eran la identificación de las necesidades a través del mapa de riesgos y problemas y en la ejecución de acciones de salud preventiva y medioambiental con las instituciones de salud.

Aportaban la mano de obra para actividades de saneamiento y medio ambiente (construcción de letrinas y la instalación de bombas para la obtención de agua). También realizaban actividades de planificación local.

2.5 Factores facilitadores y restrictivos

Entre los factores que contribuyeron a la participación de la comunidad en el SILOS podemos mencionar la organización comunitaria, que favorecía la coordinación con las ONG'S y otros actores y la disposición al trabajo de los Comités de Salud y las Directivas Comunales que a su vez apoyaban o motivaban a las comunidades.

Otro factor fue que las Comunidades presentaban ellas mismas sus necesidades lo que promovía la concientización de los recursos institucionales y un mayor compromiso para solucionarlas.

Igualmente entre los factores que limitaron el desarrollo de la participación de las comunidades en el SiLOS destacaban la ausencia de recursos para movilizarse y realizar la gestión. Las discusiones prolongadas e improductivas en el proceso de aprobación de los proyectos. Además “Había demasiado trabajo, se disponía poco tiempo para sobrevivir”

Otros factores fueron la falta de cultura institucional para aceptar la participación de las Comunidades en forma abierta y democrática, el modelo de atención biomédico que centraba las actividades en los establecimientos de salud y cerraba los espacios de participación. La centralización se daba no solo en el MSPAS sino que también en algunas Alcaldías y ONG's. También había poca capacidad técnica de los funcionarios, los que no manejaban los fundamentos básicos en las Unidades de Salud y había débil

formación técnica en los procesos de formación participativa, además no estaban preparados para participar en los procesos de descentralización. Otra era la visión cortoplacista en muchos actores que valoraban solo los resultados inmediatos de la ejecución de los proyectos.

3. Integralidad

3.1 Abordaje Intersectorial

Al inicio la participación intersectorial fue amplia MSPAS, ISSS, ANDA, ONG's (CONAMUS, PRÓVIDA, FUNSALPRODESE, , ACISAM), CEPA, MINED y otros sectores muy activos como los Consejos Municipales, Iglesia y sobre todo las Comunidades, realizándose grandes intentos conjuntos para no duplicar esfuerzos ni recursos y para planificar, organizar y ejecutar acciones a través de diferentes instancias que se crearon en el marco del SILOS para resolver los problemas entre todos los actores; tales como: los Comités Intersectoriales Locales, Comités de Finanzas, Comités de Supervisión y monitoreo del financiamiento, el comité de expertos técnicos de la OPS y el Comité Conductor que era la máxima autoridad ante el donante.

Los Comités Intersectoriales funcionaban muy bien y partían de un estudio basal y del diagnóstico de salud comunitario. Las comunidades que más ejecutaron proyectos exitosamente fueron aquellas en donde había un mayor grado de organización como Nejapa, el Paisnal y Aguilares.

La experiencia fue altamente positiva pero no existía un marco jurídico legal que sustentara la intersectorialidad local. Esto se hizo mas evidente cuando el plan elaborado comenzó a ejecutarse y afectó algunos intereses esto generó contradicciones y puso de manifiesto la falta de definición política de las instituciones gubernamentales y algunas no gubernamentales para avanzar en la intersectorialidad. Instituciones como ISSS, ANDA y MINED se retiraron argumentando que necesitaban autorización central para comprometerse. Otros como CEL y ANTEL simplemente no quisieron participar.

El MSPAS confundió intersectorialidad con activismo político y achacó al SILOS el revés electoral sufrido por el partido oficial en las elecciones municipales de 1996, impugnando

la composición de los Comités Intersectoriales aduciendo que tenían demasiada influencia de la Izquierda.

Se hizo varios intentos para superar las dificultades como un proyecto de marco legal, información sistemática a las autoridades Nacionales y locales dando a conocer avances y dificultades, y otros que no tuvieron éxito por falta de receptividad política. Eventualmente las consultas OPS-MSPAS culminaron en modificar el enfoque de SILOS y dar mucho mas poder al MSPAS en la selección de los representantes a los comités

3.2 Procesos participativos

“Las alianzas eran la esencia misma del SILOS Zona Norte” y se expresaba en la constitución de los Comités intersectoriales. El proceso de formación de estos y de otros comités fue en si un proceso participativo buscando acercamientos mutuos con otros autores. Las capacitaciones se orientaron inicialmente a promover como plantear las necesidades, como participar y a generar una cultura de participación.

Se generaron otros procesos participativos con alta ingerencia de la comunidad como el Diagnóstico y Priorización de necesidades, construcción del mapa de riesgo y planificación local en las que se reunía además del aporte comunitario, el análisis técnico (epidemiológico, demográfico y social) que aportaban las ONG’s, MSPAS y OPS.

Durante los dos primeros años la comunidad tenía un papel muy pasivo y había mucho protagonismo del Comité Conductor. En las evaluaciones no participaban o lo hacían con poca representatividad o bajo perfil. Para formas mas avanzadas de participación como control de los fondos y decisiones trascendentales no se estimulaba la participación de la comunidad

Fue evidente la falta de cultura institucional para aceptar procesos participativos, la ausencia de capacidad técnica para entender y facilitar procesos de descentralización y la escasa voluntad política del MSPAS para aceptar una participación comunitaria mas allá de la ejecución de acciones.

3.3 Accionar sobre las determinantes de la Salud

Los programas y acciones mas importantes se relacionaban con:

- el saneamiento básico (letrización, tratamiento de basuras, mejoramiento de fuentes de agua, construcción de pozos artesanos e instalación de bombas de agua)
- prevención de enfermedades trasmisibles (inmunizaciones, campañas contra el cólera, educación sexual).
- Fortalecimiento de la infraestructura de salud (construcción de unidades de salud y de dispensarios comunitarios)
- Promoción de la salud (educación a grupos materno infantiles, jóvenes y adultos mayores; programas de atención al medio ambiente;)
- Un fuerte impulso a la organización comunitaria y a la capacitación local: clubes nutricionales, organización, asistencia y apoyo a grupos de jóvenes, grupos de detección de violencia intrafamiliar, clubes de madres jóvenes y adolescentes, organización de los padres de familia, apoyo a Asambleas Comunitarias capacitaciones a Promotores, parteras, líderes comunitarios y las diversas formas organizativas.
- Programas curativos en el primer nivel de atención: Atención de partos, consultas, Asistencia Prenatal, Medicina Natural.

Hubo avances notables como el incremento en la cobertura de vacunación, la extensión de cobertura al 80% de los grupos materno infantiles, la letrización del 90% de las comunidades rurales seleccionadas, la reducción del analfabetismo, la reforestación y la protección de las fuentes de agua, etc.

Las acciones y actividades emprendidas por todos estos grupos generó condiciones que mejoraron la salud de sus habitantes y su demanda por la satisfacción de nuevas necesidades. SILOS proporcionó a las comunidades e instituciones herramientas operativas para tratar de romper el esquema biologicista institucional. Toda esta actividad confrontó con el modelo curativo y centralizado del MSPAS quien concentraba considerablemente sus actividades en las unidades de salud de cada municipio. Algunas

ONG's y Alcaldías también tuvieron una coordinación formal y poco sincera que interfirió con el trabajo intersectorial.

4. Equidad

4.1. Reconocimiento de las desigualdades

Se realizó un diagnóstico de la situación de salud y un estudio basal. Cada municipio establecía sus prioridades en referencia a los diagnósticos efectuados, tomando en cuenta los grupos postergados los ancianos, niños, atención a las embarazadas aunque no se contemplaron programas para los discapacitados. Los proyectos de letrización priorizaron las comunidades más desprotegidas y para la construcción de los dispensarios priorizaron las comunidades con menor acceso a los servicios

Se trabajó con los fondos de Holanda el MSPAS no proporcionaba partida para la atención del Silos. El Ministerio bloqueaba el trabajo: hubo discriminación por no adaptarse a las políticas de salud el MSPAS, no hubo participación en propuestas políticas de salud.

4.2. Desarrollo de las capacidades

Se capacitaba a promotores y parteras, se dotaba a los botiquines y dispensarios de salud, se remodelaron y equiparon a las unidades de salud de los municipios.

Se realizaron acciones a nivel municipal de atención a la tercera edad, Alimentos para los niños desnutridos. Los ancianos y niños huérfanos eran coordinados por el programa de lisiados de guerra al cual no todos tenían beneficios. Se realizaron talleres para prevenir la violencia intrafamiliar y se realizó un ensayo en Guazapa y Nejapa. Se realizaron talleres para los jóvenes y talleres ocupacionales para hombres y mujeres.

La falta de representación de algunas comunidades y la orientación institucionalizada de la salud a veces no permitía intervenciones por otras organizaciones, llegándose a enfocar los esfuerzos solo desde el punto de vista institucional

4.3. Prestación de servicios a grupos sociales excluidos

Hubo apertura para que todos pudieran participar a nivel de los comités intersectoriales a fin de plantear sus necesidades y para que las instituciones puedan promover a este nivel sus ofertas o servicios. Se incremento el nivel de organización local y la modificación de ciertos determinantes del ambiente físico de las familias.

Han promovido que las instituciones realicen acciones en forma conjunta o complementaria para las comunidades, han solucionado problemas básicos de la comunidad en Medicina preventiva, letrización, equipamiento de bombas manuales a los pozos artesanales, potabilización del agua. Se promovió con las ONG's la utilización de medicina natural y la elaboracion de jabones, jarabes para la tos.

5. Calidad

5.1 Necesidades y Problemas

Para el análisis de objetivos se pueden considerar 2 momentos:

- **Introducción:** En esta primera fase el trabajo era mas por iniciativa del MSPAS y con muy poca participacion de otros actores y no hubo mucha congruencia entre objetivos y necesidades en la situación de salud.
- **Diagnóstico a nivel norte de San Salvador:** el plan se basó en este diagnóstico, los objetivos se hicieron para tratar de incidir en los problemas más urgentes, aunque por motivos de financiamiento, no se pudo trabajar en muchas cosas, por ejemplo en infraestructura, clínicas, hospital de referencia. En esta fase si había congruencia entre objetivos, necesidades y problemas, ya que se partió de un diagnostico de necesidades de la población.

Además los objetivos respondían no solo a las necesidades de las comunidades sino también a las necesidades e intereses de las ONGs y el MSPAS, sin embargo todos coincidían en que lo mas importante para mejorar las condiciones y calidad de vida de los habitantes de la zona norte era la aplicación de la APS, tomando como táctica fundamental el SILOS y abordando los problemas no solo desde los servicios. El proyecto partía de las necesidades y de los recursos existentes en las comunidades (escuelas,

recursos humanos, etc), el enfoque se basaba en las comunidades y en la gente, el Ministerio se basa en la oferta de los servicios

5.2 Utilización De Recursos

Los recursos humanos eran escasos e insuficientes, igual los medicamentos. No se disponía de un presupuesto, los fondos disponibles no alcanzaban para viáticos y se restringían solo para capacitaciones de líderes y muchas veces el equipo técnico debía resolver estos problemas a los que no encontraban salida, debiendo la comunidad trasladarse por sus propios medios a los eventos de capacitación

El SILOS no asignó recursos humanos, sino que aprovechó los ya existentes en las instituciones de salud de la zona; la capacidad técnica dependía de cada institución, pero el SILOS trató de influir para que se mejorara esta capacidad técnica.

Los Recursos Humanos eran asignados de acuerdo a su capacidad técnica. En el caso de OPS los consultores tenían mucha capacidad, en cambio en el Equipo Conductor del SILOS no había experiencia. La mayoría de las personas era la primera vez que trabajaban en una experiencia de esta naturaleza. Para resolver este problema, en el Equipo Conductor se formaron pequeños equipos de trabajo donde cada persona se ubicaba según su capacidad y experiencia sin tomar en cuenta su procedencia. Estas comisiones eran Comité de Saneamiento Ambiental, Finanzas, Comunicaciones y otras. En cuanto a la existencia de un Sistema de información, el SILOS no tiene uno propio. Si existe el del MSPAS; el SILOS elaboró un Sistema de Información Gerencial como producto de las planificaciones pero no se logró consolidar; consistía en dar seguimiento al Diagnóstico de Salud y se establecía por cada Municipio. La Base de Datos estaba en la sede de la OPS y se trataba de un Sistema de Información Interinstitucional.

Los mecanismos de información utilizados estaban a cargo de un Comité de Comunicaciones, que junto al equipo asesor de OPS diseñó un sistema ágil para mantener las comunicaciones entre Comunidades, ONG's, MSPAS, OPS y el donante holandés. Para ello se utilizaba las Asambleas Ordinarias del SILOS en donde se daba información del dinero, como había sido invertido y como se seguiría invirtiendo, aunque había aspectos no muy bien definidos.

Se realizaron algunas investigaciones operativas pequeñas en torno a la prevalencia de algunas patologías y sus intervenciones. La Universidad de El Salvador realizó un estudio de base sobre la Situación de Salud local (Diagnóstico de la Zona Norte) y un estudio sobre la incidencia de la comunicación social. No se logró concretar un estudio sobre Tuberculosis en el Hospital de Niños. Estas investigaciones fueron utilizadas para mejorar intervenciones ya que brindaron información actualizada y propia, permitiendo trabajar además en la priorización de necesidades de cada comunidad, surgiendo de allí los proyectos. También los estudios permitieron monitorear y evaluar los resultados del proyecto.

El ambiente de Trabajo en los Equipos del SILOS era cordial al inicio, pero a medida que el trabajo fue avanzando se fueron dando las confrontaciones principalmente en el comité conductor, convirtiendo el trabajo en reuniones tensas aunque se generaba mucha discusión y el centro era los intereses y necesidades de las comunidades.

Existía contradicciones principalmente entre el MSPAS y el resto de participantes, entre estos últimos no había ningún conflicto, se coincidía en los problemas de los Municipios pero la polémica surgía cuando el MSPAS quería retomar el poder de la conducción del SILOS e imponer sus propios planes y reglamentos.

Las relaciones personales entre los actores eran satisfactorias a pesar de los diferentes intereses que cada uno representaba; pero al surgir el conflicto con el MSPAS “fue como que explotara una bomba”. El MSPAS atacaba a las ONG’s y viceversa, polarizándose las respectivas posiciones.

5.3 Satisfacción De Usuarios

En cuanto al personal se observaba buena disposición y deseos de trabajar por la comunidad. El promotor de Salud era más responsable pero los promotores de las comunidades no recibían ningún reconocimiento ni por parte del SILOS ni por el MSPAS; no les daban oportunidad de participar

Siempre se pidió al Director de Salud que enviara personal con alto grado de colaboración ya que algunos no tenían paciencia y el trato a las personas era muy variable.

5.4 Análisis de Actividades

Las actividades trataron de acercar los servicios a la Comunidad, construyeron dispensarios que por problemas posteriores no equiparon, solo se proporcionó equipo a las parteras y hasta el momento los dispensarios permanecen abandonados.

6. Sostenibilidad

6.1. Capacidades Locales

En cuanto a si los recursos locales son suficientes para continuar el trabajo se encontró que todavía falta madurez en asumir la responsabilidad por las Instituciones que se encuentran a escala local, así como del apoyo del nivel gubernamental para mantener y fortalecer el proceso. En el MSPAS tal como se tienen centralizados, no podrían continuar el trabajo y las comunidades no están en capacidad para autofinanciar necesidades básicas de salud encontradas en el diagnóstico, sobrepasando el financiamiento que tenía el SILOS.

Las acciones desarrolladas por el SILOS han sido continuadas por las ONG'S, los promotores siguen monitoreando algunas actividades como el uso y mantenimiento de las letrinas

La comunidad por si misma no cuenta con los recursos suficientes para lograr su salud; la economía de la mayoría de la población es de subsistencia diaria, aproximadamente el 70% de la población de la zona tiene bajos ingresos y hay un alto porcentaje de personas desempleadas, no hay empleos que garanticen salarios reales a las perspectivas de la comunidad, lo que no permitiría el poder financiarse las mejoras necesarias para vivir saludables.

La continuidad de las actividades podría garantizarse con los conocimientos adquiridos por los promotores y líderes de la comunidad, las Herramientas básicas para hacerlo y los

mecanismos que crearon las Comunidades del SILOS podrían ayudar, pero la limitante mas fuerte es el recurso financiero a pesar del acompañamiento de las ONGs y el apoyo de capital externo.

Puede visualizarse que aún no se ha desarrollado la capacidad de asumir y hacer suyas las obras. Ej. El caso de las letrinas, en que la gente se comprometió a darle mantenimiento, pero siempre se necesita dinero para darle continuidad y no lo tienen, Ej. El proyecto de abono orgánico para el cual no hay refinanciamiento y la comunidad tiene capacidad técnica.

Las capacidades técnicas de las comunidades no se pudieron lograr con las capacitaciones, algunas solo lograron obtener escasa capacidad organizativa; aún así, en 1985 funcionó sin mayores recursos solo con capital humano: Parteras, promotores, que eran apoyados localmente, cobraban importancia los proyectos con recursos pequeños, probablemente con el acompañamiento de las instituciones si es posible que se le dé continuidad a las actividades de salud.

La comunidad no está preparada, ya que existe un alto grado de analfabetismo y un bajo nivel de escolaridad por ello deben capacitarse y formarse en que significado tiene la estrategia de SILOS y la descentralización en los procesos de Reforma

Los promotores están formados solo en lo curativo para hacer las cosas mecánicamente, Falta trabajar mucho no solo prevención y promoción de la Salud, sino también gestión y administración de fondos.

El proyecto de SILOS de la zona norte fue cuestionado en varios aspectos por el nivel gubernamental llegándose a considerar en 1995 la decisión de suspenderlo en forma definitiva; Sin embargo se logró seguir adelante al demostrarse la adecuada gestión y el valioso aporte para la descentralización y participación de la sociedad en la construcción de su propia salud, dando origen al 2º proyecto de Holanda.

Hubo problemas de gestión cuando se redujo la cooperación externa después de finalizado el conflicto entre MSPAS y el resto de actores sociales.

Como consecuencia de lo anterior, los niveles de participación eran débiles, no hubo el apoyo necesario, la dinámica del financiamiento se desarrollo hacia la gestión de proyectos.

El MSPAS trabajaba en función de su presupuesto, prácticamente obligaba a trabajar para las unidades de salud, OPS dependía del cooperante holandés para la continuidad del proyecto, en el ámbito de las ONG's trabajaban sobre la base de proyectos específicos que muchas veces no correspondían a los problemas y necesidades.

Hubieron problemas de gestión, la evaluación de los Holandeses puso en problemas la posición del MSPAS, quienes no aceptaron la evaluación y llegaron a plantear que mejor no aceptaban el proyecto y se llevaran el dinero. La crisis principal se dio en marzo y octubre de 1996. Comenzaron a llegar órdenes confusas del Ministro de Salud que no dejaba claro si sus funcionarios podían o no asistir a las reuniones.

El MSPAS fue un problema. En un inicio la OPS coincidía mucho con el sentir y pensar de la comunidad. Otro problema era los financiamientos externos ya que si no se les respondía retenían y congelaban los fondos, esto generaba especulaciones y desconfianza ya que hubo pérdida de dinero en la zona, lo cual motivó que se congelaran los fondos; cada institución gestionó por su cuenta y al llegar la crisis los problemas se discutieron y se llegó a una situación irrespetuosa muy fuerte. Los Directores de las Unidades de Salud dejaron de asistir por órdenes de las autoridades superiores.

La Forma en que se resolvieron los anteriores problemas de gestión interna fue creando mecanismos que propiciaran la participación y movilización de recursos locales, con la presencia de las ONG's gestionando proyectos pequeños en las Alcaldías para lograr mantener el proyecto en la zona.

Otra forma fue mantener el nivel de organización ayudando a movilizar recursos; también a nivel del Comité Conductor se trataba de negociar y solventar las necesidades, pero por

problemas de choque de intereses no se lograba, aunque cuando había problemas se discutían tratando de llegar a un consenso.

Las comunidades estaban muy entusiasmadas con las actividades del SILOS lo que ha hecho que se siga desarrollando pero hoy con un enfoque médico.

En cuanto a la apropiación local de los autores involucrados se encontró que todos los actores han crecido y se han fortalecido con la experiencia, pero ha faltado mayor protagonismo y empoderamiento en todo el proceso; cada actor social participaba en los proyectos según su especialidad, por ejemplo ACISAM trabajaba mucho en sicología para prevenir la violencia intrafamiliar.

La gente de las comunidades sentía que el SILOS era de ellos y reaccionaron de manera furiosa cuando se iba a retirar el proyecto por parte de Holanda (1996) En respuesta, se organizaron y mandaron cartas al donante y al Ministro de Salud y esto hizo que en Marzo y Junio de 1998 viniera una misión conformada por OPS Washington, la Cooperación Holandesa y el mismo MSPAS a evaluar la continuidad del proyecto.

6.2. Alianzas

Las Organizaciones que participaban en el desarrollo del SILOS eran ONG's (PRÓVIDA, ACISAM, ADEMUSA, ASPS, FUNSALPRODESE y UCRES), el MSPAS, el ISSS, el Ministerio de Educación, ANDA, las Comunidades con sus directivos comunales y Comités.

La participación de las organizaciones populares, MSPAS y ONG's fue de mucha importancia ya que permitió integrar recursos, hacer diferentes intervenciones y asumir responsabilidades compartidas; Esta experiencia de trabajo es ideal, pero en el devenir del SILOS faltó la decisión política para este trabajo integrado y luego hubo Instituciones y Organizaciones que limitaron su protagonismo evitando la consolidación de las acciones y una mejor respuesta.

La relación con el MSPAS solo fue a nivel de autoridades locales conformando un gremio paralelo en el desarrollo del SILOS.

La importancia de estas alianzas radicó en que se desarrolló actividades comunitarias con otras instituciones especializadas como vivienda, producción, educación y otras para la producción de la salud; en estas actividades cada uno de los actores sociales tenía una experiencia acumulada que se potenció haciendo un enfoque integral de la salud. Se participó en aumentar la cobertura de letrinas domiciliarias, obtención de agua segura para el consumo humano, inmunizaciones, capacitaciones comunitarias en problemas específicos, desarrollo del Programa Materno Infantil, mejoramiento de caminos vecinales, saneamiento básico (reciclaje de basuras), apoyo a la agro-industria y mejoramiento de la infraestructura de salud.

Se realizaron actividades con cooperativas y organismos de cooperación social como FEDECOOPADES.

Para el desarrollo de todas estas actividades se intentó coordinación con las Alcaldías pero no se logró en todos los Municipios.

Los factores que facilitaron el desarrollo de las anteriores actividades con otros organismos fueron: La existencia de fondos externos, el rol asesor de OPS, el contexto de paz (Acuerdos) entre gobierno y FMLN, el establecimiento del Comité Conductor que se reunía semanalmente, la existencia de la "Casa del SILOS", los Comités Intersectoriales, la existencia de un Centro de Información, la disposición de las Autoridades Locales y necesidades emergentes que se presentaron como la epidemia del Cólera y el Mitch que llevaron a trabajar integradamente al equipo.

Los factores limitantes fueron el activismo político de unos grupos, la falta de liderazgo, la centralización institucional, la inexperiencia de los equipos con relación al desarrollo del SILOS, la falta de disposiciones legales, la no definición territorial de cada organismo, el temor de los participantes a ganarse en el desarrollo de los proyectos, la desconfianza política de las Unidades de Salud, la falta de voluntad política y apoyo del Ministerio de Salud, el desconocimiento del proyecto por escuelas y PNC, el fracaso de las coordinaciones con algunas Alcaldías, la falta de concreción de contactos con otros

cooperantes, el monto del financiamiento, los problemas de logística, la no aprobación de la personería jurídica del SILOS.

La apropiación del SILOS desarrollada por los actores involucrados fue mayormente por la comunidad y ONG's, no así por el MSPAS.

6.3. Viabilidad Técnica

Los Recursos humanos fueron capacitados en:

- *Equipo Conductor del SILOS*: Organización y base jurídica, planificación y participación intersectorial, metodología del marco lógico para la elaboración de proyectos, gerencia descentralizada, liderazgo, análisis de la Situación de Salud, epidemiología y Programa Materno Infantil.
- *Agentes Comunitarios de Salud* (Parteras, Promotores y Colaboradores voluntarios): Atención Primaria en Salud, Organización Comunitaria, Programación Local, Planificación, Enfermedades mas frecuentes en la zona, Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, Violencia intrafamiliar y Relaciones Humanas. Esta capacitación fue mas completa para los Promotores iniciando con el Diagnóstico de salud de la Comunidad hasta como desarrollar acciones de promoción de la salud. Se les capacitó en menor medida en la identificación de problemas y en la elaboración de planes operativos.

6.4. Formas De Financiamiento

Las fuentes financieras del SILOS fueron:

1. Aporte del Gobierno Holandés a través de OPS el cual financiaba el 80% de las actividades
2. La Comunidad que aportaba un 5%, generalmente con trabajo de ayuda mutua para proyectos como las letrinas, dispensarios médicos etc. Donde además los terrenos eran donados por los habitantes.
3. Otras instituciones que aportaban un 15% con Recursos Humanos, Materiales y gerenciales (aquí se incluyen las ONG's y otras, por ejemplo el Plan 20-30 y PLANSABAR que financiaron la construcción de pozos artesanos y la instalación de bombas Mark II, y el PCUT que financió la construcción de Letrinas)

4. El presupuesto que el MSPAS asignaba a la zona.

Las actividades financiadas con fondos externos estaban contempladas bajo la estrategia de APS y “venían con nombre y apellido”. Las actividades que no cubrían estos montos eran financiadas por las Alcaldías a través de materiales, transporte e insumos, por ejemplo la Alcaldía de El Paisnal organizó un seminario sobre el Día de la Salud que fue una iniciativa local organizada con recursos propios.

6.5. Viabilidad Financiera

Los criterios del donante para que el financiamiento se ejecutara fueron:

- Que hubiera participación activa de los actores de la Sociedad Civil con y de los diferentes sectores sociales de cada Municipio
- Que el manejo administrativo y el apoyo técnico lo diera OPS
- Que se elaborara un plan operativo anual con planes de acción y presupuesto basados en el marco conceptual del proyecto
- Qué las comunidades fueran del área rural y muy pobres, lejanas a los servicios de salud, sin personal local capacitado ni estructura básica de salud (En teoría se tenía como criterios de elegibilidad las comunidades desprotegidas pero en la práctica cada institución decidía donde actuar.)
- Que fuera un proyecto piloto de descentralización y un aporte inicial para la Reforma del Sector Salud
- La no-politización del proyecto

Por su parte el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social puso como criterios decidir:

- El modelo de atención
- La forma de ejecución de los fondos

Las acciones que ha realizado el SILOS para disminuir la dependencia de fondos externos han sido Venta de servicios, Creación de fondos rotativos para venta de medicamentos y para consultas, mayor involucramiento de las comunidades para su propio desarrollo, mayor movilización de Recursos Humanos y Financieros, búsqueda de mecanismos de cooperación (en este sentido se hicieron gestiones con la embajada de

Holanda en Costa Rica, porque como ONG's no se podían hacer convenios ya que estos son bilaterales y se coarta el financiamiento hacia las instituciones que no son gubernamentales, además se intentó la subcontratación de ONG's pero no se concretó.

Al final no hay una definición de política gubernamental derivada hacia el soporte del proyecto y la movilización de los recursos no se logró. Prueba de ello es que ahora el SILOS es mas débil que antes.

Los mecanismos de financiamiento del SILOS Norte fueron:

- Derivación de fondos por año de acuerdo al estado de avance y descripción de actividades desarrolladas en función de los resultados esperados.
- Hacer pasar cualquier fondo a través del MSPAS
- OPS debería entregar reportes administrativos y evaluaciones semestrales del avance del proyecto
- Para los desembolsos la comunidad enviaba al Comité Conductor sus necesidades y solicitudes (proyectos), quien a su vez los remitía al nivel central de OPS.
- La Comunidad también podía hacer contrataciones locales para acciones concretas, ej. Construcción de calles. Los fondos invertidos así, eran liquidados ante el Comité Conductor y OPS con sus respectivos comprobantes.

Para la ejecución de los planes de desarrollo del SILOS existieron limitaciones financieras para lo cual no se dispuso de una cultura de resolverlas a través de otras fuentes, no realizando proyectos consensuados con la Comunidad, movimientos sociales, ONG's y Alcaldías.

Aunque OPS apoyó fuertemente al MSPAS la dependencia financiera era hacia el gobierno de Holanda, no obstante hubo otros cooperantes que realizaron acciones puntuales hasta 1994.

El Problema financiero se dio especialmente en aquellas actividades que no estaban contempladas en los rubros del SILOS por ejemplo mejoramiento de caminos, infraestructura básica, cobertura de letrinas, etc.

A finales de 1995 había mas fondos para ejecutar y el SILOS iba hacia su 2ª Fase, pero el MSPAS cuestionó la forma de desembolso de los fondos llevando a un conflicto.

Ante estos problemas se buscó el apoyo de otros organismos para diversificar las fuentes de financiamiento. Al final, el SILOS aportó un 30% y el resto provino de otras fuentes.

V. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, las situaciones particulares del **contexto** en el que se creó el SILOS fueron muy importantes para el desarrollo de éste, a pesar de que la situación política, económica y social de todo el territorio nacional era sumamente compleja y conflictiva.

Entre estas particularidades destacan que en la Zona Norte de San Salvador ya existía una cultura organizativa y alguna experiencia participativa de manera que la firma de los acuerdos de paz y la búsqueda de espacios de concertación para consolidarla abonó el camino para que el SILOS fuera uno de estos espacios en el que comunidades fuertemente golpeadas por la guerra y los problemas sociales de la post-guerra, protagonizaran procesos innovadores y gestaran alianzas con múltiples actores mas allá del sector salud. La importante presencia del cooperante Holandés que condicionaba los fondos a una auténtica participación y la influencia de OPS que en ese período apoyaba el desarrollo de SILOS como política institucional fueron factores externos relevantes que también estimularon este desarrollo.

Los diferentes actores vieron al SILOS como una oportunidad: el GOES/MSPAS para fortalecer su imagen concertadora a nivel nacional e internacional, aumentar la cobertura sanitaria y recuperar presencia en zonas conflictivas con las que había perdido contacto; las Comunidades una oportunidad para satisfacer sus necesidades y dar salida a sus aspiraciones de construir su futuro; las ONG´s y el Movimiento Social para incrementar su influencia en la población y tener presencia ante el GOES /MSPAS; la OPS para poner en práctica una política institucional (APS, SILOS), administrar una cantidad importante de fondos y asumir en un territorio altamente politizado y plagado de desconfianza, un liderazgo concertador a través de su asesoría en salud.

En el proceso de construcción de la salud el SILOS Norte desarrolló un **proceso participativo** en la línea de Alma Ata tendiente a la autodeterminación individual y comunitaria en la planificación, operación y control en la salud, cuyos factores facilitadores fueron fundamentalmente el tejido social y organizativo ya citado que existía al momento de iniciarse la experiencia.

El SILOS posibilitó la participación con mecanismos organizativos de conducción y control como el Comité Conductor, los Comités intersectoriales, de finanzas y otros que se sumaron a la organización comunitaria existente que coordinaban con entidades gubernamentales y sobre todo no gubernamentales, para resolver los problemas de salud.

Diferentes procesos participativos que día a día crecían en calidad y abrían campo a nuevos procesos de la misma índole, se gestaron en el seno de los espacios de trabajo conjunto que abrió el SILOS: el diagnóstico participativo y la identificación colectiva de necesidades dio paso a la Priorización y a la planificación local también con una elevada participación intersectorial. Estos a su vez sentaron las bases para la ejecución conjunta y supervisión mutuas. Todo era acompañado de un deliberado proceso educativo orientado a fortalecer la organización comunitaria y a desarrollar en todos los actores, pero especialmente en las comunidades, la habilidad de cualificar su participación.

La practica participativa desarrollada por las comunidades consistía en la discusión, análisis y toma de decisiones en la solución de la problemática de salud. Este enfoque era mas avanzado y contrastaba con el enfoque de participación empleado por el Ministerio que era mas restrictivo. Para el MSPAS, la población debía participar en la demanda de servicios y en el aporte de mano de obra para la ejecución de las acciones. Según esta concepción no corresponde a la comunidad participar en la definición de aspectos trascendentales, como el diseño de políticas publicas de salud, el control del financiamiento de las acciones, el establecimiento de prioridades y la auditoria de lo realizado. De fondo había entre otras cosas el temor a compartir el poder político y técnico.

Es interesante observar el entusiasmo con que los diferentes actores ejecutaron los programas impulsados en los que se refleja el **abordaje integral e intersectorial** en las diferentes actividades orientadas a enfrentar o modificar los diversos determinantes de la salud. Entidades que hasta el momento hacían acciones dispersas y descoordinadas con la misma población se vieron cohesionadas en el común esfuerzo de la construcción de la salud. Los Ministerios de Salud y Educación, Instituciones autónomas como CEL, ANTEL, CEPA, y otras que no tenían con la Comunidad mas vínculos que el cobro por sus servicios se vieron involucrados con otros actores como los Gobiernos locales, la Iglesia,

las ONG's y las organizaciones del movimiento social. Poco a poco toda la zona se vio involucrada en una experiencia que movilizó en un esfuerzo compartido sin precedentes a una cantidad de recursos de todo tipo (organizativos, financieros, técnicos, comunitarios, gubernamentales, locales, nacionales, internacionales) en la construcción de la Salud.

Estos esfuerzos se correspondían con lo planteado en la Declaración de Alma Ata: "La APS compromete, además del sector salud todos los sectores y aspectos relacionados del desarrollo nacional y de la comunidad, especialmente Agricultura, alimentación, Industria, Educación, Vivienda, Comunicaciones y otros sectores y demanda el esfuerzo coordinado de todos estos sectores" (Declaración de Alma Ata, VII, 4.)

En el proceso de desarrollo y a medida que las comunidades pugnaban por formas mas avanzadas de participación y control en la toma de decisiones y elaboración de políticas públicas que actuaran mas efectivamente sobre las determinantes de la salud, los intereses afectados y otros factores limitantes fueron adquiriendo cada vez mas peso, entre ellos destacaban la falta de cultura institucional para aceptar la participación comunitaria abierta y democráticamente, el modelo de atención biomédico que centraba acciones en los establecimientos, la no preparación de funcionarios y técnicos para los procesos de descentralización y la ausencia de un marco jurídico legal que sustentara el proceso.

La deliberada ausencia de instancias gubernamentales reflejaron en el SILOS la incongruencia de muchos planteamientos gubernamentales en el nivel nacional. Por ejemplo la propaganda gubernamental de llevar agua segura a la población y el abandono del SILOS por ANDA. Los programas de Escuelas Saludables y el abandono por el MINED de un esfuerzo a todas luces mas integral y de mayor impacto que su programa.

El esfuerzo participativo y el abordaje intersectorial condujeron a la búsqueda de la Equidad, pero **Equidad en Salud** no se refiere solamente al acceso a la atención de salud en los establecimientos, sino a distribución de recursos, ingresos, ambientes saludables, oportunidades, poder y participación en otras palabras exposición a iguales oportunidades para ser saludables y reproducir salud. En este sentido, el SILOS desde sus inicios abordó la Equidad reconociendo las desigualdades existentes en los grupos poblacionales

de la zona, orientando sus programas y actividades a toda la población, haciendo énfasis en aquellas comunidades y grupos sociales que habían sido identificados como postergados.

En este proceso fue fundamental el desarrollo de capacidades organizativas y propositivas locales que facilitaron el aprovechamiento de los espacios de participación y análisis creados para la toma de decisiones y distribución de recursos.

Siempre en la búsqueda de la equidad, el SILOS hizo un importante aporte en el mejoramiento del ambiente físico de las familias y comunidades generando ambientes mas saludables. La infraestructura en salud fue diseñada y ejecutada para que las comunidades identificadas con mayores dificultades pudieran tener acceso a los servicios de salud. El constante contacto con los pobladores planteando sus necesidades y problemas hizo que algunos de los gobiernos locales y funcionarios locales del MSPAS se concientizaran de las necesidades de salud de sus poblaciones y para resolverlos crearon instancias que con un abordaje integral impulsaron programas orientados a reducir las disparidades locales detectadas.

El SILOS desarrolló sus acciones tratando constantemente de mejorar la **calidad** de las mismas. Para analizar esta calidad es importante ligar la concepción de calidad a la de salud. Si por esta última entendemos solamente la prestación de servicios de salud en los establecimientos de salud, el concepto de calidad se ve reducido a la Calidad de la atención. Si por el contrario, como hemos planteado antes, salud es el producto de múltiples determinantes y por tanto de las actividades para modificarlas exitosamente por todos los actores, el concepto de calidad en salud debe identificar y analizar tanto las deficiencias en el abordaje de los problemas de salud como el proceso de construcción de la salud en un espacio geo-poblacional determinado.

En el SILOS de la Zona Norte la calidad de sus acciones se puso de manifiesto en el diseño de intervenciones acordes a las necesidades reales y la resolución de la problemática de salud a través de la ejecución de proyectos concretos.

Cuando se inició el SILOS no existía un sistema de información gerencial propio que permitiera monitorear el desarrollo de las actividades, por lo tanto se creó uno, y se generaron mecanismos de información hacia las comunidades a través del tejido social y organizativo que permitieron difundir y fortalecer las acciones tendientes a mejorar la salud.

Para mejorar la calidad de las acciones se desarrollaron diversas investigaciones principalmente de tipo diagnóstico, generando información actualizada y propia y fortaleciendo con ello la pertinencia y la calidad de las intervenciones en salud que se diseñaban.

Los recursos humanos desempeñaron un papel clave ya que fueron los generadores de las respuestas concretas a los problemas de salud. Esto dependía de su capacidad técnica y humana. En el SILOS norte los recursos humanos eran escasos e insuficientes, dificultando el abordaje integral de los problemas; Sin embargo estos recursos humanos locales eran de una elevada calidad ya que habían sido capacitados y trabajado durante 8 a 10 años en diferentes áreas de la salud pública y contaban con el reconocimiento de la población, tanto por su capacidad como por la experiencia desarrollada.

Para potenciar el uso de los recursos cada institución aportó desde su capacidad, aunando esfuerzos y aumentando la cobertura.

A fin de que las intervenciones en salud perduraran, el SILOS facilitó que los actores sociales de la zona desarrollaran algunos elementos de **sostenibilidad** de las acciones como la capacidad de hacer alianzas para potenciar los recursos humanos, materiales y financieros secundaria a la amplia convocatoria y la respuesta participativa en las estructuras organizativas del SILOS. Hubieron limitantes para que las alianzas logaran su propósito a cabalidad, como el activismo político y el poder centralizado del MSPAS, entorpeciendo con ello el desarrollo efectivo del proyecto; otra limitante de mucha importancia fue la no-aprobación del marco jurídico del SILOS, coartando la autonomía local en todo el proceso.

En cuanto a la viabilidad técnica existía mucha capacidad en los recursos humanos que conformaban al SILOS, de modo que aunque en un inicio existía inexperiencia en los equipos locales, estos fueron fortalecidos con capacitaciones según su ámbito de acción. Así, los miembros del equipo conductor desarrollaron habilidades en planificación, organización, metodología y gerencia del SILOS, así como en la elaboración de proyectos y liderazgo; a los agentes comunitarios de salud se les fortalecieron sus capacidades para el desarrollo de acciones en salud en el marco de la Atención Primaria, permitiéndoles desarrollar acciones en el ámbito curativo y de promoción de la salud. Esta capacidad local se puso a prueba en 1995 cuando los líderes y promotores de salud mantuvieron el desarrollo de las actividades en la comunidad y enfrentaron una epidemia nacional de cólera mientras se resolvía el conflicto entre MSPAS, ONGs y OPS.

También abonó a la sostenibilidad la apropiación local de la experiencia. La comunidad la había hecho suya y la defendía en forma organizada, aunque faltó mayor protagonismo y empoderamiento por el resto de actores sociales.

Existían comités de finanzas que determinaban el uso y manejo del dinero y para facilitar la ejecución de los fondos se establecieron mecanismos de financiamiento en los cuales era el Comité Conductor quien a partir de las necesidades expresadas por la comunidad decidía los desembolsos, como requisito para esto OPS como organismo asesor entregaba reportes administrativos y evaluaciones semestrales del avance del proyecto.

En la ejecución de los planes del SILOS existieron también limitaciones financieras, ya que los montos aprobados por el donante no cubrían en su totalidad los costos de los proyectos derivados de los problemas y necesidades identificados por la comunidad y aunque hubo un fuerte apoyo financiero de la OPS, la mayor dependencia económica era del donante extranjero, dejando fuera la resolución de problemas, especialmente de aquellas actividades no contempladas en el SILOS.

A pesar de los esfuerzos de los actores en pro de la sostenibilidad de las acciones del SILOS el componente de la viabilidad financiera se vio debilitado por la falta de apoyo político del MSPAS que no asignó presupuesto o fondos estatales ni lo adoptó como una alternativa viable para la descentralización del Sistema.

Por otra parte el impacto que en el mismo contexto generó el accionar integral contra los múltiples determinantes de la salud, afectando poderosos intereses económicos y políticos y el enfrentamiento con el modelo biomédico, hizo que las instituciones estatales se retiraran y que el MSPAS revirtiera el apoyo político, obligando a OPS y a la Cooperación holandesa a cambiar el enfoque original del SILOS.

Las medidas de estabilización macroeconómica derivadas de las políticas de Estabilización y Ajuste Estructural exigidas por los Bancos, fueron factores externos que incidieron en esta segunda etapa en que la sostenibilidad, sobretudo financiera del SILOS pasaba necesariamente por una mayor inversión social del estado y la promulgación de un marco legal.

Adicionalmente, el incipiente planteamiento de Reforma de Salud excluyó al SILOS como una alternativa nacional para la solución de las necesidades de salud de la población en el marco de la promoción de la salud y planteó una opción centrada en los establecimientos: Los Sistemas Sanitarios, con hegemonía del MSPAS y con espacios muy limitados para la participación y el trabajo intersectorial.

Este esfuerzo se vio limitado porque los actores que tenían a su cargo las decisiones para continuarlo y reproducirlo percibieron una amenaza por el creciente protagonismo y el nivel de exigencia de las organizaciones comunitarias. La relación Alcaldías – SILOS era observada también con mucha suspicacia ya que la presencia y participación se correspondía con la representación comunitaria en las estructuras municipales de desarrollo fortaleciéndose mutuamente y gestando una nueva manera de gobernar. Los primeros en retirarse fueron las instancias gubernamentales como el MINED y las autónomas como el ISSS, ANDA, CEL y otros.

En este contexto el Ministro dictó una serie de medidas que generaron un profundo conflicto que trascendió el ámbito nacional (Retiro del representante nacional de OPS, destitución del oficial del proyecto designado por OPS, retiro del referente técnico holandés asignado al proyecto, retiro de los funcionarios locales del MSPAS de las instancias organizativas intersectoriales y otras).

Finalmente, de los 10 aspectos básicos citados por Paganini como fundamentales en su libro *Los Sistemas Locales en Salud*, los más desarrollados por el SILOS Norte en el período de 1992 a 1997 fueron la desconcentración, la participación social, la intersectorialidad, el modelo de atención, la integración de los programas de prevención y control, la capacidad de la fuerza de trabajo en salud, el esfuerzo de la capacidad administrativa (para el caso del equipo conductor) y la investigación. Los no desarrollados fueron: la reorganización del nivel central y la descentralización, estos últimos eran vitales para que el SILOS obtuviera financiamiento estatal y se replicara en otras zonas del país.

VI. CONCLUSIONES

Recapitulando el análisis realizado sobre la relevancia de la experiencia desarrollada por el SILOS de la Zona Norte en la construcción de la Salud en El Salvador, se arriba a las conclusiones que se exponen a continuación:

1. El proceso se vio favorecido por la apertura de espacios democráticos y el ambiente de concertación que existía en la sociedad con posterioridad a los acuerdos de paz, por la experiencia organizativa que ya habían desarrollado los actores sociales en el nivel local y por el interés de la OPS y de la cooperación Holandesa de aplicar la estrategia de Atención Primaria en Salud; Sin embargo hubo aspectos del contexto que también limitaron su desarrollo tales como: La persistencia de posiciones conservadoras en el sector gubernamental y la pobre inversión social como consecuencia de las exigencias de los programas de estabilización y ajuste estructural.
2. Además de definir dentro de su estrategia la necesidad de la participación y los contenidos de la misma, se desarrolló un proceso participativo que inició con formas sencillas como la ejecución de acciones conjuntas y aporte de materiales por parte de los actores involucrados (MSPAS, ONG's Comunidades y Gobiernos Locales) y avanzó progresiva y sostenidamente hacia formas mas complejas de participación como la toma de decisiones y la evaluación de lo realizado.
3. Se desarrollaron en los actores locales mecanismos y capacidades para la participación, fortaleciendo, estimulando y replicando las instancias organizativas comunitarias ya existentes y creando instancias adicionales de conducción en el ámbito local, municipal y regional. El SILOS capacitó a los actores en todas estas instancias a fin de cualificar y acrecentar su participación.
4. En el campo de la intersectorialidad se crearon instancias de trabajo conjunto, diseño y ejecución de diferentes actividades orientadas a modificar las determinantes de la salud, mediante programas de atención a diferentes grupos poblacionales de riesgo y de la población en general, en campos que iban mas allá del sector salud, como medio ambiente, educación, caminos, infraestructura y otros; Involucrando a los actores

relacionados con estos determinantes, que hasta ese momento realizaban con las mismas comunidades, acciones dispersas y descoordinadas.

5. En la búsqueda de la equidad, el SILOS reconoció desde sus inicios las desigualdades existentes en los grupos poblacionales de la zona, debido a lo cual si bien orientó sus programas y actividades a toda la población, hizo énfasis en aquellos grupos sociales que habían sido identificados como postergados; además hizo un aporte importante en el ambiente físico de las familias y comunidades, generando ambientes mas saludables; la infraestructura en salud fue diseñada y ejecutada para que las comunidades identificadas con mayores dificultades pudieran tener acceso a los servicios de salud; en este proceso de búsqueda de la equidad también se concientizaron los gobiernos y funcionarios locales del MSPAS, quienes impulsaron acciones orientadas a la disminución de las disparidades detectadas.
6. Para contribuir a la sostenibilidad de las acciones, el SILOS fortaleció la capacidad organizativa existente y la reprodujo en las zonas donde no la había; logró que la población se apropiara de la estrategia de APS; optimizó los recursos locales y los movilizó por la cooperación externa; capacitó e incorporó a los actores locales. Además desarrolló la capacidad de concertar alianzas entre actores importantes para enfrentar las determinantes de la salud.
7. La calidad en salud desarrollada por el SILOS se expresó en respuestas inmediatas y pertinentes a las necesidades y problemas identificadas por la comunidad mediante la ejecución de proyectos específicos. Estas respuestas a las necesidades de salud se vieron potenciadas y cualificadas porque cada institución participante y las comunidades aportaron sus recursos humanos con mayor capacidad técnica y valiosa experiencia acumulada en salud comunitaria. Adicionalmente el SILOS desarrolló investigaciones que aportaron información actualizada y propia que permitieron mejorar las intervenciones en salud. El SILOS también creó un Sistema de Información Interinstitucional propio apoyándose en él y en el andamiaje organizativo comunitario para difundir y fortalecer las acciones tendientes a mejorar la salud.

VII. RECOMENDACIONES

1. Promover la integración de una red de experiencias participativas como la desarrollada en el SILOS Norte de San Salvador, a fin de intercambiar experiencias, apoyarse mutuamente e incentivar la coordinación de esfuerzos y la búsqueda de nuevos desarrollos.
2. Diseñar esquemas de evaluación aplicables en todos los niveles del sector salud que permitan evaluar y conocer el impacto del desarrollo de las acciones contempladas en el Programa de Participación Social y Comunitaria que se defina en el proceso de Reforma de Salud actualmente en debate.
3. Retomar la participación comunitaria y la de los demás actores de los diferentes sectores en las instancias intersectoriales que el SILOS creó, proporcionándoles el marco legal necesario para garantizar la participación y su sostenibilidad, a fin de que las actividades intersectoriales se vean nuevamente reflejadas en la Integralidad de las acciones sobre los determinantes de la salud.
4. Promover la investigación y el análisis de las disparidades (inequidades) en salud, sus causas y manifestaciones a fin de identificar las determinantes mas relevantes y susceptibles de ser enfrentadas, así como para propiciar los necesarios espacios y mecanismos de concertación.
5. Apoyar a los actores locales para buscar espacios de difusión de la experiencia del SILOS, así como sistematizar y publicar los aspectos mas relevantes de la misma, a fin de que sirvan de modelo a otras comunidades y contribuya significativamente en el proceso actual de diseño de la Reforma de Salud, especialmente en los aspectos mas relevantes de su accionar: Participación, Trabajo intersectorial e Integralidad de sus programas y actividades sobre las determinantes de la salud.
6. Profundizar en estudios de calidad, de tal manera que a partir de sus resultados se pueda readecuar el accionar del SILOS; Aprovechar la capacidad técnica y organizativa de los agentes comunitarios de salud de las comunidades, para fortalecer el actual SILOS.

VIII. LECCIONES APRENDIDAS

1. Para obtener el máximo beneficio de iniciativas como ésta, es fundamental documentar la experiencia adquirida en su proceso de desarrollo
2. Cuando se polarizan políticamente los procesos, se pierde objetividad y se estanca el desarrollo de las iniciativas
3. Es importante la participación social en todo el proceso de desarrollo de la experiencia desde el inicio del mismo
4. Es necesario contemplar siempre un marco jurídico legal que respalde y contribuya a la sostenibilidad de los procesos relevantes para la construcción de la salud
5. Para garantizar el éxito de experiencias de esta naturaleza es necesario desarrollar en los actores involucrados capacidad de negociación y concertación
6. El financiamiento externo es especialmente valioso cuando se trata de experiencias innovadoras, pero el estado y demás actores que se involucran deberían adquirir compromisos claros para transformar estos procesos en políticas de estado y asignarles el financiamiento necesario, cuando se demuestra su relevancia para la construcción de la salud.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (serie "Salud para Todos", N° 1).
2. ANSAL, Análisis del Sector Salud en El Salvador, "*La Reforma de Salud hacia su equidad y Eficiencia*", Síntesis Ejecutiva, Pág. 15 y 16, San Salvador, Mayo 1994
3. Caballero, Lily: *La Reforma de Salud: entre la descentralización y la privatización*. FUNDE. Avances No. 6. Pág. 73. San Salvador. Febrero de 1995.
4. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional en Promoción de la Salud.
5. Consejo Directivo del SILOS Zona Norte. Plan Anual de Trabajo. 1993
6. Copenhague, Organización Mundial de la Salud. 17-26 de Noviembre, 1986.
7. David Seedhouse *Reforming Health Care. The Philosophy and Practice of International Health Reform*.
8. Bustelo, Eduardo S.: *La Producción del Estado de Malestar en Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. 1992. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos)
9. Equipos de investigación de Nicaragua, Nijmegen, Bélgica y El Salvador Documento del Proyecto "Rescate de Experiencias Locales en

Nicaragua y El Salvador, para el proceso de Reforma de Salud período 1980 – 1995”.

10. Evans, Trevor. *La Transformación neoliberal del sector público. Ajuste estructural y sector público en Centroamérica y el Caribe*. 1ª Edición, CRIES, Managua 1995.
11. *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1979 (Serie “Salud para Todos”, N° 2).
12. Frenk Mora, Julio y otros. *Salud y Derechos Humanos. Perspectivas en Salud Pública*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. 1995
13. Gómez Zamudio, Mauricio: *Teoría y Guía práctica para la Promoción de la Salud*. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal, Québec. 1998
14. González Jarquín. *Mortalidad Materna Hospitalaria del MSPAS*. Enero 1990-Diciembre 1995, Marzo 1996.
15. Laurell, Asa Cristina y Ruiz, Liliana. *¿Podemos garantizar el derecho a la salud?* Primera Edición, Editorial Autónoma Metropolitana, México 1996.
16. Laurell, Asa Cristina. *La Reforma de los Sistemas de Salud y de Seguridad Social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*. Documento de Trabajo 1ª Edición, México. 1995.
17. Los Procesos Nacionales de Reforma Sectorial. OPS

IX. ANEXOS

18. Macdonald John J., "Primary Health Care: Medicine in its place" Earthscan Publications, London, 1992.
19. Zurro, M. y Cano Pérez, J. F. *Atención Primaria de Salud*, España, 1997.
20. MINSA, AMUNIC, CIES, OPS/OMS. Municipios saludables: Una estrategia de promoción de la salud en el contexto local. Managua, Nicaragua, Julio 1997.
21. MSPAS, OPS/OMS. Gobierno de los países Bajos. Actividades cumplidas a partir de los acuerdos alcanzados en la reunión de revisión de la evaluación externa. 1998.
22. MSPAS, OPS/OMS. Gobierno de los países Bajos. Plan Operativo Anual. Proyecto para la consolidación del SILOS, Zona Norte de San Salvador, 1997.
23. MSPAS, OPS/OMS. Gobierno de los países Bajos. Proyecto para la consolidación del SILOS, Zona Norte de San Salvador, 1997.
24. MSPAS: "La Salud de El Salvador: Visión de Futuro". San Salvador, ES. Octubre 1996. Pg. 1.
25. OPS, programa marco de la atención al medio para los sistemas locales de salud en las Américas, Washinton, abril 1992
26. Paganini José María y Capote Mir Roberto. Los sistemas Locales de Salud. Conceptos, métodos y experiencias, OPS, pag 13, Washinton, 1990.

27. Rescate de las practicas de Salud en las Zonas conflictivas durante el período 1980-1990. Grupo GIDRHUS, OPS.
28. Rifkin, Susan . "Primary Health Care: on measuring participation"
29. Rubio, Roberto, Aguilar, Víctor y Arriola Joaquín: "Crecimiento estéril o desarrollo. FUNDE. San Salvador. Mayo 1996.
30. Tilford Tones. *Health Education. Effectiveness and Efficiency*.1990. Citado por John J. Macdonald en *Primary Health Care, medicine in its place*. Earthscan Publications. Londres 1992.
31. Ugalde, Antonio y Jeffrey Jackson: *Las Política de Salud del BM: Una revisión crítica*, Cuadernos Médico-Sociales, Mayo 1998, Rosario Argentina. Citado en *¿Con qué Pluma se está escribiendo la Reforma de Salud?* Memoria del VI Coloquio en Salud "La Reforma de Salud". Octubre 1998. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.
32. Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina. Diagnóstico Comunitario de la Zona Norte, de San Salvador. 1996.
33. Vieira, César: Las Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina y El Caribe. Conferencia en V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires, Argentina. Abril de 1996.

X. ANEXOS

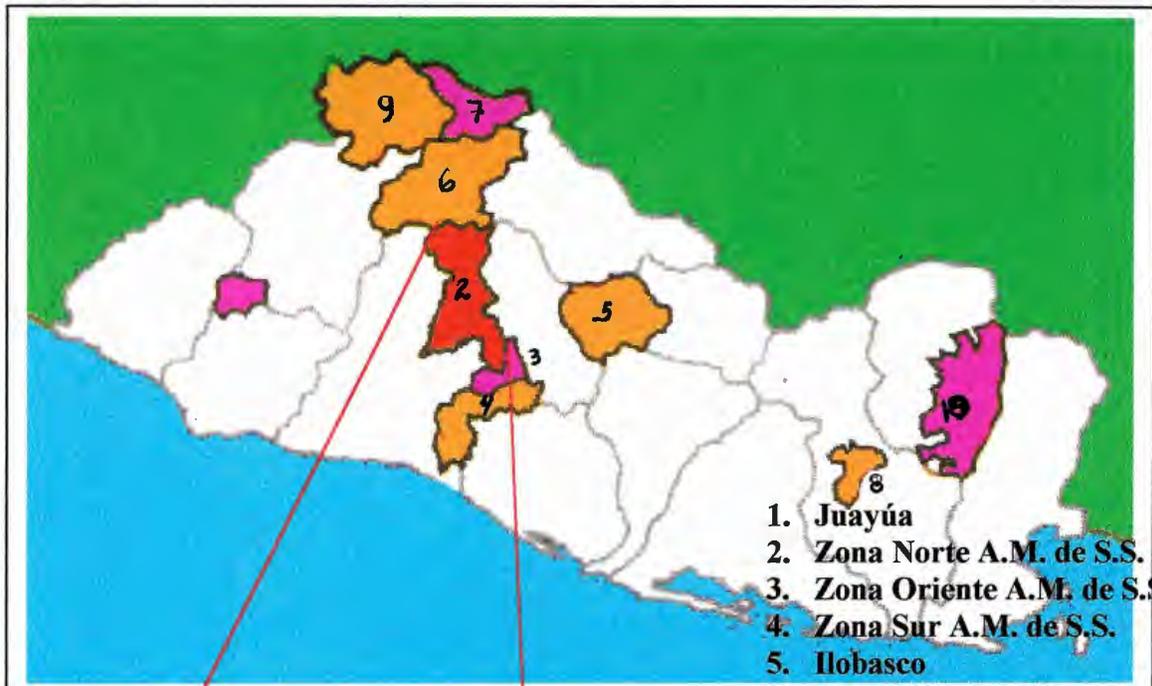
ANEXO N° 1: OPERACIONALIZACION DE DESCRIPTORES

| Descriptores | Sub-descriptores | Fuente | Técnicas | Instrumentos |
|----------------------|---|---|---|---|
| Contexto | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surgimiento ▪ Actores ▪ Necesidades ▪ Propuestas ▪ Gobierno Local ▪ Abordaje Intersectorial ▪ Descentralización ▪ Condiciones Políticas, Económicas y sociales | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobladores y Promotores de Salud ▪ Líderes Comunitarios ▪ Funcionarios del Gob.Local ▪ Representantes de Agencias de Cooperación (OPS y Gob. De Holanda) ▪ Miembros del Cté Conductor del SILOS | <ul style="list-style-type: none"> -Grupos Focales -Entrevistas a Profundidad | <ul style="list-style-type: none"> -Guía de Grupo Focal -Guía de Entrevista a Profundidad |
| Participación | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenido ▪ Posibilidades ▪ Mecanismos ▪ Capacidades ▪ Factores que la favorecen o limitan | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobladores y Promotores de Salud ▪ Líderes Comunitarios ▪ Funcionarios del Gob.Local ▪ Representantes de Agencias de Cooperación (OPS y Gob. De Holanda) ▪ Miembros del Cté Conductor del SILOS | <ul style="list-style-type: none"> -Grupos focales -Entrevistas a Profundidad -Revisión documental | <ul style="list-style-type: none"> -Guía semiestructurada para entrevista a profundidad -Guía para grupos focales -Guía para revisión documental |

| Descriptores | Sub-descriptores | Fuente | Técnicas | Instrumentos |
|---|--|---|---|---|
| Integralidad /Intersectorialidad | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordaje ▪ Procesos participativos ▪ Accionar sobre determinantes | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobladores y Promotores de Salud ▪ Líderes Comunitarios ▪ Funcionarios del Gob.Local ▪ Representantes de Agencias de Cooperación (OPS y Gob. De Holanda) ▪ Miembros del Cté Conductor del SILOS | <ul style="list-style-type: none"> -Grupos focales -Entrevistas a Profundidad -Revisión documental | <ul style="list-style-type: none"> -Guía semiestructurada para entrevista a profundidad -Guía para grupos focales -Guía para revisión documental |
| Equidad | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocimiento de la existencia de desigualdades ▪ Desarrollo de capacidades para favorecer la cohesión e integración social ▪ Prestación de servicios a grupos sociales excluidos | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobladores y Promotores de Salud ▪ Líderes Comunitarios ▪ Funcionarios del Gob.Local ▪ Representantes de Agencias de Cooperación (OPS y Gob. De Holanda) ▪ Miembros del Cté Conductor del SILOS | <ul style="list-style-type: none"> -Grupos focales -Entrevistas a Profundidad -Revisión documental | <ul style="list-style-type: none"> -Guía semiestructurada para entrevista a profundidad -Guía para grupos focales -Guía para revisión documental |
| Sostenibilidad de las acciones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo de capacidades locales ▪ Capacidad de desarrollo de alianzas ▪ Viabilidad Técnica ▪ Financiamiento externo ▪ Viabilidad financiera | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobladores y Promotores de Salud ▪ Líderes Comunitarios ▪ Funcionarios del Gob.Local ▪ Representantes de Agencias de Cooperación (OPS y Gob. De Holanda) ▪ Miembros del Cté Conductor del SILOS | <ul style="list-style-type: none"> -Grupos focales -Entrevistas a Profundidad -Revisión documental | <ul style="list-style-type: none"> -Guía semiestructurada para entrevista a profundidad -Guía para grupos focales -Guía para revisión documental |

| Descriptores | Sub-descriptores | Fuente | Técnicas | Instrumentos |
|-------------------|--|---|---|---|
| Relevancia | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accionar ▪ Capacidad de trascender a otros ámbitos de la sociedad ▪ Factores que potencian o limitan la relevancia | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobladores y Promotores de Salud ▪ Líderes Comunitarios ▪ Funcionarios del Gob.Local ▪ Representantes de Agencias de Cooperación (OPS y Gob. De Holanda) ▪ Miembros del Cté Conductor del SILOS | <ul style="list-style-type: none"> -Grupos focales -Entrevistas a Profundidad -Revisión documental | <ul style="list-style-type: none"> -Guía semiestructurada para entrevista a profundidad -Guía para grupos focales -Guía para revisión documental |
| Calidad | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidades y problemas ▪ Uso apropiado de recursos ▪ Análisis de la atención ▪ Satisfacción del usuario | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pobladores y Promotores de Salud ▪ Líderes Comunitarios ▪ Funcionarios del Gob.Local ▪ Representantes de Agencias de Cooperación (OPS y Gob. De Holanda) ▪ Miembros del Cté Conductor del SILOS | <ul style="list-style-type: none"> -Grupos focales -Entrevistas a Profundidad -Revisión documental | <ul style="list-style-type: none"> -Guía semiestructurada para entrevista a profundidad -Guía para grupos focales -Guía para revisión documental |

ANEXO NO. 2: MAPAS DE UBICACIÓN DE LOS SILOS EN EL SALVADOR.



1. Juayúa
2. Zona Norte A.M. de S.S.
3. Zona Oriente A.M. de S.S.
4. Zona Sur A.M. de S.S.
5. Ilobasco
6. Nueva Concepción
7. La Palma
8. Moncagua
9. Metapán
10. San Francisco Gotera



ANEXO N° 3: GUIA PARA ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Código

FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

RESCATE DE EXPERIENCIAS LOCALES EN SALUD

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

DIRIGIDA A PERSONAS QUE PARTICIPARON CON RESPONSABILIDADES GERENCIALES EN EL DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA DEL SILOS NORTE DE SAN SALVADOR

PROPOSITO:

Recolectar información de los niveles gerenciales que nos permita el análisis a profundidad del trabajo en salud desarrollado por el SILOS de la Zona Norte de San Salvador.

INDICACIONES:

1. Busque un ambiente agradable
2. Llenela con bolígrafo de tinta indeleble
3. permita que el entrevistado de sus respuestas en forma abierta y libre
4. Visite nuévemente y repregunte las veces que sea necesario para cumplir el propósito.

DATOS GENERALES:

1. Nombre del entrevistado: _____
2. Lugar actual de Trabajo actual: _____
3. Cargo que desempeña: _____
4. Vinculacion con el **SILOS** norte de ss
 - Cargo o responsabilidad: _____
 - Período en que la desarrolló: _____
 - Area Geográfica: _____
5. Nombre del entrevistador: _____
6. Fecha de la entrevista : _____

I-CONTEXTO:

1. Cómo se resolvían las necesidades de salud antes del surgimiento del SILOS
2. Qué razones o circunstancias motivaron el inicio del SILOS
3. Que consecuencias tuvo el conflicto armado sobre las formas de organización del SILOS así como en el trabajo de salud desarrollado por este:
4. Qué significó para el SILOS la finalización del conflicto armado?
5. Quienes fueron los actores relevantes (personas, instituciones u organizaciones) en el surgimiento de la iniciativa y cual fue el papel de cada una de ellos?
6. Cuáles fueron los problemas y/o necesidades planteadas por la comunidad al SILOS de la Zona Norte
7. Cuál era el ambiente en que surgió y se desarrolló el SILOS (Político y Social)?
8. Cual ha sido la Influencia del deterioro económico en el desarrollo de la experiencia, tanto a nivel de accesibilidad financiera como a nivel de la sostenibilidad financiera en general
9. Cual ha sido la Influencia de las decisiones políticas del gobierno o de instancias gubernamentales, a través de leyes o de otras formas, en el quehacer de la organización (Gobierno - Ministerio de salud - Municipio - Renta)
10. Cuales han sido las oportunidades para que la descentralización favorezca el desarrollo del SILOS ?

II-PARTICIPACION

VIABILIDAD:

11. Qué posibilidades o dificultades ofrece el Marco Jurídico existente (Leyes, Reglamentos) para la participación de la población en la construcción de la salud?

MECANISMOS

12. Que medidas concretas pusieron en práctica los diferentes actores para favorecer la participación de la comunidad en el SILOS?.

a) Gobierno Local:

b) Unidades de Salud:

c) OPS:

d) ONG's

e) Grupos comunitarios:

13. Cuales son los mecanismos implementados por el equipo conductor del SILOS para posibilitar la participación de la comunidad en los aspectos Financieros, de Información, Recursos e Investigación?.

14. De que manera se involucró el SILOS en organizaciones o movimientos de carácter municipal, departamental o nacional?.

15. Cual han sido los resultados de este involucramiento en el fomento de la participación de la comunidad?.

16. Que posibilidades de negociación, discusión y concertación, desarrolló el SILOS con instancias del gobierno local o central?.

CAPACIDADES:

17. De que recursos y medios financieros o de información dispone el SILOS para promover la participación?

18. Como valora la capacidad técnica o política del SILOS y de las organizaciones o grupos comunitarios participantes en el mismo?

19. Qué capacidad tenía la Comunidad para influir en el SILOS?

CONTENIDO

20. En que tipo de decisiones participaba habitualmente la comunidad?

21. Que efectos (negativos o positivos) ha tenido lo anterior para la comunidad?

22. Sobre que tipo de actividades del SILOS fue más frecuente el involucramiento de la comunidad (Acciones de promoción, prevención, asistencia, recuperación o sobre los determinantes de la salud?)

23. En que fase del proceso de elaboración de políticas públicas han sido participe las organizaciones o grupos de la comunidad?.
(Identificación de necesidades, determinación de prioridades, ejecución o evaluación de actividades)

24. Cual ha sido el grado de influencia de la participación de las organizaciones o grupos comunitarios en el desarrollo del SILOS?.

III-EQUIDAD:

RECONOCIMIENTO DE LA EXISTENCIA DE DESIGUALDADES:

25. Cual fue el análisis realizado por el SILOS sobre la existencia de desigualdades en el ámbito local y cuales han sido los resultados del mismo?.
26. ¿Como fueron utilizados los resultados de esta analisis?.
27. Que experiencias de intervención ha tenido el SILOS para la disminución de las desigualdades existentes en el ámbito local, municipal, departamental o nacional?.
28. Considera que la realización de acciones en el nivel local (micro), puede influir o actuar en el nivel central (MACRO)?.

DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA FAVORECER LA COHESIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

29. Que acciones ha desarrollado el SILOS para apoyar a grupos sociales excluidos a nivel local (Ancianos, mujeres , discapacitados o niños)
30. Que dificultades han enfrentado para promover o trabajar en la disminución de las desigualdades sociales existentes para la protección y promoción (construcción de la salud).
31. Que tipo de participación han tenido en la elaboración de propuestas políticas que contribuyan a la no- discriminación o exclusión de algún grupo social?.
32. Cuales han sido los efectos de lo anterior? Han sido útiles las propuestas. En que tipo de instancias fue tomada en cuenta la propuesta?.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS A GRUPOS SOCIALES EXCLUIDOS

33. Cuales han sido los mecanismos o estrategias que el SILOS utiliza para ofertar los servicios con igualdad de oportunidades para toda la población?.
34. Cual ha sido la influencia de las acciones realizadas por el SILOS en el ámbito local?

IV-INTEGRALIDAD/INTERSECTORIALIDAD

EXISTENCIA DE ABORDAJE INTERSECTORIAL

35. Cuales han sido las modalidades de abordaje intersectorial desarrollados en el SILOS?.
36. Como valora la experiencia de la coordinación intersectorial existente para abordar los problemas o necesidades de salud y condiciones de vida de la comunidad?
37. Que resultados han obtenido con el abordaje intersectorial para contribuir a resolver los problemas de salud y mejorar las condiciones de vida en el ámbito local?.
38. Cuales han sido los factores que han favorecido o dificultado el desarrollo de la acción intersectorial?.
39. Que experiencias han desarrollado para resolver las dificultades anteriormente citadas?.

DESARROLLO DE PROCESOS DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN PARTICIPATIVOS:

40. Cuales han sido las experiencias desarrolladas para el trabajo en redes o alianzas con otros grupos para resolver las necesidades de salud existentes?
41. Cuáles son los procesos de planificación y evaluación que realiza la comunidad en función de las actividades del SILOS?
42. Que factores han favorecido y/o limitado el desarrollo de procesos de evaluación o planificación participativos?.
43. Que tipo de experiencias han desarrollado para resolver las dificultades anteriores y aprovechar las oportunidades?.

DESARROLLO DE ACCIONES SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

44. Cual ha sido la influencia de las acciones promovidas o desarrolladas por el SILOS sobre los factores que determinan la salud?.
45. Cuáles considera que han sido la(s) experiencia(s) más importantes desarrolladas por el SILOS para mejorar la calidad o condiciones de vida de los habitantes?.

V-SOSTENIBILIDAD

CAPACIDADES LOCALES:

46. Los recursos de la comunidad son suficientes para continuar el trabajo sin el financiamiento del SILOS? Porque?.
47. La comunidad está preparada técnicamente para continuar las actividades en salud sin la presencia del SILOS?

DESARROLLO DE ALIANZAS:

48. Existen organizaciones populares, sindicatos, ministerios y otras instancias (ONGs) participantes en el SILOS?. Cual ha sido la utilidad de este tipo de acción intersectorial?.
49. Cuales son las actividades que se realizan con otras organizaciones de la Zona?.
50. Cuales fueron los factores que facilitaron y/o limitaron la realización de actividades con otras organizaciones?.
51. Como valora la apropiación local desarrollada por los actores involucrados en el SILOS?.

VIABILIDAD TÉCNICA:

52. En que área fueron capacitados los Recursos Humanos que trabajan en el SILOS?.
53. En que área fueron capacitados los Miembros de la comunidad por parte de las organizaciones integrantes del SILOS?.
54. Han existido problemas de gestión interna en los años anteriores que influyó en la sostenibilidad de la iniciativa? Cuales fueron?
55. De que forma se resolvían estos problemas?
56. Cuales eran las fuentes financieras del SILOS Norte?
57. Cuales eran los criterios o condiciones existentes para que el financiamiento se ejecutara?.
58. Que acciones ha realizado la organización para disminuir la dependencia de fondos externos?. Si cual ha sido la política para asegurar la estabilidad financiera de las actividades?
59. Cuales actividades fueron financiadas con fondos externos y cuales las financiadas por los gobiernos locales y/o comunidades?.
60. Cuales son los mecanismos de financiamiento del SILOS NORTES?

61. Si hubo limitaciones financieras. Cuales fueron?. Y como fueron resuletos?.

VI. RELEVANCIA

62. Cual fué la importancia de las actividades realizadas por el SILOS en el mejoramiento de la salud de las comunidades?.

ACTIVIDADES EN FUNCIÓN DEL ABORDAJE Y EL CONTEXTO:

63. Existieron contradicciones entre los paradigmas del gobierno y las organizaciones de la sociedad civil?.Y cuales fueron?.

64. En las actividades realizadas por el SILOS, como se reflejaban dichas contradicciones?

CAPACIDAD DE TRASCENDER A OTROS AMBITOS DE LA SOCIEDAD:

65. Como valora la trascendencia del accionar del SILOS a otros ámbitos de la Sociedad?.

66. Cuales han sido los esfuerzos desarrollados para socializar y validar la experiencia del SILOS hacia otros grupos? Que resultado han tenido estos esfuerzos?.

FACTORES QUE POTENCIAN O LIMITAN LA RELEVANCIA:

67. Que factores han influido (positiva o negativamente) en la capacidad de modificación de la realiadad local del SILOS?.

VII. CALIDAD

NECESIDADES Y PROBLEMAS DEL ÁREA:

68. Los objetivos del SILOS fueron definidos en congruencia con la situación de salud de las comunidades?.

UTILIZACIÓN DE RECURSOS:

69. Según su opinión, todos los recursos humanos eran asignados de acuerdo a su capacidad técnica?.

70. Existe un sistema de información para el seguimiento de los problemas y/o proyectos?

71. Realiza investigaciones en salud?. Cuales ha realizado?

72. Cual es la utilidad de las investigaciones realizadas?
73. Cual era el ambiente de trabajo en los equipos del SILOS? Y el nivel de satisfacción del personal?.

ANEXO N° 4: GUIA PARA GRUPOS FOCALES

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD UNAN-
MANAGUA
FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.**

ESTUDIO DE CASO, SILOS NORTE DE SAN SALVADOR

GUÍA PARA GRUPO FOCAL

PROPÓSITO:

Recolectar información que nos permita el análisis a profundidad de las experiencias en salud, desarrolladas en las comunidades del SILOS, Zona Norte de San Salvador.

INDICACIONES:

1. Busque un ambiente agradable.
2. Llene los espacios con bolígrafo.
3. Utilice la grabadora si los entrevistados lo permiten.
4. Permita que los entrevistados expresen libremente sus respuestas.

DATOS GENERALES:

1. Comunidad: _____
2. Características del grupo: _____
3. Y/o responsabilidad en el SILOS: _____
4. Moderador: _____
5. Secretario: _____
6. Fecha: _____
7. Que consecuencias tuvo el conflicto armado en las formas de organización desarrolladas en las comunidades?.

8. Cuales fueron las principales necesidades o problemas que tenían cuando surgió el SILOS?

9. De Acuerdo a la demanda de la población como establecieron las prioridades en el SILOS?

10. Cuales fueron las propuestas elaboradas o planteadas por el SILOS para contribuir a la resolución de los problemas?.

PARTICIPACIÓN:

VIABILIDAD:

11. Que medidas implementó el SILOS para favorecer la participación de la comunidad?.

12. Cual fue la participación de las comunidades en el aspecto financiero, Información, Recursos e Investigación del SILOS?.

13. Que alternativas creó la comunidad para lograr la participación en el SILOS?.

MECANISMOS:

14. Que vinculación hubo entre la comunidad y el equipo conductor del SILOS?.

15. Con que frecuencia se dió esta vinculación en el SILOS?.

16. Cual fué la representación de las comunidades en las instancias de conducción del SILOS?.

CONTENIDO:

17. En que tipo de decisiones participaba la comunidad?

18. En que tipo de actividades se involucraba más la gente de la comunidad?.

factores QUE FAVORECEN O LIMITAN LA PARTICIPACIÓN:

19. Que factores han contribuido más al desarrollo de la participación de la comunidades en el Silos?

20. Que factores han limitado más el desarrollo de la participación de las comunidades en el SILOS?

EQUIDAD:

DESARROLLO DE CAPACIDADES PARA FAVORECER LA COHESIÓN E INTEGRACIÓN SOCIAL

21. Que experiencias/acciones ha desarrollado en el SILOS para apoyar a grupos sociales excluidos.(Ancianos, mujeres , discapacitados o niños) en el nivel local, municipio, departamento o país).

22. Que dificultades han enfrentado para promover o trabajar en la disminución de las desigualdades sociales existentes para la protección y promoción de la salud. (construcción de la salud).

23. Que tipo de participación han tenido en la elaboración de propuestas para la resolución de los diferentes problemas de el SILOS?.

24. Dichas propuestas fueron formadas por el SILOS y a que nivel?.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS A GRUPOS SOCIALES EXCLUIDOS

25. Quienes se verán beneficiados con las acciones que el SILOS benefició?.

26. Cuales han sido los mecanismos o estrategias que utilizaba el SILOS para ofertar los servicios con igualdad de oportunidades para toda la población?.

27. La calidad de atención brindada por el SILOS es igual para todos?. Porque?

DESARROLLO DE ACCIONES SOBRE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

28. Que tipos de programas desarrolló el SILOS en las comunidades?.

29. Cuales considera que han sido la(s) acciones más importantes desarrolladas para mejorar las condiciones de vida de los habitantes en el territorio del SILOS?.

SOSTENIBILIDAD LOS FACTORES CONTEXTUALES

30. Las acciones desarrolladas por el SILOS continuan desarrollandose en las comunidades?

RELEVANCIA

CAPACIDAD PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD

31. Que factores han contribuido a que estas acciones se mantengan?.

32. Que factores limitaron a la continuidad de las acciones?

33. Considera que la gente de la comunidad esta capacitada para desarrollar las acciones sin la presencia del SILOS?

34. Como las actividades desarrolladas por el SILOS han resuelto los problemas de salud de las comunidades?

CALIDAD:

35. Cuales fueron los esfuerzos realizados por el SILOS para acercar los servicios de salud a la población?.

SATISFACCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES

36. Cual es la actitud y las motivaciones del personal para realizar con responsabilidad las acciones en salud?.

37. Cual es el trato del personal del SILOS, cuando le brinda la atención y/o coordinan las acciones en salud?.

38. Los recursos desponibles en el SILOS eran suficientes en calidad y cantidad.
Porque?

ANEXO N° 5: GUIA PARA REVISIÓN DOCUMENTAL

FACULTAD DE MEDICINA - UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

SISTEMAS LOCALES DE SALUD – ZONA NORTE DE SAN SALVADOR

GUÍA PARA REVISIÓN DOCUMENTAL

OBJETIVO:

Recolectar información de los diferentes documentos que contribuya al análisis del trabajo en salud desarrollado por el SILOS Norte de San Salvador.

DATOS GENERALES:

1. Nombre del grupo Social o Institucional: __SILOS__
2. Tipo y origen de la fuente: _____
3. Nombre de la persona que hace la revisión: _____
4. Fecha: ____2 DE AGOSTO 1999_____

ANÁLISIS DEL CONTEXTO

5. Análisis Político-Económico-Social en que surgió el SILOS.

6. Justificación

Se considera que los retos para garantizar la salud para todos en el año 2000, han ido aumentando debido a las deficiencias económicas de los países pobres.

Los estudios de experiencias e investigaciones sobre participación social y programación local en el área de salud, realizadas por OPS, han servido de base para desarrollar discusiones, conceptos y experiencias con el fin de elaborar un documento para fortalecer la participación social en la resolución de problemas de salud y así mejorar las condiciones de vida.

Así en el año de 1994 se realiza la primera reunión de

7. Evolución o desarrollo del contexto.

ANÁLISIS DE LA SOSTENIBILIDAD:

8. Organización

9. Grupos de Conducción.

10. Tipos de Proyectos Realizados.

11. Tipo y cantidad de Actividades de Capacitación.

12. Descentralización:

- Personería Jurídica
- Estatutos
- Tenencia de la Tierra (Posesiones).
- Informes de Evaluación.
- Convenios.

LOS FACTORES CONTEXTUALES:

13. Cuales han sido las oportunidades para la descentralización experimentadas para la ELI.

EL PROCESO INTERNO DE LA ELI:

14. Preparación profesional y técnica:

- Planes de Trabajo.
- Proyecciones.
- Evaluaciones

15. Como esta organizando la formación del staff que dirige la ELIS, o que asegura las actividades esenciales.

- Estructura Organica-Organigrama
- Comites Intersectoriales y otros.

16. Han existido problemas de gestión interna en los años anteriores que influyan en la sostenibilidad de la iniciativa?. De que formas han resuelto estos problemas?. En ello ha participado la comunidad?. Han habido limitaciones o cambio en las actividades realizadas en funcion de las limitaciones financieras?.

VIABILIDAD FINANCIERA

17 Detalle en la tabla la evolución del input/output financiero desde el inicio de la experiencia:

| | año 1 19.... | año 2 19.... | Año 3 19.... | Año 4 19.... | año 5 19.... | año ... |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------|
| GASTOS TOTALES | | | | | | |
| Gastos recurrentes | | | | | | |
| Gastos de inversión | | | | | | |
| INGRESOS TOTALES | | | | | | |
| - ingresos por las actividades | | | | | | |
| - financiamiento comunitario | | | | | | |
| - financiamiento nacional | | | | | | |
| - financiamiento internacional | | | | | | |

- Informes
- Auditorías
- Memorias de Labores
- Planes

18 Evolución de ingresos y gastos:

Han existido periodos de estabilidad o de crisis existentes y el porque de ellos?.

Han habido decisiones (internas o externas), acontecimientos, leyes, que influyeron en los gastos e ingresos?. Cuales han sido las actividades con ingresos propios y cual es su grado de autosostenibilidad?. Cual es el tipo de naturaleza de actividades posible a través del apoyo financiero externo?.

- 19 Pago de una persona que atiende sus servicios (detalle por cada actividad realizada). En que forma esto limita esto la **accesibilidad financiera** para ciertos grupos de la población?. Que experiencias han tendio para remediar esto?.
- 20 Cual ha sido direccionalidad de las inversiones en los últimos 5 años.? Que concordancia han tenido con las prioridades definidas?. Quienes se han involucrados en la definición de las prioridades de inversión?.
- 21 Que tipo de cambios han existido sobre **la proporción del financiamiento propio, comunitario, nacional e internacional** en el financiamiento global de la iniciativa?. Quienes se han Involucrados en este tipo de decisiones por parte de la organización?. Cual ha Influencia de factores exteriores?. De que forma esto influyo en sus actividades?.

ANALISIS DE LA RELEVANCIA

ACTIVIDADES EN FUNCIÓN DEL ABORDAJE Y EL CONTEXTO

- 22 En que medida la ELI ha mantenido o ido cambiando sus actividades iniciales?. Razones de ello?.
- Cambios de Actividades (Plazos para el plazo)
 - Misión, Visión y evolución de las mismas
 - Objetivos (evolución)
 - Actividades (evolución)

CAPACIDAD PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA SALUD

- 23 Cuales han sido las modificaciones o transformaciones en el contexto de la ELI, desde la perspectiva de las organizaciones comunitarias o civiles?.
- Deberá investigarse en la Organización Comunitaria (Cooperativas, etc).