El sistema de salud

La situación de salud de El Salvador y su entorno

En América Latina—y específicamente en El Salvador—el conjunto de transformaciones políticas, económicas, sociales y demográficas de la década 1980 – 1990 y sus consecuencias posteriores, han repercutido negativamente en el nivel de salud de la población de menos ingresos económicos que han tenido mayores limitantes para acceder a servicios sociales. En estas condiciones, aún cuando pueda haber una «aparente mejoría» de algunos indi-cadores promedio (en parte debido a los limitantes del subregistro de hechos vitales y a los deficientes sistemas de información), la salud de la población pobre se ha deteriorado más que la de otros grupos, teniendo que hacer frente a una estructura epidemiológica que favorece la ocurrencia brusca y significativa de enfermedades que estaban controladas (cólera, malaria, tuberculosis), o que se desconocían (SIDA). Esta situación determina una de las características más sobresaliente—en sentido negativo—del sistema de salud: la insatisfacción por la desigualdad y/o falta de equidad del modelo de salud.

Específicamente en la región centroamericana se observa una situación que permite diferenciar dos polos de desigual nivel de desarrollo de salud: el área norte comprendiendo Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua, con peores indicadores de salud; y el área sur representada por Costa Rica y Panamá, con mejor nivel de salud. Los valores de los indicadores son variables según las fuentes, por lo cual reiteramos lo dicho en las primeras páginas de este trabajo sobre la relativa validez de los datos debido a: limitantes de los sistemas de información, magnitud del subregistro, y distintos períodos y diferentes metodologías para la recolección de la información. De esta forma obser-

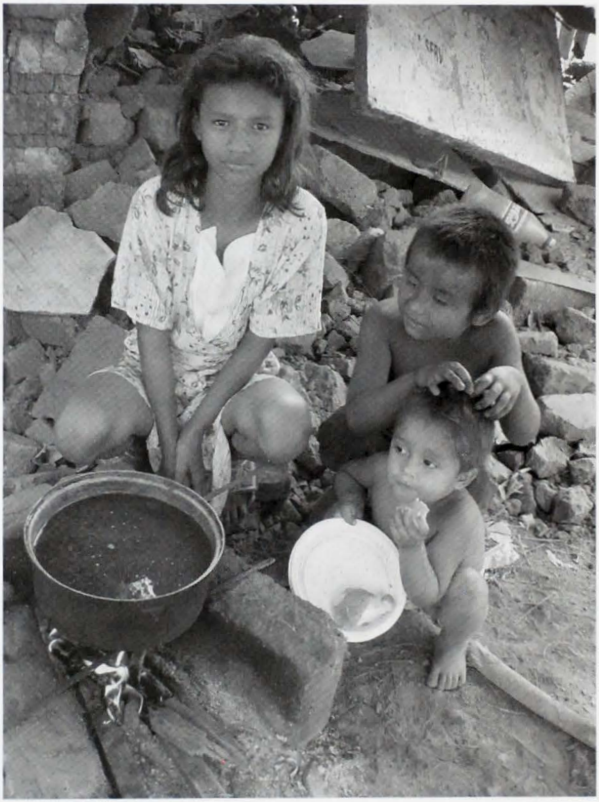


Foto: Alejandro Chichen WFP/PMA

de El Salvador

vamos datos a veces hasta contradictorios según las fuentes consultadas (por terminología y épocas diferentes), por lo cual hemos seleccionado las informaciones estadísticas que presentan las publicaciones de organismos internacionales (OPS, BID, Banco Mundial, PNUD, etc) que hemos contrastado con otros datos de publicaciones nacionales. Conscientes del margen de error, creemos que la información estadística presentada debe ser observada e interpretada como un marco de referencia de aproximación a una realidad. En efecto, en la publicación de OPS "Las Condiciones de Salud en Las Américas", (Referencia No. 10) se expresa para El Salvador: Tasa de Mortalidad Infantil de 55 por mil nacidos vivos; Tasa de Mortalidad Materna para 1992 de 147 por cien mil habitantes; Atención del parto por personal adiestrado de 66 por ciento; acceso a servicios del 65 de la población y consultas médicas por habitante año de 1.3 (datos que en otras publicaciones son diferentes, pero que en cualquiera de los casos, siempre expresan la misma realidad: mala situación de salud).

el sector salud recibe los impactos de diversas formas de desintegración social como la violencia, guerra, desplazamientos de núcleos de población y desastres naturales, que determinan la asignación de recursos a problemas extrasectoriales.

Factores Condicionantes de la Situación de Salud

El análisis del proceso salud enfermedad ha esclarecido la importancia no solo de los factores etiopatogénicos en la ocurrencia de la enfermedad, sino de los factores condicionantes de la estructura epidemiológica de una comunidad. En este sentido, es clásico el enfoque originalmente descrito por Lalonde en Canadá[Ref. 5] quien identifica cuatro importantes factores a tomar en consideración para el adecuado control de las enfermedades. Estos factores son: la biología humana; el ambiente físico y social; el estilo de vida, y la organización de la atención de salud —recursos, programas y prestaciones—, que tiene que hacer frente a problemas históricamente acumulados a la vez que retos emergentes y situaciones de coyuntura y conflicto. Dentro de los factores enunciados, el fortalecimiento del impacto positivo del ambiente y del estilo de vida son los más importantes para un enfoque preventivo y de mejoramiento de la salud de la colectividad. En ese sentido, la mejoría de los indicadores de salud tendrá mayor impacto y equidad si se orientan a través de intervenciones que fomenten la atención primaria de salud en su vertiente de estrategia de bienestar social de las comunidades.

Posteriores estudios (BID-PNUD)[Ref. 49] y Banco Mundial[Ref. 14] complementan dicho enfoque, llegándose a identificar como principales factores condicionantes del proceso salud enfermedad, las variables relacionadas con pobreza, nutrición y ambiente. Identificados dichos factores, se analizaron las causas de la prevalencia de los condicionantes, mencionándose principalmente los siguientes: el ingreso económico y su distribución: pobreza; malnutrición; deterioro ambiental; disponibilidad de recursos, especialmente el personal de salud; la población y el estilo de vida; el modelo de salud; y la sostenibilidad financiera de dicho modelo. Es conveniente tener en cuenta que el sector salud recibe los impactos de diversas formas de desintegración social como la violencia, guerra, desplazamientos de núcleos de población y desastres naturales, que determinan la asignación de recursos a problemas extrasectoriales.

Nivel de Desarrollo Humano

El PNUD[Ref. 50] definió el *Desarrollo Humano*, como " el proceso de ampliación de las opciones de la gente, aumentando las funciones y capacidades humanas ", identificando tres capacidades esenciales que consisten en: *"que la gente viva una vida larga y saludable, tenga conocimientos y tenga acceso a recursos necesarios para un nivel de vida decente "*. (ver cuadro No. 1)

Por *Pobreza Humana*, se entiende el empobrecimiento en múltiples dimensiones. Privación en cuanto a: una vida

larga y saludable, en cuanto a conocimientos y en cuanto a nivel decente de vida. En la búsqueda de medición de dichos conceptos se desarrollaron dos indicadores: el Indice de Desarrollo Humano y el Indice de Pobreza Humana.

El *Indice de Desarrollo Humano (IDH)* mide el logro medio de un país en cuanto a tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable; los conocimientos, y un nivel decente de vida. El IDH contiene tres variables: La Esperanza de Vida, el Logro Educacional (alfabetización de adultos y la tasa bruta de matriculación primaria, secundaria y terciaria combinada), y el PIB real per cápita (PPA en US$). Este índice mide el progreso general de un país.

El *Indice de Pobreza Humana (IPH)* mide la privación en cuanto al desarrollo humano. Refleja la distribución del progreso y el retraso de privación que existe en un país. El IPH se prepara en dos vertientes: el *IPH 1 para países subdesarrollados*, que utiliza las siguientes variables: Porcentaje de personas que morirán antes de los 40 años; Porcentaje de adultos analfabetos; Porcentaje de población sin acceso a servicios de salud y agua potable; Porcentaje de niños con peso insuficiente; y el IPH 2 para países industrializados que utiliza las siguientes variables: Porcentaje de personas que morirán antes de los 60 años; Porcentaje de personas cuya capacidad para leer y escribir no es suficiente para ser funcional; Proporción de población que tiene un ingreso inferior al 50% de la media, y Proporción de desempleados de largo plazo (12 meses o más).

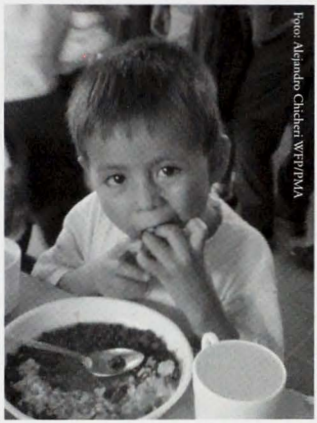


Foto: Alejandro Chicheri WFP/PNUA

Nivel de Pobreza en El Salvador

La pobreza en El Salvador se ha agravado en 1980 a 1990, como se expresa a continuación según el documento BID[Ref 51]:

La comparación de los datos de pobreza de El Salvador y el entorno centroamericano indican para 1990 en términos porcentuales lo siguiente. (ver cuadro No. 2 y 3)

Distribución del Ingreso: Una variable importante relacionada con el crecimiento económico de un país es la forma en que dicho ingreso se distribuye entre los miembros de la sociedad, y constituye un factor importante de la equidad del modelo económico. Se expresa la distribución del ingreso a través del coeficiente GINI que tiene una escala de medición de 0 (completa igualdad en la distribución del ingreso) a 100 (completa desigualdad). Los datos pueden verse en el cuadro No. 5.

Como se observa, Costa Rica es el país que presenta mejor distribución del ingreso. En cuanto a El Salvador, el coeficiente GINI empeoró entre 1990 y 1995 (0.45 a 0.50) a pesar del incremento de la tasa de crecimiento económico.

Nivel de Salud

El nivel de salud de la población salvadoreña es insatisfactoria y es consecuencia de la situación de pobreza y del deterioro del *sistema de salud* en particular, en el cual observándose en términos generales: una estructura sectorial obsoleta producto de un modelo organizacional superado, sustentado en normas de beneficiencia y de la acumulación histórica y desordenada de instituciones con criterios paternalistas; inequidad, determinada por marcadas limitaciones de acceso a servicios y programas básicos de salud de la población en riesgo social y biológico, asi como el bajo financiamiento de salud; ineficiencia institucional representada por la inadecuada utilización de recursos y por la marcada burocracia y centralismo, inadecuada asignación presupuestaria de los servicios del sistema público, y (inadecuado modelo de atención de salud que ha priorizado las acciones preferentemente centralizadas, biologicistas, intramurales, curativas y de alta complejidad tecnológica.

El Perfil Epidemiológico de la población salvadoreña se corresponde con el estadío segundo de la transición demográfica que tiene como características presentar tasas de mortalidad y de fecundidad de tipo intermedia, prevaleciendo una estructura en la que es evidente la "doble carga epidemiológica" en la cual persisten tanto las enfermedades transmisibles como no transmisibles, con los problemas de salud reproductiva, malnutrición y las lesiones, pero con predominio de las enfermedades infecciosas que suelen acompañarse de frecuentes brotes epidémicos. (ver cuadro No. 6)

Situación Nutricional

Por obvio es a veces olvidado que para mantener una buena condición de salud se requiere una adecuada alimentación. Está demostrado que ya sea directamente o como factor asociado a enfermedades infecciosas (relación desnu-

trición/diarrea), la alimentación inadecuada es responsable de una buena proporción de la carga de morbilidad y mortalidad que en menores de cinco años se estima en 25 por ciento Esta mala alimentación condiciona un estado de mala nutrición por déficits de ingesta de proteínas y energía—que afecta con mayor trascendencia a la población pobre—y se agrava por la carencia de micronutrientes específicos como son la Vitamina «A», Yodo y Hierro, como condicionantes de problemas visuales, bocio y cretinismo, y anemias ferroprivas. Los escasos estudios realizados en el campo nutricional y las limitaciones de los sistemas de información, confieren poca confiabilidad a los datos relacionados. A continuación presentamos la situación en relación con tres indicadores según la fuente consultada para 1992-94. (ver cuadro No. 7)

Situación Ambiental

El entorno ambiental de la población (accesibilidad al agua potable, disposición de excretas, eliminación de desechos sanitarios, ruido, contaminación del aire, descargas de contaminantes: dióxido de carbono, plaguicidas, etc), es cada vez un factor fuertemente condicionante de la estructura epidemiológica de un país, que afecta—una vez más—a las personas pobres con mayor severidad. Los problemas de salud relacionados con el deterioro ambiental son productores de un estimado a nivel mundial de 80 millones de AVAD (años de vida ajustados por discapacidad.[Ref 14]. En relación con la situación ambiental, son los países pobres y la población pobre de dichos países, los que están mayormente expuestos a riesgos para su salud como consecuencia de los efectos nocivos de productos químicos y agentes contaminantes. En efecto en la publicación del PNUD[Ref 12] se menciona que la deforestación se concentra en los países subdesarrollados como un factor asociado e interdependiente de la condición de pobreza. Los pobres están más expuestos al humo de leña, contaminación de fuentes hídricas, uso de combustibles como el plomo y tienen menor capacidad para protegerse. Indudablemente existe un nexo negativo entre crecimiento demográfico, pobreza y deterioro ambiental que conspira contra el logro de un aceptable bienestar para la población como se evidencia a continuación en el cuadro No. 8.

Recursos Humanos de Salud

Enfatizaremos en este aspecto la situación de la fuerza laboral de salud del País, observándose limitantes tanto a nivel de la formación, como de la distribución y su utilización.

Formacion del personal de salud, el resultado del proceso de formación de personal de salud es, en términos generales, la producción de un profesional capacitado para atender necesidades individuales en aspectos diferenciados de «Atención Médica», pero generalmente incapacitado para atender eficientemente las necesidades individuales y colectivas de «Atención de Salud» de la sociedad en su conjunto.

La Educación Universitaria, presenta serios problemas relacionados con la estructura del centro formador, el proceso de docencia propiamente dicho y el resultado o producto formado: *la Estructura Universitaria,* se enfrenta a retos relacionados con deficiente infraestructura física (dotación de equipos y centros de documentación bibliográfica deteriorados y con marcada obsolescencia tecnológica); la dotación y composición de un cuerpo docente generalmente desmotivado como resultado de los bajos niveles remunerativos, por la sobrecarga de responsabilidades y por la falta de actualización profesional, y la escasez presupuestaria; *El*

cuadro No. 1

Nivel de Desarrollo Humano de Centro América y Panamá

INDICADOR	Panamá 1995 / 1998	Costa Rica 1995 / 1998	EL SALVADOR 1995 / 1998	Guatemala 1995 / 1998	Honduras 1995/ 1998	Nicaragua 1995 / 1998
I. D. H						
Valor del Indice	0.868 / 0.776	0.889/ 0.797	0.604/ 0.696	0.615/ 0.619	0.573/ 0.653	0.547/ 0.631
Lugar a nivel mundial (174 países)	45 / 59	34 / 48	114 / 104	115 / 120	119 / 113	126 / 116
Clasificación del Valor del Indice	Alto / Medio	Alto / Medio	Medio / Medio	Medio/Medio	Medio/ Medio	Medio / Medio
I. P. H. 1						
Valor del Indice %	11.1/ 8.9	6.6 / 4.0	27.8/ 20.2	29.3/29.2	21.8/ 23.3	26.2/ 24.2

FUENTE: PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano: 1998/2000.

cuadro No. 2

VARIABLE	1980	1990
Población en millones	4.7	6.5
Urbana	2.1	2.9
Rural	2.6	3.6
Pobreza en millones habit.	3.3	4.9
Urbana	1.3	1.8
Rural	2.0	3.1
Pobreza en % de la población	68 %	71 %
Urbana	58	61
Rural	76	85
Extrema Pobreza en millones habit.	2.4	3.4
Urbana	0.9	0.9
Rural	1.5	2.5
Extrema Pobreza en % de población	51 %	52 %
Urbana	45	30
Rural	55	70

FUENTE: BID. Las Economías de los Países Centroamericanos. Julio de 1998.

Proceso de Enseñanza, con problemas relacionados con la falta de adecuación del "pensum" a las realidades nacionales; con falta del respaldo mínimo de programas de investigación operativa, y con escasa coordinación interinstitucional de las actividades docentes en relación con los servicios. Con respecto a la coordinación, se observa la existencia de un continuo conflicto entre los organismos formadores de recursos y las entidades que utilizan sus servicios. Esta falta de coordinación no favorece la planificación conjunta de los recursos humanos necesarios tanto en número como en tipo de carrera, haciendo falta la diversificación profesional; *El Resultado o Producto:* La Educación Universitaria—en cuanto a salud se refiere—, ha enfatizado preferentemente la formación médica en detrimento de otras profesiones que desarrollan un rol importante en la solución de problemas de salud (gestión de salud, informática, mantenimiento de recursos físicos, fisioterapia y rehabilitación, nutrición, ambiente, gerencia social, etc).

cuadro No. 3

PAISES	POBREZA EN % POBLACION	EXTREMA POBREZA EN % POBLACION
Costa Rica	20 %	11 %
Panamá	52 %	25 %
EL SALVADOR	71 %	52 %
Nicaragua	75%	42 %
Guatemala	75 %	52 %
Honduras	76%	63 %

FUENTE: BID. Las Economías de los Países Centroamericanos. Julio de 1998.

La respuesta generalmente observada a los problemas relacionados con la formación y capacitación del personal de salud, ha sido la creación—desordenada y no regulada—de centros formadores privados, que si bien llenan un vacío de accesibilidad, difícilmente van a representar opciones factibles para mejorar la salud individual y colectiva de la sociedad, si no se acompaña de cambios en los procesos de educación.

Distribucion del recurso humano, en cuanto a la distribución del personal de salud, generalmente se observa una relativa acumulación y concentración de recursos humanos en los principales núcleos urbanos, en contra de la escasez de los mismos en las áreas más desprotegidas por su ruralidad o por su condición de pobreza. En efecto, se observa una marcada inequidad en la distribución de los recursos, ya que en las «grandes ciudades» existe una aceptable proporción de personal de salud, que en algunos casos puede llegar a ser superior a la cantidad necesaria.

Utilizacion del personal de salud, la utilización del recurso humano, presenta igualmente, una serie de limitantes que por una parte impiden la eficiencia institucional y por otra aumentan la inequidad del sistema. En efecto, el personal se distribuye como fuerza de trabajo, dentro de un mercado que no sigue necesariamente las normas características del «libre mercado», sino que se apropia para su bien individual de relaciones contractuales que pertenecen a la sociedad en general[Ref 48]. En esta asignación de posiciones en general se trata de garantizar un cargo en el sector público, que aunque de baja remuneración, le permite la adquisición de una experticia sin responsabilidad específica.

Esta situación genera ineficiencia institucional que determina un deterioro de la calidad del servicio, ya que el mismo personal en el lapso del día laboral tiene que participar en dos o más instituciones, o trabajar «doble turno» (enfermeras y técnicos) en una misma entidad. Esta situación condiciona por otra parte, una falta de equidad al usuario, que se traduce y expresa por pacientes que no son atendidos o se atienden indebidamente; y por otra parte, una falta de equidad para el propio personal que por motivos de superación o subsistencia en algunos casos, se ve expuesto a procesos de mala práctica y a situaciones estresantes a nivel de su persona y núcleo familiar. (ver cuadro No. 9)

Población y Estilo de Vida

Población, la población es el objeto y sujeto de las acciones de la sociedad y muy especialmente del Gobierno y en consecuencia se debe trabajar , en el decir de Fernando Zumbado[Ref 49], para lograr una «economía humana, que es la primera demanda de la libertad». El Presidente del BID, Sr. Enrique Iglesias[Ref 49] refiere que «Esta región, que ha llegado a importantes niveles de desarrollo económico, no pue-

de continuar siendo un punto de referencia de casos de extrema desigualdad y de pobreza crítica». (ver cuadro No. 10)

Estilo de Vida: Violencia y Consumo, la *violencia*, aún cuando es un problema de la sociedad en su conjunto, tiene repercusiones negativas en el desarrollo humano y en consecuencia, en la salud de los habitantes y en la asignación de fondos para su atención. Luis Ratinoff, [Ref. 53], con respecto a la violencia menciona que hay tres posibles hipótesis—ninguna completamente convincente—, que expliquen la moderna criminalidad: las alternativas por sobrevivencia que están relacionadas con el exceso de población joven que encuentran dificultades para acceder a oportunidades de trabajo (estructura económica), y las relacionadas con la condición de pobreza como consecuencia de la insatisfacción de sus necesidades primarias (estructura económica social); los problemas de conducta como alternativa ética que no depende ni de la pobreza ni de la dinámica demográfica, y la alternativa política, que condiciona terror, violencia e inseguridad ciudadana y se origina por una continua lucha por el poder.

En esa misma publicación se menciona que cuando las tasas de homicidios por cien mil habitantes *son superiores— en su promedio nacional— a diez (10) se puede identificar como una situación «anormal» y de riesgo social*. En este sentido, aún cuando los datos sobre violencia son mucho menos confiables que los indicadores de salud (que son a su vez, poco confiables), se mencionan las siguientes tasas por cien mil habitantes para 1991: (ver cuadro No.11)

En cuanto a la *Población*, si bien es cierto que un alto crecimiento demográfico puede ser un limitante para lograr un desarrollo humano sostenible, es conveniente analizar el problema demográfico desde distintas vertientes pero sin perder de vista el aspecto ético del problema. En ese sentido, Ellacuría[Ref 54] presentó en 1974, una relación entre crecimiento demográfico y estilo de vida relacionado con el *consumo* cuando la tasa de crecimiento demográfico de El Salvador era próxima al 3.7 por ciento. Ellacuría cita al Club de Roma a través del estudio del MIT (los límites del crecimiento) y dice: «si el ritmo de crecimiento económico no se detiene, el futuro de la humanidad es tenebroso», y refiere... «el producto industrial mundial está creciendo al 7 por ciento anual mientras que la población mundial crece al 2, proporción que parecería ser consoladora para el mundo. Pero no lo es, porque la distribución es y seguirá siendo cada vez más injusta». Para ilustrar tal aseveración refiere: «un habitante del mundo desarrollado, consume promedialmente veinte veces más que lo consumido por un habitante que vive en un país subdesarrollado, lo cual quiere decir que con respecto al consumo mundial, un nuevo niño en el mundo desarrollado es más carga para el mundo que 19 niños del mundo subdesarrollado. Por cada nuevo niño de una familia de población rica, una familia pobre podría tener hasta 20 hijos. Este es el aspecto ético del problema demográfico».

Este mismo tema, *Consumo*, es analizado por Speth en 1998[Ref 12] refiriendo que «cuando el consumo merma los recursos renovables, contamina el medio ambiente, satisface

cuadro No. 4

Nivel de Desarrollo Económico de Centro América y Panamá

Indicadores Económicos

INDICADOR	Panamá	Costa Rica	EL SALVADOR	Guatemala	Honduras	Nicaragua
PIB Per Cápita. PPA en US$. 1998	5.249	5.987	4.036	3.505	2.433	2.142
PIB Per Cápita. En US$ de 1995.	3.200	2.800	1.716	1.533	722	452
Gasto Público en Salud como % del PIB	5.8 %	6.1	2.6	1.5	2.7	4.4
Gasto en salud como % del Gasto del Gobierno Central. 1994. *	18.3 %	20.7 %	8 %	10.6 %	12.1 %	13.4 %
Gasto Público Percápita en Salud. US$ 1994. **	129	95	20	22	26	20
Cobertura Seguridad Social como % de la población 1994. *	65 %	86 %	14 %	16 %	13 %	13 %

FUENTE: PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2000. Datos de 1998.
* BID: Las Economías de los Países Centroamericanos. Julio de 1998. Datos de 1996.
** RUTA SOCIAL. Honduras: Gasto Social y su Eficiencia. Gasto en Salud Países Centroamericanos. 1996.

DEFINICIONES: Fuente PNUD Informe sobre Desarrollo Humano 2000.
(i) PIB : Producto Interno Bruto. Producción total para uso final de bienes y servicios de una economía realizada tanto por residentes comopor no residentes, e independientemente de la nacionalidad de los propietarios de los factores.
(i) PIB Percápita (PPA en US$): Es el PIB percápita de un país convertido a US$ sobre la base de la paridad de poder adquisitivo de la moneda de ese país.

cuadro No. 5

PAISES	COEFICIENTE GINI
Panamá 1991	0.57
Costa Rica 1996	0.47
EL SALVADOR 1995	0.50
Guatemala 1989	0.59
Honduras 1996	0.54
Nicaragua 1993	0.50

FUENTE: BID. Las Economías de los Países Centroamericanos. Julio de 1998.

las necesidades manufacturadas para la exhibición conspicua y va en desmedro de las necesidades legítimas de la vida en la sociedad moderna, hay forzadas razones para preocuparse». Su análisis se refiere a que el problema no se relaciona con más o menos consumo, sino con un consumo diferente, orientado para el desarrollo humano. Los pobres y los países pobres necesitan acelerar el crecimiento de su consumo, pero no necesitan seguir el camino trazado por las economías ricas, sino que se deben cambiar las pautas del consumo.

Epidemiología del Consumo, en el Instituto Nacional de Salud de Guatemala, el Dr. Miguel Garcés[Ref 15] presentó una innovadora e interesante elaboración teórica para una clasificación de enfermedades orientada a la transformación de los determinantes esenciales del proceso salud-enfermedad. Dicha propuesta de clasificación se basa en el análisis de las categorías económicas que determinan el *consumo social* para agrupar a las enfermedades atendiendo a su causalidad real. Bajo este concepto, el Dr. Garcés diferencia cinco categorías básicas que son: Enfermedades del *subconsumo*; enfermedades del *consumo ampliado*; enfermedades de la *defensa del consumo*; enfermedades del *consumo por el trabajo*, y enfermedades del *consumo deteriorante impuesto*.

Las *enfermedades del subconsumo* son aquellas producidas como consecuencia del consumo insuficiente—por déficit---de los elementos necesarios para la vida: alimentación, educación, vivienda, recreación, etc. Entre estas se mencionan las enfermedades nutricionales, infecciosas y perinatales, que por otra parte, son las que afectan a los grupos sociales de menor capacidad económica y entre estos, a los niños, madres y ancianos.

Las *enfermedades del consumo ampliado* se producen como resultado de un voluntario consumo excesivo de ciertos elementos, algunos necesarios y otros innecesarios. Como ejemplo citamos el consumo excesivo de grasas saturadas, alcohol, tabaco, drogas. Las enfermedades más comunes son la obesidad, arteriosclerosis, diabetes mellitus, cirrosis post alcohólica, entre otras. El grupo social más afectado es el de mayor capacidad económica, a excepción del consumo de alcohol que puede afectar a todos los grupos sociales.

Las *enfermedades por defensa del consumo,* representa una expresión del conflicto entre las formas de apropiación y protección del consumo, y , como resultado de esta defensa se produce la patología causada por la violencia.

cuadro No. 6

Indicadores de Estado de Salud de Centro América y Panamá

INDICADOR	PANAMA	COSTA RICA	EL SALVADOR	GUATEMALA	HONDURAS	NICARAGUA
ESPERANZA VIDA NACER	73.6 años	76.0 años	69.1 años	64.0 años	69.4 años	67.9 años
MORTALIDAD INFANTIL por mil nacidos vivos	18	14	30	41	33	39
MORT. MENORES 5 AÑOS por mil nacidos vivos	20	16	34	52	44	48
MORTALIDAD MATERNA por cien mil nacidos vivos.	85	29	160	190	220	150
ATENCION PROFESIONAL DEL PARTO. **	85 %	96 %	32	28	45	40
TUBERCULOSIS Tasa por cien mil habitantes. **	28	6	36	17	49	37
COLERA Número de casos 1993. **	42	14	6.573	30.604	1.925	6.473

FUENTE: PNUD: Informe Desarrollo Humano 2000.
** OPS : Publicación Científica No. 549. Las Condiciones de Salud en Las Américas. 1994.

Foto: Cortesía Ministerio de Salud

Las *enfermedades causadas por consumo por el trabajo* son las derivadas del ambiente laboral (salud ocupacional y accidentes laborales), y su influencia sobre algunas formas de vida y transporte. Este grupo afecta a jóvenes y adultos.

Las *enfermedades por consumo impuesto* son causadas por formas involuntarias de consumo que son dañinas para la salud: la contaminación ambiental y de alimentos u otros productos de consumo por sustancias carcinogenéticas, neoplasias , etc.

Los resultados encontrados en Guatemala—deberían ser similares a los que se podrían encontrar en El Salvador—son que las enfermedades del subconsumo son las más prevalentes oscilando por espacios geográficos poblacionales entre 41 y 68 por ciento. A esta categoría le sigue en prevalencia las enfermedades causadas por el consumo ampliado.

Reorganización del sistema

Antecedentes

El análisis histórico de las acciones de gobierno y sociedad salvadoreña en salud, marca ciertos Hitos considerados de importancia en el contexto de la visión del sector, entre los que mencionamos los principales o más relevantes:

(a) La preponderancia de la *Beneficiencia de la Sociedad* expresada a través de la donación de recursos de ciudadanos, con el apoyo de las autoridades municipales y entidades religiosas (Orden de San Juan de Dios principalmente) para la construcción de hospitales. En efecto, los primeros 14 establecimientos hospitalarios tuvieron dicho origen: (ver cuadro No. 12)

En cuanto al Hospital Rosales[Ref 56], se inició la construcción por responsabilidad de la Firma Belga Forger D'Aiseau en 1891 cuando San Salvador contaba con 60 mil habitantes y disponía solamente del Hospital General, habiendo sido inaugurado en 1902 con 16 pabellones para pacientes.

(b) La creación del *Consejo Superior de Salubridad* en 1900 como dependencia del Ministerio de Gobernación, con sus dos dependencias: Sanidad Terrestre y Sanidad Marítima, relacionadas con el control de las epidemias (viruela, fiebre amarilla, disentería), creándose la *Dirección General de Sanidad* en 1918.

(b) La creación del *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social* en 1947 y posteriormente (1951) el funcionamiento del Area de Demostración Sanitaria como un centro de adiestramiento de personal.

cuadro No. 7

PAISES	MALNUTRICION Menores 5 años	Bajo Peso al Nacer en %	OFERTA CALORICA DIARIA PERCAPITA
Costa Rica	3 %	...	2.885
Panamá	7	9 %	2.462
EL SALVADOR	11	11	2.571
Guatemala	27	15	2.298
Honduras	18	9	2.358
Nicaragua	7	9	2.308

FUENTE: PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano. 1998.
OBSERVACION: Información del Ministerio de Salud de El Salvador: (referencia No. 51) indican otros datos especialmente para la desnutrición que se refiere que en 1996 la desnutrición en menores de 3 años era del 35.2%

cuadro No. 8

PAISES	ACCESO A AGUA 1996	% BOSQUES/ SUPERFICIE PAIS	TASA ANUAL DE DEFORESTACION %
Costa Rica	96 %	24.4 %	3.0 %
Panamá	93 %	37.6 %	2.1 %
EL SALVADOR	69 %	5.1 %	3.3 %
Guatemala	77 %	35.4 %	2.0 %
Honduras	87 %	36.8 %	2.3 %
Nicaragua	61 %	45.8 %	2.5 %

FUENTE: PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano. 1998.

(c) La creación del *Instituto Salvadoreño del Seguro Social* en 1953 adscrito al Ramo de Trabajo y Previsión Social.
(d) La creación de la *Dirección General de Salud* en 1964 que unificaba la Dirección de Sanidad con la Dirección de Hospitales como consecuencia del Plan de Salud (OPS/ CENDES) y la configuración del sistema regionalizado con 4 regiones de salud.

(e) La creación de un régimen especial de atención médica para los trabajadores de la Administración Nacional de Telecomunicaciones *ANTEL* y posteriormente ampliado al Magisterio Nacional (1967).

(f) Formulación del Plan Quinquenal de Salud 1973-1977 que se convirtió en un "ejercicio de escritorio" sin respaldo político ni financiero.

A partir de entonces se han desarrollado diversas acciones orientadas a favorecer diversas opciones de entrega de servicios, reorganización institucional, realizando campañas nacionales de inmunización y construyendo o rehabilitando infraestructura física como consecuencia a veces de un proceso planificado y en ocasiones como producto de desastres naturales.

Los últimos estudios elaborados: Análisis del Sector Salud de El Salvador (ANSAL: 1994); La Salud de El Salvador: Visión de Futuro, 1996, y Plan de Nación en 1998), identifican una serie de problemas que afectan al sector: Marco Legal inadecuado; Modelo Médico que favorece las acciones curativas; Gasto en salud muy bajo (siempre por debajo del 4% del PIB); Desarrollo inadecuado de los Recursos Humanos; (v) Estructura organizativa institucional inadecuada; limitantes de acceso y problemas de ineficiencia y de centralización. Consecuente con la existencia de dichos problemas, el Ministerio de Salud enuncia políticas orientadas básicamente a la descentralización (Direcciones Departamentales) y la reorganización institucional.

Sustentación del Cambio

El cambio de sistema de salud se justifica por: El *insatisfactorio nivel de salud* y la existencia de *factores condicionantes negativos para la salud como:* 71 por ciento de población en

cuadro No. 9

Recursos Humanos

PAISES	MEDICOS por mil habitantes	ENFERMERAS por mil habitantes.	NUMERO DE ESCUELAS DE MEDICINA 1992
Costa Rica	1.2	0.9	2
Panamá	1.2	0.9	1
EL SALVADOR	0.9	0.5	5
Guatemala	0.9	0.3	2
Honduras	0.7	0.3	2
Nicaragua	0.8	0.9	2

FUENTE: OPS. Publicación Científica No. 549. Las Condiciones de Salud en Las Américas. 1994

cuadro No. 10

Variables Demográficas (1998):

PAISES	POBLA CION	CRECIMIENTO DEMOGRAFICO ANUAL	TASA BRUTA NATALIDAD	TASA BRUTA MORTALIDAD	USO ANTI CONCEPTIVOS	TASA GLOBAL FERTILIDAD **
Costa Rica	3.8	1.8 %	25.2 %.	3.8%.	75 %	2.8 hijos
Panamá	2.8	1.4	23.7	5.2	58	2.6
EL SALVADOR	6.0	1.7	28.9	6.1	60	3.2
Guatemala	10.8	2.5	37.5	7.2	31	4.9
Honduras	6.1	2.3	35.3	5.8	50	4.3
Nicaragua	4.8	2.5	34.7	6.1	60	4.4

FUENTE: PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano. 2000.
** OPS. (Pub. Cient. No. 549). Hijos por mujer en vida reproductiva.

condición de pobreza y el 52 en extrema pobreza, [4] desnutrición infantil entre 11 y 35 por ciento, con 11 por ciento de nacidos con bajo peso; el 69 por ciento de la población con acceso a agua segura; 8.4 de médicos y 4.9 de enfermeras por diez mil habitantes; prevalencia de enfermedades

cuadro No. 11

PAISES	TASA DE VIOLENCIA
Canadá	2.6
USA	10.1
América Latina	21.4
Centro América	27.6
EL SALVADOR	41.0
Colombia	81.0

infecciosas o por subconsumo; estudios de "tipología de salud" que ubican al país en los últimos grupos de clasificación de países de América Latina; bajo Indice de Desarrollo Humano, ocupando el No. 114 y 104 (1998 y 2000), de un total de 174 países a nivel mundial; deterioro y obsolescencia del recurso físico de salud y; la existencia de un "sistema de salud" superado por el tiempo y la tecnología operativa y funcional (predominantemente público, centralizado, ineficiente, con bajo financiamiento (gasto total - público y privado - percápita en salud incluyendo la cooperación externa de US$100 y gasto público percápita anual de US$20/ o/ 30, y con priorización de acciones de tipo curativo).

La inadecuada estructura institucional del sistema, que tiene como ente rector al *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPYAS)* a quien se asigna la responsabilidad de cumplir las funciones de: financiamiento; normatización (regulación y control); organización de servicios; ejecutor de la entrega de prestaciones de salud, y coordinador de acciones inter e intrasectoriales. *El Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS)* con un "modelo de atención" que prioriza la curación sobre la prevención, con baja cobertura poblacional e insostenible financieramente. Este *sistema,* es prácticamente el mismo ---con pocas variables--—que se diseñó en 1964 como consecuencia del Plan OPS/CENDES bajo el principio de "centralización normativa y descentralización operativa a través de un modelo de regionalización". El sistema se estructura con un acumulo de funciones para una sola institución—juez y parte—, que sobrepasan su capacidad operativa. Por otra parte, hay que reiterar que el sector tiene que enfrentar viejos problemas propios de sociedades subdesarrolladas (epidemias, baja cobertura, insuficiente asignación de recursos a su vez mal utilizados, inadecuado desarrollo de recursos humanos y redes desarticuladas de proveedores), con nuevos problemas más característicos de sociedades desarrolladas (enfermedades degenerativas, neoplasias; insatisfacción de usuarios; expansión tecnológica; escalada de costos, etc), con lo cual el conflicto y la crisis son el principal denominador común. En cuanto al *sector privado,* ha mantenido una constante presencia en las tres principales ciudades del país, con un modelo atomizado y desarrollado sin una marco regulatorio en cuanto a estándares de calidad tanto de atención médica como de formación de recursos humanos en salud.

La *Estructura Institucional del Sector Público* se presenta en el siguiente cuadro tomado del documento de ANSAL de 1994[Ref 59]. (ver cuadro No. 13)

cuadro No. 12

Fundación Primeros Hospitales

HOSPITAL	CIUDAD	AÑO FUNDACION	PRINCIPAL COLABORADOR
GENERAL	San Salvador	1807	Sr. Fernando A. Escobar, y Sr. José Abascal
SANTA GERTURIDS	San Vicente	1820	
SAN JUAN DE DIOS NUEVO	San Miguel	1832 1978	Sr. Juan Perez Gobierno. Proyecto BID
SAN JUAN DE DIOS	Santa Ana	1848	Sra. Andrea Menendez
SAN RAFAEL	Santa Tecla	1864	Sra. Luz Saldaña / Sr. Manuel A. Molina / Sr. Felipe Osegueda
SAN JUAN DE DIOS	Sonsonate	1867	
FRANCISCO MENENDEZ	Ahuachapán	1875	
PSIQUIATRICO	San Salvador	1895	
ROSALES	San Salvador: frente Palacio	1902	Sr. José Rosales
SANTA TERESA NUEVO	Zacatecoluca (Cantón El Espino)	1909 1972	Sra. Teresa de Alfaro Gobierno. Proyecto Alemán.
TUBERCUOSIS	Los Planes de Renderos	1914	
SAN PEDRO NUEVO	Usulután	1919 1972	Gobierno. Proyecto Alemán
BENJAMIN BLOOM NUEVO	San Salvador: Calle Arce	1928 1971	Sr. Benjamin Bloom Fundación Bloom
MATERNIDAD	San Salvador	1954	Sres. Regalado Dueñas

FUENTES: Infante Díaz. 1964. (Ref. 56). // Toruño, J.F. : 1970 . (Ref. 57). // Badía, R. 1974 . (Ref. 58).

La escasa sostenibilidad del sistema

Siendo un modelo predominantemente público, el financiamiento principal del sector, es igualmente de predominio público. Como ya se ha caracterizado, a pesar de que el modelo económico del país en los últimos años ha tenido un crecimiento positivo (privatizaciones, remesas externas, etc), la orientación de dicho modelo económico ha postergado las acciones sociales como lo evidencia: el bajo gasto en salud como porcentaje del PIB: 2.6 por ciento (solo superior al porcentaje de Guatemala); el bajo gasto en salud como porcentaje del gasto del Gobierno Central que era de 8 por ciento (el menor porcentaje de los países de Centroamérica y Panamá); el bajo gasto público percápita en salud (US$20 ó 30 al año para atender la salud de cada salvadoreño); el bajo nivel de Desarrollo Humano, lo cual es una clara expresión de la escasa prioridad que el Gobierno ha otorgado al sector salud (lugar: 104 de 174 países).

En consecuencia, con un *modelo económico* —más cónsono con las propuestas internacionales que con las realidades nacionales—, que no ha priorizado los sectores sociales, acompañado de un *modelo de salud* superado por el tiempo y la tecnología, es lógico entender la inadecuada situación de salud de la sociedad salvadoreña, muy especialmente de los segmentos pobres de dicha sociedad que son los mayoritarios del país. El modelo de salud bajo dicho contexto, no tiene sostenibilidad humana, ni equidad ni eficiencia social, estando expuesto a crisis continuas por aparición de brotes epidémicos (cólera, dengue), por deterioro del desarrollo humano y por conflictos permanentes entre los principales actores del sector.

El "modelo económico" ha generado serios problemas sociales que en cuanto a la desigualdad ha perpetuado las consecuencias de la crisis de los «ochenta» , entre cuyos principales problemas se mencionan los siguientes, tomando como referencia el documento BID[BID 60] : la carga de la deuda externa; la exacerbación de la pobreza; el deterioro de la infraestructura; la obsolescencia e ineficiencia del Estado; la degradación del medio ambiente; la urbanización desordenada, y la marginación social. Asimismo en el documento BID de referencia, se mencionan las siguientes medidas para disminuir o atenuar los efectos de la crisis: democratización,

modernización del Estado y credibilidad; estabilización de la economía; financiamiento de la inversión; reconciliar la eficiencia económica con la solidaridad social; reducir el costo social de las reformas; resolver la deuda social: invertir en educación y salud pública; reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida, y formar cuadros humanos calificados.

Bases para la transformación del Sistema

En este trabajo – de naturaleza teórico y conceptual -, no se pretende realizar una proyección de futurología para la cual no estamos preparados, ni tampoco se pretende presentar recetas únicas para lo cual no estamos capacitados ni motivados. Creemos que la propuesta de transformación, modernización o reforma del sector salud tiene una dimensión de alta complejidad que involucra decisiones de naturaleza política, financiera, social, y gremial, y trasciende las ideas de un trabajador de salud o de un "experto internacional".

Dentro del contexto anterior, lo que es permisible con cierta benevolencia, es identificar una serie de requisitos y criterios, que a manera de " ideas fuerza " puedan servir de marco de referencia para un mayor y mejor análisis sobre la transformación del sistema de salud en El Salvador. En ese sentido, a continuación se mencionan elementos que solo tienen validez en el contexto teórico enunciado.

(a) *Requisitos*, para cumplir con la Reorganización del Sistema de Salud se requiere:

❑ la voluntad gubernamental expresada a través de un *Acuerdo Político Social* de amplia participación entre las fuerzas políticas y sociales del país (Poder Ejecutivo, Poder Legislativo, Municipalidades, Universidades, Medios de Comunicación, Iglesias, Gremios de Profesionales de Salud, Sector Privado, Líderes Comunitarios, etc) para mejorar la situación del sistema de salud.

❑ evidencia de un *Compromiso Financiero* de incrementar el financiamiento del sector y focalizar el gasto público en favor de los programas preventivos de mayor externalidad positiva para la salud de la población;

❑ el desarrollo de un *Acuerdo de Salud* que comprenda la participación de los mejores expertos y que tenga la direccionalidad de transformar el sistema de salud hacia el logro de los objetivos de la Reorganización del Sistema de Salud.

(b) Objetivos de la Reorganización del Sistema de Salud, la "*Imagen Objetivo* " de la propuesta de Reorganización pretende cumplir en el mediano plazo, los siguientes objetivos básicos:

cuadro No. 13

INSTITUCION	COBERTURA ESTIMADA	RECURSOS
MSPYAS	40% de población en consulta externa 76 % en hospitalización	362 establecimientos 5.266 camas hospitalarias 2.504 médicos 21.253 funcionarios
ISSS	583.613 habitantes 11.5 % de la población	44 establecimientos 1.424 Camas 1.476 médicos 9.194 funcionarios.
ANTEL	45.000 beneficiarios 0.9 % de la población	8 establecimientos 83 camas 98 médicos 406 funcionarios.
BIENESTAR MAGISTERIAL	140.000 habitantes 2.8 % de la población	Contratos con sector privado.
SANIDAD MILITAR	SIN DATOS	2 hospitales
CEL	15.400 beneficiarios 0.3 % de la población	15 clínicas de atención externa Contratos con sector privado
ANDA	15.000 beneficiarios 0.3 % de la población	6 clínicas de atención externa Contratos con ISSS

❑ Mejorar la *equidad*, a través de favorecer el acceso a servicios y programas básicos a los núcleos de población en riesgo biológico (mujeres y niños) y social (pobres), y lograr un adecuado financiamiento público para las actividades de salud de mayor externalidad positiva (programas preventivos promocionales).

❑ El fortalecimiento del principio de *solidaridad* en beneficio de la población en condición de pobreza que constituiría el objetivo principal de la focalización de los fondos públicos de salud. Este lineamiento es sumamente importante por que nos permite la redistribución de bienes y servicios a población en condición de marginación social. Hay que tener en consideración que la segmentación de la estructura económica de la población salvadoreña ha cambiado en los últimos 15 años, pasando de tres segmentos («ricos, clase media y pobres»), a 4 segmentos: («ricos, clase media, pobres y extremadamente pobres»).

❑ El *Mejoramiento de la Calidad* tanto en lo referente a la atención a personas como de protección del ambiente. Este programa comprendería actividades tendientes a normatizar: la habilitación y acreditación de establecimientos de salud; la protección al consumidor en cuanto a alimentos y medicamentos; la coordinación de la formación del personal de salud; la seguridad ambiental y; el cumplimiento de los derechos de los pacientes.

❑ La *Sostenibilidad Financiera* del Sistema. Para ello se propone un incremento y una mejor focalización del gasto público en salud.

❑ La *Eficiencia Institucional* es condición esencial y se lograría a través de la reorganización de las principales instituciones del sector, que favorezcan: la racionalización del gasto priorizando actividades de mayor externalidad positiva para la población pobre; la coordinación de actividades con otras entidades del sector; la adecuada utilización de recursos; la organización gerencial con nuevas modalidades de gestión como grupos de trabajo específico, externalización de ciertos servicios hospitalarios, etc, y; el desarrollo de nuevas modalidades de entrega de prestaciones (contratos de gestión con diferentes proveedores: cooperativas, asociaciones gremiales, ONGs, etc).

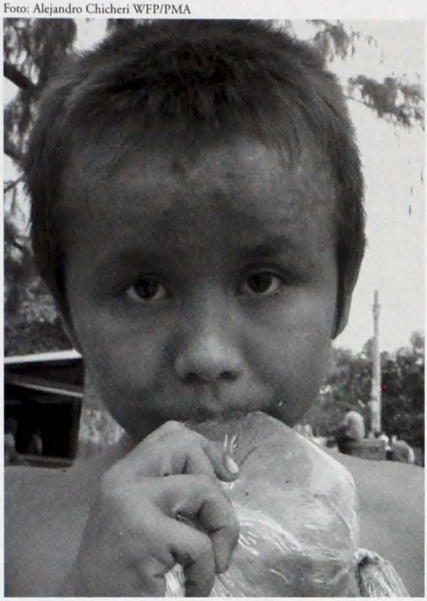
(c) *Aspectos Técnicos de la Reorganización del Sistema:*

❑ *Lineamientos de Conducción*

Hay que tomar en cuenta los siguientes criterios: conducción multi-disciplinaria del sector que incluya profesionales de salud, financiamiento y gerencia; ejecución flexible, gradual y por etapas; direccionalidad a mediano plazo, pero con instrumentos de "programación y evaluación: planes operativos anuales"y modalidades como "contratos gestión"; participación del conjunto de la sociedad civil en el cuidado de la salud (sector público, sector privado social, sector privado comercial, municipalidades, universidades, etc); fortalecimiento de un "modelo de atención " integral que promueva las intervenciones de mayor externalidad positiva, y; cambios en la modalidad del trabajo, sustituyendo la "estructura vertical" por una modalidad de tipo "colegiado, de consenso, basado en la formación de Grupos Técnicos de Salud" (tipo "task force"), multidisciplinarios, con contratación temporal y por productos.

Foto: Thirza Ruballo

Foto: Alejandro Chicheri WFP/PMA



❑ *Lineamientos de Financiamiento*

Para ello se propone un *incremento del gasto en salud* bajo la siguiente combinación de parámetros: destinar al gasto público en salud entre 3 y 5 por ciento del PIB (actualmente 2.6/2.7), y/o asignar al Ministerio de Salud entre el 10 y 12 por ciento del gasto del Gobierno Central (actualmente 8 por ciento); focalizar entre el 50 y 60 por ciento del presupuesto del Ministerio de Salud para la ejecución de programas preventivos promocionales de salud pública; proponer mecanismos que sustenten el «autofinanciamiento» de ciertas actividades de salud; desarrollar instancias de contención de costos; generar nuevas fuentes de recursos, [5] y recuperar la capacidad instalada de salud. En este aspecto, hay que señalar que no se trata solamente de incrementar el gasto en salud—completamente justificado—, sino que debe acompañarse de un compromiso de hacer más eficiente el gasto público. Para ello se deberán determinar claros criterios de reasignación de fondos y creación de mecanismos de control gerencial, con priorización de actividades que beneficien a la población en condición de marginación social y pobreza. En cuanto a las necesidades de inversión, el País podría utilizar racionalmente recursos provenientes de la privatización de las empresas del Estado y de financiamiento externo (organismos multilaterales y bilaterales), pero bajo el contexto de un Plan de Reorganización del Sector Salud.

❑ *Lineamientos Estratégicos*

Estamos conscientes de la dificultad de reorganizar y/o cambiar de forma inmediata un sistema social. Es necesario y prudente, desarrollar una estrategia en la cual se van readecuando los escenarios políticos, culturales, gremiales, sociales y jurídicos, pero sin perder la direccionalidad del proceso de cambio. Los aspectos financieros – de gran trascendencia -, requiere que se ponga sobre la mesa el esfuerzo interno que el país pueda realizar, acompañado de un proyecto de financiamiento externo bien consensuado que trascienda los intereses políticos del gobierno y se convierta en un acuerdo político de la sociedad en su conjunto.

En ese sentido la propuesta de Reorganización del Sistema se vislumbra en un plazo de aproximadamente 5 años que comprendería dos fases bien diferenciadas: Desarrollo , de tres años, y Consolidación de dos años. El esquema propuesto, requiere:

(a) Un esfuerzo del Gobierno que sin desequilibrar la Cartera Presupuestaria del Gobierno, priorice el sector salud durante los próximos cinco años. Esta prioridad debe tener una expresión financiera que incremente la asignación al sector público de salud en la siguiente forma anual: 12, 11, 11, 10, y 10 por ciento del gasto del Gobierno.

(b) El esfuerzo nacional no parecería ser suficiente, por lo que en el esquema que se presenta se propone un financiamiento externo por US$70 (setenta) millones que se desembolsaría en el lapso de cinco años con el siguiente esquema anual: US$ 10, 15, 15, 15 y 15 millones.

(c) El esfuerzo de la Sociedad Salvadoreña (recursos nacionales y deuda externa) deben ser sustentados por un compromiso profesional de los gremios participantes en el sector salud, de realizar las reformas que conduzcan a lograr una mayor eficiencia, además de la mejoría de las condiciones de salud de la población de mayor riesgo. La premisa es que con un proceso prioritario de cinco años, el sector salud pueda haber realizado los cambios necesarios para asegurar la sostenibilidad financiera del sector en los años siguientes.

(d) La conducción del sistema debe estar en manos de los más calificados recursos humanos del país. (ver cuadro No. 14)

❑ *Lineamientos de Organización*

La Reorganización del Sistema – teórica y para discusión -, se orientaría a la configuración de un Sistema Nacional de Salud que se vislumbra como una estructura organizativa con tres niveles: una Entidad de Conducción del Sistema (especie de Superintendencia Nacional de Salud) para la regulación y control de las instituciones del

cuadro No. 14

Esquema Ilustrativo de Fases de la Reorganización del Sistema de Salud

FASE	ACCIONES BASICAS	LAPSO	FINANCIAMIENTO (1)
DESARROLLO	DISEÑO DEL SISTEMA: Acuerdos : Político, Jurídico, Financiero y de Salud. Desarrollar la Entidad de Conducción del Sistema Desarrollar la Entidad Normativa del Sistema. Desarrollar la Entidad Ejecutora del Sistema. Definición de las Bases del Sistema: Reforma Atención Primaria de Salud. Reforma Hospitalaria. Reforma Gestión Institucional. Reforma Financiera. Reforma Jurídico Procesal. Difusión de las Bases del Sistema Programa de Capaciración. APLICACIÓN DEL SISTEMA: Reforma de la Atención Primaria de Salud: Programa de Enfermedades Transmisibles. Programa Atención Mujer Programa Atención Niño. Programa de Nutrición. Programa de Educación en Salud. Programa de Control de Vectores. Reorganizar Puesros, Unidades y Centros Salud Reforma Hospitalaria: Reorganizar Hospitales Departamentales. Reforma de la Gestión Institucional: Definir Instrumentos Estratégicos de Gestión: Plan Estratégico Modelo de Atención Modelo de Gestión Reforma Financiera del Sistema: Modelo Financiero Crirerios asignación gastos.	Primer Año	12 % del Presupuesto del Gobierno y Financiamiento externo por US$ 10 millones.
	Reforma Atención Primaria de Salud: Fortalecer Programas Preventivos Fortalecer Programas Promocionales Fortalecer Participación Ciudadana Reforma Hospitalaria: Autonomía Hospitales Departamentales Reorganizar Hospitales Regionales Reorganizar Hospitales Especializados Reforma de Gestión Institucional: Procedimientos Control de Gasros Desarrollo Sistemas Municipales de Salud. Reforma Financiera: Presupuesto por Rendimiento. Criterios Recuperación de Gastos Sistemas de Contención de Cosros.	Segundo Año	11 % del Presupuesto del Gobierno y Financiamiento Externo por US$ 15 millones.
	Evaluación Intermedia del Sistema. Rediseño del Sistema Plan de Inversiones Reforma Atención Primaria Salud: Redefinición de Prioridades Enfermedades No Transmisibles Neoplásicas Cardiovasculares Degenerativas Reforma Hospitalaria: Autonomía Hospitales Nacionales Autonomía Hospitales Especializados.	Tercer Año	11 % del Presupuesto del Gobierno y Financiamiento Externo por US$ 15 millones.
CONSOLIDACION	Evaluación Resultados. Rediseño Sistema. Continuación de Reformas y Programas.	Cuarto y Quinto Año	10% del Presupuesto del Gobierno y Financiamiento Externo por US$ 15 millones.

Estimado en base a un financiamiento externo de US$ 70 millones a ser desembolsado en cinco años.

sector y de defensa de la salud del pueblo; una Entidad Normativa y Financiadora representada por un "Ministerio de Salud y Seguros Sociales: MSPYSS" que integraría *funcionalmente* ambas instituciones, para normatizar y financiar, los servicios y programas de salud. Este Ministerio estaría configurado con *4 Viceministros*: Salud Pública; Seguros Sociales; Provisión de Servicios (atención médica y hospitalaria), y Coordinación intersectorial, y una Entidad Ejecutora del Sistema que coordinaría la oferta de proveedores locales (público y privados de toda naturaleza: Servicios Públicos, Consultorios Particulares, ONGs, Universidades, Cooperativas, Asociaciones profesionales, Mutualistas, etc) ya sea como Sistemas Departamentales y/o Sistemas Municipales de Salud. (ver cuadro No. 15)

cuadro No. 15

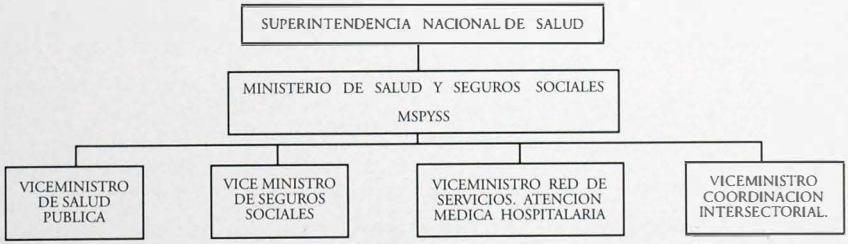
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ESTRUCTURA FUNCIONAL
A manera de Ejemplo para Análisis

FUNCIONES	RESPONSABILIDAD TECNICA	RESPONSABILIDAD FINANCIERA
1. Normatización de las instituciones del sector. 2. Asignación financiera de las instituciones del sector. 3. Defensa de la salud del pueblo	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.	Presupuesto de la Nación.
1. Normatización de Servicios y Programas. 2. Asignación financiera de los servicios y programas. 3. Coordinación intersectorial e Internacional.	MINISTERIO DE SALUD Y SEGUROS SOCIALES.	Presupuesto MSPYSS. Presupuesto Seguro Social. Otros Recursos (i)
1. Organización de Servicios y Programas. 2. Coordinación y control proveedores Servicios.	SISTEMAS DEPARTAMENTALES / MUNICIPALES DE SALUD	Presupuesto MSPYSS. Presupuesto Seguro Social. Otros Recursos (i)
1. Provisión de Servicios y Programas.	Sector Privado Social (ONGs, Fundaciones, etc). Sector Privado Comercial. Municipalidades. Universidades. Seguros de Pre pago. Etc	Presupuesto MSPYSS (ii). Presupuesto Seguro Social. Otros Recursos (i).

(i) Otros recursos: Fondos provenientes de contribuciones específicas: Industria tabacalera para programas de salud pública y medicamentos esenciales; industria de bebidas alcohólicas para equipo y mantenimiento; industria farmacéutica para el programa de investigación tecnológica, y recursos de las privatizaciones para el plan de inversiones de salud.

(ii) Transferencias del MSP y SS para contratar servicios para la protección de la población objetivo: mujeres, niños y pobres.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA



Citas

[1] *La Salud es aquel estado de armonía y equilibrio funcional que se traduce por un silencio orgánico. El corazón se contrae, el intestino hace movimientos peristálticos, el pulmón trabaja a un ritmo determinado de respiraciones por minuto, la sangre circula por arteria y venas... todo ello en absoluto silencio orgánico. Cuando dicho silencio se interrumpe y tomamos conciencia de ello, ocurre algo en el organismo que se manifiesta por una enfermedad.*

[2] *La salud constituye un proceso de equilibrio entre el huésped, el agente etiológico y el medio ambiente (favorable al huésped).*

[3] *Las metas del Plan de Acción refieren que ningún país de la Región de Las Américas tendrá en el año 2000: (i) una Esperanza de Vida al nacer inferior a 70 años; (ii) una mortalidad infantil mayor de 30 por mil; (iii) una mortalidad de niños entre 1 y 4 años superior a 2.4 por cada mil niños de esas edades, y (iv) cobertura con inmunización al 100% de niños menores de un año contra difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis.*

[4] *BID. Las Economías de los Países Centroamericanos. Edición V. Washington, D.C. Julio de 1998.*

[5] *A manera de ejemplo se podrían crear impuestos específicos al consumo de tabaco y alcohol que estarían destinados prioritariamente a los programas de protección de la salud de la mujer y del niño, al mejoramiento de la dotación de equipo y mantenimiento, a la investigación tecnológica, etc.*

Referencias bibliográficas

1 Armijo, Rolando. Curso de Epidemiología. Universidad de Chile. 1969.

2. Leavell, H. / Clark, G. Preventive Medicine for the Doctor in his community. 1968.

3. Hilleboe-Larimore. Medicine Preventive. 1966.

4. OPS. Horwitz, Abraham. Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana. Octubre de 1973. Washington, D.C.

5. OPS. Lalonde, Marc. Publicación Científica No. 270. Washington, D.C. 1973.

6. OPS. Guerra de Macedo, Carlyle. Publicación Científica No. 505. El Desafío de la Epidemiología. 1988. Washington, D.C.

7. Donabedian, Avedis. Los Espacios de la Salud. Fondo de Cultura Económica. 1988. México.

8. Serigó Segarra, A. Medicina Preventiva y Social. 1972. España.

9. Vargas, Raúl. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. Sonis. 1985. Argentina.

10. OPS. Publicación Científica No. 549. Las Condiciones de Salud en Las Américas, 1994. Washington, D.C.

11. BID. Progreso Económico y Social en América Latina: Como organizar con éxito los servicios sociales. 1996. Washington, D.C.

12. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. 1998. USA.

13. OPS. Documento Oficial No. 179. Salud Para Todos en el Año 2000. Plan de Acción. 1977. Washington, D.C.

14. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en Salud. 1993. Washington, D.C.

15. OPS. Dubois, René. Publicación Científica No. 131. El Espejo de la Salud. 1966. Washington, D.C.

16. OMS. Les Aspectes Economiques de la Santé. Chron. 1952. Geneve.

17. McKeown, T. Medicine in Modern Societies. 1965. London.

18. OPS. Documento Oficial No. 118. Plan Decenal de Salud para Las Américas. 1973. Washington, D.C.

19. OPS. Publicación Científica No. 208. Ensayo de Tipologías Socioeconómicas en países latinoamericanos. 1970. Washington, D.C.

20. Migliónico y Col. Tipologías de Salud y Desarrollo. 1971. ILPES, Chile.

21. OPS. Cuaderno Técnico 14. Los Servicios de Salud en Las Américas. 1988. Washington, D.C.

22. Soberón, G. / Narro, J. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. Equidad y Atención de Salud en América Latina. Julio de 1985. Washington, D.C.

23. OPS. Bravo, A. Publicación Científica: Sistema Nacional de Salud. 1972. Washington, D.C.

24. Zukin, Paul. Guide to the assesment of Health Maintenance Organization (HMO). Feasibility. 1985. Washington, D.C.

25. OIT. Tamburí, G. Evolución, Tendencias y Perspectivas de los Sistemas de Seguridad Social en América Latina. 1982. Ginebra.

26. BID. Mesa Lagos, C. Progreso Económico Social en América Latina. Seguridad Social. 1991. Washington, D.C.

27. Fundación Mexicana para la Salud: Propuestas para el avance del Sistema de Salud en México. 1994.

28. Banco Mundial. Londoño, J.L./ Frenk, J. Structured Pluralism. Towards a new model for Health System Reform in Latin America. 1996. Washington, D.C.

29. Frenk, J / Londoño, J.L. /Lozano, R. Futuros Escenarios de Salud en América Latina. 1997. México.

30. Banco Mundial. Frenk, J. Dimensions of Health System Reform. 1994. Washinton, D.C.

31. BID. Castagnino, E. RE3-96-004. Serie de Estudios Económico Sociales. Reforma Sectorial y Financiamiento del Sector Salud. Diciembre de 1996. Washington, D.C.

32. Newsweek. The Health Care Mess. Doctors under the knife. April 5, 1993./ Health Care Issue. Oct.4, 1993.

33. The Washington Post. Health. January 26, 1993.

34. Consumer Reports. Health Care Dollars. July, 1992.

35. The USA Today. Health Care Premium. January 27, 1993.

36. Time. Clinton's Health Plan. Sept.20, 1993.

37. República de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 10 del 10 de enero de 1990.

38. Fundación Mexicana para la Salud. Serie No. 2. Bases Doctrinarias de la Reforma de Salud. 1994.

39. Fundación Mexicana para la Salud. Serie No. 12. Hacia la Reforma del Sistema de Salud. 1994.

40. OMS. Cuadernos de Salud Pública No. 17. Abel Smith. El Precio de los Servicios Sanitarios. 1964. Ginebra, Suiza.

41. Banco Mundial. Govindaraj, R. Thecnical Paper No. 274. 1995. Washington, D.C.

42. OPS. Publicación Científica No. 234. Alfredo L. Bravo: Sistema Nacional de Salud. 1972. Washington, D.C.

43. Tejada de Rivero, David. Descentralización y Sistemas Locales de Salud. 1987. Washington, D.C.

44. OPS. Publicación Científica No. 395. Arbona, Guillermo/ Ramírez, A. La Regionalización de Servicios de Salud. 1980. Washington, D.C.

45. OPS. Publicación Científica No. 519. Paganini, Capote y Col. Los Sistemas Locales de Salud.
1990. Washington, D.C.

46. OPS. Publicación No. 93.Dawson. El futuro de los Servicios Médicos y Afines. London. 1920.

47. OPS/OIT. Castellanos, J. Políticas y Metas Regionales de Salud. 1982. Washington, D.C.

48. Rodriguez, María Isabel. Documento Mimeo. 1994.

49. BID – PNUD. Reforma Social y Pobreza. Washington, D.C. 1993.

50. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2000.

51. BID. Las Economías de los Países Centroamericanos. Washington, D.C. Julio de 1998.

52. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Salud en El Salvador. 1996.

53. BID. Hacia un enfoque integrado de Desarrollo, Etica, Violencia y Seguridad Ciudadana. Luis Ratinoff. Washington, D.C. 1996.

54. Ellacuría, Ignacio. Revista ECA. Aspectos Eticos del Problema Poblacional. Agosto a Septiembre de 1974. San Salvador.

55. Garcés, Miguel Angel. Instituto Nacional de Salud. Modelo de Causalidad en la categoría del consumo. Guatemala, 1989.

56. Infante Díaz, Salvador. Cáncer en El Salvador. Ministerio de Educación, San Salvador. 1964.

57. Toruño, Juan Felipe. El Diario Latino: 10 Enero de 1970. (Revista La Quincena del 12 de junio de 1904: Hospital de San Vicente).

58. Badía, Roberto. Revista Salvadoreña de Hospitales. Mayo-agosto de 1974. El Hospital de Zacatecoluca.

59. ANSAL. Análisis del Sector Salud de El Salvador. Sistema de Servicios de Salud. Informe Técnico. Enero de 1994.

60. BID. Las Perspectivas de los años noventa. Washington, D.C. Julio de 1990.

Roberto de Jesús Badía. Salvadoreño, Doctor en Medicina, Universidad de Barcelona, España. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Sao Pablo, Brasil. Especialista en Epidemiología, México y en Administración Hospitalaria, en Chile. Fue Ministro de Salud Pública y Asistencia Social en El Salvador, y Director del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Ha sido funcionario de la Organización Panamericana de la Salud y Consultor del Banco Interamericano de Desarrollo. Autor del Libro Apuntes de Salud Pública, actualmente reside en Barcelona, España.