

Entorno

Octubre - Noviembre 2001 - No. XXI

La salud de América Latina



Una visión actual con análisis retrospectivo y perspectiva de futuro

Dr. Roberto Badía Montalvo

El Salvador del futuro

Una visión académica

Senado Consultivo

de la Universidad Tecnológica de El Salvador



De izquierda a derecha, sentados: Lic. Alberto Arene, Licda. Carmen María Gallardo de Hernández, Lic. José Mauricio Loucel, Lic. Carlos Reynaldo López Nulla y Dr. Jorge Emilio Zedán. De pie: Ing. Eduardo Badia Sarra, Dr. José Domingo Méndez, Gral. Humberto Corrado Figueroa, Sr. Roberto Galicia, Ing. Mario Andino, Dr. Abraham Rodríguez, Lic. Juan Héctor Vidal y Lic. Rafael Rodríguez Loucel.

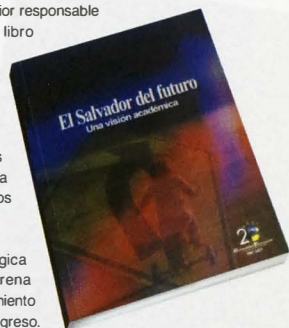
La Universidad Tecnológica de El Salvador, como un ente de educación superior responsable y consciente de su papel pensante dentro de la sociedad, presentó el libro

El Salvador del futuro

Una visión académica

obra escrita por los miembros de nuestro Senado Consultivo, destacados personajes de nuestra sociedad, cuya multiplicidad de pensamientos le otorga a nuestra Universidad la autoridad para ser ecuánime en su análisis de los problemas nacionales.

Al entregar este libro a la sociedad salvadoreña, la Universidad Tecnológica invita a reflexionar sobre el futuro del país, evaluando con íntima y serena convicción cuáles son las opciones válidas para definir los caminos del entendimiento y de la participación de todos para construir un Estado moderno de paz y progreso.



**Universidad Tecnológica, en el año de su XX aniversario,
contribuyendo a la edificación de un nuevo El Salvador.**

Universidad Tecnológica
La Gran Universidad de El Salvador



CONTENIDO

LA SALUD DE AMERICA LATINA

La situación de salud en América Latina 4



Los sistemas de salud en América y el Caribe 20

El sistema de servicios de salud 35



El sistema de salud de El Salvador 42

Referencias Bibliográficas 58

entorno

Universidad Tecnológica de El Salvador

Director General
Lic. José Mauricio Loucel
Presidente-Recor

Director Ejecutivo
Lic. Rafael Rodríguez Loucel
Vicerrector de Investigaciones y Proyección Social

Director de Producción
Jorge Barraza Ibarra
Director Departamento de Investigación

Consejo Editorial
Rafael Rodríguez Loucel
Lorena Duque de R. Arriaga
Jorge Barraza Ibarra

Edición
Thirza Ruballo

Diseño y Diagramación
Ana Cecilia Sínados González

Fotografías
Alejandro Chicheri
Ministerio de Salud
Thirza Ruballo

Ilustración de Portada
Alecu

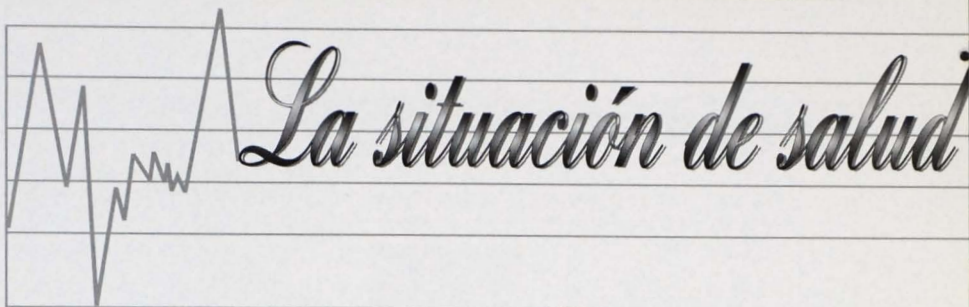
Los artículos y documentos que aparecen en esta edición son responsabilidad de sus autores.

Se autoriza la reproducción total o parcial de los artículos siempre que se cite la fuente.

Deberá solicitar autorización de los artículos reproducidos de otras publicaciones.

La Revista Entorno es una publicación de la Universidad Tecnológica de El Salvador. Calle Arce No. 1020. San Salvador. El Salvador, C.A.
Tels: 275-8888. Fax: 271-4764

e-mail: infoutec@utec.edu.sv
página Web: <http://www.utec.edu.sv>



El proceso salud enfermedad

El análisis del proceso "salud enfermedad" ha esclarecido la importancia no solo de los factores etiopatogénicos - cada vez más cambiantes por los avances de la investigación especializada relacionada con la genética - en la ocurrencia de las enfermedades, sino de los factores condicionantes de la estructura epidemiológica de una comunidad.

En este sentido, más allá de los universalmente aceptados conceptos de salud como el fisiológico de Armijo^(1Ref 1); el ecológico y de prevención de Leavell y Clark,^{2 (Ref 2)}, Hilleboe^(3Ref 3) y otros, así como el enfoque social de la Organización Mundial de la Salud, hay conciencia de la dificultad de expresar la salud en términos positivos como son el bienestar y calidad de vida, y en consecuencia, es evidente la existencia de limitantes para su valoración y medición.

Al respecto, en 1973 Horwitz,^(4Ref 4) enunció el concepto de "salud para el desarrollo", sustentado en el hecho que el progreso generalmente se revela en menos enfermedad y muerte, pero no necesariamente en mayor bienestar individual o colectivo y/o en mayor acceso a oportunidades de salud. Complementando este marco conceptual, Lalonde^(5Ref 5) en su análisis del proceso de salud, identificó cuatro factores determinantes relacionados con: la biología humana, que comprende los aspectos de salud que se desarrollan dentro del cuerpo humano como consecuencia de la interacción entre el agente etiológico y el sistema inmunológico; el ambiente físico y social, comprendiendo todas aquellas condiciones fuera del cuerpo humano que afectan la salud; el estilo de vida, como el conjunto de decisiones tomadas por los individuos con efecto significativo para su propia salud, y, la organización de la atención médica como

conjunción de recursos para proteger la salud. La Salud, como se cita por la Fundación Mexicana para la Salud, es "un mirador a través del cual se pueden observar muchos de los procesos sociales, económicos y políticos de nuestro tiempo".

En las naciones industrializadas, la evolución de las características de las enfermedades, se extendió progresivamente por más de un siglo y procedió en tres etapas bastante bien definidas identificadas en su conjunto como *transición epidemiológica*.^(6Ref 6) La *primera etapa*, se caracterizaba por la prevalencia de enfermedades infecciosas condicionadas por

situaciones de pobreza (hacinamiento, malnutrición, analfabetismo e inadecuada higiene). Esta etapa fue cediendo gracias al mejoramiento de las condiciones de trabajo, vivienda, al énfasis en la prevención primaria (educación sanitaria, saneamiento ambiental básico), y a la disponibilidad de tecnologías que difundieron la antisepsia, quimioterapia y la preven-

Tanto salud como educación no pueden ser considerados elementos típicos del sistema de recompensas que se obtienen a través del ingreso monetario. El "mercado" de salud presenta tantas imperfecciones que es "perfectamente imperfecto"

ción de ciertas enfermedades por inmunización específica. En la identificada como *segunda etapa*, las enfermedades degenerativas y en general no transmisibles, tales como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes, neoplasias, etc, comenzaron a emerger, reemplazando a las enfermedades infecciosas como principales causas de defunción, siendo necesario para su control, de complejos métodos de diagnóstico y tratamiento con énfasis en la prevención secundaria y terciaria. Por último, la *tercera etapa*, refleja una constante preocupación por los problemas de salud causados por la exposición a contaminantes ambientales y las condiciones sociales cambiantes en la familia, comunidad y lugar de trabajo, que favorecen la aparición de problemas de conducta, violencia, el uso indebido de alcohol y la farmacodependencia.

Este proceso, en los países subdesarrollados no ha seguido la gradualidad antes expuesta, sino que las tres etapas han prevalecido concomitantemente identificando un mosaico de «doble carga epidemiológica» muy difícil de aten-

recursos de salud –, ofrecen en sus promedios generales las desventajas de todo nivel de medición: ocultan diferencias entre diversos países y regiones de un mismo país; no son igualmente comparables – ni dentro de un mismo país, ni entre países- por los limitantes de los sistemas de información y por la magnitud del subregistro; los distintos períodos y diferentes metodologías para la recolección de datos dificultan el análisis comparativo; los aspectos conceptuales para las actividades de salud. Además de dichos factores negativos, las fuentes de datos no siempre proporcionan información básica, homogénea y similar, siendo en algunas ocasiones, datos no comparables (por terminología y épocas diferentes) y a veces hasta contradictoria. No obstante lo anterior, la información estadística que se presenta para el análisis de la situación de salud en América Latina y Caribe, la hemos seleccionado entre aquellas publicaciones generadas por organismos internacionales de experiencia en América Latina (Organización Panamericana de la Salud: OPS; Banco Interamericano de Desarrollo: BID; Banco Mundial, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo: PNUD; Fondo de Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF) tratando de homogenizar la selección de datos de modo que permita a manera de trazadores y/o “benchmarks” la imagen de situación y hasta una sutil comparación en escenarios diferentes.

Aún cuando parece existir una clara relación entre salud y desarrollo económico, hay que tomar en cuenta el *hecho diferencial de la salud*, que como expresa Donabedian^(1 de 7), tanto salud como educación no pueden ser considerados como elementos típicos del sistema de recompensas que se obtienen a través del ingreso monetario. El “mercado” de salud presenta tantas imperfecciones que es “perfectamente imperfecto”, debido a las asimetrías entre productores y consumidores, siendo que el consumidor no posee la información adecuada para guiar y orientar sus decisiones de compra y por otra parte, el productor es en la mayoría de casos quien decide: demanda inducida por la oferta. Por otra parte, los beneficios de la atención de salud, no son estrictamente individuales ya que llegan a la familia y sociedad. Las *externalidades* son un ejemplo de ello: (el control de las Enfermedades Transmisibles benefician a la persona y a la sociedad, es decir, poseen alta externalidad positiva. La atención médica curativa individualizada beneficia principalmente a la persona: baja externalidad positiva o externalidad negativa. La falta de control sanitario de las basuras afecta negativamente a la persona y comunidad: externalidad negativa).

En este sentido, presentamos como primera aproximación a una imagen comparativa de los países de América Latina y Caribe, la situación de 3 variables: Población en número de habitantes y tasa de crecimiento demográfico; PBI, y Nivel de Pobreza (cuadro No. 1)

cuadro No. 1

REGION	EN MILES DE HABITANTES 1995 2025	TASA % CRECIMIENTO DEMOGRAFICO	PBI REAL PERCAPITA EN US\$	NIVEL POBREZA %
MUNDO	5.759.276 - 8.472.446	1.20	5.990	
AMERICA	774.220 - 1.061.999 13.44% 12.53%	1.52		
CANADA	28.744 38.000	0.6	21.916	...
USA	263.000 322.000	0.8	26.977	...
ESPAÑA	39.000 39.100	0.3	14.789	...
AMERICA LATINA	482.476 - 701.555 8.37% 8.28%	1.80	5.869	36
Area Andina	100.334 152.113	2.75	5.119	49
Brasil	161.382 219.673	1.59	5.928	30
Caribe	37.426 52.380	1.40	6.464	28
Centroamérica y Pan	33.082 61.752	2.75	3.722	50
Cono Sur	56.582 78.154	1.36	7.216	19
México	93.670 137.483	2.06	6.769	38
FUENTE DATOS	OPS/OMS, Pub.Cient. 549 1994.	OPS. P.C. 549. W.B. W.D.I. 1997	PNUD. Informe Des. Humano.1998	PAHO. Basic Indicators.1997.

1. El Area Caribe – para estos efectos – comprende 6 países: Bahamas, Barbados, Cuba, Haití, Jamaica y República Dominicana.
2. El Area Andina –para estos efectos – comprende 5 países: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.
3. CentroAmérica y PN comprende 6 países: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
4. El Cono Sur – para estos efectos – comprende 4 países: Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay.

La estructura epidemiológica

Conceptualmente, por *estructura epidemiológica* entendemos el conjunto de factores relacionados con el agente etiológico, huésped y ambiente que ejercen influencia sobre la historia natural de la enfermedad en una colectividad. Estos factores actúan conjuntamente y experimentan variaciones continuas en su intensidad de acción, haciendo que la estructura epidemiológica sea variable en tiempo y espacio. A las formas como se manifiesta una enfermedad en función de su estructura epidemiológica se le identifica como *caracteres epidemiológicos*.

los niveles de desarrollo humano requieren que "la gente viva una vida larga y saludable, tenga conocimientos y cuente con acceso a los recursos necesarios para tener un nivel decente de vida".

Los cambios en la estructura y caracteres epidemiológicos se suelen producir al menos en dos fases estrechamente relacionadas y dependientes: la primera es la *transición demográfica* en que la estructura de población va evolucionando de población de tipo "joven o progresiva" a población de tipo "vieja o regresiva" – en los conceptos de Burdófer y Whipple^(18/8), observándose la sucesión de etapas caracterizadas por reducciones en la mortalidad general (que disminuye a causa del control de las enfermedades transmisibles) y en la fecundidad medida a través de la *Tasa Global de Fecundidad*. En esta fase, los cambios en los indicadores de salud dependen principalmente de la disminución de la mortalidad. El salubrista peruano, Raúl Vargas^(19/9), sintetiza la "Teoría de la Transición Demográfica" - basado en lo observado en muchos países europeos en los últimos 300 años-, con el siguiente esquema: (a) los países se inician con niveles altos de natalidad y mortalidad. La diferencia entre estos dos niveles (natalidad y mortalidad) es pequeña, y en consecuencia, el saldo natural – incremento en números absolutos de la población – no es muy grande, lo cual resulta en una baja tasa de crecimiento. Esta fue la situación de los países de Europa que presentaban tasas de natalidad de alrededor de 35 por mil y de mortalidad de 33 por mil; (b) en un momento dado se inicia un acentuado descenso de la mortalidad – especialmente catastrófica por el control de las 4 epidemias prevalentes (cólera, viruela, fiebre amarilla y peste) -, que se mantiene en forma sostenida, mientras que la natalidad permanece a los mismos niveles anteriores, lo cual produce un exceso cada vez mayor de nacimientos

sobre defunciones y, por lo tanto, un crecimiento acelerado de la población.

Tal es la situación que se presentó en algunos países europeos desde el inicio del siglo XVIII hasta finales del siglo XIX acompañando a todo el proceso de la revolución industrial; (c) comienza luego un descenso de la natalidad, mientras que la mortalidad –especialmente de tipo "ordinaria", continúa su proceso descendente pero a un ritmo más moderado. La población continúa creciendo a un ritmo más lento que en la etapa anterior, aunque mucho más rápido que en su etapa inicial. Tal fue la situación de los países europeos occidentales que duró hasta el inicio de la segunda guerra mundial; (d) se produce luego una estabilización de las tasas de natalidad y mortalidad, ambas a niveles bajos, pero con una diferencia entre ellas de mayor amplitud que en la etapa inicial del proceso, con lo cual la población continúa creciendo a un ritmo más o menos estable, inferior a la etapa inmediatamente precedente, pero superior a la etapa inicial.

El hecho práctico observado es que la disminución de la mortalidad es la que ha causado el incremento de población en países menos desarrollados. Las fuerzas decrecientes de la mortalidad en los países europeos antes del siglo XX, presentan asociaciones muy estrechas con fuerzas del desarrollo general y con factores económicos y sociales que no son enteramente identificables con el accionar de la medicina y del sector salud. En cambio, los descensos de mortalidad observados en años recientes tienen una marcada relación con acciones destinadas específicamente a tal propósito y llevadas a cabo por el sector salud con la ayuda del gran desarrollo tecnológico de la medicina. También puede explicarse el descenso de la fecundidad en los países que han completado su transición demográfica, por medio de su asociación con variables culturales, sociales y económicas, ya que los cambios de éstas determinaron la adopción paulatina de nuevas normas de vida incompatibles con altas tasas de natalidad. En contraste, en los países menos desarrollados no se han dado aún los cambios correspondientes en las mencionadas variables, lo cual puede explicar en gran parte la persistencia de una relativa alta tasa de fecundidad. La situación de los países de América Latina y Caribe permite distinguir cuatro estadios en relación con la transición demográfica (cuadro No. 2)

La segunda fase es la *transición epidemiológica* en la cual la población envejece y las enfermedades no transmisibles pasan a tener mayor prevalencia. Los principales problemas de morbi mortalidad de los países de América Latina y Caribe, están determinados por patologías tanto transmisibles como no transmisibles, poniendo en clara evidencia la "doble carga epidemiológica" con la presencia de enfermedades infecciosas, desnutrición y problemas de salud reproductiva,

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: SIDA

La epidemia de VIH en América Latina y Caribe se inicia en 1986 en Haití con un predominio de la transmisión heterosexual, habiéndose notificado en 1994 (según datos de la Organización Panamericana de la Salud) un total de 435 mil 978 casos que representan el 56 por ciento del total de casos notificados a nivel mundial. Los países con mayor prevalencia de VIH en América Latina y Caribe son: Brasil, Haití, Colombia, Argentina, Venezuela y Honduras, estimándose que el número de personas infectadas con virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 en Las Américas era de 3 millones.

Accidentes y Violencia

La mortalidad por causas externas (accidentes y violencia) se ha incrementado en los países de América Latina habiendo afectado con mayor intensidad a Colombia, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, México y Honduras, como consecuencia de conflictos sociales y al incremento de la inseguridad ciudadana. La mortalidad por estas causas sobre el total de muertes era para Colombia de 25.4 por ciento, El Salvador, 23.4 y Guatemala, 13.8.

Enfermedades Cardiovasculares

Las tasas más elevadas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares se encuentran en países del Caribe "inglés" y el Cono Sur; y las tasas más bajas se observan en México y Centroamérica. Las menores tasas corresponden a Nicaragua (18.9 por ciento del total de muertes), Perú (19.4) y México con 20.3. Las mayores tasas se observan en Argentina (46.4), Cuba (43.5) y Uruguay (41.4).

Tumores Malignos

El número de defunciones por estas causas en América Latina fue en 1993 de aproximadamente 380 mil lo que representaba el 12 por ciento del total de muertes. La mortalidad proporcional mostraba promedios que en algunos países (Uruguay, Cuba) eran similares a los de USA. En efecto los valores mínimos se observaban en Honduras (6 por ciento del total de muertes), El Salvador y Nicaragua, con 8; y los valores máximos los encontramos en Argentina, 18.7, Cuba, 19.4 y Uruguay con 24.9.

El nivel de salud de la población

De 1950 a 1978 prácticamente todos los países experimentaron un crecimiento sostenido de sus economías, pero este crecimiento no tuvo el mismo carácter en cuanto al grado de redistribución social. En la década de los 80 casi todos los países fueron afectados por crisis económicas te-

Foto: Alejandro Chicheri WFP/PMA



niendo que aplicar procesos de ajuste estructural a sus modelos de desarrollo acompañados por cambios en la organización de los gobiernos centrales. Esta crisis económica condujo a un fuerte deterioro de los servicios sociales públicos – especialmente educación y salud – los cuales en la mayoría de casos dependían de los aportes de financiamiento estatal de nivel central. Este deterioro afectó principalmente la cobertura y calidad de los servicios.

Si bien la mayoría de países – a mediados del 90 – habían presentado mejorías en sus economías, el nivel de deterioro de los sistemas sociales públicos no había sido superado destacándose:

- (a) Las *inequidades y desigualdades sociales*, siendo que los ingresos económicos del 20 por ciento más rico de la población, son 20 veces mayores que los del 20 por ciento más pobre de la población. En 1990 se estimaba que el 46 por ciento de la población de América Latina se encontraba por debajo de la línea de pobreza, observándose que en los períodos de crecimiento económico, el ritmo de reducción de pobreza fue menor que el crecimiento de la economía.
- (b) Los *cambios demográficos y la urbanización*, expresados a través de la transición demográfica y el consecuente rezago epidemiológico, acentuado por el hecho de que en 1990, de las 35 ciudades a nivel mundial con más de cinco millones de habitantes, cinco se encontraban en América Latina (México, Sao Paulo, Río de Janeiro, Buenos Aires, Lima), ocupando México DF el primer lugar como mayor aglomeración del mundo.
- (c) Los *cambios en la organización de los servicios públicos*, que tuvieron y siguen teniendo un marcado nivel de ineficiencia para atender adecuadamente a las fuertes presiones por demanda insatisfecha acumulada de sus poblaciones.

Foto: Cortesía Ministerio de Salud



Con respecto a las desigualdades sociales, el BID^{Ref 11)} expresa que: "...el análisis del sector salud evidencia la influencia de la organización de los sistemas socio económicos en los resultados del nivel de salud. Los resultados menores a los esperados reflejan problemas como la volatilidad del financiamiento público del sector, la existencia de reglas que han segmentado y fragmentado los servicios de salud entre diferentes grupos de población, incentivos implícitos que conducen a un gasto excesivo de recursos públicos, la provisión insuficiente de servicios que en términos generales conllevan a desperdicio de recursos...". El mencionado informe del BID analiza la persistencia de problemas reflejando la brecha entre los logros que serían potencialmente alcanzables si los sistemas de salud funcionaran bien, y los logros que dichos sistemas han alcanzado. Para medir esta brecha se calculan los niveles de salud que cabría esperar en base a su nivel de desarrollo y se comparan dichos niveles esperados con los observados. Para ello, se seleccionaron 4 indicadores para los cuales los niveles esperados se calcularon en base a la relación de los indicadores de salud y el ingreso per cápita de América Latina y los observados a nivel mundial encontrándose que América Latina y Caribe presenta en términos generales y promedios, una situación de salud peor de la que podría esperarse. (cuadro No. 3)

Por otra parte, la información sobre el estado de salud a nivel mundial del PNUD^{Ref 12)}, indica mejoría – incluso en los países más pobres – aun cuando el ritmo de dicho avance ha sido desigual entre diferentes países y dentro de regiones de un mismo país. En América Latina se aprecia un

marcado progreso hasta el inicio de los 80, que incluso llegó a generar una expectativa muy positiva sobre la evolución de los principales indicadores de salud de la región, lo cual tuvo su expresión en la determinación de metas dentro de la estrategia de OMS y OPS "Salud Para Todos en el año 2000"³ (Ref 13). A partir de los 80 – coincidente con la crisis económica de la década perdida – se observa en términos generales, un estancamiento de los progresos logrados, con serios problemas en la asignación del financiamiento y en la determinación de prioridades para los sectores sociales. Esta situación tiene su expresión con la aparición de daños a la salud que estaban controlados o eran desconocidos en América Latina (SIDA, Cólera, Leptospirosis, Malaria, Dengue, Tuberculosis, etc) siendo en su mayoría enfermedades transmisibles relacionados con las condiciones de pobreza. A finales de la década de los 90, parecería ser que dicha situación negativa comienza a revertirse y que se vuelve a recuperar la situación anterior y en algunos casos puntuales, a superarla. Es importante señalar que hay países con sistemas de salud muy diferentes, que independientemente de la cri-

cuadro No. 3

INDICADOR	OBSERVADO	ESPERADO
COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD EN % DE POBLACION.	78 %	89 %
MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR MIL NACIDOS VIVOS.	47	39
ESPERANZA DE VIDA AL NACER.	69.5 Años	72
PESO DE LA ENFERMEDAD EN AÑOS DE VIDA SALUDABLES PERDIDOS POR MIL HABITANTES.	231.6	200.1

FUENTE: BID. Progreso Económico Social en América Latina y Caribe. 1996.

sis económica, han podido mantener su buen nivel de salud mencionándose a Barbados, Bahamas, Chile, Costa Rica, Cuba y Uruguay, siendo países que históricamente han priorizado – independientemente de su situación socio económica – , la intervención en sectores sociales.

Si bien la mortalidad prematura se ha reducido, no quiere decir que ello signifique una mejoría general ni sustancial, dada la desigual distribución de la salud y a que en buena parte este dato puede explicarse por el proceso de *transición demográfica de dichas comunidades*. Además, las deficiencias de información estadística y de notificación de casos es importante, mencionándose que salvo países como

cos se inclinan a creer que las reformas políticas y sociales es el recurso más promisorio para mejorar la salud de las poblaciones».

Dentro de este contexto, Myrdal⁽⁶⁾ analizó en términos generales las relaciones existentes entre el nivel de salud y el desarrollo socioeconómico y llamó la atención para el «círculo vicioso de la pobreza», fundamentándose en su teoría de los «efectos acumulativos» basada en que la modificación de un factor de desarrollo económico repercute inmediatamente en los demás factores y mediatamente en la incidencia de problemas de salud. El salubrista argentino, Abraham Sonis,⁽⁷⁾ valida la idea que «la salud es expresión del nivel de vida y que éste a su vez depende del grado de desarrollo económico social, cuya evolución puede seguirse en grandes líneas, observando la marcha de los indicadores de salud». El mismo autor afirma dos conceptos: el camino del mejoramiento de la salud es el que marca el desarrollo, el que surge de un mejor nivel de vida, de un aumento del ingreso, de mejores condiciones económico sociales. El dominio de la patología del subdesarrollo, la disminución de la mortalidad infantil, el control de las enfermedades transmisibles, el saneamiento del medio ambiente, constituyen el camino de la salud para los países y regiones subdesarrolladas; el segundo concepto se refiere a la confirmación que la relación entre desarrollo y salud (medida ésta por la mortalidad) no es lineal, no es simple, no se mueve en un solo plano; por el contrario, es compleja, plena de matices, y su estudio debe ser encarado teniendo en cuenta el gran número de variables que se mueven en la misma. Corroborando lo anterior, pero en otro escenario, McKeown⁽⁸⁾ afirma que la declinación de la mortalidad a partir de 1850, se debió a la disminución de la mortalidad en cinco afecciones: tuberculosis responsable del 50 por ciento de los óbitos, tifoidea y escarlatina responsables de un 20 de las muertes, cólera y disenterías responsables del 20, y viruela responsable del 5 por ciento restante. El mismo autor jerarquiza las razones que llevaron a esta disminución de la mortalidad en el siguiente orden: mejoramiento del nivel

de vida; mejoramiento de la higiene ambiental; identificación de la interrelación agente etiológico y huésped, y la acción médica directa.

Por su parte Horwitz⁽⁹⁾ expresa el «concepto universal de salud» cuando dice: «Se acepta hoy que la salud es, para cada ser humano, un fin, y para la sociedad a que pertenece, un medio». La salud es un fin, como objeto permanente de preocupación individual que le permite a cada cual realizarse. Bien se ha dicho que somos como lo determina nuestra herencia genética y como el ambiente lo permite. En este sentido, la salud revela la capacidad innata adquirida de adaptación de cada persona. Es un proceso sutil, ininterrumpido salvo por la aparición de enfermedades de etio-



Foto: Alejandro Chichén WFP/IDMA

cuadro No. 4

CAUSA	TODO EL MUNDO	AFRICA AL SUR DEL SAHARA	AMERICA LATINA Y CARIBE	PAISES CON ECONOMIA DE MERCADO CONSOLIDADA
ENFERM. TRANSMISIBLES.	45.8 %	71.3 %	42.2 %	9.7 %
ENFERM. NO TRANSMISIB.	42.2 %	19.4 %	42.8 %	78.4 %
TRAUMATISMOS.	11.9 %	9.3 %	15.0 %	11.9 %
AVAD POR MIL HAB.	259	575	233	117

FUENTE: Banco Mundial. Informe Desarrollo Mundial. Invertir en Salud. 1993.

cuadro No. 5

Nivel de Salud

PAIS/AREA	ESP VIDA 1985 1995	TASA MORT. INF	TASA MORT. 0 a 5	TASA MORT.MAT	BAJO PESO NACER	TUBERCUL INCIDENC	SIDA INCIDENC
Canadá	75.9	6	8	2	6	...	24.1
USA	77.4 74.5 75.9	7	9	8	7	8.7	138.1
AMERICA LATINA	64.9 67.9	32	40	108	8.8	49.1	92.4
Area Andina	63.3 66.8	44	55	175	12.2	47.9	20.0
Brasil	63.4 66.2	39	49	114	8.0	58.4	106.0
Caribe	65.2 68.0	26	41	128	10.8	71.3	295.5
Centroamér	62.0 67.8	35	50	126	8.3	47.9	67.5
Cono Sur	69.6 71.1	22	27	59	6.2	28.8	20.6
México	67.1 70.3	26	20	48	6.0	18.2	45.2
FUENTE	OPS. Pub.C. 549. 1994	PAHO. Basic Indicat.1997	PAHO. Basic Indic. 1997	PAHO. Basic Indicat.1997	PAHO. Basic Indicat.1997	PAHO. Basic Indicat.1997	PAHO. Basic Indicat. 1997

(i) TMI por mil nacidos vivos. (ii) T Mort. De 0 a 5 años por mil nacidos vivos. (iii) T M M por cien mil nacidos vivos.
 (iv) Bajo Peso: menor de 2.500 gramos. (v) Tuberculosis: tasa por cien mil habitantes. (vi) SIDA: Tasa por un millón de habitantes.

cuadro No. 6

Recursos de Salud

PAIS/AREA	MEDICOS por diez mil habitantes.	ENFERMERAS por diez mil habitantes.	CAMAS HOSP. Por mil habitantes.	GASTO NACIONAL PERCAPITA US\$	GASTO NACIONAL/ % DEL PIB.
Canadá	18.6	78.6	6.7	1.878	9.1
U S A	24.3	78.5	5.2	2.563	12.7
AMERICA LATINA.	14.4	9.1	3.3	162	6.2
Area Andina	11.1	4.7	1.6	60	4.3
Brasil	13.1	4.2	3.5	222	6.4
Caribe	16.9	25.3	8.9	244	6.6
Centroamérica	9.8	5.8	1.7	91	7.0
Cono Sur	20.1	4.3	3.5	183	7.2
México	15.6	10.8	1.2	155	5.5
FUENTE	PAHO. Basic Indicators 1997	PAHO. Basic Indicators. 1997	PAHO. Basic Indicators 1997	BID. Est.Ec.Soc. Dic.1996	BID.Est.Ec.Soc. Dic. 1996.

logía diversa que reflejan la desadaptación del ambiente interno y al que nos rodea. La salud es un medio, porque constituye un componente del desarrollo, esto es, de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social, entendiendo como tal, el incremento de la economía, las reformas institucionales, los cambios en las estructuras, pero esencialmente el significado espiritual de la salud, que algunos la consideran como la auténtica infraestructura de la felicidad.

Bajo esta línea de pensamiento, motivados por estudiar las relaciones que pudieran existir entre las condiciones de salud y desarrollo económico, han sido varios los estudios realizados con el fin de "clasificar" países dentro de una cierta escala de medición. En este sentido Vehemans^(Ref. 19) presentó en 1970, un estudio que tipificaba a 21 países de América Latina, distinguiendo varios grupos de países según el grado de desarrollo económico alcanzado. A dicho estudio, siguieron otros orientados con el mismo propósito, entre los cuales resumimos a continuación cuatro: (i) Migliónico en el ILPES (Chile), (ii) Índice de Necesidades de Salud (OPS); (iii) Indicador de Acceso al Desarrollo Social (OPS), y el Índice de Desarrollo Humano (PNUD).

Tipología de salud y desarrollo

Migliónico y Col.^(Ref. 20) en el Centro Panamericano de Planificación de Salud (ILPES, Chile) realizaron en 1971 un interesante estudio que partiendo de indicadores socioeconómicos, clasificaron los países según el grado de desarrollo y de salud. Se utilizó un indicador global: Esperanza de Vida, y una serie de indicadores específicos para salud, educación, economía, medio ambiente y demografía:

(a) *Salud*: Tasa de mortalidad específica de 1 a 4 años de edad; porcentaje de óbitos debido al grupo «A»; médicos por diez mil habitantes; camas por diez mil habitantes.

(b) *Educación*: Porcentaje de alfabetismo en población de más de 15 años; Porcentaje de población escolar con matrícula primaria; Porcentaje de población de 15 a 19 años con matrícula secundaria o vocacional; Porcentaje de población entre 20 y 30 años con matrícula universitaria.

(c) *Ambiente y Consumo*: Disponibilidad diaria de proteínas y calorías; porcentaje de población con agua domiciliar; Nivel de urbanización; porcentaje de población que habita ciudades de más de 20 mil habitantes.

(d) *Demografía*: Porcentaje de población menor de 15 años y mayor de 55; Tasa de crecimiento demográfico; Tasa de Fecundidad.

(e) *Economía*: Producto Interno Bruto per cápita; Porcentaje del PIB generado por el sector secundario de la economía; Porcentaje de población económicamente activa en el sector primario de la economía; y productividad per cápita del sector primario.

Se estudiaron estos indicadores en 23 países de América Latina y Caribe (con excepción de Brasil y Haití) y se encontraron los siguientes resultados en cuanto a la tipología del desarrollo y la tipología de salud. (ver cuadro No. 7)

Tipología de salud según el índice de necesidades de salud:

La OPS en 1988^(Ref. 21) tomando en cuenta las grandes diferencias entre los países de las Américas en cuanto a la



Foto: Correstia Ministerio de Salud

cuadro No. 8

NIVEL DE NECESIDAD	NUMERO DE ORDEN	PAÍSES
Baja	1	USA
	2	Canadá
	3	Barbados
Media	4	Argentina
	5	Trinidad
	6	Chile
	7	Costa Rica
	8	Panamá
Alta	9	Venezuela
	10	Jamaica
	11	Colombia
	12	Brasil
	13	Paraguay
	14	Belize
	15	Ecuador
	16	México
	17	El Salvador
	18	Perú
MuyAlta	19	Honduras
	20	R.Dominicana
	21	Nicaragua
	22	Guatemala
	23	Bolivia
	24	Haití

(c) *Indicador de Accesibilidad al Sistema Educativo:* Construido de acuerdo con el porcentaje de población alfabeto y el promedio de años de escolaridad.

(d) *Indicador de Accesibilidad a Nutrientes:* Construido de acuerdo a la disponibilidad de calorías y proteínas per cápita.

(e) *Indicador de Accesibilidad al Saneamiento Básico residencial:* Elaborado en base a la accesibilidad a agua potable y eliminación de excretas.

El Estudio se realizó aplicando a cada uno de los indicadores la escala de medición de 1 a 5. (ver cuadro No. 9)

Índice de desarrollo humano

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo^(16, 17) en su Informe de 1998 define el *Desarrollo Humano*, como un proceso de ampliación de las opciones de la gente, lo cual se logra aumentando la capacidad y funcionamiento humanos. Esta concepción se sustenta en que los niveles de desarrollo humano requieren que "la gente viva una vida larga y saludable, tenga conocimientos y cuente con acceso a los recursos necesarios para tener un nivel decente de vida". El PNUD desde 1990 ha venido presentando el *Índice de Desarrollo Humano (IDH)* para medir el logro general en un país respecto de tres dimensiones básicas del desarrollo humano: la *longevidad*, medida a través del indicador Esperanza de Vida al nacer; los *conocimientos*, medidos a través del logro educacional (tasa de alfabetización de adultos, y tasa combinada de matriculación primaria, secundaria y terciaria), y un *nivel decente de vida*, medido por medio del Ingreso Percápita ajustado.

Asimismo, el PNUD presentó el identificado como *Índice de Pobreza Humana (IPH)*, que refleja la distribución del progreso y mide el retraso de privaciones que aún existe. *El IPH-1 mide la pobreza en países en desarrollo*, utilizando los mismos criterios que para el IDH. Para la longevidad, el IPH-1 mide el porcentaje de población que se estima que no sobrevivirá hasta los 40 años de edad; para los conocimientos, utiliza la tasa de analfabetismo; y para el nivel decente de vida, utiliza la privación en aprovisionamiento económico medido por el porcentaje de población sin acceso a servicios de agua y salud, y, el porcentaje de niños menores de cinco años con peso insuficiente. *El IPH-2 mide la pobreza en los países industrializados* a través del porcentaje de población que se estima que no sobrevivirá hasta los 60 años de edad; la tasa de analfabetismo funcional y el porcentaje de población que vive por debajo del límite de pobreza. El Informe sobre el Desarrollo Humano de 1998 del PNUD (análisis de 174 países). (cuadro No. 10)

□ Canadá, Francia, Noruega, USA e Islandia son los cinco países con mejor Índice de Desarrollo Humano (IDH).

□ De los países de América Latina y Caribe los cinco países con mejor Índice de Desarrollo Humano son: Barbados, Chile, Bahamas, Costa Rica y Argentina; y los tres países con peor IDH son Haití, Nicaragua y Honduras.

La comparación de IDH e IPH para los países de América Latina se presenta en el cuadro No. 10, haciendo la observación que para el IDH los criterios de clasificación de países (subdesarrollados e industrializados) son los mismos. En cambio para el IPH se utilizó el IPH-1 para países en desarrollo (no todos presentaron la información), y el IPH-2 para los países industrializados.

cuadro No. 10

PAIS	INDICE DESARROLLO HUMANO Lugar de un total de 174 países	INDICE POBREZA HUMANA Lugar de un total de 76 países
Canadá	1	10 (IPH-2)
Francia	2	7
Noruega	3	4
USA	4	17
Islandia	5	-
Finlandia	6	6
Países Bajos	7	2
Japón	8	8
Nueva Zelandia	9	13
Suecia	10	1
España	11	14
BARBADOS	24	- (IPH-1)
CHILE	31	2
BAHAMAS	32	-
COSTA RICA	34	5
ARGENTINA	36	-
URUGUAY	38	3
PANAMA	45	9
VENEZUELA	46	-
MEXICO	49	7
COLOMBIA	53	8
BRASIL	62	-
ECUADOR	73	15
JAMAICA	84	10
CUBA	85	-
PERU	86	27
REPUBLICA DOMINICANA	88	18
PARAGUAY	91	20
GUATEMALA	111	39
EL SALVADOR	114	37
BOLIVIA	116	24
HONDURAS	119	25
NICARAGUA	126	32
HAITI	159	60
Burundi	170	72
Mali	171	73
Burkina Faso	172	76
Niger	173	54
Sierra Leona	174	75

FUENTE: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. 1998.

Infantil superior a 30 por mil nacidos vivos. Al momento, y a la luz de la información disponible (OPS, 1997), la Región de América Latina y Caribe en su conjunto, no habían logrado cumplir dichas metas, observándose:

... América Latina y Caribe disponían en promedios generales de una Esperanza de Vida de 67.9 y la Tasa de Mortalidad Infantil era de 32 por mil nacidos vivos... Solo el CONO SUR y MEXICO habían logrado en sus promedios nacionales, la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 en cuanto a Esperanza de Vida y Mortalidad Infantil...

Los Recursos de Salud: Las necesidades de salud son potencialmente infinitas pero los recursos no lo son. El sistema de salud es víctima de sus propios éxitos: al prolongar la vida da lugar a nuevas necesidades de salud y a mayores requerimientos de recursos.

En general, los contrastes que existen entre los países demuestran que el mayor progreso probablemente provenga del aumento de la eficiencia y equidad, más que del incremento del gasto.

El análisis de los datos relacionados con los principales recursos de salud indican que:

... La disponibilidad de médicos es para el Área Andina, Centroamérica y Brasil, inferior al promedio de América Latina y Caribe (14.4 por diez mil habitantes)...

... La disponibilidad de enfermeras es más crítica ya que solo el Caribe y México superan el promedio de América Latina y Caribe (9.1 por diez mil hab)...

... La disponibilidad de camas hospitalarias es inferior al promedio de América Latina (3.3 por mil), en el Área Andina, Centroamérica y México...

... El gasto percapita en salud es inferior al promedio de América Latina (US\$162) en: el Área Andina (US\$60), Centroamérica (US\$91) y México con US\$155....

... El gasto en salud como por ciento del PBI es en el Área Andina (4.3) y México (5.5) inferior al promedio de América Latina (6.2)....

Tipología de Salud: Las limitaciones descritas anteriormente con respecto a los sistemas de información, el sub registro de hechos vitales, la validez y oportunidad de información, etc. son factores demasiado importantes que nos obligan a ser cautos en la valoración de las tipologías (como metodologías de clasificación), considerando que su utilidad radica en obtener una imagen comparativa de la situación de diferentes países en sus promedios nacionales – que ocultan diferencias importantes – y analizar su tendencia histórica. No obstante lo anterior, el análisis de los datos observados a través de los años, es bastante coincidente – con diferentes metodologías utilizadas – en los resultados globales. (cuadro No. 11)



Foto: Alejandro Chicheri WFP/PMA

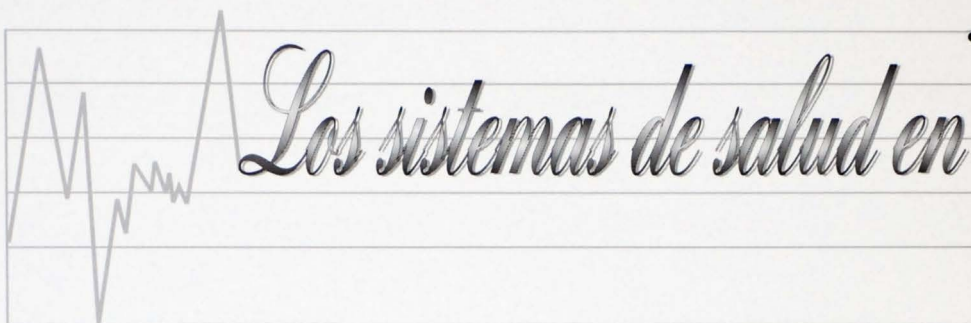
Nivel de salud y tipologías

... Existe un grupo de países de sistemas políticos diferentes que independientemente de la metodología utilizada y del "momentum" del estudio, siempre aparecen en mejor situación, y, otro grupo de países que por el contrario, siempre aparecen en peor situación.

... La evidencia de los hallazgos descritos en las tipologías en un importante lapso de treinta años, contradicen las doctrinas economicistas tipo "rostowianas" o del "trickle down" de la era reagan y en consecuencia, parece dar más la razón a los pensadores sociales y organismos internacionales de naturaleza social (OMS, OPS, UNICEF, PNUD) que a los de naturaleza financiera (FMI, Banco Mundial, BID)... *La Salud es Compleja, Mal Definida y generalmente No Prioritaria.*

cuadro No. 11

ESTUDIO	5 PAISES EN MEJOR SITUACION	5 PAISES EN PEOR SITUACION
MIGLIONICO. 1971.	Argentina Barbados Cuba Trinidad Uruguay	Bolivia El Salvador Guatemala Honduras Nicaragua
INDICE NECESIDADES SALUD OPS. 1988	Barbados Argentina Trinidad Chile Costa Rica	Haití Bolivia Guatemala Nicaragua República Dominicana
INDICADOR ACCESO AL DESARROLLO SOCIAL OPS. 1990.	Argentina Costa Rica Uruguay Cuba Chile	Haití Bolivia Guatemala Honduras El Salvador
INDICE DE DESARROLLO HUMANO PNUD. 1998.	Barbados Chile Bahamas Costa Rica Argentina	Haití Nicaragua Honduras Bolivia El Salvador



Marco Teórico Conceptual

El interés por la concepción de «sistemas» tuvo especial difusión cuando aproximadamente en 1950 apareció la «Teoría General de Sistemas» en que Kenneth Boulding llegó a diferenciar los múltiples usos y aplicaciones de dicho concepto en todas las disciplinas. Ello permitió disponer de un marco teórico general de uso común, con un lenguaje único que favorecía la identificación de conocimientos interdisciplinarios, distinguiéndose dos grandes clases de sistemas según sus relaciones: «abiertos» y «cerrados», y, «naturales y artificiales». Por *Sistema de Salud* se entiende, un conjunto de instrumentos y decisiones de una, que asigna funciones sociales y a su vez recursos, para alcanzar el objeti-

vo de proteger y restaurar la salud de una población beneficiada. Aplicando la teoría de sistemas, identificamos que para que exista un «sistema de salud» deberán asignarse recursos (físicos, humanos y financieros), y definirse un proceso técnico administrativo que coordine este conjunto de elementos con el fin de cubrir la demanda de servicios a la comunidad. Los *insumos o entrada* al sistema de salud, están constituidos por la población usuaria que demanda servicios; los recursos que se le asignan y la política de salud que se programa. El *organismo procesador*, comprende los servicios y procedimientos que se requieren para cumplir los objetivos. Es decir, son las instituciones de salud (Ministerio, Seguro Social, establecimientos, etc) y las modalidades de organización de servicios, programas y prestaciones que se ofertan. El *producto o salida* del sistema, lo constituye el grado de eficiencia y calidad que recibe la población que demandó



Foto: Alejandro Chicheri WFP/PMA

América y el Caribe



servicios. Es decir el resultado, medido generalmente a través de indicadores del nivel de salud.

Criterios para el diseño de un Sistema de Salud

El diseño de un sistema de salud en términos generales debe sustentarse en el cumplimiento de criterios básicos, interdependientes y complementarios, definidos para satisfacer una serie de funciones sociales de una determinada población. Dentro de estos criterios se mencionan la equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad financiera.

El criterio de *equidad*, debe asumirse desde dos vertientes: la asignación de recursos, tratando de privilegiar la distribución de fondos públicos focalizándolos en la atención de grupos humanos en condición de pobreza y la igual oportunidad de accesibilidad a servicios de salud.

La *eficiencia* pretende el logro de los objetivos con los mínimos recursos (optimización de recursos disponibles), como una opción complementaria para cumplir con la equidad. La aplicación de sistemas gerenciales, nuevas modalidades de gestión (presupuesto por rendimiento), el desarrollo humano y la aplicación de tecnologías apropiadas a las condiciones locales, constituyen elementos de sustento de la eficiencia.

La *calidad de la atención*, es un criterio de importancia en el diseño de un sistema de salud ya que traduciría el grado de satisfacción tanto de los usuarios como del mismo personal. Calidad de atención no debe interpretarse exclusivamente como aplicación de tecnologías sofisticadas o «de punta», sino que debe constituir la respuesta de salud que tome en consideración tanto los cambios demográficos como del perfil epidemiológico de una determinada población en un determinado tiempo. Ello permitirá adecuar los recursos disponibles a un proceso («modelo de atención») que sea

factible económicamente, viable políticamente y pertinente técnicamente con la realidad local.

La *sostenibilidad financiera*, constituye el criterio de equilibrio entre las necesidades, aspiraciones y demandas, y, las prestaciones ofertadas. Este criterio suele ser restrictivo (ya que el gasto público en salud siempre es insuficiente) y a la vez sustentatorio del sistema de salud (permite y obliga a la selección de tecnologías y búsqueda de la eficiencia). Las factibilidades técnicas deben ser sometidas a análisis financiero para asegurar su funcionamiento.

Los sistemas de salud de la mayoría de países de América Latina suelen ser sistemas con constantes y continuas contradicciones que tienen su expresión a través de conflictos de sus principales agentes "stakeholders" que se expresan por huelgas como mecanismo de insatisfacción.

Dentro del criterio de sostenibilidad financiera, el gasto en salud ha sido un indicador tipo «benchmark» que permite tener una interpretación global de la situación del sistema de salud. Por su parte, Soberón^(10f.22), agrega otro criterio (a los anteriormente mencionados) para el diseño de sistemas de salud: el referente a la *asignación de recursos*, distinguiendo cuatro importantes principios: el principio de la pobreza, que se cumple a través de las instituciones públicas a grupos indigentes; el principio del mérito reconocido, con el cual están acordes las instituciones de Seguridad Social; el principio del poder adquisitivo, aplicado ante todo en el sector privado, en el cual la atención de salud se identifica como un elemento más del sistema general de recompensas; y el principio de la ciudadanía, que surge al ampliarse los conceptos de derechos civiles y políticos al campo de los asuntos sociales. Una de sus premisas es que la libertad, la igualdad y la justicia social, son nociones sin fundamento a menos que todos los habitantes de un país hayan alcanzado las condiciones mínimas satisfactorias de vida.

Modalidades de Sistemas

En la década de los setenta se difundió—especialmente por OPS— concepciones referentes a «Sistema Nacional de

Salud», «Servicio Nacional de Salud» y «Seguro Nacional de Salud»^(Ref. 23) como variedades de sistemas de salud. Por *Sistema Nacional de Salud* se entendía un sistema en el que participaban todas las instituciones sin perder su autonomía pero aceptando uniformizar sus procesos administrativos, nomenclatura, métodos estadísticos y condiciones de trabajo del personal. Dicho sistema así concebido contempla la planificación coordinada de servicios a nivel central, la coordinación administrativa, consolidación presupuestaria a nivel regional, y la prestación de servicios integrados de salud a nivel local. Su financiamiento es multilateral. Por *Servicio Nacional de Salud* se entendía una entidad única, generalmente dependiente directamente del Ministerio de Salud, encargada de formular, organizar y ejecutar una política integral de salud para toda la comunidad. Un organismo de esta naturaleza solo podía existir en países de organización centralizada. El *Seguro Nacional de Salud* constituía un mecanismo financiero que a través de cotizaciones de toda la población, distribuye equitativamente la carga financiera que significa el mantenimiento de un servicio o sistema nacional de salud. Estas diferentes concepciones tendrían validez teórica de acuerdo a los contextos políticos de determinadas épocas. En general, los sistemas en los países de América Latina (con excepción de Chile, Costa Rica, Cuba y Nicaragua en algún momento) no se desarrollaron en el contexto teórico antes descrito.

Análisis de los sistemas de salud de América Latina

Los *sistemas de salud* de la mayoría de países de América Latina suelen ser sistemas con constantes y continuas contradicciones que tienen su expresión a través de conflictos de sus principales agentes "stakeholders" que se expresan por huelgas como mecanismo de insatisfacción. Dichos sistemas se caracterizan en términos generales por su ineficiencia institucional, situación determinada por el centralismo, burocracia, fragmentación y frecuente duplicación tanto de inversiones como de servicios. Al respecto, se pueden distinguir —con algunas variables—, por lo menos cuatro sistemas:

(a) Sistema Público de Salud

Se entiende por sistema público de salud, al conjunto de instituciones que forman parte de la estructura gubernamental en calidad de entidades centrales o descentralizadas. La principal institución de este sistema son los Ministerios o Secretarías de Salud, que históricamente constituyen la secuencia evolutiva de las entidades de Beneficiencia de principios de siglo. Además de los Ministerios de Salud, suele

observarse dentro de este sistema, la participación de otros Ministerios (Educación, Interior, Defensa), que igualmente suelen disponer de establecimientos y servicios destinados a la protección de núcleos específicos de población. En términos generales son entidades deficitarias, subsidiadas, financiadas a partir de asignaciones gubernamentales, dedicadas en su mayoría a la atención de población de bajos ingresos o carentes de ellos ("Pacientes"), quienes retribuyen solo parcial y esporádicamente el costo de los servicios.

(b) Sistema Privado de Salud

Este tipo de sistema comprende una gran variedad de modalidades—lucrativas o no—, que poseen en común el hecho que el "Cliente" retribuye, directa o indirectamente, el costo de los servicios recibidos. Se distinguen dentro de este sistema, los subsistemas de atención particularizada proporcionada directamente por los profesionales en sus propias oficinas o en centros asistenciales privados y una serie de organizaciones de servicios (ONGs) y sistemas privados de prepago de salud (seguros, mutualismo, «HMO», «PPO», etc).

En la búsqueda de nuevas modalidades de organización de sistemas privados, se han desarrollado en USA modalidades de "Salud Administrada" gestionada tipo "Managed Care" que son modalidades de prestación de servicios con las características de entrega de un conjunto de beneficios a cambio de un pago mensual preestablecido (pre pago). Las ventajas de estas modalidades son que contribuyen a la contención de costes. La desventaja es la eventual menor calidad de la atención con limitantes a la libre elección. Dentro de estas modalidades existen diversas entidades como las «Organizaciones de Mantenimiento de la Salud: Health Maintenance Organization: «HMO», las "Preferred Provider Organizations PPO", como alternativas viables para el problema de financiamiento del sistema de salud en dicho país^(Zukin, Ref. 24). Las HMO son organizaciones que representan variables de seguros privados de salud, dedicadas a proporcionar prestaciones de salud, a una población adscrita voluntariamente, a través de un sistema de pre-pago. Constituyen una alternativa al sistema tradicional privado de cobro por servicio ("fee for service") tratando de reducir los costos de la atención de salud.

En España y América Latina ha habido y sigue habiendo experiencias de esta naturaleza, basadas en principios que priorizaban la solidaridad grupal o étnica, como son los casos de la «Mutuales, Iguales, Obras Sociales, etc» que han desarrollado un importante rol a favor de la participación de la sociedad civil, la equidad, calidad y sostenibilidad financiera. Su limitación principal es la atomización, sin regulaciones ni normatizaciones pertinentes.

en evidencia – en términos generales – la *insatisfacción* como principal percepción expresada a través de: (a) la *falta de equidad* de los sistemas, que se expresa por falta de acceso a servicios básicos que oscila entre 10 y 40 por ciento de la población según los países, y la inadecuada focalización del gasto orientado sin concordancia con la estructura epidemiológica ni con los problemas de salud de la mayoría de población, (los hospitales reciben entre el 60 y 70 por ciento del gasto público en detrimento de la atención primaria de salud) y con poca orientación a intervenciones con mayor externalidad positiva; (b) *Escasa eficiencia en el uso de los recursos*, ya que se observa en algunos países una insuficiencia de recursos y/o en otros una mala utilización de los mismos. Se estima que la inadecuada utilización de recursos representa aproximadamente 30 por ciento de los fondos disponibles referentes a la productividad del personal, insumos utilizados, tecnologías disponibles, y la generación de incentivos perversos (gasto público que beneficia a los que están en mejor situación económica en forma de asistencia gratuita o por debajo del costo); (c) *mala calidad* de los servicios que afecta más a los estratos de población pobres generando un significativo nivel de insatisfacción tanto de los usuarios como del personal de salud, y (d) fallas organizativas con *escasa capacidad gerencial* y un “*modelo de atención*” superado por los requerimientos de demanda de atención.

Estructura sectorial

Los países de América Latina y Caribe han experimentado cambios - en su transición demográfica y epidemiológica, así como en la estructura institucional y sectorial - que en países industrializados ocurrieron a lo largo del tiempo, y que los ha enfrentado a una serie de problemas nuevos (propios de las sociedades desarrolladas) sin que hayan podido resolver los antiguos problemas epidemiológicos e institucionales. En efecto, los sectores de salud se organizaron en base a un proceso de acumulación histórica de instituciones con un “modelo” sustentado en su focalización urbana, de carácter gremial y que diferencia la población según su nivel económico y/o su condición étnica. Las instituciones de salud de América Latina aún no han resuelto problemas de cobertura insuficiente, baja calidad, ineficiente uso de recursos, baja capacidad resolutiva, gerencia deficiente de recursos, etc, cuando al mismo tiempo tienen que enfrentarse a mayores demandas acumuladas de atención y a problemas que afectan a los sistemas de países industrializados como la escalada de costes, inadecuados incentivos, inseguridad financiera, insatisfacción de los consumidores, etc.

En este sentido, la mayor urgencia radica en resolver el problema esencial de la articulación de los principales com-

ponentes del sistema: la población y las instituciones. Estos componentes o elementos se encuentran generalmente fragmentados, habiéndose segmentado la población en grupos relacionados con su ingreso económico: pobres, medianos ingresos y ricos.

Para cada grupo de población, se organizaron fragmentariamente las instituciones de manera que para los grupos de bajos ingresos se responsabilizaba por su atención a los Ministerios de Salud; para los de medianos ingresos se responsabiliza a las entidades de seguridad social, y para los grupos de altos ingresos, se asignaba al sector privado. Esta segregación demográfica con fragmentación institucional ha determinado ineficiencia, duplicación de recursos y desigual calidad de atención que en su conjunto tienen su expresión en el denominador común de *insatisfacción de usuarios*, de personal y de la acción estatal. Además, la segmentación ha generado incentivos perversos y falta de equidad, ya que si bien es cierto que la población “pobre” solo tiene acceso a los servicios públicos, esto hecho no se corresponde a la actuación de la población “rica” que practicamente tiene acceso a todas las instituciones del sector, haciendo uso del “doble estándar” que este grupo de población utiliza para ser atendido con mayor esmero y calidad, desvirtuando la focalización de los recursos de dicho sector.

La Fundación Mexicana para la Salud (Soberón, Frenk, Bobadilla, González, etc. ^(Inf. 27) por una parte, y posteriormente Londoño y Frenk ^(Inf. 28) presentaron una visión sistémica como marco conceptual teórico, del sistema de salud de América Latina, en base a la relación entre funciones e instituciones. En dicho estudio se identifican tres funciones básicas de las instituciones de salud: Regulación, Normatización o Modulación; Financiamiento, y Prestación de Servicios. Asimismo se identifica que las instituciones del sector (Ministerios de Salud, Seguros Sociales, etc) realizan concomitantemente las tres funciones a la vez, actuando como entes reguladores, financiadores y prestadores de servicios, funcionando los sectores, como compartimientos estancos para sus respectivos grupos de población. Esta situación ha determinado la existencia de los problemas antes mencionados (insatisfacción por falta de equidad y calidad, ineficiencia, e insolvencia financiera). En dicho estudio, se diferencian cuatro modelos tipológicos de sistemas de salud, conscientes que cada país con su heterogeneidad específica ha ido desarrollando su propio sistema y que difícilmente puede corresponder a la realidad con los modelos teóricos que a continuación se exponen.

El Modelo Público Unificado

En este caso, el Estado financia y suministra servicios a través de un sistema único integrado verticalmente con un claro monopolio público y un modelo de subsidio exclusivo a la oferta caracterizado por la transferencia de los recursos

del Estado al Sistema. El Estado a través de su representación institucional juega el papel preponderante desarrollando concomitantemente las funciones de normatización, financiamiento y prestación de servicios. En este modelo podemos identificar con claridad a Cuba y en algunos aspectos a Costa Rica.

Modelo Público Contractado

En este modelo, el financiamiento público se ha combinado con una creciente participación privada en la prestación de servicios. Esta separación de funciones de financiamiento y prestación se consigue mediante los contratos de gestión. En este modelo el financiamiento se susenta preferentemente en subsidios a la demanda, con transferencia de ciertos montos "per cápita" a los beneficiarios para que ellos elijan la entidad proveedora (pública o privada) que resulte más apropiada para su caso. La población tiene mayores opciones y los proveedores encuentran más oportunidades para competir. Este modelo se asemeja a lo observado en algunos Estados de Brasil.

Modelo Público Segmentado

Constituye el modelo más característico de los países de América Latina, en el cual cada institución realiza separada-

mente las tres funciones de regulación por el Ministerio Público, financiamiento (subsidio a la oferta) y prestación (con proveedores públicos). Los servicios se organizan en base a tres grupos sociales (pobres, clase media y ricos). Genera duplicación de funciones y desperdicio de recursos y conduce a diferencias de calidad entre los diversos segmentos de población.

Modelo Privado Atomizado

En este modelo, la función de financiamiento se lleva a cabo mediante desembolsos del bolsillo de los consumidores, o a través de seguros privados. Si bien este modelo no existe exacta y totalmente en América Latina, se observan dos situaciones que se acercan al mismo. La primera es una modalidad de mercado libre que se observa en países con importante gasto privado como Paraguay en donde por excluir a grandes grupos de personas se magnifican las fallas del mercado lo que genera grandes ineficiencias e inequidades en el sistema. La segunda variante es de tipo "corporativista" ya que segregan grupos profesionales en fondos de enfermedad exclusivos. Es el caso de las Obras Sociales de Argentina.

Las Nuevas Tendencias en Sistemas de Salud

Frenk, Londoño y Lozano^(Ref. 29) analizaron los cuatro modelos anteriormente expuestos, habiendo encontrado importantes deficiencias que inspiraron la búsqueda de nuevas opciones teóricas. El modelo más observado en América Latina (modelo público segmentado) tiene el gran inconveniente que segrega a los grupos de población en función de su capacidad de pago y organización social. En algunos países se intentó evitar la segmentación de la población unificando todas las instituciones en un sistema público único constituyendo las bases de la reforma de la década de los 70. Ya sea por motivos de naturaleza ideológica o de restricciones del financiamiento público, otros países han buscado entregar la organización de los servicios de salud a instancias diferentes del gobierno central como son las variantes de Brasil, Bolivia, Colombia y Chile.

En el contexto de nuevos escenarios, Frenk y Londoño^(Ref. 28) proponen lo que denominan *Pluralismo Estructurado* que intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que han caracterizado el funcionamiento de los sistemas de salud. Pluralismo, por que evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. Estructurado por que evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas de juego transparentes para evitar o compensar fallas del mercado. El Sistema de Salud ya *no se organizaría por grupos sociales, sino por funciones*. Según el esquema de Frenk^(Ref. 30) las funciones tendrían entidades de responsabilidad específica (ver cuadro No. 1).

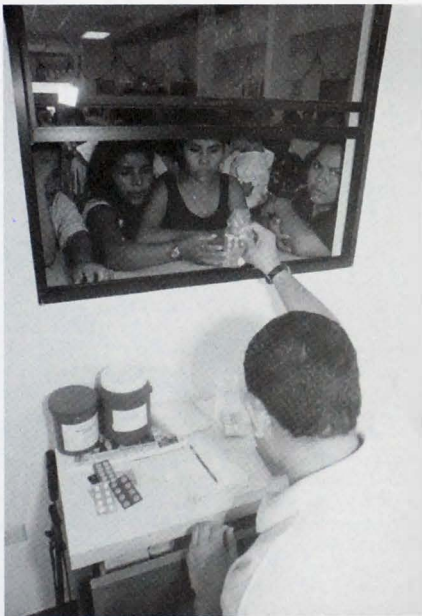


Foto: Cortesía Ministerio de Salud

Las Experiencias de Reformas de Sistemas de Salud en América

Cada cierto número de años se presentan en diversas regiones del mundo una serie de movimientos generalizados que llegan incluso a abarcar a países de diferentes niveles de desarrollo y con las más diversas estructuras políticas. La globalización de la economía es un claro ejemplo que actualmente presenciamos y en lo que corresponde a los sectores sociales – al menos en América Latina -, la reforma de los sistemas de salud parece ser uno de dichos movimientos. Estos procesos son al parecer inducidos a partir del interés de grupos de poder de algunos países industrializados, que se van traduciendo en política internacional para el "tercer mundo", y en el cual están de acuerdo tanto los grupos de poder y estudiosos de centros académicos del país emisor, como sus mismas contrapartes de los países receptores.

Desde el punto de vista conceptual, Peter Berman^(16, 17) define "Reforma" como el conjunto de cambios intencionados y sostenidos con el propósito explícito de transformar las instituciones de salud para su mejoramiento. No todo cambio es reforma. La reforma requiere que el cambio sea deliberado y sostenible, y que tenga la misión expresa en el caso de salud, de mejorar equidad, eficiencia y calidad. En ese sentido, la idea de reforma va más allá de la idea de cambio. En la mayoría de países de América Latina hemos tenido conocimiento de una serie de reformas como cambios sustanciales y/o como una sucesión natural de cambios en salud que a lo largo del siglo XX tuvo sus principales hitos en los siguientes movimientos sectoriales: En el inicio de siglo prevalecían las "acciones particulares, personalizadas o individuales" centradas en la curación de enfermedades realizadas principalmente por las *Asociaciones de Beneficencia y/o Religiosas*.

La Orden de San Juan de Dios tuvo singular importancia en la administración de hospitales en muchos países de América Latina, al igual que las Santas Casas de Misericordia de Brasil - fundadas por Braz Cubas en 1543- con 14 finalidades de las cuales siete eran espirituales y siete corporales; El siguiente hito importante se podría identificar como el inicio de la "acción gubernamental o institucional" a través del control y puesta en práctica de las actividades "sanitarias" relacionadas con la higiene, prevención y control de epidemias y epidemias (tuberculosis, viruela, enfermedades venéreas, fiebre amarilla, malaria, etc) creándose las *Direc-*

ciones Generales de Sanidad dentro de Ministerios del Interior, Gobernación y otros; Entre 1930 y 1950 se dio un paso muy importante con la puesta en funcionamiento de los sistemas de *Seguridad Social*, que incorpora a la clase trabajadora los beneficios de salud a través del régimen de enfermedad común y maternidad, con lo cual los segmentos menos afortunados de población tenían teóricamente cubiertas sus principales necesidades básicas; Por 1960 se presentan movimientos orientados a la protección más integral de las necesidades de la población.

En ese sentido se difunde y aplica la conceptualización de *Salud* como acción integradora de las actividades sanitarias y hospitalarias. Las Direcciones Generales de Sanidad y de Hospitales se coordinaron bajo la estructura jerárquica de una Dirección General de Salud, surgiendo con plena carterla los Ministerios o Secretarías de Salud Pública y Asistencia Social; (v) Alrededor de 1970 se promueve la creación de *Centros e Instrumentos de Capacitación y Gestión* en

Salud que enfatizaron el desarrollo de metodologías de planificación y gestión como una vía de mejorar la equidad y eficiencia. En esta época se prioriza el cambio de proceso, método y concepto, sobre el cambio de estructura que se supone será consecuente al primero.

En este aspecto destaca el Centro Panamericano de Planificación de Salud anexo al ILPES de Santiago de Chile, las distintas Escuelas de Salud Pública en varios

Históricamente los problemas de salud y sus propuestas de solución han estado siempre latentes en casi todas las agendas políticas electorales desde principios del siglo XX, pareciendo haber consenso que el sistema de salud ha entrado en "crisis" especialmente por su alto coste, y en menor percepción por la inequidad del mismo.

países, y la puesta en funcionamiento de otros centros de formación especializada como fueron el CLAM (para la atención médica en Buenos Aires); el Centro de Administración de Hospitales de Sao Paulo; El CLAP de Montevideo para la atención de perinatología; El CIESS y la Escuela de Salud Pública de México, el CEPIS de Lima para ingeniería sanitaria, el INCAP de Guatemala para el mejoramiento nutricional de Centroamérica, los centros de Medellín y Cali para salud pública y Caracas para mantenimiento del recurso físico de la infraestructura de salud. Este fue un "momentum" de auge del pensamiento sobre el desarrollo de la salud en el cual surgieron líderes sociales en sus distintas disciplinas: Horwitz, Drobny y Bravo en Chile; Pacheco Pedroso, Lourdes de Freitas y Borba en Brasil; Caldeiro Barcia en Uruguay; Sonis, Neri, Feld en Argentina; Barrena, Barquin, Zamarripa, Soberón en México. En 1980 la difusión del pensamiento se traslada al área de *Administración y Centros de Costes* con énfasis en el control del financiamiento público vía presupuesto, habiéndose difundido en algunos países la "reforma" administrativa.

Por último, en la década de 1990 se toma con nombre propio – difundidas especialmente desde fuera de los países con el patrocinio de los Bancos de financiamiento internacional como el Mundial y el BID - las actualmente predominantes *Reformas de Salud*.

Estas Reformas diseñadas generalmente por fuera de los contextos nacionales han generado y generan muchas preguntas e inquietudes con no menos incertidumbre: ¿ Son Indispensables. Son Necesarias. Que intereses satisfacen , o estamos de nuevo ante “vino viejo en bota nueva / old products in new packages” ? La necesidad de cambios siempre ha sido una constante en la mayoría de países, aun cuando probablemente solo haya tenido el valor de discurso y quizás la no voluntad política de ponerlos en práctica. La pregunta se hace obsesión al discernir cuando un cambio se convierte en reforma. El buen ejemplo de algunos países como Chile, Uruguay, Costa Rica, o Panamá, que han ido desarrollando sus instituciones de acuerdo a las necesidades y demandas y en base al entorno del país, pone a discusión si se trata de ejemplos de reformas y/o de eso que Berman denomina “sucesión natural de etapas”. ¿ Hablamos de Reformas cuando proponemos cambios que las autoridades del momento están políticamente interesadas en realizar y/o cuando expresamos cambios para cumplir condiciones previas relacionadas con la obtención de financiamiento externo de la Banca Internacional ? ¿ Estos cambios y/o reformas son éticamente compatibles con las necesidades y demandas de los grupos prioritarios de población ? La respuesta a estas y otras importantes preguntas, probablemente - como las fracturas óseas -, serán resueltas con bastante seguridad ... por el tiempo.

(a) Las Perspectivas de Reforma en USA

Una visión muy general de los principales elementos que constituirían el sistema de salud en USA – si existiese como tal para todo el país – nos permite identificar la complejidad del tema y la diversidad de situaciones: modalidades de Hawai, Minnesota , Massachusetts, California o Washington, D.C para situar algunos de los aspectos determinantes dentro del lema “pensar globalmente y actuar localmente”. En líneas generales – según bibliografía consultada (Ref 32,33,54, 55,10) – el que podríamos identificar como sistema de salud en USA (Health Care?) - tiene actores básicos “stakeholders”, que estarían representados por: los empresarios doctrinariamente opuestos a cualquier forma de intervención gubernamental; los sindicatos (“unions”) con requerimientos de incrementos salariales independientemente del entorno Condado, Estado y País; la Asociación Médica Americana (AMA) con toda su fuerza gremial, económica y política; las Compañías de Seguros como principales fuentes del control monetario de la industria de salud; las Industrias relacionadas con un gran mercado económico, como los laboratorios productores de medicamentos y materiales mé-

dico quirúrgicos, los centros de investigación, etc; los partidos políticos (demócratas generalmente más sensibles a la protección social y republicanos más sensibles a la seguridad económica); las estructuras institucionales de gobierno; los médicos que responsabilizan al “malpractice” de lo que popularmente se refiere a que “ahora ya no es como antes”, y los enfermos...

Dentro de ese contexto nos preguntamos ¿ puede haber un sistema de salud que permita reformas sectoriales con equidad? Veamos un poco lo que se ha hecho o pretendido hacer.

Históricamente los problemas de salud y sus propuestas de solución han estado siempre latentes en casi todas las agendas políticas electorales desde principios del siglo XX, pareciendo haber consenso que el sistema de salud ha entrado en “crisis” especialmente por su alto coste, y en menor percepción por la inequidad del mismo. En efecto una encuesta realizada en 1993 por Newsweek^{Ref.10} refiere que las mayores preocupaciones ciudadanas son el alto costo, la calidad y por último la disponibilidad. En dicha encuesta se conoce que la mayor parte de la población prefiere utilizar un seguro privado.

Las primeras proposiciones a nivel nacional^{Ref.10} parecerían ser las de Theodore Roosevelt quien en calidad de candidato republicano a la presidencia en 1912 prometía protección contra los riesgos de enfermedad, accidentes, invalidez, y que los ancianos deberían ser protegidos por un seguro, hasta que posteriormente se adoptara un sistema de seguro social de acuerdo al sentir americano (american way: social insurance). El ambiente no era favorable y T. Roosevelt perdió las elecciones. Como consecuencia de la depresión de 1930, la administración demócrata del presidente Franklin D. Roosevelt (1933-1945) propuso dentro de su política de “New Deal” la inclusión de programas de seguridad social (Social Security). El Comité de Seguridad Económica aprobó la ley de Social Security sin incluir las prestaciones de salud.

Harry Truman (presidente demócrata 1945-1953) propuso un seguro universal de salud en el cual los ciudadanos pudieran recibir los servicios independientemente de su capacidad de pago. El ambiente no era económicamente favo-

cuadro No. 1

FUNCION	ENTIDAD RESPONSABLE
REGULACION/ MODULACION	MINISTERIOS DE SALUD
FINANCIAMIENTO	SEGUROS SOCIALES
PRESTACION DE SERVICIOS	RED DE PROVEEDORES

rable (fin de la segunda guerra mundial, Hiroshima) y los opositores invocaron el temor al comunismo y a la medicina socializada habiendo perdido el Presidente Truman. En 1965/66 en el contexto de la guerra de Vietnam y bajo presidencia demócrata de Lindon B. Johnson se logró promulgar las leyes que implantaban dos programas: *Medicare* como programa federal de atención médica para mayores de 65 años (administrado por sistemas como Blue Cross, Blue Shield, etc.) y *Medicaid*, como programa federal de atención médica para las personas sin recursos (administrado vía Social Security). En el período del presidente republicano Richard Nixon (1969-1974), se volvió a analizar la alternativa de un Health Care Insurance que dio como resultado la propuesta de modalidades de sistemas de prepago. "Watergate" postpuso la decisión. El presidente republicano, Ronald Reagan (1981-1989), dejó claro que con respecto a salud su administración abogaba por un "market competition rather than government intervention" en un escenario claramente contrario a la implantación de un seguro universal de salud.

Por último, el presidente demócrata, Bill Clinton (1992-2000), dentro de su plataforma política de "Renew América" proponía cambios de mayor profundidad del actual sistema de salud. Decía *"we are the only advanced nation in the world that does not provide basic health care to all its citizens. We spend 30% more of our income than any other country in the world on health care at a time when we desperately need to spend more on new plants, new equipment, new businesses, reinvesting in education and training of our citizens... we cannot go on like this"*. Clinton propuso la modalidad de moda (new fashion) conocida como "Managed Competition" como un híbrido que conciliaba las fuerzas del libre mercado con la regulación gubernamental utilizando el concepto de "Managed Care" para la organización de redes de proveedores para entrega de los servicios. A pesar de que al final, su propuesta se convirtió en "casi más de lo mismo", el presidente Clinton también perdió

Tratando de poner música a la letra ^{Ref. 41)} los datos de 1992 eran los siguientes: el gasto total en salud se estimó alrededor de US\$ 900 mil millones; el gasto en salud como porcentaje del producto nacional bruto ascendió a 14

por ciento; el gasto per cápita era de US\$ 3.160; la población sin cobertura era de 40 millones de habitantes (16 por ciento del país); el coste incremental del cuidado de la salud fue mayor que la tasa de inflación del país; el costo de administración de los seguros y protección del "malpractice" es aproximadamente del 40 por ciento del coste total, y el ingreso promedio de la población era de US\$ 25 mil 898 mientras que el ingreso de los médicos era de US\$ 139 mil. A pesar de ser el país de mayor gasto en salud del mundo, sus resultados son superados por otros países que disponen de mejores indicadores globales de desarrollo de salud (USA ocupa el cuarto lugar a nivel mundial en Desarrollo Humano, Esperanza de Vida y Tasa de Mortalidad Infantil) después de Canadá, Francia y Noruega que asignan menor gasto para salud.

Las *Características Básicas del Sistema de Salud en USA* las podemos resumir en las siguientes: sobre consumo y sobre utilización de servicios; oferta preferentemente privada de servicios; modelo de atención predominantemente curativo con uso de altas tecnologías y recursos super especializados; coste elevado; financiamiento sustentado en utilización de compañías privadas de seguros; problemas de equidad. Dentro de dicho contexto, la *perspectiva de cambio del sistema* ^{Ref. 35)} comprendían tres opciones de cierto consenso político social relacionadas con: *Private Market* (libre mercado) en el cual el seguro de salud es proporcionado por el empresario o por el propio interesado estando sujeto a la deducción de impuestos; *Employer Based* (play or pay) por medio del cual cada persona recibe el seguro de salud ya sea de la empresa o del gobierno (los empresarios deben "play" proporcionando a la empresa el seguro, lo que representa un mayor coste; o "pay" asignando al trabajador una contribución para la adquisición de un seguro público que es más barato); *Government Based Approach*, también conocido como "Single Payer o National Health Insurance" – base del sistema de Canadá –, en el cual el gobierno se convierte en el único pagador "payer" por los servicios de cuidado de la salud (representa un cambio total de sistema). Las bases de la organización de la oferta de servicios comprende desde los "old products" como "fee for service"



Foto: Cortesía Ministerio de Salud

palmente se consigue a través del régimen subsidiado. La Función Reguladora es realizada por el Ministerio de Salud. La Función de Financiamiento es responsabilidad del Seguro Social y se realiza por medio de las *Empresas Promotoras de Salud (EPS)*, *aseguradores públicos o privados que compiten entre sí por contratar con la población, la provisión de un paquete obligatorio de servicios, cuya composición es establecida y su calidad vigilada por el Gobierno*. Las EPS recolectan los aportes financieros que marca la ley y contratan la prestación de servicios con instituciones de la oferta pública o privada (Función de Prestación) cuyos servicios son remunerados a través de un sistema de pagos similar al concepto de "Diagnosis Related Group" utilizado en USA.

(d) La Experiencia de Trinidad y Tobago

La República de Trinidad y Tobago,^(Ref.31) ha iniciado un proceso de Reforma de su Sistema de Salud que comprende dos etapas: la primera, para lograr la reorganización institucional del sector, la racionalización de la infraestructura y del modelo de atención; y , la segunda etapa, en la cual se creará un Sistema de Seguro Nacional de Salud (SNS) de cobertura universal. La primera etapa se inició en 1994 con la aprobación de la Ley de Autoridades Regionales de Salud (ARS), creándose 5 regiones con la responsabilidad total por la prestación de servicios y la gestión de sus establecimientos. El Ministerio de Salud se ha reorganizado para cumplir con las Funciones de regulación y normatización de salud pública. La Función de Financiamiento será responsabilidad del SNS , con una fase de transición hasta que se cree el SNS con responsabilidad del Ministerio de Salud.

(e) La Experiencia de México.

En México^(Ref. 38) en 1943 se estructura un sistema de salud sustentado en 3 entidades: el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y, el Instituto Nacional de Salud (Hospital Infantil de México). Dicho sistema representó una de las principales fuentes de empleo generador de demanda por insumos de todo tipo y un motor para la innovación tecnológica constituyendo el complejo médico industrial. En 1983 se crea el Sistema Nacional de Salud, orientado a favorecer la equidad, que incluye nuevas modalidades de cobertura a población pobre excluida de la economía formal a través de los sistemas IMSS COPLA-MAR / IMSS Solidaridad. En 1994^(Ref. 39) se presenta a discusión todo un marco conceptual de la visión de la Reforma que pretende: vincular salud con el desarrollo económico y social, consolidar un sistema universal de salud, organizar el sistema de acuerdo a funciones y no a grupos sociales, establecer un seguro nacional de salud, y apoyar la descentralización.

(f) La propuesta de Nicaragua .

Esta propuesta de reforma tiene como común denominador los siguientes elementos: fortalecimiento de la descentralización a través de la consolidación de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SLAIS), separación de funciones, especialmente las de prestación de la población derecho habiente del seguro social; la configuración de modalidades de pre pago a través de las Empresas Médicas Provisionales (EMP) entidades creadas aproximadamente en 1998 como instituciones responsables de ofertar servicios a población afiliada del Seguro Social, bajo un sistema de competencia regulada, pago "por capitación", y con la modalidad de entrega de un "paquete básico de prestaciones", y la búsqueda de un modelo nicaragüense de gestión a través de la reforma hospitalaria. Este proceso de reforma y/o modernización sectorial, está siendo apoyado financieramente por el BID y Banco Mundial.

(g) El Proyecto de República Dominicana

El proceso de modernización y reforma sectorial de *República Dominicana*, se encuentra iniciando su ejecución y que a través de la Reforma de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) y del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), pretende: el *Desarrollo Institucional de SESPAS* (descentralización, reformulación de políticas; administración de recursos humanos; reorganización de la administración financiera; modernización del sistema de suministro de insumos); la *Modernización Institucional del IDSS*, y el *Fortalecimiento del Sistema de Servicios Básicos y Hospitalarios que comprende el desarrollo en forma "piloto" tres "fondos"* que financiarían nuevas formas de proveer servicios de salud relacionados con Atención Primaria (FONAP), Atención Hospitalaria (FONHOSPITAL) y Seguro Médico (FONSOL). El sistema diseñado se basa en el modelo de *Competencia Regulada* con las siguientes características: descentralización autonómica de la gestión; plan estándar de beneficios; selección individual de redes acreditadas de proveedores de servicios; competencia entre las redes de proveedores en búsqueda de afiliados, y, orientación hacia subsidios estatales focalizados en la demanda para población de bajos ingresos.

(h) Las Experiencias de Costa Rica:

Costa Rica siempre ha sido un país con una sociedad que ha priorizado los sectores sociales y ha desarrollado – dentro de su propio contexto – modalidades diferentes para proteger los grupos humanos en cuanto al derecho de la salud y educación. En efecto, en la década de los 70, Costa Rica inició un proceso de separación de funciones (cuando

aquella época, variaba entre el 2.5 y 6.3 del producto interno bruto. El gasto en salud ha sido generalmente aceptado para América Latina como insuficiente en vista de comparaciones con datos a nivel internacional. Sin embargo, en la última década y en base a los análisis económicos tanto del Banco Mundial como del Banco Interamericano de Desarrollo, se ha comenzado a precisar la magnitud del gasto privado – todavía no bien determinado – con lo que la magnitud de los recursos disponibles ya no parece tan insuficiente. De hecho, el estudio de Castagnino en el BID^(67, 31) y Govindaraj, R. en el Banco Mundial^(68, 41) expresan que para Latinoamérica en su conjunto el gasto total en salud se aproxima al 6 por ciento del PBI, cifra que no puede ser considerada baja a nivel mundial. Sin embargo, dentro de ese conjunto, se observa que el 65 por ciento de países tienen un gasto inferior al promedio y que de ellos, existen 7 países con un gasto en salud francamente insuficiente (3 a 4 por ciento del PBI) donde existen importantes vacíos de cobertura efectiva de servicios que a manera de incentivo perverso, afecta principalmente a la población con marcados niveles de pobreza. Al mismo tiempo, se observa que el 35 por ciento de países poseen un gasto en salud superior al 6 por ciento y que de este grupo hay 6 países (Argentina, Chile, Costa Rica, Jamaica, Panamá y Uruguay) cuyo gasto es superior al 8 por ciento del PBI llegando en el caso argentino a aproximarse al 10 por ciento. En estos casos la principal acción debe orientarse a la eficiencia y contención de costos.

Reflexiones sobre los sistemas de salud de América Latina

En cuanto a la Estructura: Los Sistemas de Salud de América Latina – en términos generales -, se han estructurado en dos vertientes:

.... **Institucional**: acúmulo histórico de entidades, con énfasis gremial y

.... **Demográfico**, enfocado a la segmentación de la población en estratos sociales.

En relación con las características: Los Sistemas de Salud de América Latina – en términos generales -, se caracterizan

por: su alto nivel de *insatisfacción*, tanto para la población como para el personal de salud.

La insatisfacción se expresa por:

- (a) Bajo Nivel de Salud de la Población, que afecta con mayor severidad a los pobres.
- (b) Falta de Acceso a Servicios Básicos de Salud (entre 10 y 40 por ciento de la población).
- (c) Focalización del Gasto a intervenciones con externalidades negativas (hospitales: 60 a 70 por ciento del gasto).
- (d) Escasa Eficiencia en el uso de recursos identificado por: mala utilización de aproximadamente 30 por ciento de los recursos; marcado centralismo en la toma de decisiones; acentuada burocracia; falta de capacitación gerencial
- (e) Mala Calidad de la Atención que afecta más a los estratos de población pobre.

En relación con el Funcionamiento de las Instituciones: Las Instituciones y/o Sectores de Salud han adoptado un modelo en que cada entidad desarrolla concomitantemente las funciones de *Regulación, Financiamiento y Prestación* de Servicios lo cual ha redundado en falta de equidad, baja eficiencia, mala calidad y escasa sostenibilidad financiera.

Las Nuevas Modalidades de Organización de Sistemas de Salud: Los marcos conceptuales teóricos definen los siguientes lineamiento. (cuadro No. 3)

En relación con el Financiamiento del Sistema de Salud se observa:

- (a) Bajo Gasto en Salud como porcentaje del PBI : Promedio Para América Latina y Caribe del 6.2.
- (b) Diferencias entre Países: 65 por ciento de los Países por debajo del promedio de 6.2
- (c) 7 Países con Porcentaje inferior al 5 por ciento.
- (d) 7 Países con Porcentaje superior al promedio de América Latina y Caribe (Argentina con 9.6; Jamaica con 9.4; Costa Rica con 9.2 ; Panamá con 8.7, y Uruguay con 8.3 son los de mayor gasto).

Teoría versus Realidad de las Reformas. Aplicabilidad y Sostenibilidad: La complejidad institucional y la trascendencia

cuadro No. 2

SECTOR	INSTITUCION	SEGMENTO POBLACION	IDENTIFICACION
PUBLICO	MINISTERIOS SALUD	Escasos Recursos: Pobres.	Pacientes
MIXTO	SEGUROS SOCIALES	Medianos Ingresos Económicos	Usuarios
PRIVADO	PARTICULARES	Altos Ingresos Económicos	Clientes

cuadro No. 4

Las Experiencias de Reformas de Sistemas de Salud

PAIS	CARACTERISTICA BASICA		AÑO
CHILE	SERMENA Sistema Nacional de Salud Separación Funciones Descentralización Participación Sector Privado.	Regula el MSP; Financia FONASA. Municipios ISAPRES	1945
			1952
COSTA RICA	Separación Funciones Descentralización Modelo Atención	Traspaso Atención Hospitalaria a la CCSS Regulación a cargo del MSP; Mayor responsabilidad de Municipios MSP: Medicina Preventiva. EBAIS.	1973
			1983
			1990
COLOMBIA	Descentralización Separación de Funciones Participación Red Proveedores	Municipios Regula el MSP; Financia Seguro Social Publicos y Privados: EPS. Competencia Regulada	1993
TRINIDAD TOBAGO	Descentralización Equidad	Regiones de Salud Cobertura Universal Seguro Nacional Salud	1994

ceptual y financiera) que generalmente cuenta con el visto bueno de los Ministros de Economía ("cash flow") y que tiene el riesgo de continuar los conflictos entre autoridades de salud y agentes del sector, sin tomar en consideración las demandas esenciales de la población.

El personal de salud -- especialmente el gremio médico por su capacidad de hacer opinión "decision maker" --, ha mantenido en la mayoría de casos, la racionalidad clínica asistencial en la organización de los sistemas de salud, entrando en conflicto con la capacidad gerencial para la adecuada gestión de la salud. En otro sentido, la participación de los economistas en el análisis de salud no ha dado los frutos que cabrían esperarse ni ha satisfecho las expectativas generadas, ya que la simple aplicación de requerimientos y condicionantes de modelos basado en la economía de mercado -- especialmente en países con elevado porcentaje de población en condición de pobreza --, no constituyen más que un marco teórico inaplicable en la mayoría de casos, y cuando aplicable, generalmente insostenible. (El entorno de la reforma de salud en base al libre mercado y globalización de la economía no se asemeja ni política, ni social ni culturalmente a los entornos de la mayoría de países de América Latina).

Los ejemplos de CHILE -- que en diferentes regimenes políticos --, ha priorizado y realizado cambios en el sector, y de COSTA RICA, constituyen modelos más afines -- no solo de reforma sino de decisión --, para el resto de países de América Latina, ya que los cambios han sido realizados en el contexto nacional prevalente en cuanto a cultura y factibilidad social.

La Necesidad y Modalidad de Cambios

Tomando en consideración que la mayoría de sistemas de salud de América Latina, en términos generales no cum-

plen con los criterios enunciados como básicos para que un sistema satisfaga las demandas de la población, con eficiencia, calidad y sostenibilidad financiera, se hace necesario considerar la transformación de dichos sistemas. Es necesario tener en cuenta que la reforma de un sistema social como la salud es una tarea compleja (por los heterogéneos agentes que intervienen); difícil (por la naturaleza social del sistema); conflictivo (por los intereses creados que están en juego), y de largo plazo (por las actividades que involucra).

En ese sentido, consideramos necesario que cuando se diseñe un proceso de cambio no se adopte un determinado «modelo» que pudiera haber sido exitoso en otro lugar y en otro momento (salvo como referencia de lección aprendida), sino que dicho proceso de cambio trate de conciliar consensos y tenga en consideración: el entorno político, social y cultural; la conceptualización, propósitos y direccionalidad de la reforma; la existencia de escenarios no negativos al cambio; la capacidad gerencial de las instituciones del sector; y la inclusión de programas que den respuesta a demandas de la mayoría de la población.

Aún cuando existan diversas concepciones y modalidades de reformas, un esquema teórico debería comprender en forma gradual y progresiva -- a manera ilustrativa en dependencia de la situación de cada país -- propuestas de cambio que podrían identificarse como: *reforma estructural* (reorganización del sistema de salud en sus aspectos institucional, financiero y jurídico); *reforma funcional* (reorganización del sistema de servicios de salud principalmente en los aspectos referentes al modelo de gestión), y *reforma procesal* (reorganización de programas y modelo de atención).

La *necesidad*^{36f, 42)}, es la expresión de una serie de circunstancias biológicas, patológicas, ambientales, y culturales, todas las cuales se miden por indicadores de salud que habitualmente están fuertemente influidos por los valores sociales y por el nivel cultural de cada grupo humano. Los indicadores de necesidades, son probablemente los que expresan en forma objetiva la realidad médico social del medio ambiente. Además de las necesidades, existen las *aspiraciones* de la comunidad en cuanto a salud, las cuales están determinadas por una serie de creencias, hábitos y actitudes de conducta de los individuos que constituyen una determinada sociedad. Por lo tanto, las aspiraciones difieren ampliamente cuando se comparan poblaciones diferentes, aún cuando las necesidades puedan ser muy similares. Además, puede ser que las aspiraciones sean adecuadas, exageradas o distorsionadas, como resultado de tradiciones culturales o estados sociales que inducen a los individuos a organizarse en grupos de presión.

Sin embargo, el elemento esencial utilizado por los planificadores para diseñar un sistema de servicios de salud, es la determinación de la *demand*a de servicios, basada en el estudio de la experiencia previa y de la proyección hacia el futuro de las tendencias del consumo actual de servicios. Se supone que la demanda debería incluir las necesidades y aspiraciones, sometidas a la ponderación de variables importantes como son el poder de compra, la motivación, calidad y accesibilidad de servicios. La demanda de atención es ante todo, demanda de conocimientos, o al menos, de resultados de conocimientos. La demanda puede ser real, que a su vez se distingue en demanda real satisfecha (población con necesidades sentidas, expresadas y atendidas), y demanda real insatisfecha (población con necesidades sentidas, expresadas y no atendidas); y potencial que se refiere a la población con necesidades sentidas pero no expresadas.

El sistema de servicios debe mantenerse en un *equilibrio entre oferta y demanda*, que se ve influenciado por otros factores como *utilización, productividad, y accesibilidad*, como elementos que pueden alterar las características de las prestaciones y distorsionar las estimaciones de la demanda. La utilización de servicios tiene relación directa con la *eficacia y calidad* del proceso técnico administrativo. La accesibilidad es condición indispensable para que la población pueda utilizar servicios (*equidad*), y puede estar obstaculizada por limitantes de tipo geográfico, cultural, financiero, jurídico, étnico, o religioso. La productividad tiene relación con el rendimiento de los recursos (*eficiencia*).

Análisis de situación del sistema de servicios de salud

La situación caracterizada para los sistemas de salud es válida para el *sistema de servicios de salud* y para la apertura programática de prestaciones de salud. La situación de los servicios (red u oferta de proveedores) ha sufrido un marcado deterioro a nivel de sus recursos físicos (falta de

inversiones, mantenimiento y conservación), que complementado con la obsolescencia funcional de las tecnologías disponibles y la inadecuada estructura gerencial, determinan la baja capacidad resolutoria de la oferta de servicios en relación con el nivel de demanda de la población. Los servicios estatales de salud de la mayor parte de países no alcanzan —ni por calidad o distribución—, a atender las necesidades de la población.

Las limitaciones financieras, asociado a las mayores demandas de la población, al ingreso familiar disminuido, a las asignaciones presupuestarias mal distribuidas y mal utilizadas, representan factores condicionantes negativos para la operatividad de las actuales estructuras de salud.

De acuerdo a datos de OPS^{36f, 10)} en relación con estimaciones de cobertura alcanzada a nivel de América Latina y El Caribe, aproximadamente 31 por ciento de la población total no tenían acceso permanente a servicios básicos de salud. Esta situación presenta mayor gravedad en la mayoría de países centroamericanos ya que en 1990, la inaccesibilidad en Nicaragua era del 32 por ciento, El Salvador 40, Guatemala 50 y Honduras 54. Esto representa la existencia de sistemas claramente inequitativos. Por otra parte, se estima que el 60 por ciento del recurso físico es obsoleto, con 40 de la dotación de equipo prácticamente infuncional. Por otra parte, se ha estimado que el 30 por ciento de los recursos totales son mal utilizados, lo cual evidencia la situación de ineficiencia de los sistemas actuales constituyendo en la actualidad el desafío más importante para los países de la Región. Pero la demanda de servicios que enfrentan los sistemas de salud no son exclusivamente cuantitativas. El cambio en los perfiles de morbi-mortalidad, las diferentes demandas de patología perinatal, los problemas que afectan a la salud del adolescente, del trabajador y de la población de la «tercera edad», requieren importantes cambios cualitativos en la manera de organizar la estructura de los servicios de salud. Lo antes descrito significa que estos sistemas deberán reorganizarse y reorientarse para por lo menos, garantizar el acceso a servicios básicos.

Foto: Thirza Ruballo



colectiva. Desde el punto de vista del sector salud, un sistema local de salud es una parte integrante del sistema de salud, con las características de descentralización y desconcentración definidas por el Estado, con capacidad de coordinación de la totalidad de los recursos existentes para la salud integrando una red de servicios dentro de un espacio poblacional determinado.

(d) Informe Dawson

En 1920, Dawson^(Ref 46), presentó su informe al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña, en que desarrolla las bases para la organización de un sistema de servicios de salud, aduciendo lo siguiente: «En vista de la urgencia que atribuye al establecimiento metódico de una política de salud constructiva, y de la íntima relación que existe entre los servicios médicos y los problemas relativos a la «ley de pobres» y al gobierno local, estimamos que facilitaremos el progreso si exponemos la orientación de nuestras deliberaciones y conclusiones y, en consecuencia, tenemos el honor de presentar el presente informe.

La disponibilidad general de los servicios médicos, solo puede asegurarse mediante una organización nueva y ampliada, distribuida en función de las necesidades de la comunidad. Tal organización es indispensable en razón de eficiencia y coste, como asimismo en beneficio del público y de la profesión médica. A medida que aumenta la complejidad y el coste del tratamiento, disminuye el número de personas que pueden pagar toda la gama de servicios. Además, la opinión pública mejor informada reconoce que el hogar no siempre ofrece las mejores condiciones higiénicas para el tratamiento de enfermedades graves, que requieren atención especial para dar al paciente plenas oportunidades de recuperación.

Los servicios pueden clasificarse en domiciliarios e institucionales. Los domiciliarios se inician en el hogar y cons-

tituyen los servicios periféricos. Un Centro de Salud es una institución donde se concentran diversos servicios médicos, tanto preventivos como curativos, formando una organización. Los centros de salud pueden ser primarios (más sencillos), y secundarios (más especializados). Los servicios domiciliarios de una determinada región, deben contar como base un Centro Primario de Salud, es decir, una institución dotada de servicios curativos y preventivos, que estará a cargo de médicos generales, junto con un eficiente servicio de enfermería, y con la ayuda de consultores y especialistas visitantes. Los centros primarios de salud variarán en tamaño y complejidad según las condiciones locales, pero el personal estará constituido por los médicos del correspondiente distrito. Un grupo de centros primarios de salud debe a su vez tener como base a un Centro Secundario de Salud, a donde serán referidos los casos que requieran tratamiento especial. Estos centros—ubicados necesariamente en las ciudades—, necesitan equipo más variado y personal más especializado. Los Centros Secundarios de Salud deben vincularse a su vez con un hospital docente, que cuente con una Escuela de Medicina».

(e) Niveles de Atención

El sistema de servicios de salud constituye la organización de la respuesta a una demanda concreta de atención individual o colectiva. Para el individuo, la atención de salud debe responder a su necesidad particular, y para la comunidad debe satisfacer el conjunto de necesidades de sus integrantes. En cualquier sistema de servicios de salud, en una u otra escala (individual o colectiva), debe disponerse de varias modalidades de atención, que cubran un rango amplio de intensidad y complejidad.

La noción de «niveles»^(Ref 47), responde a una lógica natural de agrupar y utilizar recursos en forma estratificada, según sean las características de las situaciones a satisfacer. En el área de salud, la adopción de este enfoque, tiene además la intención de favorecer el establecimiento de un balance o equilibrio en la cantidad, variedad, y calidad de la atención que se entrega a la población, mediante un proceso deliberado de asignación de recursos, orientado a compartir facilidades, personal y tecnologías usualmente disponibles, con un carácter limitado.

El concepto de niveles en la organización del sistema de servicios de salud, implica el reconocimiento de dos elementos claramente diferenciados: por una parte, el de una necesidad y demanda de atención, es decir la existencia de una situación o problema de salud; y por la otra, el de una respuesta, o sea el servicio de menor a mayor complejidad de



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 indicadores 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 periodos y diferentes metodologías para la recolección de la información. De esta forma obser-

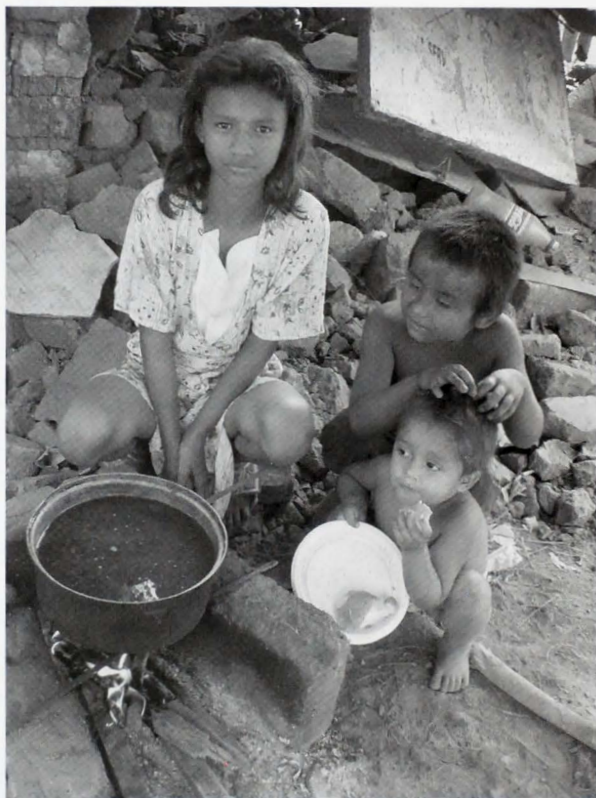


Foto: Alejandro Chichén WFP/PMMA

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 Índice de Desarrollo Humano y el Índice de Pobreza Humana.

El *Índice 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 Educativo (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 *Índice 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).

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^(6/31):

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 beneficencia 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, así 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.

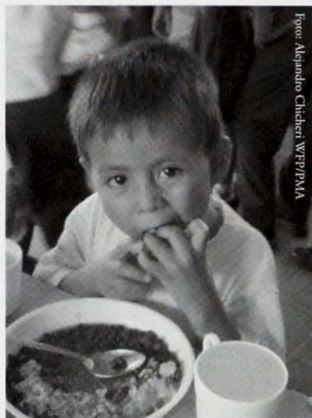


Foto: Alvaro Cienfuegos/WFP/PAW

El Perfil Epidemiológico de la población salvadoreña se corresponde con el estado 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-

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 cuan-

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.

to 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).

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.

Distribución 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.

Utilización 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^{(47) (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^{(49) (50)}, para lograr una «economía humana, que es la primera demanda de la libertad». El Presidente del BID, Sr. Enrique Iglesias^{(51) (52)}, 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, satisfice

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 como por no residentes, e independientemente de la nacionalidad de los propietarios de los factores.
- (ii) PIB Percápita (PPA en US\$): Es el PIB per cápita 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. 59) 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, infeciosas 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: Corresía 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 carcinogénicas, 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^{RSO}, 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 Área 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 pro-

ceso 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	POBLACION	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. Cienc. 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 Índice 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 - per cápita en salud incluyendo la cooperación externa de US\$100 y gasto público per cápita 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 Asisten-*

cia 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 variaciones--- 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 un 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 predomino 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 per cápita 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^[94]: 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 Objetiva” 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 y 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"), multidisciplinares, con contratación temporal y por productos.



Foto: Thirza Roballo

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 readequando 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	<p>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 Capacitación. 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 Puestos, 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 Criterios asignación gastos.</p>	Primer Año	12 % del Presupuesto del Gobierno y Financiamiento externo por US\$ 10 millones.
	<p>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 Gastos Desarrollo Sistemas Municipales de Salud. Reforma Financiera: Presupuesto por Rendimiento. Criterios Recuperación de Gastos Sistemas de Contención de Costos.</p>	Segundo Año	11 % del Presupuesto del Gobierno y Financiamiento Externo por US\$ 15 millones.
	<p>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.</p>	Tercer Año	11 % del Presupuesto del Gobierno y Financiamiento Externo por US\$ 15 millones.
CONSOLIDACION	<p>Evaluación Resultados. Rediseño Sistema. Continuación de Reformas y Programas.</p>	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.

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. Boletín 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. Miglioni 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.

Una cita con la cultura y el art

Encuentro

No sólo en la mesa de un café se puede conversar sobre arte y cultura.

Roberto Galicia y Nohemy Navas conducen con amenidad este programa, donde invitan a los valores jóvenes y consagrados que hacen y promueven el arte en nuestro país.

Su amplia temática incluye:

- Cultura Internacional
- Literatura
- Música
- Pintura
- Reportajes
- Costumbres
- Cine
- Agenda Cultural

Encuentro

Es una producción de la Universidad Tecnológica en apoyo a la cultura nacional.

CANAL
55

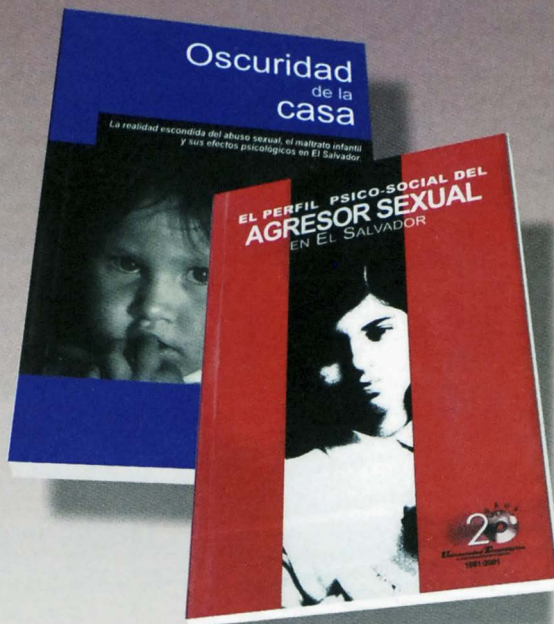
Miércoles-6:00 p.m.
Domingos-1:00 p.m.

La diferencia está en los hechos

Universidad Tecnológica
La Gran Universidad de El Salvador



COMPROMETIDOS CON LA SOCIEDAD SALVADOREÑA



Cumpliendo con su compromiso, la Universidad Tecnológica ha entregado a la sociedad dos investigaciones sobre el abuso sexual y maltrato infantil en El Salvador. Los estudios

“Oscuridad de la casa: La realidad escondida del abuso sexual, el maltrato infantil y sus efectos psicológicos en El Salvador”

y “El perfil psico-social del agresor sexual en El Salvador”,

realizados por los docentes investigadores de la Escuela de Psicología de esta universidad: Licda. Hilda Mercedes Flores de Arévalo, Lic. Mauricio Morán Mónico y Lic. José Ricardo Gutiérrez Quintanilla, con el apoyo técnico del Dr. Pat Gibbons, pasan a manos de la Agencia de Cooperación Técnica del Gobierno Irlandés (APSO), el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF), la Fiscalía General de la República, Procuraduría General de la República y Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos.

Investigación al servicio de la sociedad

Universidad Tecnológica
La Gran Universidad de El Salvador



En un mercado
competitivo se imponen
las decisiones innovadoras...

¿Está usted capacitado para tomarlas?

Las Maestrías
de la Universidad Tecnológica
le brindarán el enfoque
práctico y estratégico
necesario, para enfrentar
con visión innovadora
los mayores retos empresariales.

Nuestros Planes de Estudio
implementan nuevos métodos,
basados en el desarrollo
de estrategias sobre casos reales,
con un exigente enfoque práctico
dirigido a la toma
de decisiones a nivel gerencial.

Planes especiales de pago para
profesionales graduados
de la Universidad Tecnológica

Maestrías en:

Administración de Empresas
Administración Financiera
Mercadeo



Solicite mayor información en:
Dirección de Maestrías y Estudios de Postgrado, Edif. Thomas Jefferson,
Calle Arce y 17 Av. Sur. Teléfono Directo: 275-8820 - Telefax: 275-8818
Commutador: 275-8888 Exts.: 8816 y 8817.

Página web: www.utec.edu.sv e-mail: jmarenc@utec.edu.sv



Universidad Tecnológica
La Gran Universidad de El Salvador