

# Alternativas para el Desarrollo

Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE)

El Salvador

## Propuesta para el sector salud en El Salvador

*Lily Caballero*

### En este número:

Propuesta para el sector salud en El Salvador  
*L. Caballero.* p. 1

La modernización del Estado. El papel del Estado en la sociedad  
*A. Goitia.* p. 7

La problemática de la calidad de los alimentos en El Salvador  
*A. Germain / V. Aguilar* p. 15

Migraciones internacionales. Remesas e impacto en las ciudades  
*M. Lungo* p. 21

La salud en la mira del ajuste económico.  
*L. Caballero* p. 25

### Introducción

01. El sector salud del país está compuesto por tres sistemas: público, privado comercial y privado social (ONG's e iglesias que dan el servicio sin fines de lucro).

02. La dinámica del sector se caracteriza por la desarticulación y actuación autónoma de los sistemas. El MSPAS ha privilegiado la función de administrar los servicios de salud propios descuidando la función de rector y conductor de la política nacional de salud y por consiguiente la ausencia de mecanismos por parte de dicho ministerio para coordinar eficientemente las relaciones entre los tres sistemas.

03. Los servicios públicos y privados comerciales a su vez se caracterizan por estar concentrados territorialmente en las áreas urbanas del país, privilegiando al Area Metropolitana de San Salvador; el Sector Público también tiene un carácter excesivamente centralizado en los procesos de toma de decisiones y concentrado en sus recursos.

04. La forma actual de funcionamiento de los sistemas, conducen a una subutilización de la capacidad instalada como el hospitalario público, descuido de los programas de prevención y el acceso restringido al sistema privado comercial para amplios sectores de la población.

05. El sistema público está formado por el MSPAS, el ISSS, más los servicios de salud de entidades autónomas como ANTEL, CEL, ANDA, FFAA, los que a su vez actúan independientemente.

06. El rol preponderantemente curativo y centralizado del sistema público contradice los lineamientos de política en salud emanados del Ministerio de Planificación y de los lineamientos mismos de política del MSPAS, que establece la necesidad y prioridad de una política y acciones de salud con énfasis en la prevención y atención primaria en salud con participación comunitaria.

07. El sistema privado comercial tiene una orientación básicamente curativa y opera casi sin ningún control por parte del MSPAS.

08. El sistema privado social, su esfuerzo está en experiencias de atención primaria de salud, organización y participación en salud y servicios curativos.

09. Como parte del sistema privado social se cuenta con experiencias que nacen en el contexto de la guerra en las zonas de conflicto. El sistema de salud de las zonas controladas por el FMLN no sólo desarrollan un sistema sanitario de atención primaria bajo el modelo médico de división de tareas por niveles de estudios formales en salud, sino que los promotores alcanzan niveles de especialización bajo un sistema informal de aprendizaje en el campo de intervención quirúrgica; que si bien fue una alternativa para atender a combatientes y personas heridas durante combates y bombardeos, en sí misma la experiencia más allá de la guerra, quebró un mito de la ideología médica: el control de este gremio sobre el cuerpo humano frente a procesos de morbilidad.

10. A partir de la experiencia de los hospitales de la guerrilla y brigadistas de salud en zonas de conflicto, han quedado personas (mayoritariamente jóvenes mujeres) con un adiestramiento que sobrepasa el que usualmente se les proporciona a los promotores, asistentes, facilitadores en salud. (Que hoy intentan recuperar en los sistemas populares de salud).

### **Consideraciones sobre un modelo de salud alternativo**

11. Los indicadores negativos de morbimortalidad que presenta el país son una acu-

mulación de la condición de necesidades insatisfechas estructuralmente, de la desatención del sector social por parte del Estado durante la guerra, y la prevalencia de un enfoque de salud-enfermedad eminentemente médico-biológico fomentado por la medicina comercial.

---

### ***Las medidas para solventar la salud de la población además de caras, resultan ineficientes***

---

12. Por estas complejas condiciones en El Salvador, las medidas para solventar los problemas de salud de la población, además de caras (por tecnología, infraestructura, recursos humanos especializados, etc.), resultan ineficientes, no sólo por

las prácticas legitimadas de ineficiencia en el sistemas de funcionamiento, sino por el enfoque médico-biológico asumido.

13. A partir de la declaración de Alma Ata, de "Salud para Todos en el Año 2000", en Centroamérica y con los esfuerzos de los organismos internacionales, se inició un proceso de cambio en la concepción de salud prevaleciente, dándose un lento pero progresivo proceso de permeamiento y desplazamiento el enfoque médico-biológico hacia el enfoque médico social dentro de las estructuras sanitarias del Estado y dentro de la concepción de participación en salud por parte de la comunidad.

14. Los resultados más significativos de la presencia de nuevos enfoques se orientan en una concepción de salud más integral, ya no sólo de atención médica a los enfermos, sino de:

- a) Procesos de participación de la población en estrategias de atención primaria en salud.
- b) La calidad de salud relacionada a la calidad de los servicios básicos y saneamiento ambiental.

- c) La eficiencia de los programas infantiles relacionada a servicios de apoyo a la mujer para el cuidado de los niños.
- d) La separación de la problemática de salud de la mujer de los programas materno infantiles.
- e) Reconocimiento de la necesidad de prevención bajo sistemas eficientes.

15. En América Central hacia finales de la década de los 80's se conjugaron los procesos de: crisis de la deuda externa, la profundización de la crisis económica, la profundización de la pobreza y la consolidación de los procesos de paz, procesos acompañados de la aplicación de las medidas de estabilización y ajuste estructural para hacerle frente a los problemas económicos; en términos del Estado se plantea la descentralización, la focalización del gasto público y la privatización, como procesos que hagan al aparato público más eficiente, pero también su reducción funcional y física.

16. El Sistema Público de Salud, así como otras entidades del Estado actualmente pasan por un profundo proceso de revisión y son sujetos de propuestas de reformas que incluyen los procesos de descentralización y privatización.

17. Para El Salvador actual, el desarrollo del sector salud pasa por aplicar una política responsable de descentralización y desconcentración de los recursos de salud. El proceso de descentralización en una doble dimensión: vertical y horizontal.

18. La primera, que consiste en que los procesos de toma de decisiones sean equilibradamente compartidos por los involucrados en la problemática de salud, donde el principal ente a descentralizar es el

MSPAS. La segunda, la descentralización horizontal, que consiste en equilibrar el poder político y económico existente en los tres sistemas.

### **Propuesta**

19. Por la situación crítica de salud que vive la población pobre y los riesgos infecto-contagiosos para la población en general, es indispensable que la política de salud del próximo gobierno asuma dos tareas fundamentales: un Plan Nacional de Emergencias en Salud y un Plan de Concertación y Reformas para el Desarrollo del Sector Salud.

20. Ambos planes deben desarrollarse en el próximo período presidencial pero bajo programaciones diferenciadas, primero, por la envergadura de las acciones en la intervención de emergencia epidemiológica y segundo, porque las reformas y adecuación del sector salud a las demandas y condiciones del país no se restringen a decisiones técnicas sobre las opciones y modalidades de la descentralización y la privatización, en sí mismos son procesos políticos de gran sensibilidad para toda la población.

---

### ***La descentralización de los recursos de salud debe darse en una doble dimensión: vertical y horizontal***

---

### **Plan Nacional de Emergencia en Salud**

21. Por la condición de emergencia epidemiológica de la población más desprotegida, se requiere de un conjunto de medidas, que en el plazo de 5 años, controle la epidemiología más crítica de la población, poniendo énfasis en la prevención a la par de medidas concebidas en el plano curativo-reparativo pero con un fuerte componente de participación comunitaria y con un enfoque social del problema salud-enfermedad.

22. Por lo crítico de la situación de salud en áreas definidas por los estudios epidemiológicos existentes en el país, este plan de emergencia se debe enfocar en 12 programas, que bajo el liderazgo del MSPAS debe ser compartido en responsabilidad

por los tres sistemas de salud existentes en el país; así como por las organizaciones sociales que sin tener un trabajo específico en salud su contribución es necesaria en procesos de participación, concertación y prevención de riesgos a la salud.

---

### Plan de emergencia en salud (Recuperación de daños)

---

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Programas sanitarios sobre morbilidad por enfermedades del medio ambiente. Respiratorias, intestinales, rehidratación oral, inmunización, virales, bacteriales. Focalizando al grupo de mayor riesgo, los niños.</li> <li>2. Programa de saneamiento ambiental en las zonas de alta vulnerabilidad, áreas urbanas y rurales.</li> <li>3. Programa de salud mental con énfasis en educación.</li> <li>4. Programa de recuperación nutricional.</li> <li>5. Programa de atención ginecológica y prevención de cáncer a las mujeres.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Programa de organización social para la prevención en salud.</li> <li>7. Programa de control de medicamentos.</li> <li>8. Programa nacional y local de educación en salud.</li> <li>9. Campaña contra la violencia doméstica.</li> <li>10. Programas de atención a niños y jóvenes en situación de riesgo.</li> <li>11. Promoción de la medicina alternativa.</li> <li>12. Desarrollo de metodologías y sistemas que aseguren el acceso a los servicios de salud.</li> </ol> |
|--|--|

---

### Plan de concertación y reformas para el desarrollo del sector salud

---

23. El Plan de Concertación y Reforma para el Desarrollo del Sector Salud forma parte de un pacto político-social para una política social de largo alcance, con dos objetivos fundamentales:

a) Diseño y desarrollo de un sistema de salud democrático, eficiente y sostenible.

b) Concertación entre los sistemas del sector para brindar un servicio eficiente, oportuno y accesible a la población.

24. Para lograr estos objetivos centrales, son 7 los temas relevantes para una agenda de concertación y reformas al sector salud.

Tema de agenda	Propósitos
1. Formación del Consejo Nacional de Salud (sistemas del sector, ONG's, municipios, y estructuras de participación ciudadana).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concertación, definición, conducción y evaluación de la política nacional de salud.</li> <li>- Control sobre la aplicación del Código de Salud.</li> <li>- Organización y control del sistema nacional de vigilancia epidemiológica.</li> <li>- Definición de prioridades para el sistema público en salud.</li> <li>- Compromisos y participación del sistema privado comercial y privado social.</li> <li>- Desarrollar el sistema de seguridad ciudadana para minimizar el abuso e impunidad médica.</li> <li>- Universalización de la seguridad social a través de la diversificación de modalidades de seguros médicos.</li> </ul>
2. Regulación y control del sistema privado en salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulación y control de la calidad de los servicios privados en salud.</li> <li>- Desarrollar opciones para el acceso a los servicios privados por parte de la población excluida.</li> </ul>
3. Concertación entre los sistemas del sector salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Racionalizar el uso de las capacidades instaladas en los sistemas del sector salud.</li> <li>- Reasignación de funciones en acciones curativas y preventivas, el sistema privado con mayor énfasis en servicios curativos y el público en servicios preventivos y atención al área rural.</li> </ul>
4. Control de medicamentos y uso de químicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asumir las normas de OPS y las normas del gobierno de USA.</li> <li>- Diseño de una campaña contra el automedicamento.</li> <li>- Prohibir la importación de medicamentos y químicos nocivos a la salud y medio ambiente.</li> <li>- Montaje del sistema de control de uso de medicamentos y químicos.</li> <li>- Sistema de sanciones por incumplimiento en la prescripción de medicamentos.</li> </ul>
5. Programas coordinados de saneamiento ambiental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinación funcional entre MSPAS, ONG's, Municipalidades, Ministerios y organizaciones ciudadanas.</li> <li>- Sistemas de control e incentivos para la protección y saneamiento del medio ambiente.</li> </ul>
6. Definición del rol de los gobiernos municipales en el sector salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concertar los reglamentos, normatividad, disposiciones de las competencias municipales.</li> <li>- Reforzar las competencias de promoción, control, regulación, y coordinación de los gobiernos municipales en el sector salud.</li> </ul>

Tema de agenda	Propósitos
7. Reformas al sistema público de salud con el propósito de: descentralización, sostenibilidad y eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de desconcentración del sistema público hacia las áreas urbanas y rurales de mayor riesgo.</li> <li>- Reorientación del sistema público a la atención primaria en salud, prevención y participación.</li> <li>- Desarrollo de una unidad de planificación, monitoreo y control de programas.</li> <li>- Programación y presupuestos por programas.</li> <li>- Redefinición de programas de atención tanto curativas como preventivas, revisión de la normatividad de atención y sistema de coordinación y control interno.</li> <li>- Desarrollo y fomento de la metodología de SILOS, para garantizar la extensión de cobertura, eficiencia y eficacia, estructuras de participación ciudadana y de los Concejos Municipales.</li> <li>- Concertar criterios para un política de subsidios y autogestión para la salud.</li> <li>- Definir criterios de focalización de gasto público en base a un sistema de planificación nacional y local en base a un mapa de vulnerabilidad de hogares y asentamientos humanos.</li> <li>- Unificación del Sistema Público, en base a la reorganización de funciones y servicios. (MSPAS, CEL, ANTEL, ANDA, ISSS, separando del ISSS los servicios de vejez, invalidez, muerte).</li> <li>- Traspaso del servicio de sanidad militar al MSPAS.</li> </ul>

## Financiamiento

25. El gasto del Gobierno de El Salvador en el sector salud ha sufrido una grave disminución en relación al PIB, pasando de 1.9% en 1980 a 0.8% en 1992.

26. Para poder responder a los requerimientos de financiamiento para la salud es necesario que le Gobierno eleve las asignaciones a este sector. Para esto se requiere que se aumente el coeficiente de tributación a través de medidas que permitan: Reducir la evasión fiscal; mejorar la eficiencia en la recaudación y control tributa-

rio del Ministerio de hacienda y; recaudar más a través de los impuestos al consumo de productos nocivos a la salud como son las bebidas alcohólicas, impuestos complementario sobre matrícula de vehículos.

27. En 1980 los Impuestos Selectivos al Consumo representaban 2.08% del PIB, según las proyecciones para 1994, estos impuestos solamente reportan el 0.92% del PIB. Si se recuperaran el coeficiente de 1980, en 1994 los Impuestos al Consumo reportarían 1576 millones de colones, lo cual casi duplicaría la asignación al Ministerio de Salud para este año.