

fundede

Fundación Nacional para el Desarrollo

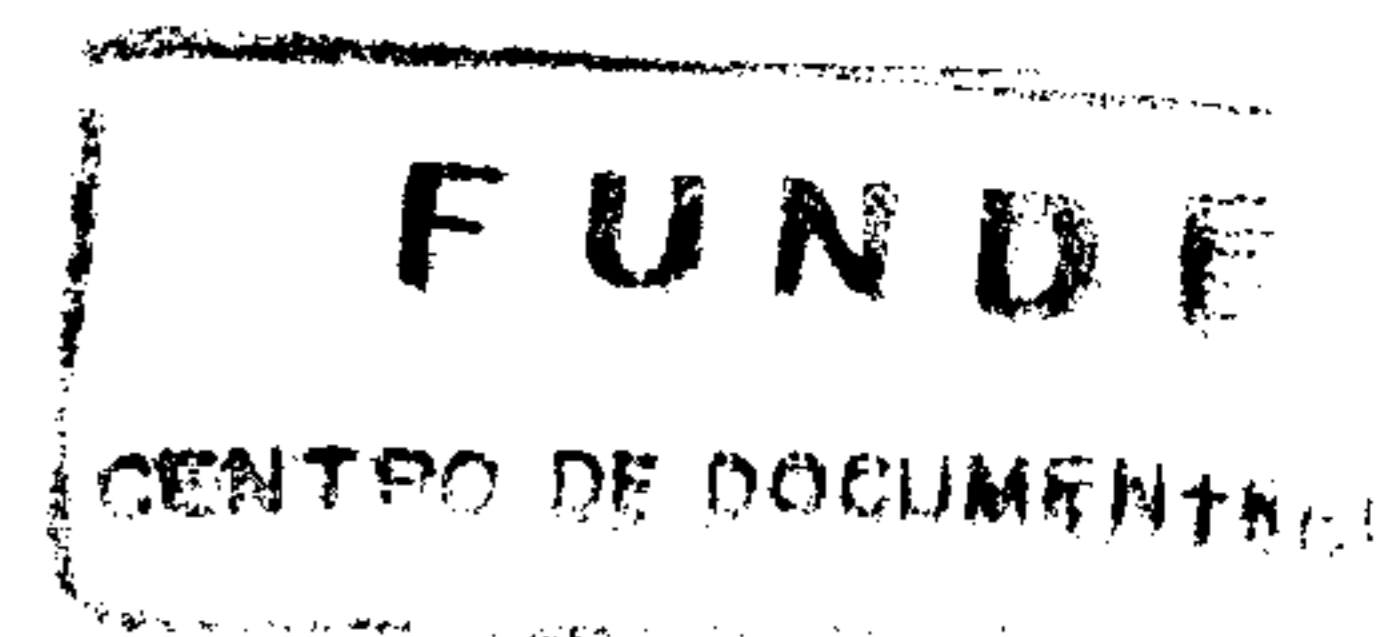
Col. El Roble ~ Blvd. Universitario #2018 ~ San Salvador ~ Tel/Fax: 226-6887 ~ Viper: 298-1222 unidad 114

Avances #6

LA REFORMA DE SALUD:

Entre la Descentralización y la Privatización

Elsa Lily Caballero Zeitun



San Salvador
febrero de 1995

PRESENTACION

La Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE) es el producto del esfuerzo e interés de un amplio y representativo conjunto de más de veinte organizaciones populares por dotarse de una instancia teórico-técnica de investigación y promoción del desarrollo.

En esta nueva etapa de paz y democratización que vive El Salvador, es imprescindible que las mayorías populares definan su propia estrategia de desarrollo orientada hacia la solución de los problemas estructurales así como de los inmediatos.

Así, la FUNDE se constituye como una institución compuesta por académicos expertos en desarrollo que trabajan para contribuir en la formulación de una estrategia global de desarrollo post-guerra, y las políticas económicas que lo acompañan, por medio de una investigación profunda, amplia y puntual.

avances pretende ser precisamente eso: una serie de artículos de fondo que brinden al lector -ya sea como información sistematizada, reflexiones, o propuestas- avances del producto de las investigaciones que FUNDE realiza.

En este sentido, **avances**, aún sin ser el producto terminado de nuestras investigaciones, tiene como objetivo contribuir con el análisis y propuestas a temáticas que buscan ser alternativas para el desarrollo.

Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE)
Presidente: Ismael Merlos
Director Ejecutivo: Alfonso Goitia

*Este artículo forma parte de la investigación
"Políticas Económicas Alternativas para Centroamérica en los
90's", coordinada por CRIES y financiada por el Instituto
Norte-Sur de Austria.*

I N D I C E

Introducción

CAPITULO UNO:

Calidad de vida: El contexto económico, social y ambiental de la reforma de salud

I.	Vulnerabilidad socioeconómica	1
1.	Población	1
2.	Alfabetismo	2
3.	Ingresos y pobreza	3
4.	Vivienda y servicios básicos	8
	4.1. Materiales de construcción de la vivienda	9
	4.2. Servicios básicos	11
5.	Hogares y población en déficit	16
II.	Riesgos ambientales	19
1.	Riesgos ambientales físicos	19
2.	Desprotección de riesgos ambientales laborales	26
3.	Riesgos ambientales emocionales	30

CAPITULO DOS:

El Estado y los servicios de salud

1.	Comportamiento del gasto público	33
2.	El sector salud	40
3.	La constitución del sistema de servicio público de salud	47

CAPITULO TRES:

Estado general de la salud de la población

1.	Aclaración preliminar	55
2.	Características de salud-enfermedad	56

CAPITULO CUATRO:

Las reformas al sistema público de salud

1.	El marco global de la reforma	65
2.	Propuesta de ANSAL	73
3.	¿Reforma o desmantelamiento del sistema público de salud?	78
4.	Criterios a considerar en la reforma al sector salud	93

Bibliografía

Anexos :

- Anexo 1. Gasto público 1980 - 1994
- Anexo 2. Total de hogares por nivel de ingreso familiar mensual y materiales de construcción de la vivienda
- Anexo 3. Total de hogares por nivel de ingreso familiar mensual y servicios básicos de la vivienda
- Anexo 4. Resumen de la crítica a los medicamentos

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1	Población y jefaturas de hogar	2
Cuadro 2	Estado de alfabetización (en porcentajes)	3
Cuadro 3	Población e ingresos por área y sexo (en porcentajes)	4
Cuadro 4	Población por área y salario mínimo (en porcentajes)	5
Cuadro 5	Hogares por nivel de ingresos y área: Hogares receptores de remesas (en porcentajes)	6
Cuadro 6	Destino de remesas familiares por IFM y área (en porcentajes)	7
Cuadro 7	Evolución de la pobreza (en porcentajes)	8
Cuadro 8	Hogares por nivel de ingresos y área (porcentaje acumulado)	8
Cuadro 9	Viviendas urbanas: Paredes de concreto o mixto	9
Cuadro 10	Viviendas rurales: Paredes de adobe y bajareque	10
Cuadro 11	Material de piso preponderante por área	11
Cuadro 12	Calidad del servicio urbano de agua (en porcentajes)	12
Cuadro 13	Tipo y uso del servicio sanitario (en porcentajes)	13
Cuadro 14	Area y tipo preponderante de servicio sanitario (en porcentajes)	14
Cuadro 15	Hogares: Número de habitaciones por vivienda (en porcentajes)	15
Cuadro 16	Seguridad de tenencia de la vivienda (en porcentajes)	15
Cuadro 17	Calidad de vida: Hogares y población en déficit	17
Cuadro 18	Casos de intoxicación por plaguicidas	22

Cuadro 19	Surtido Merck en Latinoamérica 1988	24
Cuadro 20	Trabajadores asegurados por sexo (en porcentajes)	27
Cuadro 21	Ocupados por rama de actividad y cotizantes en el régimen de salud del ISSS (en porcentajes)	28
Cuadro 22	ISSS: Servicios de salud por causas	29
Cuadro 23	Comportamiento del gasto social (como porcentaje del PIB)	35
Cuadro 24	Indicadores de desarrollo humano	37
Cuadro 25	Uso de servicios de salud por niveles de ingreso	47
Cuadro 26	Estado de salud por área	56
Cuadro 27	Personas que sufrieron enfermedad o accidente (en porcentajes)	59
Cuadro 28	Diez primeras causas de enfermedades transmisibles notificadas	60
Cuadro 29	Causas de mortalidad 1960 - 1984 (en porcentajes)	61
Cuadro 30	Causas de mortalidad 1991	62
Cuadro 31	Estructura de atención hospitalaria (propuesta)	79
Cuadro 32	Presupuesto de la Reforma de Salud (seis años de reforma)	85
Cuadro 33	Cronograma de la Reforma de Salud	91

INDICE DE GRAFICOS

Material del piso de las viviendas	10
Hogares: número de habitaciones por vivienda y nivel de ingreso familiar mensual	14
Calidad de vida: hogares en déficit	18
Régimen de salud del ISSS, trabajadores cotizantes	26
Mortalidad por accidentes y violencia	31
Promedio del gasto público por sector 1980 - 1991	34
Gasto: salud, deuda, defensa (porcentaje del PIB)	36
Acueductos y alcantarillados (porcentaje del PIB)	38
Asistencia ambulatoria por personal MSPAS 1980 - 1990	43
Población atendida por enfermedad o accidente	45
Estado de salud por sexo	57
Causas de mortalidad	58
Estado de salud por nivel de ingreso	58
Causas de mortalidad	61
Composición del gasto reforma salud	85
Distribución del gasto de salud	86
Distribución del gasto de salud (seis años de reforma)	87
Financiamiento estatal, AEH y APS	88
Financiamiento del servicio de salud	89

INTRODUCCION

Cuando una persona tiene una infección intestinal o respiratoria, sabemos que está enfermo, cuando generacionalmente las personas se mueren por las mismas enfermedades, no siempre se relacionan con los que siempre viven entre necesidades estructuralmente insatisfechas.

La preocupación actual de los organismos internacionales sobre la salud se ha centrado en los problemas de inequidad, ineficiencia e insostenibilidad financiera de los servicios de salud pública: el Estado, a través de sus servicios de salud subvenciona a personas con capacidad de pago, sus servicios no cubren a las personas y problemas donde realmente se necesita, por otro lado, el gasto público en salud tiene una relación costo-beneficio negativa para el Estado, y se realizan acciones caras de poco impacto.

Estas preocupaciones son razonables, pero en sí mismas no apuntan a la solución de los problemas. En términos generales, la fórmula propuesta consiste en bajar los costos de producción de los servicios de salud reduciendo la cantidad de servicios de salud que son responsabilidad del Estado y que la sociedad civil se autoprovea: "soluciones privadas a problemas públicos", fórmula actual para enfrentar los problemas de exclusión y segregación histórica.

Sin embargo, los problemas de salud de nuestros pueblos tienen que ver con las enfermedades y las causas que las producen, por lo tanto, la enfermedad no es únicamente fisiológica, también es histórica; el ambiente físico, económico y emocional en que viven las personas determina el perfil epidemiológico de un país.

La conquista española trajo la gripe; la pobreza y la insalubridad contemporánea hizo reaparecer el cólera; la subalimentación sigue provocando que cientos de millones de niños no alcancen a sobrevivir a su primera infancia; la producción industrial y agroforestal hizo aparecer enfermedades que aún se desconocen sus procesos y por tanto posibles tratamientos; y se ha llegado al grado de tener un planeta que también está enfermo, se agota.

En general, la humanidad y el planeta han tenido que sobrevivir a modelos de desarrollo económico cuya acción de éxito se basa

en la depredación, lo que ya ha llegado al límite de volver agotables algunos recursos que hasta ahora se creía eran inagotables (el aire, el agua, etc).

Es imprescindible tomar una decisión política de ocuparse sistemáticamente de los problemas de salud de la población, especialmente cuando la acumulación de necesidades humanas insatisfechas ha llegado al límite poniendo en riesgo la reproducción humana en sí misma, y para los Estados y las personas los costos de reparación en salud pueden llegar a tener una relación negativa con los resultados en el estado particular y general de salud de la población. Todo esto obliga a que las acciones de preservación de la salud, como calidad de vida, apunten hacia las relaciones que la determinan: los desequilibrios en el ambiente ecológico, socioeconómico y psicoemocional.

El escenario internacional está a favor de las reformas de los sistemas de salud con la finalidad de hacerlos más eficientes, accesibles y equitativos. Los gobiernos deberían estar por la solución de los problemas que generan las enfermedades más comunes del país.

Los sistemas de salud no sólo se definen por el componente de la terapéutica médica (necesidades médicas de la salud), éstas son únicamente una parte y deben estar articuladas a las necesidades de salud de un país, como calidad de vida y no como enfermedad. La medicina cura enfermedades, el Estado y la sociedad deben preservar la salud. Un sistema de salud, por lo tanto, es parte del conjunto de acciones del Estado para preservar la salud.

El estudio **"La reforma de salud: entre la descentralización y la privatización"**, es parte de los esfuerzos de la Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE), por contribuir con la sociedad salvadoreña en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, y con el proceso de modernización del Estado Salvadoreño, en este caso desde el campo específico de la salud.

El análisis de este tema resulta de un proceso de reflexión sobre la problemática actual de la política social definida como crisis funcional de las políticas sociales y el enfrentamiento con la política y programas neoliberales¹; a la vez es uno de los procesos de mayor sensibilidad entre la mayoría de la población.

¹ Cfr. Caballero, Elsa Lily. *"Política Social Alternativa: Elementos para el debate y la acción"*. FUNDE. Abril de 1993; y *"Política Social, Descentralización y Desarrollo Local"*. FUNDE. Noviembre de 1993.

El objetivo que definió este estudio era el de ampliar el marco analítico sobre la problemática de salud en El Salvador, con el fin de contribuir a ampliar los criterios que deben orientar el proceso de reforma del sector salud en general, y del sistema de servicios públicos en particular; esta iniciativa fue promovida por los organismos internacionales y asumida por el Estado salvadoreño.

Para lograr este objetivo el análisis se organizó en términos de calidad de vida, el comportamiento del Estado y la situación de la salud (en base a fuentes estadísticas secundarias), para luego analizar el conjunto de propuestas primordiales para reformar al Estado en el área de salud, y a partir de ello lograr criterios de reforma del sector salud, orientados hacia las necesidades de la población y la responsabilidad del Estado en la garantía de la calidad de vida nacional.

El estudio se expone en cuatro capítulos:

El primer capítulo analiza las variables básicas del contexto económico, social y ambiental de la reforma de salud, que presentan la vulnerabilidad socioeconómica y medioambiental de la calidad de vida de la mayoría de la población salvadoreña.

En el segundo capítulo se revisa el comportamiento del Estado y del sector salud y se analizan los determinantes de la crisis del sistema público de servicios de salud.

Como resultado de ambas dimensiones, en el tercer capítulo se pone en evidencia, mediante datos estadísticos, la calidad de la salud de la población.

A partir de ese marco global, se estructura en el último capítulo el análisis sobre las reformas al sistema público de salud, partiendo de la revisión de las propuestas desde la ideología y política neoliberal, hasta la proposición de una serie de criterios de reforma. Nuestra propuesta puede resumirse en: i) la necesidad de asumir el reto de una verdadera reforma al sector, que radica en el desarrollo de la atención primaria en salud; ii) la búsqueda de fórmulas mixtas de participación entre descentralización y privatización, pero bajo el principio de que nunca se debe privatizar la atención directa al paciente; y iii) una defensa de la tesis de la responsabilidad que tiene el Estado en la salud como un bien público.

CAPITULO UNO

Calidad de Vida: El contexto poblacional de la reforma de salud

I. Vulnerabilidad socio-económica

1. POBLACION

El Salvador es un país de alta densidad demográfica (240 hab./km².), a pesar del conflicto político-militar, proceso que profundizó la tradición migratoria de la población salvadoreña, (especialmente hacia Estados Unidos de Norte América), su tasa anual de crecimiento demográfico es de 2.2% . De 3.5 millones de habitantes a nivel nacional, según el censo de 1971, pasó a 5.2 millones de habitantes, según el censo de 1992.

La población urbana asciende a 47.7%; la población rural representa el 52.3%¹. Las migraciones internas durante el conflicto han sido un factor importante en el proceso de urbanización del país. En 1970 la población urbana representaba el 39% del total de la población; en 1991 significaba un 45% , siendo el Area Metropolitana de San Salvador (constituida por 14 municipios), la principal receptora de población.

El crecimiento de la población y el proceso acelerado y anárquico de la urbanización, se constituyen en factores de riesgo para el medio ambiente y, por consiguiente, para la salud: el hacinamiento, el agotamiento de las fuentes de agua, el desequilibrio de dotación de servicios básicos, son fenómenos negativos concomitantes de los procesos de urbanización en América Latina, y para El Salvador el sobre-crecimiento desordenado del área metropolitana adquiere un carácter de problema nacional; para 1992 en el AMSS, 2.8% del territorio nacional se asentaba el 23.2% del total de la población, la densidad de población del AMSS pasó de 9,121 hab./km². en 1971 a 17,672 en 1992.²

¹ MIPLAN. *Encuesta de hogares y Propósitos Múltiples* (Octubre 1991 - Marzo 1992).

² Lungo, Mario y Oporto, Francisco. *Area Metropolitana de San Salvador. Estadísticas básicas*. FLACSO. San Salvador. 1994.

Los habitantes del país están distribuidos en 1,1 millones de hogares, un promedio de 5 personas por hogar. En el área urbana los hogares tienen un promedio de 4.4 miembros, y en la rural de 5.2.

Las jefaturas de familia son masculinas en un 73.8% ; en el área urbana las jefas de hogar representan un 15.1%, y en la rural un 10.5%, en relación al total del país. Como fenómeno urbano, las jefaturas de familia femeninas alcanzan el 30.3% del total de los hogares urbanos.

CUADRO 1 POBLACION Y JEFATURAS DE HOGAR octubre 91 - marzo 92			
	Total	Urbano %	Rural %
Población	5,166,200	47.7	52.3
Hogares	1,078,563	52.1	47.9
Jefaturas de Hogar por Sexo y Area (en porcentajes)			
Hombres	73.8	36.3	37.5
Mujeres	26.2	15.8	10.5
Total ABS	1,078,563	561,561	517,002

FUENTE: MIPLAN. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. (Octubre 1991 - Marzo 1992).³

2. ALFABETISMO

En la condición de alfabetismo, aunque a nivel nacional se declare un 71.% de población alfabetizada, cuando se revisan los datos por características de la población, aparecen los desequilibrios. Al desagregar los datos por área y sexo, las mujeres y la población rural presentan una clara desventaja en este sentido.

³ Para el resto de datos, cuadros o gráficos donde no se especifique, la fuente es la misma.

CUADRO 2 ESTADO DE ALFABETIZACION octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)				
	Urbana	Rural	Hombres	Mujeres
Alfabetos	84.0	59.0	74.0	69.0
Analfabetos	16.0	41.0	26.0	31.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

Del 29% de la población analfabeta, la población más joven (entre 6 a 15 años), y la población adulta (mayores de 29 años) acumulan el 84.8% ; población que está por ingresar al mercado laboral o en plena edad laboral.

Un cuarto de la población mayor de 10 años es analfabeta y de ésta, el 72.5% es población rural.

En las estadísticas de alfabetismo debemos considerar que a nivel nacional la escolaridad promedio es de 4 años.

3. INGRESOS Y POBREZA

De la población total del país, sólo el 15% tiene un ingreso familiar mensual (IFM) mayor a los ¢ 3000.00, mientras el 39% sólo tiene acceso a menos de ¢ 1000.00 de IFM. El comportamiento por sexo sigue la misma tendencia nacional, pero con sensibles variantes en la población de menores ingresos; las mujeres tienen ingresos más bajos que los hombres.

CUADRO 3 POBLACION E INGRESOS POR SEXO octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)			
Total	100.0	100.0	100.0
Ingreso Familiar Mensual	Total	Hombres	Mujeres
Ninguno	1.5	2.0	1.5
1 a 999	39.0	38.0	40.0
1000 a 1999	31.0	31.0	30.5
2000 a 2999	13.5	14.0	13.0
Porcentaje acumulado:	83.5	83.0	83.5
3000 y más	15.0	15.0	15.0
Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

Si bien es cierto que la distribución porcentual, en la escala de ingreso familiar mensual, pone en evidencia la brecha entre la concentración y la exclusión económica, también (aunque de manera más sutil) es indicativa de la segregación de género.

CUADRO 4 POBLACION POR AREA Y SALARIO MINIMO octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)			
URBANO Salario Mínimo Mensual Q930.00	%	RURAL Salario Mínimo Mensual Q480.00	%
< 1.0	22.3	< 1.5	35.5
1.0 a 1.5	14.9	1.5 a 2	16.3
1.5 a 2.0	11.9	2.0 a 3	20.1
2.0 a 2.5	14.3	3.0 a 4	11.1
2.5 a 3.0	9.8	4.0 a 5	5.9
Más de 3	26.7	5.0 a 6	3.7
		Más de 6	7.5
Total	100.0		100.0

Cálculo en base a MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

NOTA: Salario mínimo vigente hasta junio 93.

Además de la exclusión manifiesta por niveles de IFM son evidentes los desequilibrios por áreas. En el área urbana, el 26.7% de la población accede a más de tres salarios mínimos, en cambio en el área rural sólo el 7.5% accede al equivalente del salario mínimo urbano (6, S.M).

En junio de 1992, el precio de mercado de la canasta básica fue de Q2.746.38 equivalente a 2.9 salarios mínimos urbanos⁴, es decir que aproximadamente el 63 % de la población urbana no cubría el total del costo de la canasta básica.

Si la población urbana enfrenta problemas para cubrir la canasta básica, en la población rural la situación es más aguda, tanto por el limitado acceso al mercado de bienes en relación al ingreso, como por la incapacidad de satisfacer sus necesidades por la vía de la producción para el auto-consumo.

⁴ DIGESTYC. Índice de Precios al Consumidor (por mes, según grupos y subgrupos de bienes y servicios, ajustado con el IPC de junio 92). NOTA: Los datos de IFM corresponden al período octubre 1991 a marzo 1992.

"...un estudio sobre campesinos productores de granos básicos señaló que entre quienes sólo producen para el consumo, apenas cubren el 54 por ciento de sus requerimientos nutricionales y el resto lo adquieren en el mercado. El mismo estudio señaló que, con excepción de los sistemas grandes de granos básicos con ganadería, el ingreso promedio es muy bajo, por lo cual la situación global del campesinado salvadoreño es muy precaria."⁵

En consecuencia existe un sub-consumo de productos básicos entre la población de menores ingresos, por no poder cubrirlos por medio del ingreso familiar.

Las remesas, como fuente de ingreso importante a nivel nacional, en términos poblacionales sólo cubren el 14% de los hogares, mientras que los hogares por debajo de 3000 colones de IFM representa el 86.8% del total de la población.

CUADRO 5 HOGARES POR NIVEL DE INGRESOS Y AREA octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)			
	Total	Urbano	Rural
1 a 999	46.0	33.2	59.4
1000 a 1999	29.0	31.0	27.0
2000 a 2999	12.0	16.1	7.6
Porcentaje acumulado:	87.0	80.3	94.0
Total	100.0	100.0	100.0
Hogares Receptores de Remesas			
	14.0	15.0	13.0

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

El porcentaje de población que recibe remesas es limitado y su comportamiento en el uso de las mismas indica que éstas sirven para subvencionar la canasta básica. Esta fuente de ingresos

⁵ BID. *El Salvador, Informe Socioeconómico*. Washington D.C. Enero de 1993. Pág. 91.

nacional/familiar no tiene ninguna relación con la estructura productiva y redistributiva del país, por lo que para la población en escalas bajas de ingresos, esto constituye un indicador más de precariedad que revela incapacidad propia para costear el consumo básico.

CUADRO 6 DESTINO DE REMESAS FAMILIARES POR IFM Y AREA octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)			
Ingresos	Consumo*	Vivienda	Otros**
Total Urbano			
1 a 999	50.0	13.7	36.3
1000 a 1999	50.0	13.3	36.7
2000 a 2999	50.0	11.1	38.9
3000 y más	50.0	9.6	40.4
Total	50.0	11.6	38.4
Total Rural			
1 a 999	50.0	3.2	46.8
1000 a 1999	50.0	4.1	45.9
2000 a 2999	50.0	2.7	47.3
3000 y más	50.0	4.1	45.9
Total	50.0	3.6	46.4

* incluye: alimentación, calzado, medicina y ropa.

** incluye: negocios, compra de tierras, compra ganado, educación, compra herramientas, ahorro.

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

A esta situación se refieren los análisis de la pobreza (calculados con el método de la línea de pobreza), la incapacidad de tener la población de cubrir sus necesidades básicas a partir del ingreso generado en el país, que en El Salvador alcanza a más de la mitad de la población.

CUADRO 7 EVOLUCION DE LA POBREZA (en porcentajes)			
	1977	1985	1991
Pobreza Total	84.2	90.0	59.7
No Pobres	15.8	10.0	40.3

FUENTE: MIPLAN Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples.
1977, 1985, 91-92.

4. VIVIENDA Y SERVICIOS BASICOS

A nivel nacional existen 1,039.183 unidades habitacionales, el 48% son viviendas rurales y el 52% urbanas. El promedio nacional de hogares por vivienda es de un hogar por vivienda.

Tres cuartos de los hogares están en el tramo de ¢ 1.00 a ¢ 1,999.00 de ingreso familiar mensual (IFM), en el área urbana alcanza al 64.2 y en la rural al 86.4% .

CUADRO 8 HOGARES POR NIVEL DE INGRESOS Y AREA octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)			
Tramos Ingreso	Total	Urbano	Rural
1 a 999	46.0	33.2	59.4
1000 a 1999	75.0	64.2	86.4
2000 a 2999	87.0	80.3	94.0
3000 y más	100.0	100.0	100.0
Total ABS	1,078,563	561,561	517,002

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

Las condiciones de las viviendas y el habitat en que vive la población está relacionada tanto a las características de las viviendas como de los servicios con que cuentan; condiciones que poseen claras diferencias según el nivel de ingresos y las áreas de residencia en que se ubican los hogares.

4.1 MATERIALES DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA

TECHO: La mayoría de las viviendas están construidas con techo de teja (de barro o cemento), que representan el 50.4%, seguida de la lámina de asbesto (23.9%) y la lámina metálica con 21%. Por niveles de ingreso la variación más importante se da en el tramo mayor a 3000 colones de IFM. De un 50.6 % de hogares, los techos de sus viviendas están contruidos con lámina de asbesto.

En 20.294 viviendas de hogares con ingresos menores de $\text{C}\$2000.0$ el techo es de paja o palma.

En el área rural prevalece el techo de teja de barro o cemento con un 67.3% , generalizado su uso en todos los tramos de IFM, alcanzando el último tramo (más de tres mil colones), un porcentaje de 76.1% de las viviendas construidas con este material. La lámina metálica es la segunda en importancia (22.4%) generalizado su uso en los dos primeros tramos de IFM (menos de dos mil colones), con 23.7% y 22.2% respectivamente. La lámina de asbesto se usa más en el último tramo de IFM (9.9% de hogares con más de tres mil colones), y la paja o palma en los dos primeros tramos de IFM que representa el 3% de hogares con menos de dos mil colones.

En el área urbana prevalece el uso de lámina de asbesto (40.7%), seguida de la teja de barro o cemento, con un 34.8%; de las viviendas construidas con lámina de asbesto, el 61.8% son de hogares por arriba de los tres mil colones de IFM, y en el primer tramo de IFM (menos de mil) prevalece la teja de barro o cemento, con un 45% .

PAREDES: En el ámbito nacional prevalece la construcción de concreto o mixto, con un 49%, correspondiendo el 75.8% a construcciones urbanas, que según el nivel de ingresos se distribuye de la siguiente manera:

CUADRO 9				
VIVIENDAS URBANAS:				
PAREDES DE CONCRETO O MIXTO				
octubre 91 - marzo 92				
(en porcentajes)				
IFM	1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	3000 y más
%	55.4	71.8	82.7	88.2

FUENTE: Anexo 2.

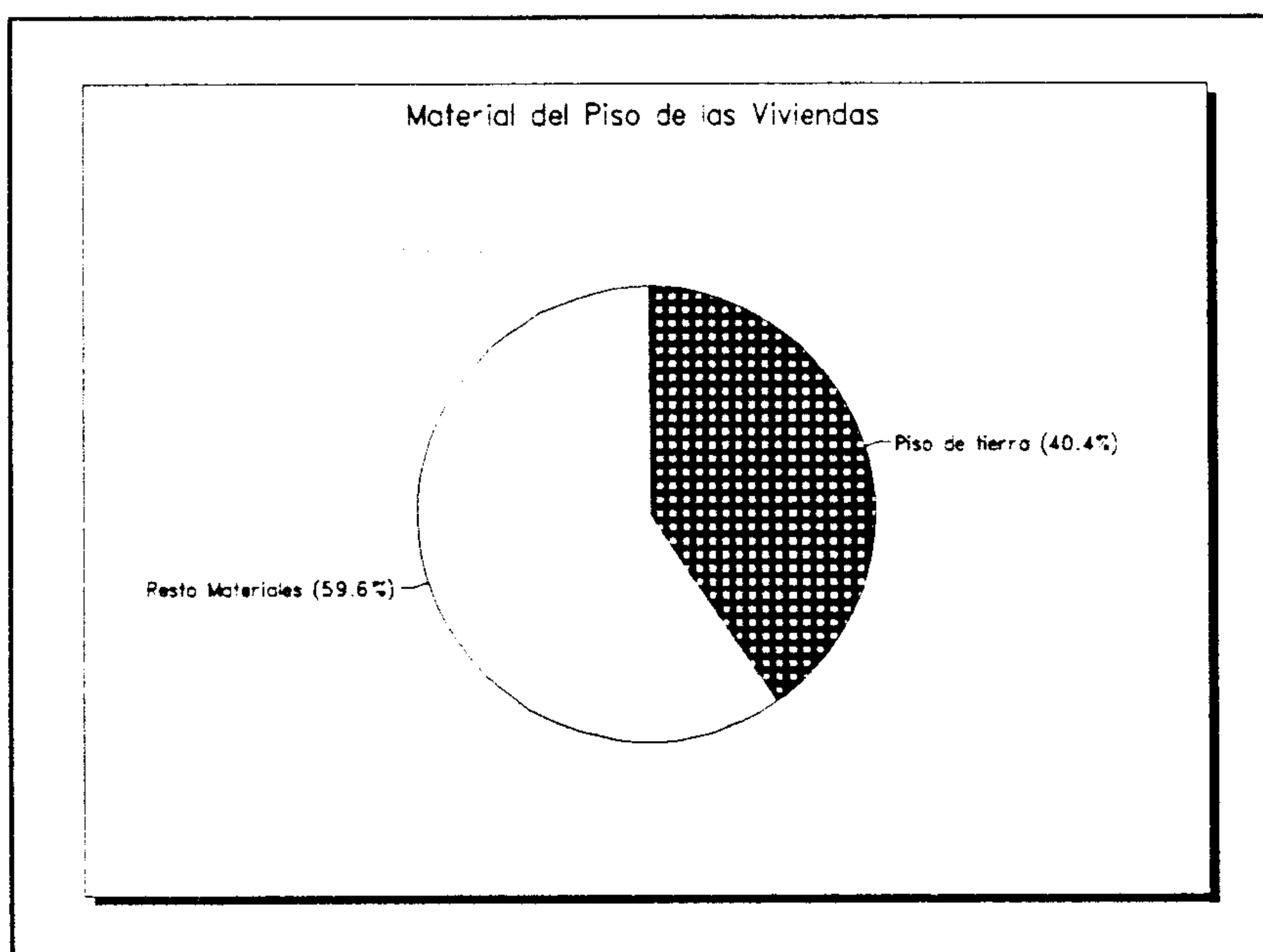
El adobe (28.6%) y el bajareque (12.5%) se usan en todo el país, no obstante, son materiales de construcción principalmente en viviendas rurales, donde su uso y calidad también se relaciona al nivel de ingresos familiares.

CUADRO 10
VIVIENDAS RURALES:
PAREDES DE ADOBE Y BAJAREQUE
octubre 91 - marzo 92
(en porcentajes)

IFM	1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	3000 y más
Adobe	44.0	41.1	43.9	41.7
Bajareque	19.5	16.8	11.9	9.9

FUENTE: Anexo 2.

PISO: Dos quintas partes de las viviendas de todo el país tienen piso de tierra (40.4%), y en otras dos quintas partes el piso es de ladrillo o cemento (41.7%).



FUENTE: Anexo 2.

En las viviendas urbanas prevalece el piso de ladrillo o cemento (67%), en las viviendas rurales el piso es de tierra (66.3%), siendo también discriminado según el nivel de ingresos de los hogares.

CUADRO 11 MATERIAL DE PISO PREPONDERANTE POR AREA octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)				
IFM	1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	3000 y más
Urbano/ L o C	48.8	66.7	77.3	89.8
Rural/ Tierra	72.6	62.5	50.0	39.6

FUENTE: Anexo 2.

4.2 SERVICIOS BASICOS

ELECTRICIDAD: Tiene una cobertura de 69.7% a nivel nacional, siendo menor para los hogares entre 1 a 999 colones de IFM (55.6%), aumentando a medida que sube la categoría de ingreso para tramos mayores de 3000 colones la cobertura es de 91.7%.

En el área rural la cobertura también es menor, no llegando a cubrir la mitad de la población (30%). En el primer tramo de ingresos se tiene el 36.5%, y el último 65% de cobertura respectivamente.

En general, la cobertura de este servicio es prácticamente urbana, pues alcanza al 70% de los hogares.

SERVICIO DE AGUA: 55% de cobertura es agua procesada (cañería privada, común y pilas públicas), el 45% se abastece por otras formas (pozo privado o común, ríos, quebradas, etc). El servicio de agua procesada es otro de los servicios de cobertura principalmente urbana, pero con mayor cobertura en las categorías de ingresos altos:

CUADRO 12 CALIDAD DEL SERVICIO URBANO DE AGUA octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)		
	Procesada	No procesada
1 a 999	70.0	30.0
1000 a 1999	70.0	30.0
2000 a 2999	86.0	14.0
3000 y más	94.0	6.0

FUENTE: Anexo 3.

El 42% del servicio de agua procesada es por conexión domiciliar privada, porcentaje que por área se distribuye en un 80% en el área urbana, y el resto en el área rural, donde prevalece el abastecimiento por fuentes naturales (ríos, quebradas, nacimientos, etc.), siendo relativamente bajo el abastecimiento por pozos (23%).

Al igual que el área urbana el tipo de servicio cambia según el nivel de ingresos de los hogares: el 28% de la conexión domiciliar privada y el 20% de los pozos privados, pertenecen a hogares por arriba de los tres mil colones de IFM; y en los hogares con ingresos menores a los 1000 colones prevalece otras formas de abastecimiento, (52.7%).

SERVICIO DE BAÑO: A nivel nacional el 53% no posee este servicio, la disponibilidad del mismo tiene que ver con: el área y tipo de construcción de la vivienda, la existencia de servicio de agua y alcantarillado sanitario, la tenencia de la vivienda y obviamente el nivel de ingresos familiares.

En el área urbana el 66% de los hogares poseen regadera o pila de baño privado, con mayor cobertura en los hogares con ingresos mayores a los tres mil colones IFM, inversamente, en el área rural el 84% no lo posee, dándose la misma tendencia de que a mayores ingresos aumenta el porcentaje de hogares con regadera o pila de baño privado.

SERVICIOS SANITARIOS: De un 22% que a nivel nacional no posee servicio sanitario, el área rural es la más desprotegida, pues casi la mitad de la población no cuenta con este servicio (41%).

La otra segmentación es en cuanto a la calidad del servicio disponible el que por el tipo y privacidad de su uso va a variar considerablemente.

CUADRO 13 TIPO Y USO DEL SERVICIO SANITARIO octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)				
	Privado		Común	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Inodoro	53.0	0.9	5.4	0.1
Fosa séptica	3.3	2.7	0.6	0.1
Letrina	30.3	55.0	3.2	0.5

FUENTE: Anexo 3.

La existencia de inodoro supone también el servicio de alcantarillado, servicio preponderantemente urbano, y la letrina en áreas de terreno limitadas; el caso de la vivienda urbana presenta el problema del agotamiento de su uso y la disponibilidad de más espacio para nuevas construcciones.

El servicio sanitario es mayoritariamente privado, sin embargo, la forma de contabilizar éste no es por habitantes sino por vivienda, problema de mucha gravedad en las viviendas de inquilinato, otro de los problemas principalmente urbanos. El inquilinato urbano es del 92.4% .

Según el nivel de ingreso familiar mensual, la tendencia se mantiene: en el área urbana se posee inodoro privado en aquellos hogares de mayores ingresos, y la letrina en los rangos bajos de ingresos.

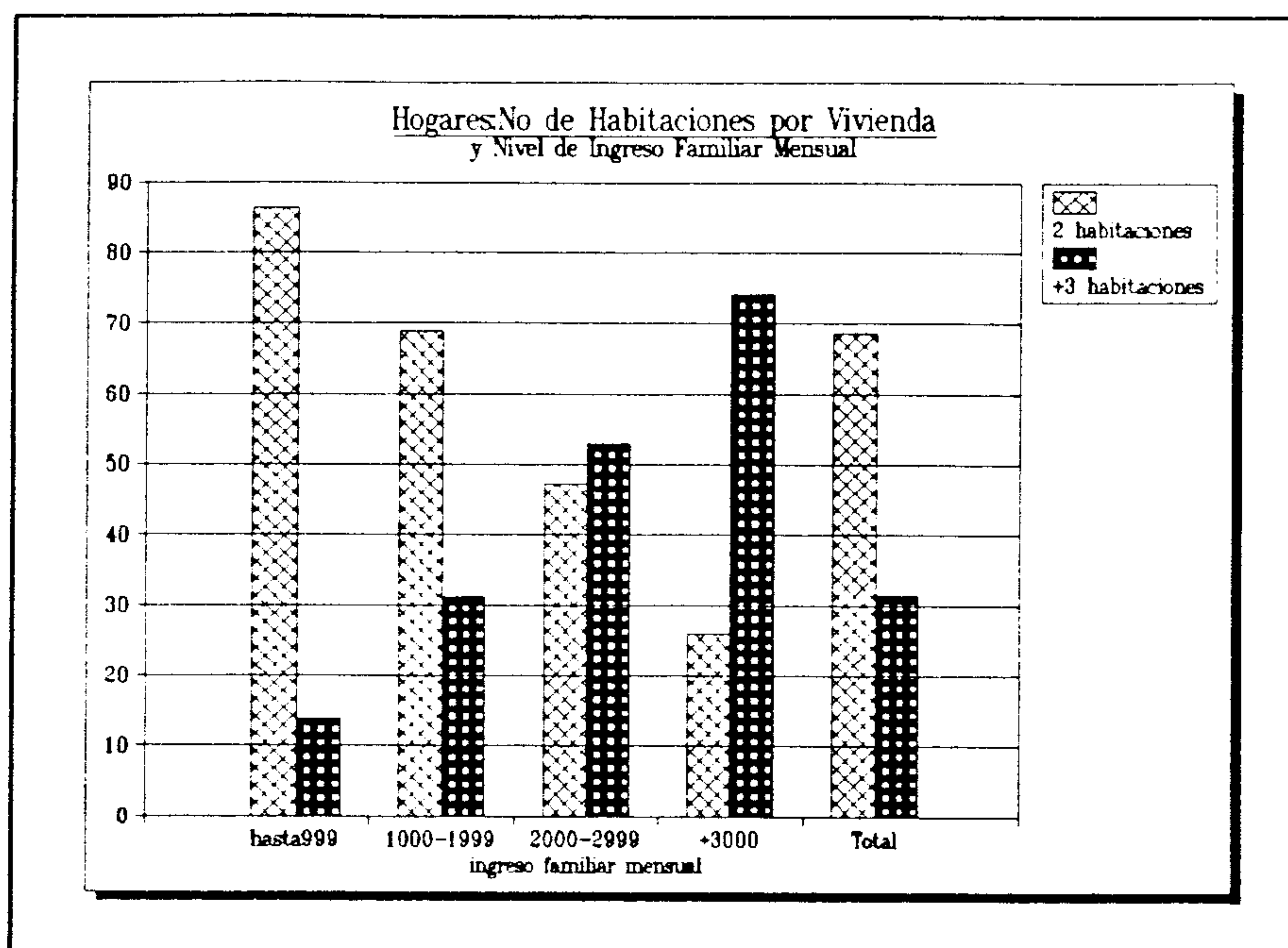
En el área rural encontramos una disponibilidad generalizada de letrinas, cuyos porcentajes suben a medida que sube el nivel de ingresos.

CUADRO 14
AREA Y TIPO PREPONDERANTE DE SERVICIO SANITARIO
 octubre 91 - marzo 92
 (en porcentajes)

	1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	3000 y más
Urbana				
Inodoro	31.1	49.1	65.9	82.8
Letrina	43.2	32.0	23.6	11.3
Rural				
Letrina	51.1	58.7	65.2	64.2

FUENTE: Anexo 3.

El acceso a los servicios básicos está relacionado con el hacinamiento y con la seguridad en la tenencia de la vivienda.



En cuanto al hacinamiento, a nivel nacional el promedio de miembros por hogar es de 5 personas, el 49.2% de los hogares se alojan en viviendas con una sola habitación.

En el área urbana el promedio de miembros por hogar es de 4.4; el 34.5% de los hogares viven en viviendas con una habitación.

FUENTE: Cuadro 15.

En el área rural los miembros por hogar son 5.2 personas residiendo, el 65.2% en viviendas con una sola habitación. En general, más de la mitad de los hogares residen en viviendas de dos habitaciones, acentuándose las diferencias por área de residencia y por nivel de ingresos.

CUADRO 15 HOGARES: NUMERO DE HABITACIONES POR VIVIENDA octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)						
	Total País		Urbano		Rural	
Número Habit.	%	% acum	%	% acum	%	% acum
1	49.2	49.2	34.5	34.5	65.2	65.2
2	19.4	68.6	17.2	51.7	21.8	87.0
3	15.6	84.2	21.8	73.5	8.8	95.8
4	9.5	93.7	15.3	88.8	3.1	98.9
5+	6.3	100.0	10.3	100.0	11.0	100.0

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

Las condiciones de acceso a los servicios básicos y de calidad de la vivienda, así como las posibilidades de mejoramiento, se ven muy afectadas por la inseguridad de tenencia de la vivienda, por la lógica particular de que nadie invierte en lo que no es de su propiedad. Esta problemática afecta al 33.5% del total de los hogares, 35% para el área urbana y 31.8% para el área rural.

CUADRO 16 SEGURIDAD DE TENENCIA DE LA VIVIENDA octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)			
	Total País	Total Urbano	Total Rural
Seguridad* de tenencia	66.5	65.0	68.2
Inseguridad** de tenencia	33.5	35.0	31.8

* Incluye: Propietario, prop. pagando a plazos.

** Incluye: Inquilino, colono, guardián, ocupante gratuito, otros.

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

5. HOGARES Y POBLACION EN DEFICIT

Hasta el momento hemos evidenciado los desniveles de la exclusión por comportamiento estadístico de cada una de las variables consideradas.

Este análisis (por variables básicas: ingresos, alfabetismo, vivienda, servicios básicos, etc.), sobre calidad de vida de la población salvadoreña, es indicativo de los desequilibrios en cuanto a la satisfacción de las necesidades básicas y el acceso a un ambiente salubre. Este ambiente posee diferenciaciones profundas según características poblacionales, dando como resultado procesos de exclusión diferenciada en el goce de condiciones básicas de vida para un desarrollo humano con dignidad.

La información disponible nos ha permitido construir una tabla estadística sobre la población que sufre un alto grado de exclusión, la cual no alcanza a satisfacer sus necesidades mínimas; el desequilibrio ya no consiste en un acceso diferenciado según tipos de bienes o servicios, este desequilibrio es por un **NO ACCESO** sistemático y generalizado a los bienes y servicios para cubrir las necesidades más elementales de la sobrevivencia y la reproducción humana.

CUADRO 17				
CALIDAD DE VIDA: HOGARES Y POBLACION EN DEFICIT				
octubre 91 - marzo 92				
%	Hogares		Población	%
100.0	1,078,553	Total Nacional	5,166,200	100.0
34.7	374,102	Déficit por materiales de construcción de la vivienda	1,870,510*	36.2
15.2	164,208	Déficit por carencia de servicios básicos	821,040*	15.9
49.2	530,550	Déficit por hacinamiento	2,652,750*	51.3
35.7	384,597	Inseguridad de tenencia de vivienda	1,922,985*	37.2
		Hasta 2 salarios mínimos por IFM		
27.2	293,886	Rural	1,374,425	26.6
32.6	351,357	Urbano	1,417,520	27.4
		Con problemas de salud	1,277,228	24.7
		Analfabetos	1,244,900	24.1
59.7	643,664	Pobreza total	3,218,320*	62.3
		Receptores de alimentos	309,577	6.0
36.3	391,766	PROMEDIO	1,610,926	31.2

* Cálculo en base al promedio nacional de 5 miembros por hogar.

FUENTE: Cálculo en base a MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

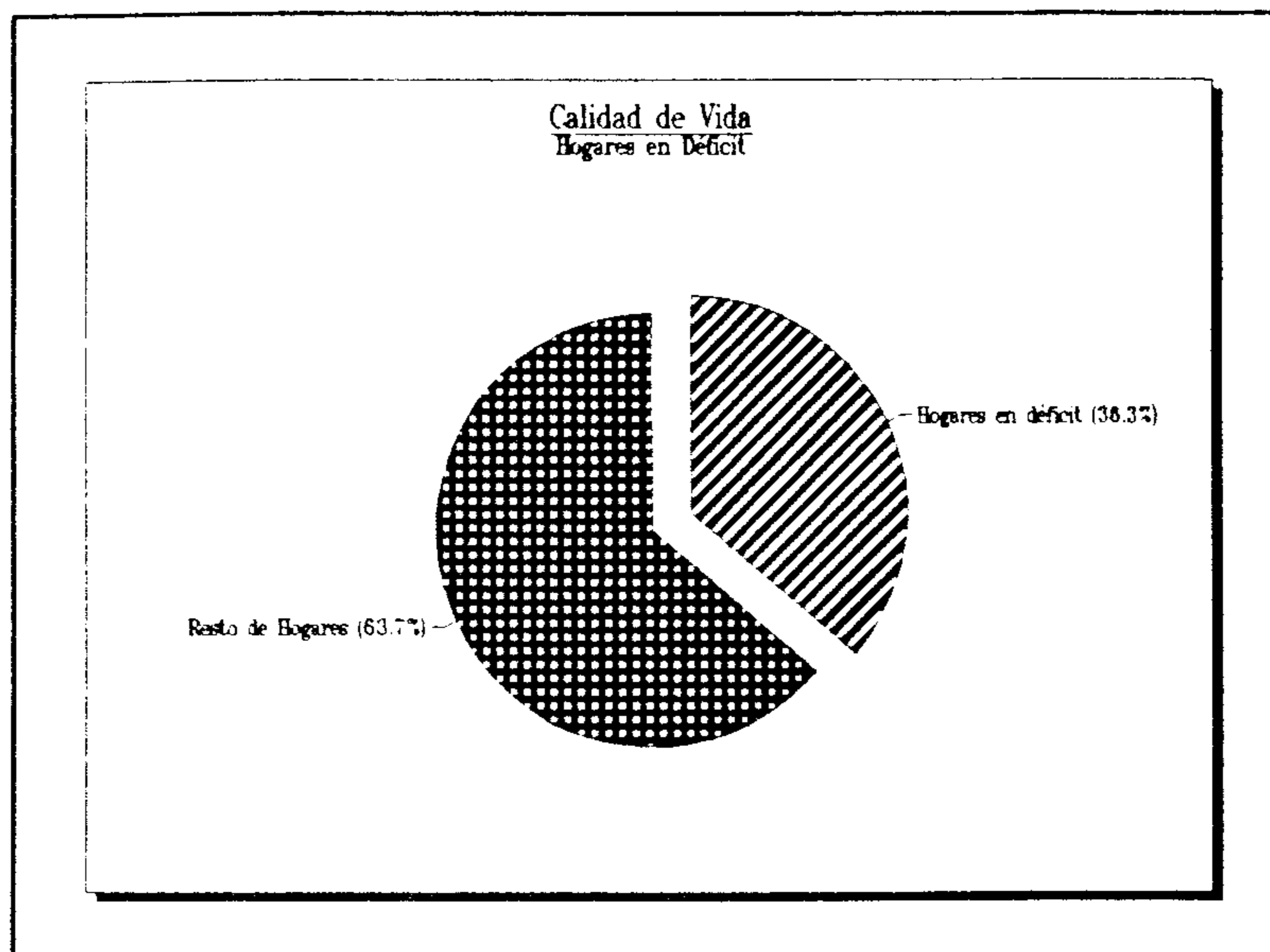
374.102 hogares: el (35%) de los hogares viven en viviendas con piso de tierra y paredes de adobe, bajareque, palma, paja u otro material no permanente. 1,870.510 personas viviendo en déficit sanitario por materiales de construcción de la vivienda.

164.208 hogares: el (15.2%) de los hogares viven en viviendas que no poseen servicios de alumbrado, agua, baño, y sanitarios. Existen 821.040 personas viviendo en déficit sanitario por carencia de servicios básicos.

530.550 hogares: el (49.2%) de los hogares viven en viviendas con una habitación.

540.668 hogares: el (50.1%) son hogares con más de 5 miembros por hogar.

El déficit en calidad de vida está calculado por el promedio de los hogares (28.3%) y la población (24%) que no posee los bienes y servicios ni el acceso a los medios para una calidad de vida con dignidad.



FUENTE: Cuadro 17.

Se refleja la población que se encuentra por debajo del primer peldaño de la escala de las necesidades estructuralmente insatisfechas, hogares y población globalmente en déficit.

II. Riesgos ambientales

La salud de las personas depende de la calidad del ambiente donde cotidianamente se desenvuelven. En términos de salud, el riesgo ambiental posee tres grandes dimensiones: físico, laboral y emocional. El primero está determinado por la calidad del medio ambiente, el segundo por las condiciones de trabajo de la población, y el tercero que lo podemos caracterizar como seguridad ciudadana, tanto en lo público como en lo privado.

1. RIESGOS AMBIENTALES FISICOS

Hasta hace poco, lo más destacado como condición de un buen estado de salud era la relación con la calidad de los servicios sanitarios: el acceso al agua potable, el control sanitario de aguas servidas y el manejo de basura, todos estos son factores determinantes para evitar la contaminación biológica.

El perfil epidemiológico de la población presenta mayores problemas en las afecciones del aparato respiratorio y digestivo, y en general, afecciones infecciosas y parasitarias, las que tienen una relación estrecha con el aire, el agua y lo que se consume.

Las políticas recientes de los organismos internacionales retoman las reivindicaciones del movimiento ecológico y ponen énfasis en las consecuencias negativas para la vida global del planeta, todo esto debido al deterioro del medio ambiente en su conjunto.

El uso indiscriminado de agroquímicos, la deforestación, la contaminación, la producción farmacéutica, etc., han tenido como resultado un profundo proceso de destrucción del ecosistema, lo que únicamente ha incrementado los riesgos de salud con que convive la población.

CONTAMINACION DEL AGUA: En El Salvador, de acuerdo a estudios de organismos nacionales e internacionales (Proyecto de Agua y Saneamiento para la Salud (WASH) 1991), se encontró que en las aguas superficiales y subterráneas de la zona sud-occidental, el agua está contaminada por: contaminación fecal, altas concentraciones de insecticidas (Tamarón) y concentraciones de boro, las que exceden los límites tolerables.

Según SEMA y otros estudios, el agua es el recurso natural que mayor impacto de contaminación recibe, y se considera que el 95% del agua superficial del país está afectada por contaminación⁶.

En las aguas, el sedimento y especies marinas del estero de Jaltepeque y de San Diego se encontraron residuos de Metilparation, Etilparation, Paraoxon, BHC, Edrin-Aldrin, Heptacloro Expox. DDT⁷.

CONTAMINACION POR AGROQUIMICOS: En estudios sobre contaminación por plaguicidas, a través de la dieta alimenticia⁸, se reporta que:

Los residuos de DDT son más frecuentes en climas cálidos como Usulután y San Miguel, considerando que por varios años éste fue uno de los plaguicidas más aplicados para el control de plagas, principalmente en las zonas algodoneras. Los valores presentados ponen de manifiesto el alto poder acumulativo, ya que luego de 13 años de prohibición del DDT, éste todavía persiste en concentraciones similares.

Existe cierta tendencia a encontrar concentraciones más altas de plaguicidas en personas mayores de 20 años. principalmente en los hombres. Pero las mujeres, por su constitución, tienen tendencia a acumular mayor cantidad de grasa en ciertas partes del organismo, lo que hace que en promedio presenten mayores concentraciones de Lindano y Heptacloro Epóxico, estos tienen especial preferencia de acumulación en órganos reproductores.

Referente a la concentración de DDT, puede estar influenciadas por el mecanismo de los medios naturales de eliminación, como es la lactancia y el ciclo biológico, aspectos que forman parte de los sistemas de eliminación de toxinas.

La presencia de Lindano puede estar relacionada con el hecho de que a pesar de ser un producto prohibido para fines farmacéuticos y veterinarios, en ganadería por ejemplo, no existen restricciones y es la causa de encontrar grandes concentraciones de

⁶ Cfr. ANSAL. Mayo de 1994.

⁷ Pantoja Domínguez, Ana Cecilia y Paz, Oscar. *Niveles de Bioacumulación de Metil Etil Paratió n en Organismos Estuarios de la Zona Algodonera en Estero de Jaltepeque*. El Salvador. Tesis de Biología. Universidad de El Salvador (UES). 1988.

⁸ Méndez, Lecha Rosa M.; Henríquez, Fernández Ana B. y Ojeda, Rivera José H. *Determinación de la Bioacumulación de Plaguicidas Organoclorados en Tejidos Grasos de Personas de Diferentes Zonas de El Salvador, durante 1988-89*. UCA. Tesis de grado. San Salvador. Mayo de 1990.

éste en la carne, la leche y sus derivados. Estos productos se perfilan como principales vías de contaminación en el hombre, conjuntamente con los medicamentos utilizados para el control de determinados parásitos.

Las muestras con DDT se encuentran en estrecha relación con la alimentación, y las tasas de éste que pueden encontrarse en el ambiente. La concentración está relacionada con las cantidades elevadas de residuos que se han encontrado en alimentos grasos, como productos lácteos, grasas y huevos.

Otro aspecto a considerar está relacionado con factores dietéticos y nutricionales en alimentación no adecuada, caso especial de las mujeres sometidas a dietas o el caso de las zonas urbanas en que se tienen deficientes consumos de calorías y proteínas, esto puede afectar la histología normal de la vía gastrointestinal. La estructura de esta vía (pliegues y rugosidades son tejido muerto sobre los delicados bordes de escobilla de las células que regulan la absorción de los nutrientes), puede tener efectos en la absorción de los plaguicidas que resulta en la absorción inhibida o en el sistema vascular o linfático.

De acuerdo a los datos analizados sobre el tipo de plaguicidas importados⁹, la mayoría de las importaciones fueron: Baythion Técnico y Baythion 500 E (Phoxim) con un equivalente de 564690 Kg. y un costo de US\$ 425,503.00, en total se importaron 96 productos.

En la clasificación de los plaguicidas¹⁰ (según su grupo químico funcional), la tendencia es hacia el uso de plaguicidas organofosforados, con un total de 21 productos, y con un predominio del Baythion, Methyl Paratión, Metamidophos, siguiendo en el orden los Ditiocarbamatos y Tiocarbonatos. Según la categoría toxicológica el 16% de los productos importados pertenecen a la categoría I, (Extremadamente Tóxica).

Según Calderón y Ramos, los casos de intoxicación por plaguicidas reportados en 11 hospitales de cabeceras departamentales para los años 1988 y 1989 fueron de 1,021 y 1,088 respectivamente. La mayor parte de los casos se reporta como suicidio, seguido por condición laboral y por último accidentes.

⁹ Calderón, Gloria y Ramos, Yolanda. *Compilación de datos referentes a la industria de plaguicidas y su impacto sobre la salud*. 1989.

¹⁰ Argüello, R. *Salud y Medio Ambiente. ANSAL. Análisis del Sector Salud de El Salvador, Informe Técnico*. San Salvador. Enero de 1994.

CUADRO 18 CASOS DE INTOXICACION POR PLAGUICIDAS		
	1988	1989
Total	1,021	1,088
Suicidio	47.5%	51.5%
Laboral	26.4%	26.0%
Accidental	26.4%	22.5%

FUENTE: Calderón y Ramos, 1989.

MEDICAMENTOS: El uso indiscriminado y no supervisado de medicamentos, además de elevar innecesariamente los costos en salud, se constituye en una práctica letal para la población. En el país existen estudios que sugieren los serios problemas relacionados a la prescripción de medicamentos.¹¹

- * Sobre la prescripción y uso de medicamentos para enfermedades diarreicas: en un 31.5% de los casos hubo un fracaso parcial al aplicar los lineamientos o normas recomendados.
- * La prescripción de antibióticos fue apropiada en un 56% en relación a la dosis, y en un 82% en relación al horario.
- * En 8% de niños se prescribieron medicamentos contraindicados para la diarrea.
- * El 50% de niños en tratamiento de infecciones respiratorias agudas recibieron medicamentos que estaban contraindicados o no recomendados en los lineamientos oficiales.
- * Un paciente recibió 26 medicamentos.
- * Existe el uso excesivo de antibióticos, éstos sólo deben ser administrados en caso de infecciones y en situaciones de alto riesgo.
- * Todas las farmacias privadas venden antibióticos sin prescripción médica.
- * Entre los 20 subproductos terapéuticos los tranquilizantes aparecen como terceros en cifras de venta.
- * Seis subproductos terapéuticos, de valor terapéutico dudoso (vitamina B1, y combinaciones de vitamina b, tónicos, antitusivos, neurotónicos, y preparaciones para el resfrío común, están entre los 20 más vendidos).

¹¹ ANSAL. Administración de Productos Farmacéuticos. Informe Técnico (borrador avanzado). Enero de 1994.

En El Salvador existen aproximadamente 19,700 productos farmacéuticos en circulación, mientras el cuadro básicos de medicamentos considerados como esenciales por el MSPAS sólo asciende a 200 medicamentos.¹²

Según la definición de medicamentos, el riesgo a que está expuesta la población es alto, puede ser por auto-medicación (el 51.2% de la población enferma se automedica, según EHPS 90-91), como también por la población que ha sufrido alguna afección y se le administra medicamento.

"Sobre el valor útil, ventajas y riesgos. Medicamentos son productos especiales. Sólo la singular relación con una enfermedad o un trastorno en el bienestar hacen de la sustancia química un medicamento. El valor útil surge apenas cuando dicha sustancia química (el medicamento) posee una instrucción de uso. Ahora bien, para la valoración de un fármaco hay que tener en cuenta que cada medicamento eficaz (y también los ineficaces) puede causar daños en la persona. Esto debido a que las sustancias químicas no sólo desarrollan los efectos deseados sino también los no deseados, los llamados efectos secundarios. Una decisión racional sobre cuándo se debe tomar un medicamento y en que dosis, tiene que basarse en la información correspondiente a las ventajas y riesgos del medicamento. El riesgo no sólo se debe a la sustancia químicamente activa sino también a su uso incorrecto. Para una enfermedad con peligro de muerte se preferirá antes una sustancia activa de alto riesgo que para una enfermedad de menor importancia y de cura espontánea. Por esta razón, la autorización de venta de medicamentos no sólo debe orientarse en el riesgo que implica la sustancia como tal, sino también de acuerdo con el conocimiento sobre sus condiciones de uso"¹³.

Se ha reconocido que en los países del tercer mundo no hay capacidad real de control de calidad de medicamentos, (legislaciones inadecuadas y capacidad tecnológica), de allí los esfuerzos de organismos internacionales como OMS, OPS, UNICEF, por establecer normas internacionales que contravengan la exagerada

¹² *Ibíd.*

¹³ Schulte-Sasse, Hermann. Control deficiente. Uso irracional de medicamentos en América Latina. Los Cien Años de Merc(K)ado en Latinoamérica. El movimiento comercial del Multifarma E. Merck. Campaña '92, 500 años de COLONización. Editores BUKO. Pharma-Kampagne. 1993.

expansión mercantil de la industria farmacéutica en países altamente vulnerables a los consorcios extranjeros, así como a la industria nacional.

Esfuerzos que no siempre son acompañados por una postura nacional de política de salud y práctica médica responsable, que únicamente contribuye a que las grandes empresas transnacionales (ya sea por la senda de los productos o las patentes) resuelvan su ganancia, sin ningún beneficio y sí muchos perjuicios para las poblaciones consumidoras.

Un estudio sobre el mercado internacional de fármacos de la Compañía E. MERCK "demuestra que los exportadores de fármacos alemanes, están lejos de cumplir con los criterios de la O.M.S. de medicamentos esenciales. El surtido de los laboratorios Merck, en comparación con otros consorcios farmacéuticos alemanes, sorprendió de forma especialmente negativa. El 79 % de sus fármacos comercializados en el tercer mundo fueron clasificados como negativos, desde el punto de vista médico".¹⁴

CUADRO 19		
SURTIDO MERCK EN LATINOAMERICA 1988		
	Total de medicamentos	% Medicamentos esenciales
México	35	8.6
América Central	57	0.0
Colombia	42	11.9
Brasil	34	0.0

FUENTE: Hartog R. y Schulte-Sasse. 1990.

Entre los productos mencionados por la fuente en referencia, con potencial de riesgo y de uso generalizado en América Latina, y prohibido su uso en países desarrollados, se mencionan (para mayor ampliación ver ANEXO 4):

¹⁴ Schulte-Sasse, Hermann. La mala oferta de medicamentos de los laboratorios e. Merck en Latinoamérica. op. cit.

Preparados vitamínicos:

(compuestos de combinaciones irracionales)

MULTIBIONTA
DOLONEUROBION
ESCLEROVITAN
ESCLEROVITAN PLUS
ENCEPHABOL
ENCETAM

Analgésicos y antipiréticos:

(Combinaciones, preparados, compuestos).

DIPIRONA (su sustancia activa dipirona puede interferir en la formación de glóbulos blancos, Agranulocitosis. Otro efecto puede ser el shock circulatorio).

NOVALGIN
BARALGIN
SISTALGIN COMPOSITUM
DOLO-NEUROBION O DOLONERVOBION
MADINOL
MIO-CITALGAN O MIO-NUEROBION
CINTAVERIN COMPUESTO

De la información consultada, más que aclarar la situación de la salud y los fármacos, lo que queda es una inquietud: ¿ la reforma de salud que hoy se propone tendrá la capacidad y voluntad política de enfrentar el serio daño que la industria farmacéutica significa para la población? .

Contradicción irreconciliable entre el cuidado de la salud y la realización de la ganancia de la industria en el marco de un proyecto económico de ampliación y aseguramiento del mercado, proceso de mercado que no depende de la actitud del consumidor, sino de la acción del Estado frente a la salud como un bien público.

CONTAMINACION DEL AIRE: a partir de 1970 se inició con la medición sobre contaminación atmosférica en El Salvador, estas mediciones han mostrado que en la década 70-80 hay una ascendente tendencia de partículas suspendidas provenientes de combustión de vehículos, fábricas, quemas agrícolas (por agricultura migratoria y zafra cañera), quema de basura, etc.

El polvo de 6.200 Km de carreteras de tierra, más caminos y calles, el plomo, óxidos de carbono, azufre, nitrógeno y compuestos volátiles orgánicos¹⁵.

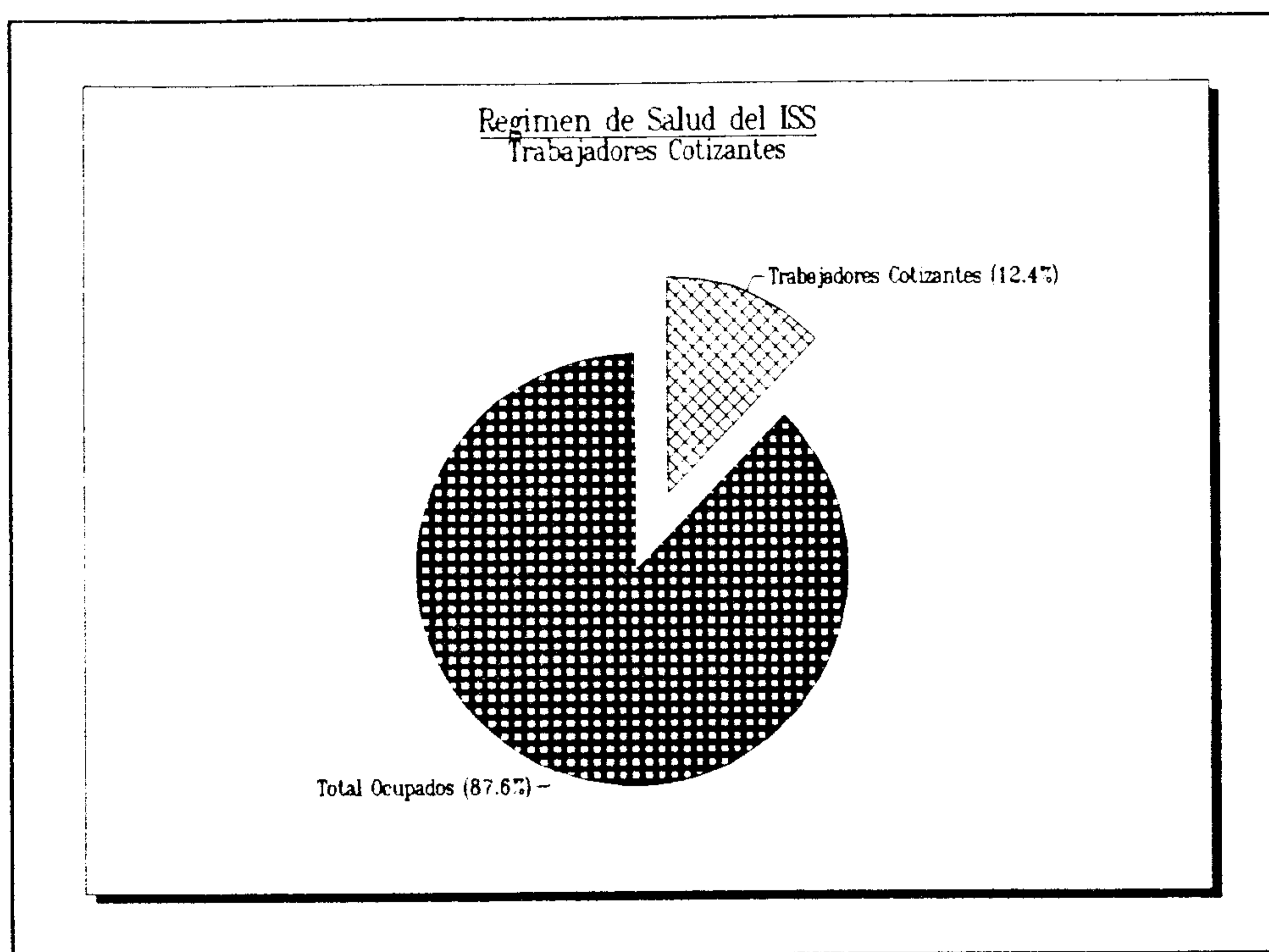
¹⁵ La Prensa Gráfica. "Contaminación atmosférica, penetrando hasta nuestros pulmones". 16 de junio de 1994.

2. DESPROTECCION DE RIESGOS AMBIENTALES LABORALES

La población económicamente activa de El Salvador, según la EHPM 91 - 92 , asciende a 1,9 millones de personas, representando el 31.8% del total de la población y el 51.6% de la población mayor de 10 años.

La población ocupada asciende a 1,8 millones de personas representando el 91.2% de la PEA. De la población ocupada 64% son hombres y 36% mujeres.

En el mismo año (1991), de 1,8 millones de personas ocupadas sólo 252 mil ochocientos trabajadores (12.4%) eran cotizantes del ISSS, bajo el régimen general de salud (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales).



FUENTE: MIPLAN. Indicadores económicos y sociales. Años 90-91.

Si tomamos en cuenta la cobertura por sexo, tenemos que el 69% representa a los hombres y el 31% restante a mujeres trabajadoras.

En general, la población trabajadora no cuenta con un sistema de atención en salud por la limitada cobertura del régimen de salud

del Seguro Social, que deja descubierto el 87.6% de la población trabajadora, de la cual 88% son mujeres y 85% hombres.

CUADRO 20 TRABAJADORES ASEGURADOS POR SEXO (en porcentajes)			
	Total Ocupados*	Asegurados	No Asegurados
Mujeres	36.0	12.0	88.0
Hombres	64.0	15.0	85.0

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992; MIPLAN. Indicadores Económicos y Sociales. Años 90-91.

Si tomamos por ramas de actividad económica, tenemos que el régimen de salud del ISSS cubre todas las ramas establecidas en las cuentas nacionales; sin embargo, los desequilibrios entre las ramas son muy pronunciados, mientras amplios sectores de trabajadores quedan desprotegidos en ramas significativas en la generación de empleo, como el agropecuario, y las ramas de menor incidencia en la ocupación, como la financiera, tienen cobertura total.

Todo esto es un indicativo de las serias dificultades para establecer y universalizar un régimen de seguridad que cubra a una masa de trabajadores, cuya rama de ocupación depende de la temporalidad del proceso productivo, no así el sector financiero, cuya característica ocupacional es de mayor calificación y estabilidad.

El sector agropecuario y de servicios están muy por debajo del promedio nacional de cobertura de los servicios de salud del ISSS, siendo los sectores más desprotegidos, a pesar de que estos representan el 35.8% y 19.6% de los ocupados respectivamente, entre ambos concentran el 45.4% del total de los ocupados:

	Agropecuario	Servicios
Asegurados	1.0	8.1
No Asegurados	99.0	91.1

MIPLAN, Indicadores Económicos y Sociales, 1990-91.

Los trabajadores del sector financiero privado están cubiertos en un cien por ciento por el ISSS. El resto de sectores no llega a cubrir el 40 de la población,

Entre el 30 y 20 por ciento de cobertura se encuentra los sectores de electricidad, manufactura y construcción.

Entre el 20 y 13% de cobertura se encuentran los sectores de minas y canteras, comercio, restaurantes y hoteles, transporte y comunicaciones.

CUADRO 21 OCUPADOS POR RAMO DE ACTIVIDAD Y COTIZANTES EN EL REGIMEN DE SALUD DEL ISSS* (en porcentajes)			
	Ocupados por Rama Actividad /1	Cotizantes ISSS /2 Régimen de Salud	
Total	100.0	100.0	14.2
Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca	35.8	2.6	1.0
Minas y Canteras	0.1	0.2	18.9
Industria Manufacturera	17.3	36.8	29.7
Electricidad, Gas y Agua	0.6	1.8	39.0
Construcción	4.5	9.5	29.1
Comercio, Restaurantes y Hoteles	17.5	21.8	17.5
Transporte, Almacenamiento y Comunicación	3.5	3.5	14.3
Establecimientos Financieros, Seguros, Inmuebles	1.1	12.1	149.8
Servicios	19.6	11.6	8.1

FUENTE: 1/ MIPLAN. EHPM. octubre 1991 - marzo 1992.
2/ MIPLAN. Indicadores económicos y sociales. Años 1990 - 1991.

* Se aplica fundamentalmente a los trabajadores del sector privado y a ciertas instituciones autónomas del sector público.

En el año estudiado, las consultas ascendieron a un total de 2,282.400 en 26 especialidades,¹⁶ con un promedio de 9 consultas al año por cotizante, y las hospitalizaciones a 58.356 casos terminados.

CUADRO 22			
ISSS: SERVICIOS DE SALUD POR CAUSAS			
(en porcentajes)			
	Riesgos Comunes	Riesgos Profesionales	Maternidad
Consultas en medicina general y especialidades	88.0	1.0	11.0
Consultas odontológicas	98.6	0.04	1.3
Consultas de emergencia	84.0	7.0	9.0
Hospitalización seguridad ciudadana	59.8	0.5	39.7

FUENTE: MIPLAN. Indicadores Económicos y Sociales. Años 90 - 91.

Del análisis sobre la limitada cobertura de la seguridad en salud es necesario recordar que además de los sectores excluidos, de acuerdo a los datos sobre rama de actividad económica, sólo se analiza el 14% de la población ocupada; también están fuera amplios sectores que por el tipo de actividad no quedan registrados en las cuentas nacionales, por ejemplo: los trabajadores del sector informal urbano y las trabajadoras domésticas, sectores que por su composición afectan a la población más pobre, con mayor inseguridad económica, sin protección legal, y una población preponderantemente femenina.

Según datos de UNICEF, en El Salvador se calcula que hay unos doscientos setenta mil niños trabajadores, sobreexplotados por

¹⁶ Alergiología, cardiología, cirugía general, cirugía plástica, cirugía de mano, dermatología, endocrinología, gastroenterología, gineco-obstetricia, hematología, med. física y rehabilitación, med. gral. y emergencias, med. interna, med. preventiva, nefrología, neumología, neurocirugía, oftalmología, oncología, ortopedia y traumatismo, otorrinolaringología, pediatría, reumatología y urología. FUENTE: MIPLAN. Indicadores Económicos y Sociales. Años 1990-91.

bajos salarios y horas de trabajo, muchos de ellos en actividades ilícitas (prostitución), y sin ningún tipo de protección.

A este segmento de trabajadores y trabajadoras, no despreciable, pero excluidos de la seguridad médica, también hay que agregar la población discapacitada, resultado de la guerra, población que en plena edad laboral y de reinserción a la vida nacional y cotidiana tiene impedimentos reales para un desempeño laboral normal, la sobre-oferta de trabajo de no discapacitados y una cultura negativa hacia ellos los elimina automáticamente del mercado laboral y, por lo tanto, del acceso a la seguridad social y los programas de reinserción, por su naturaleza son temporales.

3. RIESGOS AMBIENTALES EMOCIONALES

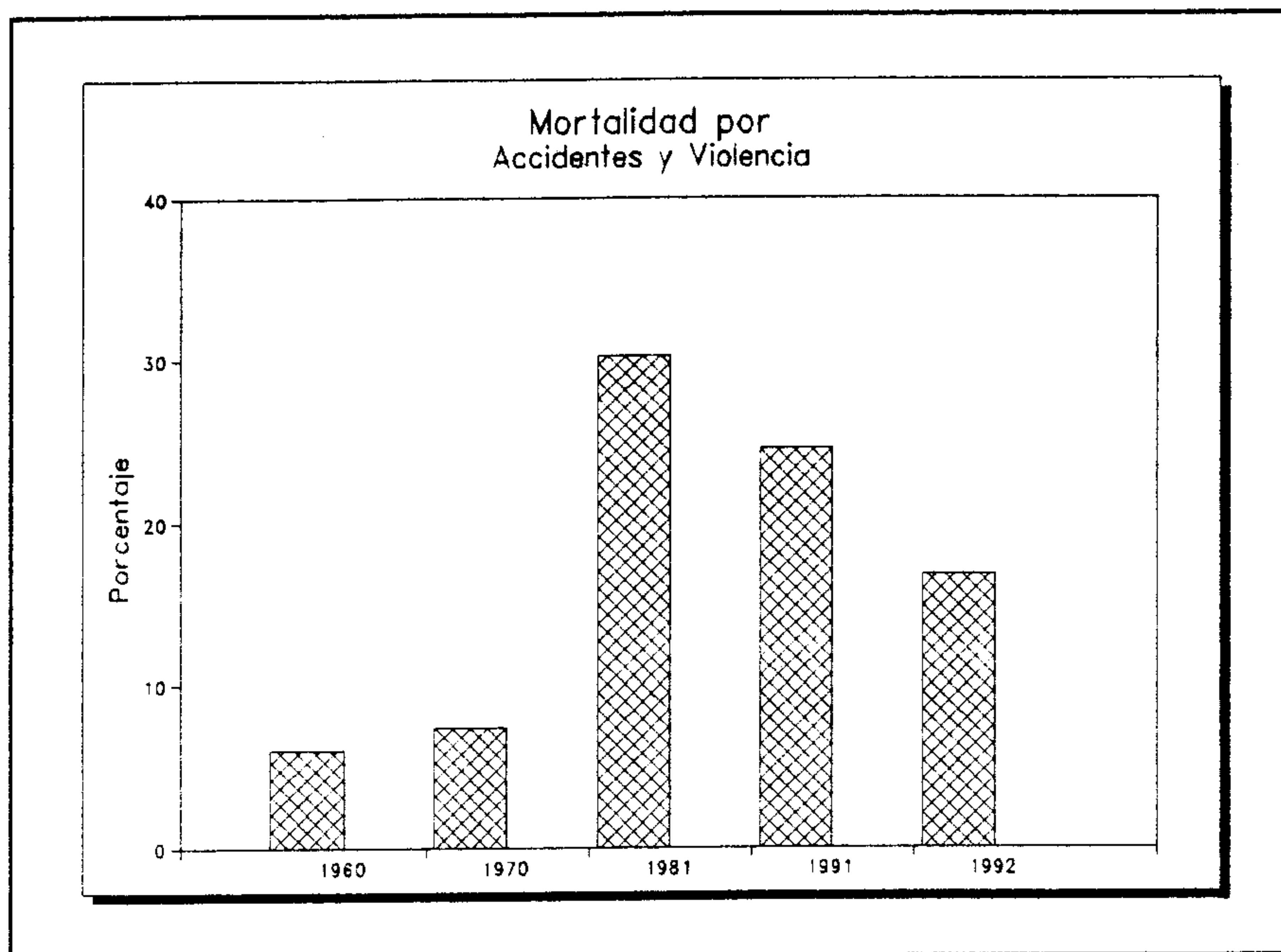
La represión, la guerra, la intimidación, la impunidad, la delincuencia, la violencia doméstica, la inseguridad económica, y la cultura machista, son factores negativos en la conformación de un ambiente emocional ecuánime para una convivencia humana con dignidad.

Se estima que 75 mil personas murieron por la guerra, en la posguerra: 7 de cada 10 salvadoreños están expuestos a ser atacados por delincuentes; un promedio diario de 15 a 20 accidentes automovilísticos con un 10% de víctimas mortales¹⁷; frecuentes secuestros de adultos y niños; en 1993 se denunciaron más de 500 violaciones sexuales a mujeres, cifra que sólo es un indicativo de la violencia sexual, el peso de los prejuicios y la doble moral imperante impide la denuncia generalizada de este delito.

Por estas mismas razones y por lo cotidiano de la violencia doméstica, resulta imposible una estimación estadística de las agresiones a mujeres y niños, donde no sólo cuenta la violencia física, sino el maltrato emocional y psicológico, que por el impacto negativo en la persona tiene serias repercusiones en la deformación de la personalidad y la perpetuación del maltrato como un patrón de conducta aceptado socialmente, la perpetuación de prácticas de violencia y prácticas de aceptación de la violencia como un estado natural o sobrenatural.

La conjugación de estos fenómenos tiene como resultado un ambiente generalizado de inseguridad ciudadana y serias repercusiones en toda la población.

¹⁷ La Prensa Gráfica. "20 accidentes de tránsito al día". Jueves 8 de diciembre de 1994. Pág. 4-a, 5-a.



La inseguridad ciudadana es una condición cotidiana y generalizada como forma de vida de la población.

FUENTE: BID. El Salvador. Informe Socioeconómico. (1969-1981). Washington D.C. Enero de 1993. MSPAS. Memorias. (1991-93).

La violencia y la inseguridad ciudadana en general, así como los riesgos del ambiente físico y la desprotección en la salud ocupacional, alcanzan tales niveles de exposición a riesgos para la población que, aún con los subregistros estadísticos las evidencias resultan alarmantes.

Frente a la magnitud de la problemática se vuelve necesario el diseño de una política nacional de salud que contenga medidas preventivas y curativas para hacerle frente a la problemática en sus orígenes, y no únicamente en sus consecuencias; por otro lado, una problemática de tal magnitud sólo puede ser enfrentada por una acción directa y eficiente desde el Estado, los organismos de la sociedad civil (ONG's), que desarrollan acciones en el campo de la salud, llamados a colaborar en la solución a estos problemas, aunque jamás podrán sustituir al Estado.

CAPITULO DOS

El Estado y los Servicios de Salud

1. COMPORTAMIENTO DEL GASTO PUBLICO

Ha quedado establecido que la contradicción fundamental de la formación social salvadoreña deriva del modelo de desarrollo agroexportador, y que como modelo de dominación entró en una crisis estructural.

Los análisis sobre las causas que generaron el conflicto político-militar, señalan como factores determinantes:

- a. Las transformaciones en la estructura de tenencia de la tierra, (hacia la concentración), que se generaron desde principios del presente siglo.
- b. El proceso de conformación de la economía de exportación cuyo producto dominante ha sido el café.
- c. La acción estatal, en esa conformación estructural, favoreció a un modelo de dominación excluyente y concentrador.

Todos estos se señalan como factores de agudización de la crisis económica, social y política, cuyo resultado desembocó en la gravedad de la pobreza estructural actual.

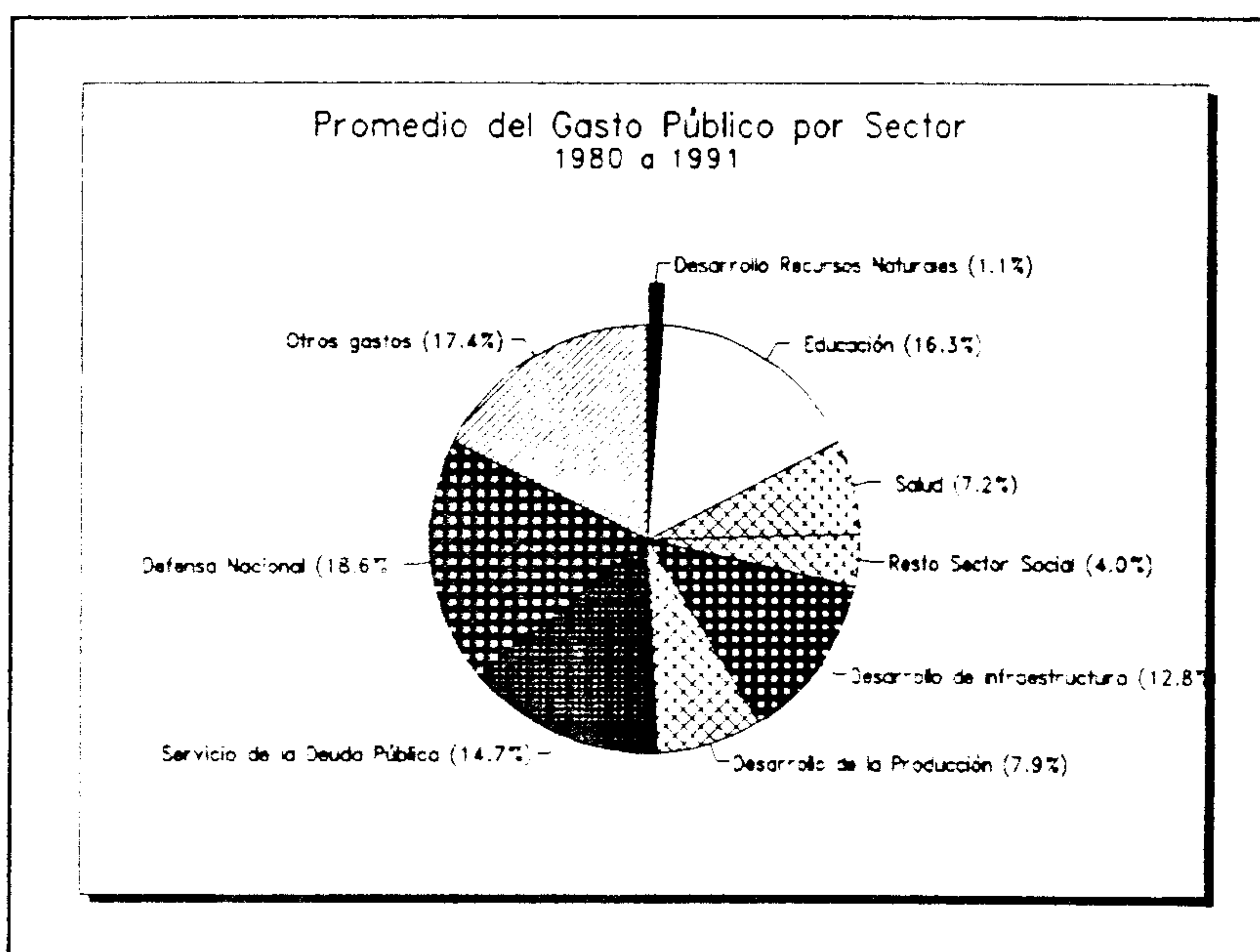
La guerra, como producto de la crisis de dominación tuvo una duración suficientemente larga como para convertirse en factor de agudización de la crisis estructural del país. La economía, la sociedad y el Estado salvadoreño, durante doce años, se organizaron para convivir, sobrevivir y enfrentar el conflicto político-militar.

Uno de los indicadores es el comportamiento del gasto público por sector durante ese período. Entre los años de 1980 a 1991, en promedio, el gasto público fue de 3.2 millones de colones, 14.9%

del PIB en todo el período¹. El destino principal del gasto se dio en el siguiente orden:

Prioridades Nacionales

1. Defensa.
2. Educación.
3. Deuda pública.
4. Infraestructura.
5. Producción.
6. Salud.
7. Recursos Naturales.



FUENTE: Anexo 1.

Con un modelo de desarrollo predominantemente concentrador, más un tipo de priorización del gasto nacional como el ilustrado durante un período tan prologando, no es ninguna casualidad que la acumulación de necesidades socioeconómicas de la mayoría de la población estén estructuralmente insatisfechas.

En promedio, tenemos que durante 12 años el Estado Salvadoreño de cada 10 colones de gasto público ¢ 2.70 fue gasto social, ¢ 1.90

¹ Fuente sobre gasto público, ver Anexo 1.

gasto de guerra, y ochenta centavos de Colón fueron para producción.

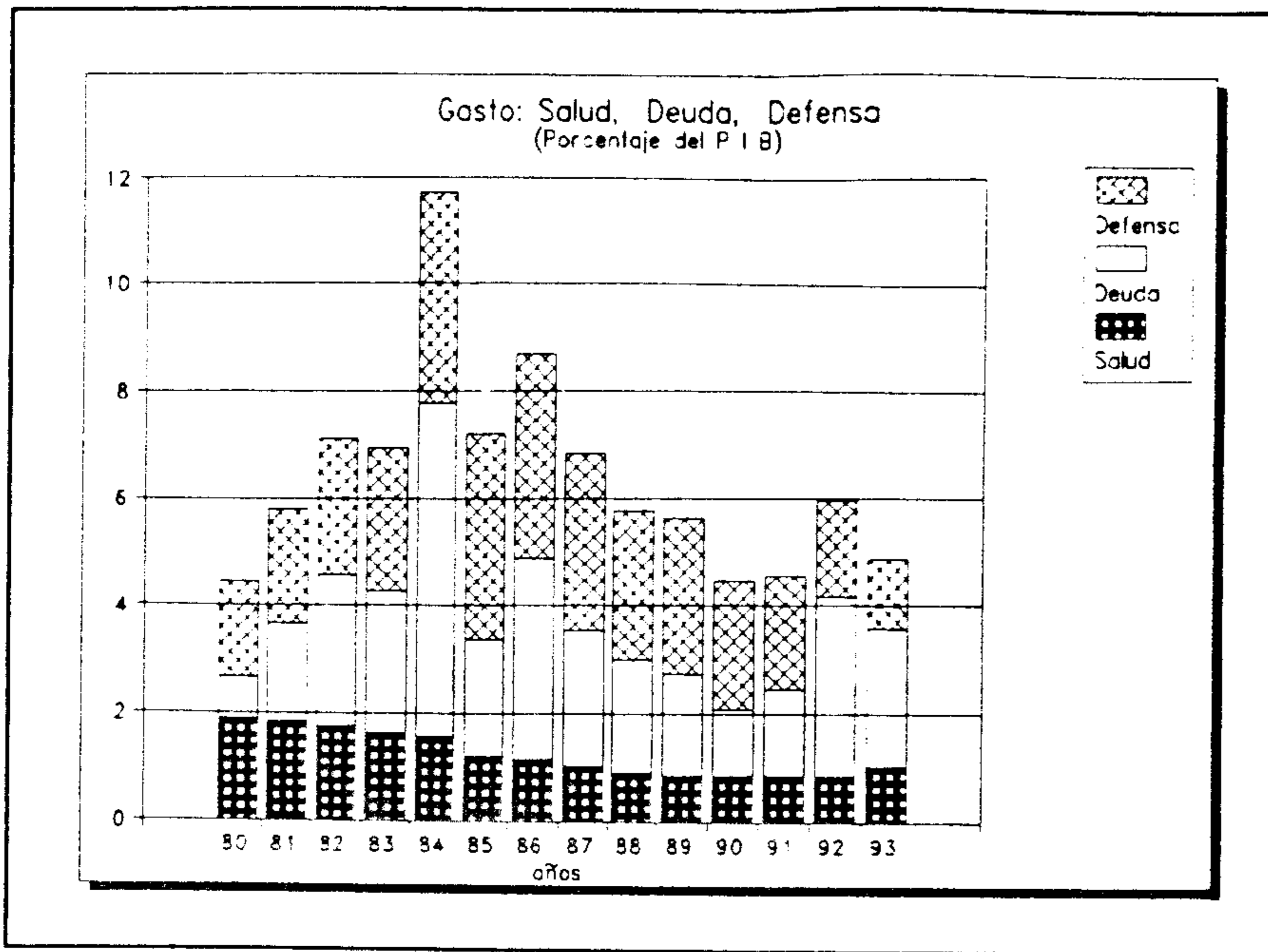
También es evidente la desatención (casi total), al desarrollo y manejo de los recursos naturales (diez centavos por cada diez colones); en el sector salud no se dio un panorama diferente, la relación llegó a setenta centavos por cada diez colones.

Al analizar el comportamiento del gasto del sector social en relación al PIB, la tendencia de gasto es decreciente, de 7.1 como porcentaje del PIB en 1980 cayó a 3.7 en 1994.

CUADRO 23 COMPORTAMIENTO DEL GASTO SOCIAL (como porcentaje del PIB)		
Años	Gasto social	Gasto de salud
1980	7.1	1.9
1981	7.1	1.8
1982	6.7	1.8
1983	6.0	1.6
1984	6.1	1.6
1985	4.8	1.2
1986	4.4	1.1
1987	1.1	1.0
1988	3.4	0.9
1989	3.2	0.8
1990	3.0	0.8
1991	3.3	0.8
1992	3.2	0.8
1993	3.4	1.0
1994	3.7	

FUENTE: Anexo 1.

Tomando la serie del gasto público desde 1980 a 1993 en relación al PIB, el gasto en salud mantuvo una tendencia decreciente, (de 1.9 en 1980 bajó a 1.0 en 1993), contraria es la tendencia del servicio de la deuda pública y de defensa que, de 0.8 y 1.8 en 1980 subieron a 2.6, y 1.3 en 1993, respectivamente.



En consecuencia, la crisis financiera del sector salud, también es producto del tipo de prioridades definidas por el Estado salvadoreño, el que por quince años se ha caracterizado por ser un Estado anti-social.

FUENTE: Anexo 1.

Mientras el gasto en salud disminuía, sistemáticamente el gasto de guerra y servicio a la deuda pública se incrementaba de manera progresiva.

La salud de la población, al igual que el resto de necesidades sociales no han sido prioridad nacional; por ello, el sector salud entró en crisis, las condiciones generales estaban dadas al priorizar la sostenibilidad de un modelo de dominación en crisis por encima de las necesidades económicas y sociales del país.

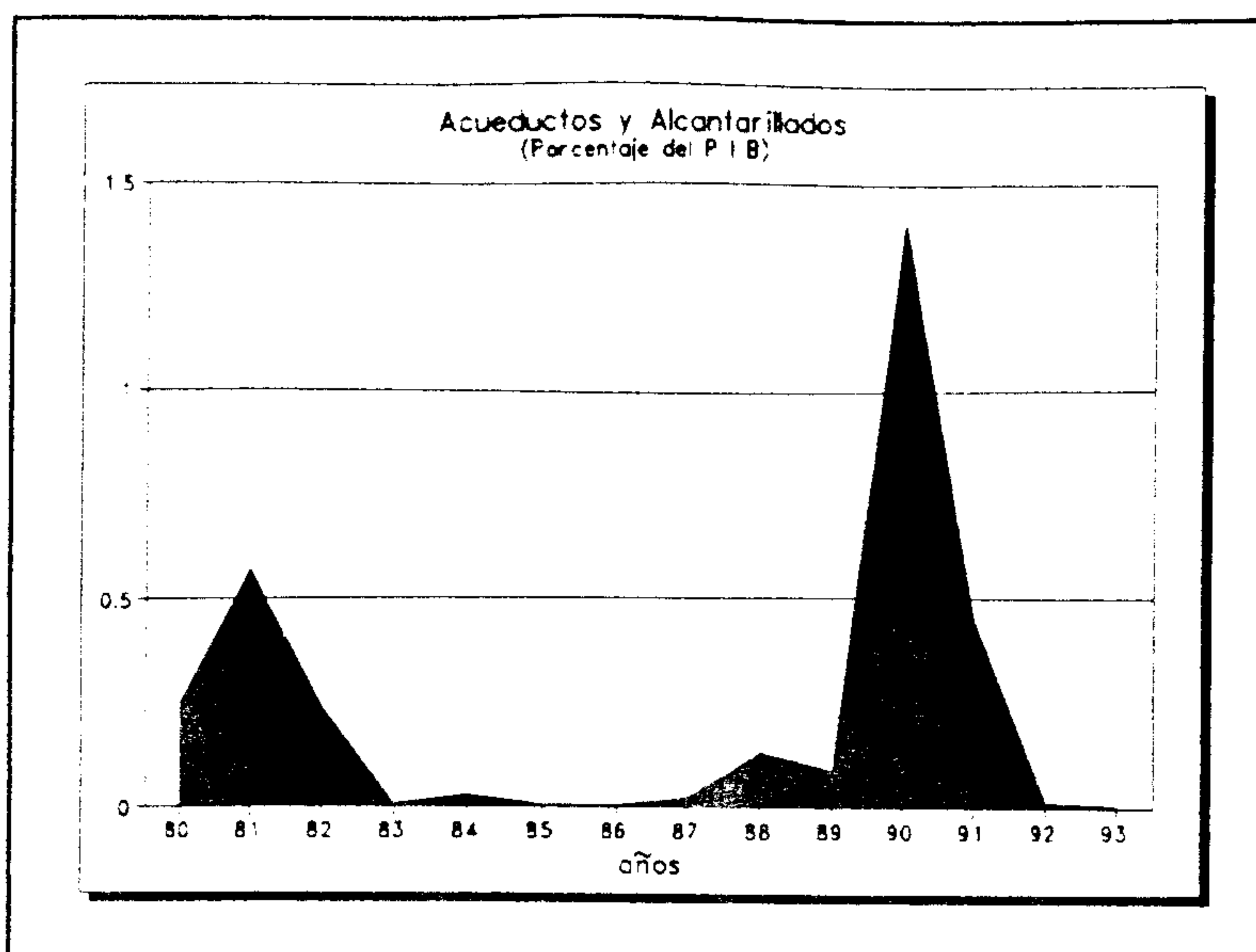
En 12 años de guerra el país perdió gran parte de la acumulación ganada en gobiernos anteriores a los años 70, períodos en los que El Salvador contaba con índices positivos en salud, en comparación a países como Honduras, Guatemala y Nicaragua.

CUADRO 24
INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO

	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Guatemala
Esperanza de vida al nacer				
1960	50.5	46.5	47.0	45.6
1992	65.2	65.2	65.4	64.0
Mortalidad infantil (1,000 N.V.)				
1960	130	160	140	125
1992	46	61	53	49
Niños con peso inferior al normal (% <5 años)				
1960	53	23	46	39
1992	47	20	54	60

FUENTE: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano, 1994. Fondo de Cultura Económica. México. 1994.

Era inevitable que las condiciones de salud se desmejoraran, la reducción progresiva del gasto en salud, que tuvo incidencia directa en la calidad de cobertura de los servicios de salud, también le acompañó la reducción progresiva de la inversión básica sanitaria, de la cual depende la calidad del medio ambiente y más estrictamente la salubridad.



FUENTE: Anexo 1.

El déficit sanitario (por inversión en acueductos y alcantarillados), y su incidencia directa en la salubridad, se agudizó en el período de guerra. A partir del año '82 la inversión en este ramo decrece sostenidamente por 8 años, donde no se llega a alcanzar el 0.5% de gasto como porcentaje del PIB.

Los programas de compensación social impulsados con el Programa de Estabilización y Ajuste Estructural vinieron a recuperar los porcentajes en este tipo de inversión a partir de 1989, volviendo a decaer a partir del '92.

"Como parte de la estabilización y el ajuste estructural durante la década de los 80, en los países de América Latina y el Caribe, los gastos totales del sector público tuvieron una gran tendencia a la disminución en tanto que la proporción del Producto Interno Bruto, que de por sí ya era reducido, al comenzar este proceso. Pero más marcada aún fue la contracción, durante este período, de la inversión pública, que tendió a disminuir como proporción de los gastos totales del sector público, particularmente en los renglones sociales. Ello ha representado una reducción efectiva en la inversión en capital humano en la región durante la última década, que ha limitado la capacidad de respuesta en materia de salud y saneamiento ambiental. ¿Cómo se ha manifestado esto? En limitaciones en materia de inversiones destinadas a agua potable, saneamiento básico, reemplazo, mantenimiento,

conservación de equipo y planta física de los servicios de salud; en la incapacidad de mantener un nivel adecuado de gastos corrientes, lo cual ha impedido el funcionamiento normal de programas para la atención de problemas prevalecientes; y en restricciones al desarrollo administrativo y la capacitación del personal".²

Desde esta perspectiva, la crisis del Sector salud es resultado de la combinación de una serie de factores en el orden de lo coyuntural, lo estructural y de la constitución misma del sector salud como sistema de servicios, y no sólo por la ineficiencia en el sistema público, como lo asegura la corriente neoliberal, la que atribuye la crisis del sector social sólo a uno de los actores que intervienen en el proceso, es decir, el Ministerio de Salud. Entre los factores más importantes que han determinado esta crisis podemos mencionar:

- a. El modelo de desarrollo económico y social del país no ha articulado estructuralmente el crecimiento económico a la cualificación de la calidad de vida de la población, el modelo de desarrollo ha aprovechado y agudizado las condiciones de vida de la población como una de las bases de crecimiento económico y acumulación.
- b. Sucesivamente, diferentes regímenes desatendieron la salud (y otros sectores sociales), como una prioridad de gobierno, los presupuestos sociales sufragaron parte del gasto del Estado en una política antisocial y contrainsurgente.
- c. El sistema de salud pública no tuvo capacidad de reacción ante las progresivas reducciones presupuestarias y su respuesta fue profundizar el grado de ineficiencia de los servicios.
- d. Los organismos internacionales (especialmente AID, de mayor peso en el país), tampoco reaccionaron a favor del sistema de salud, y siguieron financiando la ineficiencia. (El financiamiento externo en el MSPAS ha cubierto el pago de salarios y compra de medicamentos.³)
- e. El comportamiento curativo del sector salud en su conjunto (público y privado), más la ineficiencia del sector público es una condición que favorece al modelo de concentración de

² López Acuña, Daniel (OPS). *Reforma Social y Pobreza. Hacia una Agenda Integrada de Desarrollo*. BID/PNUD. Washington D.C. 1993.

³ ANSAL. *Sistemas de servicios de salud*. Enero de 1994.

riqueza que caracteriza al país. Los grupos económicos nacionales y transnacionales con inversión en servicios curativos e inversiones en otras ramas de la producción atentan contra el medio ambiente y la salud.

- f. La población contribuye eficientemente a ese proceso de concentración de la riqueza en tanto usuarios de los servicios de salud: i) por la inexistencia de una cultura de salud como calidad de vida, prevaleciendo la ideología de salud-enfermedad, las prácticas privadas-personales y privadas-colectivas son nocivas a la salud; y ii) no cuenta con los medios (económicos, informativos, sanitarios y políticos) para hacer efectiva una práctica coherente en el cuidado de la salud.

2. EL SECTOR SALUD

El sector salud del país está estructurado por tres sistemas: público, privado-comercial y privado-social.

- a. El sector público está integrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), Bienestar Magisterial, Servicio de Salud de Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), Servicio de Salud de La Comisión de Ejecutiva Hidroeléctrica del Río Lempa (CEL), Servicio de Salud de La Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA) y Sanidad Militar. Y según datos de la encuesta de hogares,⁴ con éstos se estaría dando atención al 60.8% de la población.

El MSPAS es el que posee la mayor cobertura de servicios a nivel nacional, los establecimientos en servicio para 1991 eran 340 (de un total de 387): 15 hospitales, 15 centros de salud, 131 unidades de salud, 152 puestos de salud, 23 puestos comunitarios y 4 dispensarios de salud.⁵

El ISSS brinda servicios a los asegurados y beneficiarios a través de 44 establecimientos, ANTEL cuenta con 8 establecimientos, Sanidad Militar 2 hospitales y 40 clínicas de enfermería, CEL posee 15 clínicas de atención general, y

⁴ MIPLAN. *Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples. Octubre 1991 - Marzo. 1992.*

⁵ MSPAS. *Memoria 1990 -1991. San Salvador. Julio de 1991.*

ANDA cuenta con 6 clínicas de atención ambulatoria. Bienestar Magisterial contrata los servicios del sector privado.⁶

- b. El sector privado comercial se concentra principalmente en San Salvador: aproximadamente cuarenta establecimientos con clínicas de consulta externa y 24 centros con servicios de hospitalización.⁷ Existe una amplia red de laboratorios. En todo el país 1.044 farmacias.⁸ Se estima que unos 1.200 médicos trabajan exclusivamente en prestación de servicios privados (de un aproximado de 3.000 profesionales). En la misma EHPM se calcula que atiende el 36.2% entre atención de médicos particulares y establecimientos de salud privados.

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

- c. El sector privado social se compone por 36 instituciones de servicios de salud, 50 de servicios nutricionales y 48 instituciones de saneamiento ambiental. Su cobertura es principalmente en el área rural.⁹

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

La dinámica del sector se caracteriza por la desarticulación y actuación autónoma de los sistemas. Los servicios públicos y privados comerciales están concentrados territorialmente en las áreas urbanas del país, privilegiando al Área Metropolitana de San Salvador.

La función del MSPAS como el ente estatal del sector tiene las funciones de velar por el buen estado de la salud de la población, desarrollar políticas, regular el funcionamiento del sector, además de la prestación de servicios a usuarios.

⁶ ANSAL. *La reforma de salud: hacia su equidad y eficiencia*. Mayo de 1994.

⁷ ANTEL. *Guía Telefónica*, 1994.

⁸ ANSAL. *Sistemas de servicios de salud*. Enero de 1994.

⁹ PNUD. *Directorio de Instituciones Privadas de Desarrollo de El Salvador 1992*. San Salvador. Noviembre de 1992.

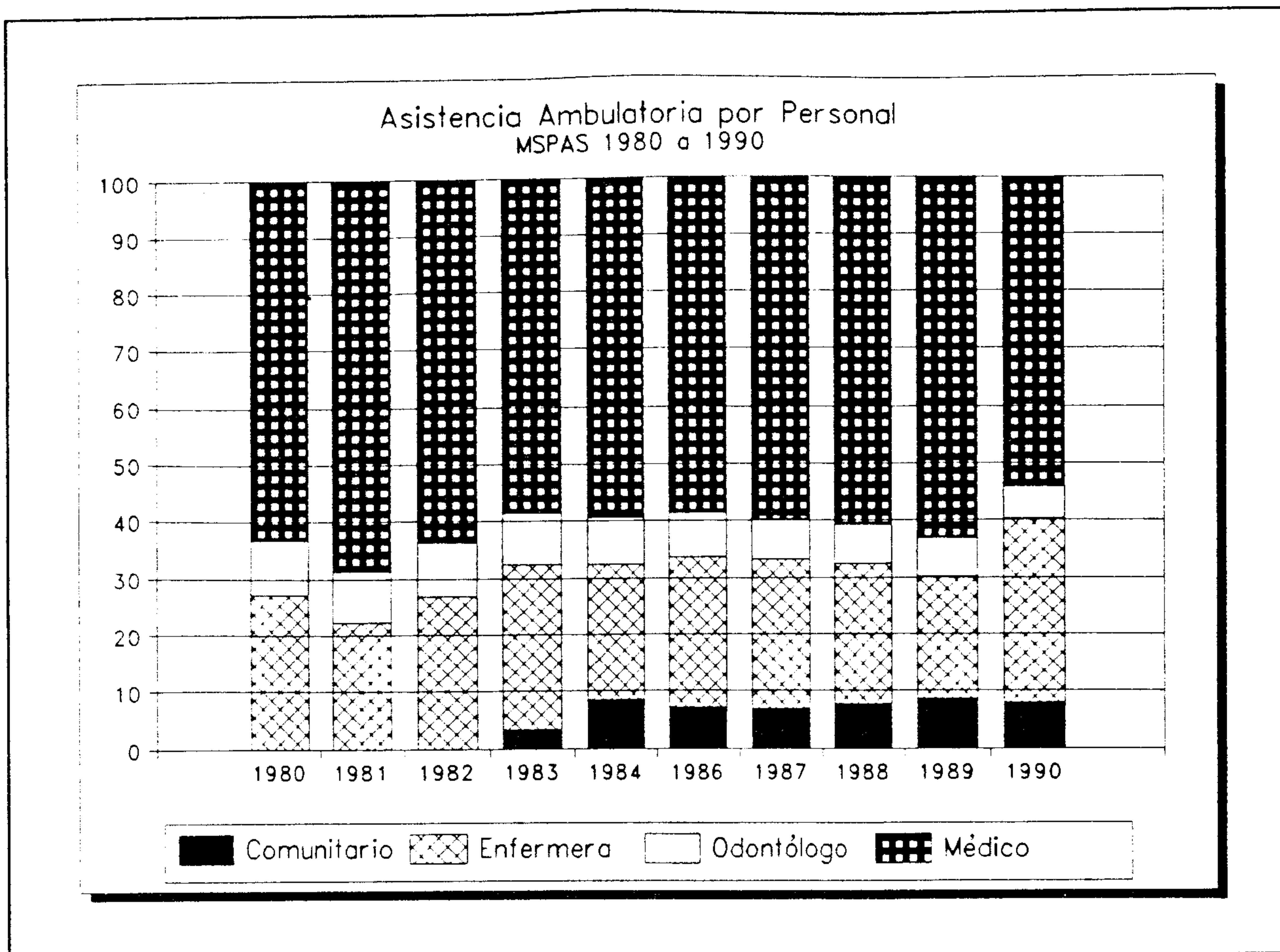
Históricamente el MSPAS ha preferenciado la función de administrar los servicios de salud propios, descuidando su papel como rector y conductor de la política nacional de salud y, por consiguiente, la ausencia de mecanismos por parte de dicho ministerio para coordinar eficientemente las relaciones entre los tres sistemas.

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 la política del MSPAS, que plantea la necesidad de una política y acciones de salud con énfasis en la prevención y atención primaria en salud con participación comunitaria.

" A pesar de que se enuncia en el Plan Nacional de Salud 1991\94 el propósito de desarrollar tanto actividades de prevención y promoción, como de las de curación y rehabilitación, presupuestariamente los hospitales absorben la mayor parte de los fondos destinados al Ministerio, girando la dirección de su estrategia, hacia el tratamiento de la enfermedad antes que a su prevención".¹⁰

La estructura de atención del MSPAS refleja el carácter curativo y centralizado, contraviniendo los lineamientos de la política que teóricamente se basan en una concepción descentralizada y preventiva de la administración de servicios de salud, pero que se oponen a la práctica médica con criterios de rentabilidad.

¹⁰ ANSAL. *Sistemas de servicios de salud*. Enero 1994.



FUENTE: MSPAS. Memorias 1980/85, 1990/91.

La atención en salud por parte de los médicos es preponderante en los servicios del ministerio, el personal de apoyo (enfermeras) limita sus funciones a las del apoyo al personal médico, y el personal comunitario, que recién aparece en los últimos 7 años, con un bajo perfil de participación.

Las cifras de la distribución del personal médico por regiones es compatible con esa estructura. "Las cifras son alarmantes cuando se calcula la tasa de médicos por 10.000 habitantes. A excepción de San Salvador con 8,6 y San Miguel con 5,2 médicos/10.000 habitantes; las otras regiones mantienen una razón de igual o inferior a 2,7 médicos/10.000 habitantes. Según la recomendación de

la OPS/OMS, la razón de médicos por 10.000 habitantes debería estar cerca de 8."¹¹

El hecho que el sector público de salud tenga las características de que adolece en su funcionamiento, no es simplemente un problema de deficiencia administrativa, sino que es parte de la lógica de rentabilidad de un servicio altamente lucrativo, y las deficiencias de una parte del sector (el público), significan lucramiento para el sistema comercial. Una población y su sistema de salud sin prácticas preventivas y de atención primaria en salud es necesaria para la demanda de servicios médicos.

El comportamiento de la población frente a los servicios de salud forma parte de la organización de un sistema para una medicina curativa-lucrativa, que segmenta no sólo el mercado, de acuerdo a la capacidad de pago o de endeudamiento de los usuarios, sino que también segmenta el sistema de servicios en general.

"En 1989 se llevó a cabo una encuesta de hogares acerca de la demanda de atención (REACH). Se encontró que las percepciones tradicionales acerca de la importancia relativa de los subsectores no era exacta. Existen dos mercados distintos de atención médica en El Salvador, uno para la atención ambulatoria y otro para atención hospitalaria. En la hospitalización, la percepción tradicional no estaba muy lejos de la realidad. El MSPAS realizó el 76% de las internaciones, el Seguro Social el 13% y el Sector Privado el 9 por ciento. Sin embargo la consulta externa resultó muy diferente a lo esperado. El Ministerio produjo sólo el 40%, el ISSS el 13% y el Sector Privado en 45%".¹²

Es claro que, frente a un servicio público ineficiente, la población usuaria de servicios de salud va a preferir la consulta externa del sector privado comercial, la hospitalización supone mayor disponibilidad de ingresos, por lo que el sector público es más accesible para la población con capacidades socioeconómicas restringidas.

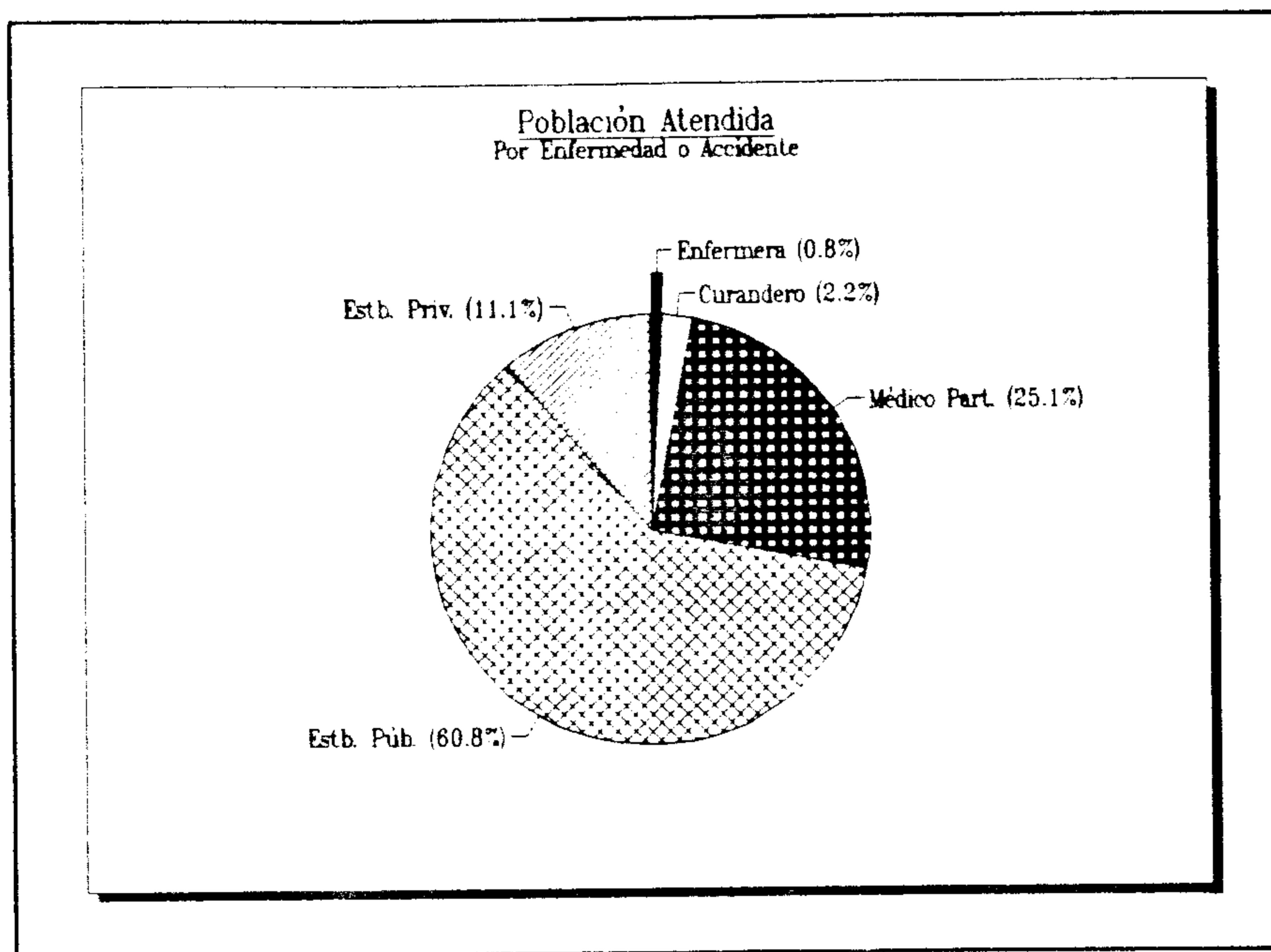
La forma y la lógica de organización del sector es de naturaleza excluyente para la mayoría de la población, y de segregación por condición socioeconómica.

¹¹ ANSAL. Mayo de 1994.

¹² *Ibíd.*

Más de la mitad de la población que necesita de servicios de salud está excluida, por no contar con la posibilidad de los servicios o por una inadecuada atención.

De acuerdo a la Encuesta de Hogares, de la población que se enfermó o accidentó, (que a nivel nacional representa un 24.7% en relación al total de la población), el 65.7% no tuvo una atención adecuada, porcentaje que resulta de la población que no recibió ninguna atención (6.5%), que se automedicó (51.2%) y la que acudió a una farmacia (8.0%). Las últimas dos categorías, reconocidamente no autorizadas, resultan de alto riesgo por el indiscriminado uso de medicamentos no indicados y de dudosa seguridad.



El resto (34.3%), personas que acudieron a servicios institucionalizados de salud, recurrieron principalmente a los servicios públicos.

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

Los servicios privados a nivel de establecimientos y médicos particulares recibieron el 36.2% de la demanda total que tuvo atención.

El 62.2% de la población que no tuvo acceso a servicios de salud institucionalizados, recurrió a las opciones más accesibles a su condición (enfermeras, curanderos, farmacias y automedicación).

El argumento de que el gasto público sólo ha servido para agravar la crisis de la deuda externa y del déficit fiscal, y no ha contribuido a mejorar las condiciones de vida de la población más vulnerable, tiene vigencia por evidencia empírica.

En materia de salud se asegura que:

"Es preocupante el bajo nivel de financiamiento del MSPAS, el cual para atender a más del 50% de la población, dispone sólo el 22% del total de recursos. Esto se agrava al considerar que la población que debe cubrir es la de mayores riesgos de enfermedad y peores condiciones de salud. Más aún, parte de ese 22% se destina a brindar sin cargo, servicios hospitalarios a población con recursos suficientes para cubrir sus costos. En consecuencia, la disponibilidad de recursos para la población objetivo del MSPAS se ve disminuida aún más".¹³

Estos argumentos podrán ser válidos desde el análisis del gasto público global como variable macroeconómica a controlar; sin embargo, el argumento no es válido frente a la necesidad específica de la población de aliviar los padecimientos por las malas condiciones de vida, cuyo resultado es una mala condición de salud, y por ello, la población se ve en la necesidad de buscar servicios curativos de acuerdo a las oportunidades de acceso.

El acceso a servicios institucionalizados de salud está determinado por la segmentación del mercado.

Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 1991 - 1992, la población que se enfermó o tuvo un accidente ascendió a la cifra de 1,277.228 personas, o sea el 24.7% del total de la población. De este total (enfermos o accidentados), un 23.6% acudió a un establecimiento de salud oficial y solamente el 4.3% ocupó los servicios de establecimientos privados.

De esta población enferma o accidentada, el 46.1% pertenece a un grupo familiar cuyos ingresos mensuales está en un rango igual o inferior a los ¢ 999.00, y las familias que tienen un ingreso entre ¢ 1.000.00 a ¢ 1.999.00, que también necesitaron de los servicios públicos para alguno de sus miembros representan el 29.7%.

¹³ *Ibíd.*

CUADRO 25
USO DE SERVICIOS DE SALUD POR NIVELES DE INGRESO
 octubre 91 - marzo 92
 (en porcentajes)

Ingreso Mensual Familiar (¢)	Vivienda	Otros**
1 a 999	45.6	30.2
1000 a 1999	31.0	32.1
2000 a 2999	12.6	15.1
3000 y más	10.7	21.8

FUENTE: MIPLAN, Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, octubre 1991-marzo 1992.

En términos generales esto significa que, de cada 10 salvadoreños que asisten a un establecimiento de salud, 6 usan los servicios públicos y tienen bajos ingresos.

3. LA CONSTITUCION DEL SISTEMA DE SERVICIO PUBLICO DE SALUD

Para entender la ineficiencia que caracteriza al sector público de salud, además de los ya conocidos procesos de burocratización, politización, planificación inadecuada, crisis financiera; que caracteriza no sólo al sector de salud, sino a toda la estructura administrativa gubernamental; es necesario integrar al análisis la conflictiva relación entre el predominio del enfoque y práctica curativa sobre el enfoque y práctica preventiva, como especificidad del sector salud.

Entre los problemas del sector se apunta que:

- a. Las políticas de salud y las actuales reformas al sistema público se hacen bajo la concepción de salud-enfermedad y no sobre el concepto de la salud como calidad de vida. Los programas se estructuran a partir de los déficit o deficiencias de lo que se define como el problema de salud-enfermedad.
- b. El ministerio se organiza y planifica estrictamente para cubrir los servicios de atención de la morbilidad, prevaleciendo el enfoque curativo, dándosele muy poca importancia a los servicios preventivos.

-
- c. En los planes de mediano y largo plazo el MSPAS no busca cambiar el cuadro de morbimortalidad, se atienden los problemas, pero no se cambian los problemas, (no se busca cambiar el perfil epidemiológico). Se sigue brindando limitados e ineficientes servicios sobre los efectos y no sobre las causas.
- d. Bajo el sistema prevaleciente de enfocar el problema, las reformas se plantean sobre el sistema público de la salud y no sobre el sector salud en su totalidad.
- e. La tradición de la medicina moderna y del sector salud es la postura curativa, y en el caso del sector público, un corto listado de servicios preventivos, que no siempre se brindan con las metodologías y procedimientos más adecuados. (Letrinización, planificación familiar, vacunación, saneamiento ambiental).¹⁴
- f. La salud como calidad de vida no ha alcanzado aún la maduración y estatus como norma de vida, como norma de planificación social, como norma de política social. Con el neoliberalismo, al concepto generalizado de salud-enfermedad de la medicina curativa le ganó la concepción costo-beneficio de los organismos internacionales.
- g. La inclusión de nuevos programas y las reformas que ha sufrido el sector social en general, y la salud en particular, no han estado determinados en sí mismos por la dinámica nacional, sino muy fuertemente ligados a las exigencias de los organismos financieros internacionales. (Esto queda claro con la introducción de los programas de control de la natalidad en el sector salud, los cuales se mantienen por el respaldo financiero de la AID, y no porque se haya desarrollado una conciencia en la población sobre la necesidad del control natal).

Esta concepción curativa está determinada por las inversiones de las compañías transnacionales de medicamentos, por equipos médicos y por los empresarios de servicios de salud local, y por el proceso de constitución de los sistemas nacionales de servicios de salud basados en el concepto de necesidades médicas, y no en el concepto de necesidades de salud de la población.

¹⁴ "La prevención y los servicios basados en comunidades no han sido suficientemente enfatizados, con las importantes excepciones de programas sobre malaria y vacunación de niños. En realidad, El Salvador puede ser considerado sobre-medicado y orientado hacia los tratamientos curativos. ANSAL. 1994.

Necesidades médicas

- * Terapeutismo
- * Farmacología
- * Tecnología quirúrgica
- * Tecnología diagnóstica

Necesidades de salud

- * Promoción de la higiene
- * Medidas preventivas
- * Nutrición
- * Saneamiento ambiental
- * Medidas médicas

Desde el inicio de los ministerios de salud, la estructura, la organización, las prácticas, las metodologías, etc., se desarrollaron con ese divorcio entre lo curativo-reparativo y lo preventivo-proyectivo, en relación al mejoramiento de la calidad de vida de los sectores en desventaja estructural.

Históricamente, la salud ha sido un concepto que ha evolucionado de acuerdo a las prácticas de vida de la humanidad. Para los orientales, la salud forma parte de una filosofía y práctica integral de la vida. Para los occidentales, la salud es un concepto desarrollado a partir de los avances en la ciencia médica o necesidades médicas, lo que además presenta los avances del desarrollo socioeconómico.

"Hemos visto que los adelantos en la salud hasta ahora se han debido esencialmente a la reducción de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas. Se ha llegado a esta reducción principalmente en dos formas: mediante la prevención de la exposición a la infección (por ejemplo la tifoidea y disentería); y protegiendo al individuo que pudiera infectarse, ya por medidas específicas (tales como la vacunación) o por otros adelantos de la salud general".¹⁵

En sus orígenes los progresos en el enfoque de la salud occidental (especialmente en Europa), fue parte de un proceso de búsqueda científica en lo biológico, psicológico y tecnológico, pero fue también acompañado en los avances en lo medioambiental y en lo socioeconómico, bajo el concepto de mejoramiento de la calidad de vida.

"La contribución de todos estos métodos queda explicada por la historia de la tuberculosis. La mejora de la habitación redujo la frecuencia de la infección, la vacuna B.C.G. suministró protección específica; y la

¹⁵ Mckeown, Thomas y Iowe, C.R. *Introducción a la Medicina Social*. Siglo XXI Editores. México. 1981.

mejor nutrición aumentó la resistencia general a la enfermedad".¹⁶

No obstante, este proceso histórico de avance sobre la salud humana, al momento de organizarse nuestros sistemas (actuales) de salud no se estructuraron sobre la base del aprendizaje de ese proceso integral de desarrollo humano, sino, sobre uno y sólo uno de los resultados de ese proceso: LAS NECESIDADES MEDICAS DE LA SOCIEDAD. (La atención médica).

La lógica de nuestros sistemas de salud no responden a la salud de nuestras sociedades, sino **"a la estimación de los problemas médicos de la sociedad y los medios a nuestra disposición para resolverlos"**¹⁷.

Todo esto ha provocado que muchas de las medidas médicas adoptadas en nuestros países no obedezcan al perfil epidemiológico del país, sino a la necesidad de probar tecnologías en desarrollo o en prueba en los países productores (ejemplo, anticonceptivos, fármacos, etc.).

"Los nuevos avances en la segunda mitad del siglo XIX tuvieron dos importantes aspectos. Uno fue la investigación de la enfermedad por métodos epidemiológicos el otro consistió en un interés en las necesidades médicas de la sociedad, por ejemplo, en la protección contra la viruela, en el control del medio físico y la creación de hospitales para enfermos infecciosos. Estas medidas no se adoptaron porque nuestros predecesores fuesen excepcionalmente sagaces, sino porque ofrecían el único tratamiento viable del problema predominante de la infección. No fue una coincidencia que los servicios médicos públicos se introdujeran al mismo tiempo que los métodos epidemiológicos fueron aplicados ampliamente al estudio de la enfermedad".¹⁸

En Centroamérica, los sistemas de salud pública (tal y como los conocemos hoy), iniciaron su proceso de organización y modernización a partir de la segunda guerra mundial, bajo la lógica de las necesidades médicas y no sobre las necesidades de salud de la sociedad.

¹⁶ *Ibíd.*

¹⁷ *Ibíd.*

¹⁸ *Ibíd.*