
Para ello influyó: i) la tradición formativa de los profesionales de la salud, (médicos y enfermeras) que históricamente han sido preparados para curar, para aplicar las tecnologías médicas; ii) las pocas acciones preventivas fueron determinadas, diseñadas y administradas a partir del financiamiento externo (Alianza para el Progreso); iii) las compañías transnacionales de la medicina ya estaban en plena expansión de sus mercados; y iv) a diferencia de Europa y USA, las prácticas médicas nunca fueron acompañadas por el ascenso en el estándar de vida y las medidas higiénicas de manera generalizada en la población, la evidencia está en la segregación habitacional y del habitat, cuya calidad es diferenciada según características socio-económicas de la población.

En el estudio de Thomas Mckeowm y C. R. Lowe sobre la medicina social, cuyo análisis se basa en el caso de Inglaterra, concluye que:

*"...Sin menospreciar el valor de los servicios personales de salud o de terapias específicas que ha sido una notable hazaña de los pasados cuarenta años, parece correcto concluir que las principales influencias causales de la disminución de la mortalidad -nuestro mejor índice de salud- a partir de las muertes registradas en 1838, han sido, **en orden de importancia**, un estándar de vida en ascenso, higiene mejorada y medidas preventivas y terapéuticas específicas"¹⁹ (el énfasis es nuestro).*

El proceso de estructuración de los servicios de salud en los países desarrollados se dio sobre la articulación de tres ejes fundamentales: 1) la promoción de la higiene, 2) las medidas preventivas y 3) la terapéutica. En el proceso de organización de nuestros ministerios de salud, estos tres ejes no tuvieron las mismas oportunidades de desarrollo, las políticas de salud se diseñaron sobre uno de los tres ejes. Desde el principio, todo el sistema (público y privado), se estructuró sobre la última, la terapéutica, y sólo sobre la parte curativa.

A medida que los problemas de salubridad trascendieron esa estructura y organización curativa, se presenciaron esfuerzos y logros nacionales y regionales, todo ello con el apoyo de organismos internacionales comprometidos con la estrategia de salud para todos en el año 2000 (OMS, OPS, PNUD). El trabajo se dio en torno a conceptos, metodologías y administración de servicios de

¹⁹ *Ibíd.*

salud desde una perspectiva sanitaria más amplia, que busca trascender la administración de servicios de salud en base a las necesidades médicas, retomando la importancia de la prevención, la calidad del medio ambiente, la participación comunitaria local, etc., o lo que se denomina como las necesidades de salud de la población.

Uno de los criterios técnicos en que se ha avanzado para mejorar la forma de realización de la acción social, es la focalización e integración de componentes (concretizada en los Sistemas Locales de Salud, SILOS, y el concepto de Atención Primaria en Salud), con miras a lograr una efectiva distribución de los recursos entre los grupos definidos como prioritarios en base a los niveles de vulnerabilidad que han alcanzado por su situación de pobreza, y que a la vez se convierte en una estrategia de descentralización del sistema de decisiones de los ministerios de salud.

Por sus logros en cuanto a modelos de acción social y de articulación pública y privada, mencionamos tres de sus mayores aportes:

- a. Se enfatiza la participación comunitaria como estrategia local de manejo curativo y preventivo de la salud.

En cuanto a la participación comunitaria en salud, se recogen las iniciativas que las poblaciones habían venido desarrollando autónomamente o en coordinación a los ministerios de salud o de ONG's, revalorizando así el papel de una variada gama de agentes comunitarios de salud como las parteras, voluntariado de salud, colaboradores en control de vectores, y otros, llegando a ser considerados o incorporados formalmente a los sistemas de salud.

- b. Se priorizan sectores poblacionales para la prestación de servicios de salud.

Dos de los sectores poblacionales más afectados por la morbimortalidad provocada por enfermedades prevenibles han sido los niños y las mujeres; en cuanto a concepción de salud, se le da un nuevo contenido al binomio madre-hijo para priorizar en las acciones de salud.

Los programas de supervivencia infantil focalizan a los niños como la población de mayor riesgo, pero se busca una atención integral curativa y preventiva: desde atención médica regular, situaciones de emergencia (epidemias), hasta

programas de salud de control preventivo dentro de la atención primaria en salud.

Se visualiza también la importancia de la calidad de la salud de la madre; la influencia del desarrollo del movimiento de mujeres, más las iniciativas de los organismos internacionales hace que se retome el enfoque de género y salud, lo que problematiza la situación integral de la mujer y específicamente su situación de salud; por ejemplo, la maternidad se enfoca como un factor principal de deterioro de la salud de la mujer y con ello se trasciende el enfoque biológico del embarazo al concepto sociocultural y económico de la maternidad.

- c. Se busca la integración de áreas y sectores institucionales, los que por su acción son indispensables en el logro de los objetivos y la estrategia de atención de la salud pública.

Con el enfoque de salud-vulnerabilidad ha sido posible un relativo avance en la integración y coordinación (por lo menos a partir de proyectos específicos y locales), de los distintos sectores del sistema gubernamental y privado que tradicionalmente desarrollan sus acciones desarticuladas y de manera dispersa.

Esta visualización más dinámica e histórica del problema de la salud como calidad de vida, a partir del enfoque opuesto al médico-biológico, conocido como la medicina social que retoma el bienestar integral de personas y colectividades en lo biológico, social, político, económico, emocional y psicológico, como condiciones necesarias que determinan el estado de salud (y no de la enfermedad), ha llevado a no seguir desestimando otros factores como analfabetismo, ingreso, medio ambiente, habitat, seguridad alimentaria, equidad de relaciones interpersonales y grupales, entre otras, en las cuestiones de la salud.

Probablemente uno de los resultados prácticos más importantes de este enfoque es el concepto de Atención Primaria en Salud (APS), que pone en evidencia la necesidad de trascender el enfoque médico-biológico, para recuperar el entorno social, económico y político en que viven las personas cotidianamente. Es preciso integrar metodológicamente un criterio de acción, lo que como práctica administrativa y de ejecución de servicios de salud, han estado separadas en los sistemas de salud: la medicina preventiva y la medicina curativa.

La APS, permitió la integración de la participación comunitaria, los servicios preventivos y curativos a nivel de base territorial y los servicios de consulta externa; pero además, agregó elementos de integración a otros sectores, como son revitalizar el contenido que para la salud comunitaria tienen los servicios básicos, las condiciones de la vivienda (el habitat) y la generación de ingresos o el empleo.

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 inicia un cambio en la concepción de salud prevaleciente, dándose un lento pero progresivo proceso de permeamiento y desplazamiento del 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.

Este proceso ha estado permanentemente acompañado por la conflictividad que el cambio de concepción provoca al interior de las entidades públicas: los Sistemas Locales de Salud (SILOS) metodología diseñada por OPS para la administración de servicios primarios de salud, las normas sobre medicamentos esenciales, la desconcentración administrativa y la descentralización de los niveles de decisión, en el caso salvadoreño han tenido una fuerte oposición al grado de no lograr el desarrollo de este tipo de iniciativas.

En América Latina se ha tenido la experiencia de nuevos enfoques que se orientan en una concepción de salud más integral, no sólo de atención médica a los enfermos. Entre los resultados más significativos se puede recoger:

- 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 regulares y eficientes.

CAPITULO TRES

Estado General de Salud de la Población

1. ACLARACION PRELIMINAR

La salud de una población debe analizarse como parte del concepto de calidad de vida, reducir el análisis a las características de morbimortalidad, o por lo que se ha generalizado como perfil epidemiológico (causas de enfermedad), es limitar el concepto de salud a SALUD-ENFERMEDAD, concepción extremadamente generalizada a partir del enfoque médico-biológico.

Una visualización más dinámica e histórica del problema de la salud como calidad de vida, a partir del desarrollo del enfoque opuesto al médico-biológico, conocido como la medicina social, que retoma el bienestar integral de personas y colectividades en lo biológico, social, político, económico, emocional y psicológico como condiciones necesarias que determinan el estado de salud (y no de la enfermedad) ha llevado a no seguir desestimando en las cuestiones de salud otros factores como analfabetismo, ingreso, medio ambiente, habitat, seguridad alimentaria, equidad de relaciones interpersonales y grupales, etc.

En este sentido, los indicadores sobre morbimortalidad que presenta el país (motivo de análisis de este capítulo) son una acumulación de: i) la condición de necesidades insatisfechas estructuralmente, (algunos de sus elementos analizados en "El contexto poblacional de la reforma de salud"); ii) la desatención del sector social por parte del Estado, especialmente durante la guerra (analizado en el capítulo sobre "Comportamiento del gasto público"); iii) los problemas dentro del sector en "El sector salud" y iv) la prevalencia de un enfoque de salud-enfermedad eminentemente médico biológico fomentado por la medicina comercial (referido en "La constitución del sistema de servicio público de salud").

Sobre esta compleja gama de relaciones es posible recuperar críticamente el perfil epidemiológico de una población, así los datos sobre morbimortalidad (que a continuación serán analizados) adquieren un sentido más amplio que la simple reducción sobre causas principales de enfermedad y muerte.

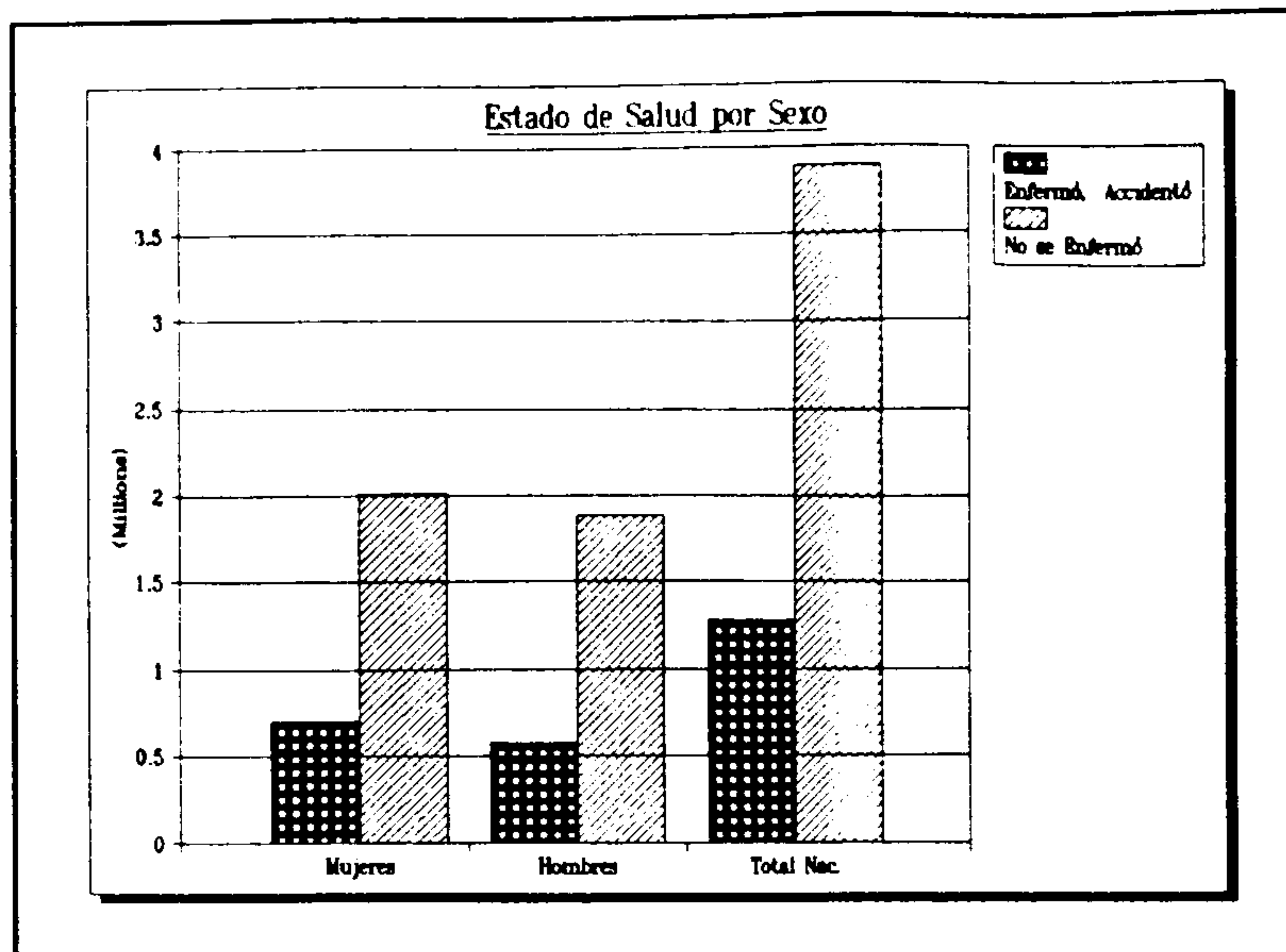
2. CARACTERISTICAS DE SALUD-ENFERMEDAD

En base a la fuente principal de análisis (Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, de octubre '91 a marzo '92), en su conjunto, un cuarto de la población sufrió algún proceso de morbilidad o se accidentó. Esta misma tendencia se mantiene en los datos por área de residencia.

CUADRO 26 ESTADO DE SALUD POR AREA octubre 91 - marzo 92		
		%
	Total País	
Población que se enfermó	1,256,384	24.3
Población que se accidentó	20,844	0.4
Población que no se enfermó	3,888,972	75.3
Total	5,166,200	100.0
	Urbana	
Población que se enfermó	594,389	24.1
Población que se accidentó	11,198	0.5
Población que no se enfermó	1,858,907	75.4
Total	2,464,94	100.0
	Rural	
Población que se enfermó	661,995	24.5
Población que se accidentó	9,646	0.4
Población que no se enfermó	2,030,065	75.1
Total	2,701,706	100.0

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

El comportamiento del estado de la salud adquiere sus particularidades al analizar la información por sexo y por nivel de ingreso familiar mensual (IFM).



Según el sexo de las personas registradas, las mujeres son más propensas a las enfermedades que los hombres.

Por cada diez habitantes, la relación de enfermedad es de dos mujeres y un hombre.

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

En esto tiene que ver, en parte, que la mayoría de la población es femenina (52.5%), pero también porque entre los sectores poblacionales más vulnerables están las mujeres y los niños.

En cuanto a la causalidad del mal estado de salud, también el comportamiento por sexos presenta sus diferencias. Las mujeres presentan problemas de salud principalmente por enfermedades y los hombres presentan mayores porcentajes por accidentes:

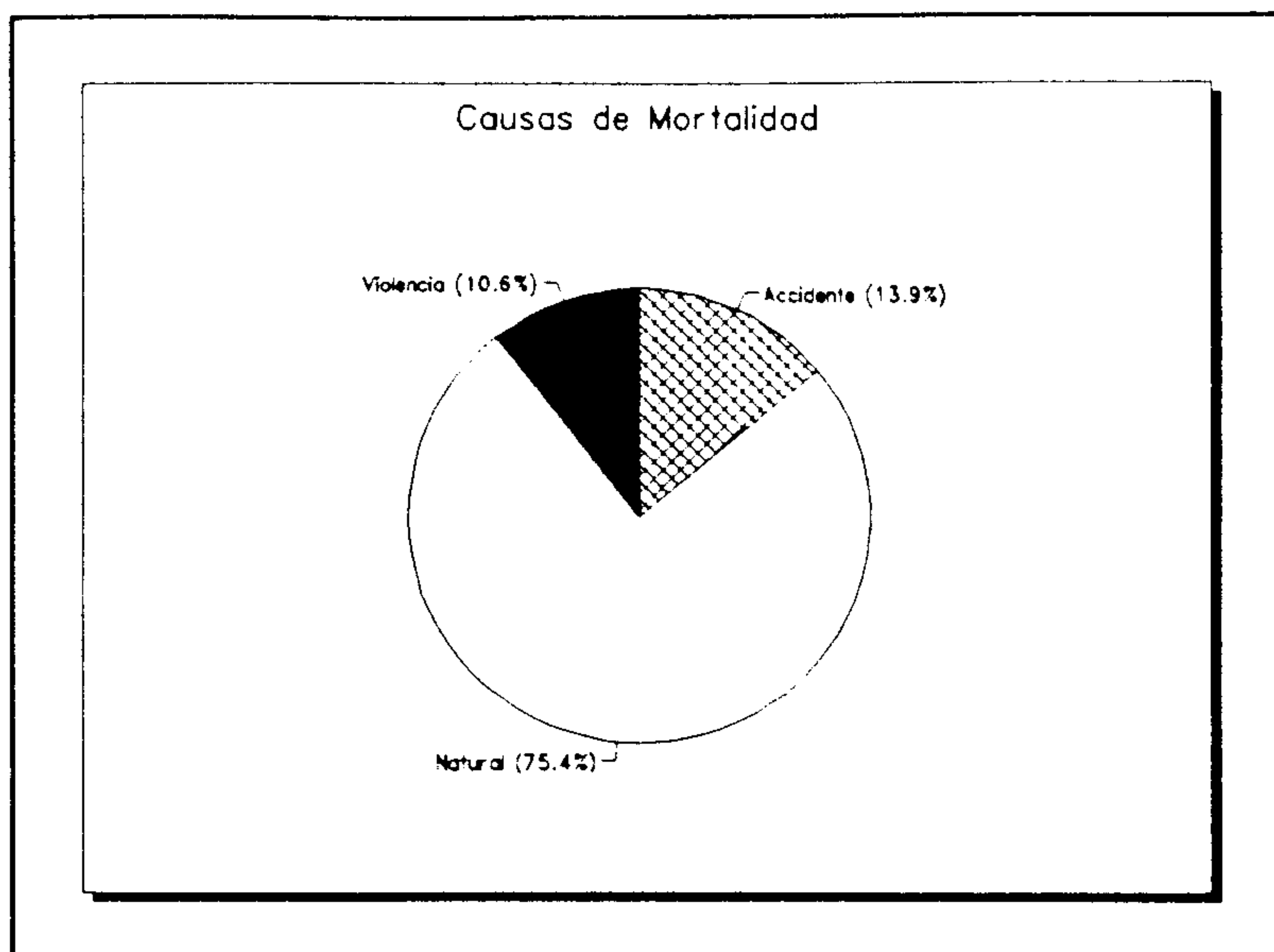
	Se enfermó	Se accidentó
Mujeres	55.3	38.8
Hombres	44.7	61.2

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

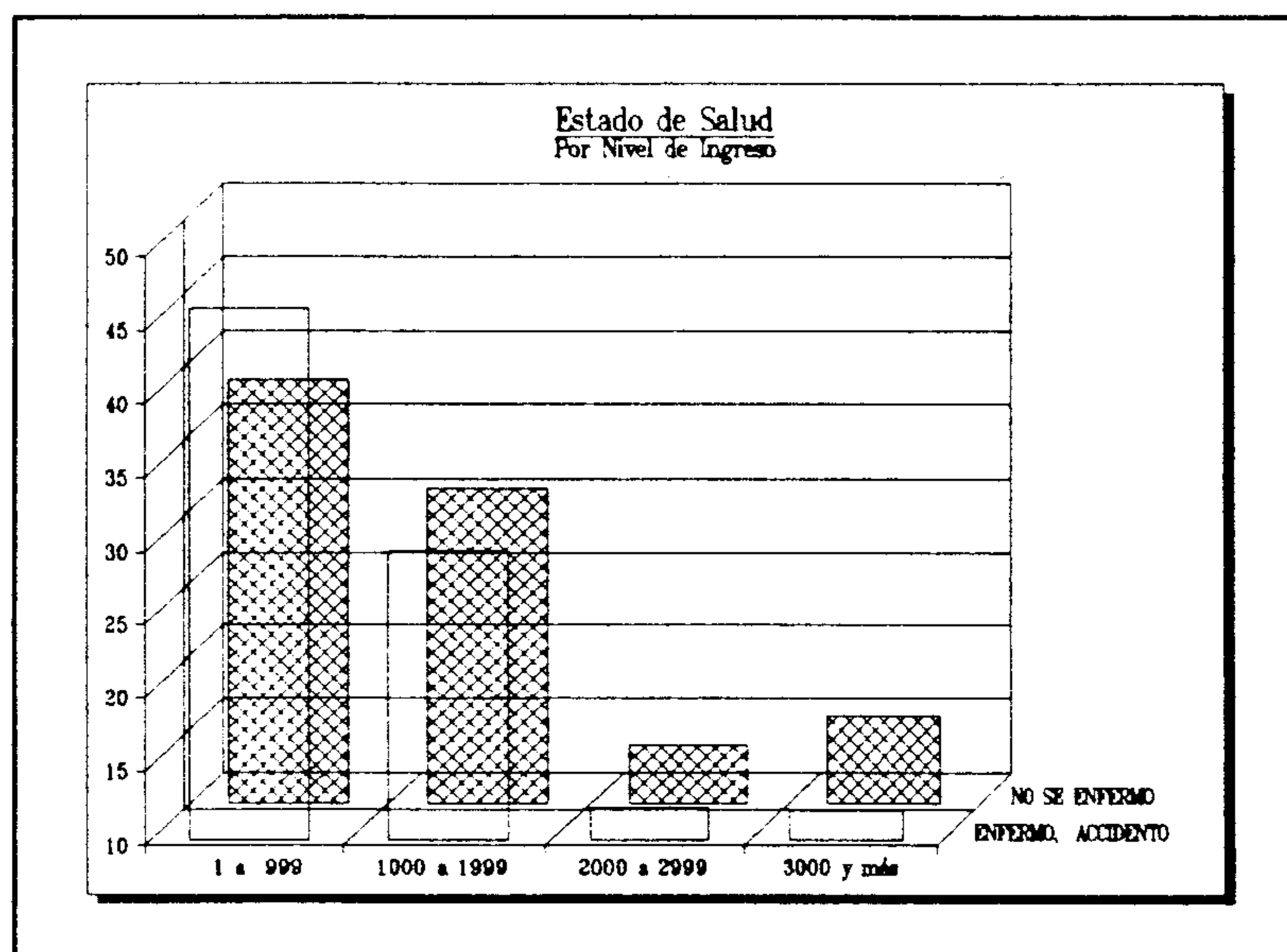
Una explicación general a este comportamiento es el predominio de los roles tradicionales entre los géneros. Supuestamente los hombres están más expuestos a la inseguridad pública y accidentes de trabajo. Sin embargo, también hay que tener en cuenta el subregistro y mal diseño de instrumentos que difícilmente recogen la especificidad de la mujer; por ejemplo, los accidentes provocados por el trabajo doméstico no necesariamente son registrados en

las encuestas, y la violencia doméstica está excluida de la inseguridad pública. Además, difícilmente las mujeres declaran ser agredidas, especialmente cuando la agresión está relacionada al género.

No obstante, las causas no naturales de enfermedad tienen un peso importante en el estado general de la salud de la población, ya que casi un cuarto de la población muere por accidentes y violencia.



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



Al considerar el estado de salud por nivel de ingresos, los desequilibrios también son profundos.

Recordemos que el 84.2% de la población es pobre, y que el 75% recibe un IFM menor a los ¢2000.00.

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

La mayor frecuencia de enfermedades y accidentes se registra entre la población con un ingreso menor a los mil colones mensuales de IFM (casi un 30% de la población en ese tramo de ingreso sufrió alguna enfermedad o accidente). Obsérvese que esta tendencia se revierte a medida que se incrementa el IFM.

También por nivel de ingresos se dan diferencias según el sexo, las mujeres están más expuestas que los hombres a procesos de morbilidad.

<p align="center">CUADRO 27 PERSONAS QUE SUFRIERON ENFERMEDAD O ACCIDENTE octubre 91 - marzo 92 (en porcentajes)</p>				
IFM	1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	3000 y más
Mujeres	55.0	55.0	54.0	54.0
Hombres	45.0	45.0	46.0	46.0

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

El estado de salud (según sexo y nivel de ingresos), está relacionado directamente al concepto de calidad de vida, que para la población que no tiene acceso a los medios y servicios lo podemos aproximar estadísticamente con la siguiente información. (ver Cuadro No. 16)

La población que se registra como enferma representa el 68% de las personas que viven bajo déficit sanitario por materiales de construcción de la vivienda. (De 1,870.510 personas viviendo en déficit sanitario por materiales de construcción de la vivienda, se enfermaron 1,277.228).

Esta misma población representa el 64% de la población que vive en déficit por carencia de servicios básicos.

El 48% de la población enferma vive en hacinamiento, 66% con inseguridad de tenencia de la vivienda, 97% analfabetos y el 39% vive en pobreza.

Las estadísticas disponibles sobre el tipo de enfermedades más comunes mantienen constante la causalidad, las variaciones sólo se dan en el orden de importancia de la causa pero éstas siguen siendo

las mismas, lo que no modifica la problemática de salud-enfermedad del país.

CUADRO 28 DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES NOTIFICADAS	
1984	1990
<ol style="list-style-type: none"> 1. Parasitismo intestinal 2. Infección intestinal mal definida 3. Influenza o gripe 4. Paludismo 5. Desintería amibiana sin mención de absceso hepático 6. Infección genocócica aguda del aparato genitourinario 7. Varicela 8. Sífilis 9. Dengue 10. Conjuntivitis hemorrágica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parasitismo intestinal 2. Influenza o gripe 3. Enfermedades diarréicas 4. Disentería amibiana sin mención de absceso hepático 5. Tricomoniacisis vaginal 6. Escabiosis 7. Paludismo 8. Varicela 9. Infecciones genocócica aguda del aparato genitourinario 10. Conjuntivitis hemorrágica
No. de casos: 467,372, 10% del total de la población.	No. de casos: 627,776, 12% del total de la población.

FUENTE: MSPAS. Memoria de Labores 1984- 1985, 1990-1991.

NOTA: Como es de todos conocido, los subregistros institucionales (MSPAS) son graves. La base está en relación al registro de hospitalización; por lo tanto, las personas que, aún habiéndose enfermado, no acudieron a los servicios públicos, quedan fuera de estas estadísticas.

La población salvadoreña sigue siendo vulnerable a enfermedades prevenibles mediante el saneamiento del medio ambiente, una alimentación adecuada y una atención adecuada a madres y niños. Este tipo de morbilidad ya no debería ser causa principal de muerte, las mismas desde hace varios años.

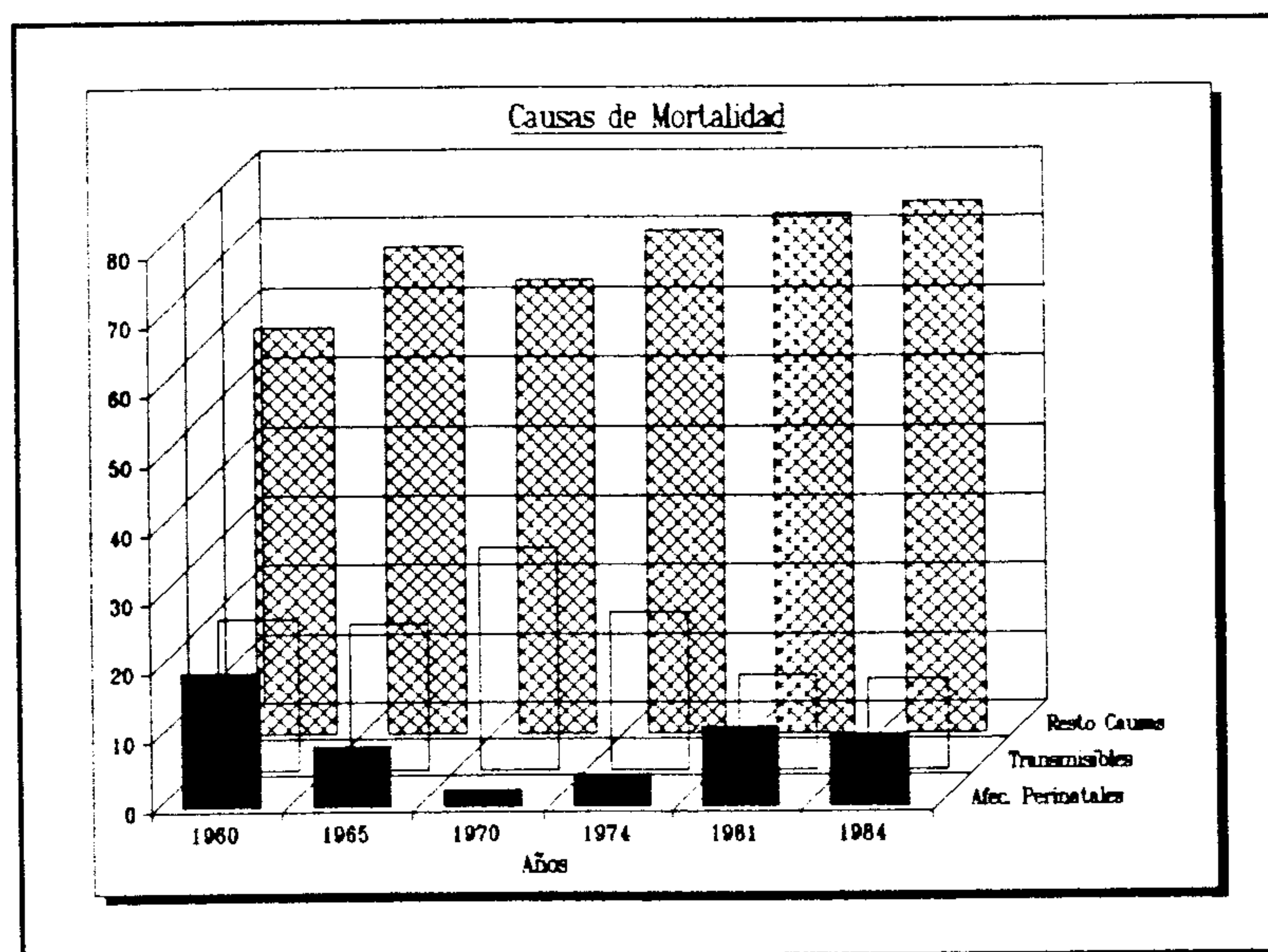
CUADRO 29
CAUSAS DE MORTALIDAD 1960-1984
(en porcentajes)

	1960	1965	1970	1974	1981	1984
Afecciones perinatales	19.3	8.6	2.4	4.5	11.3	10.2
Enfermedades transmisibles	21.9	21.1	32.2	22.8	13.7	13.0
Tumores	1.9	2.2	2.5	2.9	3.0	4.1
Enferm. aparato circulatorio	2.4	3.0	4.1	6.1	7.0	10.6
Causas externas	6.8	6.8	7.4	11.4	30.3	22.4
Otras enfermedades	20.4	23.9	20.0	18.8	15.6	16.7
Causas mal definidas	28.0	34.4	31.4	33.4	19.1	23.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: BID. El Salvador, Informe Socioeconómico. Washington D.C. Enero de 1993.

Las enfermedades transmisibles por inmunodeficiencia, contacto con vectores, bacterias o virus, o por no contar con un control prenatal adecuado y oportuno, son causas importantes en la mortalidad de la población.

Las causas externas también se constituyeron en un factor nocivo al estado de salud, donde la guerra fue determinante, que tendrá efectos a nivel de la salud mental general de la población y las discapacidades producto del conflicto.



FUENTE: BID. El Salvador, Informe Socioeconómico. Enero de 1993.

En 1991, las causas de mortalidad, pese a las variaciones porcentuales, siguen reflejando el perfil epidemiológico histórico nacional.

CUADRO 30 CAUSAS DE MORTALIDAD 1991 (en porcentajes)	
Transmisibles	8.6
Sistema circulatorio	9.1
Afecciones perinatales	5.9
Causas externas	16.7
Causas definidas	40.3
Otras causas	59.7
Total	100.0

FUENTE: ANSAL. *La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia*. Mayo 1994.

El deterioro histórico del estado de salud por causas recurrentes (distintos desniveles y desequilibrios entre la población para la satisfacción de sus necesidades básicas), denominada en este estudio como las **necesidades históricamente insatisfechas**, hace que el mismo proceso de reformas que hoy se propone al sistema de salud coloque como prioridad nacional las acciones en salud que reviertan esta tendencia histórica del estado de salud de la población salvadoreña.

PRIORIDAD NACIONAL DE ACCIONES DE SALUD
1994 - 1997

ANSAL: Areas Temáticas Prioritarias

- * Atención integral del embarazo, parto y puerperio.
- * Multiparidad y poco espaciamiento de los embarazos, principalmente en mujeres jóvenes.
- * Supervivencia infantil y de la niñez, principalmente control de diarreas e infecciones respiratorias agudas.
- * Nutrición de la madre y el hijo; lactancia materna.
- * Enfermedades de transmisión sexual (ETS), SIDA y cáncer cérvico uterino.
- * Disponibilidad de agua segura en áreas rurales y urbanas marginales, y tratamiento de aguas servidas.
- * Insuficiente capacidad para recolección y adecuada disposición de desechos sólidos.
- * Prevención y control de las principales enfermedades endémicas (malaria, tuberculosis, etc).
- * Accidentes y violencia.

FUENTE: ANSAL. La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia. Mayo 1994.

Las acciones propuestas como prioridad para el gasto público en salud son las mismas necesidades por tanto tiempo insatisfechas, principalmente entre la población más vulnerable y excluida por razones socioeconómicas, políticas, culturales y ambientales.

CAPITULO CUATRO

Las Reformas al Sistema Público de Salud

I. Las reformas al sistema público de salud

1. EL MARCO GLOBAL DE LA REFORMA

Para los centroamericanos arribar a los años noventa significó iniciar los procesos de pacificación, democratización y los Programas de Ajuste Estructural (PAE).

El PAE está diseñado para enfrentar los desequilibrios de la actividad económica, producto del modelo de desarrollo basado en la sustitución de importaciones, la agro-exportación y el Estado interventor. Los desequilibrios identificados como fundamentales en el PAE son: el fiscal, balanza de pagos, precios.

En la postura neoliberal, el déficit fiscal provocado por el exceso de gastos corrientes y la ineficiencia del sector público se enfrenta con las reformas al sector público; en general, la modernización del Estado.

El Estado interventor e ineficiente debe reducirse y, traspasar sus funciones a otros entes: los municipios y el sector privado. La descentralización y la privatización son las estrategias neoliberales para que la sociedad civil asuma y resuelva la problemática socioeconómica de la población.

En salud, las reformas al sector público se centran en transformar las capacidades y responsabilidades de los entes involucrados según tipo de intervención, para lograr eficiencia, equidad y sostenibilidad económica en los servicios.

La reforma consiste en:

- a) El Estado como agente financiero y regulador.
- b) Reformas en la gestión de las intervenciones de salud:
 - * Transferir la APS (Atención Primaria en Salud) a ONG's y Municipios.
 - * Transferir la AES (Atención Especializada en Salud) al sector privado comercial.

Los argumentos de los organismos líderes (Banco mundial, principalmente) respecto de las transformaciones a impulsarse en las economías y Estados de la región, para el caso específico del sector salud, se basan en el siguiente esquema:

ARGUMENTOS DEL BANCO MUNDIAL SOBRE LA REFORMA EN SALUD

"No obstante, los sistemas de salud adolecen también de problemas importantes que, de no resolverse, aminorarán el ritmo del progreso en la reducción de la carga que imponen la mortalidad prematura y la discapacidad, y frustrarán los esfuerzos por reaccionar a los nuevos problemas de salud y las amenazas de las enfermedades emergentes:

- * Asignación equivocada de los recursos. Se gastan fondos públicos en intervenciones de salud de escasa eficacia en función de los costos.
- * Desigualdad. Los pobres carecen de acceso a servicios básicos de salud y la atención que reciben es de mala calidad.
- * Ineficiencia. Gran parte del dinero que se gasta en salud se despilfarra.
- * Explosión de los costos. En algunos países el desarrollo de ingreso mediano, los gastos en asistencia sanitaria aumentan con mucha rapidez que los ingresos.

En la mayoría de los países de ingreso bajo, los hospitales y clínicas estatales, centros a los que corresponde la mayor parte de la atención médica moderna que se presta, son con frecuencia ineficientes y adolecen de procesos decisorios sumamente centralizados, grandes fluctuaciones en las asignaciones presupuestarias y escasa motivación de sus administradores y de los auxiliares de salud.

La simple transferencia de pequeñas cantidades de ingreso a las personas pobres daría como resultado una demanda adicional relativamente reducida de atención médica. Sin embargo, debido a que los pobres son más sensibles al precio de ésta y, además, sufren una carga de morbilidad mayor que los que no son pobres, el acceso a servicios gratuitos o de bajo costo puede producir grandes aumentos de su consumo de atención de salud.

Garantizar la prestación de servicios básicos de salud pública y asistencia clínica esencial al tiempo que el resto de sistema de salud pasa a autofinanciarse requerirá reformas importantes de dicho sistema y una considerable reasignación del gasto público. Sólo mediante la reducción o

(sigue...)

(...viene)

eliminación de los gastos en servicios clínicos discrecionales podrán los gobiernos concentrarse en garantizar una asistencia clínica eficaz en función de los costos para la población pobre.

Una manera de hacerlo es cobrar a los pacientes acomodados que usen los hospitales y servicios estatales.

La adopción de los conjuntos de medidas de salud pública y de servicios clínicos esenciales, el seguimiento de estrategias de crecimiento económico que reduzcan la pobreza y el aumento de la inversión en educación para las niñas, sería lo que tendría mayor rentabilidad en términos de evitación de muertes y reducción de la discapacidad.

Con la disminución del gasto público en establecimiento de asistencia sanitaria de nivel terciario, en formación de especialistas y en servicios clínicos, de menor eficacia en función de los costos, se ayudaría a incrementar la efectividad del gasto en salud. También contribuiría a ello el alentar la competencia en la prestación de servicios de salud y la reglamentación de los seguros y de los sistemas de pagos a los proveedores de los servicios.

La inversión pública se justifica si conduce a un aumento de bienestar como consecuencia de mejores resultados en materia de salud, mayor equidad, mayor satisfacción del consumidor o menor costo total que en ausencia de medidas públicas. Por supuesto, la búsqueda de uno o más de estos objetivos no justifica por sí sola la intervención del gobierno. Debe haber una base para creer que éste puede lograr mejores resultados que los mercados privados. Hay tres razones de carácter general por las que ello puede ser cierto: una tiene que ver con la pobreza y la redistribución equitativa de la atención de salud, y las otras dos se refieren a deficiencias del mercado."¹

Junto a estos principios que sustentan la reforma existe el reconocimiento generalizado de la necesidad del incremento del presupuesto de salud:

- * El Banco Mundial: "A fin de poder financiar un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales para los pobres, algunos países de ingreso bajo tendrán que aumentar el gasto público en salud".
- * ANSAL²: "La reforma de Salud recomienda incrementar progresivamente, a lo largo de tres años, el gasto del Estado para

¹ Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993, invertir en salud. Washington D.C. Julio de 1993.

² Grupo consultor para el análisis del sector salud de El Salvador, bajo el auspicio de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

alcanzar la meta de financiar el acceso a toda la población en situación de pobreza a este tipo de atención (la APS)".

- * En el Plan de Gobierno 1994 - 1999: "Para la concreción de los objetivos de largo plazo es vital el incremento de los recursos al sector. En este sentido, el presupuesto del MSPAS deberá alcanzar al menos 2.4 por ciento del PIB en 1999 (1.2 por ciento del PIB en 1993)".

Al mismo tiempo que se reconoce la necesidad de contar con más recursos para atender las necesidades de salud, se proponen medidas para lograr eficiencia en relación a costos, ampliación de cobertura de los servicios, cambio del enfoque curativo por el preventivo y transformación de la estructura y administración de los servicios públicos de salud.

Estos cambios apuntan a una profunda reforma en el concepto general de administración de servicios de salud, que consiste en el traspaso a la sociedad civil de la administración de servicios públicos, bajo la fórmula de **"soluciones privadas a problemas públicos"**, con los criterios de que la población debe responsabilizarse aún más por su salud y que el sector privado (comercial y social-ONG's) es más eficiente que el sector público. Principios y criterios que cruzan toda la estrategia de reforma.

Las propuestas analizadas (Banco Mundial, BM; Organización Panamericana de la Salud, OPS; ANSAL y gobierno), coinciden en impulsar estrategias y medidas para lograr el mejoramiento del estado de salud de la población en general, enfatizando la necesidad de focalizar los recursos hacia la población que vive en situación de pobreza y ampliar la cobertura de servicios en atención primaria en salud con carácter preventivo. (Componente, la APS, que sí se constituye en una verdadera reforma al sistema de salud).

Según los proponentes, este objetivo se logrará a partir del cambio en la forma de gestión de los servicios de salud, en la cual es vital una mayor participación del sector privado. Con la fórmula "soluciones privadas a problemas públicos", se pretende que el Estado transfiera responsabilidades a la sociedad civil en la gestión y administración de servicios en los que hasta el momento el Estado tiene compromisos ante la población.

La transferencia de funciones públicas en salud al sector privado (comercial y social) tiene el propósito de reordenar el sistema público de salud (lo que se hace necesario por la ineficiencia y precariedad de los servicios públicos), pero la fórmula de reordenamiento propuesta también implica la **des-responsabiliza-**

ción del Estado, al transferir la prestación de servicios de salud a la iniciativa privada, la que no necesariamente tiene en cuenta el bien común.

Tal y como está diseñada la propuesta de los organismos internacionales y del gobierno para reformar el sistema de prestación de servicios de salud, comprende procesos de **reforma** como la ampliación de la Atención Primaria en Salud, pero también contiene procesos de **contra-reforma** como la privatización de la atención hospitalaria.

Aparentemente para el Estado es más fácil aceptar esta propuesta de los organismos internacionales que hacerle frente a la gama de intereses económicos que están detrás (empresarios de servicios de salud, industria y distribución farmacéutica), que comparten responsabilidades en el estado actual de ineficiencia del sistema público, y que no son precisamente los usuarios de los servicios públicos de salud.

Para los organismos internacionales, que ven los fenómenos desde la óptica macro y, por lo tanto, sus fórmulas son estandarizadas para todos los países, sin considerar las particularidades no sólo a nivel de países sino de los procesos sociales en sí mismos, la formula más accesible es tratar la salud como una variable macroeconómica más, a la que se le aplica los mismos parámetros de los PAE, olvidándose de la responsabilidad histórica que también comparten en el diseño y montaje de un Estado centralizado y el financiamiento a ese Estado ineficiente y promotor de la exclusión y concentración de la riqueza.

La fórmula propuesta de reorganización del sector salud se resume en los cuadros siguientes:

PROPUESTAS DE REFORMA AL SECTOR SALUD DE ORGANISMOS INTERNACIONALES

Banco Mundial	Organización Panamericana de la Salud
<p>1. Fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Adopción de políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres. * Ampliar las inversiones en educación, en particular para las niñas. * Proteger los derechos de la mujer. <p>2. Mejorar el gasto público en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Reducir el gasto público en centros asistenciales de nivel terciario formación de especialistas e intervenciones que aporten escasa mejoría a la salud en relación a los fondos gastados. * Financiar y asegurar la adopción de un conjunto de medidas de salud pública. * Financiar y asegurar la prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales. * Mejorar la gestión de los servicios de salud estatales a través de medidas como la descentralización de facultades en materia administrativa y presupuestaria y la subcontratación de servicios. <p>3. Promover la diversidad y la competencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Alentar los seguros sociales o privados para cubrir la asistencia clínica no abarcada por el conjunto de servicios esenciales. * Alentar a los proveedores a competir en la prestación de servicios clínicos y en el suministro de insumos. * Generar y difundir información sobre el desempeño de los proveedores de los servicios, los equipos y medicamentos esenciales, los costos y la eficacia de las intervenciones y sobre el nivel de acreditación de los establecimientos e instituciones que prestan servicios. 	<p>1. Fortalecer la responsabilidad social del Estado frente a la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Garantizar el acceso universal de los servicios. * Mejorar la posición relativa de la salud en las agendas públicas. <p>2. Reorganizar el sector.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Utilización eficiente de los recursos, mejoramiento de la capacidad de organización y gestión. <p>3. Efectuar cambios cualitativos en la prestación de servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Focalizar las acciones en grupos humanos de alto riesgo, concentrar recursos ante factores de riesgo sociales, ambientales, ocupacionales y de comportamiento, reducir, controlar o eliminar daños a la salud que constituyan problemas de salud pública. <p>4. Reforzar las acciones de protección ambiental.</p> <p>5. Fomentar la participación social en la atención de la salud.</p> <p>6. Mejorar la administración de los conocimientos acerca de la salud.</p> <p>7. Poner en marcha una intensa movilización de recursos que incluya la cooperación entre países para fines de salud.</p>

FUENTE: Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993, invertir en salud. Washington D.C. julio 1993. Guerra de Macedo, Carlyle. Salud y desarrollo social. Reforma social y pobreza, hacia una agenda integrada de desarrollo 1993. BID/PNUD. Washington D.C. Febrero de 1993.

PROPUESTAS DE REFORMA AL SECTOR SALUD DE ORGANISMOS A NIVEL NACIONAL

A N S A L	Plan de Gobierno 1994-1999
<ol style="list-style-type: none"> 1. Redefinir el rol primordial del Estado, transformándolo de proveedor directo de servicios a un facilitador del accionar privado. 2. Focalizar la atención del Estado en la población en situación de pobreza y en la atención primaria en salud. 3. Fortalecer los programas dirigidos a los diez principales problemas de salud. 4. Priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. 5. Aumentar progresiva, pero sustancialmente el financiamiento, y reestructurar el sistema. 6. Crear un sistema organizado de salud y aumentar su eficacia y eficiencia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso a una canasta básica mínima de servicios de salud. Acceso a una canasta ampliada de servicios clínicos esenciales. 2. Financiamiento de una canasta ampliada de salud a través de un seguro médico obligatorio y universal y seguros médicos privados. 3. Reorganización del marco institucional y legal, para: a) eficacia y eficiencia económica social (excluir procedimientos médicos de alto costo y de poco impacto social); b) lograr equidad a través del financiamiento estatal del paquete mínimo y del seguro médico obligatorio; c) corresponsabilidad y participación, promover la participación de los individuos y de las comunidades en la toma de decisiones para resolver los problemas de salud; d) sostenibilidad.

FUENTE: ANSAL. *La reforma de salud: hacia su equidad y eficiencia.* USAID, OPS/OMS, BM, BID. San Salvador, mayo 1994.
 MIPLAN. *Plan de Desarrollo Económico y Social 1994-1999.* (Propuesta). Volumen II. San Salvador, El Salvador. 1994.

SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES

<p align="center">CANASTA BASICA ANSAL</p>	<p align="center">CANASTA AMPLIADA ANSAL</p>	<p align="center">MEDIDAS DE SALUD PUBLICA B M</p>	<p align="center">SERVICIOS CLINICOS ESENCIALES B M</p>
<ul style="list-style-type: none"> * Vacunación. * Prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. * Programa de nutrición. * Educación sanitaria. * Prevención, detección y tratamiento de parasitosis. * Prevención y Control de ETS. * Planificación familiar. * Papanicolaou y examen de mama. * Control de embarazo y partos normales. * Control del niño sano. 	<ul style="list-style-type: none"> * Casos de enfermedades infecciosas agudas referidos por niveles más bajos. * Partos complicados. * Cirugía aguda abdominal. * Tratamiento de urgencia de traumatismo e intoxicación. * Atención de malaria y tuberculosis. 	<ul style="list-style-type: none"> * Inmunizaciones. * Servicios de salud centrados en la escuela. * Información y servicios seleccionados de planificación de la familia y nutrición. * Programas para reducir el consumo de tabaco y alcohol. * Medidas reguladoras, información e inversiones públicas limitadas para mejorar el entorno de las unidades familiares. * Prevención del SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> * Asistencia al embarazo y parto. * Planificación familiar. * Asistencia contra la tuberculosis. * Asistencia contra ETS. * Tratamiento enfermedades comunes graves de niños pequeños (diarreas, infecciones agudas de las vías respiratorias, sarampión, paludismo y mal nutrición grave). * Tratamiento de infecciones y traumas menores. * Atención médica de urgencia, por ejemplo: fracturas, apendicitomías.

FUENTE: ANSAL. *La reforma de salud: hacia su equidad y eficiencia.*

USAID, OPS/OMS, BM y BID. San Salvador. Mayo de 1994.

B M. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993, invertir en salud.* Washington D.C. Julio de 1993.

CANASTA BASICA: constituida por un conjunto de servicios de atención primaria de salud que puedan ser brindados en el primer nivel de atención por el personal auxiliar comunitario y por el centro de referencia. Financiada y subsidiada totalmente por el MSPAS para los grupos por debajo del nivel de pobreza.

CANASTA AMPLIADA: constituida por servicios de atención complementaria a los entregados en la APS. Sin embargo, no lo hacen en forma completa, pues la canasta ampliada no incluye servicios de alta complejidad o costo. Deberá ser pagada por el usuario, quien tendrá la libertad de escoger el hospital donde será atendido. Para que la canasta ampliada sea accesible a toda la población, los sectores pobres deben ser subsidiados por el Estado, de acuerdo a su capacidad de pago. Para possibilitar el acceso de los usuarios no subsidiados se incluye un seguro obligatorio y universal. (ANSAL, 1994).

ANSAL (grupo consultor para hacer el análisis del sector salud en El Salvador, auspiciado por USAID, OPS, OMS, B.M y el BID), ha preparado una propuesta de reforma al sector público de la salud, **"La reforma de salud: hacia su equidad y eficiencia"**, que en términos generales ha sido asumida por el sector gubernamental en el diseño del plan de gobierno actual.

La reforma planteada busca transformar las capacidades y responsabilidades de los entes involucrados en la administración de servicios de salud para lograr eficiencia, equidad y sostenibilidad económica de los servicios de salud.

En sus grandes rasgos, la reforma propuesta por ANSAL diseña un sistema de salud con dos grandes vertientes: la Atención Primaria en Salud (APS), como responsabilidad del Estado, las ONG's y Municipios, y la Atención Especializada y Hospitalaria (AEH), como responsabilidad del sector privado. Esta es una propuesta que en nuestro análisis ha merecido un doble calificativo: "verdadera reforma", en lo referente a la APS, y "contra-reforma" respecto de la AEH.

2. PROPUESTA DE ANSAL

La reforma al sector salud propuesta por ANSAL consiste básicamente en transformar profundamente el sistema público de salud para atacar cuatro de los problemas centrales que afectan a esta parte del sector: acceso y cobertura insuficiente, inequidades, ineficiencias y falta de sustentabilidad financiera.

La estrategia consiste en focalizar el gasto en la población que vive en situación de extrema pobreza a través del subsidio estatal y la creación de sistemas de seguridad médica para la población que tengan capacidad de pago por los servicios de salud, que se reducirán, en cuanto al menú de servicios a que tendrá derecho la población focalizada, bajo los conceptos de canasta básica y ampliada de servicios de salud y definida como responsabilidad financiera del Estado.

Según ANSAL³, la reforma del sistema público de salud requiere de un período de diez años para su implementación total: la reforma institucional del Ministerio de Salud requiere de tres años; la Atención Especializada y Hospitalaria (AEH) seis años, y la reforma

³ Toda la exposición sobre el contenido de la reforma está tomado de ANSAL. *La reforma de salud: hacia su equidad y eficiencia*. Mayo de 1994.

a la Atención Primaria en Salud (APS) necesita de un plazo de diez años.

Los cuatro componentes esenciales de la reforma son: reorganización institucional del sector; reorganización de la Atención Primaria en Salud (APS); reorganización de la Atención Especializada y Hospitalaria (AEH) y, fortalecimiento de acciones sobre el medio ambiente.

Los elementos de apoyo están constituidos por: promoción de salud y la prevención de la enfermedad; fortalecimiento institucional; recursos humanos (formación, capacitación, vínculo laboral, incentivos); inversiones en infraestructura y equipos.

2.1 Reorganización de la atención primaria (APS), en un período de diez años.

Se parte de la hipótesis que vincula la efectividad y cobertura de servicios de salud cuando su administración es de carácter local.

"La gestión y la entrega se hace con mayor efectividad y eficiencia a través de instituciones locales, más cercanas a la comunidad a ser servida, como municipalidades u organizaciones (ONG's) contratadas por éstas".⁴

Las organizaciones locales deben contar con políticas, normas, recursos, apoyo y supervisión proporcionados por el nivel central del sistema de salud.

Para este nivel se propone definir un conjunto básico de servicios o canasta básica, centrado en programas prioritarios en salud, acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades más frecuentes y acciones curativas básicas.

La entrega de los servicios de la canasta básica a la población en situación de pobreza será financiada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), mediante transferencias a la municipalidad. Estas, actuando solas o en conjunto, según su tamaño, grado de desarrollo y de acuerdo con la preferencia de la comunidad a servir, prestarán el servicio directamente o lo contratarán con una organización privada.

El proceso de reforma de la APS comprenderá un momento de experimentación y evaluación de experiencias piloto, a verificarse

⁴ ANSAL. Mayo de 1994.

en un número limitado de municipios seleccionados, durante un período de aproximadamente dos años y medio, para poder pasar a la fase de generalización de modelos locales de servicios de salud a nivel nacional hasta completar los diez años.

2.2 La reorganización de la Atención Especializada y Hospitalaria (AEH) en un período de seis años.

La hipótesis planteada está relacionada a la eficiencia y privatización.

"La gestión de este nivel de atención se realiza en forma más eficiente cuando los servicios se administran en forma privada, asumiendo además el proveedor el riesgo derivado de la variación en la utilización y costo de los mismos".⁵

Se propone transferir la gestión de los hospitales y demás dependencias en los que se entrega servicios especializados del MSPAS e ISSS a organizaciones privadas de diversa índole societaria (fundaciones, ONG's, empresas comerciales, cooperativas de médicos, etc.), para que los administren.

Los establecimientos transferidos al sector privado tendrán amplia autonomía en su gestión, competirán entre sí con los restantes del sector privado por la entrega de la canasta ampliada a toda la población. Esta consistirá en un conjunto de servicios de complejidad superior a los de la canasta básica, aunque no incluye los de alto costo. Entre ambas cubrirán aproximadamente el 90% de los problemas de salud.

La canasta ampliada debe ser pagada por el usuario y accesible a toda la población, para lo cual los pacientes pobres deben ser subsidiados. Para posibilitar el pago de los usuarios no subsidiados se resolvió incluir en la Reforma de Salud un seguro de atención médico-hospitalario, obligatorio y universal.

Al seguro deberán aportar todos los residentes del país. Quienes estén por encima del nivel de pobreza lo pagarán directamente, en tanto que el resto de la población será subsidiada parcial o totalmente por el Estado, en función de su capacidad de pago.

La suma de todos los aportes constituirán el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los asegurados tendrán libertad de elegir el

⁵ *Ibíd.*

establecimiento en el que recibirán los servicios de la canasta ampliada.

Hecha esa selección, será responsabilidad de la organización seleccionada establecer un sistema efectivo para relacionarse con la estructura donde el paciente recibe la APS. De esa forma el sistema de referencia y contrarreferencia funcionará más adecuadamente.

La eficiencia de la atención es un fin en sí mismo, pero en el contexto de la reforma de salud propuesta es, además, un medio para que el costo de la canasta ampliada sea compatible con la cobertura universal.

Para ello se propone: a) El pago per cápita. Que el pago por parte de FONASA a cada proveedor se haga de acuerdo con la cantidad de personas que lo hayan seleccionado para recibir atención. Por ende, el monto dependerá de su capacidad de atraer y mantener usuarios en lista. b) El gerenciamiento de la atención médica (GAM), que comprende un conjunto de instrumentos gerenciales que limitan la indicación y uso de servicios a las situaciones en que éstos son estrictamente necesarios. Así mismo, procura que los servicios se prescriban al menor nivel de complejidad y costo, compatibles con una atención eficiente y de buena calidad. La reforma propone apoyar a las organizaciones privadas para que mejoren su eficiencia incorporando estos instrumentos.

2.3 La reorganización institucional del sector en el período de tres años.

Aunque no se explicita una hipótesis sobre la necesidad de la reorganización institucional, detrás del desmantelamiento del sistema de prestación de servicios públicos y la reorientación del ministerio en un ente planificador, financiero y generador de políticas se encuentra la argumentación básica neoliberal de que el sector público es ineficiente y el Estado interventor distorsiona los procesos de producción de servicios, impidiendo el desarrollo de la iniciativa privada.

"En los países de América Latina, el Estado paternalista e interventor está desprestigiado por ineficaz. En El Salvador se comenzó un proceso profundo de transformación del Estado, liberándolo en el campo económico, de su carácter intervencionista. Sin embargo, aún no se concretó la nueva formulación de la función del Estado en la corrección de problemas sociales. La descentralización, la responsabilidad individual, la participación del Sector Privado en la solución de los

problemas públicos y la participación de la comunidad, son algunos de los elementos que han sido propuestos para esa tarea".⁶

La propuesta considera: a) fortalecer al ministerio en sus estructuras técnicas para asumir plenamente el liderazgo del sector salud; b) fortalecer el departamento de planificación dotándolo de capacidad de análisis económico, demográfico y gerencial; c) que mejore su capacidad de convocatoria de las instituciones e intereses del sector, a través de la formación de un órgano asesor, el Consejo Consultivo de Salud (CCS) para formular planes, políticas y normas como resultado de un proceso participativo; y d) que el MSPAS preserve y fortalezca los programas verticales de APS y educación en salud que quedarán bajo su administración directa, y que transforme en una empresa autosostenible las estructura encargadas de compras y abastecimiento de insumos para la atención primaria.

En lo concerniente al ISSS: a) se desprenderá de la administración directa de los establecimientos de salud. b) Los asegurados aportarán al seguro obligatorio universal. A los actuales asegurados se les disminuirá sus aportes en forma proporcional a la reducción de beneficios que preste la canasta ampliada. Se estima que esta reducción será de un 50%. c) El ISSS deberá separar el programa de salud del mantenimiento de ingresos, transformar el primero en el embrión de FONASA. d) Los asegurados seguirán aportando por los programas de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. e) Los beneficiarios actualmente protegidos que fueran excluidos de la canasta ampliada deberán ser incluidos en un seguro complementario, que podrá negociarse con el propio ISSS o con aseguradoras privadas.

2.4 El último componente, fortalecimiento de acciones sobre el medio ambiente, ANSAL lo define como necesario, pero externo al proceso de reforma del sistema público de salud.

"Este en sentido estricto no es un aspecto de la Reforma pues contiene acciones que son permanentes, ésta deberá continuar cuando los otros tres componentes se hayan completado".⁷

⁶ *Ibíd.*

⁷ *Ibíd.*

3. ¿REFORMA O DESMANTELAMIENTO DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD?

La propuesta de reforma al sistema público de la salud se hace sobre bases analíticas débiles e incompletas, entre las que sobresalen:

3.1 El contenido de la reforma propuesta por ANSAL sólo contiene las transformaciones al sector público, en ningún momento considera la problemática global del sector salud, por lo que podemos inferir que para ANSAL el resto del sector (privado comercial y privado social) es eficiente en su funcionamiento. Sin embargo, creemos que por la envergadura de la reforma y la presencia que se supone deberá asumir el sector privado, esta parte del sector salud debe ser profundamente analizada en sus potencialidades y en sus debilidades, pues a él se le está pretendiendo traspasar la responsabilidad de la atención en salud de toda la nación.

3.2 No existe un análisis serio y profundo sobre problemas y repercusiones del sector privado comercial, como por ejemplo, la monopolización de la propiedad de los servicios de salud, la concentración de los mismos en San Salvador, la diferencia entre costos y precios de los servicios, la impunidad que caracteriza a esta parte del sector, no se cuestiona si las prácticas médicas son las necesarias o están regidas por criterios de ganancia, etc.

En toda la propuesta de reducción de las funciones del sector público y ampliación de la participación del sector privado, con ingenuidad o perversidad se hace omisión del comportamiento sobre-mercantilizado que caracteriza al sector privado comercial de la salud.

3.3 La medición de la pobreza se ha convertido en un criterio de definición política para la focalización. En este sentido ANSAL, sin establecer ninguna discusión sobre los diversos métodos de medición de la pobreza, asume los cálculos del Banco Mundial y en base a ellos proyecta los servicios de la demanda potencial del sector público. Sobre ello dos consideraciones:

Primero; las estimaciones sobre la pobreza utilizadas por ANSAL se basan en los cálculos del B.M. que aproxima los siguientes datos: Un 50% de la población se encuentra en situación de pobreza, con un 12% en pobreza extrema. Los niveles de pobreza son mayores en las áreas rurales donde vive un 61% de los pobres y un 67% de los extremadamente pobres de país (con tan sólo el 50% de la población total). En cambio en el Area Metropolitana de San Salvador (AMSS), donde reside aproximadamente el 30% de la población, la proporción de pobres y extremadamente pobres es mucho menor.

Considerando estos cálculos y comparándolos con los datos de la encuesta de hogares de propósitos múltiples 91-92 sobre la población que fue asistida en centros de atención pública de salud, las relaciones son las siguientes.

La cobertura para la canasta ampliada (atención especializada y hospitalaria responsabilidad del Estado, la cual aún no se termina de definir) sólo abarcaría al 13% del total de la población, y la población en extrema pobreza, que por su alta vulnerabilidad es la demanda potencial más importante de la canasta de AEH, sólo alcanza un 8.0% del total de la población clasificada en ese segmento.

CUADRO 31 ESTRUCTURA DE ATENCION HOSPITALARIA PROPUESTA		
	En base a Hospitali- zacion en MSPAS	% sobre los cálculos de pobreza del Bco.Mundial
12% en pobreza extrema con subsido de 100%	24,673	*8.0
18% en situación de pobreza con 85% de subsidio	37,009	**1.4
20% en situación de pobreza con 50% de subsidio	41,121	**1.6
25% no pobres sin subsidio	51,401	***2.0
Total	154,204	13.0

FUENTE: Cálculos propios en base a Estimación de la pobreza por el B.M., y MIPLAN. Encuesta de hogares y Propósitos Múltiples octubre 1991 - marzo 1992.

* en base al 12% de población en extrema pobreza.

** en base al 50% de población en situación de pobreza.

*** en base a la población no pobre.

Segundo, sobre la estructura de focalización propuesta debemos tener en cuenta otros factores que, de introducirse, cambiarían radicalmente la estructura propuesta, entre ellos:

1. Que existe un 65% de población que necesitó de asistencia en salud y que no tuvieron acceso a los servicios

institucionalizados. Por lo que la proyección de cobertura de asistencia hospitalaria no llega a cubrir realmente a la demanda potencial.

2. Que existen diversos métodos para medir la pobreza:
 - a. El método de ingresos y canasta alimentaria (referido en ANSAL) y que por su simplificación del fenómeno es el de uso más frecuente, en base al cual se define la pobreza extrema y pobreza relativa para 1992. "Para 1992 se definió la extrema pobreza como el nivel de ingreso mensual insuficiente para comprar una canasta básica de alimentos (2200 calorías/persona), o 204 colones por hogar y por mes, en los sectores urbanos y 199 colones en los rurales; la pobreza relativa está definida como el doble de las cifras anteriores"⁸
 - b. El método de línea de pobreza que mide a partir de los ingresos (un sólo indicador) la capacidad o incapacidad que tiene los hogares para satisfacer las necesidades básicas.
 - c. El método de deuda social, que en base al método de ingresos y canasta básica ampliada sirve para calcular la deuda social. Usado en el Salvador por Carlos Acevedo, Edgar Flores y Rolando Arévalo, llegan a concluir "que, en 1990, el costo de reducir a cero la extensión de la pobreza urbana (36.9 por ciento) equivalía al 32.5 por ciento del PIB, lo cual, traducido en términos absolutos ascendía a más de 13,200 millones de colones".⁹
 - d. El método de necesidades básicas insatisfechas, que considera las pérdidas en desarrollo para un país por la presencia de problemas sociales como analfabetismo, mala alimentación, enfermedades, malas condiciones de vivienda y servicios básicos, bajos ingresos, etc.

⁸ *Ibíd.*

⁹ Acevedo, C.; Flores, E y Arévalo, R. *La profundización de la pobreza en El Salvador en 1989-1990: aproximación desde la metodología de la deuda social.* Realidad Económico-Social No. 19-20. UCA. San Salvador, El Salvador. Enero-abril de 1991.

- e. El método que combina el de línea de pobreza y las necesidades básicas insatisfechas o método integrado, usado por Carlos Briones, y que establece la siguiente clasificación de pobreza:

Poblaciones	1988	1990
Hogares pobres (según el método de línea de pobreza)	60.9	61.4
Hogares pobres (según el método de necesidades básicas insatisfechas)	71.0	70.3
Pobres crónicos (pobres por ingreso y por necesidades básicas insatisfechas)	52.9	51.7
Pobres recientes (únicamente según la línea de pobreza)	8.0	9.7
Hogares con carencias inerciales (únicamente necesidades básicas insatisfechas)	18.1	18.6
Hogares integrados socialmente	21.0	20.0
Total	100.0	100.0

FUENTE: Briones, Carlos. *La pobreza en El Salvador*. UCA Editores. San Salvador, El Salvador. 1992.

- f. El cálculo usado por la Comunidad Económica Europea, donde se define que el umbral de la pobreza se encuentra a partir de la renta inferior a la mitad de la renta media de un país.¹⁰

Aproximaciones en base a este método, aplicado a información de MIPLAN sobre la distribución del ingreso familiar mensual de los hogares urbanos por deciles¹¹, nos indican que en 1990 un 60% de los hogares están por debajo del ingreso medio, o sea que son hogares pobres; en 1989 y 1990 el 70% de los hogares se mantenían en ese umbral.

¹⁰ Bermejo, Roberto. *Manual para una Economía Ecológica*. 1994.

¹¹ MIPLAN. *Evolución Económica y Social*. Informe Trimestral No.3 . Enero-septiembre de 1990.

-
3. Que el cálculo del índice de precios al consumidor (IPC) de 1992 (referido en ANSAL) ha sufrido modificaciones en las ponderaciones de los componentes del IPC en relación al usado en 1978, donde la canasta alimenticia tenía una mayor ponderación a la establecida en 1992. Por lo tanto, los valores asignados a la canasta alimenticia familiar mensual del 92 son más bajos, lo que no coincide con el alza en los precios de productos alimenticios de consumo básico.

3.4 Si se reconoce que el MSPAS, a pesar de sus ineficiencias, inequidades e insuficiencias, etc, ha cumplido con la función social de atender las necesidades médicas de la población, ¿por qué se castiga al sector público separándolo de la prestación de servicios especializados y hospitalarios y se potencializa premiar al sector privado comercial que lejos de cumplir una función social ha cubierto una función estrictamente mercantil?

"La población de bajos ingresos depende de los servicios del MSPAS y de las ONG's, para preservar y recuperar su salud. El Ministerio dispone del 22% del gasto para cumplir con todas sus obligaciones. Los servicios y establecimientos del MSPAS atienden una proporción de la población que supera al 50% que está por debajo de la línea de pobreza. En la internación, proporciona el 75% de todas las hospitalizaciones que se brindan en el país. Por cada colón gastado por el MSPAS para proteger a sus beneficiarios, el ISSS gasta 6 colones, Bienestar Magisterial 2 colones, ANTEL 11 Colones y CEL 18 colones. No se obtuvo información sobre el gasto relativo de la Fuerza Armada o del Servicio Privado estricto"¹².

En la propuesta de ANSAL claramente se establece que la APS es una función que puede ser cubierta por las ONG's con la financiación de la canasta básica por parte del Estado. En este criterio hay una división tácita del trabajo entre APS y AEH. La AEH será absorbida por el sector privado comercial, pues es el que de alguna manera ya posee experiencia y acumulación en este campo, pero no bajo la lógica de la salud como un bien común, sino con la lógica de comercialización de los servicios curativos de la salud, con criterios de máxima ganancia y no precisamente de recuperación de costos.

3.5 Sobre los criterios de definición de la canasta básica y ampliada, sistema adoptado para el racionamiento de los recursos

¹² ANSAL. Mayo de 1994.

del Estado, es importante tener en cuenta que ANSAL hace una definición de las canastas de servicios únicamente en base a las necesidades médicas de salud y no en base a las necesidades de salud de la población. Si éste último fuera asumido como criterio de definición de las canastas y más especialmente los servicios comprendidos en la canasta básica, se tendría la oportunidad de asegurar un mejor e integral servicio a la población y, por lo tanto, asegurar en el largo plazo un mejor uso de la inversión.

Mantener una canasta básica y ampliada sólo sobre la base de las necesidades médicas a la larga resultará en un gasto mal invertido, pues sólo se está considerando la reparación del daño y ésta es una verdadera contradicción para una reforma que coloca uno de sus pilares en la APS.

3.6 Si El MSPAS ha cubierto históricamente las necesidades médicas de la población, ¿por qué no explorar nuevas formas de gerenciamiento y gestión de los servicios especializados y hospitalarios que abren posibilidades de diversa índole (incluyendo la privatización de algunas áreas de los servicios públicos), donde el Estado no pierda nunca la responsabilidad de atención directa al paciente que recurra a sus servicios?

3.7 ¿Por qué en la valoración de la eficiencia sólo se considera la eficiencia económica, reduciendo ésta a su vez, sólo al criterio de costo-beneficio?

Para hacerle frente a los costos de salud, además de: recursos ordinarios del presupuesto del Estado, aportes de los usuarios, reasignación de recursos generados dentro del sistema se plantea: **"En consecuencia, será necesario disminuir el costo de la Canasta Ampliada excluyendo los servicios de menor beneficio en relación al costo y mejorar la eficiencia con que se produzcan los servicios, ello quiere decir cubrir costos de producción de servicios, recortando la producción misma reducir los costos no por la vía de saneamiento administrativo sino por el recorte de servicios a la población."**¹³ (El énfasis es nuestro)

Cuando aún en el discurso internacional se reconoce que el deterioro y vulnerabilidad humana y del planeta requieren de otros parámetros de desarrollo y de medidas reparativas urgentes, (Naciones Unidas en su conceptualización de Desarrollo Humano; la CEPAL habla del crecimiento con equidad), ¿por qué al criterio de eficiencia económica no se le amplía con eficiencia social y eficiencia ecológica, promoviendo otras formas de financiación del

¹³ *Ibíd.*

gasto en salud, como las asignaciones estatales provenientes de impuestos, las mismas aportaciones de los usuarios, sistemas eficientes de administración, eliminación de prácticas innecesarias o de poca fiabilidad, que disminuyan los costos de producción de los servicios de salud, pero que no excluyan medidas terapéuticas de atención a la población?

3.8 Si se ha comprobado estadísticamente que la población posee mejores posibilidades económicas para recurrir a los servicios privados de consulta externa, y en el nivel de hospitalización recurre al sector público¹⁴, ¿por qué la reforma no regula explícitamente la obligatoriedad para que el sector privado comercial comparta responsabilidades en la atención médica de la APS y el sector público mantenga responsabilidades en ambos niveles de atención (APS y AEH)?

3.9 La propuesta de reforma enfatiza la necesidad de transformar el sistema público en tres vías: la institucional, como órgano director, coordinador, financiador, planificador y financiero; la expansión y descentralización de la APS; la privatización de la AEH. Se supone que la verdadera reforma al sistema público actual se constituye por el componente de la APS, deficiencia histórica del Estado en materia de salud.

Sin embargo, el análisis del presupuesto y el calendario propuesto por ANSAL para los años de la reforma, dista mucho de la dotación de los recursos necesarios para implementación de la APS como el proceso que imprimiría una nueva dinámica al sector.

3.9.1 Análisis de la propuesta de presupuesto de ANSAL:

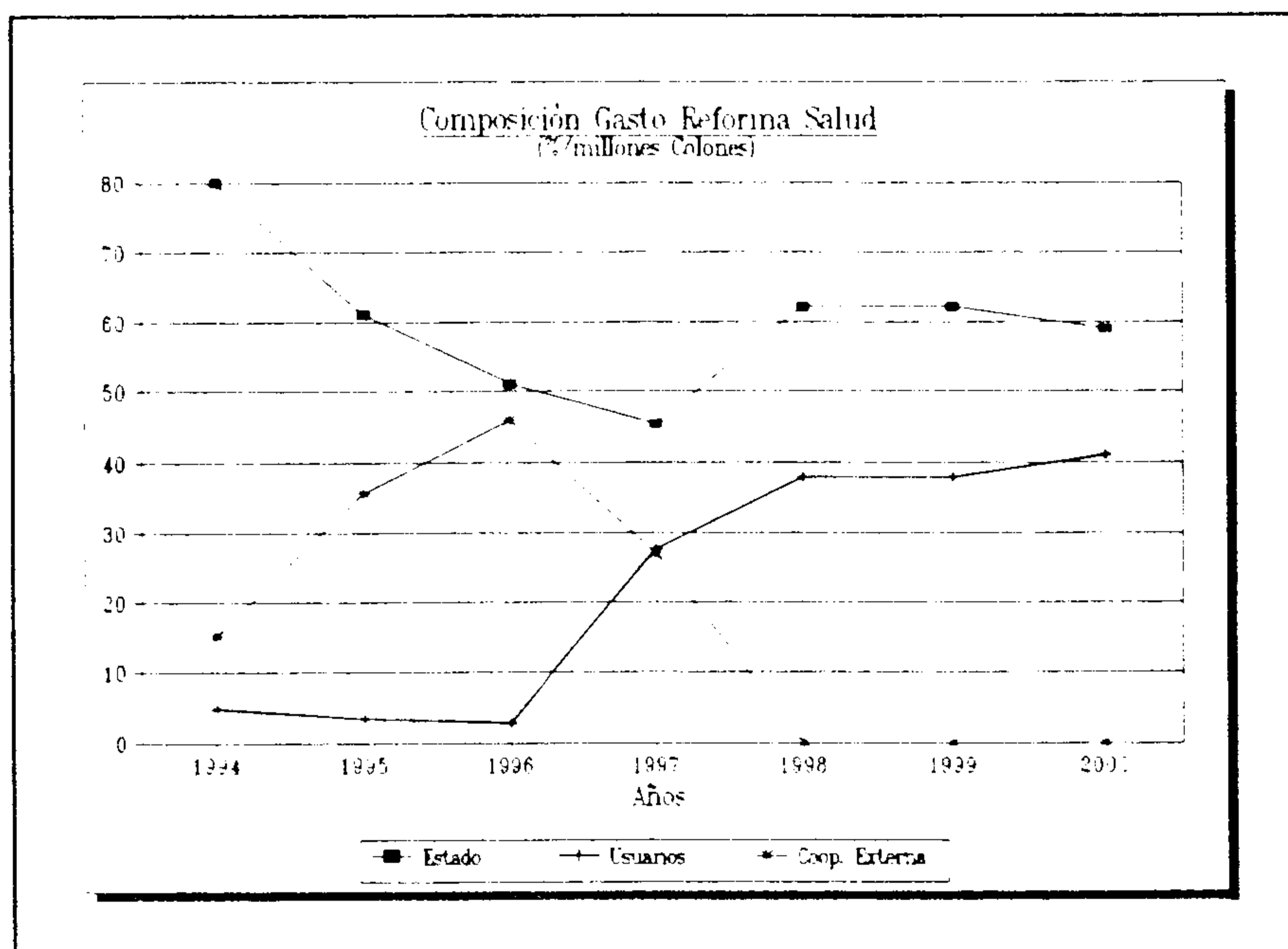
En la composición del gasto para seis años de reforma participan tres actores, los que deberán aportar un total de 13,053 millones de colones. El Estado será el principal financiador, con un 57.4% del total en los seis años, los usuarios aportarán el 25.9% y la cooperación externa se compromete con aproximadamente dos mil millones de colones, monto que se destina principalmente para el proceso de reforma institucional.

¹⁴ *Ibíd.*

CUADRO 32 PRESUPUESTO REFORMA DE SALUD 1994-2000		
	Millones colones	%
Gasto total	13,053	100.0
Estado	7,495	57.4
Usuarios	3,375	25.9
Cooperación externa	2,183	16.7

FUENTE: ANSAL. *La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia*, Mayo de 1994.

El Estado deberá comprometerse con 7,4 mil millones. En el inicio de la reforma su aporte ascenderá a 79.9%, y descenderá progresivamente hasta llegar a un aporte del 59% en el año dos mil.



FUENTE: ANSAL. *La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia*, Mayo de 1994.

Los usuarios incrementarán progresivamente su participación en el gasto de salud, desde un 4.9% en 1994 hasta alcanzar el 41% en el año 2000.

Como tendencia, se proyecta el cambio de participación entre los dos actores financieros principales (Estado y usuarios),

llegándose a invertir la composición del gasto. El Estado con una carga menor que los usuarios.

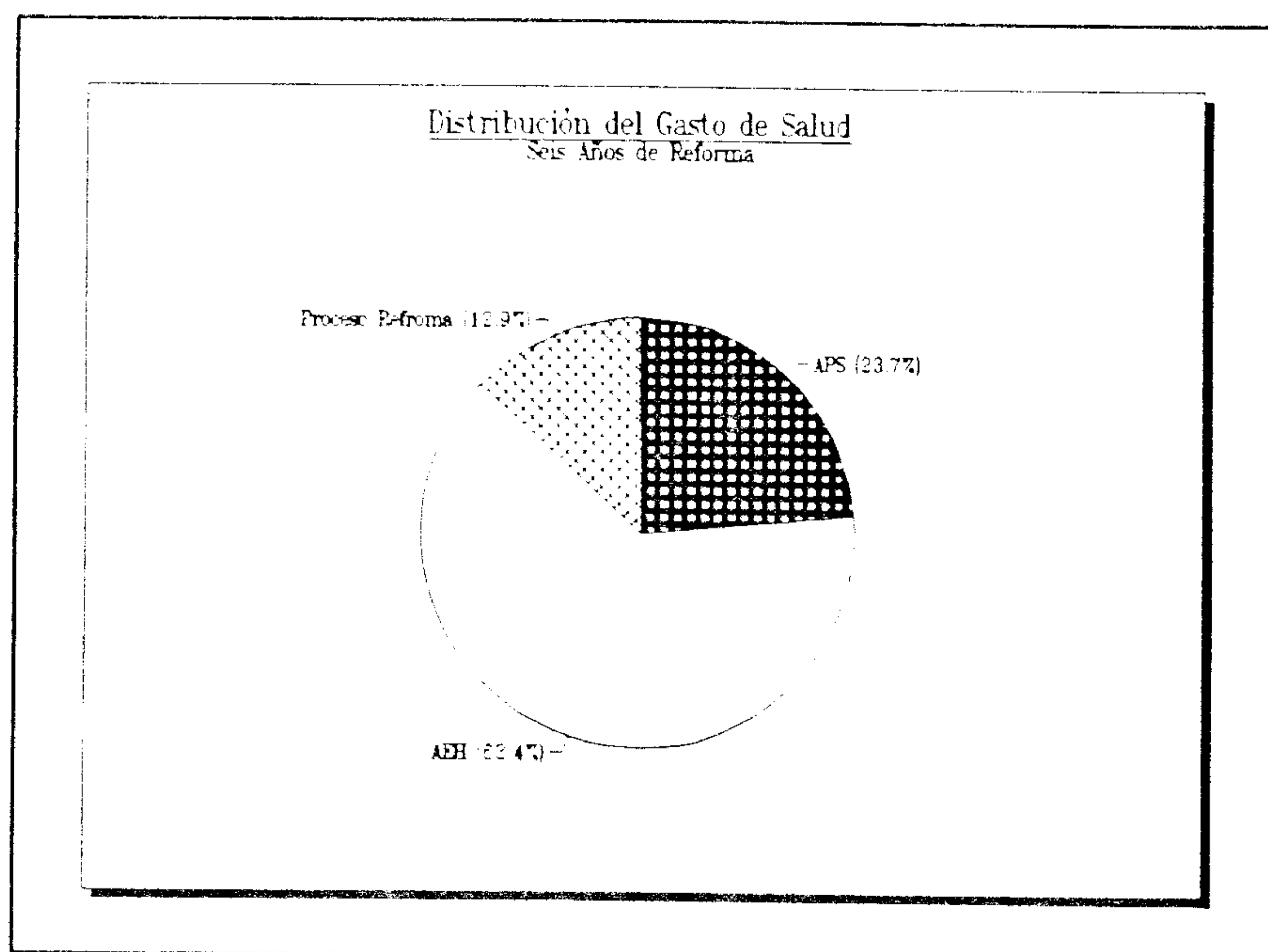
Saludablemente, se pretende corregir el error de que los sectores de inversión social del Estado dependan principalmente del financiamiento externo y, en este sentido, en el total del presupuesto de la reforma durante los seis años la cooperación externa participará con un 16%, el Estado con el 58% y los usuarios con el 26 por ciento, haciendo estos dos últimos un aporte nacional del 84% del total del financiamiento de la reforma.

Es importante que este esfuerzo sea de carácter nacional, pero no sólo debe restringirse al financiamiento, sino que debe ampliarse a la definición misma de la reforma.

El aporte externo se destinará principalmente para el proceso mismo de la reforma, financiar el diseño de las modificaciones, a introducir en el sistema público de salud; el Estado y los usuarios deberán asumir el costo de los servicios de la APS y la AEH.

En los seis años de reforma, la APS contará con el 23.7% del total del financiamiento propuesto y la AEH, tendrá el 63%.

El proceso específico de reforma (toda la readecuación del sistema) alcanzará el 12.9% del total del presupuesto proyectado.

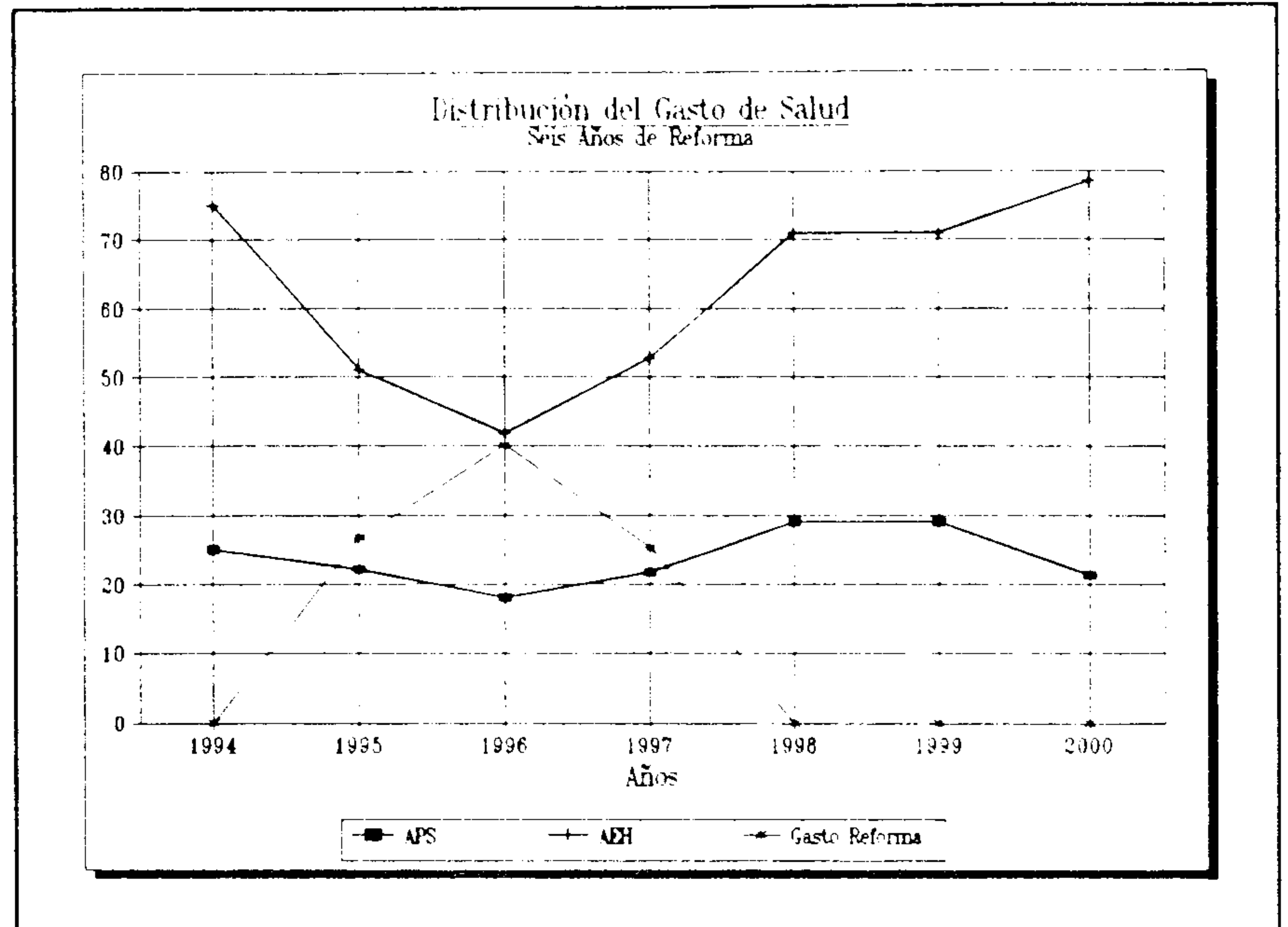


FUENTE: ANSAL. La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia, Mayo de 1994.

Significa que de cada 10 colones invertidos en la reforma de salud, 2.40 de colón será para la APS, 6.40 de colón será para sostener el proceso de privatización de la AEH y 1.20 de colón será invertido en desmantelar el sistema público de la salud.

Durante los seis años la APS se mantiene por debajo del 30% del presupuesto, disminuyendo porcentualmente en 8 puntos en el último año de la reforma.

La AEH presenta una tendencia complementada entre el flujo del financiamiento externo y el proceso de privatización de este nivel.



FUENTE: ANSAL. *La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia*, Mayo de 1994.

El financiamiento de la AEH se recupera al 70% en el año '98, con una tendencia creciente hacia el final del período de la reforma.

Ello puede indicarnos que la proyección fundamental de ANSAL en cuanto al financiamiento de los gastos en salud consiste en que estos progresivamente sean asumidos principalmente por los usuarios, manteniendo el Estado un perfil muy bajo en su responsabilidad financiera y, por lo tanto, integral en el aseguramiento de las condiciones básicas para el cuidado de la salud de la población.

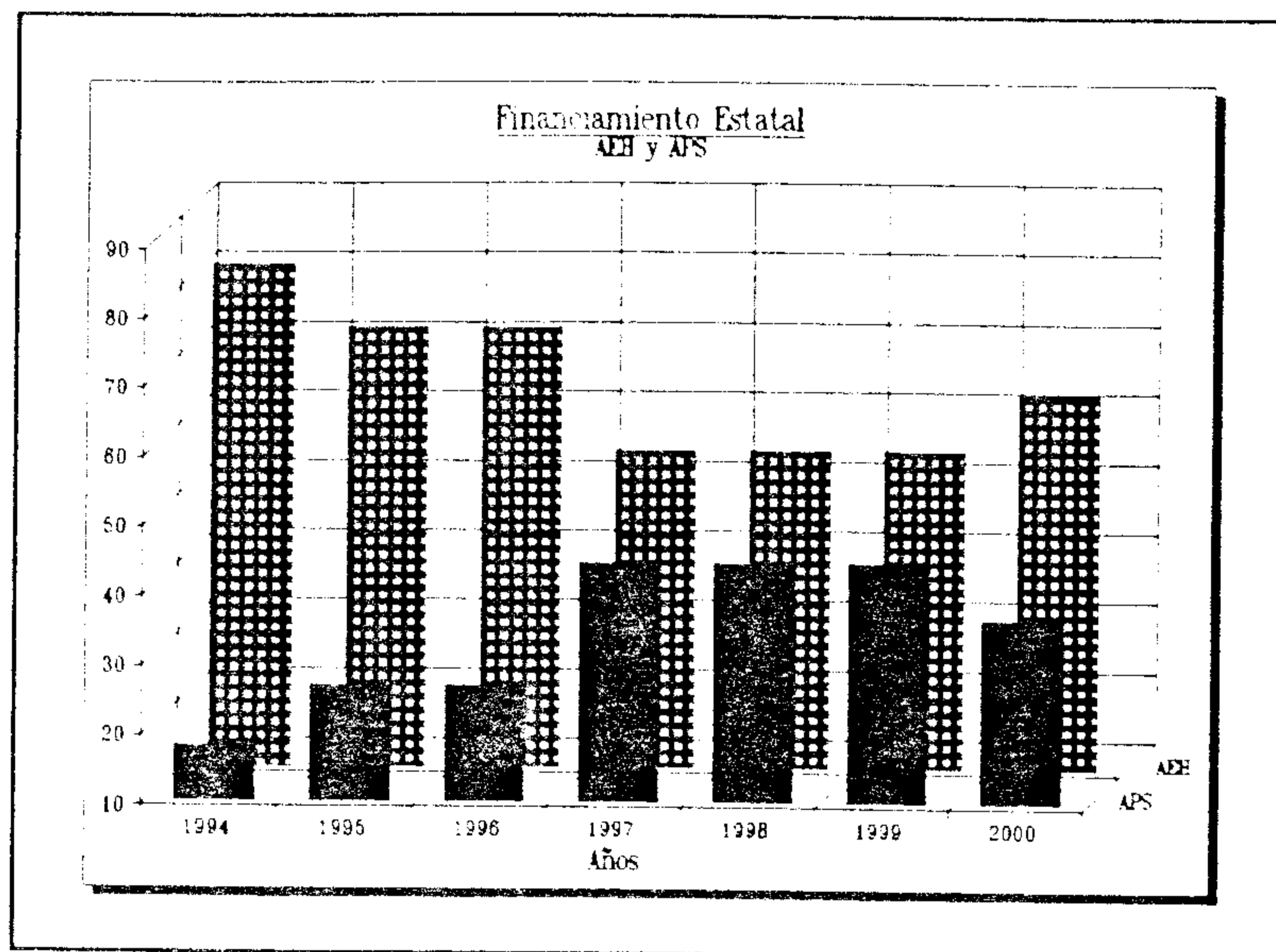
Resulta importante resaltar que en materia de salud la verdadera reforma se deberá enfrentar mediante el desarrollo de un verdadero enfoque de Atención Primaria en Salud, que no sólo contemple las medidas clínicas de la canasta básica definida por ANSAL, sino la APS como un conjunto de medidas clínicas, educati-

vas, de mejoramiento del entorno ambiental. Sin embargo, la proyección presupuestaria dista mucho de una sustentación económica de lo que denominamos la "verdadera Reforma".

Aparentemente, el peso financiero se orienta al aseguramiento de proceso de cambios en la atención especializada y hospitalaria, la que en nuestro análisis hemos conceptualizado como la "Contra Reforma".

Financieramente el concepto de reforma refuerza la hipótesis de desmantelamiento de la estructura de servicios públicos de salud.

La APS en total se presupuesta en 3 millones noventa mil colones, con una participación estatal del 36.2% con el cual se entregará gratuitamente los servicios de la canasta básica.



FUENTE: ANSAL. *La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia*, Mayo de 1994.

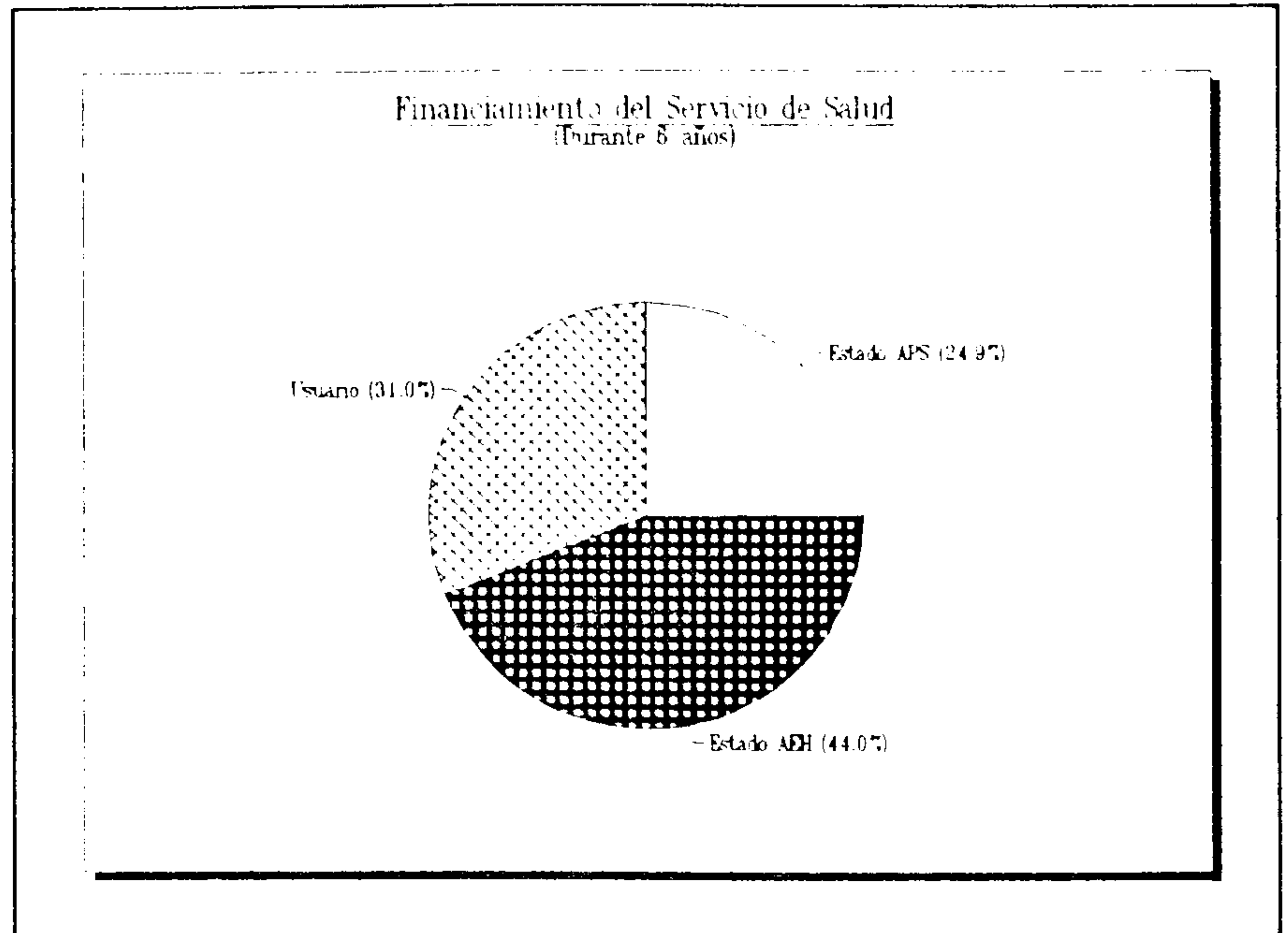
Para la AEH, se contempla un presupuesto de ¢ 8,231.000, con una participación del Estado del 63.8% para financiar el subsidio del 100% de los servicios de la canasta ampliada a la población en extrema pobreza y el subsidio parcial de la misma al resto de la población en situación de pobreza.

Como tendencia, en el presupuesto que propone ANSAL se observa que en todo el período la APS, supuesta prioridad de la reforma, tendrá una proporción menor de financiamiento, disminuyendo en el último año de la reforma.

La AEH, cuyo destino es la privatización, a pesar de su disminución a partir del año 97, contrario a la APS, se incrementa en el último año.

Por un lado, queda seriamente cuestionada la intencionalidad de ampliación de la APS y, por otro, queda muy clara la responsabilidad financiera del Estado en la prestación de servicios especializados y hospitalarios no obstante su proceso de privatización.

En esencia, la propuesta consiste en que el Estado financie con un 24.9% el gasto de la APS; la AEH tenga el 44% como porcentaje del gasto público y los usuarios financien el 31% de los servicios de la AEH.



FUENTE: ANSAL. *La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia*, Mayo de 1994.

Que el esfuerzo de la reforma sea nacional, que la población contribuya en la recuperación del gasto en salud pública y que el uso de los servicios públicos sean pagados de acuerdo a la capacidad socioeconómica del usuario o su familia, son medidas saludables para la sostenibilidad de cualquier servicio estatal. Sin embargo, resulta cuestionable que bajo estas circunstancias financieras de la reforma se tenga que aceptar la imposición de un modelo de reforma en salud por parte de los organismos internacionales.

El peso de la reforma en salud y particularmente el proceso de privatización de la atención especializada y hospitalaria recaerá en el esfuerzo nacional, con un 87.7% del total del gasto en los seis años de la reforma.

Es una práctica sana que la reforma al sector salud sea un verdadero esfuerzo nacional. Pero ese esfuerzo no sólo debe ser

financiero. El proceso de reforma al sector salud debe ser producto de la definición de criterios a nivel nacional.

Es importante no permitir que con apenas un 12.3% del financiamiento para la reforma, los organismos internacionales impongan la privatización de la atención especializada y hospitalaria de la salud como la principal reforma al sistema.

El costo de la privatización de los hospitales y la atención especializada y las consecuencias de exclusión de la población más vulnerable previsible en este proceso, serán financiados con recursos nacionales.

De acuerdo a nuestro análisis, el componente de privatización de la atención especializada y hospitalaria, en sí mismo se constituyen en una verdadera anti-reforma a los sistemas públicos de bienestar social. No encontramos argumentaciones conceptuales ni prácticas que avalen el principio neoliberal de que la ineficiencia pública, especialmente en el campo de la salud, se corregirá con la participación del sector privado, particularmente el privado-comercial.

En este caso, el criterio de eficiencia económica (que es el que se le atribuye al sector privado), no es compatible con la eficiencia social, ecológica y humana que demanda la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

3.9.2 Análisis de la temporalidad de la reforma:

Si revisamos las proyecciones presupuestarias a la luz del cronograma de realización de la reforma propuesta, observamos un panorama mucho más preocupante en relación al proceso de cambios propuestos para el sistema de salud.

CUADRO 33 CRONOGRAMA DE LA REFORMA DE SALUD	
Componente	Período
Reorganización institucional del sector Reorganización de la Atención Especializada y Hospitalaria (AEH)	3 años
Reorganización de la Atención Primaria en Salud (APS)	6 años
Fortalecimiento de las acciones sobre el medio ambiente	10 años
	S/P*

FUENTE: ANSAL. *La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia*, Mayo de 1994.

* Sin Programación. Este componente queda fuera del proceso de reforma del sector salud, "éste en sentido estricto no es un aspecto de la Reforma pues contiene acciones que son permanentes, esta deberá continuar cuando los otros tres componentes se hayan completado". (ANSAL. Mayo de 1994).

En primer lugar, cabe destacar que sobre las acciones a emprender sobre el medio ambiente, en la propuesta de ANSAL sólo se refiere a la necesidad de enfrentar los problemas del medio ambiente para mejorar las condiciones sanitarias, pero en sí mismo lo definen como un componente que no forma parte de la reforma. Esto ilustra el enfoque médico prevaleciente.

El sector salud debería ser líder en la proposición sobre medio ambiente y salud, la morbilidad general del país es determinada por el deterioro del medio ambiente, la reforma debería contener los procesos y procedimientos necesarios para que el MSPAS emprenda acciones concretas en este campo e impulse y acompañe a otras estructuras del Estado para concretar una acción coordinada y complementaria.

En segundo lugar, resulta de suma preocupación el inminente desfase entre el proceso de expansión de la APS y el de privatización de la AEH.

Por la temporalidad (10 años), el peso y la tendencia analizada en el presupuesto, se prevé que la APS se desarrolle mediante un proceso muy lento por diversas razones: el peso del enfoque curativo en las prácticas médicas de salud, el MSPAS no está preparado para hacer APS, las reconocidas debilidades de los municipios para asumir esta responsabilidad y las ONG's no poseen la capacidad necesaria para cubrir todo el país, por mucho que logren ampliar la base territorial que hoy atienden. Conjugadas

estas debilidades sólo dibujan un panorama sumamente atomizado y disperso, y de mucha adversidad para que el Estado pueda conducir coherentemente una política de desarrollo de la APS.

Por su parte pareciera ser que donde sí hay un proceso acelerado de reforma es en el nivel especializado y hospitalario, la privatización de la consulta externa del ISSS, privatización de algunas unidades de servicio de los hospitales públicos, traslados de especialidades de un hospital a otro. Todo ello indica una mayor celeridad en la reforma al subsistema especializado y hospitalario público.

La preocupación radica en los tiempos que pueden tomar los procesos a reformar la APS y AEH: ¿qué pasará si la APS no camina con el mismo ritmo del desmantelamiento del sistema de servicios de tercer nivel en el sector público? Probablemente el deterioro de la salud que se prevé por no hacer la reforma, llegue a ser el mismo por hacer la reforma bajo esta fórmula.

3.10 Finalmente, nos hacemos la pregunta, ¿será que con la reforma de salud propuesta por ANSAL se le esté cambiando el contenido de política social que posee el sector salud por una lógica de mercado y caridad?

"El concepto de racionar un servicio de acuerdo con la disponibilidad de recursos, es difícil de aceptar tanto para la población como para los médicos. En particular, en las culturas latinas es difícil aceptar que el racionamiento se haga en forma explícita. El concepto de Canasta Ampliada supone un racionamiento explícito, en el cual se indicará qué procedimientos quedarían excluidos y, en consecuencia, no serán cubiertos por el Estado o el Seguro Social. Si el paciente no tiene capacidad económica y no surgen mecanismos de caridad, el procedimiento no se realiza. El planteamiento tiene consideraciones éticas sobre el ejercicio de la profesión, que se resuelven sólo mediante decisiones formales de la sociedad".¹⁵ (El énfasis es nuestro).

Bajo la fórmula "soluciones privadas a problemas públicos" para enfrentar la reforma al sector salud, (propuesta por los organismos internacionales y asumidas por el Gobierno), quedan preguntas necesarias de resolver cuando el interés estriba en el reconocimiento mundial de mejorar las condiciones de salud de la

¹⁵ *Ibíd.* Pág. 104.

población, especialmente de la población más vulnerable por razones de discriminación económica, social, de género, de edades y étnica.

Entre las preguntas que deben lograr una respuesta coherente con los principios universales del **BIEN COMUN** esbozados por Naciones Unidas en su planteamiento sobre Desarrollo Humano, consideramos de prioritaria importancia las siguientes:

- * ¿Están dispuestos los organismos internacionales y los gobiernos a hacer desaparecer el concepto y la práctica de servicios públicos?
- * ¿Tendrá el sector privado la capacidad de responsabilizarse de la salud como un Bien Público?
- * ¿Se resolverá el problema de ineficiencia en la calidad y cobertura de los servicios de salud, con la simple transferencia de responsabilidades desde el sector público hacia el sector privado?
- * Con la transferencia de la prestación de servicios al sector privado, ¿se logrará trascender la tradición curativa de la práctica de servicios de salud hacia una práctica preventiva y de atención primaria, al ser ésta última (por su naturaleza) una práctica no lucrativa?
- * ¿Cómo se resolverá la universalización de seguros médicos, cuando la seguridad social está diseñada sobre la base de población con empleo e ingresos regulares, que deja por fuera a toda aquella población de ingreso y empleo irregulares y, por lo tanto, de mayor vulnerabilidad, y la actividad de seguros médicos posee un alto grado de monopolio en el sector financiero, con criterios de alta rentabilidad?
- * Al quedar el Estado fuera del sistema de servicios de salud, (auto-eliminándose como competencia), ¿qué capacidad tendrá de regular una actividad altamente comercializada y monopolizada?

En base a estas preocupaciones proponemos un conjunto de líneas de propuestas al sector salud que tienen en cuenta especialmente a la población de mayores riesgos por su grado de vulnerabilidad.

4. CRITERIOS A CONSIDERAR EN LA REFORMA AL SECTOR SALUD

La exposición de líneas de propuesta ante la Reforma del Sistema Público de Salud no se constituye en sí misma en una propuesta alternativa, tiene la intencionalidad de formular

critérios para las decisiones que habrá que tomar en este campo y son propuestas como líneas gruesas a considerar en la negociación entre los sectores involucrados en la reforma del sector salud.

Por ello, en ese marco de propuestas, cuya definición y ejecución debe ser producto de una amplia base de consenso nacional, los lineamientos de propuesta aquí esbozados no abarcan todos los componentes comprendidos en la propuesta de reforma, se refieren a aquellos procesos y aspectos que por su sensibilidad social deben contar con un mayor proceso de reflexión y proposición que se aparte de la teoría y política neoliberal que orienta la corriente dominante, pero que se aleja de las aspiraciones de desarrollo humano y de la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar las oportunidades para mejorar la calidad de vida de la población.

Consideramos que en aspectos específicos y otras generalidades de la reforma existen sectores, principalmente desde las ONG's y algunos organismos de cooperación internacional, que tienen propuestas a esos niveles y que deberán ser incorporadas al debate y toma de decisiones sobre el proceso de reforma.

En consecuencia los elementos aquí considerados, cuya justificación está expuesta a lo largo del análisis elaborado con este propósito, se exponen tres niveles de líneas de propuesta, que incluyen, aunque de manera general, el amplio espectro que supone la reforma al sistema de salud.

4.1 Sobre el Rol del Estado:

En su responsabilidad de rector del sector salud:

1. La salud de la población es un bien público, es responsabilidad del Estado garantizar el buen estado de salud de la población y los medios necesarios y adecuados para su cuidado.

En este sentido es necesario diferenciar en el proceso de reforma la responsabilidad del Estado sobre la salud de la población de la problemática de deficiencias de funcionamiento del sistema público de servicios de salud.

2. El Estado debe garantizar financieramente la atención en salud de la población vulnerable y sin capacidad de pago de servicios privados, con planes y presupuestos diferenciados para los niveles de atención de consulta externa y hospitalización.

3. El papel regulador del Estado sobre la salud y servicios de salud comprende:

* Impulsar procesos de responsabilización de la ciudadanía ante la prevención de riesgos en salud.

* Control de calidad del sistema público y privado de prestación de servicios de salud.

* Eliminación y sanción de las prácticas de servicios y suministros nocivos a la salud de la población.

* Conceder, controlar, sancionar y derogar permisos de administración privada de servicios de salud y de producción y distribución de medicamentos.

* Prohibir la producción e importación de medicamentos nocivos a la salud, con restricciones en los países productores.

* Impulsar y regular el uso de la medicina alternativa o natural.

* Desarrollar mecanismos efectivos para la defensa de los usuarios, con el derecho a una información clara, oportuna y específica y las opciones de tratamiento que puede tomar ante un proceso de morbilidad.

4. Descentralización de los procesos de toma de decisiones a través de la creación de Consejos municipales, departamentales y nacional de salud.

5. De acuerdo a la posición de los organismos internacionales BID, BM, una condición básica para el mejoramiento del estado de salud de la población más vulnerable es el mejoramiento del entorno ambiental de la población, proceso que requiere de decisión política, recursos financieros y tecnologías apropiadas y que, programáticamente, requiere de un tiempo mínimo de mediano plazo, aún con la intencionalidad real de hacerlo.

En este sentido, las reformas al sistema de servicios deberán ir acompañadas con los cambios en el entorno medio ambiental, deberán ir concatenadas en tiempos programáticos de ambas estrategias, para no correr el riesgo de desmantelar el sistema público de servicios de salud actual antes de que la población cuente con

condiciones donde supuestamente los servicios especializados en salud serían menos usados por tener un ambiente saludable en general y generalizado para toda la población.

6. Coordinación y complementariedad de políticas y programas intersectoriales relacionadas a la salud.

En el nivel de administración de servicios:

7. Descentralización y desconcentración administrativa de los servicios de salud a nivel de SILOS y Administración de hospitales.
8. Establecer normas sanitarias y administrativas generales que orienten los procesos de reglamentación de participación, administración y prestación de servicios local y regionalmente, reglamentos que deben ser elaborados a partir de la estructuras locales de participación.
9. Diseño de programas de salud diferenciados por áreas y regiones.

4.2 Sobre la función preventiva y de atención primaria en salud:

10. El componente que sí se constituye en una verdadera reforma al sistema público de salud es la propuesta de "Reorganización de la Atención Primaria de Salud",¹⁶ estrategia de trabajo con la que deben comprometerse todos los sectores interesados en el mejoramiento de la condición de salud y calidad de vida de la población.

La reforma debe consistir en montar el sistema nacional de Atención Primaria en Salud, no como un programa de servicios de salud sino que como una estrategia y su respectiva instrumentación para el manejo de las necesidades de salud de la población.

11. Impulsar la metodología de SILOS, garantizando la plena participación de las organizaciones sociales locales, los gobiernos locales y ONG's, además de una estructura administrativa y decisoria apropiada por parte del MSPAS.

¹⁶ ANSAL. op. cit.

-
12. Desarrollar o ampliar la capacidad de resolución de los SILOS, mediante el equipamiento del sistema: centros de salud, clínicas, puestos, botiquines, en cuanto a la disponibilidad y manejo de la canasta básica de prestación de servicios, la cual debe ser apropiada a cada región, en base al diagnóstico epidemiológico-social generado a partir del mapa de riesgos en salud propio de la metodología SILOS.
 13. En cada SILOS crear programas de educación y capacitación en salud, para lograr capacitación sanitaria básica y transferencia\apropiación de tecnologías en el cuidado de la salud.
 14. Desarrollar sistemas organizativos para la vigilancia epidemiológica por conjuntos habitacionales, con mecanismos y procedimientos reconocidos y respetados por la red institucional de salud pública.
 15. Desarrollar un sistema de incentivos y sanciones ante el incumplimiento de normas de APS por parte del sector privado comercial.
 16. Impulsar el desarrollo de la RED-SILOS como sistema de planificación, evaluación y control a nivel local y nacional del sistema primario de atención en salud.
 17. Garantizar fondos nacionales en porcentajes progresivos para la prestación de servicios en la red primaria de atención, pero bajo sistemas administrativos y presupuestarios eficientes.
 18. Comprometer financieramente a la cooperación internacional en el gasto de equipamiento e infraestructura de la red primaria de atención en salud.
 19. Acompañar el desarrollo del SILOS con los programas de mejoramiento del entorno ambiental bajo una gestión descentralizada, eficiente y coordinada del sistema de servicios públicos.
 20. Incorporar al paquete básico de servicios en salud las opciones de la medicina natural o alternativa.
 21. Instalar y equipar unidades de atención de emergencia a nivel de centros de salud

22. Reforzar, regionalizar y asignar áreas de cobertura de unidades móviles de servicios de emergencia. (Cruz Roja, Cruz Verde, bomberos, 121, etc.).

* Diseñar la estrategia nacional de desarrollo de la APS.

* Dinamizar las negociaciones entre las ONG's y/o Municipios en el nivel administrativo de los Centros de Salud, para iniciar el proceso de desarrollo de los SILOS.

* Revisar y reformular la estructura organizativa de los Centros de Salud y dotarlos de sus capacidades necesarias para que desarrollen la metodología de SILOS. Ello supone que el primer paso del MSPAS en materia administrativa debe llevar a una verdadera desconcentración administrativa y funcional.

* Avanzar progresivamente en un sistema de administración descentralizada de los sistemas SILOS con la participación de los actores involucrados (MSPAS, ONG's, Municipios).

* Desarrollar el sistema RED-SILOS como un sistema de planificación, evaluación, de control en el nivel local y nacional y convertirlo en una base para el diseño de políticas sanitarias de atención primaria a nivel nacional.

* Normar la universalización y obligatoriedad de la entrega del componente médico de la canasta básica de servicios de salud en todos los sistemas del sector (público, privado social y privado comercial).

4.3 Sobre la privatización de la atención especializada:

23. Elaborar un diagnóstico de las fallas en el funcionamiento de los servicios de hospitalización y consulta externa especializada, para elaborar un programa de medidas correctivas a la administración del servicio que incluya: la autonomía administrativa; la negociación periódica del presupuesto con el MSPAS a nivel central en base a programas de trabajo; la privatización o subcontratación de aquellos servicios que no están ligados a la manipulación directa del paciente (ejemplo mantenimiento físico, limpieza, alimentación, vigilancia, etc.).

-
24. Diseñar sistemas de administración de hospitales en base a especialidades y características de la zonas de cobertura, y dejar el área administrativa en especialistas en administración y no en los especialistas en medicina.
 25. Diseñar un instrumento de recuperación de costos de administración de servicios de acuerdo a categorías socioeconómicas de los usuarios.
 26. Elaborar un manual de costos por tipo de terapéutica y ajustar el sistema de recuperación de costos progresiva en base a ese manual.
 27. Restablecer el sistema de pensionado en los hospitales públicos.
 28. Establecer y respetar las normas del sistema de atención por referencia.
 29. Compartir responsabilidades con los organismos internacionales en el proceso de búsqueda de sistemas administrativos eficientes del nivel terciario (hospitales) que no privaticen la atención al paciente.
 30. Incentivar y regular la ampliación de seguros médicos para población que posee ingresos regulares, y que se abra la oferta de servicios públicos a estos sectores.
 31. Que el Estado brinde los servicios de atención hospitalaria para la población que por sus características ocupacionales y de ingresos nunca podrán ser aseguradas bajo el sistema convencional.
 32. Existen otras medidas administrativas, presupuestarias, gerenciales, etc, para superar las inequidades del sistema público sin que la única opción sea la privatización absoluta, por ejemplo:
 - * Diseño y negociación de presupuestos por programas en base a coberturas y proyección de coberturas reales, por períodos no mayores a 3 años.
 - * Poner techos de costos administrativos como porcentajes del gasto en producción directa de servicios.
 - * Normar y equiparar los puestos y salarios entre las distintas instituciones del sector público.

-
- * Separar los puestos (tanto en la asignación de funciones como en la contratación de profesionales o especialistas), según responsabilidades administrativas y de producción de servicios, incluyendo los cargos de dirección y gerencia de los hospitales.
 - * Determinar tasas ocupacionales por producción de servicios y proyección de demanda.
 - * Restricción, tecnificación de personal administrativo.
 - * No seguir pagando la ineficiencia.
 - * Desarrollar sistemas eficaces de selección y supervisión de personal.
 - * Establecer costos de producción de servicios y sistemas progresivos de recuperación de costos según niveles de ingresos de los usuarios.
 - * Abrir la oferta de servicios hospitalarios, con costos diferenciados a los usuarios del sector privado.
 - * Determinar coberturas geográficas para servicios generales.
 - * Determinar y redistribuir las especialidades para hacer efectivo el sistema de referencia y contrarreferencia y desconcentrar los niveles de especialización.
 - * Subcontratar los servicios de limpieza, alimentación, mantenimiento, vigilancia, administración, suministros y farmacia con medicamentos esenciales y control de precios.
 - * Subcontratación, en base a techos, de servicios médicos y de diagnóstico no disponibles en el sistema público.
33. Desarrollar modelos de administración eficiente, como por ejemplo, el pago per cápita y el gerenciamiento de la atención médica propuesto por ANSAL, y otros mecanismos y procedimientos de reconocida eficacia.

BIBLIOGRAFIA

- ANSAL. *La reforma de salud: hacia su equidad y eficiencia*. USAID, OPS/OMS, BM, BID. San Salvador. Mayo de 1994.
- ANSAL. *Sistemas de servicios de salud*. USAID, OPS/OMS, BM, BID. San Salvador. Enero de 1994.
- Argüello, R. *Salud y medio ambiente*. ANSAL. *Análisis del sector salud de el Salvador, informe técnico*. San Salvador. Enero de 1994.
- Acevedo, C. Flores, E. y Arévalo, R. *La profundización de la pobreza en El Salvador en 1989-1990: aproximación desde la metodología de la deuda social*. Realidad Económico-Social No.19-20. UCA. San Salvador, El Salvador. Enero-abril de 1991.
- Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993, invertir en salud*. Washington D.C. Julio de 1993.
- BID. *El Salvador, informe socioeconómico*. Washington D.C. Enero de 1993.
- Briones Carlos. *La pobreza en El Salvador*. UCA Editores. San Salvador, El Salvador. 1992.
- Bermejo, Roberto. *Manual para una economía ecológica*. Bakeaz. Centro de documentación y estudios para la paz y los libros de la Catarata. Madrid. 1994.
- Calderón, Gloria y Ramos, Yolanda. *Compilación de datos referentes a la industria de plagicidas y su impacto sobre la salud, 1989*. (SR)
- DIGESTYC. *Indice de Precios al Consumidor, por mes, según grupos y subgrupos de bienes y servicios, ajustado con el IPC de junio de 1992*.
- Guerra de Macedo, Carlyle. *Salud y desarrollo social. Reforma social y pobreza, hacia una agenda integrada de desarrollo 1993*. BID/PNUD. Washington D.C. Febrero de 1993.
- López Acuña, Daniel (OPS). *Reforma social y pobreza. Hacia una agenda integrada de desarrollo*. BID/PNUD. Washington D.C. 1993

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

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

MIPLAN. *Evolución Económica y Social*. Informe Trimestral No.3. Enero-septiembre de 1990.

MIPLAN. *Encuesta de hogares y Propósitos Múltiples*. Octubre de 1991 a marzo 1992.

MIPLAN. *Plan de Desarrollo Económico y Social, 1994-1999 (Propuesta)*. Vol. II, texto principal. San Salvador, El Salvador. 1994

MIPLAN. *Indicadores económicos y sociales*. Años 90-91.

MSPAS. *Memorias de Labores*. 1984-85, 1990-91, 1991-93.

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

Mendez, Lecha Rosa; M. Henriquez; Fernandez Ana B. Ojeda y Rivera José H. *Determinación de la bioacumulación de plagicidas organoclorados en tejidos grasos de personas de diferentes zonas de El Salvador, durante 1988-89*. UCA. Tesis de grado. San Salvador, El Salvador. Mayo de 1990.

PNUD. *Informe sobre desarrollo humano, 1994*. Fondo de Cultura Económica. México. 1994.

Pantoja Dominguez, Ana Cecilia y Paz, Oscar. *Niveles de bioacumulación de metil etil paratió en organismos estuarios de la zona algodонера en estero de Jaltepeque, El Salvador*. Tesis de Biología. UES. 1988.

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.

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

ANEXOS

Anexo 1

GASTO PUBLICO 1980 - 1994
(MILLONES DE COLONES)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	10987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994 *
PIB	8916.6	8646.5	8966.2	10151.8	11657.2	14330.8	19762.9	23140.6	27365.8	32230.0	41057.0	47792.0	54762.0	66238.0	75804.0
DESARROLLO DE LOS RECURSOS NATURALE	35.8	38.3	53.2	34.7	36.0	31.5	36.8	29.4	27.6	29.2	36.7	35.9	41.5	72.9	58.9
DESARROLLO SOCIAL	629.2	614.9	600.8	605.1	714.9	692.6	870.9	939.6	939.6	1038.8	1219.6	1560.8	1761.4	2281.3	2776.8
DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA	343.9	381.7	229.3	210.0	217.4	219.7	304.9	332.8	465.4	374.8	1009.0	779.7	922.4	1087.8	1384.2
SERVICIOS ECONOMICOS Y FINANCIEROS	146.2	345.6	449.0	352.4	799.6	427.8	1054.6	717.6	796.9	757.2	708.7	1311.0	2427.6	2008.7	2624.4
ADMINISTRACION Y SERVICIOS GENERALES	338.7	398.8	451.6	492.6	731.2	833.4	1105.2	1170.6	1164.0	1448.0	1553.1	1682.4	1790.1	1937.9	2442.1
TOTAL	1645.1	1918.8	1946.6	1851.2	2731.7	2360.3	3742.1	3473.0	3553.0	3896.8	5101.1	5728.5	7275.2	7636.4	9582.5
SALUD	168.5	158.7	157.5	165.5	183.2	170.5	226.3	239.2	244.1	269.4	342.6	396.9	457.7	676.9	
Porcentaje sobre presupuesto Nac.	10.2	8.3	8.1	8.9	6.7	7.2	6.0	6.9	6.9	6.9	6.7	6.9	6.3	8.9	
Porcentaje sobre PIB	1.9	1.8	1.8	1.6	1.6	1.2	1.1	1.0	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	1.0	
SERVICIO DE LA DEUDA PUBLICA	69.7	158.6	253.4	269.4	725.5	313.0	741.2	580.8	575.6	613.3	511.6	774.6	1834.9	1695.0	
Porcentaje sobre presupuesto Nac.	4.2	8.3	13.0	14.6	26.6	13.3	19.8	16.7	16.2	15.7	10.0	13.5	25.2	22.2	
Porcentaje sobre PIB	0.8	1.8	2.8	2.7	6.2	2.2	3.8	2.5	2.1	1.9	1.2	1.6	3.4	2.6	
DEFENSA NACIONAL	158.9	184.6	229.5	270.7	461.7	548.7	749.8	765.3	762.1	935.1	985.0	1007.0	977.1	874.0	
Porcentaje sobre presupuesto Nac.	9.7	9.6	11.8	14.6	16.9	23.2	20.0	22.0	21.4	24.0	19.3	17.6	13.4	11.4	
Porcentaje sobre PIB	1.8	2.1	2.6	2.7	4.0	3.8	3.8	3.3	2.8	2.9	2.4	2.1	1.8	1.3	
ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS	22.0	49.2	21.0	0.6	2.8	0.6	0.6	5.4	35.6	28.1	577.4	213.9	6.5	1.8	
Porcentaje sobre presupuesto Nac.	1.34	2.56	1.08	0.03	0.10	0.03	0.02	0.16	1.00	0.72	11.32	3.73	0.09	0.02	
Porcentaje sobre PIB	0.25	0.57	0.23	0.01	0.02	0.00	0.00	0.02	0.13	0.09	1.41	0.45	0.01	0.00	

* Presupuestado

FUENTE: Ministerio de Hacienda. "Informe complementario constitucional sobre la Hacienda Pública." San Salvador, El Salvador. Varios años.

Anexo 2

TOTAL DE HOGARES POR NIVEL DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL Y MATERIALES DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA

(en porcentaje)

	Total	Ingresos			
		1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	Más de 3000
TECHO DE LA VIVIENDA					
Loza de concreto	2.5	1.2	2.5	4.7	5.3
Teja barro o cemento	50.4	58.2	49.7	39.7	34.0
Lámina asbesto	23.9	11.9	24.9	38.3	50.6
Lámina metálica	21.0	25.1	21.2	16.9	10.0
Paja o palma	1.9	3.2	1.5	0.3	0.0
Otro material	0.3	0.5	0.2	0.0	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PAREDES DE LA VIVIENDA					
Concreto o mixto	49.0	33.0	52.7	68.7	78.5
Bahareque	12.5	17.1	11.5	7.1	4.0
Adobe	28.6	36.0	27.0	19.5	14.9
Madera	4.0	5.8	3.4	1.9	1.4
Lámina	3.2	3.9	3.5	2.3	1.1
Paja o palma	2.0	3.2	1.6	0.3	0.0
Otro material	0.6	1.0	0.4	0.2	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PISO DE LA VIVIENDA					
Ladrillo cemento	41.7	24.7	44.2	61.4	77.7
Ladrillo barro	2.0	2.4	2.0	1.1	1.4
Cemento	15.4	15.8	17.2	16.2	9.0
Madera	0.3	0.5	0.2	0.1	0.1
Tierra	40.4	56.3	36.2	20.9	11.7
Otro material	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: MIPLAN. "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples."
Octubre 1991 - marzo 1992.

HOGARES URBANOS POR NIVEL DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL Y MATERIALES DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA

(en porcentaje)

2

	Total	Ingresos			
		1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	Más de 3000
TECHO DE LA VIVIENDA					
Loza de concreto	4.6	2.7	4.3	6.6	6.8
Teja barro o cemento	34.8	45.0	35.9	26.7	22.4
Lámina asbesto	40.7	24.3	39.3	51.1	61.8
Lámina metálica	19.7	27.3	20.4	15.6	9.0
Paja o palma	0.1	0.3	0.1	0.0	0.0
Otro material	0.1	0.3	0.1	0.0	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PAREDES DE LA VIVIENDA					
Concreto o mixto	71.3	55.4	71.8	82.7	88.2
Bahareque	7.9	13.1	7.1	5.1	2.6
Adobe	15.3	22.8	15.6	8.9	7.5
Madera	1.1	2.0	0.9	0.7	0.5
Lámina	3.7	5.5	4.1	2.4	1.2
Paja o palma	0.1	0.3	0.1	0.0	0.0
Otro material	0.4	0.9	0.3	0.2	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PISO DE LA VIVIENDA					
Ladrillo cemento	67.0	48.8	66.7	77.3	89.8
Ladrillo barro	1.5	2.4	1.6	0.6	0.6
Cemento	14.8	19.2	16.5	13.7	5.4
Madera	0.2	0.3	0.1	0.1	0.1
Tierra	16.5	29.2	15.0	8.3	4.0
Otro material	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: MIPLAN. "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples."
Octubre 1991 - marzo 1992.

HOGARES RURALES POR NIVEL DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL

Y MATERIALES DE CONSTRUCCION DE LA VIVIENDA

(en porcentaje)

3

	Total	Ingresos			
		1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	Más de 3000
TECHO DE LA VIVIENDA					
Loza de concreto	0.3	0.2	0.3	0.6	0.2
Teja barro o cemento	67.3	66.3	66.9	69.8	76.1
Lámina asbesto	5.7	4.3	7.0	8.7	9.9
Lámina metálica	22.4	23.7	22.2	19.7	13.5
Paja o palma	3.9	4.9	3.2	1.2	0.2
Otro material	0.5	0.6	0.3	0.1	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PAREDES DE LA VIVIENDA					
Concreto o mixto	24.6	19.4	28.9	36.2	43.4
Bahareque	17.6	19.5	16.8	11.8	9.3
Adobe	43.0	44.0	41.1	43.9	41.7
Madera	7.2	8.1	6.5	4.8	4.8
Lámina	2.7	3.0	2.7	2.0	0.7
Paja o palma	4.0	5.0	3.5	1.2	0.2
Otro material	0.8	1.1	0.6	0.3	0.0
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
PISO DE LA VIVIENDA					
Ladrillo cemento	14.2	10.0	16.4	24.4	33.8
Ladrillo barro	2.5	2.4	2.6	2.3	4.1
Cemento	16.1	13.8	18.0	22.0	22.0
Madera	0.6	0.7	0.4	0.3	0.2
Tierra	66.3	72.8	62.5	50.0	39.6
Otro material	0.3	0.3	0.1	1.0	0.2
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: MIPLAN."Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples."
Octubre 1991 - marzo 1992.

Anexo 3**TOTAL DE HOGARES POR NIVELES DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL Y SERVICIOS BASICOS DE LA VIVIENDA**

(en porcentaje)

	Total	Ingresos			
		1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	Más de 3000
SERVICIO DE ALUMBRADO					
Electricidad	69.6	55.6	74.7	86.4	91.7
Kerosene (gas)	28.0	40.9	23.4	12.7	7.4
Gas Propano	0.5	0.7	0.4	0.3	0.3
Candela	1.5	2.3	1.2	0.4	0.3
Otro	0.4	0.5	0.3	0.2	0.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIO DE AGUA					
Cañería dentro de viv. (privada)	41.9	26.3	42.9	60.8	76.6
Cañería dentro de viv. (común)	3.9	4.4	5.0	2.5	1.1
Cañería fuera de viv. (pila pública)	9.1	11.4	8.8	7.0	3.9
Pozo Privado	10.0	10.9	10.6	9.5	6.4
Pozo Común	4.3	5.9	4.0	2.2	1.8
Otros	30.7	41.2	28.7	18.0	10.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIO DE BAÑO					
Regadera o pila de baño privado	41.8	24.5	43.4	63.4	79.0
Regadera o pila de baño común	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sin servicio	52.9	69.5	50.1	33.2	19.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIOS SANITARIOS					
Alcantarillado inodoro privado	27.8	12.0	27.6	46.3	65.9
Alcantarillado inodoro común	2.8	3.0	3.7	2.1	1.1
Inododo o fosa séptica privada	3.0	2.2	3.5	3.9	3.8
Inodoro a fosa séptica común	0.4	0.4	0.5	0.2	5.9
Letrina privada	42.1	48.2	43.9	36.2	22.7
Letrina común	1.9	2.5	2.1	0.9	0.0
Sin servicio	21.9	31.6	18.5	10.3	0.6
Otro	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: MIPLAN. "Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples."
 Octubre 1991 - marzo 1992.

HOGARES URBANOS POR NIVELES DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL Y SERVICIOS BASICOS DE LA VIVIENDA

(en porcentaje)

2

	Total	Ingresos			
		1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	Más de 3000
SERVICIO DE ALUMBRADO					
Electricidad	93.6	87.0	95.2	97.5	99.1
Kerosene (gas)	5.2	10.6	4.0	2.1	0.7
Gas Propano	0.1	0.2	0.0	0.1	0.0
Candela	1.0	1.9	0.7	0.2	0.2
Otro	0.1	0.2	0.1	0.1	0.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIO DE AGUA					
Cañería dentro de viv. (privada)	64.6	45.7	62.3	76.7	89.9
Cañería dentro de viv. (común)	7.3	11.2	9.0	3.5	1.4
Cañería fuera de viv. (pila pública)	8.2	12.8	8.5	5.6	2.3
Pozo Privado	4.8	5.8	5.3	4.9	2.5
Pozo Común	1.3	2.1	1.2	1.0	0.4
Otros	13.7	22.4	13.8	8.3	3.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIO DE BAÑO					
Regadera o pila de baño privado	65.9	45.2	64.3	79.9	91.8
Regadera o pila de baño común	9.3	14.3	11.1	4.6	1.9
Sin servicio	24.8	40.5	24.6	15.5	6.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIOS SANITARIOS					
Alcantarillado inodoro privado	52.5	31.1	49.1	65.9	82.8
Alcantarillado inodoro común	5.4	7.8	6.7	2.9	1.4
Inododo o fosa séptica privada	3.3	2.5	3.8	4.2	3.1
Inodoro a fosa séptica común	0.6	1.1	0.8	0.2	0.1
Letrina privada	30.3	43.2	32.0	23.6	11.3
Letrina común	3.2	5.6	3.6	1.2	0.4
Sin servicio	4.6	8.6	4.0	2.0	0.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: MIPLAN. "Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples."
Octubre 1991 - marzo 1992.

HOGARES RURALES POR NIVELES DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL Y SERVICIOS BASICOS DE LA VIVIENDA

(en porcentaje)

3

	Total	Ingresos			
		1 a 999	1000 a 1999	2000 a 2999	Más de 3000
SERVICIO DE ALUMBRADO					
Electricidad	43.5	36.5	49.5	60.8	65.0
Kerosene (gas)	52.8	59.3	47.4	37.3	31.7
Gas Propano	1.0	1.1	0.8	0.9	1.3
Candela	2.1	2.5	1.8	0.7	0.4
Otro	0.6	0.6	0.5	0.4	1.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIO DE AGUA					
Cañería dentro de viv. (privada)	17.2	14.5	19.0	23.9	28.4
Cañería dentro de viv. (común)	0.2	0.2	0.1	0.4	0.0
Cañería fuera de viv. (pila pública)	10.0	10.5	9.2	10.1	9.7
Pozo Privado	15.7	14.0	17.1	20.2	20.6
Pozo Común	7.6	8.1	7.4	4.9	7.1
Otros	47.4	52.7	47.2	40.4	34.3
Total	98.3	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIO DE BAÑO					
Regadera o pila de baño privado	15.7	11.9	17.5	25.4	32.6
Regadera o pila de baño común	0.8	0.9	0.9	0.6	0.7
Sin servicio	83.5	87.2	81.7	74.0	66.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
SERVICIOS SANITARIOS					
Alcantarillado inodoro privado	0.9	0.5	1.1	1.0	4.6
Alcantarillado inodoro común	0.1	0.1	0.0	0.2	0.0
Inododo o fosa séptica privada	2.7	2.0	3.2	3.4	6.2
Inodoro a fosa séptica común	0.1	0.0	0.2	0.2	0.0
Letrina privada	55.0	51.1	58.7	65.2	64.2
Letrina común	0.5	0.6	0.3	0.2	0.2
Sin servicio	40.7	45.6	36.5	29.7	24.8
Otro	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Total	100.0	99.9	100.0	100.0	100.0

FUENTE: MIPLAN. "Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples." Octubre 1991 - marzo 1992.

Anexo 4

RESUMEN DE LA CRITICA A LOS MEDICAMENTOS

Aquí han sido listados los medicamentos que los laboratorios MERCK han ofrecido en 1988 según los listados del Brasil, Colombia, México y América Central. Estos medicamentos fueron clasificados según los criterios clínico-farmacológicos de una fármaco-terapia racional. Entendiendo por esto la aplicación de ciertos medicamentos, cuya eficacia terapéutica está comprobada y cuya compatibilidad tenga una relación tolerable al beneficio que se pretende. La aplicación de medicamentos que no correspondan a estos criterios no es justificable racionalmente. La metodología precisa seguida se encuentra en el estudio de Hartog/Schulte-sasse. "Das bundesdeutsche Arzneimittelangebot un der Dritten Welt, Bielefeld, 1990" (La versión inglesa "German and Swiss drug supplies to the Third World" se expide también en la BUKO Pharma-Kampagne.) Sobre todo las siguientes categorías de medicamentos fueron calificadas como negativas.

- II.A: Preparados combinados irracionales.
- II.C: Medicamentos sin eficacia comprobada.
- II.C: Medicamentos cuya eficacia es controvertible.
- II.C: Medicamentos, para los que existen alternativas de mayor eficacia.
- II.B: Medicamentos con serios riesgos para los que existen alternativas de menor riesgo (medicamentos peligrosos).

Muchos de los medicamentos aquí mencionados se ofrecen en concentraciones variables. Sin embargo aquí no han sido indicados separadamente, aún cuando la clasificación clínico-farmacológica puede resultar distinta. Por esta razón el número de medicamentos señalado en cada categoría no corresponde al porcentaje mencionado en la página 23.

Todos los medicamentos esenciales (AI) son medicamentos apropiados para terapia racional. Por lo tanto todos pertenecen igualmente a la categoría IB, sin que expresamente vuelvan a ser mencionados. Los medicamentos clasificados como negativos, debido a varias razones, como por ejemplo, ser preparados peligrosos y compuestos irracionales, fueron mencionados en las distintas categorías respectivamente.

La tabla muestra claramente, que la mayoría de los medicamentos ofrecidos por los laboratorios MERCK en Latinoamérica son compuestos irracionales, demasiado peligrosos o inútiles. La BUKO Pharma-Kampagne pretende conseguir con esta publicación que la empresa MERCK examine y modifique su surtido tanto en América Latina como en cualquier parte del mundo.

Por esto, la BUKO Pharma-Kampagne exige de los laboratorios E. MERCK:

* No ofrecer en Latinoamérica (ni en ningún lugar) medicamentos peligrosos.

- * Retirar inmediatamente del mercado todos los productos combinados que contengan dipirona.
- * Retirar del surtido los medicamentos ineficaces.
- * No atribuir ningún tipo de efecto terapéutico a las absurdas combinaciones vitamínicas.
- * Limitar su oferta sólo a medicamentos racionales y esenciales.
- * Abstenerse de la publicidad realizada por personal no capacitado para los medicamentos de receta obligatoria.
- * Publicitar sus productos sólo con información científica fundamentada.
- * Considerar en sus investigaciones las necesidades de la población latinoamericana.

I. Medicamentos clasificados positivos:

IA. Medicamentos esenciales:

<u>Nombre de Marca</u>	<u>Campo de Aplicación</u>	<u>Clasificación</u>
ASTONIN Tabl.	• Enfermedades de la glándula suprarrenal.	Medicamento eficaz.
CEBION Tabl.Gotas.	Vitamina C.	Dosis justificables hasta 100mg diarios, dosis mayores innecesarias.
CESTOX Tabl. (Cesol)	Antihelmíntico.	Medicamento eficaz.
CISTICID Tabl.	Antihelmíntico.	Medicamento eficaz.
MERCINA Tabl. y Gotas	Infecciones bacteriológicas.	Medicamento eficaz.
REFOBACIN Amp.	Infecciones bacteriológicas.	Medicamento eficaz.
SOLU-DECORTIN Amp.	Glucocorticoide.	Medicamento eficaz.

IB. Medicamentos complementarios que son apropiados en una terapia racional:

<u>Nombre de Marca</u>	<u>Campo de Aplicación</u>	<u>Clasificación</u>
ASALIT Polvo y Supositorio	Enteritis.	Medicamento eficaz.
CUPREX Mezcla	Piojos.	Medicamento anticuado.
HEMOBION Grag.	Anemia.	Medicamento eficaz para la carencia de hierro.
ILOBAN Amp.	Anemia (carencia de Vitamina B12).	Medicamento eficaz (en Colombia).
KALIOLITE Grag. y Amp	Carencia de potasio.	Medicamento eficaz.
MENOVA Grag	Trastornos de la menstruación.	Medicamento eficaz. Conjugación natural de estron y estradiol
MOVIPRIDE Grag. Gotas y Amp.	Vómitos.	Medicamento eficaz.
NASIVIN Gotas (ILIADIN)	Gripe. congestión nasal.	Medicamento eficaz.
RESTAMUCINA Amp	Infecciones bacteriológicas.	Med. eficaz. Ninguna ventaja ante el Refobacin.
SALICORTIN Tintura y unguento (SALI-EMECORT)	Eczema.	Medicamento eficaz.
SEPTOPAL Glóbulos	Infecciones bacteriológicas de los huesos.	Medicamento eficaz.
SINTAVERIN Amp. (SISTALGINA)	Espasmos intestinales.	Medicamento eficaz.
SUPRACORTIN	Dermatitis.	Medicamento eficaz.

II. Medicamentos clasificados negativos:

II.A. Preparados de combinación irracional.

<u>Nombre de Marca</u>	<u>Campo de Aplicación</u>	<u>Clasificación</u>
AMPLOFEN Grag.	Inflamaciones.	Combinación irracional con ampicilina.
ATERIM Grag.	Profilaxis y terapia de arteriosclerosis.	Combinación irracional de Piritinol, vitamina E y Piridinol.
BIONORM SOLUVEL	Suplemento alimenticio.	Combinación irracional de proteínas hidratos de carbono, vitaminas y minerales.
CEBIOPIRIN Tbl.	Dolores.	Combinación innecesaria de Acido acetil-salicílico con vitamina C.
DECODERM con Ungüento de Genramicina.	Inflamación de la piel. con antibiótico.	Combinación irracional de glucocorticoide.
DEXA-CITONEURIN T. (DEXA-NEUROBION)	Dolores reumáticos.	Combinación irracional vitamina B1, B6 y B12 y glucocorticoide.
DOLO-NEURO-GEL.	Dolores.	Combinación innecesaria de salicilatos y nicotinados.
DEXA-NEUROBION Amp. (DEXABION) (DEXA-CITONEURIN)	Inflamación de los nervios.	Combinación irracional vitamina B1, B6 y B12 y glucocorticoide.
DOLO-NEUROBION Tbl. Grag. Amp	Dolores.	Combinación irracional vitamina B1, B6 y B12 con dipirona. Prohibido en Alemania desde 1987.
ESCLEROBION Tbl.	Deficiencia Vitamínica arterioesclerosis.	Combinación irracional y peligrosa de vitamina A, B6 y E

ESCLEROVITAN PLUS Grag.	Deficiencia Vitamínica y arterioesclerosis.	Combinación irracional y peligrosa de vitamina A (en altas dosis), B6 y E.
ENCEFABOL PLUS Tabl.	Debilidad en el rendimiento cerebral.	Combinación irracional de piridinol y piridilcarbinol.
ENCETAM Tabl.	Debilidad en el rendimiento cerebral.	Combinación irracional piritinol y piracetam.
ILOBAN Amp. ILOBAN FUERTE Amp. (en América Central y Brasil)	Anemia.	Combinación irracional varias vitaminas y extracto hepático.
ILOBAN FERRUM Grag	Anemia.	Combinación irracional varias vitaminas.
ILOBAN FERRUM Jarabe.	Anemia.	Combinación irracional varias vitaminas.
LIPATEN Grag.	Trastorno en el metabolismo de las grasas.	Combinación irracional Clofibrato y piridilmetanol.
MADIFEN Tabl.	Dolores.	Combinación innecesaria de paracetamol y carisoprodol.
MADINOL Tabl.	Dolores.	Combinación irracional dipirona, una sustancia antiespasmódica y cafeína. Prohibido en Alemania desde 1987.
MIO-CITALGAN Tabl. (MIO-NEUROBIONTA)	Dolores.	Combinación irracional dipirona, una sustancia antiespasmódica, varias vitaminas B y cafeína. Prohibido en Alemania desde 1987.
MULTIBIONTA Grag.	Sin indicación médica.	Combinación irracional de varias vitaminas.
NENE-DENT. Solución	Molestias dentales.	Combinación innecesaria de antiséptico y una sustancia anestésica local y sustancias vegetales.
NEROBION Tabl. Grag. Amp. (CITO-NEURIN)	Dolores nerviosos.	Combinación irracional de vitamina B.
NOVOTHIRAL Tabl.	Afecciones a la tiroide.	Combinación obsoleta.
NUTRIZYM Tabl.	Trastornos digestivos.	Combinación irracional de bromelia, pancreatina y bilis bovina.
NUTRIZYM COMP. Grag (CAR-NUTRIZIM)	Trastornos digestivos.	Igual a NUTRIZIM, además sustancias anti-espumante.

PECTAMED Gotas.	Resfrío.	Combinación irracional.
REACTIVAN Grag.	Debilidad.	Combinación irracional de sustancia anfetamínicas, vitamina B y vitamina C.
SALUBION Grag.	Sin indicación médica.	Combinación irracional de numerosas vitaminas y sustancias minerales
SEDALMERK Tabl.	Resfríos y Gripe.	Combinación irracional
SIMTAVERIN COMP. Grag. Tabl. Amp. (SISTALGINA COMP.)	Dolores.	Combinación irracional de dipirona, una sustancia antiespasmódica. Prohibida en Alemania desde 1987.
SISTALGINA COMP. Tabl. y Gotas.	Dolores.	Combinación innecesaria de paracetamol y una sustancia antiespasmódica (Sólo en Colombia)
SUPRACORTIN COMP. (PAN-EMERCORT)	Dermatitis.	Combinación irracional de glucocorticoide antibióticos y antisépticos.

II.B. Medicamentos con alto riesgo (Peligrosos):

<u>Nombre de Marca</u>	<u>Campo de Aplicación</u>	<u>Clasificación</u>
ASTONIN Tabl.	Hipertensión.	Relación negativa de ventajas y riesgos.
DESFLAM 110 Grag.	Molestias reumáticas.	Relación negativa de ventajas y riesgos.
DOLO-NEUROBION Grag. Tabl. Amp.	Dolores.	Combinación irracional de vitaminas B1, B6 y B12 y de dipirona. Prohibida en Alemania desde 1987.
ESCLEROBION Tab.	Carencia vitamínica y arteriosclerosis.	Combinación irracional y peligrosa de vitaminas A, B6 y E.
ESCLEROVITAN PLUS Grag.	Carencia vitamínica y arteriosclerosis.	Combinación irracional y peligrosa de vitaminas A (alta dosis) B6 y E.
MADINOL Tabl.	Dolores.	Combinación irracional de dipirona, una sustancia antiespasmódica y cafeína. Prohibido en Alemania desde 1987.
MIO-CITALGAN Tabl. (MIO-NEUROBIONTA)	Dolores.	Combinación irracional de dipirona, una sustancia antiespasmódica varias vitaminas B y cafeína, Prohibido en Alemania desde 1987.
REACTIVAN Grag.	Debilidad.	Combinación irracional de sustancia anfetamínicas, vitamina B y vitamina C.
SINTAVERIN COMP. Grag. Tabl. Amp. (SISTALGINA COMP.)	Dolores.	Combinación irracional de dipirona y una sustancia antiespasmódica. Prohibido en Alemania desde 1987.
ULTRACARBON Tabl.	Diarrea.	Falta eficacia, sin embargo peligroso.

II.C. Medicamentos sin comprobación suficiente de eficacia:

<u>Nombre de Marca</u>	<u>Campo de Aplicación</u>	<u>Clasificación</u>
ENCEFABOL Tabl. Jarabe. Amp.	Debilidad en rendimiento cerebral.	Medicamento innecesario de eficacia débil y dudosa.
FLORATIL Grag. Jarabe.	Diarrea.	Preparado innecesario a base de Saccharomyces boulardii.
GLIPTIDE Tabl.	Antiulceroso.	Medicamento innecesario.
HEPABIONTA (150) Grag.	Afección del hígado.	Medicamento sin comprobación de eficacia.
SINTAVERIN Tabl. (SISTALGINA)	Espasmos intestinales.	Medicamento ineficaz en tabletas.
ULTRACARBON Tabl.	Diarrea.	Falta de eficacia, sin embargo peligroso.
VALBIL Grag.	Molestias al abdomen superior (coleréticos).	Medicamento innecesario.

FUENTE: Schulte-Sasse, Hermann. Resumen a la Crítica a los medicamentos. Los cien años de Merc(K)ado en Latinoamérica. El movimiento comercial del Multifama E. Merck. Campaña '92, 500 años de COLONización. Editores BUKO Pharma-Kampagne. 1993.