

SISTEMA NACIONAL DE SALUD. EL SALVADOR. 1998

DR. Antonio Vásquez Hidalgo, Ph.D *

RESUMEN

El Salvador no tiene un Sistema Nacional de Salud integrado por todos los servicios que ofertan salud sea pública o privada. Se trabaja descoordinadamente con duplicidad de esfuerzos. No existe una política general de salud aplicable a todos los sectores que ofertan salud. Las fuentes de ingresos son insuficientes para generar o sostener la infraestructura. Los problemas de salud son insostenibles con serias dificultades técnicas en la implementación de los programas y proyectos de salud, los cuales son discordantes con las entidades públicas y privadas.

I. INTRODUCCION

En El Salvador se están realizando esfuerzos aún no muy substanciales en conformar " un Sistema Nacional de Salud ", que involucre sectores públicos y privados en sumar acciones conjuntas en salud hacia el capital humano y población económica no activa. Con el objeto no solo el de bajar las estadísticas de morbi-mortalidad a nivel Nacional sino

también local, lo cual implica costos no sostenibles y capacidad de financiamiento en los programas preventivo-curativos, hacia el desarrollo de un sistema de salud que dé respuesta a la problemática y viabilidad en equidad, eficacia y eficiencia.

El presente trabajo de investigación intenta en un primer momento búsqueda y revisión bibliográfica sobre

de cómo se ha desarrollado desde sus inicios hasta el momento actual el Sistema de Salud en El Salvador.

II.OBJETIVOS Y METODOLOGIA

OBJETIVO GENERAL: Conocer la tendencia del sistema de salud salvadoreño entre las políticas y las necesidades de salud de la población.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Analizar los antecedentes históricos estructurales del sistema de salud en El Salvador.
2. Conocer el desarrollo del sistema de salud en El Salvador.
3. Conocer los problemas y perspectivas del sistema de salud salvadoreño.

La **METODOLOGIA** a utilizar para realizar el presente trabajo de investigación, fue la recopilación bibliográfica de fuentes primarias y secundarias. Se procedió a clasificar y analizar el material bibliográfico de acuerdo a los objetivos planteados del estudio, posteriormente se procedió a elaborar un documento final para ser presentado en clase expositiva.

II. Contexto surgimiento del Sistema de Salud.

Antecedentes Históricos.

En **1895** nace una Institución Nacional denominada: " Sanidad de Puertos" como entidad responsable de la población salvadoreña, cuyo objetivo principal era que los productos nacionales al ser transportados a los barcos extranjeros no se contaminen en los puertos de embarque.

En el **1924** la Sanidad de Puertos sufre una transformación radical y se convierte en una Institución Nacional denominada "Dirección General de Sanidad" dependiente de la " secretaría de Salud".

En **1948** la " Secretaría de Salud"se convierte en "Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social" asumiendo el " rol interventor" el cual hasta la fecha sigue funcionando con el mismo nombre.

A partir de los años **1950 a 1970** se mantiene el modelo de "caridad" en todos los establecimientos

de salud, con una alta demanda y baja calidad en los servicios.

Otros sectores surgen con "acciones de lucha y clase social" plantean demandas para mejorar la atención de salud con ideologías del "Materialismo Histórico", así como otras Instituciones en "velar" por la salud de la población, como son: Antel y Bienestar Magisterial.

III. Desarrollo del Sistema de Salud en El Salvador.

Contexto Económico, Político y Social.

A partir de los años '80 se agudizan los problemas de Salud con una infraestructura deficiente, recursos humanos bajos sumados también a la "mala calidad" del producto recién formado en salud. Coexiste en el año de 1986 el "terremoto 10 de octubre" con catástrofe humana, social y de infraestructura física "daña" la ciudad de san Salvador, el cual se mantenía al momento al " margen" y sin "visualización externa" la crisis de salud, disminuyendo la capacidad de atención, tomando acciones a nivel nacional en improvisar "campañas y tiendas de lona" aldaña a los establecimientos de salud con incrementos en la demanda, pero que después

adopta políticas de atender solo emergencias y no de consulta externa, incrementando los casos del nivel primario al nivel terciario.

A partir de **1987 a 1990** se comienza a reconstruir paulatinamente los establecimientos de salud con fondos extranjeros con prestamos bajos, pero que al final " se endeudó" más el país, con la reconstrucción se inicia otro fenómeno " el crecimiento desordenado" de establecimientos de salud en el área metropolitana, con dualidad de esfuerzos, así por ejemplo diversas instituciones de salud (público y Privado) oferta sus servicios a la misma población usuaria, sin coordinación y logística apropiada en optimizar la calidad de atención en un " sistema Nacional de Salud".

Durante el período de **1978 a 1984** la economía Nacional Salvadoreña sufre los efectos del desgaste de la economía mundial, como son: precios de los productos de exportación disminuyeron, aumento de los intereses de la deuda externa y los precios de las importaciones aumentaron. El efecto de la " crisis económica" se ve articulado a otro fenómeno: la violencia interna y las " reformas estructurales" hacen bajar la producción nacional, la inversión, el empleo y el consumo global.

Esta recesión económica hace disminuir el presupuesto asignado a salud e incrementa el presupuesto " forzosamente" al Ministerio de Defensa por el conflicto beligerante de guerra.

El consumo global que equivale a la utilización de los bienes y servicios producidos para satisfacer las necesidades de los sectores publico y privado fue de un 3.1 %.^Y

Esta reducción del consumo privado evidencia el deterioro del " poder adquisitivo" o poder de compra de la población, esto debido a la consecuencia del desempleo y congelamiento de salarios; por otra parte en el consumo publico de igual forma aunque con un menor poder adquisitivo debido a la violencia social heredada de los años '50 e incrementando el índice de inflación en 114.7 % y deuda externa a un monto de ₡ 4,0 millones y de un atraso de pago de US \$ 165 millones.

Durante los años de **1978 a 1990** la pobreza aumentó considerablemente, el Banco Mundial estimó la pobreza en un 50 % y un 12 % en extrema pobreza en el área rural.

El Salvador durante el período de **1979 a 1992** sufre un conflicto armado, caracterizado

^Y FUSADES. Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social. Año 1984.

por: " lucha popular prolongada" entre clases sociales, debido a la desigualdad social imperante en esa época, lo que a su vez repercute en Salud al no asignarle un presupuesto acorde a sus necesidades.

A partir de **1992** se comienza a resolver las diferencias del " conflicto armado", con aspectos positivos en firmar los acuerdos de Paz, los partidos políticos (FMLN, ARENA, PDC, PCN y otros) expresan su compromiso con el fortalecimiento de los programas sociales.

Sin embargo la insuficiencia del financiamiento Nacional y su dependencia del financiamiento externo de los Ministerios de Salud y Educación repercute en el problema de la pobreza. Aunque en Salud se han obtenido algunos avances significativos, como son: reducción de la Mortalidad Infantil, Refuerzo de programas materno-infantil, nutrición e inmunizaciones.

A partir de **1997** se registra un crecimiento económico favorable de 53.8 %, con una tasa de negociación de 35,775 .8 millones de colones, con solvencias monetarias hacia el exterior con una tendencia a bajar la deuda externa, un sistema bancario fuerte, aumento de las exportaciones, pero sin embargo los índices de pobreza se incrementan en un 68 %.

El avance substancial logrado ha sido el incremento presupuestario a Salud y Educación y se disminuyó a Defensa.

Ofertas del Sistema de Salud.

1. Sector Público.

Las Instituciones que ofertan servicios de salud son: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Bienestar Magisterial, Comisión Ejecutiva del Río Lempa (CEL), Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA) y Sanidad Militar.

Los dos primeros son los que absorben a la mayoría de los usuarios, el resto solamente tienen derecho los trabajadores y familiares de la Institución en particular que ofrece sus servicios.

➤ **El MSPAS** tiene 374 establecimientos de salud a nivel urbano y rural pero con crecimiento desordenado, funciona con

presupuesto de la nación, fondos Internacionales. (tiene I,II y III nivel de atención).

➤ **El ISSS** se inició en 1954, su función básica es la atención en dos áreas: Maternidad e Invalidez, vejez y muerte, tiene 44 establecimientos sin incluir las clínicas comunitarias, funciona con descuentos al trabajador 25 %, patrono 25 % y por el gobierno 50 %. No se coordina con otros sectores en algunas ocasiones lo hace como en recibir pacientes graves de hospitales nacionales. (tiene I,II y III nivel de atención).

➤ **Bienestar Magisterial** está conformado por profesores de Educación Primaria y Secundaria, no cuenta con infraestructura física propia, sino que utiliza servicios por contrato del sector privado, funciona con descuentos a los trabajadores, no coordina con otros sectores .

CUADRO NO 1
RECURSOS DE LAS INSTITUCIONES QUE OFERTAN SERVICIOS DE SALUD.1993

SUBSECTOR	INSTITUCION	RECURSOS			
		CLINICA	CAMA S	Médicos	TOTAL
ESTATAL	MSAPAS	374	5213	2116	21253
	ISSS	44	1357	1386	9194
	ANTEL	8	83	98	406
	BIENESTAR M. contrato				167
	SANIDAD MILITAR 2 hospít.		300		
	CEL 15				
PRIVADO	ANDA 6				
	PRIVADA	36	1219	3000	
	SEGUROS MEDICOS Contrato				11329
	ONGs 90				
	PROSAMI 451				
	Promotores				671

FUENTE: ANSAL. SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD. MAYO 1994

- **Antel** , anteriormente aglutinaba a los trabajadores de Telecomunicaciones pero actualmente fueron incorporados al ISSS bajo su administración.
 - **CEL** esta conformado por trabajadores de la Hidroeléctrica, cuenta con 15 clínicas y personal médico bajo contrato, funciona con descuentos al trabajador, no coordina con otros sectores. (tiene I y II nivel de atención).
 - **ANDA** está conformado por trabajadores de acueductos y alcantarillados, cuenta con clínicas y dispensarios, no coordina con otros sectores. (Tiene I nivel de atención).
 - **Sanidad Militar** cuenta con 2 hospitales, aglutina a personal de alta y familiares, funciona con ayuda del gobierno, no coordina con otros sectores. (Tiene I y II nivel de atención).
2. **Sector Privado.** Cuenta con médicos especialistas en su mayoría y radicados el 90 % en el área metropolitana (no se tiene el dato estimado de cuantas clínicas ofertan sus servicios). Organismos no Gubernamentales (ONGs) conformado por personal médico y no paramédico en las comunidades sobre todo a nivel rural está su centro de operaciones.

En todos los servicios el modelo de atención es más de tipo curativo que preventivo, la incidencia de morbi-

mortalidad en enfermedades infecciosas y no infecciosas parece ir en aumento, por las condiciones socioeconómicas bajas y el nivel de pobreza tiende a aumentar.

MARCO LEGAL.

└ **El MSPAS** su marco legal se apoya en la Constitución Nacional en los artículos 65,66 y 69, así como en el Código de salud que contiene vacíos en cuanto a vigilancia sanitaria , y el decreto No 24 de 1989 con amplio poder político en coordinación con otros actores sociales, pero que en la práctica no se da. Su modelo de atención es curativo mas que preventivo.

└ **El ISSS** con inicio en 1945 al 1954 se declara la ley de aplicación reglamento del seguro social y es hasta 1973 aumenta la cobertura de los servicios a nivel nacional, con el surgimiento posterior de "clínicas comunales" con el objeto de descentralizar que funcionan como primer nivel de atención. Su cobertura es del 12.5 %, su modelo de atención es curativo.

└ **Bienestar Magisterial** nace por decreto 588 del 22 de febrero de 1968 creando la ley de servicios médicos y Hospitalarios bajo contratos en el sector privado. Su

cobertura es del 2.7 % , su modelo de atención es curativo.

└ **ANTEL** pasó a ser parte del ISSS cumpliendo los mismos estatutos funciona como de tercer nivel de atención.

└ **CEL** nace incorporando a sus estatutos atención familiar, se desconoce su cobertura , su modelo de atención es curativo.

└ **ANDA** nace incorporada sus estatutos, se desconoce cobertura de atención, su modelo de atención es curativo.

FUENTES DE INGRESO.

Los fondos propios del Gobierno de El Salvador (GOES) constituyen la principal fuente de funcionamiento y financiamiento para las Instituciones Gubernamentales que ofertan servicios de salud. (8-10%)

El MSPAS recibe donativos de la Agencia par el Desarrollo Internacional (AID), del fondo de las Naciones Unidas para actividades de la población (FNUAP), del Programa de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), del Programa Mundial de Alimentos (PMA), del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de gobiernos amigos

como: La Comunidad Económica Europea (CEE). Así como: gobiernos de Italia, Japón, Holanda, Alemania, España, Canadá y Gran Bretaña.

Las fuentes para las otras entidades que ofertan salud es subvencionado por fondos propios o por ayudas Internacionales.

CAPACIDAD DE PLANIFICACION Y GERENCIA EN SALUD.

El Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social cuenta con un Departamento de Planificación . El MSPAS tiene una Dirección de Planificación en salud que asesora al Ministerio y vice-ministro de salud.

Estos son los responsables de diseñar las políticas y lineamientos generales para el Desarrollo de las acciones en salud. El plan maestro de Desarrollo Institucional considera cuatro áreas prioritarias que son: Desarrollo Administrativo, Desarrollo de recursos humanos, Participación comunitaria y desarrollo de los servicios de salud.

1. Desarrollo administrativo. Con acciones de descentralización y desconcentración administrativa, también en la de mejorar la capacidad gerencial. Se cuenta con gerencias en los departamentales con

infraestructura propia , como: departamento financiero contable, departamento de suministros, departamento de personal, departamento de servicios generales.

2. Desarrollo de los servicios de salud. Con el apoyo de organismos Internacionales se elaboran programas con apoyo de Programación Local y SILOS, al momento tienen dificultades técnicas en su implementación.
3. Participación comunitaria. Utiliza apoyo técnico y financiero destinado a programas de participación social.
4. Disponibilidad de recursos. Al momento el número de recursos médicos inscritos en la junta de vigilancia para médicos está por aprox. 7000 médicos que en término de 10 se triplicado por el número de Universidades Privadas que ofertan doctorado en medicina. Se ha incrementado pero no se ha normatizado su quehacer debido a que el 90 % se queda o se instala en la ciudad metropolitana.

Existen otras entidades en áreas técnicas que ofertan formación de personal de salud pero que al momento se consideran insuficientes la formación del recurso recién formado. Es necesario normatizar y regular una Política de Recursos humanos a nivel nacional.

V. PROBLEMAS Y PERSPECTIVAS DEL SISTEMA DE SALUD ACTUAL.

1. **Recolección y disposición de desechos sólidos hospitalarios.**

El Salvador no cuenta en forma sistemática la recolección de desechos sólidos generados por los hospitales, ni tiene confinamiento controlado de los desechos sólidos hospitalarios en algún lugar que reúna las condiciones.

2. **Deforestación de la flora y fauna.**

Afectando la erosión de los suelos, disminución de los mantos acuíferos, sobrecalentamiento.

3. **Contaminación ambiental.** En El Salvador la principal frente de contaminación Ambiental es la combustión, originada por la Industria, transporte, calefacción e incineración de la basura, con la consecuente liberación de “material particulado respirable (PM10), O3 Ozono, el Bioxido de nitrógeno NO2, el Monóxido de carbono CO y bioxido de azufre SO2, con concentraciones altas de aluminio y plomo dañinas a las células del cerebro y corazón, incrementando los casos de enfermedades Respiratorias Agudas en niños y adultos.

4. **Agua.** Según FIAES Fondo Iniciativa para las Américas, se han realizado análisis

Químicos y bacteriológicos de las principales ríos que drenan la cuenca del Río Lempa, con resultados alarmantes de altos índices de bacterias coliformes provenientes de heces fecales humanas, contribuyendo a incrementar los casos en las estadísticas del MSPAS en parasitismo Intestinal y enf. Gastrointestinales.

El total de Industrias que contaminan la cuenca se han detectado 113, sin que hasta el momento sean sancionadas por alguna Instancia, actualmente san Salvador se abastece de agua en un 80% del Río Lempa. Según PNUD el 14% poblac. urbana y el 84 % del area rural no tienen servicio de agua.

5. **Excretas** .El suelo salvadoreño se ve “abonado” constantemente por excretas humanas y animales, no solo la tenencia de letrinas sino que defecan al aire con la consecuente contaminación de frutas y verduras entre otros, la población se estima en 6 millones de habitantes con una extensión territorial aproximadamente de 21040 Km2 perpetuándose los indicadores de salud en enfermedades parasitarias y gastrointestinales. Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales se ven impotentes frente al problema, comprenden que la raíz del problema es estructural, con énfasis en lo económico y Educativo subestimando las intervenciones sin abordar el aspecto cultural con participación

comunitaria, según el PNUD el 48% del área rural y el 16 % área urbana no tienen sistema de disposición.

6. Desnutrición. Según FESAL-93 la desnutrición en niños menores de 5 años es del 11.2% para peso-edad y el 22.8% para talla-edad. Las causas de desnutrición en nuestro país se atribuyen a causas indirectas y directas, como: desempleo, ingresos bajos, familias numerosas, escases de vivienda, falta de educación entre otros, articulado a las tasas de mortalidad infantil de 40X 1000 nacidos vivos, e incrementando las tasas de pobreza en las familias anucleares y nucleares.

Los niños de clase baja carecen de los recursos primarios para satisfacer sus necesidades básicas de vida como la salud, educación y alimentación, desvirtuando otras necesidades como vestuario y recreo.

7. Basuras. Actualmente en El Salvador sobre todo en el área Metropolitana se discute la instalación del nuevo relleno sanitario en Nejapa, con oposición clara de los habitantes y del Ministerio de Salud Publica en su instalación, dejando sin operar el relleno sanitario de soyapango el cual es ya insostenible y su capacidad esta en él limite, con el agravante de que todos los residuos se depositan en un mismo lugar.

En un recién congreso que asistí sobre Epidemiología Ambiental, consorcios mexicanos y Americanos ofertaban rellenos sanitarios a un costo de \$ 100,000 por relleno, sugiriendo la construcción de 12 al año, el país no puede absorber el gasto y costo publico en su construcción es insostenible, agregándose el depósito de desechos sólidos hospitalarios.

El tratamiento de la basura es también

**CUADRO NO 2
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA**

No de Orden	CAUSAS	TASA X 100,000 HAB.
1	Infección Respiratoria Aguda	21,0550.3
2	Parasitismo Intestinal	4.588
3	Diarrea	4.113.1
4	Neumonía	1.681.1
5	Hipertensión Arterial	738.7
6	Mordida x animal trans de rabia	517.9
7	Accidente de Trabajo	479.7
8	Varicela	251.8
9	Gonorrea	66.5
10	Hepatitis "A"	55.8

Fuente: MSPAS. 1997

insostenible, las toneladas que se generan diariamente paradójicamente son el “sosten” de las familias “pobres” llamadas “pepenadores”, que esperan con “ansias” los camiones recolectores de basura, con énfasis en desechos sólidos hospitalarios que los utilizan para realizar obras de artesanía sin comprender la magnitud del riesgo de contraer el SIDA.

El costo económico y social es impredecible al futuro, el costo se traduce a tratamiento y no prevención, el costo ambiental cuantificado según el PIB es de 2.8 %-4.3 %, invertido en : por pérdida de áreas naturales, contaminación agua y desechos sólidos, contaminación del aire, erosión y sedimentación del suelo.

8. Morbilidad y Mortalidad. Para 1994 entre las causas por mortalidad se identifican: mortalidad por cáncer, Enfermedades transmisibles, en niños con bajo peso al nacer, prematuridad 43 %, Asfixia perinatal 36 %, Diarrea y deshidratación 51 %, e Infecciones respiratorias agudas 44 %.¹

Causas por morbilidad, están: tasa de 3.9 x 100,000 hab por Infecciones respiratorias agudas, tasa de 2.3 x 100,000 hab por Infecciones Intestinales, tasa de 1.5 x 100,000 hab por parasitismo intestinal entre otros.

VI. CONCLUSIONES

- └ El Salvador no tiene un Sistema Nacional de Salud integrado por todos los servicios que ofertan salud sea pública o privada.
- └ Se trabaja descoordinadamente con duplicidad de esfuerzos.
- └ No existe una política general de salud aplicable a todos los sectores que ofertan salud.
- └ Las fuentes de ingresos son insuficientes para generar o sostener la infraestructura.
- └ Los problemas de salud son insostenibles con serias dificultades técnicas en la implementación de los programas y proyectos de salud, los cuales son discordantes con las entidades públicas y privadas.

VII. RECOMENDACIONES.

- └ Crear un Sistema Nacional de Salud.
- └ Crear políticas de salud para la Unificación de esfuerzos de las entidades públicas y privadas.
- └ Trabajar coordinadamente y sistemáticamente con otros sectores que ofertan salud.
- └ Asignar un presupuesto a Salud por parte del GOES según necesidades locales.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Cañas ,Sergio. **Análisis histórico estructural de la Organización Sanitaria de El Salvador**, departamento de Medicina Preventiva y salud Pública, Facultad de Medicina, U.E.S. 1989
2. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social: **Análisis del sector salud. La Reforma de Salud, hacia la Equidad y Eficiencia.** Informe Final. Mayo de 1994
3. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. **La Salud de El Salvador.** Visión de futuro. Octubre de 1996
4. ANSAL. **Informe Final.** Mayo 1994
5. FUSADES. **“Cómo esta nuestra economía.** Año 1984.