

T
330
A973a
Ej.3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Facultad de Ciencias Económicas

Escuela de Economía



“Análisis Económico-Social de la Ejecución del Programa de la Política de Atención Primaria en Salud para la Población de 0-14 años: en la Zona Norte de San Salvador (1989-1996)”.

Trabajo de Graduación Presentado por:

Ana Miriam Ayala Ortiz

Lygia María Gómez Flores

Silvia Margarita Hernández Aguirre

Para optar al Grado de:

Licenciatura en Economía

Marzo de 1999



1801171

San Salvador, El Salvador, Centro América

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector :Dr. José Benjamín López Guillén

Secretario General :Lic. Ennio Arturo Luna

Decano de la Facultad de
Ciencia Económicas :Lic. José Adolfo Orellana Sugüenza

Secretario de la Facultad
De Ciencias Económicas :Licda. Alba Bertiz Martínez Rios

Asesor :Lic. Víctor Alonzo

Tribunal Examinador :M.Sc. Santiago Ruiz
Lida. Rosa Ventura de Portillo
Lic. Víctor Alonzo

Marzo de 1999

San Salvador

El Salvador

Centro América

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODO PODEROSO

Por la sabiduría y bendiciones que he recibido a lo largo de mi vida.

A MI MADRE

Hilda, por su sacrificio y apoyo incondicional en todo momento.

A MI QUERIDA HIJA

Karlita, mi mayor tesoro y motivación a seguir adelante.

A FAMILIARES Y AMIGOS

En especial a mi tía Nohemy por sus consejos, a Margarita y Ernesto por su apoyo.

ANA MIRIAN AYALA ORTIZ

A DIOS

Por la vida y sabiduría depositada en mí.

A MIS PADRES

Godofredo y Cristina, por su empuje y sacrificio, en mi formación.

A MIS HERMANOS

Norma, Godofredo y Julio César, por sus consejos y ejemplos que me han brindado siempre.

A MI ESPOSO

Francisco Antonio, por su amor y paciencia.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS

En especial a mis sobrinos: Ricardo, César, Jonatan, Jaime, Paola, Julio y Pablo César; a quienes invito a que estudien y logren así, lo que desean.

LYGIA MARIA GOMEZ FLORES

A MI PADRE DIOS TODO PODEROSO

Que ha estado siempre conmigo.

A MI ESPOSO PRECIOSO

César Arturo, que me ha dado todo su amor y apoyo incondicional, para lograr mis metas trazadas.

A MIS HIJAS PRIMOROSAS

Silvia María, Fátima y Lucía para que les sirva como ejemplo de perseverancia, tenacidad y paciencia.

A MI MADRE

Gladis, por darme su asistencia cuando lo necesito.

SILVIA DE LARIOS

INDICE



CAPITULO I

1.1. MARCO DE REFERENCIA (1984-1988)	1
1.1.1. ASPECTO POLITICO	1
1.1.2. ASPECTO ECONOMICO	4
1.1.3. ASPECTO SOCIAL	12
1.2. PARTICIPACION DEL ESTADO EN LA SALUD	20
1.3. ANALISIS SOCIO-ECONOMICO DE 1989-1994	26
1.3.1. SITUACION POLITICA	26
1.3.2. SITUACION ECONOMICA	28
1.3.3. SITUACION SOCIAL	33

CAPITULO II

2.1. SITUACION SOCIO-ECONOMICA 1994-1999	45
2.1.1. SITUACION POLITICA	45
2.1.2. SITUACION ECONOMICA	45
2.1.3. SITUACION SOCIAL	49
2.2. METODOLOGIA DEL ESTUDIO DE CAMPO	56
2.2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	57
2.2.2. REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA	55

2.2.3. MODELO TERICO	58
2.2.4. PREGUNTAS DE INVESTIGACION	60
2.2.5. DESARROLLO DE HIPOTESIS	61
2.2.6. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	62
2.2.7. SUEJTS DE ESTUDIO	63
2.2.8. OPERACIONALIZACION	65
2.2.9. LEVANTAMIENTO DE DATOS	65
2.2.10. ANALISIS DE DATOS	65
2.2.11. ANALISIS DE LA PERTINENCIA DEL ESTUDIO	66
2.2.12. CONSIDERACIONES ETICAS	66

CAPITULO III

3.1. CARACTERISTICAS DE LA ZONA EN ESTUDIO	67
3.2. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA ZONA	68
3.3. ESTRUCTURA DE LA POBLACION ECONOMICA	72
3.4. COBERTURA DE SERVICIOS PUBLICOS	75
3.5. ASPECTOS SOCIALES	77
3.5.1. EDUCACION	77
3.5.2. SALUBRIDAD Y SANEAMIENTO	79
3.6. ESTUDIO DE CAMPO EN APS	84
3.7. DESARROLLO DE HIPOTESIS	98

CAPITULO IV

4.1. CONCLUSIONES	125
4.2. RECOMENDACIONES	139
 BIBLIOGRAFIA	 150
ANEXOS	153

INDICE DE CUADROS

CUADRO N°	TITULO	PAGINA
1	DEUDA PUBLICA EXTERNA DE EL SALVADOR	4
2	CUADRO COMPARATIVO DE LA INFLACIÓN Y EL IPC (1980- 988)	9
3	CRECIMIENTO DEL PIB Y PIB PERCAPITA EN EL SALVADOR (1984-1988)	10
4	ASIGNACION PRESUPUESTARIA DEL GASTO SOCIAL RESPECTO AL GASTO TOTAL DEL GOBIERNO DE EL SALVADOR	13
5	INDICADORES ECONOMICOS-SOCIALES RURAL-URBANO EN 1988	18
6	INFRAESTRUCTURA DEL MSPAS PARA 1986 ZONA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR	24
7	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CERRADOS A NIVEL NACIONAL (1987)	25
8	FINANCIAMIENTO EXTERNO DE LOS PROGRAMAS DE APS PARA EL PERIODO 1984-1988	25
9	GASTO SOCIAL DEL GOBIERNO, RESPECTO AL PIB (EN MILLONES DE COLONES)	38
10	POBLACION POTENCIAL PARA CALCULO DEL MUESTREO	64
11	CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS Y DIVISION MUNICIPAL DE LA ZONA NORTE DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR	68
12	ESTRUCTURA POBLACIONAL POR EDAD PARA 1992	70
13	FUENTES DE TRABAJO EN LOS MUNICIPIOS DE LA ZONA NORTE DE SAN SALVADOR	73

14 CLASIFICACION DE LA PEA OCUPADA POR SECTORES EN LOS MUNICIPIOS DE ESTUDIO PARA 1992	74
15 PARTICIPACION ECONOMICA POR MUNICIPIO RESPECTO AL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR (1992)	75
16 TASA DE ANALFABETISMO Y EDUCACION EN 1992	77
17 INDICADORES DE SANEAMIENTO BASICO, PORCENTAJE POR HOGARES 1992	82
18 DISTANCIA ENTRE LA UNIDAD DE SALUD Y LA VIVIENDA DEL PACIENTE	86
19 TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO EN LAS UNIDADES DE SALUD	87
20 LUGAR DE REFERENCIA PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	87
21 FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFANTILES	88
22 CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL	89
23 CONTROL DE NIÑO SANO (POBLACION EN ESTUDIO)	90
24 VISITAS DOMICILIARIAS DEL PROMOTOR DE SALUD	90
25 ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS POR EL PROMOTOR DE SALUD	91
26 PARTICIPACION ACTIVA EN LAS CAMPAÑAS DE SALUD	92
27 OTROS RECURSOS HUMANOS EN SALUD DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD	93
28 IMPACTO SOBRE LACTANCIA MATERNA	94
29 COMPLEMENTO NUTRICIONAL DEL NIÑO	94
30 DISPOSICION DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACION ENCUESTADA	95
31 FORMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO	96

32 TRATAMIENTO DE PURIFICACION DEL AGUA	97
33 MAGNITUD DEL PROBLEMA DE SALUD EN LA NIÑEZ ZONA NORTE SAN SALVADOR	101
34 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS EN APS EN ZONA NORTE DE SAN SALVADOR	103
35 INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ZONA NORTE DE SAN SALVADOR	106
36 DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE LA ZONA POR MUNICIPIO	108
37 COBERTURA DE LOS PROMOTORES DE SALUD SEGÚN MUNICIPIO	110
38 PACIENTES ATENDIDOS POR DIA EN LOS MUNICIPIOS EN ESTUDIO	111
39 ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE SALUD EN EL SALVADOR 1990-1993 (EN COLONES)	116
40 ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE SALUD EL SALVADOR 1995	117
41 ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE SALUD EL SALVADOR 1996	118
42 GASTO SOCIAL EN RELACION AL GASTO EFECTUADO EN SALUD	120
43 CUADARO COMPARATIVO DE LA INVERSION REAL EN APS Y ATENCION CURATIVA	124

INDICE DE TRABLAS

1	ESTRUCTURA DEL GASTO SOCIAL RESPECTO AL GASTO ESTATAL EN EL SALVADOR(VARIOS AÑOS)	14
2	INVERSION DE PROYECTOS DE SLAUD POR EL FIS HASTA 1997	115

INDICE DE GRAFICOS

1	GASTO EN SALUD, RESPECTO AL PIB (1973-1995)	41
2	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DEL EL SALVADOR TASA X 1,000 NACIDOS VIVOS	44

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N°	NOMBRE
1	COSTO MONETARIO EN LOS DIFERENTES SECTORES POR LA DESTRUCCION ARMADA
2	BRECHA COMERCIAL DE EL SALVADOR 1984-1988
3	ESTRUCTURA DE LA POBLACIONAL URBANO Y RURAL
4	ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE SALUD SEGÚN PROGRAMA 1980 - 1988
5	INDICADORES MACROECONOMICOS DE EL SALVADOR 1989-1995
6	COMPORTAMIENTO DEL NIVEL DE INFLACION

- 7 CLASIFICACION SECTORIAL DEL GASTO PUBLICO 1990 - 1995
- 8 TASA DE DESEMPLEO Y SUBEMPLEO
- 9 EVOLUCION DEL SALARIO NOMINAL Y REAL
- 10 COSTO DE CANASTA BASICA FAMILIAR
- 11 INGRESO MENSUAL POR FAMILIA PARA 1995
- 12 GASTO PUBLICO EFECTUADO EN SALUD 1989 - 1995
- 13 CAUSAS EN MORTALIDAD INFANTIL 1995
- 14 DESTINO DE REMESAS POR HOGARES RECEPTORES
- 15 UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL DEL PAIS 1995
- 16 PROGRAMAS DE APS EN EL SALVADOR, 1994 - 1999
- 17 COBERTURA DE SERVICIOS DOMICILIARIOS EN LOS MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR 1992
- 18 TABULACION DEL ESTUDIO DE CAMPO REALIZADO EN LA ZONA NORTE DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR

RESUMEN EJECUTIVO



El Salvador como país en desarrollo se ve en la necesidad de invertir en desarrollo humano (salud y educación). El presente estudio se enfoca en el análisis de los Programas y/o Proyectos de Atención Primaria en Salud, hacia la población infantil, en la zona rural.

La investigación se realiza a través de un Método Teórico-Práctico que permite comparar las políticas de salud del período en estudio con las necesidades de la población infantil, ante los problemas de morbi-mortalidad que presentan.

Dentro del contexto económico, social y político del país es necesario articular todas las políticas que contribuyen al Desarrollo Social de la población infantil para obtener a futuro una Población Económicamente Activa (PEA) con altos niveles de productividad y lograr así un óptimo desarrollo económico sostenible y sustentable.

El estudio toma en cuenta las políticas implementadas en años anteriores (1984-1994), logrando identificar un común

denominador en todos los períodos, donde siempre se propone a nivel teórico, la descentralización de los recursos y servicios, descontaminación ambiental, entre otras. El problema radica en la implementación y ejecución de éstas ya que no responden a las causas que originan los problemas de salud sino que dan un tratamiento curativo y una pequeña parte para la atención primaria cuya fuerza es más una propuesta preventiva y de desarrollo de la salud para minimizar los problemas de salud en los infantes (enfermedades epidemiológicas). Finalizando con recomendaciones que conllevan a la necesidad de crear políticas específicas para los problemas de salud que presenta la niñez en la zona de estudio, además de fortalecer la coordinación con otros organismos que trabajan en salud y una mayor participación activa de la comunidad en la toma de decisiones para buscar alternativas de solución de los problemas de salud.

INTRODUCCION

La Constitución de El Salvador, establece en el artículo N°1 que todo ciudadano tiene derecho a la salud, pero para que este derecho sea efectivamente universal, es primordial que las condiciones de los ciudadanos sean de alguna manera similar, es decir, que los miembros de la sociedad puedan contar con las condiciones mínimas para superar sus condiciones de ingreso.

La Salud se percibe cada vez más no solo como un indicador de la capacidad de un país para satisfacer necesidades más básicas de la población, sino como factor esencial para asegurar la calidad de vida y del recurso humano de los cuales depende definitivamente la productividad y producción en la economía.

Es por ello que se debe considerar básico el análisis de Atención Primaria de Salud (APS) para la población que a mediano y largo plazo se integrará a la Población Económicamente Activa, es decir, los niños de 0-14 años; para este estudio se realizó específicamente en la zona norte del Departamento de San Salvador; teniendo como

parámetro el desarrollo humano, siendo este un medio para alcanzar el desarrollo económico. Es necesario, prestar atención a las políticas públicas sociales, encaminadas a la reducción de la pobreza y sustentabilidad del desarrollo económico y social a mediano y largo plazo, la salud juega un papel importante en el desarrollo social y sostenible, por ello se centró el estudio en analizar como se está desarrollando el programa de APS que promueve la participación comunitaria y descentralización de los servicios para lograr una mayor cobertura de la población objetivo.

Para la elaboración del estudio se desarrolló de acuerdo a los siguientes capítulos.

En el primer capítulo se aborda la situación política, económica y social del país en el período 1984-1994. Concretizando en la situación de salud y en la participación del Estado.

En el segundo capítulo se analizó la situación político, económico y social de los años 1994-1996; se sintetizó las políticas de salud, especialmente de APS, para estos años y

su alcance. Para el proceso de estudio se retomó el método de Investigación Evaluativa de Salud aplicándolo a la población objetivo.

El tercer capítulo se realizó un análisis socio-económico de la zona de estudio basado en la información recopilada a través de la investigación de campo y de los datos del último censo de población de 1992, se verificó el cumplimiento o no de hipótesis.

Finalmente, el cuarto capítulo se concluyó en los aspectos más relevantes de cada uno de los anteriores y que brindaron los elementos de juicio necesario para luego retomarlo de base y realizar algunas recomendaciones que serán de utilidad para la elaboración de proyectos de salud realizados en esa zona o para la ejecución de éstos, ya sea los puestos en marcha y/o los proyectos por realizar.



CAPITULO I

1.1. MARCO DE REFERENCIA (1984-1988)

El período se caracterizó por una crisis político, económico y social, ocasionada en gran parte por la concentración de la tierra y la desigualdad en la distribución del ingreso nacional, dentro de una guerra civil que tuvo sus comienzos a principio de la década, y que fue profundizando esta crisis, ante ello el Gobierno mantuvo políticas económicas, políticas y militares, que tuvieron una injerencia directa de la política norteamericana que respondió en primer momento al conflicto armado.

1.1.1. ASPECTO POLITICO

Por primera vez en la historia del país durante el año de 1984, se realizaron las primeras elecciones democráticas, saliendo electo el partido de la Democracia Cristiana representado por el Ing. José Napoleón Duarte, período en el cual no fueron capaces de dar respuesta a la crisis y al reclamo de la voluntad popular.

El gobierno buscó el diálogo entre las partes involucradas del conflicto militar y de esa forma obtener la paz del pueblo salvadoreño; el mayor obstáculo al interior del país fue el rechazo de la propuesta, entre ellos, los militares quienes consideraban al diálogo como un juego de políticos que entorpecía la marcha de la guerra; por otro lado, la Empresa Privada quien junto con su brazo político se opuso al diálogo y, por el contrario, fuerzas sociales como sindicatos, universidades, iglesias, organizaciones no gubernamentales de promoción humana, promovieron la iniciativa hasta llegar a una coordinación nacional de dichas fuerzas (Debate Nacional por la Paz).

Como resultado de la falta de diálogo se dio en el país una profundización del conflicto, reflejándose en una inseguridad social, desconfianza e incertidumbre económica que desembocó en una fuga de capitales, disminución de ahorro e inversión; y en el campo social se experimentó una migración interna, que tuvo su efecto en la creación de los cinturones de pobreza en los alrededores del Area Metropolitana de San Salvador, donde a partir de 1986 se da el proceso de reubicación, repatriación en calidad de población civil en zonas de conflicto; otro efecto, fue la

creación de los grupos de refugiados, desplazados, y las migraciones hacia Estados Unidos, principalmente, en carácter de asilo político e ilegales.

En general, la población tuvo un deterioro en sus condiciones de vida como resultado de las retribuciones del crecimiento económico y los beneficios de la modernización social de las últimas tres décadas que no se filtraron significativamente a la mayoría de la población, manifestándose a la vez en una presión social.

Según la Secretaría de Reconstrucción Nacional, la guerra tuvo un costo social aproximado de más de 75,000 muertos, decenas de miles de heridos, casi un millón de personas emigradas y dos millones de desplazados transitoria o permanentemente desde sus hogares a otras áreas; daños a la infraestructura del país (cerca de US\$ 1,579 millones), principalmente en: Acueductos y Alcantarillados; Telecomunicaciones; Caminos y Puentes; y Energía Eléctrica (ver anexo 1).

En esta década el país se caracterizó por poseer una política y economía de guerra, financiada básicamente por

la ayuda estadounidense, la cual estuvo sujeta a resolver este problema destinándose de esa forma 2/3 partes de esa ayuda a gastos de guerra, el comportamiento de la ayuda financiera aumentó de 9.5 millones de dólares en 1979 a 607.9 millones de dólares en 1988¹; donde la prioridad no era la solución de problemas socioeconómicos sino, erradicar cualquier indicio de una política socialista o comunista en el área centroamericana, razón por la cual se cerraron los espacios políticos de participación civil, agrediendo a Sindicatos, Universidades o cualquier movimiento social que promueva la justicia y la equidad de los derechos humanos.

1.1.2. ASPECTO ECONOMICO

Básicamente el plan económico estuvo orientado por las políticas norteamericanas, que financiaron dicho plan a través de donaciones y préstamos; teóricamente las políticas se caracterizaban por una intervención directa del Estado en la economía, con una planificación detallada de las actividades económicas, donde el Estado asumía un papel de productor, consumidor y regulador.

¹ Política económica No. 31, UCA, 1989.

Económicamente se tuvo una concepción similar al de un modelo Estructuralista, sin embargo, las medidas gubernamentales en esta línea, continuaban con sus políticas que fortalecían al sector del capital más progresista principalmente al sector industrial de exportación, el cual no fue afectado por las reformas económicas.

El plan de gobierno denominado "Un Sendero hacia la Paz" tuvo como objetivo: Estimular y expandir la actividad del sector privado y controlar el nivel de la inflación. Pero este Plan se encontró con obstáculos: primero, fue rechazado por los sectores agro-exportadores tradicionales, el gobierno no tuvo la capacidad de articular un proyecto de clase, logrando el consenso social mínimo que lo haga viable; segundo, por la agudización del conflicto armado y sus efectos, que se convirtió en un obstáculo de la política económica; tercero, por el clima de incertidumbre-especulación generalizado que limitó el ahorro, los niveles de inversión y por consiguiente la capacidad de generar empleo.

Entre las metas fundamentales del plan económico se encuentran: La reducción del déficit presupuestario y la reducción de la extrema dependencia de la balanza de pagos por los niveles extraordinarios de financiamiento externo. Esto fue canalizado por medidas concretas de política económica en sus aspectos: Política Monetaria y Crediticia, Política Cambiaria, Política Fiscal y Política de Protección del ingreso; las cuales son utilizadas como marco comparativo con lo realmente ejecutado.

*** Política Monetaria y Crediticia:** Orientó los recursos financieros hacia el fomento de las actividades industriales y de la exportación no tradicional. La acción crediticia fue totalmente politizada, lo que afectó que el crédito realmente no fuese una herramienta de desarrollo, incrementándose el nivel de consumo suntuario.

*** Política Cambiaria:** Los objetivos fueron fomentar la competitividad de las exportaciones, especialmente las no tradicionales; disminuir las importaciones y la excesiva cotización del dólar en el mercado negro. Los logros obtenidos fueron: un mejor precio de venta para las exportaciones por el incremento del tipo de cambio de \$2.50

a ¢5.00 en 1986, pero debido a la devaluación progresiva se registró una creciente inflación generando una disminución de saldos reales, soportando la carga la mayoría de la población.

*** Política Fiscal:** Su objetivo fue la reducción del déficit fiscal mediante la austeridad y racionalización del gasto público; también se proponía el aumento de la recaudación de impuestos cuyo efecto se presentó en el aumento de costos de los bienes y servicios los cuales fueron trasladados a la población consumidora vía precios con un efecto cascada.

Al estudiar los componentes de las finanzas, por parte de los ingresos fueron incrementados por lo impuestos de timbre, impuestos de café, devaluación de la moneda, las donaciones y las remesas familiares de alrededor de un millón de salvadoreños que residen fuera del país, este último fue lo que ha mantenido a flote la economía salvadoreña. Pero se tuvo una expansión del gasto global por tener mayor participación de servicios domésticos, financieros que era para amortizar la deuda generada por el conflicto armado que absorbía el 52% del presupuesto

nacional y por un incremento en cuanto al aparato de Estado para ejecutar las políticas, representando esta carga administrativa una fuerte presión dentro del presupuesto nacional y para contrarrestar este efecto, el gobierno se propuso disminuir el consumo público, lográndolo a través del congelamiento de salarios, disminución en los gastos de inversión y recortes en los gastos de funcionamiento de algunos Ministerios Públicos destinados a satisfacer necesidades sociales, tales como: Educación y Salud. Para reducir el déficit se incurrió en la emisión de bonos, y cerrando cada año con una deuda flotante por tener al final del año una brecha no financiada (ver cuadro N° 1).

CUADRO N° 1
DEUDA PUBLICA EXTERNA DE EL SALVADOR
(EN MILLONES DE COLONES)

Clasificación	1984	1985	1986	1987	1988
Desembolsos	323.4	381.7	571.4	554.1	555.4
Amortización	95.9	120.1	251.6	265.7	172.2
Saldo	2,714.2	2,975.9	6,271.6	6,560.0	6,943.1

Fuente: Revista BCR, varios años.

*** Política de protección del ingreso:** se proponía un ajuste de los salarios mínimos del campo y la ciudad; así como proteger los precios de la canasta básica de consumo. Sin embargo el mayor problema de la economía ha sido, el aumento continuo de los precios, puesto que por una parte

ha reducido de manera marcada el ingreso real de la mayoría de la población y por otra ha inducido un desajuste mayor en la balanza comercial, al reducir la capacidad de competitividad de las exportaciones en circunstancias en que la inflación, la apreciación artificial de la moneda, la misma caída de la producción y la rigidez estructural de las importaciones, hacían que estas se mantuvieran a niveles relativamente elevados. Aunque para 1988 la inflación era de 19.8% (ver cuadro N° 2), algunos rubros de la canasta básica tuvieron disminución (vestuario, misceláneos), mientras que alimentos siempre a presentado aumentos aún por la emisión de decretos para regular² el precio de los llamados "bienes salarios", estas presiones inflacionarias se debieron a la incidencia del déficit fiscal, tanto por su cuantía como por su forma de financiamiento.

CUADRO N° 2
CUADRO COMPARATIVO DE LA INFLACION Y EL IPC
(1984 - 1988)

AÑOS	INFLACIÓN	IPC (Base 92)
1984	11.70	21.18
1985	22.31	29.95
1986	31.94	36.43
1987	24.85	43.57
1988	19.80	51.52

Fuente: Revistas del BCR, varios años.

² Esta regulación se dio a través del Instituto de Regulación y Abastecimiento (IRA).

Todas las medidas para reactivar la economía aparentemente tenían algún éxito al crecer el Producto Interno Bruto (PIB) en todos los años 1984-1988, pero las tasas fueron muy bajas y en términos por habitantes son parecidas a cero (ver cuadro N° 3), lo que refleja que las medidas impulsadas no tuvieron impacto o el logro que se esperaba ya que el país redujo su producción y por otro lado el consumo aumentó obligando a incrementar las importaciones teniéndose así un desajuste en la balanza comercial que se tradujo en una brecha comercial cada vez más grande, como se muestra en la gráfica (Anexo N° 2). Al finalizar el período se tuvo un mayor déficit comercial que al inicio de éste, lo que conlleva a un estancado desarrollo económico.

CUADRO N° 3
CRECIMIENTO DEL PIB Y PIB PERCAPITA EN EL SALVADOR
(1984 - 1988)

AÑOS	PIB	PIB (Pc)
1984	2.3	1.3
1985	2.0	0.5
1986	0.6	-1.2
1987	2.7	0.8
1988	0.5	-0.8

Fuente: Balance Preliminar de las Economías
Latinoamericanas.CEPAL

La mínima recuperación en la producción no fue más que por los cuantiosos recursos que una vez más recibió el país en la forma de ayuda aunque no restó preocupación ante el

estado depresivo en toda la economía, principalmente en el sector agropecuario por la drástica reducción de la cosecha de café, baja productividad de productos de exportación tanto por su variación en los precios como por la reducción del área sembrada y también por factores exógenos (condiciones climatológicas) que afectan los cultivos.

EL EMPLEO

En el orden social el desempleo vino a agudizar la crisis. En 1985 la tasa de desocupación era de alrededor del 30%, el virtual estancamiento de la actividad productiva, los nuevos contingentes de población que se incorporan a la fuerza laboral y los daños causados por el terremoto, tenían necesariamente que haber agravado esta situación. El empleo se caracterizó por ser más acentuado en población con 7 a 12 años de escolaridad y ha aumentado la actividad del pequeño y micro empresario convirtiéndose en una alternativa frente a las condiciones tributarias y prestaciones de ley en que se desenvuelve el sector formal de la economía.

En el área rural el desempleo aumentó debido al abandono de tierras, una baja productividad agrícola, y fuga de mano de obra causado por el conflicto militar.

1.1.3. ASPECTO SOCIAL

A lo largo de la década la estructura de la población rural ha sido siempre de mayor porcentaje (55%) con respecto a la población total, pero al transcurrir los años la población rural ha ido disminuyendo y la población urbana aumentando debido a: la inmigración de la población rural cuyas causas fueron por falta de empleo, destrucción de sus hogares, saqueos, amenazas y peligro por el conflicto armado, creando en los alrededores de la ciudad los cinturones de pobreza y con ello aumentando la demanda de servicios públicos. El comportamiento de la población rural y urbana es ascendente como se puede observar en la gráfica (Ver anexo N° 3), así también en los siguientes años creció la población nacional con una tasa de 2.1% anual, pero para el área urbana de 3.1% y para el área rural de 1.1% anual.

A mediados del siglo XX la política social, fue concebida para la seguridad social, sin embargo con el proceso de industrialización, crecimiento urbano, etc., se tuvo que

incluir dentro del sistema político social a los nuevos grupos de pobreza como resultado de los procesos anteriores de explotación, ante tal situación surgió la necesidad de que el Estado asumiera parte del costo real de la mano de obra no solo a través del sistema de seguridad social sino también en el diseño y aplicación de políticas y estrategias de salud y educación. En El Salvador la política social ha variado y ha respondido a los conceptos de las agencias internacionales que la financiaron, en especial de los Estados Unidos de Norteamérica; en esta década ante la situación de guerra, desempleo, inflación, y los cambios internacionales, la política social lejos de ser incentivada sufrió una disminución con respecto al gasto total (Ver cuadro N° 4).

CUADRO N° 4
ASIGNACION PRESUPUESTARIA DEL GASTO SOCIAL
RESPECTO AL GASTO TOTAL DEL GOBIERNO DE EL SALVADOR

AÑOS	GASTO TOTAL	GASTO SOCIAL	PORCENTAJE
1984	2,731.7	714.9	26.10
1985	2,360.3	692.6	29.34
1986	3,742.1	870.9	23.27
1987	3,473.1	939.6	27.10
1988	3,553.0	939.6	26.44

Fuente: Ley de Presupuestos, varios años.

Esta disminución del financiamiento se debió, en primer lugar, porque es considerada como política sectorial sin

ninguna integración con otras políticas; en segundo lugar, por considerarse como una política universal no dirigida hacia los más pobres, sino las políticas tenían acceso a todos los sectores de la población; y en tercer lugar, porque no se definió una línea clara o estrategia para el desarrollo de la política, por lo que algunas acciones sociales que realizó el Estado se concentraban en las ciudades y el área rural quedó abandonada.

El abandono se reflejó en el financiamiento del gasto social per capita, disminuyendo de ¢275 a ¢225 de 1984 a 1988 respectivamente; además el comportamiento de las cuotas de gasto social a los gastos estatales en porcentajes se observó lo siguiente:

TABLA N° 1
ESTRUCTURA DEL GASTO SOCIAL RESPECTO AL GASTO ESTATAL
EN EL SALVADOR, VARIOS AÑOS.

RUBRO	1985	1986	1987
EDUCACION	13.8	13.8	16.4
SALUD	6.7	5.8	6.6

Fuente: ISED, 1994.

Los fondos destinados para salud y educación son mínimos, estos servicios sociales quedaron marginados deteriorándose las condiciones de vida y comenzó a tener mayor

trascendencia la categoría de "Pobreza Extrema", fruto de la polarización económica y social.

Durante el período las ONG's y el sector iglesia entraron en el campo social captando y fortaleciendo la solidaridad de la sociedad, atendiendo comunidades en zonas de conflicto, a víctimas de guerra, atención a zonas de extrema pobreza y en zonas de desastres naturales; en su mayoría, ha sido población vulnerable (niños y mujeres) la que se ha encontrado bajo estas circunstancias. Cumpliendo un papel importante en esta área con programas de salud, educación, vivienda, alimentación, proyectos productivos, participación y organización comunitaria ante la ausencia de políticas sociales claras del Estado y que dan cobertura a esta población desprotegida.

A continuación se hace un breve planteamiento sobre la situación de vivienda y educación el cual afecta directa o indirectamente la salud.

EDUCACION

Los daños más graves al sector educación fueron: a) la escasa cobertura, el sistema en la década cubrió un 56% de

la población escolar, b) deserción de la población, MIPLAN reportó que en educación básica el 1° grado es del 49% y de 30% del 2° grado, c) alta concentración de la tasa de analfabetismo reflejada en la población de 15 a más años de edad, en donde, una de cada tres personas adultas no sabían leer ni escribir y el analfabetismo en mujeres es mayor 32% al de los hombres 24%³, finalmente baja escolaridad en la población, en el área urbana es del sexto grado y en la rural es de segundo grado. Además, una baja calidad de la enseñanza y un presupuesto mínimo, agregando la lucha reivindicativa del sector por bajos salarios y pocas prestaciones, todo esto hace del sistema vulnerable. El analfabetismo afecta directamente cuando no se conocen los derechos que tiene el ciudadano para acceder a los servicios sociales que debe brindar el Estado, y para participar activamente en los procesos de lucha social.

VIVIENDA

Este sector ha sido considerado tradicionalmente como un artículo de consumo a excepción de quienes están dentro de un fondo social de vivienda, siendo estos: FSV, IVU, IPFA; fuera de ese sistema que aproximadamente ascendía al 65% de

³ Coyuntura Económica, 1990, No. 28

la población era imposible para la mayor parte de la población adquirir una vivienda digna. La vivienda ha sido uno de los principales problemas que tiene que ver con las condiciones necesarias para vivir y que su condición afecta directamente a la salud de la población, en su mayoría el comportamiento se dejó a las fuerzas del mercado. Sin embargo, se quiere centrar en el análisis de la vivienda rural ya que en nuestro estudio se relaciona más con esta población. Partiendo del criterio de las Naciones Unidas⁴ se estimo que 80% de las viviendas eran deficitarias por carecer de las condiciones indispensables de habitat y que el 60% de éstas deberían ser sustituidas totalmente, cuyas características son las que escasamente se protegen de la lluvia carecen de servicios de agua potable y eliminación de excretas, de una o dos habitaciones con características de hacinamiento, piso de tierras y paredes de adobe o bajareque, significando un peligro para la salud.

SITUACION DE SALUD

En la zona rural se experimentó un porcentaje de pobreza a razón del 77%, y en la zona urbana el 26%, los indicadores de salud más importantes como la pobreza, acceso al agua

⁴ Confirmado por Public Administration Service de los Estados Unidos.

potable, las tasas de mortalidad, morbilidad, desnutrición hacen de la situación de salud de la población salvadoreña un tema importante de política social, para el desarrollo económico sostenible. Y se hace un llamado de atención al tener indicadores muy dispersos entre la zona rural y la zona urbana (Ver cuadro N°5).

CUADRO N° 5
INDICADORES ECONOMICOS-SOCIALES
RURAL - URBANO EN 1988

ZONA	POBREZA %	ACCESO A AGUA POTABLE %	MORTALIDAD (por mil)	POBLACION (millones)
RURAL	77	16.1	58	2.6
URBANO	26	86.4	22	2.2

Fuente: Revista CENITEC # 27.

La salud en este período se vio deteriorada por la escasa oferta de servicios de salud públicos y por la alta oferta de servicios privados a precios inaccesibles para la mayoría de la población. El daño a la salud observado en el índice de morbilidad es aún mayor en la población más vulnerable (niños de 0-5 años) presentando no sólo enfermedades epidemiológicas por causa de insalubridad (no tienen letrinas, agua potable); también es la población que presenta diferentes grados de desnutrición de leve a severa debido a una inadecuada alimentación, resultado de los bajos ingresos mensuales que recibe la familia, que no

alcanza para cubrir lo mínimo de la canasta básica, así también de una falta de información y educación alimentaria adecuada.

El comportamiento de la mortalidad infantil que fue de 58 por mil nacidos vivos en 1986 y luego a 57 por mil nacidos vivos en los años en 1988, se ha observado que no ha disminuido significativamente, porque aún se encontró por arriba del índice de mortalidad en América Latina siendo en 1988 de 42 por mil nacidos vivos. Las principales causas de mortalidad infantil en el país son: a) infecciones gastrointestinales, b) infecciones respiratorias, c) desnutrición proteico energético, anemias; causas que se asocian a las presiones internas ejercidas sobre el medio ambiente, principalmente la contaminación del agua y del aire, la falta de saneamiento del agua para el consumo humano, la insuficiencia de vivienda; las condiciones de vida de la población son bajas si se observa los indicadores de la zona rural se reflejó: a) un 20% de la población se abastece de agua potable, b) solo el 10% de la población rural tiene eliminación de excretas y c) el 28% de la población tiene un grado severo de desnutrición; esta población considerada como grupos

vulnerables y aumenta con facilidad el grado de morbilidad y mortalidad en la población de 0-5 años, según datos de ANSAL.

1.2 PARTICIPACION DEL ESTADO EN LA SALUD

La participación del Estado en la salud es ejecutada por el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS), la cual es concebida como un instrumento necesario para la reproducción del modo prevaleciente de producción de la sociedad salvadoreña.

El Estado frente a la salud ha presentado una concepción de atención con un enfoque eminentemente curativo, de manera tal, que se restablezca la fuerza de trabajo y consecuentemente se incremente la tasa de explotación. Con este enfoque de tipo curativo concentró sus recursos en los centros urbanos más próximos a los centros de producción, atendiendo principalmente la patología que se presenta en los hospitales y centros de salud públicos, que está condicionada a la dependencia tecnológica. Teóricamente tuvo una cobertura de 83% pero en la práctica ha sido muy limitada por su capacidad de atención, por su infraestructura, tipo de servicios que brindó cada centro,

y la limitada disponibilidad de insumos o suministros de medicamentos.

Si estudiamos el "deber ser" de la participación del Estado, teóricamente y de acuerdo a la Constitución Política de El Salvador, debe garantizar la salud del pueblo según el Art. No. 1 el cual literalmente dice: "El Salvador reconoce a la persona humana como el fin de la actividad del Estado, para la consecución de la justicia, de la seguridad jurídica y del bien común. En consecuencia es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República el goce de la libertad, la salud, la cultura y el bienestar económico y la justicia social." La salud por la tanto debe ser garantizada y gratuita, sin embargo, si analizamos la ejecución de las políticas planteadas por el MSPAS son mínimas pese a tener objetivos y metas. Como por ejemplo:

- Atención integral de la salud de la población.
- Poder estructurar el primer nivel de atención, con énfasis en la participación comunitaria y el fortalecimiento de las municipalidades conscientes de la articulación intersectorial.

- Desarrollar un proceso gradual de descentralización que permita a los niveles regional y local la toma de decisiones y la administración de los recursos.
- Promover el desarrollo armónico y utilización racional de los recursos humanos y tecnológicos.
- Crear mecanismos con miras a configurar en largo plazo, un sistema racional de salud acorde con la organización jurídico-administrativa nacional y la disponibilidad de recursos.

Para lograr los objetivos antes mencionados se plantearon estrategias dentro de las cuales se formulaban programas orientados a los tres niveles de salud, los que a largo plazo de la década han tenido variación en la asignación presupuestaria sin obtener logros positivos.

El Presupuesto Nacional para el sector salud ha tenido un aumento mínimo en cada año pero en términos reales cada vez fue disminuyendo por el efecto inflacionario que es mayor al aumento nominal, éste a la vez experimentó cambios en su composición ya que los programas se fueron reduciendo (Ver anexo n° 4). Las modificaciones que se realizaron son: para 1982 se unen dos programas de abastecimiento de agua; en

1983 desaparece el programa de Financiamiento para Gastos de Inversión de Instituciones Autónomas y otras entidades, a partir de ese año los programas de ejecución se financiaban a través de préstamos internos y externos, manteniéndose el Fondo General sólo para gastos administrativos; y en 1985 desaparece el programa de Nutrición desligándose de esa forma el financiamiento por parte del gobierno, deduciendo que la fuente de financiamiento para los programas de APS fueron las donaciones externas y préstamos; durante ese tiempo surgieron otras instituciones no gubernamentales.

El MSPAS funcionó administrativamente de manera muy deficiente y con un excesivo nivel de centralización, observándose además una alta concentración de profesionales en las áreas urbanas, particularmente en San Salvador, fenómeno que va en detrimento de los niveles de salud de la población rural.

Por otro lado la infraestructura de los establecimientos de salud ha sufrido también un acelerado deterioro debido a su deficiente mantenimiento y a la concentración de los establecimientos de salud en el área metropolitana (Ver

cuadro N° 6), eso significa que también el recurso humano como el financiero se centran y focalizan en esta área.

CUADRO N° 6
INFRAESTRUCTURA DEL MSPAS PARA 1986
ZONA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR

TIPO DE INFRAESTRUCTURA	TOTAL PAIS	% EN SAN SALVADOR
Hospitales	14	4.3
Centros de Salud	12	3.7
Unidades de Salud	98	30.0
Puestos de Salud	159	48.8
Puestos Comunitarios	34	10.5
Dispensadores de Salud	9	2.7
TOTAL	326	100.0

Fuente: Memoria de Salud, 1986.

Resultado de esta concentración fue el deficiente mantenimiento en el área rural, y por lo tanto la ausencia de atención en salud a mucha población necesitada de estos servicios (Ver cuadro N° 7); y los pocos que funcionaban presentaban problemas de financiamiento, donde el MSPAS sólo destinaba menos del 25% de su presupuesto para las unidades, centros y puestos de salud en todo el país y reconociendo que de ese 25% casi el 65% era para funcionamiento; el restante del presupuesto de la nación para salud estuvo encaminado a la ejecución de programas.

CUADRO N° 7
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CERRADOS
EN EL SALVADOR (1987)

ESTABLECIMIENTOS	CANTIDAD
CENTROS DE SALUD	13
PUESTOS DE SALUD	126
PUESTOS COMUNITARIOS	14
DISPENSARIO DE SALUD	5

Fuente: Memoria de salud, 1988 MSPAS.

Los programas que tenían menos financiamiento eran los de Atención Primaria en Salud que influyen directamente en la salud de la niñez, y de ellos casi el 90% aproximadamente depende de donaciones externas (Ver cuadro N° 8).

CUADRO N° 8
FINANCIAMIENTO EXTERNO DE LOS PROGRAMAS DE APS
PARA EL PERIODO 1984-1988 (en millones)

Programa	Finan.	Cobertura nacional (%)
Materno Infantil	¢1.7	35
Lactancia Materna	¢1.5	42
Partera Empírica	¢1.1	56
Nutrición	¢13.4	34
Vacunación	¢2.5	85
Saneamiento Ambiental	¢1.8	44
Acueductos Rurales	¢4.0	26

Fuente: Memoria de Salud 1989.

Es importante mencionar las causas que inciden en el poco desarrollo del sistema de salud, por parte del Estado:

- ▣ La falta de políticas de salud, claramente explicativas para los ejecutores de los Planes Operativos y de administración.

- Deficiente estructura del MSPAS y especialmente del programa APS. Insuficientes recursos financieros, humanos y materiales.
- Situación socio-política y conflictiva que vive el país.

Estas causas determinaron la baja cobertura de la red de salud, pero también fue determinante la deficiente organización de la comunidad para obtener su participación, muy baja promoción en la educación de la salud preventiva en la población, servicios de salud con enfoque eminentemente curativo, deterioro del medio ambiente y deficiencia en el saneamiento básico rural, insuficiencia en la calidad sanitaria de los alimentos y su deficiente control por falta de la infraestructura necesaria.

1.3. ANALISIS SOCIOECONOMICO DE 1989 a 1994

1.3.1. SITUACION POLITICA

Este período marca una nueva etapa de gobierno en el país, primero por que fue dirigido por el partido ARENA, un partido conservador de ultra derecha, con una visión diferente de enfocar las estrategias económica, social y política del país, dentro del marco de la profunda crisis económica, se enfrentó a problemas sectoriales graves,

además agudizando la crisis militar a finales de 1989 se dio una ofensiva armada por parte de la guerrilla salvadoreña ante la negativa del gobierno del Dialogo y negociación Política, económica y militar; esto postergó la reactivación económica para un nuevo año. Manteniéndose los desequilibrios macroeconómicos y por ende un estancamiento económico volviéndose aún más urgente la necesidad de tomar medidas de estabilización para reactivar la economía a corto plazo y así iniciar un proceso de crecimiento y desarrollo económico.

El gobierno se sintió obligado a resolver el conflicto armado para recuperar la imagen internacional del país haciéndolo entre las partes involucradas, para poder reactivar la economía dejando de lado la atención a servicios sociales.

Paralelo a estos cambios económicos se desarrolló un proceso de negociación entre el Gobierno y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), concluyendo con el Acuerdo de poner fin a los doce años de guerra civil. El Acuerdo fue firmado el 16 Enero de 1992,

en Chapultepec, México; en cumplimiento de tales acuerdos, el cese de fuego comenzó el 1° de Febrero de 1992.

1.3.2. SITUACION ECONOMICA

Con la llegada de un nuevo partido al gobierno central, iniciaron un proceso de reestructuración del Plan Económico y Social pretendiendo sostener su plan de acción en el Modelo Neoliberal impulsado por la AID y BM para América Latina, el cual se manifiesta en sus políticas de ajuste y apertura. La visión del Estado facilitador o regulador y no de benefactor; un ejemplo particular de salud, es creer que el servicio de salud debe ser dejado a la iniciativa privada por la eficiencia que esta tiene en el desarrollo de la atención.

La estrategia neoliberal para reducir la acción estatal, lo hace a través de la privatización de la producción de los servicios; el recorte al aparato de Estado eliminando programas sociales y reduciendo beneficios, dejando la atención del sector social a través de la Teoría del Rebalse. El Neoliberalismo pone al crecimiento económico como la razón de ser de la economía abriendo sin restricciones las fronteras para mercancías, capitales o

flujos financieros y dejan sin suficiente protección a los productores más pequeños y débiles. Liberan de impuestos y de las obligaciones con el medio ambiente a grupos poderosos, los protegen para acelerar el proceso de industrialización y construcción siendo así como provocan una concentración todavía mayor de la riqueza y el poder económico que poseen. Una de sus acciones es la estabilidad de las variables macroeconómicas: Presupuesto Fiscal equilibrado, reducción de la Inflación y Balanza de Pagos estable y sin atender los problemas de la población que resultan de estos ajustes que tienen que ser atendidos simultáneamente por una política de Estado.

La estrategia esta planteada a un desarrollo sostenible y sustentable en el tiempo, siendo estas:

- a) Ajuste y crecimiento orientado hacia las exportaciones.
- b) Minimizar el ajuste estructural sobre los pobres.
- c) Modernización del aparato productivo del país.
- d) Formación de capital humano.
- e) Reducción de la pobreza.

Concerniente a la política de desarrollo económico comprende objetivos a largo plazo tales como: lograr una economía fuerte y competitiva, con crecimiento alto y

sostenible, eliminar la dependencia de la ayuda externa; y objetivos a corto plazo como: reactivar la economía, generar mayor empleo productivo, aumentar la cantidad y calidad de bienes y servicios accesibles a los consumidores, mejorar los salarios y las condiciones laborales y fomentar las exportaciones. Para lograr lo anterior se propone: Liberalización del mercado, privatización de la economía, apertura del mercado interno y una disciplina monetaria y fiscal por parte del Estado.

Respecto a la política de desarrollo social se propone como fin: "Erradicar la pobreza extrema del país y lograr el desarrollo integral del ser humano", para realizarlo proponen un plan de emergencia de corto plazo donde hay que redefinir el papel del gobierno, reorientando el gasto social hacia los más necesitados en forma progresiva; descentralizándose la administración de los programas sociales en organismos intermedios, públicos y privados, aumentando así la eficiencia en el gasto social.

La difícil situación de El Salvador inició su cambio desde un punto de vista macroeconómico, gracias a varios eventos favorables, entre los más importantes están: El Plan de

Desarrollo Nacional 1989-1994 que retornó la confianza y la inversión del sector privado: La firma con el Banco Mundial de un paquete de ajuste estructural, el que incluyó la reestructuración de la deuda externa y un préstamo de US\$20 millones al sector social; y ayuda adicional de otros donantes, entre los cuales destaca: La Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (AID).

SECTOR PRODUCTIVO

El indicador principal de la actividad económica, es el crecimiento del Producto Interno Bruto - PIB, que mostró en 1989 un leve aumento de 1.1%, año con estancamiento económico; luego dio inicio un crecimiento bastante dinámico (Ver anexo N°5), en donde la variación más pronunciada fue en el año 1992 de 7.5%, en comparación con el año anterior de 3.4%. Este crecimiento fue muy positivo destacándose el dinamismo sólo en el sector terciario, principalmente el sector Financiero, Comercio y Construcción (Ver anexo N° 5)⁵, ha sido básico para la economía las remesas familiares y de las exportaciones, especialmente, maquila, es alarmante el que no se pueda

⁵ La economía de El Salvador ocupó el 3° lugar en América Latina, se observa a la vez un Ingreso Percápita muy por debajo del promedio de A.L.

basar la economía exterior en esta producción por ser una industria golondrina y a la vez que es sólo de ensamblaje lo que hace que el recurso humano salvadoreño no necesite tecnificación por tal razón es mal remunerado.

Indicador Inversión: que demuestra el dinamismo de la actividad económica, si se observa (Ver anexo N°5) el crecimiento ha sido constante, en 1990 se tenían niveles de 13.71% de la inversión total y un 16% de crecimiento, debido en parte a la inversión pública que se dedicó a la construcción.

En la parte fiscal se realizó un esquema de simplificar los impuestos con el objetivo de que los paguen todos, evitando las exenciones, y hacer un esfuerzo de recaudación (Ver anexo N°5), lo cual indica que la recaudación de impuestos ha ido en aumento, es decir que para 1994 el 10.10% del Producto Interno Bruto se recaudó en impuestos, pero comparado con otros países es mínima. A finales de 1992 se implementó el Impuesto al Valor Agregado IVA, en ese año se recaudó cerca del 44% de los impuestos totales; se eliminó el impuesto al patrimonio y el impuesto de timbres fiscales. El IVA desconocido por la mayoría de la

población, se clasifica dentro de los impuestos regresivos (Pagan más los que tienen menos y pagan menos los que tienen más), a medida que se fue implementado se reportó que generalmente existe una evasión de un 57% aproximadamente, lo que invalida al Ministerio de Hacienda al no percibir dichos ingresos.

SECTOR MONETARIO

Los resultados en el sector monetario se tradujeron en un aumento en los depósitos a partir de 1990 derivados de la confianza de todas las personas que colocaron sus depósitos en todo el sistema financiero y es hasta 1993 que se terminó el proceso de privatización de la Banca, seguido de una condonación de la deuda de \$1,600 Millones que fue absorbido por el FOSAFI (Fondo de Saneamiento del Sistema Financiero), quien los transformó en bonos para venta al público a través de la Bolsa de Valores. A la vez se dio un control de la inflación (Ver anexo N° 6), que disminuyó del 19.3% en 1990 a 9.8% en 1991.

1.3.3. SITUACION SOCIAL

Aunque los Acuerdos de Paz dejaron fuera muchos detalles importantes, entre los cuales se puede mencionar, el que no

responden a las causas internas que originó el conflicto social y aunque sus logros fueron desarticular la Fuerza Armada; incorporar a los ex-combatientes de las dos fuerzas a la vida civil, incorporar los de alto mando de las fuerzas militares al poder legislativo; pero no se abogó por la efectiva redistribución del ingreso, motivo por el cual todavía se tiene una marcada diferencia entre ingresos. Establecieron un marco de referencia general para la organización de los sectores sociales y económicos, la respuesta del gobierno ante estas iniciativas fue elaborar un Plan de Reconstrucción Nacional (PRN) el cual identifica áreas de alta prioridad.

Para lograr determinar las necesidades insatisfechas de la población, se recurre a la información brindada por la encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples de 1992, donde los servicios de salud ocuparon un segundo lugar, luego de la infraestructura. Esta claro entonces que el sector salud y en especial el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social juega un papel fundamental en la reconstrucción y reactivación nacional en la post-guerra.

A nivel social si se observa la pobreza referido a la misma encuesta se presenta que el 28.2% de hogares se encontraban en extrema pobreza, el 31.5% estaba en un nivel de pobreza relativa y un 41.3% de los hogares no son pobres. Por lo que el gobierno en su programa social, entre sus objetivos estuvo, reducir significativamente la pobreza absoluta y acelerar la formación de capital humano, creándose así, la Secretaria de Reconstrucción Nacional (SRN); sin embargo los resultados obtenidos son poco alentadores. Dado que el Programa de Ajuste Estructural afectó directamente a la población más pobre esto tuvo como consecuencia la generación de nuevos pobres, para disminuir este efecto el GOES creó las medidas de compensación social a través de la creación del Fondo de Inversión Social (FIS) cuyo objetivo fundamental es "Promover la generación de riquezas y el desarrollo local con la participación de los Gobiernos Municipales, las Comunidades, la Empresa privada y las Instituciones del Gobierno Central, que implementen proyectos de infraestructura social y económica." Sus áreas de atención son: infraestructura social y básica, infraestructura económica básica y proyectos productivos.

Los tipos de proyectos que el FIS a realizado son: Educación (Infraestructura, equipamiento, material educativo), Salud (Infraestructura, equipamiento), Agua Potable, Saneamiento (letrinas, alcantarillado sanitario), Medio Ambiente (cocinas, reforestación), Electrificación, Capacitación Comunitaria, Puentes y Caminos, Mercados, Casas Comunales, Edificios Municipales. Los sectores que han tenido atención son: Educación (54.6%), Salud (5.7%), Agua Potable (8.1%), Saneamiento (13.9%), Medio Ambiente (5.4%), Nutrición (3.2%), Electrificación (6.7%), Otros (2.4%). Quienes solicitan estos proyectos son en mayor participación los grupos comunitarios con 61.0% de proyectos solicitados; el Gobierno Central ha solicitado el 16.1% de los proyectos; las Alcaldías el 14%; ONG's el 6.4%, y las Instituciones Autónomas el 2.5% del total de los proyectos.

Al finalizar el período, la pobreza extrema sigue siendo el problema fundamental del país, constituyéndose como el principal factor de desestabilidad socio-política y la peor amenaza de los Acuerdos de Paz; así lo ha indicado un estudio del Banco Mundial, el cual sostiene "Aunque han existido algunas mejoras en salud y educación,

principalmente en las áreas urbanas, los indicadores sociales continúan ubicándose en los rangos más bajos de la región latinoamericana. Las grandes desigualdades en la distribución de las riquezas, el ingreso y en el acceso a la tierra, exacerban fuertemente las tensiones sociales”.

La estrategia social del gobierno no ha tenido los resultados esperados, después de cinco años de gestión y de ajuste de la economía, los resultados han sido modestos e insuficientes.

La población también esta presentando problemas no solo por la pérdida de su poder adquisitivo sino también por la falta de cobertura de servicios básicos (educación, vivienda digna, agua potable); esta población está creciendo en forma alarmante acompañado a la migración urbana. En el área rural el 81% de la población no tiene acceso a los servicios básicos, lo que conlleva a empeorar las condiciones de salud.

Las reformas económicas introducidas por el Programa de Ajuste Estructural, han permitido un crecimiento económico sostenido, pero no se tradujeron en el cumplimiento de los

objetivos básicos de la estrategia social, especialmente en lo que se refiere a la reducción de la pobreza y al mejoramiento del nivel de vida de la población. Para poder respaldar lo mencionado se puede observar como el gasto social realizado por el gobierno ha sufrido fuerte reducción.

Los datos han sido evidentes de presentar una mínima participación del gobierno en el área social (Ver cuadro N°9), traducándose en la participación de los gastos en educación y salud dentro del gasto total del gobierno, los cuales en 1970 eran de alrededor de 35% respecto al gasto social y en 1993 fueron del 20%; Aunque la participación del gasto social en el PIB ha aumentado, este no es significativo y al desagregar el gasto público se observa que el gobierno, estuvo gastando más en administración y servicios que en desarrollo social (Ver anexo N° 7).

CUADRO N° 9
GASTO SOCIAL DEL GOBIERNO RESPECTO AL PIB
(PIB en millones de colones)

Años	PIB	% del PIB
1989	35,174.3	2.7
1990	36,486.9	2.2
1991	37,791.4	2.4
1992	40,642.7	2.6
1993	43,642.7	2.6
1994	46,258.2	3.7

Fuente: BCR, Presupuestos Ordinarios.

En términos macroeconómicos la economía ha sido estable, en términos de estructura es insostenible a largo plazo, se puede dimensionar a través del empleo que si bien es cierto, éste ha ido aumentando debido al acelerado crecimiento del sector servicios que absorbe mano de obra, en términos de población ocupada, lo que realmente ha crecido es el subempleo, siendo esta la razón de la disminución de la tasa de desempleo (Ver anexo N°8).

Por otro lado, gran porcentaje de empleados se ubican en el sector informal y no gozan de prestaciones de ley; no reciben muchas veces ni el salario mínimo, esto se contrasta con la canasta básica de economía de mercado, mostrándose año con año una pérdida del poder adquisitivo del dinero (Ver anexo N° 9), lo cual hace que aumente la población pobre. Para 1994 el costo aproximado de la Canasta Básica es 4 veces mayor al salario mínimo, siendo este de ¢930.00 (Ver anexo N° 10), lo cual se contrasta con el ingreso mensual de la población, de ese mismo año, por lo que se tiene una alta concentración del ingreso, (Ver anexo N° 11) permitido por los principios rectores del Modelo Neoliberal.

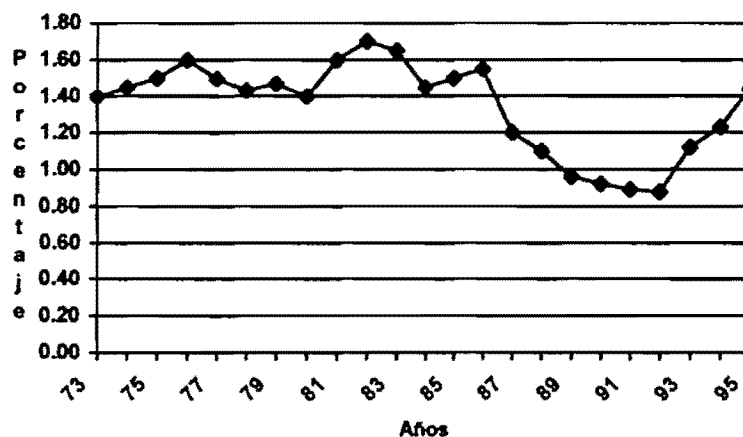
SECTOR SALUD

El comportamiento del Producto Interno Bruto (PIB) en los años de 1994 - 1996 experimentó aumentos; aunque la parte de riqueza nacional generada cada año destinada a proveer servicios de salud ha disminuido comparado con los años anteriores.

Específicamente el gasto de salud ha venido disminuyendo hasta llegar a representar únicamente el 7% del gasto total del gobierno en 1992. Encontrándose muy por debajo del asignado en 1970 que alcanzó un 11%, aún para ese año el porcentaje destinado a salud no era suficiente para cubrir las necesidades en salud para la población que utiliza este servicio (población de escasos recursos)⁶.

⁶ USAID. El Salvador: Política Social y Combate de la Pobreza. Junio 16/1994.

GRAFICO N° 1
GASTO EN SALUD, RESPECTO AL PIB (1973-1995)



Fuente: Elaboración propia con base Min. de Hacienda y BCR.

En el gráfico anterior se observa el Gasto Público efectuado en salud, durante el período 1989-1995, mostrando cierto aumento, pero al compararlo con el Gasto Social se ha mantenido constante alrededor del 7.5%, teniendo con respecto al PIB una asignación presupuestaria del 1.5% para 1995 (Ver anexo N° 12); encontrándose muy por debajo del nivel internacional; para poder equipararse a este nivel debe de aumentarse el Presupuesto de Salud Pública cerca del 40% para lograr un desarrollo óptimo en salud.

La salud, por ser un factor determinante en la población es un indicador que refleja el estado físico de la persona y el estado en que se encuentra la Población Económicamente

Activa (PEA), para poder desarrollar a su máxima capacidad la actividad económica a la que pertenece (agricultura, industria, comercio, construcción, etc.) y es a través de este indicador que se puede proyectar la política económica hacia la población. El Salvador cuenta con mano de obra en abundancia, pero ésta debe estar sana, física y mentalmente, para poder lograr desarrollarse capaz y eficientemente en el trabajo que desempeña.

Sin embargo, en salud se tiene un gran deterioro presentado en la mujer y el niño, como grupo más vulnerable dentro de la sociedad, hay que mencionar que sólo el 32% de las mujeres embarazadas y el 29% de los niños menores de dos años tienen acceso a algún tipo de servicio en la salud. Por ejemplo en salud materna cada año mueren 300 mujeres durante el parto; el 20% de los casos son mujeres menores de 19 años, el 40% de los partos siguen siendo atendidos por personal que no esta capacitado para prestar este servicio o se realiza sin ningún tipo de atención.

En salud infantil de cada 1,000 niños nacidos vivos, 46 mueren antes de cumplir su primer año de vida y 63 antes de cumplir los cinco años; principalmente por causas

previsibles. Cuatro de cada 10 menores de 5 años padecen, al menos de un episodio de diarrea aguda al año, el 60% de niños padecen, al menos de una infección respiratoria aguda al año⁷. La mayor causa de muerte en los niños menores de un año es la diarrea e infecciones respiratorias agudas (Ver anexo N° 13), resultado de la situación de pobreza de la población, falta de infraestructura sanitaria; los rebrotes repetidos de los casos de cólera no son sino la expresión de las deplorables condiciones sanitarias en que vive la mayoría de la población.

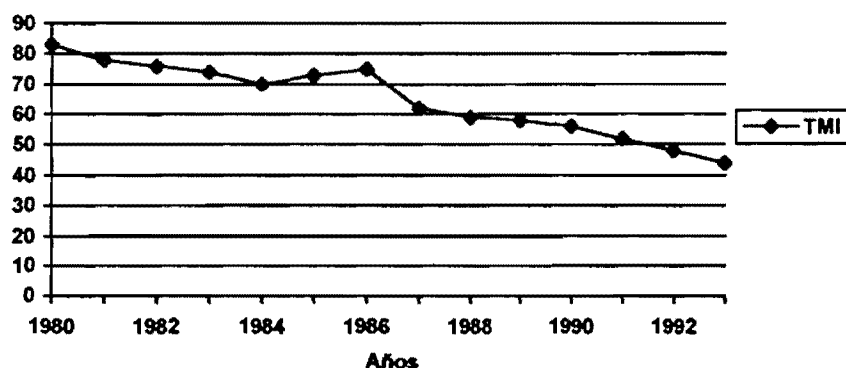
Por otra parte existe deficiente administración de las instituciones gubernamentales del sector, donde el 80% de los recursos del Estado se destinan al pago de salarios. Prueba de ello es, el Estado deplorable en que se encuentran los principales centros hospitalarios del país, con problemas que van desde la falta de medicamentos hasta la falta de equipo e infraestructura.

A pesar de lo anterior es importante destacar que en materia de salud se han obtenido algunos logros como se puede mencionar: La reducción de la mortalidad infantil, el

⁷ UNICEF.Publicorp. Una agenda a favor de la infancia y la mujer de El Salvador, 1994.

aumento de la cobertura del programa materno-infantil, focalización del gasto hacia grupos vulnerables, incluyendo los programas de nutrición, inmunización y la capacitación de parteras empíricas y de promotores de salud.

GRAFICA N° 2
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL DE EL SALVADOR
TASA x 1,000 NACIDOS VIVOS.



Fuente: MIPLAN, UNICEF, 1995.

La información anterior sostiene que la estrategia implementada tuvo una debilidad importante siendo el aumento insuficiente en los gastos del Estado en los programas sociales. Difícilmente puede impactar en los niveles de pobreza; la insuficiencia de financiamiento Nacional y la dependencia del financiamiento externo del Ministerio de Salud, reflejan la baja prioridad que el Estado tiene para resolver el problema de la pobreza.

CAPITULO II

2.1. SITUACION SOCIO-ECONOMICA 1994-1999

2.1.1. SITUACION POLITICA

Con el logro de la paz, a través de la firma de los Acuerdos en Chapultepec, se inicia un proceso intenso de reconciliación nacional que permite asegurar el clima de estabilidad necesario para el crecimiento económico y la paz social, reducir la ayuda externa, comenzar a institucionalizar la democracia e incrementar las formas de participación ciudadana. La apertura democrática, y el clima de paz crean un ambiente que exige mayores prestaciones sociales, sobre todo, para los más pobres, pero a la vez permite los ajustes para lograr esa mayor equidad y eficacia.

2.1.2. SITUACION ECONOMICA

El crecimiento económico fue el inicio del proceso de modernización del Estado, con énfasis en la disciplina fiscal, apertura económica y la necesidad de prepararse para una reducción drástica en la cooperación externa.

Para poder realizar un balance de los primeros años de gobierno del Presidente Armando Calderón Sol, es necesario aclarar que se sigue una tendencia Neoliberal en la economía.

Hasta 1994 se experimentó un acelerado crecimiento del PIB, pero como se ha observado, este crecimiento es frágil, ya que la actividad económica está centrado en el sector servicios, lo cual denota cierta debilidad de la estructura productiva, en su mayoría son actividades no transables y gran parte abarca actividades informales, las cuales se caracterizan por su baja productividad y escasa formación de capital.

Por otra parte el sector que más dinamismo ha tenido es el sector financiero, después de finalizar el proceso de privatización de la banca, éste presenta tasas de crecimiento de 16% o más a partir de 1994. En 1996 la inversión en maquila presenta mayor dinamismo, teniendo así una mayor participación el comercio exterior.

Si bien es cierto que la inversión ha aumentado, es debido a que el destino del crédito, ha estado orientado al

comercio y no a la realización de actividades productivas de largo plazo. La tasa de interés activa en los primeros meses de 1996 es de 24%. El sector comercio recibió en 1995 la tercera parte del crédito total otorgado por el sistema financiero y hay que tomar en cuenta que las tasas activas altas desincentivan las inversiones.

Otra debilidad que presenta la economía es el crecimiento acelerado de las importaciones ya que duplica las exportaciones, complicando el alcance de un crecimiento económico sostenido y sustentable, en el mediano y largo plazo. Por ende el modelo aplicado, lejos de fomentar las exportaciones no tradicionales, en la realidad es dinamizador de las importaciones.

Con la falta de incentivos en la economía, se tiene para 1995 una inflación de 11.5%¹³, reflejándose en la disminución de saldos reales, teniendo una distribución del ingreso cada vez mas concentrada. La pérdida de poder adquisitivo del decil más pobre (20% mayor en comparación al año de 1988); mientras tanto, el decil de más altos ingresos ha experimentado una alza real, superior al 150%.

¹³ Revista del BCR, 1996.

Contrario a ello se tiene que la demanda de bienes ha ido aumentando, debido a la fuente de otros ingresos, como son las remesas familiares, cuyo uso se destina a cubrir las necesidades insatisfechas de la población.

En el Anexo N° 14 se presenta que el 70.3% de los hogares receptores de remesas, lo destinan al consumo y sólo el 5.2% lo destina al ahorro. En el año de 1996, se registró una importante desaceleración, al crecer el PIB sólo un 2.5%. Asimismo, las importaciones experimentaron una reducción de casi el 7%, mientras que los productos de exportación del sector agrícola cayeron 2% respecto al año anterior⁹.

Entre los factores que influyeron en el magro desempeño económico de 1996, figuran la disminución de los precios internacionales del café, el debilitamiento del mercado centroamericano y la reducción del poder de compra de las remesas familiares recibidas del exterior.

El lento crecimiento de la economía fue producto del déficit del gobierno con respecto al PIB, que ascendió

⁹ Equipo Maíz. El Salvador en cifras y trazos, 1996.

bruscamente durante el pasado año, como consecuencia de la falta de dinamismo en los impuestos internos, la caída de los ingresos por derechos de importación y la aplicación de un conjunto de estímulos tributarios, concedidos a las empresas desde septiembre pasado.

2.1.3. SITUACION SOCIAL

El desarrollo y la apertura económica demandan una fuerza laboral competitiva, lo que requiere una población sana y educada. Ese desarrollo tiene también como condición indispensable la estabilidad social y laboral, de allí que los sectores empresarial y laboral, coinciden en priorizar la eficiencia y la equidad en salud y educación.

De este modo el gobierno busca convertir a El Salvador en un "País de oportunidades", para ello se plantea una estrategia global, donde se contempla que los gobiernos municipales se transformen, para asumir el papel de actores principales en los procesos de identificación de los problemas y sus respectivas soluciones; para la ejecución y/o asignación y supervisión de recursos, siendo la comunidad, ONG's y el sector privado quienes ejecuten los

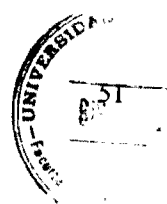
proyectos, obras y programas de desarrollo de las comunidades.

El gobierno desde sus postulados se propone trabajar en el área social para aumentar y mejorar los servicios sociales, a fin de ayudar a elevar el nivel y calidad de vida de toda la población. Sin embargo en la práctica lejos de ser un programa integral desarrolla actividades aisladas y con bajas coberturas.

Los programas sociales se dividen en dos categorías: los que tienen un impacto inmediato de apoyo social para la superación humana y los que rinden sus frutos en el mediano-largo plazo, que se basan fundamentalmente en la inversión en capital humano para lograr el desarrollo pleno de la persona.

SECTOR SALUD

En 1989, es plasmado por el gobierno central las metas de descentralización y fortalecimiento municipal, relacionado con la modernización del aparato estatal; dentro de la visión del nuevo modelo económico neoliberal, la descentralización hacia las municipalidades es un elemento



importante, sobre todo en los servicios a la población, contando con el fortalecimiento administrativo y financiero y la ampliación de cobertura del gobierno.

La descentralización es concebida por los gobernantes de los noventa, como parte del programa de modernización del Estado, para ello debe desprenderse de una serie de servicios públicos, principalmente salud, educación, agua potable, etc. y trasladarlos a la periferia, ya sea por la vía de la desconcentración a niveles inferiores del mismo gobierno o por la vía de la descentralización en la medida en que los municipios estén capacitados para absorberlos.

El fortalecimiento municipal se concibe para preparar a los gobiernos locales para ser receptores válidos de los servicios que el gobierno central decida trasladar y no para que comiencen a cumplir sus bastas atribuciones de coordinación del desarrollo local y de búsqueda del bien común local. Por otra parte la descentralización también es vista como un medio, para conseguir otros fines decididos por el Estado, los años noventa se caracterizan por haber manejado en mayor escala y con insistencia el

discurso de la descentralización y desarrollo municipal, pero en la práctica se ha avanzado muy poco en el área.

En El Salvador, el sistema de atención a la salud es de carácter público y privado. En el caso del sector privado la población que accede, es la que tiene capacidad de pago y en el sector público es la población en general, pero está diseñado, para cubrir a la población de escasos recursos económicos que se encuentran dentro del sector económico informal.

El Sector Salud es financiado por el Ministerio de Hacienda a través de la asignación presupuestaria y de organismos internacionales en concepto de préstamos y/o donaciones, son canalizados a través del Ministerio de Salud, éste a su vez, con la regional de salud y luego con la departamental, hasta llegar a unidades y puestos de salud locales, los cuales son atendidos por médicos si es salud curativa y por promotores de salud si es atención preventiva, realizando una serie de actividades a través de las necesidades de las comunidades canalizadas por el promotor. Esto significa que los mecanismos de respuestas son más burocráticos, y con poca capacidad de resolución. Por otro

lado las ONGs, tienen una intervención más directa con la comunidad y por ende los recursos llegan con mayor precisión y eficiencia.

Conociendo la problemática en que vive la población, de contar con mínimos ingresos, en el que destina todo su ingreso al consumo, difícilmente podrá invertir en salud, un estudio realizado por ANSAL (Ver anexo N° 15) refleja que el 51.25% de la población se automedica, y aunque el sector público teóricamente atiende el 85% de la población, sólo el 23.63% acude a estas instituciones debido a la escasez tanto de recurso humano como de recurso material, como medicamentos y equipos¹⁰, (en la zona rural y periférica del Area Metropolitana de San Salvador - AMSS) y del porcentaje que acude al sector privado sólo la quinta parte asiste a las ONG's.

El Plan Nacional de Salud plantea como propósito "Mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña mediante la modernización del sector y el desarrollo de programas institucionales tendientes a la atención integral de salud

¹⁰ ANSAL. La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia 1994.

de las personas y disminución de los riesgos y daños al medio ambiente" ¹¹.

El Ministerio de salud, para poder cumplir lo que se propone en las estrategias, han formulado programas para cada objetivo. En este estudio interesan los programas de Atención Primaria de Salud que son:

- « Atención al niño (0 - 11 años).
- « Saneamiento Ambiental.
- « Atención al fenómeno de contaminación.
- « Higiene de alimentos.
- « Area de control de vectores.
- « Atención a las zoonosis.
- « Administración de recursos humanos.
- « Descentralización y desconcentración de la gestión financiera, presupuestaria y contable, (Ver anexo N° 16 "contenido de cada programa").

Al analizar los programas, se observa que sus lineamientos son ambiciosos y se obtendría una población sana si los propósitos de estos se llevaran a cabo. Para conocer el

¹¹ MSPAS. Diagnostico de Salud 1995.

nivel de cobertura que tienen estos programas es necesario remitirse al estudio de campo y así conocer el verdadero impacto en la población en estudio.

Algunos resultados obtenidos en cuanto a la atención materna a nivel nacional se observó que en el año 1992 se tuvo un comportamiento ascendente, según datos de ANSAL, existió una inscripción de 98,700 madres relacionándose con 1984, pero al compararlo con el total de madres en el país el porcentaje de cobertura equivale a 19.23%. Con relación al programa de nutrición se inscribieron 27,140 niños reflejando un porcentaje de 7.36% para lo cual el programa debe de expandirse aún más, los niños menores de un año tienden a incrementar sus niveles de desnutrición, reflejo de la ausencia de programas de impacto a esta población.

El índice de mortalidad materna es de 72 por cada 100,000 niños nacidos vivos, observándose esta tendencia con más incidencia en el sector rural, específicamente en las madres de bajo nivel socio-educativo y de baja urbanización del área de residencia. El mismo estudio señala que las muertes en niños menores de 1 mes es de 56 por cada mil nacidos vivos, lo que significa que más de la mitad de las

muertes infantiles ocurren en el período neonatal. Las tres causas principales de las muertes neonatales son: Bajo peso al nacer/prematurez, con el 34.2%; Trauma de nacimiento/asfixia con el 17.9% y Anomalías congénitas con el 14.5%.

Algunos indicadores nacionales muestran leves mejorías en los problemas de salud, éste agudiza aún más en las zonas urbano-marginales y en urbanizaciones ilegales que, conllevan a la nula cobertura de servicios domiciliarios y a los bajos ingresos familiares absorbidos por el ciclo de pobreza/desnutrición y por ende sus secuelas de enfermedades epidemiológicas.

Es por ello la importancia de realizar un estudio de campo en la zona, para buscar una estrategia viable, que sea posible enfrentar esta problemática, que tiene sus repercusiones en la producción económica, por afectar la fuerza de trabajo laboral futura de nuestro país.

2.2. METODOLOGIA DEL ESTUDIO DE CAMPO

Para realizar el estudio se utilizaron los elementos del METODO DE INVESTIGACION EVALUATIVA EN SALUD; los cuales se detallan más adelante:

2.2.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

A través del estudio se ha observado el problema de salud en la población infantil, y como afecta en el futuro a la Población Económicamente Activa, este estudio abarca el período de dos décadas y como, a través de políticas gubernamentales y estrategias a corto y mediano plazo se fue respondiendo a esa problemática, se consideró como elemento esencial la pregunta ¿cómo los servicios de APS se pueden mejorar especialmente en el área rural?, por revestir gran importancia dentro del contexto del desarrollo y modernización del país, es una pregunta que ha sido respondida de diferentes maneras, sobre todo por su carácter propositivo, con el objetivo de que la política de salud pueda mejorarse en su planteamiento y ejecución, con mayor eficiencia, eficacia y equidad, permitiendo desarrollar mejores condiciones de salud en la población más necesitada de estos servicios.

2.2.2 REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA

La investigación bibliográfica cubrió la revisión de estudios y/o memorias de trabajo, sobre el sector salud con la dificultad de no encontrar datos de APS de la zona en estudio. Las fuentes consultadas han sido MSPAS, ANSAL,

documentos de ONG's. También se ha recopilado un análisis sobre los problemas de salud de la población infantil, planes y programas de salud, sobre la inversión de APS en los últimos años. Finalmente, se valoró el tipo de método a utilizar el cual se concluyó en método de investigación evaluativa en salud.

2.2.3. MODELO TEORICO

El respaldo conceptual es la investigación evaluativa, que permitió realizar un juicio sobre los resultados de la estrategia de Atención Primaria en Salud que desarrolla el Estado. Este juicio está basado en criterios y normas, orientado a retroalimentar el plan; Esta evaluación será concomitante que acontece al mismo tiempo en que se desarrollan las etapas del programa, dándose una evaluación formativa que consiste en una retroacción constante a todo lo largo del proceso de elaboración y de ejecución del programa, que permite que este sea continuamente modificado en función de los datos nuevos obtenidos. Las áreas de evaluación serán:

Demanda: Cual es la población que se debe servir, su tamaño, su distribución geográfica por zona, su

distribución por edad y sexo, demanda por epidemiología y la demanda efectiva (atendida y no atendida).

Oferta: Volumen y tipo de recursos existentes en el área.

Proceso: Caracteriza al rendimiento y productividad de los recursos y mide el costo de los servicios. Evalúa la utilización de los recursos (eficiencia).

Resultados: Al evaluar producto (cobertura del programa en general, campañas, etc.) se evalúa la eficacia de la atención.

Impacto: evalúa la efectividad del programa de Atención Primaria en Salud, en términos de la reducción del riesgo de enfermar o morir de la población, calidad de la atención y costo - beneficio.

Los criterios de la evaluación son:

- a) **Propiedad:** evalúa si es apropiada o no.
- b) **Adecuación:** concordancia entre programas y salud.
- c) **Eficiencia:** evalúa como se utilizan los recursos existentes a través del rendimiento y productividad de éstos y del costo de las acciones ejecutadas.
- d) **Eficacia:** se mide en términos del resultado deseable y objetivo del servicio.

e) **Efectividad:** Evaluación del impacto de las acciones programadas y ejecutadas en la situación de salud que se detecta en el estudio de campo.

La evaluación que se realizó es de carácter socioeconómico que tiene dos características, primero: existe una vinculación de factores productivos, tanto de los insumos como de los productos y está íntimamente relacionado con la elección, la escasez de recursos. La evaluación económica completa es el análisis costo-beneficio. El costo beneficio proporciona en teoría información sobre beneficio absoluto de los programas, además de suministrarla sobre su ejecución relativa.

2.2.4. PREGUNTAS DE INVESTIGACION

La elaboración de preguntas abarca las acciones en APS que según el MSPAS ha impulsado en la zona. Así también, han sido escritas para medirlas fácilmente y con la posibilidad de ser observadas como un mecanismo de verificación. Estas preguntas fueron elaboradas con la información que se necesita para la comprobación de hipótesis, dichas preguntas son de selección múltiple para facilitar la respuesta del encuestado, han sido elaboradas con claridad,

sencillez y precisión especialmente aquellas dirigidas a la población que en su mayoría son de un bajo nivel educativo.

El cuestionario esta formado por cinco partes:

- a) Datos sobre el encuestado.
- b) Datos sobre el grupo familiar.
- c) Acceso al centro de salud.
- d) Información en cuanto a la APS.
- e) Condiciones de la comunidad.

Los dos primeros apartados reflejan información de la conformación y actividades del grupo familiar, los otros dos proporcionan la cobertura del centro de salud y el acceso a ésta por parte de los encuestados, y el último apartado enfocó las condiciones de vida de la familia en la comunidad, y de esa forma tener base de juicio al formular la estrategia necesaria.

2.2.5. DESARROLLO DE HIPOTESIS

Las hipótesis han sido elaboradas de acuerdo al enfoque que se le quiere dar al estudio, básicamente, son para verificar la efectividad con que han sido aplicadas las políticas gubernamentales de APS dirigidas a la población

infantil, para que nos permita realizar una serie de recomendaciones a fin de mejorarlas y/o proponer nuevas de acuerdo al mismo marco de referencia, a las necesidades de la población y a las posibilidades reales del gobierno.

2.2.6. DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño estuvo realizado para hacer un estudio de opinión con profesionales directamente relacionados con APS, específicamente, doctores, enfermeras, promotores de salud y con la población objetivo beneficiarios de los programas impulsados por las diferentes Unidades de Salud de la zona en estudio. Este método fue elegido dado que está formulado y/o diseñado para ser implementado en la verificación y evaluación de programas de salud. Otra ventaja del método es que permite la revisión perspectiva de las diferentes políticas implementadas. Además el método ha sido desarrollado en México, Estados Unidos, y en El Salvador, impulsado por el departamento de Salud Pública de la UCA (Universidad Centroamericana José Simeón Cañas), el cual ya ha sido experimentado con buenos resultados. El cuestionario se sometió a un estudio piloto con el objetivo de revisar y medir la aplicabilidad del cuestionario, conocer las dificultades de algunas posibles respuestas; el

interés y los comentarios que provoca a los participantes. La muestra piloto se realizó en el 5% de la población seleccionada para verificar que el cuestionario fuese claro y que se lograría con él obtener suficiente información sobre las necesidades de la población infantil. El resultado de la prueba piloto fue positiva, logrando determinar una mejora en la elaboración del cuestionario que permitió cambiar la redacción de las preguntas y ampliar el número de ellas y poder recolectar la información necesaria para la investigación.

2.2.7. SUJETOS DE ESTUDIO

La población objetivo se definió como las mujeres de 12 años y más con hijos vivos; partiendo de ello se eligió el proceso de muestreo DIRIGIDO.

El tamaño de la muestra se determinó con la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 s^2 N}{(N-1)E^2 + Z^2 s^2}$$

Simbología:

N = Población total de mujeres de 12 años y más con hijos vivos en los cuatro municipios.

s = Desviación típica estándar.

Z = Grado de confianza del 99%.

E = Error muestral máximo permisible en la investigación es 5%.

CUADRO N° 10
POBLACION POTENCIAL PARA EL CALCULO
DEL MUESTREO

MUNICIPIOS	MUJERES DE 12 AÑOS Y MÁS CON HIJOS VIVOS
Aguilares	4476
El Paisnal	2748
Guazapa	3929
Nejapa	5273
Total	16426

Fuente: Censo de Población 1992.

Datos Paramétricos:

$$\mu = 4106.5$$

$$s = 918.46$$

$$n = \frac{(2.57)^2 (918.46)^2 (16,426)}{(16,425) (205.325)^2 + (2.57)^2 (918.46)^2}$$

n = 512 mujeres entrevistadas en los cuatro municipios, es decir 128 mujeres por municipio.

2.2.8. OPERACIONALIZACION

Las variables a utilizar son las causas de morbilidad y mortalidad infantil, las medidas de higiene, acceso a servicios domiciliarios. Los instrumentos requeridos son estadísticos, siendo las tasas de morbilidad, porcentajes, índices. Las variables son de carácter cualitativo y cuantitativo.

2.2.9. LEVANTAMIENTO DE DATOS

Los datos de la población en estudio fueron obtenidos a través de una encuesta de opinión para lo cual se visitó a los mercados, plazas, y en algunos casos a sus viviendas para recolectar la información. Los demás datos fueron de carácter bibliográfico visitando bibliotecas y centros de información.

2.2.10. ANALISIS DE DATOS

El análisis fue comparativo y para la comprobación de las hipótesis se utilizaron porcentajes e indicadores de impacto para los datos paramétricos, y para el análisis de

datos no paramétricos se utilizó el análisis de capacidad instalada y capacidad potencial.

2.2.11. ANALISIS DE LA PERTINENCIA DEL ESTUDIO

Los resultados esperados a través de todo el estudio es conocer si la población se ha beneficiado de las políticas implementadas. Estos resultados esperados han sido tales como: obtener datos que nos sirvan de base para evaluar en forma prospectiva los programas impulsados en la zona; tener una apertura con los agentes que actuaron en esos programas para recopilar la información necesaria. Por las características socio-económicas, ambientales y culturales de la población pueden generalizarse para trabajar en un mismo rumbo sobre la política que abarque toda la zona norte de San Salvador.

2.2.12. CONSIDERACIONES ETICAS

En las encuestas se respeta el anonimato y la confiabilidad de los beneficiarios. De la entrevista y de la información bibliográfica revisada se respeta la opinión de los diferentes profesionales. Se asegura el consentimiento libre y consiente de los sujetos.

CAPITULO III

3.1. CARACTERISTICAS DE LA ZONA EN ESTUDIO

El estudio de las políticas de Atención Primaria de Salud (APS) se ubica en la zona norte del departamento de San Salvador, en los municipios de El Paisnal, Aguilares, Nejapa y Guazapa (Ver mapa 1).

Estos municipios se han escogido primero: por la poca información que existe de ellos, estos municipios presentan menor porcentaje de cobertura de servicios domiciliarios (Ver anexo N° 17); segundo: han sido directamente afectados por la guerra civil; tercero: Se tiene bajo nivel de desarrollo a pesar de estar cerca del AMSS; cuarto: ha sido una población que ha sufrido desplazamientos durante la guerra y actualmente, su población joven emigra para buscar estudios y fuente de trabajo; quinto: la población que reside en la zona es de escasos recursos económicos encontrándose con altos niveles de pobreza y extrema pobreza reflejándose igualmente en índices de insalubridad y desnutrición; sexto: es una zona explotada por el AMSS le

sustrae los recursos naturales que posee (agua, tierra) y se los devuelve contaminados (agua y aire)¹².

Es importante conocer el aspecto geográfico de estos municipios para luego poder abordar su problemática de salud.

CUADRO N° 11
CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS Y DIVISION MUNICIPAL
DE LA ZONA NORTE. DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR

MUNICIPIO	CAN-TON	CA-SERIO	RIOS	INFRAESTRUC-TURA VIAL	TERRITORIO km2	UNIDAD SALUD	POB. RURAL
GUAZAPA	8	27	5	Mal estado	63.65	1	52%
EL PAISNAL	6	24	6	De tierra	125.49	1	88%
NEJAPA	8	30	3	Adoquinada	83.36	1	70%
AGUILARES	5	11	4	Adoquinada	33.72	1	15%

Fuente: Cuantificación de San Salvador 1996.

El cuadro resumen muestra que en sólo 305 Km2 se encuentra 4 unidades de salud, dando cobertura a 75,000 habitantes aproximadamente y están rodeados de 6 ríos (ver mapa 2), que casi el 90% de sus aguas son contaminadas de las cuales la población se abastece para consumo humano.

3.2. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA ZONA DE ESTUDIO

La zona de estudio ha tenido un crecimiento poblacional considerable; estos municipios se caracterizan por un alto

¹² PRISMA, Boletín No. 17, 1995.

porcentaje de población rural (54% del total de su población), esta distribuida en caseríos y cantones de difícil accesibilidad, dadas las características topográficas, la falta de caminos, medios de transporte y comunicación¹³.

Para realizar un estudio se necesita información no solo de salud sino también de otros aspectos con los que se relaciona para poder hacer un análisis mucho más profundo, con una perspectiva más global.

En el siguiente cuadro se observa, el comportamiento poblacional de los cuatro municipios en estudio.

¹³ ANSAL. La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia. 1994.

CUADRO N° 12
ESTRUCTURA POBLACIONAL POR EDAD PARA 1992

EDAD	NEJAPA	AGUILARES	GUAZAPA	EL PAISNAL	TOTAL
TOTAL	23,891	20,439	18,780	13,485	76,595
0-4	3,439	2,734	2,601	1,994	10,768
5-9	3,168	2,550	2,428	1,871	10,017
10-14	3,244	2,912	2,568	1,989	10,713
15-19	2,580	2,614	2,163	1,683	9,040
20-24	2,165	1,982	1,887	1,280	7,314
25-29	1,774	1,424	1,432	880	5,510
30-34	1,472	1,166	1,082	757	4,457
35-39	1,142	978	823	599	3,542
40-44	1,003	816	811	461	3,091
45-49	745	674	661	428	2,508
50-54	752	674	542	368	2,336
55-59	563	508	414	284	1,769
60-64	607	460	438	314	1,819
65-69	416	328	292	216	1,252
70-MAS	821	619	638	300	2,378

Fuente: Censo de población y vivienda 1992.

Los datos anteriores son obtenidos del último Censo Nacional de Población del año de 1992. Estos municipios son los menos poblados con respecto al departamento de San Salvador cuya tasa poblacional es de 3.47%¹⁴ en Aguilares es de 3.32%, en El Paisnal de 0.60%, Guazapa es de 2.96% y Nejapa de 2.10%. Sin embargo ésta se caracteriza por ser una población joven, en donde la base mayoritaria se encuentra en la población de 0 a 18 años, observándose que la población menor de 14 años en Nejapa es el 41.23% de su población total, en Aguilares tiene un porcentaje del 40.10%; El Paisnal es de 43.41% y Guazapa de 40.45%. Esta

¹⁴ Debido ha que hay otros municipios como Soyapango que tienen una tasa alta de crecimiento siendo de 8.25%.



distribución por edad muestra una estructura de población típica del subdesarrollo, con estabilidad en el grupo de 0-14 años y rápida reducción a partir de esa edad en adelante con predominio en el grupo masculino a causa de la guerra civil. Otra característica es que los niños-as a partir de 9 años comienzan en el trabajo familiar, la mayoría en el sector agrícola, no remunerados, integrándose al grupo de población productiva.

Es necesario destacar que muy poca población vive en la zona urbana siendo los centros de los municipios pequeños (ver mapa 3). En el mapa 3 se aprecia como la zona urbana del AMSS va creciendo cada vez más pero que aún estos municipios no los abarca, excepto a Nejapa que comienza a tener participación activa en los proyectos del AMSS. Estudios recientes del Plan Maestro de Desarrollo Urbano (PLAMADUR) han lanzado propuestas de ordenamiento del AMSS y hacia donde debe seguir desarrollándose el centro urbano, ubicándolo en la zona norte del AMSS, en los municipios Apopa y Nejapa. Lo anterior es muy importante porque significa que si será zona de carga urbana es necesario que se provea de servicios domiciliarios, vías de acceso, transporte, etc. pero también necesita de una mejora en los

año con año ha ido en aumento en forma desproporcional a los salarios percibidos por los trabajadores, de esa zona, cuya ocupación en mayor porcentaje son campesinos y obreros. Gran parte de la población urbana económicamente activa, se desplaza hacia el Area Metropolitana de San Salvador para trabajar, debido a que en su lugar de origen no existe suficiente fuente de empleo (Ver cuadro N° 13), y el poco empleo existente ofrece salarios menores a los del AMSS.

CUADRO N° 13
FUENTES DE TRABAJO EN LOS MUNICIPIOS
DE LA ZONA NORTE DE SAN SALVADOR

MUNICIPIOS	ESTABLECIMIENTOS INDUSTRIALES	ESTABLECIMIENTOS ALIMENTOS	MOLINOS
SAN SALVADOR	159	2,554	137
GUAZAPA	27	28	12
NEJAPA	1	22	25
AGUILARES	2	18	13
EL PAISNAL	0	1	2

Fuente: Diagnostico De Salud 1995.

En relación a la actividad económica que se desarrolla en cada uno de los municipios, en el cuadro N° 13 se observa que aunque están agrupados en la misma zona norte de San Salvador, no todos presentan la misma magnitud de ocupación por actividad; en Guazapa, por ejemplo, más del 50% de su población ocupada se dedica a labores agrícolas con un nivel de subsistencia, en contraposición, Aguilares sólo

presenta el 32.9% de su población ocupada destinada a la agricultura, y el resto al sector industrial, comercio y otros, presentando una estructura de población ocupada más diversificada en los sectores productivos; esto se debe a que Aguilares, geográficamente está más cerca de la zona urbana de AMSS (Ver mapa 3), en parte absorbido por los sectores que más participación tienen.

CUADRO N°14
ESTRUCTURA DE LA PEA OCUPADA POR SECTORES
EN LOS MUNICIPIOS DE ESTUDIO PARA 1992
(en porcentajes)

MUNICIPIOS	PEA OCUPADA	INDUSTRIA	COMERCIO	AGRICOLA	OTROS
GUAZAPA	2,773	23.11	8.95	50.55	17.39
NEJAPA	3,016	26.82	10.93	43.26	18.99
EL PAISNAL	2,502	14.71	4.27	67.16	13.86
AGUILARES	1,961	21.71	20.82	32.90	24.57

Fuente: Elaboración propia con base al Censo de Población 1992.

Tomando en cuenta que el departamento de San Salvador participa en 100% de la economía; los cuatro municipios en estudio participan cada uno, no más del 1.2% contrarrestándose con Soyapango y Mejicanos que participan con 16.9% y 10.3% respectivamente (Ver cuadro N° 15), está relacionado con el grado de urbanismo de cada uno de los municipios debido al acceso de infraestructura que se tiene (Ver mapa 3).

CUADRO N° 15
PARTICIPACION ECONOMICA POR MUNICIPIO
RESPECTO AL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR (1992)

MUNICIPIO	PARTICIPACION ECONOMICA (%)
SAN SALVADOR	31.0
AGUILARES	1.0
EL PAISNAL	0.7
GUAZAPA	1.0
MEJICANOS	10.3
NEJAPA	1.2
SOYAPANGO	16.9
OTROS	38.6

Fuente: Elaboración propia con base Censo de Población 1992.

3.4. COBERTURA DE SERVICIOS PUBLICOS

El Salvador a lo largo de la historia se ha caracterizado por invertir en infraestructura en función de su actividad productiva, ejemplo de ello es que las principales carreteras están cerca de las áreas de cultivo de café y algodón. Actualmente se está mejorando la carretera de la denominada Región Metropolitana de San Salvador¹⁵, por ser zona geográfica donde se produjo para 1995 cerca del 53% del PIB nacional y está íntimamente relacionado con la inversión en infraestructura y no solo vial sino también los servicios de electricidad, agua, telecomunicaciones, etc.

¹⁵ Prisma Boletín N°17, 1996

Lamentablemente estos municipios que están ubicados en la zona norte de San Salvador no han tenido un desarrollo económico paralelo conocido en el AMSS, por condiciones de tierra que no cumple con los requisitos legales, por ser un suelo de tierra blanca, esta propicia a hundimientos por sismos, presenta quebradas, suelos poco fértiles, considerado de bajo costo y de riesgo. Durante la guerra se caracterizó por encontrarse en zona de conflicto, en donde se asentó población repatriada y reubicada en la década de los ochenta, su población de muy escasos recursos. La tenencia de la tierra es el 70% de forma ilegal. Esto conlleva a que parte del gobierno no ha tenido contemplado en sus programas de inversión en infraestructura y en servicios sociales, sin embargo han intervenido otras entidades como ONG's e iglesias, prestando mayor servicios en salud a los municipios más necesitados, desarrollan mayor atención para cubrir necesidades de alimentación, vestuario, salud preventiva, letrinas, viviendas provisionales y definitivas, pero que aun no es suficiente¹⁶.

¹⁶ MSPAS. Diagnostico de Salud 1995.

3.5. ASPECTOS SOCIALES

Básicamente se registra educación y salud, pero se desagrega de salud: salubridad, saneamiento e infraestructura.

3.5.1. EDUCACION

A nivel del departamento de San Salvador se registra una tasa de analfabetismo de 28.8% pero al estudiarlo por municipio se tiene una diferencia muy marcada como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 16
TASA DE ANALFABETISMO Y EDUCACION EN 1992
EL SALVADOR

MUNICIPIO	TASA DE ANALFABETISMO	HASTA TERCER CICLO
AGUILARES	9.2	52.23
EL PAISNAL	36.7	50.21
GUAZAPA	34.7	49.07
NEJAPA	34.9	48.55

Fuente: Censo de Población 1992.

La asistencia rural de educación es de 15.7%, y cerca del 50% de la población estudiada llega hasta tercer ciclo (Ver cuadro N° 16).

La incidencia de analfabetismo por grupos de población en los niños presenta el porcentaje más alto de los que no

saben leer ni escribir, para Nejapa el 64% de todos los niños del municipio, El Paisnal es el 63%, Guazapa el 58% y finalmente Aguilares el 56%.

En infraestructura, Aguilares sólo tiene el 1.76% de las escuelas que hay en el departamento de San Salvador, Guazapa tiene el 1.5%, Nejapa es de 1.24% y el Paisnal de 0.94%. Son los municipios que menos escuelas poseen sin mencionar la ineficiencia de éstas. El gobierno para resolver el problema de analfabetismo creó el Programa EDUCO con el propósito de favorecer a los niños que no tienen acceso a la educación dándole prioridad a los municipios con tasas de analfabetismo altas. Sin embargo aunque estos municipios necesitan de estos programas, el proyecto destinado al departamento de San Salvador, sólo ha cubierto para los municipios en estudio el 1.99% para El Paisnal, 2.18% en Aguilares, 5.59% en Nejapa y nula cobertura para Guazapa.

Se puede observar que la participación de este programa es bien mínima por lo que se necesita de otra estrategia para resolver la prestación de este servicio que va de la mano

con la capacitación de recursos humanos de hoy y del futuro que va con miras a la competitividad internacional.

Actualmente se está incorporando a los municipios un programa impulsado por el Ministerio de Educación denominado "Escuela Saludable" en el que intervienen varias instituciones para poder llevarlo a cabo. En los municipios de estudio, el período vigente del programa hasta julio de 1997, sólo están incluidos los municipios de Guazapa con nueve escuelas y Nejapa con 16 escuelas, pero, no han sido tomadas en cuenta para inversión de infraestructura, únicamente han participado en campañas de atención médica, alimentación, biblioteca, capacitación al personal docente, paquetes escolares.

3.5.2. SALUBRIDAD Y SANEAMIENTO

La salubridad está íntimamente relacionada con la salud de la población y de ella depende tener una PEA sana, productiva y eficaz a futuro. La salubridad y el saneamiento ambiental no solo le compete al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sino a otros actores económicos y sociales, estas necesidades son acceso al agua potable, letrinización, recolección de basura entre otros.

Con respecto al Agua Potable estos municipios carecen de tal servicio y es muy poco su abastecimiento (Ver cuadro N° 17). Las demás viviendas que no tienen acceso al agua potable por cañerías se abastecen de pozo, ríos, manantiales, etc. Hay que mencionar que el 90% de estas aguas están contaminadas por las descargas de aguas negras, uno de los ríos más contaminados es el río Acelhuate que recibe 1,600 toneladas diarias de excremento; otros ríos contaminados son San Antonio y Las Cañas, que también desembocan en el río Lempa, una gran cantidad de cultivos son regados de esas aguas. En el mapa 2 se muestran los ríos de esa zona que van a desembocar al río Lempa pasando por estos municipios y que ya van contaminados con todos los desechos tóxicos, industriales, del AMSS, puesto que la corriente de estos ríos es de sur a norte.

Hasta 1997 se han realizado proyectos por parte del FIS, estos proyectos han aumentado el porcentaje de hogares con abastecimiento de agua potable pero lamentablemente falta mucho por hacer, porque todavía menos de la mitad de hogares tiene acceso al agua potable.

Otra necesidad de salubridad es el acceso a servicios sanitarios, en los municipios de estudio se registra el uso de letrinas en un 47% de las viviendas que lo poseen para 1992, y con la elaboración de proyectos solicitados hacia el FIS, la cobertura de letrinas alcanza el 53% y un 29.5% de viviendas no poseen servicios sanitarios generándose focos de contaminación que dañan la salud de la población.

Otro indicador importante para el saneamiento ambiental es la eliminación de la basura, aunque se tiene un sistema recolector de la municipalidad o el servicio particular, no tienen la capacidad de dar un tratamiento adecuado de un relleno sanitario, mientras, que se convierte en un foco de contaminación de insectos transmisores, y en consecuencia la aparición de enfermedades epidemiológicas. La eliminación de la basura para estos municipios es muy mínima (Ver cuadro N° 17).

CUADRO N° 17
INDICADORES DE SANEAMIENTO BASICO
PORCENTAJE DE HOGARES (1992)

INDICADOR	AGUILARES	EL PAISNAL	GUAZAPA	NEJAPA
Abastecimiento de agua				
Por cañería	29	15.36	37	16.06
Recolección de basura				
Servicio municipal	49.69	2.90	14.97	12.02
Quema	15.68	20.49	23.59	23.56
Cualquier lugar	27.00	61.10	49.63	47.71
Desagüe				
Alcantarillado	28.40	10.07	20.53	6.75
Al suelo	21.56	2.38	7.49	18.11
Quebrada o río	1.91	2.60	1.27	3.43
No dispone	41.05	74.23	66.72	68.36
Tipo de vivienda				
Concreto	76.81	38.08	48.27	24.62
Bahareque	5.41	10.26	8.92	7.49
Adobe	13.10	44.66	39.35	65.68
Otros	4.65	6.99	3.44	2.2
Total de hogares	4,119	2,689		5,007

Fuente: Censo de Vivienda 1992.

El servicio de la municipalidad para la recolección de la basura que tiene el departamento de San Salvador es de 55.82% por lo que los municipios en estudio están por debajo de este promedio y tienen muy alto la categoría "cualquier lugar", por ejemplo El Paisnal con el 61.10% y esto se debe a que no tiene recolectores de basura lo que origina promontorios por doquier, los desechos no recogidos aumentan el riesgo de incendios y ponen en grave peligro la salud de la población. Este problema hasta 1997 se demostró que no había tenido la atención adecuada.

Otro servicio indispensable es el tratamiento del drenaje donde el departamento de San Salvador tiene una cobertura de alcantarillado de 67.11% del total de sus viviendas, por otro lado el 50% de los municipios en estudio no tiene ningún servicio de desagüe en los hogares a excepción de Aguilares, hasta 1997 sólo Guazapa ha mejorado su cobertura de alcantarillado a 29.19%.

La información anterior referida a la falta de cobertura de servicios domiciliarios se puede asociar que el municipio más desprovisto está íntimamente relacionado con el tipo de vivienda que se tiene, por ejemplo: Aguilares que presentaba menos problemas de servicios comparado con otros tres municipios, es el que tiene más viviendas con material de concreto.

La importancia de conocer la cobertura de estos servicios, es para determinar que la población al no poder cubrir la demanda de servicios domiciliarios se encuentran en un estado de vulnerabilidad mayor y es precisamente la población pobre que no satisface sus necesidades básicas.

3.6. ESTUDIO DE CAMPO EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Para el análisis de la política y éstrategia de APS a seguir en los municipios de Aguilares, Guazapa, El Paisnal y Nejapa no es suficiente conocer el plan que se esta siguiendo a nivel teórico, sino que es mucho más indispensable conocer como se encuentra la salud de la población para verificar si la estrategia implementada esta llegando a la población indicada y si cubre la meta propuesta por el gobierno en función.

Así también no es suficiente conocer la infraestructura en salud por parte del MSPAS en los municipios, sino es necesario conocer como opera, de cuantos recursos disponen y la clase de servicios que presta y ofrece. Como también es importante enmarcarlo en las condiciones sociales y económicas en que vive la población para poder formular estrategias acorde a sus necesidades y a la cobertura que se debe prestar.

Para contar con todos estos elementos se tienen los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992 en conjunto con la información que se recopiló de la encuesta realizada en cada municipio.

TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA EN LA ZONA DE ESTUDIO.

La presentación de los datos se realiza por medio de frecuencias absoluta y relativa (porcentual), además para las variables cuantitativas se analizan a través de la media aritmética. Se presentan las preguntas más importantes de la encuesta a población dirigida. Estos cuadros ayudan al análisis estadístico de las diferentes variables que intervienen en el estudio.

a) El primer bloque de preguntas es sobre los datos generales de las mujeres encuestadas y su grupo familiar, se logró cuestionar a 416 mujeres - madres y 91 abuelas, cuyo promedio de edad es de 32 años. De las mujeres encuestadas el grado de escolaridad más alto es de primaria con una frecuencia de 178, y en segundo lugar ningún grado de escolaridad con 173 de las 512 encuestas, estos dos niveles representan la mayoría con el 68.6%. Respecto al grupo familiar, el promedio señala que esta compuesta de 4 a 5 personas por grupo, y finalmente el domicilio refiere que de las 512 encuestas 436 familias viven en el pueblo y 76 en los cantones.

b) El segundo bloque de preguntas se refiere a la accesibilidad del servicio.

CUADRO N° 18
DISTANCIA ENTRE LA UNIDAD DE SALUD Y LA VIVIENDA
DEL PACIENTE

¿A qué distancia se encuentra la Unidad de Salud de su casa?:										
Cuadras	Pm.	El Paisnal	P(Pm.)	Aguila res	A(Pm.)	Guaza pa	G(Pm.)	Neja pa	N(Pm.)	TOTAL
1 a 3	2	28	56	32	64	33	66	40	80	133
4 a 6	5	83	415	42	212	42	210	23	115	190
7 a 9	8	0	0	27	216	10	80	23	184	60
10 a 12	11	3	33	4	44	29	319	19	209	55
13 a 15	14	14	196	23	322	14	196	23	322	74
TOTAL		128	700	128	858	128	871	128	910	512
X			5.46		6.70		6.80		7.10	6.52

La distancia en la que se encuentra la unidad de salud en la zona tiene un promedio de 6.5 cuadras; en El Paisnal es de 5.4, mientras que en los demás municipios se encuentra entre uno a tres cuadras.

CUADRO N° 19
TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO
EN LAS UNIDADES DE SALUD

Cuanto tiempo tardan en la Unidad de Salud para que la atiendan:									
Hora	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
0 a 1	84	65	26	20	3	2.5	15	12	128
1 a 2	32	25	17	13	45	35	56	44	150
2 a 3	12	10	21	17	54	43	42	32	129
3 a 4	0	0	64	50	26	20	15	12	105
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

El tiempo de espera para atender a la población es muy variado ya que en El Paisnal es un promedio de 1 hora y mientras que en Aguilares se tiene de 3 a 4 horas.

CUADRO N° 20
LUGAR DE PREFERENCIA PARA EL
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS

Donde compra las medicinas:									
Lugar	Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
U. de Salud	113	88.3	31	63	80	63	64	50	338
ONG's o Igle.	2	0.8	4	3.3	0	0	0	0	5
Botq.Comunal	4	3.1	4	3.3	0	0	0	0	8
Farmacia	10	7.8	0	0	12	9.3	0	0	22
U.S. y Farma.	0	0	38	30	36	28	64	50	138
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

Sobre la accesibilidad en el costo del servicio de salud primero se pudo constatar que los pacientes pagan la consulta con una cuota promedio de ₡ 5.00, sin embargo la

medicina es vendida y queda a opción del paciente si la compra en la Unidad de Salud o en otro servicio privado, de las 512 encuestas 338 respondieron que compran la medicina en la Unidad de Salud.

c) El tercer bloque de preguntas se refiere a la atención primaria en salud, la coherencia entre las necesidades y los programas que conoce la gente, básicamente se obtuvieron los siguientes resultados:

CUADRO N° 21
FRECUENCIA DE ENFERMEDADES INFANTILES

Cada cuanto se le enferma el niño									
Meses	Pais nal	P(Pm.)	Aguila res	A(Pm.)	Guazapa	P(Pm.)	Nejapa	P(Pm.)	TOTAL
1	20	20	23	23	32	32	18	18	93
2	23	64	27	54	20	40	18	36	176
3	58	174	43	129	44	132	44	132	567
4	27	108	35	140	32	128	48	192	568
TOTAL	128	366	128	346	128	332	128	378	1404
X		2.86		2.7		2.6		2.95	2.74

La frecuencia con la que se enferma el niño es de 2 $\frac{1}{2}$ a 3 meses; en Guazapa la frecuencia es mayor y en Nejapa es la menor frecuencia. Esto significa que un niño-a se enferma de 4 a 6 veces al año.

CUADRO N° 22
CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL

Generalmente de que se le enferma el niño:									
Enfermedades	El Paisnal	%	Aguila res	%	Guaza pa	%	Nejapa	%	TOTAL
Diarrea	30	22.73	18	14	24	19	33	25.7	105
Parásitos	3	2.27	4	2.9	20	12	0	0	27
Epidermis	0	0	7	5.7	9	6.8	7	5.71	23
IRAS	95	75	99	77	75	59	88	68.6	3.57
Anemia	0	0	0		0	0	0	0	
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

La mayor frecuencia (357) se concentra en las infecciones de vías respiratorias agudas en los cuatro municipios, en segundo lugar las enfermedades diarréicas con una frecuencia de 105 niños. Un dato muy importante es que la UNICEF reconoce que el 52% de los niños menores de 5 años tienen un grado de anemia y según la presente encuesta es cero, esto se debe a que la población no reconoce a la anemia como enfermedad. Se le preguntó el lugar de preferencia para llevar el niño a consulta, 339 respondieron que a la Unidad de Salud y 94 personas respondieron que lo curan en su casa.

Posteriormente las preguntas se remitieron al impacto de los programas impulsados por las Unidades de Salud, por ejemplo:

CUADRO N° 23
CONTROL DE NIÑO SANO
POBLACION EN ESTUDIO

Esta su hijo inscrito en control de niño sano:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguila res	%	Guaza pa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	122	95.45	93	72.73	109	85	113	88.2	437
No	6	4.55	35	27.27	19	15	15	11.8	75
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

La frecuencia de afirmación es de 437, las madres reconocen la importancia del control en los 3 primeros meses de nacido el niño-a, pero aún existen 75 personas que no los llevan al control, la causa principal lo refieren a la poca importancia que estos tienen además del tiempo perdido.

CUADRO N° 24
VISITAS DOMICILIARIAS DEL PROMOTOR DE SALUD

Los visita algún promotor de salud en su comunidad:									
Respuesta	EL Paisnal	%	Aguil ares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	86	67.40	80	62.50	60	47	74	57.9	300
No	42	32.60	48	37.50	68	53	54	42.1	212
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

Al preguntar sobre las visitas que realiza el promotor de salud 300 mujeres entrevistadas contestaron que si, de las cuales eran para promover o aplicar las vacunas, repartir hojas sobre medidas para prevenir las enfermedades tales

como: la diarrea, el dengue, etc. además reconocen que estas visitas han sido realizadas por el Promotor de la Unidad de Salud. Sin embargo 212 respondieron que aún no han sido visitadas.

CUADRO N° 25
ACTIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS
POR EL PROMOTOR DE SALUD

Recibe charlas de la Unidad de Salud o del Promotor:									
Respuesta	EL Paisnal	%	Aguila res	%	Guaza pa	%	Neja pa	%	TOTAL
Si	84	65.63	86	67.19	67	52.30	78	61.11	512
No	44	34.37	42	32.81	61	47.70	50	38.84	
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

Sobre que temas ha recibido charlas:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguila res	%	Guaza pa	%	Neja pa	%	TOTAL
Lac. Mater na	26	20	10	8	0	0	15	12	51
Nutrición	19	15	15	12	18	14	0	0	52
Purf. De Agua	54	42	58	45	72	56	80	62	264
Letrinas	16	13	26	20	15	12	18	14	75
Desa. del niño	9	7	19	15	23	18	0	0	51
Vacunac.	4	0	3	0	0	0	15	12	19
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

En las dos preguntas anteriores la intención es de conocer un poco sobre las charlas que realiza el Ministerio y el resultado fue que 315 mujeres respondieron que si habían

resultado fue que 315 mujeres respondieron que si habían recibido charlas y que se impartieron en la Unidad de Salud un poco antes de la consulta. Por otro lado se preguntó sobre que tipo de charlas recibían, la mayor frecuencia es que conocen sobre los temas de purificación de agua (264 mujeres), sobre el tratamiento de basura (77), y nutrición.

CUADRO N° 26
PARTICIPACION ACTIVA EN LAS CAMPAÑAS DE SALUD

Participa Usted en las campañas promovidas por el MSPAS:									
Respuesta	EL Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	99	77.35	87	67.74	57	44.18	87	67.86	330
No	29	22.65	41	32.26	71	55.82	41	32.14	182
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

De las campañas promovidas por el MSPAS, 330 mujeres contestaron que si participan en los diferentes eventos realizados y 182 contestaron que no y la causa principal es el tiempo y voluntad para asistir, es importante notar que el 100% de las mujeres contestaron que conocen de las diferentes actividades que realiza la Unidad de Salud.

CUADRO N° 27
OTROS RECURSOS HUMANOS EN SALUD
DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD

Sabe si en su comunidad existen parteras capacitadas:									
Respuesta	EL Paisnal	%	Aguila res	%	Guaza pa	%	Neja pa	%	TOTAL
Si	122	95.55	82	64.00	92	71.80	94	73.68	390
No	6	4.45	46	36.00	36	28.20	34	26.32	122
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

Una de las primeras causas de mortalidad infantil es la falta de atención prenatal y directamente al parto, por otro lado es un recurso local importante en la prevención, razón por la cual se preguntó si existen parteras en el municipio, para ello 390 mujeres contestaron que si existen parteras y 122 que no, de las que contestaron afirmativamente manifestaron que las parteras cobran por cada parto si es niño de ¢75 a ¢100, y si es niña de ¢50 a ¢75.

CUADRO N° 28
IMPACTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

Hasta que edad le da de mamar al niño:										
Meses	Pm.	EL Paisnal	P (Pm.)	Aguila res	A (Pm.)	Guaza pa	G (Pm.)	Neja pa	N (Pm.)	TOTAL
1 a 6	3.5	12	42	20	70	6	21	15	52.5	53
7 a 12	9.5	12	114	12	114	21	199.5	0	0	45
13 a 18	15.5	26	403	24	372	21	325.5	30	465	10
19 a 24	21.5	52	1118	68	1462	70	1505	68	1462	258
No le da		26	0	4	0	10	0	15	1979.5	55
TOTAL		128	1677	128	2018	128	2051	128	1979.5	512
X			13.10		15.76		16		15.46	15.08

La frecuencia más importante esta en 258 mujeres que contestaron que le dan lactancia materna hasta los 2 años, en segundo lugar hasta un año y medio. Pero significativamente existe un 10.6% que no practica lactancia materna en sus hijos-as.

CUADRO N° 29
COMPLEMENTO NUTRICIONAL DEL NIÑO

Que tipo de leche le da al niño:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguila res	%	Guaza pa	%	Nejap a	%	TOTAL
Entera	40	31.25	60	46.87	79	61.71	111	86.71	290
Lactante	0	0	0	0	9	7.03	0	0	9
Ninguna	85	66.40	64	50	37	28.92	17	13.29	203
Otras	3	2.35	4	3.15	3	2.34	0	0	10
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

Cuando no se le da al niño seno materno, entonces se le sustituye por leche entera sólo el 56.6% de las madres en toda la zona, y no le dan ninguna clase de leche posterior a un año de edad el 39.64% del total de madres; es muy alarmante porque no le dan un elemento esencial para el crecimiento del niño tanto para su salud como para su aprendizaje educacional.

d) Condiciones de vida de la población en estudio.

CUADRO N° 30
DISPOSICION DE SERVICIOS SANITARIOS
DE LA POBLACION ENCUESTADA

Tiene letrina en su casa:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguila res	%	Guaza pa	%	Neja pa	%	TOTAL
Si	72	56.25	124	96.87	116	90.62	128	100	440
No	56	43.75	4	3.13	12	9.38	0	0	72
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

A pesar de que se entrevistó mayoritariamente a la población urbana aún 72 familias de 512 no tienen letrinas, es decir el 14.06% encuestadas. Este es un dato de alerta, principalmente en el municipio de El Paisnal ya que de 128 encuestas 56 no poseen letrinas. La mayor parte de estas letrinas es de fosa común (321) en segundo lugar

son de lavar (132) y en tercer lugar la letrina abonera (59), la forma de la letrina es de suma importancia debido a que esta relacionado con la contaminación del agua principalmente si es de fosa común o de lavar.

CUADRO N° 31
FORMA DE ABASTECIMIENTO DE AGUA
PARA EL CONSUMO HUMANO

De que forma se abastece de agua:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Cántaro	9	7.04	12	9.38	86	67.18	110	85.93	217
ANDA	17	13.28	90	70.31	8	6.25	0	0	115
Pozo	67	52.34	26	20.31	34	26.57	18	14.07	145
Otros	35	27.34	0	0	0	0	0	0	35
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

Los datos dependen del municipio, en Nejapa y Guazapa tienen un mayor abastecimiento de agua a través de cantareras entre ambos hacen una frecuencia de 196 hogares, en segundo lugar a través de pozos de ANDA con 145, (principalmente en Aguilares) y en tercer lugar pozos familiares (la mayoría en El Paisnal).

CUADRO N° 32
TRATAMIENTO DE PURIFICACION DEL AGUA

Que tratamiento le dan al agua:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguila res	%	Guaza pa	%	Neja pa	%	TOTAL
La hierbe	3	2.34	39	30.47	37	28.90	40	31.25	119
La clora	35	27.34	13	10.16	9	7.03	9	7.03	66
Sin Purifi.	90	70.32	76	59.37	82	64.07	79	61.72	327
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

Sobre el tratamiento que le dan al agua para el consumo humano 327 mujeres manifestaron que prefieren no purificar el agua cuya frecuencia más alta se encuentra en el municipio de El Paisnal con 90 opiniones y de ellos 67 consumen agua de pozo. Este dato es de impacto ya que muchas de las charlas impartidas por promotores tienen relación con las medidas preventivas.

Información complementaria de la encuesta realizada a los municipios, se encuentra en el Anexo de Tabulación.

3.7 DESARROLLO DE HIPOTESIS.

HIPOTESIS N° 1

Las políticas de salud pública correspondientes a APS ejecutadas por el gobierno, no responden a la necesidad y magnitud de la población infantil.

Esta hipótesis responde a evaluar: a) La coherencia entre las necesidades de salud de la población Vrs. Programas impulsados, b) La magnitud concebida como la participación en los principales programas de salud y c) Los resultados a través de los indicadores de impacto.

a) Análisis de las necesidades.

Causas Morbi-Mortalidad.	Causas	Necesidades	Programas de APS
Infecciones Respiratorias Agudas Po Afectada: 13,317 (55.46%)	✓ Contaminación del aire, ✓ Hacinamiento, humedad en viviendas.	✓ Vivenda digna	✓ Charlas de prevención de enfermedades respiratorias.

Enfermedades Gastro- Intestinales (parasitismo, infecciones, amebiasis. Po Afectada: 8,477 (35.12%)	✓ Falta de agua potable en el 75.6% de la población. ✓ Falta de un tratamiento adecuado para la eliminación de la basura. ✓ Falta de letrinas y uso adecuado n. ✓ Poca conscientización de la población en Salud comunitaria y personal.	✓ Tener un sistema adecuado de Tx de basura. ✓ Acceso a agua, letrinas, etc. ✓ Recuperación del Medio Ambiente.	Campañas de : ✓ Desparasitación ✓ Limpieza ✓ Fumigación ✓ Rehidratación oral. ✓ Charlas sobre higiene y purificación de agua.
Desnutrición Po Afectada: 1,812 (7.5%)	✓ Falta de una dieta balanceada. ✓ Poca información sobre nutrición.	✓ Mejor información y educación Nutricional ✓ Mejorar los ingresos familiares.	✓ Consulta nutricional ✓ Control de niño sano.
	CAUSAS PREVALENTES ✓ Falta de ingresos familiares. ✓ Pobreza ✓ Desempleo o empleo .		

Fuente: Elaboración propia con base a documento de ANSAL 1996.

En el cuadro anterior se resume la demanda y oferta de los servicios de salud y podemos concluir que los programas no están diseñados y ejecutados, para responder con efectividad y eficacia a los problemas de salud de la población infantil. Por ejemplo: Conociendo las causas de morbilidad se observa que tienen mayor incidencia las infecciones respiratorias agudas (IRAS), que en total

ascienden a 13,317 atenciones, lo cual representa el 55.46% del total de las atenciones.

Por otro lado los programas para prevenir las IRAS son muy pocos y aparecen como "Búsqueda activa sistemática respiratoria" y en su fase curativa, las llaman "nebulizaciones", esto significa poca sustentabilidad para tratar las primeras patologías de mayor frecuencia y a nivel preventivo se encuentra charlas educativas y formas alternativas de curación en casa, pero no como un programa sistemático, integrado y coordinado con otros Ministerios u organismos que permitan realizar un plan conjunto, más bien el programa de promotor de salud está orientado a realizar actividades muy puntuales sin mayor trascendencia, razón por la cual los programas no están dando logros significativos.

b) Magnitud del problema de salud en la niñez.

Está analizada desde la participación de la población a los diferentes programas, como se puede observar en el siguiente cuadro:



CUADRO N° 33
MAGNITUD DEL PROBLEMA DE SALUD
EN LA NIÑEZ, ZONA NORTE SAN SALVADOR.

INDICADOR	POBLACIÓN POTENCIAL	PARTICIPACIÓN	% DE PARTICIPACIÓN
Control Infantil	11,728	2,289	19
Hogares que purifican el agua	15,736	5,719	36
Participación en campañas	41,140	25,942	63

Fuente: Datos originales obtenidos del Estudio de Campo. Detalle por municipio en el anexo N° .

En el cuadro anterior se puede observar que los niños que deben estar en control infantil son 11,728 en los cuatro municipios, pero las estadísticas muestran que sólo 2,289 están inscritos, esto presenta un fenómeno de baja cobertura.

Para analizar si las charlas de purificación de agua tiene algún impacto significativo, se observó a través del número de hogares que lo aplican, contrarestándolo con el número de hogares registrados en los municipios. De la población potencial que debe purificar el agua 15,736 hogares en los cuatro municipios, de ellos sólo el 36% realizan esta práctica; por ejemplo: Aguilares sólo 1,032 hogares purifican el agua para el consumo humano, pero el resto de hogares 2,487 no lo hacen; debido a esto se concluye que las charlas no son la única herramienta para motivar y dar

la importancia necesaria de purificar el agua. Además no llega la información a todos los hogares. Como indicador es muy importante ya que el agua es el principal foco de contaminación de las enfermedades que padece la población infantil de la zona, al igual que Aguilares los demás municipios de la zona también presentan una brecha muy amplia entre capacidad potencial y capacidad real.

Otro indicador que representa el impacto de la ejecución de programas es la participación en campañas de salud, aunque existe un nivel de participación alto, el impacto de estas campañas se observa en los dos indicadores anteriores (frecuencia de enfermarse el niño y tasa de mortalidad) esto significa que el 63% de la población participa pero al asumir nuevos hábitos y costumbres la participación real es menor. De los cuatro municipios, Guazapa presenta menor participación ya que sólo 4,873 personas de 15 a 59 años participan en las campañas (Ver anexo N° 18). Por otra parte el MSPAS debe evaluar los programas educativos y su impacto real en la población, a fin de recurrir a métodos, estrategias y proyectos que permita una participación activa.

c) Resultados

CUADRO N° 34
RESULTADOS DE LA IMPLMENTACION
DE PROGRAMAS EN APS EN ZONA
NORTE DE SAN SALVADOR

INDICADOR	AGUILARES	GUAZAPA	EL PAISNAL	NEJAPA	Pm
Frecuencia mensual de enfermarse el niño	2.7	2.6	2.86	2.78	2.78
Tasa de Mortalidad Infantil X 1,000 nacidos vivos	75	72	76	69	73

El cuadro anterior muestra el **promedio de tiempo que el niño se enferma**, cuyo promedio es de 2½ a 3 meses, esto se debe a que son enfermedades epidemiológicas, es decir que están relacionadas con el medio ambiente, determinándose que juega un papel muy importante el programa de Saneamiento Ambiental, porque las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas se vinculan con las condiciones ambientales; caracterizado por la insalubridad, hacinamiento, contaminación de agua para el consumo humano, atmósfera contaminada por partículas de polvo y humo; vivienda no adecuada a la protección de la estación invernal relacionándose con el nivel de vida de la población.

Otra causa de morbilidad que presenta la población infantil es la desnutrición y aunque existe el programa de consulta

nutricional no responde a las causas de la desnutrición, entendiéndola no solo por la falta de educación nutricional sino también por el bajo nivel económico, para acceder a la compra de una canasta básica familiar. Siendo además la desnutrición un factor que facilita el daño a la salud por otras enfermedades, ya que lo hace vulnerable a los factores de riesgo ambiental.

La tasa de **mortalidad infantil** x 1000 nacidos vivos en el país se presenta que es de 52 pero cada municipio presenta distinta tasa de mortalidad infantil y para la zona en estudio es de 73 en promedio, indicando que los programas de salud no están operando de una manera eficiente y satisfactoria y se necesitan programas que verdaderamente respondan a las necesidades en salud de la población; todos los recursos, tanto financieros, humanos, técnicos necesitan de una mayor planeación y organización para contribuir y darle énfasis en resolver la descontaminación del medio ambiente, el mejoramiento de la nutrición de la embarazada y del recién nacido.

Con lo expuesto anteriormente se acepta la hipótesis porque aunque existen programas que teóricamente resuelven el

problema de salud, se necesita no de una estrategia global sino local, con la participación de la comunidad y coordinación con organismos gubernamentales y privados.

HIPOTESIS 2.

La capacidad instalada con que cuenta el organismo ejecutor de la política de salud, es insuficiente para desarrollar programas y/o proyectos en APS que estén dirigidos a la población infantil.

La hipótesis trata de evaluar la capacidad que tienen las Unidades de Salud para desarrollar las Políticas de Atención Primaria en Salud, a través de tres variables:

- a) La infraestructura o planta física.
- b) Los Recursos Humanos.
- c) La organización administrativa para ejecutar la política de APS.

a) La Infraestructura.

Según datos de entrevista con los Directores de las Unidades de Salud se obtuvo la siguiente información:

CUADRO N° 35
INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD
ZONA NORTE SAN SALVADOR

Municipios	Unidades de Salud	Dispensa- Rios	Botiqui- nes ONG	Puestos del ISSS	TOTAL
Aguilares	1	2	1	1	5
El Paisnal	1	4	2	0	7
Guazapa	1	2	2	1	6
Nejapa	1	3	1	0	5
TOTAL	4	11	6	2	23

Fuente: Elaboración Propia

Todos los municipios cuentan con una instalación a nivel primario, durante los años '90 han sido remodeladas tres Unidades de Salud (Guazapa, Aguilares y Nejapa) y reconstruida totalmente la Unidad de Salud de El Paisnal, financiado por el FIS. Excepto el caso de Guazapa que fue remodelada con fondos de la Cooperación Holandesa y la Organización Panamericana de la Salud (Estudio de ANSAL). Esto como parte de un proceso de reconstrucción de la zona, lo cual permitió a nivel urbano proporcionar una mayor cobertura, no así en cantones y caseríos, como se puede observar que de 92 comunidades de los 4 municipios, únicamente se tienen 11 Dispensarios Comunitarios con muy pocos servicios, los cuales se reducen en: Control de peso y talla, rehidratación, referencias y consultas.

En conclusión los recursos físicos que tiene el Ministerio de Salud Pública son insuficientes, con bajo mantenimiento local y una red de dispensarios incompletos, lo que determina una prestación de servicios de salud centralizada en el área urbana.

Por otra parte existen otras instituciones como ONG's y el ISSS que poseen dispensarios y clínicas comunales, que en cierta forma resuelven algunos problemas de salud concernientes a APS; pero existe poca coordinación con el resto de los servicios desarrollados por estas instituciones cuya experiencia es mejor principalmente en el caso de ONG's.

b) Recursos Humanos.

En la zona en estudio se pudo constatar que existen 173 personas trabajando en el área de salud por parte del MSPAS, distribuidos de la siguiente manera:

CUADRO N° 36
DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE LA ZONA
POR MUNICIPIO

Personal	Aguilares	Nejapa	Guazapa	Paisnal	TOTAL
Adminsitrativo	7	4	6	5	22
Enfermeras	4	9	3	6	22
Auxiliares	6	5	4	4	19
Médicos	5	3	3	3	14
Trabajadora Social	0	0	0	0	0
Odontólogos	0	0	0	1	1
Inspector de Saneamiento	0	0	0	1	1
Promotor de Salud	6	8	6	4	24
Parteras Empíricas	18	20	12	15	65
Voluntarias.					
Otros	0	5	0	0	5
TOTAL	46	54	34	39	173

Fuente: Documento de Ansal 1996.

Al analizar la distribución del personal en los servicios que prestan las Unidades de Salud, existe una desproporción entre la Atención Curativa y la Atención en APS, éste es el reflejo de la crisis en el Sistema de Salud, así también se observa la paridad entre el número de personal administrativo (27) y de campo (25 Promotores de Salud), donde éste último requiere de mayor personal para él. En este sentido se observa un problema de distribución de los pocos recursos con que cuentan las Unidades de Salud, los cuales presentan concentración en los puestos de salud curativa.

Además de la disponibilidad de recursos humanos es importante analizar la capacidad de los promotores de salud, aunque es variada ésta no es suficiente ya que están capacitados para atender las tres primeras causas de Morbi-Mortalidad en la zona, reciben capacitaciones por parte del MSPAS, sobre métodos para impartir charlas, conocen sobre como realizar actividades de saneamiento ambiental y campañas de fumigación, limpieza, letrinas y vacunación, sin embargo el enfoque de la capacitación es verticalista y pobre en cuanto a promover la participación, toma de decisiones y organización comunitaria, es decir su trabajo es absorbido en gran medida por el sistema de información.

En conclusión la capacidad del promotor para resolver o buscar alternativas de solución junto a las comunidades es limitado, por el enfoque de la capacitación, y su papel dentro de la comunidad, en donde no promueve junto a las estructuras organizativas comunales, el rumbo del desarrollo de la salud, y su papel es más receptivo y pasivo, lo cual dificulta la aplicación de las diferentes políticas.

Otro elemento importante es la cobertura que los promotores tienen dentro de su municipio.

CUADRO N° 37
COBERTURA DE LOS PROMOTORES DE SALUD
SEGUN MUNICIPIO.

Indicador	Aguilares	Nejapa	Guazapa	Paisnal	TOTAL
Demanda Potencial	11	24	27	30	92
Capacidad Instalada	7	16	13	17	53
Diferencia	4	8	14	13	39

Fuente: Elaboración propia del Estudio de Campo.

De 92 comunidades de los cuatro municipios, aún existen 39 caseríos que no son visitados o atendidos, lo cual indica mala distribución del personal para cubrir en el área de estudio referente a APS.

Por otra parte la atención dada por el médico, en los programas de niños sano, control de embarazadas etc., al nivel de consulta externa es baja, ésta relacionado con el tiempo de atención, eficiencia y eficacia de la Unidad de Salud, si se observa la respuesta de la pregunta N° 7, en donde un paciente espera para ser atendido de 2 a 3 horas y más, exceptuando la Unidad de Salud de El Paisnal. Si se observa la productividad, un médico a tiempo completo tiene la capacidad para ver a 45 pacientes diarios y según reporte de entrevista se observa lo siguiente:

CUADRO N° 38
PACIENTES ATENDIDOS POR DÍA EN LOS MUNICIPIOS
EN ESTUDIO.

Indicador	Aguilares	Nejapa	Guazapa	Paisnal	TOTAL
Capacidad Instalada	225	135	135	135	630
Capacidad Real	150	60	*	50	260

Fuente: Entrevista con Directores de Unidades de Salud.

* No contesto.

El cuadro anterior muestra la baja cobertura la cual refleja la poca eficiencia administrativa.

c) Situación Organizativa-Administrativa.

Desde la formulación hasta la ejecución de la política existe una organización administrativa; Primero: por un nivel controlador de formulación de políticas (Ministro, Vice-Ministro y Director de Planificación); Segundo: Nivel de Gerencia y apoyo administrativo (Director General) y Tercer Nivel Periférico Operativo de Departamento y Establecimiento de Salud (Hospital, Centros de Salud). Dentro del nivel Operativo esta el departamento de salud, que funciona desligado del nivel central, su infraestructura Comprende 1°, 2° Y 3° Nivel de atención, en donde el enfoque prioritario del sistema es la eficacia y eficiencia.

El Ministerio de Salud para desarrollar la estrategia de APS organizó los SILOS (Sistemas Locales de Salud) cuya concepción es "Modelo de Organización Local, y además una estrategia operacional de descentralización y participación comunitaria es decir una forma de transferir el nivel de decisión al usuario". En la práctica de este modelo el enfoque ha sido el de trasladar el problema de salud a las comunidades e instituciones no gubernamentales que trabajan en la zona y obtener recursos locales.

Esta forma de conducción de los SILOS además de los pocos recursos que dispone, ha tenido insuficiente desarrollo como sistema y de los niveles locales que lo integran, agregando la poca capacidad gerencial y técnica de los recursos humanos existentes, resultado de un escaso desarrollo comunitario en salud debido por la poca orientación en torno a la organización participación comunitaria por parte del personal de las Unidades de Salud.

Otro problema es la ausencia o limitada coordinación e integración de las acciones en salud en función del desarrollo de redes de todos los organismos involucrados en

la promoción de la salud y en la prestación de servicios públicos relacionados directa o indirectamente con la salud.

En el MSPAS existe un sistema de información gerencial SIG, sin embargo este sólo mide la productividad del personal, existiendo una ausencia de indicadores de gestión o instrumentos que midan la calidad de los programas; en ese sentido falta un método de monitoreo, supervisión y control gerencial que permita asegurar la eficiencia, calidad y cobertura de los servicios.

Finalmente carecen de un modelo de desarrollo económico que de sustentabilidad al sistema local de salud; dentro de SILOS tampoco existen fundamentos políticos, jurídicos que agilicen y garanticen la participación ciudadana. Por las razones antes expuestas se **acepta** la hipótesis planteada.

HIPOTESIS N° 3

La inversión en APS en el área de influencia resuelve los problemas de salud en la niñez y de esa forma contribuye al desarrollo integral de la PEA futura.

La inversión en APS se mide a través de los proyectos para las Unidades de Salud en infraestructura, equipamiento y capacitación. El análisis se centra en el financiamiento desde dos puntos de vista, por un lado la asignación de fondos a proyectos de APS, dentro del sistema nacional de salud y en un segundo momento la asignación presupuestaria de sistema de salud dentro del gasto social y más aun del presupuesto nacional.

a) Análisis de la inversión en la zona de estudio:

El financiamiento de la Unidad de Salud transferido por el MSPAS es básicamente especie y no monetario, es decir a cada Unidad de Salud se envía mensualmente los cheques de los empleados y trimestralmente o semestralmente los medicamentos, en los casos de equipo, remodelación o capacitación se solicita al FIS.

Los proyectos que hasta la fecha se han desarrollado para estos municipios son en su mayoría para infraestructura y equipamiento para el nivel secundario de la atención en salud, y para proyectos de letrinización, de alguna manera el Fondo de Inversión Social ha apoyado en el funcionamiento de programas ejecutados por la Unidad de Salud, como se muestran en la siguiente tabla:

TABLA N°2
INVERSION DE PROYECTOS EN SALUD
(POR EL FIS HASTA 1997)

PROYECTOS	Beneficiarios	Monto de Inversion
Infraestructura		
Guazapa	4988	189,019.42
Aguilares	8475	370,593.63
El Paisnal	5630	897,752.80
Nejapa	6958	327,283.44
Equipamiento		
Guazapa	4988	181,572.91
Aguilares	8475	165,391.95
El Paisnal	5630	122,641.25
Nejapa	6958	176,222.08
Capacitación		
Nejapa	23891	36,202.27

Fuente: Revista FIS, 1997.

b) Análisis del presupuesto nacional de salud:

El problema de la inversión se centra en la distribución del presupuesto que ha existido en el transcurso de los años, para la clasificación de los rubros del gasto se

plantean: presupuesto por gastos administrativos, operacionales lo cual dificulta poder apreciar el monto que recibe cada Unidad de Salud.

CUADRO N°39
ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE SALUD EN EL SALVADOR
1990-1993 (En colones)

DESCRIPCIÓN	1990	1992	1993
TOTAL	377,027,970	530,000,000	730,000,000
Administración Superior	1,087,370	1,305,470	1,901,490
Serv.Administración General	39,052,200	44,681,700	171,315,220
Planificación de los Serv. De Salud	1,122,350	2,153,120	2,395,0
Ingenieria en Salud	1,169,020	1,656,680	1,704,240
Serv. Técnicos Administrativos	2,270,540	5,627,780	7,531,120
Serv. Regionales de Salud	104,142,480	199,961,420	184,330,290
Formación y Adiestramiento de Rec.Huma.	1,828,610	2,415,410	2,498,640
Financiamiento para Gastos de Funcionamiento de instituciones Autónomas y otras.	188,396,130	228,481,440	344,503,980
Ampliación de la Red de Servicios de Salud	169,260	169,170	169,170
Construcción, Amplicación y Mejoras De Edificios del ramo.	100,000	5,500,000	6,000,000
Saneamiento Básico Rural	35,399,880	7,194,460	7,650,810
Funcionamiento de los Programas.	2,290,130	30,853,350	0

Fuente: Diario Oficial, años 1990-1993..

En el cuadro anterior se observa que el mayor porcentaje se concentra en gastos administrativos, gastos de funcionamiento para instituciones autónomas (70.92%) respecto al total del gasto en salud, mientras que el rubro saneamiento básico rural solo se le destina el 1.05%

respecto al gasto total en salud para 1993, siendo esta función competente a APS, como también el rubro funcionamiento de programas que comprende materno infantil, lactancia materna, niño sano, etc., no se le asigna presupuesto para este año y en años anteriores solo se le asignó aproximadamente el 5% del gasto total para salud.

En 1995 la estructura del gasto se modificó pero aun no se puede apreciar cuanto se invierte en Unidades de Salud.

CUADRO N° 40
ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE SALUD
EL SALVADOR 1995
(En Colones)

DESCRIPCIÓN	1995
Administración Superior	270,065,310
Servicios de Salud, Región Occidental	710,873,340
Servicios de Salud, Región Central	52,096,850
Servicios de Salud, Región Metropolitana	77,016,230
Servicios de Salud, Región Paracentral	74,470,230
Servicios de Salud Región Oriental	118,575,510
Financiamiento para Gastos de Funcionamiento de Inst. Autonomas y otras.	495,554,080
Ampliación de la Red de Servicios de Sal.	13,170,600
Construcción, Ampliación y Mejoras de edificios del ramo.	31,628,630
Saneamiento Básico Rural	1,156,250
TOTAL	1,844,607,030

Fuente: Diario Oficial, 1995.

El rubro saneamiento básico rural es el que menor cantidad del presupuesto tiene asignado y aunque el gasto en salud haya tenido aumento respecto a años anteriores el programa de APS sigue siendo quien recibe menor financiamiento en cuanto a Inversión se refiere.

En 1996 se cambio la estructura presupuestaria y se presenta de la siguiente forma:

CUADRO N° 41
ESTRUCTURA DEL PRESUPUESTO DE SALUD
EN EL SALVADOR DEL AÑO 1996
(En Colones)

DESCRIPCIÓN	1996
Dirección y Admon. Institucional	78,630,000
Promoción y Fomento de la Salud	377,837,070
Atención al Medio	63,235,000
Apoyo a Inst. Adscritas.	779,015,295
Desarrollo de la Infraestructura	19,100,250
TOTAL	1,317,817,615

Fuente: Diario Oficial, año 1996.

Cada unidad persigue una política presupuestaria; por ejemplo para la **dirección y administración institucional**, la política es: "Los recursos serán orientados a fortalecer el proceso de modernización, reforma institucional, el proceso de administración del sector salud..." La unidad presupuestaria: **Promoción y fomento de la salud** pretende que los recursos asignados serán orientados a fortalecer y

medio pretende mejorar e incrementar los controles sanitarios básicos... **La unidad apoyo a instituciones adscritas** persigue mejorar el estado de salud a través de la modernización en la prestación de servicios médico-hospitalario y **La unidad de desarrollo de la infraestructura** construir y equipar hospitales y unidades de salud.

Con la descripción anterior se puede determinar que las unidades presupuestarias de promoción y fomento de la salud, como atención al medio corresponde a la salud de primer nivel o APS y se les ha asignado el 33.47% del total del gasto en salud. Pero de esa cantidad se debe restar el gasto administrativo y se destina para inversión solamente ₡171,972,300. Esta inversión incluye los gastos de desarrollo de los programas de APS como en infraestructura.

Lo que se destina a inversión en APS respecto al gasto total en salud es sólo el 13.05% por lo tanto es muy limitado, para tener un impacto en los objetivos planteados para cada unidad presupuestaria, tales como: en disminuir los riesgos y daños al medio ambiente, mejorar el nivel de salud de la población infantil, desarrollo de acciones

los riesgos y daños al medio ambiente, mejorar el nivel de salud de la población infantil, desarrollo de acciones preventivas para minimizar los riesgos en la salud por enfermedades inmunoprevenibles, etc. De esa forma se **rechaza** la hipótesis ya que la inversión que actualmente se realiza en APS no resuelve los problemas de la niñez, dejando que la Población Económicamente Activa a futuro no goce de un desarrollo integral presentando deficiencias en la salud que repercute en la eficiencia y eficacia de la productividad de la fuerza laboral.

b) Análisis del Gasto público nacional, gasto social y salud.

CUADRO N°42
GASTO SOCIAL EN RELACION AL GASTO EFECTUADO EN SALUD
(En millones de colones)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Gasto Público	5101.1	5728.5	7275.4	8035.7	11613.1	11752.6
Gasto Social	1219.5	1560.8	1761.5	2152.7	2622.5	3549.3
Gasto en Salud	377.2	424.2	480.5	678.7	876.9	1204.5
En porcentajes	7.39	7.41	6.6	8.45	7.55	10.25

Fuente: Equipo Maíz. El Salvador en Cifras y Trazos 1996.

En términos generales el presupuesto para el gasto en salud no tiene una política clara de aumento, más bien el comportamiento que ha tenido ha sido oscilante; pero en los últimos tres años la tendencia es a reducir, por



los últimos tres años la tendencia es a reducir, por ejemplo en 1995 era de 10.25% en 1996 de 9.2% y en 1997 llegó al 8.70% de financiamiento. Sin embargo es interesante observar el comportamiento del Ingreso nacional para financiar el presupuesto, en general desde 1994 hasta 1996, ha tenido un aumento notorio, en especial por la recaudación en el impuesto sobre la renta e IVA, esto nos demuestra que aunque el GOES reconoce la precaria situación en salud y se elaboren políticas ambiciosas, lo cierto es que en el momento de elaborar el presupuesto se continúa postergando la inversión social. Existe una tendencia de estancar el proceso a través de la desviación de fondos a la presidencia y obras públicas lo cual ha pasado de 8.9% a 11.50% (1996 y 1997 respectivamente). Esta tendencia de ninguna forma es justificable cuando se tiene una morbi - mortalidad infantil alta, en donde el 47% de los menores de 5 años padece de algún grado de desnutrición y de ellos un 30% de niños de 1° grado presentan retardo en el aprendizaje. Por lo tanto, la hipótesis se **rechaza**, porque queda demostrado que la inversión es mínima al compararla con las necesidades que se tiene para reducir los problemas de salud.

HIPOTEIS N° 4

La inversión actual en APS no ha logrado disminuir la inversión en Atención Curativa.

Para poder analizar esta hipótesis, se observó el comportamiento de la inversión en atención curativa y de APS en los últimos años.

La hipótesis surge sobre la base de un postulado "Invertir en APS tiene la tendencia a disminuir la inversión en salud curativa".

a) Nivel del Gasto.

La inversión en salud curativa lejos de reducirse ha aumentado en los últimos años, restando fuerza y capacidad de la estrategia de APS, la cual es de prioridad al evaluar las políticas del MSPAS.

Para que esta teoría se cumpla debe existir una reconversión del sistema de salud, no solo destinado a mejorar las condiciones a través de los servicios públicos, sino también a nivel de métodos de trabajo que busquen la participación real de las comunidades en un proceso

sistemático de educación en el área ambiental y salud, para el mejor aprovechamiento de recursos locales e institucionales.

Si se observa el presupuesto en APS per-cápita para el año de 1996 se tiene que es de $\text{Q}84.82^{17}$ y el de salud curativa es de $\text{Q}168.60^{18}$, en ambos presupuestos es poca la inversión para superar los problemas de salud principalmente cuando la mayor parte de estos son destinados para administración. Es importante entender que APS es un proceso de educación, organización comunitaria que promueve participación de la población, para la prevención de enfermedades comunes y necesidades básicas en la localidad, y por ende su impacto es a mediano y largo plazo, pero con tendencia a mejorar las condiciones de salud en la comunidad, y tienen mayor efecto, si estos esfuerzos están coordinados con otras políticas de desarrollo socio-económico en la localidad.

¹⁷ Los datos de APS fueron calculados del Presupuesto General de la Nación (Ver cuadro N° 25) de donde se tomó el valor total de las dos políticas de APS con los códigos 02 y 03, el total de esto dividido entre el total de habitantes del país según el último censo. Sin embargo este dato también contiene la labor desarrollada en las Unidades de Salud.

¹⁸ De la misma forma se tomó el presupuesto para instituciones, hospitales, política correspondiente al código 04 entre el total de la población.

b)Respecto a Inversión Real.

CUADRO N° 43
COMPARATIVO DE LA INVERSION REAL
EN APS Y ATENCION CURATIVA.

RUBRO	1994	1995	1996	TOTAL
Curativo	69,799,230	8,107,050	19,100,250	97,006,530
APS	1,156,350	0	19,008,710	20,165,060

Fuente: Diario Oficial, Diciembre de 1994-1995.

El cuadro refleja la poca inversión que el GOES, (a excepción de los proyectos del FIS que ya se mencionaron), realiza en las dos áreas de atención por lo que se **acepta** la hipótesis dado que la poca inversión en el sistema general de salud y específicamente en APS no ha tenido mayor impacto en la población sobre todo para prevenir las tres primeras causas de morbilidad, razón por lo cual la inversión en salud curativa no ha disminuido además de la precaria situación de los hospitales, como se analiza en la hipótesis N° 3.

CAPITULO IV

4.1. CONCLUSIONES

A lo largo del periodo en estudio se ha podido observar que con relación a las políticas gubernamentales la prioridad ha sido por un lado la guerra y por otro el crecimiento económico y no así el desarrollo económico y menos un desarrollo sostenible, permitiendo mayor acumulación con muy poca distribución del ingreso, y en específico dificultando configurar una estrategia de salud acorde a la realidad, principalmente, en las zonas más necesitadas de Atención a la Salud, deteriorando las condiciones de vida de la población.

El gobierno le da prioridad a la imagen internacional del país y a la estabilidad empresarial debido a la reducción de incertidumbre y riesgo por el conflicto armado. Es por ello, que el gobierno trabaja con el Programa de Ajuste Estructural (PAE), con medidas compensatorias (Modelo Neoliberal), impulsado por el Banco Mundial para participar en el proceso de globalización y ser sujeto de préstamos por el Fondo Monetario Internacional. Sin embargo, la implementación del PAE en 1989, aumentó los niveles de

pobreza en el país, por la inequitativa distribución del ingreso, la poca capacidad del sistema para generar oportunidades de empleo, abriendo la brecha del nivel del empleo informal y el subempleo (en su mayoría con nulas prestaciones sociales), también se tiene el problema de la alta concentración de los medios de producción, y por lo tanto los daños a la salud aumentaron. Se le da prioridad a la reactivación económica y aunque reconoce la existencia de hogares pobres y de extrema pobreza, trata de resolverlo con la teoría del Rebalse y con la identificación de grupos de focalización de pobres; pero dado el fracaso de la teoría, el gobierno impulsó medidas de compensación social, a través de la creación del Fondo de Inversión Social, con programas sociales, prioritariamente en infraestructura.

La política de salud no ha sido priorizada y esto se refleja en el porcentaje que ocupa el gasto social de 10.25% (1996), por otra parte tampoco APS, ha sido priorizada dentro de su sector.

La estructura del Sistema de Salud Gubernamental continua siendo muy centralizada en el AMSS y/o las áreas urbanas, tanto en infraestructura, recursos humanos, equipo,

suministros y financieros, aun no ha resuelto los problemas de eficacia y equidad, haciendo inaccesible el servicio de salud a la población de escasos recursos que en su mayoría vive en la zona rural y peri-urbana, de baja cobertura y carente de capacidad resolutive en niveles bajos o primarios. La reforma de salud con tendencia a crear un sistema único nacional no fue retomada estratégica ni operativamente; Se trató de que el MSPAS asumiera un papel rector pero se encontró con resistencia, ejemplo de ello fue, el gremio químico que no permitió el control de calidad de los medicamentos; se buscó una descentralización de los servicios de salud pero no estaban bien estructurados y no se promovió la coordinación inter-institucional de una forma adecuada.

Al analizar las políticas sociales y mas específicamente las políticas de salud, cuyo objetivo es "contribuir a mejorar la calidad de vida de los salvadoreños a través de acciones que lo aseguren", esta claro que el gobierno tiene conocimiento del quehacer en la salud pero definitivamente el mecanismo, las estrategias y los recursos del sistema de salud no son los indicados, es decir, en un país donde el 65% de la población vive en pobreza, los servicios básicos

no pueden ser tratados para grupos focalizados y menos aun modernizar el Estado a través de la privatización de servicios.

Esta investigación fue desarrollada para darle importancia al primer nivel de salud (preventivo) porque con ello es posible buscar alternativas que permitan mejorar el estado de salud de la población de la niñez que representa la capacidad productiva del futuro, pero además porque el cuadro de morbilidad presenta a las enfermedades de mayor frecuencia, las epidemiológicas y que dentro de su multicausalidad se encuentran las condiciones ambientales como una de las causas de mayor peso; agravándose más el problema cuando son los niños que no solo padecen de esas enfermedades sino que mueren, y aun más la repitencia de enfermedades epidemiológicas de la Población Económicamente Activa actual.

Una de las formas de intervención en APS, ha sido la capacitación y contratación de promotores de salud rurales como una estrategia de extender su cobertura territorial en comunidades pobres y de difícil acceso, los cuales fueron capacitados para resolver las patologías más comunes tales

como diarreas, enfermedades de vías respiratorias y parasitosis, además de desarrollar la labor educativa y preventiva, charlas sobre higiene, saneamiento ambiental, fumigación, control de niño sano y embarazada, vacunación, referencias a las unidades de salud, llevar el control estadístico y otras actividades de gestión, su labor es limitada al no tener como punto esencial la participación y organización comunitaria en función de un sistema local de desarrollo en la salud, además de no tener una cobertura de todos los municipios, su labor se ve acentuada en las campañas de vacunación.

A nivel grupos focalizados como vulnerable se encuentra el binomio mujer-hijo(a), en definitiva la mujer o madre de la familia es la que tiene un contacto más directo con los niños o el grupo familiar, es preciso realizar una labor educativa por ser un factor determinante que se ha visto presente a lo largo del estudio.

La educación, es un elemento esencial dentro del desarrollo de la política de salud, está relacionada con los bajos salarios, con la poca atención a la salud, con la falta de mayor concientización para cambios de hábitos de higiénicos,

el autotratamiento por la propaganda de medicamentos de uso popular, con información insuficiente e inadecuada (sobrevolaran los efectos del medicamento). Aunque existen otros factores más evidentes y significativos que intervienen en la salud de los niños como la calidad de vida, el factor educación es el elemento primordial de todo desarrollo sostenible y sustentable.

Durante el período con la intervención en APS, realizada por instituciones privadas y gubernamentales, el indicador de mortalidad infantil ha tenido una leve mejoría es de 56 por mil nacidos vivos pero en la zona rural y más específicamente en la zona de estudio la tasa de mortalidad infantil es de 73 por mil nacidos vivos.

La zona de estudio presenta grandes problemas de medio ambiente; gran parte debido a que son comunidades que vivieron muchos años de guerra, y/o producto de repatriaciones, reubicaciones, aquellas surgidas desde los acuerdos de Paz, por la distribución de la tierra "tenedores" a excombatientes, muchas otras repoblaciones individuales, esto ha significado la implementación de programas de desarrollo comunitario tales como: agua,

letrinas, escuelas, clínicas, etc. Sin embargo, algunas familias de estas comunidades aun tienen que abastecerse de agua de pozos, ríos; eliminar las excretas en el suelo; deshacerse de la basura en botaderos al aire libre; caminos poco accesibles, viviendas mal estructuradas, etc. Es alarmante que el 65% de la población de esa zona vive en esas condiciones de pobreza y muchas veces pobreza extrema por no tener recursos financieros para la adquisición de la canasta básica y a la vez por no poseer servicios.

Una de las dificultades para la definición y ejecución de la política de salud ha sido abordada desde el punto de vista sectorial, sin mayor participación o articulación de esfuerzos junto a otras instituciones gubernamentales, autónomas, privadas, etc. Para esta zona los programas deben ser específicos y no los generales aplicados en todo el país.

Aunque en los programas generales se contemple la supervisión de agua, excretas, residuos sólidos, el impacto en esta zona es nada significativo partiendo de que carecen de servicios domiciliarios y se abastecen de los ríos que están contaminados y si se les proporcionan charlas de cómo

purificar el agua, en donde la orientación es hervirla, su práctica es baja debido a que conlleva costo (gasto de leña) la contaminación del aire y deterioro del medio ambiente con la tala de arboles. Así como en el ejemplo anterior, también se dan problemas respecto a eliminación de excretas, basura (no hay recolectores), etc., por lo que se necesita un proceso sistemático de educación para la salud, con el propósito de minimizar este problema a mediano plazo puesto que la inversión es grande.

Actualmente las líneas de acción que se contemplan en los programas de APS impulsados por el MSPAS no han sido de impacto en la zona de estudio, es decir que se ha medido en términos de reducir el riesgo de enfermarse y como se ha demostrado en el estudio, la población infantil presenta su mayor índice de morbilidad por IRA's, diarreas, parasitismo y que está íntimamente relacionado con las condiciones ambientales. Pese a los programas dirigidos a esta zona a través del FIS, Unidad de Salud, y Municipalidades, instituciones gubernamentales que han invertido en infraestructura y servicios públicos, no tienen mayor impacto porque carecen de participación real comunitaria y de organización, capacitación de la base para el desarrollo

de los proyectos, y poca coordinación con las instituciones no gubernamentales que tienen mayor experiencias en el campo de la Atención Primaria de Salud.

En la investigación se ha podido conocer cual es la población a la que se debe servir y se tiene claro que la población en esa zona se caracteriza por ser del sector informal, además que no están concentrados, es decir, que hay dispersión geográfica de la población, que debe atender la Unidad de Salud, por lo que su accionar es muy deficiente en cuanto a cobertura. En ese sentido quienes más perjudicados se ven y por lo tanto necesitan de mayor atención es la población infantil por ser más vulnerables a las condiciones ambientales, principalmente aquella que se encuentra en los cantones.

La oferta de recursos que se tiene no es suficiente, es decir, la Unidad de Salud no cumple con la cobertura total de cada municipio, se dejan cantones sin atender por lo que la población opta por automedicarse; por otra parte se necesita de laboratorios clínicos, promotores de salud con capacidad de promover la salud desde una perspectiva de desarrollo comunal. Es importante observar que solo un

inspector de saneamiento ambiental existe en la zona de estudio y además el enfoque del trabajo es cuestionable.

Financieramente no se ofrece mayor presupuesto a APS, cuyo problema se origina desde el momento de clasificar los gastos y es hasta 1996 que se tiene una estructura mas clara del destino del dinero pudiéndose apreciar que solo el 33% del total de gasto en salud se destina para las unidades de salud que en definitiva son las que operativizan la estrategia de APS en todo el país, pero con los problemas de concentración de recursos en las unidades del AMSS, es lógico que se tiene una menor distribución del presupuesto para la zona de estudio. Además, contrariamente se tiene que la relación a los ingresos del gobierno (impuestos internos) no está teniendo una relación directamente proporcional respecto al gasto social, y menos aun a salud.

Las unidades de salud no reciben dinero de parte del MSPAS sino que reciben la dotación de medicamentos y los cheques de los salarios. Es a través de la venta de medicinas en las Unidades de Salud que obtienen ingresos lo cual les

permite comprar medicamento y poder ofrecer una alternativa a la población.

Para un mejor funcionamiento, cada unidad de salud, gestiona proyectos al Fondo de Inversión Social y éste decide, asigna, cuanto y cuando se va realizar el proyecto. Pero no existe un proceso de identificación y capacitación con la comunidad. Para estos programas se tiene una independencia económica al desligar del presupuesto nacional algunos programas de APS para que organismos internacionales lo financien, básicamente estos programas son: nutrición, lactancia materna, materno infantil, vacunación, atención de parto, etc. teniendo menor control el MSPAS ante programas claves para el sistema inmunológico del niño.

Para comentar sobre la eficiencia de los servicios en la zona se mide el grado de productividad tanto del promotor de salud, partera, médico; teniendo un bajo rendimiento del promotor al no jugar su función más destacada entre la comunidad y la Unidad de Salud ya que debería de transmitir las necesidades de la comunidad que no solo se resuelven

con charlas sino con proporcionar los servicios básicos a la población.

Otra área evaluada son los resultados de APS, esto se midió a través de la eficacia es decir, de la cobertura del programa el cual es poco alentador ya que para el programa de "control de niño sano" se tiene una cobertura del 21%, y el tratamiento de las enfermedades epidemiológicas es ambulatorio, cosa que no resuelve el problema desde la raíz. El diagnóstico en sí presenta deficiencias ya que al niño se registra por enfermedades presentadas pero muchas de ellas son por causa de la desnutrición, siendo esta un problema que demuestra el ciclo vicioso de pobreza-desnutrición-morbimortalidad..

Y por último para evaluar la efectividad de APS en términos de calidad de la atención se responde con el cuadro de causas de morbilidad infantil donde ocupa los primeros lugares las enfermedades epidemiológicas por lo que no se le esta dando la atención adecuada y necesaria para resolver los problemas de salud que presenta dicha zona.

Por otra parte a pesar de que los SILOS, han sido un espacio de coordinación esto no fue bien aprovechado, y es notorio observar la débil coordinación e impacto que ha obtenido.

En definitiva la política sanitaria actualmente no ha logrado modificar el perfil epidemiológico de la población clasificada como vulnerable.

Con todo lo anterior se aborda sobre beneficio absoluto de los programas y sobre su ejecución relativa realizando así el análisis costo-beneficio que por ser una evaluación económica relaciona tanto los factores productivos como los productos, para este caso, los programas de salud y las enfermedades, ha mostrado una escasez de recursos humanos, financieros, técnicos y una mala elección de ellos en sana y productiva.

Al analizar las políticas de salud y su ejecución, se observa que una de las mayores deficiencias del sistema de salud y sobre todo en APS, básicamente es sobre el enfoque de abordaje de la política, que se ve como una política sectorial, sin embargo el problema de salud es integral,

que tiene que ver en la comunidad con su forma de producción y generación de ingresos, su organización, educación, vivienda, participación, gestión, servicios básicos, con su desarrollo local; entonces el problema de salud, no solo le compete resolverlo al sector salud, sino por el contrario una política integral, con participación de los diferentes sectores, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. A nivel administrativo: Existe una inadecuada planificación, monitoreo y evaluación de las políticas en términos de distribución de recursos en relación con los objetivos.

Finalmente la política de APS, en términos de favorecer a la población de 0-14 años, a través de actividades realizadas por las Unidades de Salud no han trascendido en mejorar su situación de salud para el futuro de la PEA.

El trabajo realizado presenta datos que dan una visión amplia y real de la población que vive en la zona de estudio, lo cual ha permitido conocer la importancia de los datos estadísticos y la relación del factor económico relacionado con salud, el cual demuestra el ciclo vicioso de pobreza-desnutrición-morbimortalidad y como es necesario

crear políticas que permitan el desarrollo socio - económico sostenible, a partir del desarrollo humano.

4.2 RECOMENDACIONES

- La principal recomendación es que el Sistema de Salud debe entrar seriamente en un proceso de transformación, a través de un diseño de reformas con la participación activa de instituciones que intervienen en salud pública (tales como instituciones gubernamentales, privadas, municipalidades, etc.), que permita superar los problemas de equidad, eficiencia y eficacia del sistema.

- Realizar una evaluación periódica en cada unidad de salud con el objetivo de verificar no sólo el cumplimiento de los programas sino también para conocer si dichos programas responden a los problemas de la comunidad y sea el responsable la Unidad de salud quien realice las gestiones necesarias. La gerencia en salud debe de medir: equidad, eficacia, eficiencia, efectividad. **Equidad:** que sea para todos, **Eficacia:** elegir acciones para lograr resultados esperados, **Eficiencia:** aumento de la productividad y rendimiento de los recursos disponibles y la disminución del costo de

los servicios de salud, **Efectividad:** mejor condición de salud de la población y atención de mayor calidad, satisfacción de usuarios y proveedores.

- Establecer una coordinación interinstitucional e intersectorial entre el MSPAS, ISSS, ONG's y otros actores sociales que se relacionan con los servicios de salud, para que de esa forma se desarrollen mecanismos en conjunto que promuevan y mantengan una atención de salud oportuna y continua de la población. Es decir, que se logre una unidad geo-político-social que supere la debilidad de los municipios pequeños e integren un espacio-población suficiente para el desarrollo de un sistema de salud. Para ello es necesario crear un marco legal e institucional para que en la ejecución de los programas se pueda abordar problemas específicos locales.
- Mantener el apoyo a las políticas de descentralización y fortalecimiento de la capacidad local que permitan afirmar la factibilidad práctica de todos los componentes del sector, en cuanto exista voluntad política de su implementación a lo que se puede agregar

la disponibilidad de metodología de trabajo e instrumentos producidos por la adquisición de políticas o programas.

- Lograr el concepto de control social de la producción de salud, sustentado en un marco legal e institucional que permita al MSPAS desarrollar políticas de cobertura mucho más agresivas localmente, para que esas políticas se apliquen bajo los mejores conceptos y condiciones de eficiencia, eficacia y equidad.
- Apoyar todos los esfuerzos de reforma, dentro de la modernización del Estado, articulando todas aquellas acciones que estén encaminadas a impulsar el desarrollo local descentralizado. Es importante la capacitación de líderes comunitarios capaces de conducir procesos locales.
- Anexar como ejecutores de los planes de salud a las ONG's, Universidades y otras entidades de bien público, de tal forma que se estimule la participación e integración mediante la contratación de sus servicios, estableciendo especificaciones y condiciones para su

realización en cuanto a tiempo, calidad y mecanismos de supervisión y controles adecuados.

- Profundizar la participación de comunidades en el análisis de la situación de salud, tanto de los prestatarios como los usuarios de los servicios, en particular a las mujeres, fortaleciendo la capacidad gerencial y la participación de estos, así como la sociedad en su totalidad, en el uso de la información para la planificación y el control social de la salud.
- Desarrollar formas de atención de salud basados en las personas, familias y grupos de las comunidades (Salud y Atención Comunitaria) identificando y analizando los problemas, y factores causales como en las alternativas de solución incorporando formas tradicionales y propias del medio.
- Desarrollar alternativas que permitan solucionar los problemas del sector salud, en una forma acelerada y continuar la promoción de la salud de la población en general. En este sentido, las condiciones demográficas, sociales y de desarrollo de los servicios de salud

determinan la orientación al fortalecimiento del primer nivel de atención de salud, asegurando la provisión de los servicios básicos a toda la población.

- El MSPAS debe orientar sus planes y programas de la zona norte del departamento de San Salvador hacia las necesidades reales de la población y de esa forma asignar a los municipios o Unidades de Salud de cada uno de ellos, los recursos humanos y financieros necesarios para disminuir los problemas de salud más comunes de los infantes. Las políticas a desarrollar serían: orientación de programas hacia la patología existente del problema local, capacitación del recurso local, promover la participación comunitaria, cumplir los sistemas locales de salud y accesibilidad al servicio de salud. Para ello el MSPAS debe fortalecer el nivel de conducción a través de asesoría técnica y además continuar con el esfuerzo de la organización de los SILOS legalizándolo para tener respaldo administrativo, de financiamiento y de gestión, desarrollar un sistema.
- En los últimos años el concepto de salud como componente del desarrollo se ha fortalecido y

evolucionado hacia una conexión más dinámica en conjunto con todos los factores sociales. Con el objetivo de hacerle frente a todos los problemas de salud de esta zona o de los municipios en estudio, a la crisis económica en aumento y a los diferentes conflictos que se les agregan, se debe insistir en que el acceso a la salud de la población sea universal y equitativa, la lucha contra la pobreza y los programas sociales deben de formar parte de las políticas de desarrollo, y tratar de asegurarse que el sector de la salud principalmente, ocupe una posición mucho más influyente en la formulación de las agendas políticas donde se decide la asignación de recursos. Se debe recordar que la salud es considerada como un indicador de la capacidad de un país para satisfacer las necesidades más básicas de la población, sino también como un factor esencial para asegurar la calidad de los recursos humanos de los cuales recordemos depende definitivamente la productividad y la producción.

- La promoción y el mantenimiento de la salud de una sociedad depende por la existencia de un amplio conjunto

de acciones económicas, sociales y políticas. Sin embargo, el cuidado de la salud está directamente vinculado con la protección y control del medio ambiente físico-biológico inmediato al ser humano y al cuidado directo de la salud de las personas. Es necesario, desde el punto de vista de la salud, analizar el ambiente físico con criterios más amplios, ya que los factores del medio ambiente se convierten en factores de riesgo primario y secundario, tanto en forma directa como indirecta. Es por eso que no debería existir ninguna contradicción entre las metas de la política de desarrollo y las de protección del medio ambiente, ya que las mismas, deben coincidir en mejorar el bienestar de la población.

- Para solucionar los problemas de APS es necesario que el Ministerio de Salud priorice dicha política y esta debe ir ligada en conjunto con políticas ambientales y más aún, que las políticas desarrolladas en el AMSS se expandan a dicha zona y para ello es necesario involucrar a los diferentes actores que inciden y deciden en la toma de decisiones políticas como en los actores que intervienen en el desarrollo económico de la

zona. Se debe de realizar una estrategia en conjunto con miras a la expansión demográfica y al desarrollo urbano.

- Debido a que la zona de estudio presenta un alto índice de hogares en pobreza y extrema pobreza, es necesario una política de salud universal e igualitaria. Pero para ello hay que restarle peso al sector privado de la salud porque la medicina privada opera con criterios de rentabilidad por lo que no está en su lógica proporcionar servicios a toda la población sino sólo a aquellos que los pueden pagar, sea directamente o por medio de un sistema de seguros médicos; puede adquirir fuerza política necesaria para impedir la expansión del sector público que considera una amenaza a sus intereses particulares; y tercer obstáculo, su lógica selectiva y de rentabilidad imprime una orientación curativa y no preventiva a los servicios.

- Para tener un diagnóstico más real a cada grupo poblacional y para aplicar las medidas más apropiadas a resolver los problemas se debe de descentralizar pero no sólo administrativamente sino más bien para la toma de decisiones, y así poder determinar con exactitud lo que

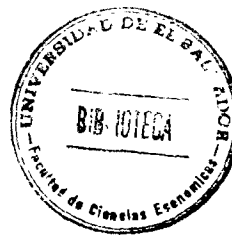
urge y se necesita en cada zona del país. La descentralización debe ser no sólo municipal, sino también contar con el respaldo del MSPAS. En ese sentido es vital importancia fortalecer los sistemas locales de salud a nivel, administrativo gerencial y operativo para que logre asumir la coordinación inter - institucional para el logro de objetivos.

- Para poder llevarse a cabo una descentralización democrática se necesita del apoyo de un marco legal e institucional bien establecido, los organismos responsables a ejecutar la descentralización deben tener las suficientes facultades para poder abordar los problemas específicos del nivel local y la obligación de responder de sus acciones ante sus representados. Respecto a los recursos vale la pena mencionar que de poco sirve incrementarlos y democratizar la gestión si los ejecutores de los programas ignoran cómo hacerlos funcionar. Se debe maximizar la competencia técnica y administrativa y minimizar el predominio del poder técnico-administrativo; y sólo se puede lograr con el desarrollo de una nueva cultura de servicio público y de

conciencia sanitaria de los usuarios y sus representantes.

- Se recomienda un incremento sustantivo del gasto en salud, descentralización de los servicios, fortalecer la función reguladora del Estado a través del MSPAS, crear un fondo nacional de salud que financie universalmente una canasta básica de servicios en salud, el Estado asumirá el financiamiento de esta canasta en el caso de la población en extrema pobreza y el de la canasta básica para toda la población, atender de forma seria la atención primaria sobre los demás niveles de atención. Participación en la gestión, planificación, ejecución y evaluación de los actores no estatales de salud, recomendando la creación de un consejo nacional de salud y el incremento de la política de SILOS.
- Se recomienda que el MSPAS asuma una función rectora de la política sanitaria para eliminar la dispersión y la falta de coordinación, se debe superar la poca flexibilidad en el manejo de los recursos, se debe de reformar la capacidad de gerencia del Ministerio de Salud en el proceso de reorganización, debe preocuparse

además por garantizar la coordinación y por la sostenibilidad de sistema de salud, Finalmente el Ministerio debe reconocer la labor de Salud primaria realizada por ONG's cuya experiencia ha tenido mejores logros, en cuanto a enfoque, métodos, suministros, organización, capacitación de promotores de salud, etc.



BIBLIOGRAFIA.

- ANSAL. La Reforma de Salud: Hacia su Equidad y Eficiencia 1994.
- Badía, Roberto de Jesús. Apuntes de Salud Publica. UES. 1993.
- Banco Central de Reserva. Boletín N° 61 año 1993.
- Banco Central de Reserva. Boletín N° 94 año 1996.
- Banco Mundial. Aliviar la Pobreza de El Salvador. 1994.
- Barrientos, José Edgardo. El Costo Social de la Crisis Salvadoreña en el Sector Salud y Perspectivas. TESIS. UES. 1992.
- Bonilla, Gildaberto. Estadística Tomo II, UCA Editores. 1995.
- CECIL. Tratado de Medicina Interna. Editorial Interamericana. México. 1987
- CENITEC. Balance de la Política Social de ARENA. Política Económica N° 27.
- Constitución Política de El Salvador. San Salvador. 1983.

- Chavez Mena, Fidel. El Salvador. Crisis, Estabilidad y Proceso Democrático 1984.
- DIGESTIC. Censo Nacional de Población y Vivienda. 1992.
- DIGESTIC. Encuesta de Hogares para Propósitos Múltiples. 1992.
- ECA. La Economía en Tiempos de Guerra 1982.
- ECA. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. El Neoliberalismo en América Latina. 1996.
- Equipo Maíz. El Salvador en Cifras y Trazos 1996.
- Fundación Friedirich Ebert. La Política Social en la Crisis: Una Alternativa para el Sector Salud. México 1984.
- FUNDE. Alternativa para el Desarrollo N° 37, 1996.
- FUSADES. Boletín Económico y Social. Inversión en Capital Humano: Condición Indispensable para el Desarrollo Económico y Social. 1994.
- León Cáceres, Ruth Marina. Crisis Económica y Social y su Impacto en la Generación de Servicios Públicos de Desarrollo Social. TESIS. UES. 1992.
- MSPAS. Diagnostico de Salud 1995.
- MSPAS. Necesidades Prioritarias de Salud en el Salvador. 1984.

- MSPAS. Diagnostico de Salud 1995.
- OPS. Análisis de los Procesos de Inversión en Ambiente y Salud en El Salvador.1993.
- Orellana, José Eliseo. El Perfil Epidemiologico y el Medio Ambiente. Prisma 1997.
- PNUD. Crecimiento Económico Para Propiciar el Desarrollo Humano, 1995.
- PNUD. Informe Sobre Desarrollo Humano. Año 1996.
- PRISMA, Boletín No. 17, 1995.
- UNICEF. Publicorp. Una agenda en favor de la infancia y la mujer de El Salvador. 1994.
- USAID.El Salvador: Política Social y Combate de la Pobreza. Junio 16/1994.
- USAID. La Reforma del Sector Salud hacia su Equidad y Eficiencia. 1994.

ABREVIATURAS

AID: Agencia Interamericana para el Desarrollo.

APS : Atención Primaria de Salud.

BM: Banco Mundial.

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda.

FIS: Fondo de Inversión Social.

FMLN: Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional.

FOSAFI: Fondo de Saneamiento del Sistema Financiero.

FSV: Fondo Social para la Vivienda.

GOES: Gobierno de El Salvador.

IPC: Índice de Precios al Consumidor.

IPFA: Instituto Para la Fuerza Armada.

IRA: Instituto Regulador de Abastecimiento.

IRA's: Infecciones Respiratorias Agudas.

IVA: Impuesto al Valor Agregado.

IVU: Instituto de Vivienda Urbana.

MH: Ministerio de Hacienda.

MIPLAN: Ministerio de Planificación.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

PEA: Población Económicamente Activa.

PIB: Producto Interno Bruto.

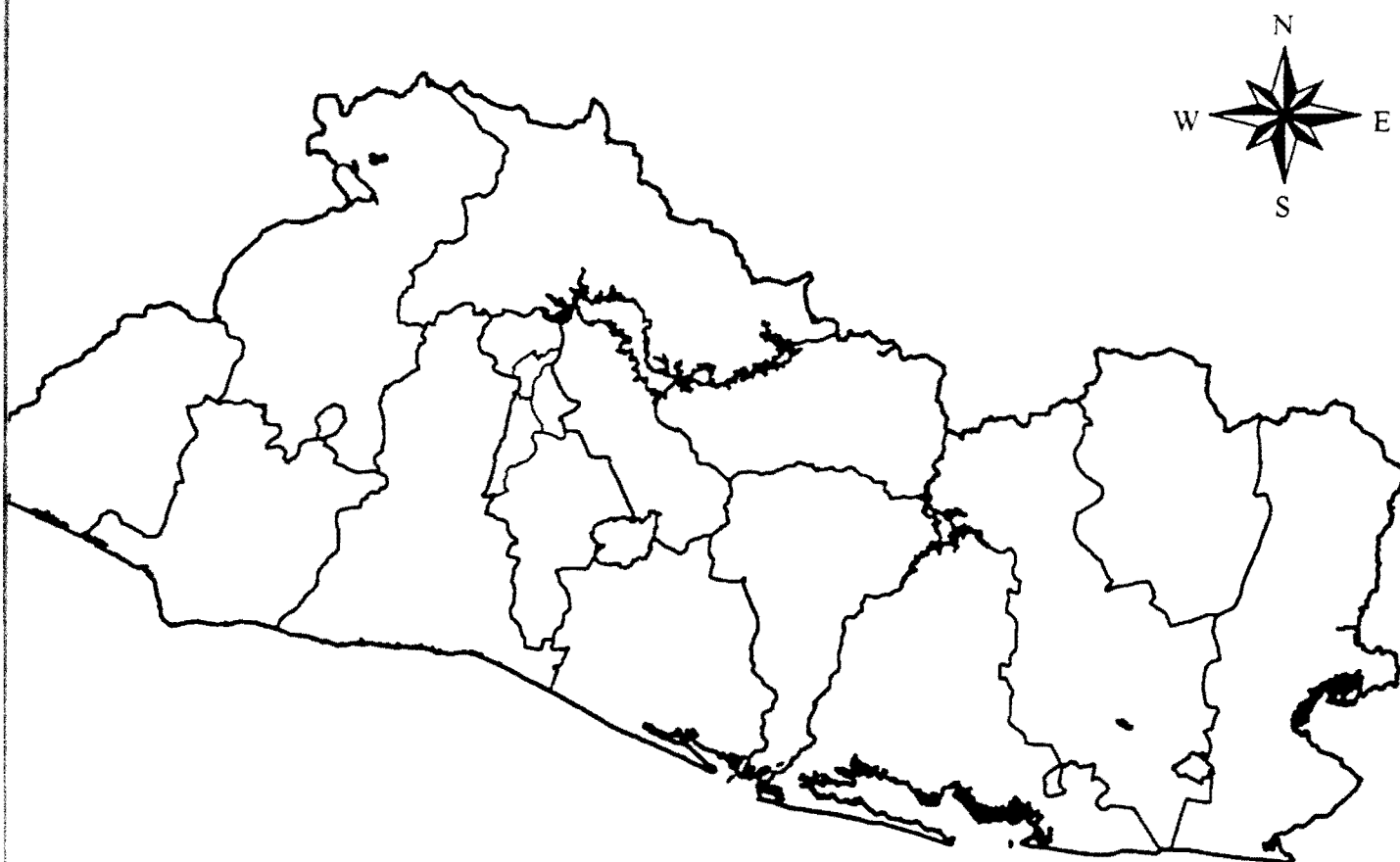
SRN: Secretaría de Reconstrucción Nacional.

U.S. : Unidad de Salud.

ANEXOS

Mapa 1

Ubicación Geográfica de la Zona en Estudio



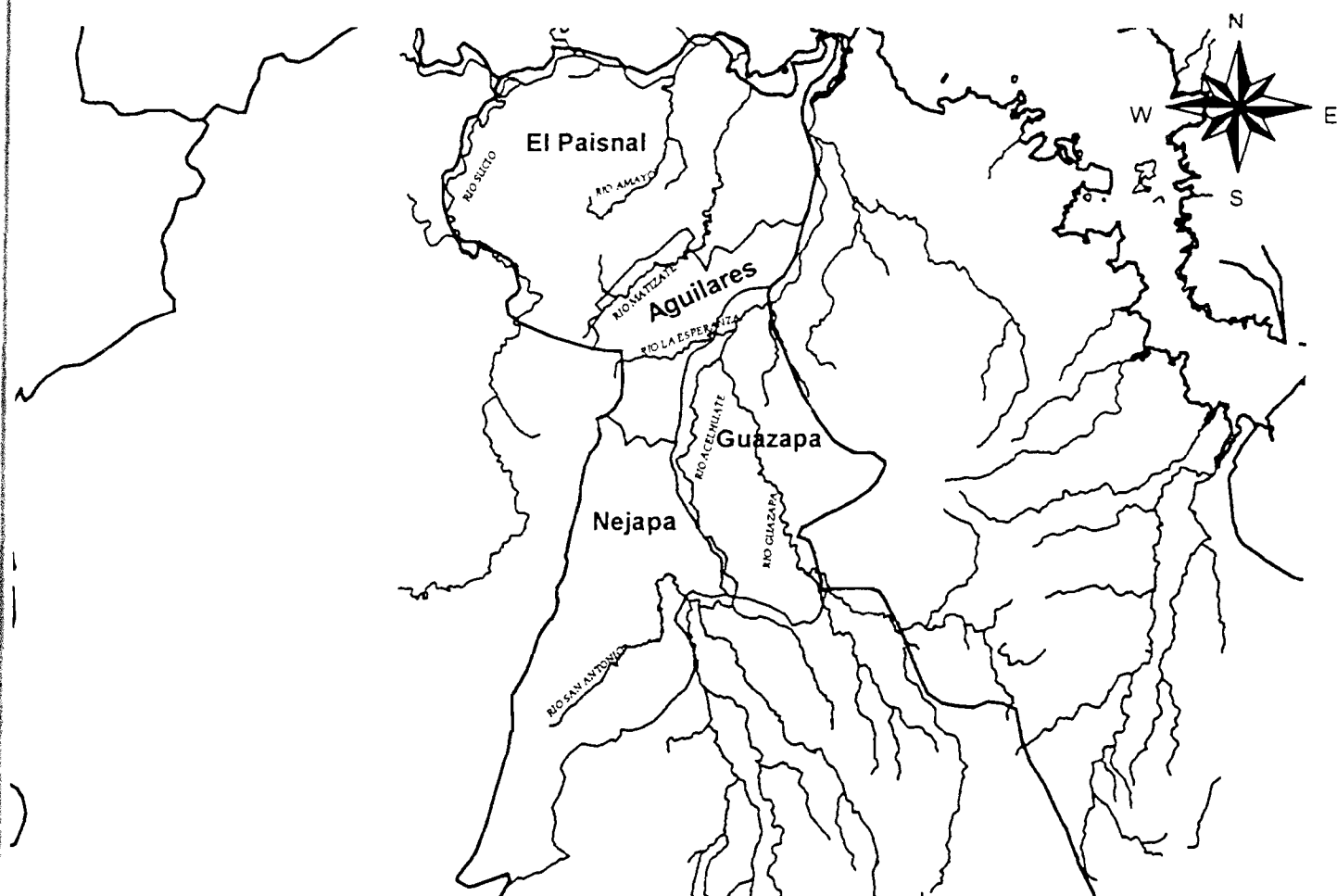
20 40 Kilometers

División Político Departamental

-  Departamentos
-  Límite Nacional
-  Cuerpos de Agua
-  Municipios Seleccionados

Mapa 2

Zona Norte: Ubicación de Ríos en los Municipios Seleccionados



8

16 Kilometers

División Político Departamental

Departamentos

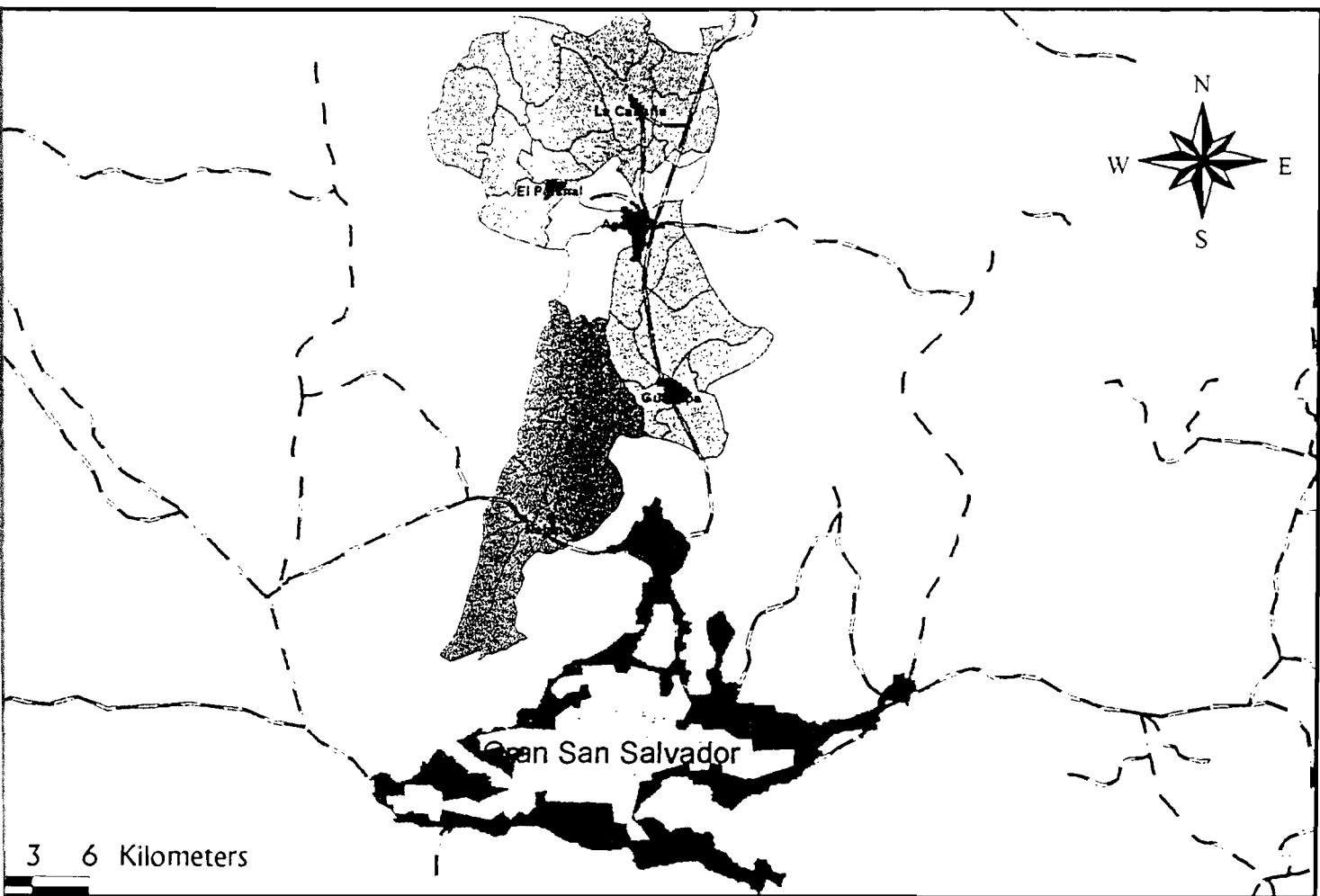
Límite Nacional

Cuerpos de Agua

Ríos

Municipios Seleccionados

Mapa 3 Ubicación de Zonas Urbanas en Municipios Seleccionados



- San Salvador 1976
- Ciudades Seleccionadas
- Carreteras
- Aguilares
- El Paisnal
- Guazapa
- Nejapa

Fuente: SIG-PRISMA.
Digitalizado por DGEA, BID & PRISMA.

ANEXO N° 1

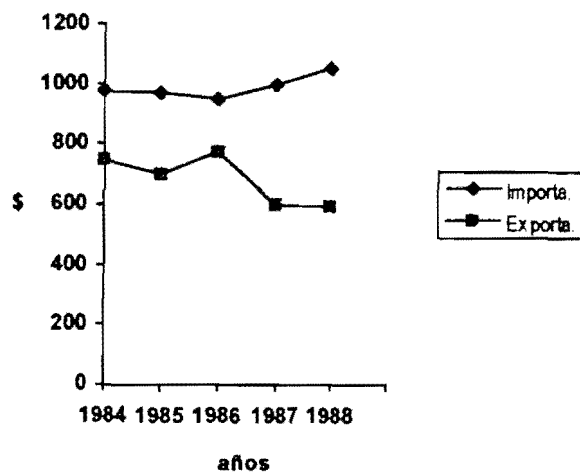
COSTO MONETARIO EN LOS DIFERENTES SECTORES POR LA DESTRUCCION ARMADA (en millones de dólares)

Sector	Costos Directos	Costos Indirectos	Costos Totales
Acueductos Y Alcantarillados	5.8	351.9	357.7
Telecomunicaciones	84.8	242.1	326.9
Camino Y Puentes	65.4	233.3	298.7
Energía Eléctrica	63.7	191.1	254.8
Transporte	43.6	50.7	94.3
Ferrocarriles	25.3	66.4	91.7
Agricultura	32.8	20.0	52.8
Aeropuertos	0.0	26.1	26.1
Puertos	0.0	26.6	26.6
Vivienda	5.0	15.0	20.0
Salud	0.1	17.5	17.6
Educación	2.1	8.9	11.0
Inst. Municipal	0.2	1.0	1.2
Total	328.8	1,250.6	1,579.4

Fuente: Secretaría de Reconstrucción Nacional.

ANEXO N° 2

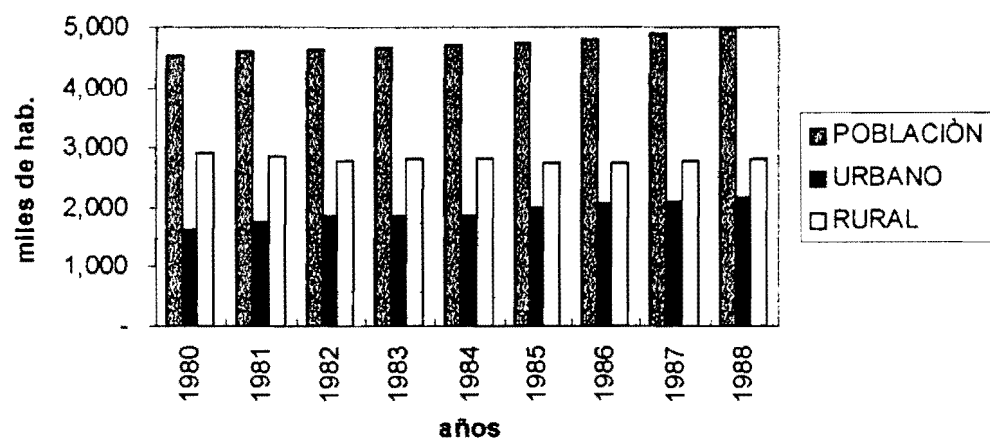
BRECHA COMERCIAL DE EL SALVADOR (millones de \$) 1984-1988



Fuente: Revista Trimestral, BCR. Varios años.

ANEXO N° 3

ESTRUCTURA POBLACIONAL: URBANO Y RURAL
(miles de habitantes)



Fuente: DIGESTYC, varios años.

PRESUPUESTO DE LA NACION 1980

SECTOR SALUD

ESTRUCTURA: PRESUPUESTO DE SALUD SEGUN PROGRAMA
(millones de colones) 1980-1988

	FONDO GENERAL		PRESTAMOS			
			INTERNOS		EXTERNOS	
	COLONES	%	COLONES	%	COLONES	%
Administración Superior	517,120	0.35				
Servicios Generales	27,427,020	18.53				
Planificación	1,877,770	1.27				
Ingeniería de Salud	1,362,750	0.92				
Servicios Técnicos Normativos	1,085,540	0.73				
Servicios Operativos	42,745,590	28.87				
Financiamiento para Gastos	66,550,890	46.30				
Ampliación de la red	650,000	0.44	11,550,000	41.22		
Construcción	955,000	0.65	4,845,000	17.29		
Introducción de agua potable rural (BID)	800,000	0.54			4,100,000	100.00
Introducción de agua potable rural	1,000,000	0.68	10,000,000	35.68		
Letrinización	190,000	0.13	110,000	0.39		
Funcionamiento de los programas	880,000	0.59	20,000	0.07		
Nutrición			1,000,000	3.57		
Financiamiento para Gastos			500,000	1.78		
TOTAL	146,041,680	100.00	28,025,000	100.00	4,100,000	100.00

PRESUPUESTO DE LA NACION 1981

SECTOR SALUD

	FONDO GENERAL		PRESTAMOS			
			INTERNOS		EXTERNOS	
	COLONES	%	COLONES	%	COLONES	%
Administración Superior	533,480	0.34				
Servicios Generales	27,795,420	17.67				
Planificación	2,078,650	1.32				
Ingeniería de Salud	1,190,650	0.76				
Servicios Técnicos Normativos	1,190,940	0.76				
Servicios Operativos	48,305,940	30.70				
Financiamiento para Gastos	76,229,510	48.45				
Ampliación de la red			3,608,000	22.49	4,600,000	84.02
Construcción			2,000,000	12.47		
Saneamiento básico			5,121,600	31.93	875,080	15.98
Letrinización			620,000	3.74		
Funcionamiento de los programas			710,000	4.43		
Nutrición			1,000,000	6.23		
Financiamiento para Gastos			3,000,000	18.71		
TOTAL	157,324,590	100.00	16,059,600	100.00	5,475,080	100.00



PRESUPUESTO DE LA NACION 1982

SECTOR SALUD

	FONDO GENERAL		PRESTAMOS			
			INTERNOS		EXTERNOS	
	COLONES	%	COLONES	%	COLONES	%
Administración Superior	526,720	0.35				
Servicios Generales	26,125,020	17.34				
Planificación	2,142,180	1.42				
Ingeniería de Salud	774,750	0.51				
Servicios Técnicos Normativos	1,320,160	0.88				
Servicios Operativos	47,109,770	31.27				
Financiamiento para Gastos	72,650,070	48.23				
Ampliación de la red			18,750,000	66.73		
Construcción			2,384,990	8.49		
Saneamiento básico			5,000,000	17.79		
Letrinización			500,000	1.78	420,000	100.00
Funcionamiento de los programas			1,165,010	4.15		
Nutrición			300,000	1.06		
Financiamiento para Gastos						
TOTAL	150,648,670	100.00	28,100,000	100.00	420,000	100.00

PRESUPUESTO DE LA NACION 1983

SECTOR SALUD

	FONDO GENERAL		PRESTAMOS			
			INTERNOS		EXTERNOS	
	COLONES	%	COLONES	%	COLONES	%
Administración Superior	526,720	0.36				
Servicios Generales	20,569,900	14.18				
Planificación	2,142,180	1.48				
Ingeniería de Salud	774,750	0.53				
Servicios Técnicos Normativos	1,331,700	0.92				
Servicios Operativos	47,098,230	32.46				
Financiamiento para Gastos	72,650,070	50.07				
Ampliación de la red			5,000,000	42.34	21,521,000	100.00
Construcción			1,465,000	12.40		
Saneamiento básico			3,650,000	30.91		
Letrinización			450,000	3.81		
Funcionamiento de los programas			1,215,000	10.29		
Nutrición			30,000	0.25		
Financiamiento para Gastos						
TOTAL	145,093,550	100.00	11,810,000	100.00	21,521,000	100.00

PRESUPUESTO DE LA NACION 1985

SECTOR SALUD

	PRESTAMOS					
	FONDO GENERAL		INTERNOS		EXTERNOS	
	COLONES	%	COLONES	%	COLONES	%
Administración Superior	677,900	0.41				
Servicios Generales	21,245,310	12.91				
Planificación	2,699,690	1.64				
Ingeniería de Salud	768,770	0.47				
Servicios Técnicos Normativos	1,379,620	0.84				
Servicios Operativos	50,902,460	30.92				
Financiamiento para Gastos	86,929,280	52.81				
Ampliación de la red			4,312,060	46.09	23,576,250	100.00
Construcción			100,000	1.07		
Saneamiento básico			3,128,920	33.45		
Letrinización			447,980	4.79		
Funcionamiento de los programas			1,366,040	14.6		
Nutrición						
TOTAL	164,603,030	100.00	9,355,000	100.00	23,576,250	100.00

PRESUPUESTO DE LA NACION 1986

SECTOR SALUD

	PRESTAMOS					
	FONDO GENERAL		INTERNOS		EXTERNOS	
	COLONES	%	COLONES	%	COLONES	%
Administración Superior	778,880	0.46				
Servicios Generales	21,728,650	12.72				
Planificación	785,350	0.46				
Ingeniería de Salud	725,510	0.42				
Servicios Técnicos Normativos	1,619,780	0.95				
Servicios Operativos	55,436,400	32.44				
Formación de recursos humanos	2,439,670	1.43				
Financiamiento para Gastos	87,362,510	51.12	768,100	13.22	10,200,390	100.00
Ampliación de la red			100,000	1.72		
Construcción			3,576,900	61.55		
Saneamiento básico			1,366,040	23.51		
TOTAL	170,876,750	100.00	5,811,040	100.00	10,200,390	100.00

PRESUPUESTO DE LA NACION 1987

SECTOR SALUD

	FONDO GENERAL		PRESTAMOS			
			INTERNOS		EXTERNOS	
	COLONES	%	COLONES	%	COLONES	%
Administración Superior	880,100	0.40				
Servicios Generales	33,167,050	15.08				
Planificación	900,180	0.41				
Ingeniería de Salud	851,710	0.39				
Servicios Técnicos Normativos	1,840,080	0.84				
Servicios Operativos	68,924,850	31.33				
Formación de recursos humanos	2,331,090	1.06				
Financiamiento para Gastos	111,069,180	50.49				
Ampliación de la red			129,600	0.21	6,000,000	100.00
Construcción			115,000	0.19		
Saneamiento básico			59,338,480	97.05		
Letrinización			1,556,900	2.55		
Funcionamiento de los programas						
TOTAL	219,964,240	100.00	61,139,980	100.00	6,000,000	100.00

PRESUPUESTO DE LA NACION 1988

SECTOR SALUD

	FONDO GENERAL		PRESTAMOS			
			INTERNOS		EXTERNOS	
	COLONES	%	COLONES	%	COLONES	%
Administración Superior	930,780	0.39				
Servicios Generales	33,464,480	13.89				
Planificación	946,050	0.39				
Ingeniería de Salud	955,750	0.40				
Servicios Técnicos Normativos	1,921,240	0.80				
Servicios Operativos	77,515,840	32.17				
Formación de recursos humanos	2,136,770	0.89				
Financiamiento para Gastos	123,049,760	51.07				
Ampliación de la red			536,840	8.43	234,000	0.06
Construcción			100,000	1.57		
Saneamiento básico			4,088,960	64.23	414,767,120	99.94
Letrinización			1,640,290	25.77		
Funcionamiento de los programas						
TOTAL	240,920,670	100.00	6,366,090	100.00	415,001,120	100.00

ANEXO N° 5

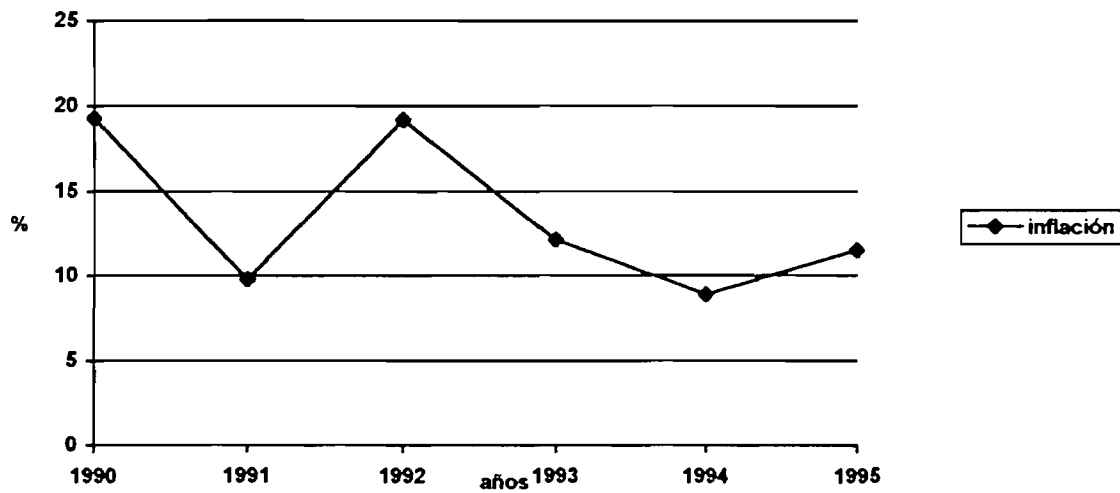
INDICADORES MACROECONOMICOS DE EL SALVADOR (1989-1995)
(millones de colones)

INDICADORES	1990	1991	1992	1993	1994	1995
PIB	36486.9	37791.4	40642.7	43642.7	46258.2	49195.9
Tasa de Crec. Real		3.6%	7.5%	7.4%	6.0%	6.0%
Sectores del PIB						
Primario	6377.8	6373.7	6373.7	6325.3	6589.8	6935.4
Secundario	9,191.1	9,789.9	9,789.9	10,620.4	11,493.3	12,280.8
Terciario	20,918.0	21,627.8	23,053.1	23,053.1	28,175.1	29,979.7
Exportaciones		100%	100%	100%	100%	100%
Tradicionales		37.79%	27.32%	28.62%	25.71%	26.73%
No Tradicionales		43.88%	47.79%	43.20%	39.75%	34.52%
Maquila		18.33%	24.89%	28.18%	34.54%	38.76%
FBKF (Respecto al PIB)						
Público	2.55	2.84	4.01	3.97	3.72	3.41
Privado	11.16	12.32	13.16	13.41	14.77	15.30
Balanza Comercial	-680.2	-817.9	-1,100.9	-1,180.5	-1,325.1	-1,108.5
RIN (Millones de \$)	510	530	595	720	788	928
Carga Tributaria (Respecto al PIB)	7.8%	8.5%	8.9%	9.8%	10.10%	11.5%

Fuente: Elaboración propia con base a datos del BCR, varios años.

ANEXO N° 6

COMPORTAMIENTO DEL NIVEL DE INFLACION
(PORCENTAJES)



Fuente: DIGESTYC. "Indice de Precios al consumidor" diciembre 1995.

ANEXO N° 7

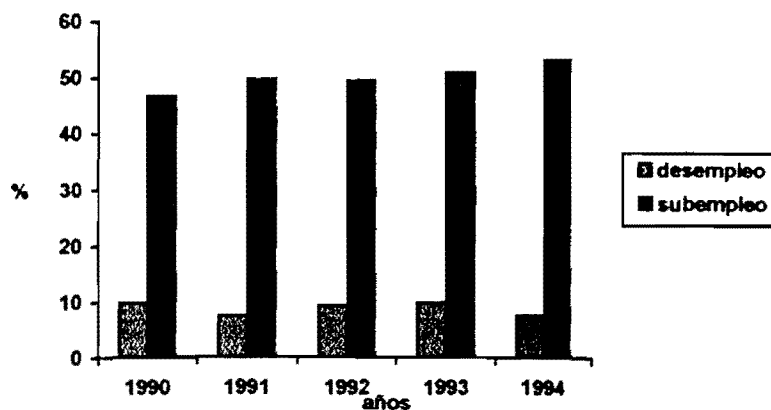
CLASIFICACION SECTORIAL DEL GASTO PUBLICO (1990-1995 millones de colones)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Desarrollo de Recursos Naturales	36.7	35.9	41.5	56.2	57.9	56.3
Desarrollo Social	1219.6	1560.8	1761.5	2152.7	2622.5	3549.3
Desarrollo de Infraestructura	1009	779.7	922.5	687.8	853.1	1328.8
Desarrollo de la producción	574	358.7	332.2	347.3	341.7	463.8
Servicios Económicos y Financieros	708.7	1311.0	2427.6	2644.6	4936.3	3200.9
Administración y Servicios Generales	1553.1	1682.4	1790.1	2147.4	2801.6	3153.5
TOTAL GASTOS	5101.1	5728.5	7275.4	8035.7	11613.1	11752.6

Fuente: Informe de la Gestión Financiera del Estado.

ANEXO N° 8

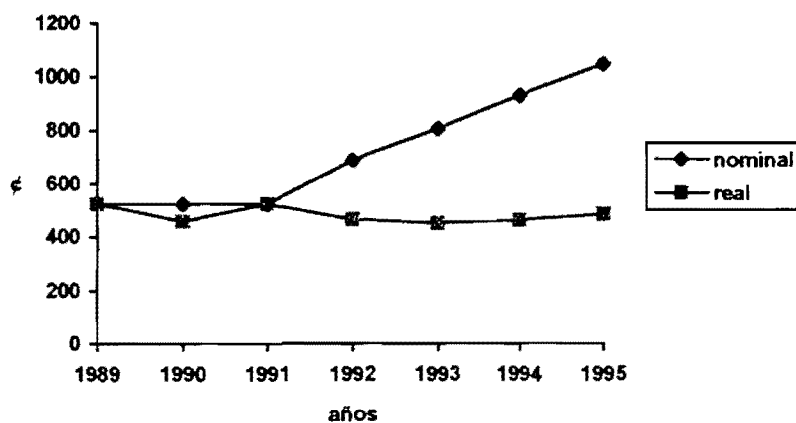
TASA DE DESEMPLEO Y SUBEMPLEO (PORCENTAJES)



Fuente: Encuesta de hogares y propósitos múltiples

ANEXO N° 9

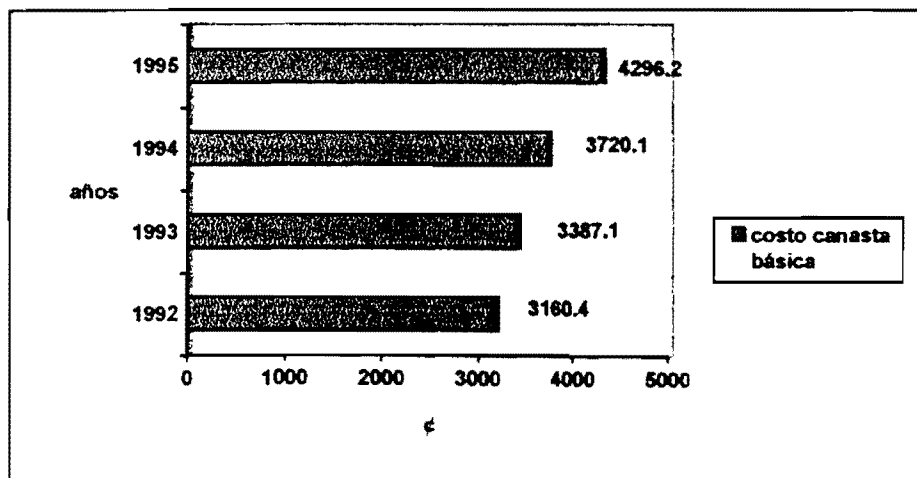
EVOLUCION DEL SALARIO NOMINAL Y REAL (MONTO EN COLONES)



Fuente: Alternativas para el Desarrollo, 27 FUNDE

ANEXO N° 10

COSTO DE CANASTA BASICA FAMILIAR (MONTO EN COLONES)



Fuente: Digestivo.

ANEXO N° 11

INGRESO MENSUAL POR FAMILIA PARA 1995 (Año base 1990)

PRIMERO	260
SEGUNDO	586
TERCERO	867
CUARTO	1,127
QUINTO	1,385
SEXTO	1,672
SEPTIMO	2,095
OCTAVO	2,679
NOVENO	3,652
DECIMO	7,145

Fuente: Encuesta de Hogares

ANEXO N° 12

GASTO PUBLICO EFECTUADO EN SALUD (1989-1995)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
MILLONES DE COLONES	308.4	377.2	424.2	480.5	678.7	876.9	1204.5
% SOBRE GASTO TOTAL	7.91	7.39	7.41	6.6	8.45	7.55	10.25
% SOBRE PIB	0.96	0.92	0.89	0.88	1.12	1.23	1.44

Fuente: presupuesto de la nación, varios años

ANEXO N° 13

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL 1995 (valor en tasas de mortalidad x 1,000)

CAUSAS	0-4 MESES	5-11 MESES	1-4 AÑOS
DIARREA/DESHIDRATACION	200	190	241
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	186	163	278
BAJO PESO/ PREMADUREZ	146	181	0
ANOMALIAS	95	113	190
TRAUMA NACIMIENTO/ASFIXIA	76	95	0

Fuente: Memoria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1995.

ANEXO N° 14

DESTINO DE REMESAS POR HOGARES RECEPTORES (1995)

DESTINO DE REMESAS	PORCENTAJE
CONSUMO	70.3
VIVIENDA	5
NEGOCIO	1
COMPRA TIERRA	0.12
COMPRA GANADO	0.12
PRESTAMISTA	0.14
EDUCACION	10.95
COMPRA HERRAMIENTAS	0.29
AHORRO	5.2
OTROS	6.2
TOTAL HOGARES RECEPTORES	224301

Fuente: Encuesta de Hogares para propósitos múltiples

ANEXO N° 15

UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD A NIVEL PAIS
1995

UTILIZACION	PORCENTAJE DE POBLACION
AUTOTRATAMIENTO	51.25%
SERVICIO PUBLICO	23.63%
SERVICIO PRIVADO	14.08%
OTRO	11.04%

Fuente: ANSAL 1995

PROGRAMAS DE APS EN EL SALVADOR, 1994-1999

A) PROGRAMAS DE ATENCION A LAS PERSONAS

A.1) PROGRAMA: DE ATENCION AL NIÑO (0 - 11 AÑOS)

OBJETIVO:

Contribuir al mejoramiento del nivel de salud y nutrición de la niñez mediante las intervenciones de fomento, promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud mediante un enfoque integral de la atención, con la participación de todo el Sector Salud.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

Conjunto de acciones integradas, dirigidas a la niñez para la prevención protección, recuperación y rehabilitación de la salud y nutrición infantil y escolar de modo que permita un desarrollo óptimo.

LINEAS DE ACCION:

- Disminuir la morbi-mortalidad.
- Eliminar las enfermedades inmunoprevenibles.
- Reducir las enfermedades diarreicas y respiratoria agudas.
- Reducir las caries dentales.
- Reducir el porcentaje de niños con bajo peso al nacer.
- Contribuir a disminuir significativamente la prevalencia de la desnutrición en el menor de 5 años.
- Disminuir la deficiencia de yodo y vitamina A en la niñez.
- Mejorar las prácticas en salud, alimentación y nutrición a nivel familiar que impacten en el cuidado del niño.
- Lograr un nivel satisfactorio de lactancia exclusiva, hasta los 6 meses de edad.

B) PROGRAMAS DE ATENCION AL MEDIO AMBIENTE

B.1) PROGRAMA: SANEAMIENTO AMBIENTAL

OBJETIVO:

Contribuir a mejorar la calidad de vida de los salvadoreños a través de intervenciones oportunas y de impacto en saneamiento básico.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

Supervisión agua, excretas, aguas negras y servidas y residuos sólidos.

LINEAS DE ACCION:

- Vigilar la calidad del agua de todas las redes de abastecimiento y acueductos.
- Incrementar el número de días de agua segura por acueducto.
- Aumento de las coberturas en el suministro de agua sanitariamente segura para el consumo humano especialmente en las poblaciones del área rural y urbana marginal.
- Incrementar coberturas de letrización en el área urbana y rural.
- Minimizar el impacto de la contaminación fecal.
- Incrementar el control sanitario de las aguas residuales domésticas.
- Incrementar vigilancia y control de vertidos.
- Incrementar el control sanitario de desechos sólidos a nivel nacional.
- Lograr, junto a otras entidades; una disposición final adecuada de los residuos sólidos de las zonas urbanas e industriales; incluyendo la recuperación, reuso y reciclaje de las basuras.

B.2) PROGRAMA: ATENCION AL FENOMENO DE CONTAMINACION

OBJETIVO:

Monitorear y controlar la contaminación de los recursos agua, suelo y aire producida por la actividad industrial, agro-industrial y de transporte; a fin de tomar medidas de prevención y control de los factores contaminantes para proteger la salud de la población.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

Acciones coordinadas con otras instituciones, focalizadas y enfatizadas en el cuidado del agua, suelo y aire para detener el deterioro de la salud de la población, debido a la contaminación y polución.

LINEAS DE ACCION:

- Incrementar la vigilancia y control de la calidad del aire y de la contaminación atmosférica incluyendo ruido y radiaciones.
- Establecer y consolidar red de monitoreo de la calidad del aire y aparatos de medición de ruido y radiaciones.
- Incrementar la participación comunitaria en el manejo, transporte, distribución y eliminación final de las sustancias químicas peligrosas.
- Lograr que las industrias den tratamiento adecuado a sus desechos y vertidos líquidos.
- Contar con un programa de auditoría industrial.
- Incrementar la vigilancia para el control de vertidos contaminantes.
- Disminución de los riesgos al medio ambiente y la salud causadas por los efectos de un manejo inadecuado de plaguicidas.
- Incrementar la educación a la población en el manejo adecuado de plaguicidas.
- Contar con la legislación nacional que se complemente con el convenio de Basilea.
- Tener establecido un registro de las industrias nacionales que generen desechos tóxicos y radiactivos, y de fuentes de emisión atmosférica.

3) PROGRAMA: HIGIENE DE ALIMENTOS

OBJETIVO:

Contribuir a proteger la salud de la población a través de acciones que aseguren la calidad nutricional del alimento.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

Actividades que fortalecen la vigilancia y control en la calidad de los alimentos desde la materia prima hasta el producto terminado.



DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

Acciones coordinadas con otras instituciones, focalizadas y enfatizadas en el cuidado del agua, suelo y aire para detener el deterioro de la salud de la población, debido a la contaminación y polución.

LINEAS DE ACCION:

- Incrementar la vigilancia y control de la calidad del aire y de la contaminación atmosférica incluyendo ruido y radiaciones.
 - Establecer y consolidar red de monitoreo de la calidad del aire y aparatos de medición de ruido y radiaciones.
 - Incrementar la participación comunitaria en el manejo, transporte, distribución y eliminación final de las sustancias químicas peligrosas.
 - Lograr que las industrias den tratamiento adecuado a sus desechos y vertidos líquidos.
 - Contar con un programa de auditoria industrial.
 - Incrementar la vigilancia para el control de vertidos contaminantes.
- Disminución de los riesgos al medio ambiente y la salud causadas por los efectos de un manejo inadecuado de plaguicidas.
- Incrementar la educación a la población en el manejo adecuado de plaguicidas.
- Contar con la legislación nacional que se complemente con el convenio de Basilea.
- Tener establecido un registro de las industrias nacionales que generen desechos tóxicos y radiactivos, y de fuentes de emisión atmosférica.

3) PROGRAMA: HIGIENE DE ALIMENTOS

OBJETIVO:

Contribuir a proteger la salud de la población a través de acciones que aseguren la calidad sanitaria del alimento.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

Actividades que fortalecen la vigilancia y control en la calidad de los alimentos desde la materia prima hasta el producto terminado.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

El programa de zoonosis tiene cobertura nacional a través de todos los servicios de salud.

Se trabaja mas intensamente en el control de la rabia, así como en la prevención del ciclo de transmisión. También el control de otras zoonosis en las cuales se coordina con otras instituciones para la provención y control de la transmisión hacia el hombre.

LINEAS DE ACCION:

- Eliminar la rabia humana.
- Mantener una producción óptima de vacuna antirrábica canina con calidad de acuerdo a estándares internacionales.
- Alcanzar coberturas útiles de vacunación en la población canina y gatuna.
- Incrementar la coordinación y vigilancia epidemiológica de las otras zoonosis que afecten a la población en general y que produzcan un impacto en el medio ambiente.

D) PROGRAMAS DE MODERNIZACION

D.1) PROGRAMA: DE ADMINISTRACION DE RECURSOS HUMANOS

OBJETIVO:

Lograr que al final del quinquenio, los funcionarios y empleados se desarrollen con eficacia, eficiencia y equidad, aportando en forma paralela y gradual el mejoramiento de los servicios de Salud a la población demandante dentro de una política de Desarrollo de Recursos Humanos del Sector Salud.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

Consiste en establecer de manera formal los lineamientos básicos para la toma de decisiones de los Directores y Jefes en lo relacionado a la Administración de Recursos Humanos; favoreciendo las buenas relaciones laborales y mejoramiento del clima organizacional; y proporcionar una respuesta eficaz y normada a la mayoría de las situaciones o interrogantes que se originen en esas relaciones.

Promover y vigilar el desarrollo de las capacidades técnicas del personal de Salud, con miras a contribuir a calificar el personal para desarrollar las acciones con eficiencia y calidad.

LINEAS DE ACCION:

- Incrementar la idoneidad de los recursos humanos con los perfiles ocupacionales de los cargos; basados en la dotación óptima.
- Incrementar la capacitación, basada en la habilitación para el desarrollo de las funciones.
- Integración de actividades entre las instituciones del Sector Salud.
- Cumplimientos de Políticas de desarrollo de Recursos Humanos.
- Incrementar el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud.

D.4) PROGRAMA: DESCENTRALIZACION Y DESCONCENTRACION DE LA GESTION FINANCIERA PRESUPUESTARIA Y CONTABLE.

OBJETIVO:

Lograr que los niveles descentralizados se vuelvan gestores directos de la ejecución financiera, presupuestaria y contable, a fin de mejorar la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA:

Programa de descentralización y desconcentración de la gestión Financiera, del Ramo de Salud, pretende delegar autonomía en esta área de los entes descentralizados, a fin de hacerlos responsables directos de la ejecución presupuestaria.

LINEAS DE ACCION:

Incrementar la agilidad en el uso de los recursos.
Disminuir al mínimo la burocracia para la utilización de fondos.
Mayor uso de nuevas fuentes de financiamiento.
Fortalecer el sistema de información presupuestario y contable

ANEXO N° 17

COBERTURA DE SERVICIOS DOMICILIARIOS EN LOS
MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR (1992).

DEPARTAMENTO San Salvador

MUNICIPIO	AGUA POTABLE		Alcantarillas	RASTROS		Estableci- mientos Industriales	Estableci- mientos de Alimentos	Molinos	Dispoci.final de desechos patológicos	Expendios de agua ardiente	Prostitulos	Recolección de basura
	Urbano %	Rural %		M	C							
San Salvador	85	10	78	1	-	159	2524	137	9	173	272	76
Opango	82	0	70	-	-	34	125	37	1	24	6	40
Soyapango	90	0	80	2	0	2	27	14	0	12	5	55
Panchimalco	0	0	40	1	-	5	10	6	0	6	0	45
Santiago Texacuango	ND	0	ND	-	-	1	39	6	1	3	0	ND
Santo Tomas	100	61	0	0	8	7	56	14	0	4	0	47
Rosario de Mora	64	22	0	0	4	-	12	10	0	4	0	81
San Marcos	82	ND	45	-	8	16	200	20	0	10	0	75
San Martin	65	0	48	1	12	2	27	14	0	12	5	55
Apopa	ND	ND	ND	1	2	17	37	15	2	26	7	ND
Guazapa	37	0	73	1	2	29	28	12	0	5	3	36
Monacatepeque	25	0	25	1	-	3	54	20	-	33	1	50
Aguilares	29	0	25	1	2	2	18	13	-	16	9	36
El Paisa	Datos	Confusos	DC				1	2	-	3	-	DC
Metapa	ND	ND	ND	-	1	1	22	25	-	3	1	ND
Ciudad Delgado	80	0	69	1	-	14	107	9	-	ND	4	84
Mercados	74	0	40	1	-	7	36	20	-	19	5	26
Tuscatancingo	98	0	0	-	-	4	65	12	-	10	-	100

ND = No disponibles

DC = Datos Confusos

ANEXO N° 18
TABULACION DE LA INVESTIGACION DE CAMPO

1.- En relación al grupo familiar la persona encuestada es:									
Indicador	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Madre	109	85	96	75	101	79	110	86	416
Padre	1	1	0	0	1	1	3	2	5
Abuela	13	14	32	25	26	20	15	12	91
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

2.- Edad:										
Años	Pm.	El Paisnal	P(Pm.)	Aguilares	A(Pm.)	Guazapa	P(Pm.)	Nejapa	P(Pm.)	TOTAL
15-25	20.5	55	1127.5	31	635.5	51	1046	58	1189	3997.5
26-35	30.5	40	1220	38	1159	28	854	52	1586	4819
36-45	40.5	18	729	42	1701	21	850.5	9	264.5	3645
46-55	50.5	7	353.5	13	656.5	10	505	9	454.5	1969.5
55-65	60.5	7	423.5	4	242	8	484	0	0	1149.5
66-75	70.5	1	70.5	0	0	10	705	0	0	775.5
TOTAL		128	3924	128	4394	128	4444	128	3594	16356
X			30.65		34.33		34.72		28.07	31.9

3.- Escolaridad:									
Indicador	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Primaria	36	28	35	27	63	49	44	34	178
Secundaria	19	15	27	21	18	14	48	38	112
Bachillerato	6	5	8	6	15	12	4	3	33
Universidad	0	0	4	3	0	0	12	9	16
Ninguno	67	52	54	43	32	25	20	16	173
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

4.- Número de componentes de la familia:										
Miemb.	Pm.	El Paisnal	P(Pm.)	Aguilares	A(Pm.)	Guazapa	P(Pm.)	Nejapa	P(Pm.)	TOTAL
1 a 5	3	96	288	90	270	101	303	88	264	1125
6 a 10	8	24	192	34	272	27	216	31	248	928
11 a 15	13	8	104	4	52	0		9	117	273
TOTAL		128	584	128	594	128	519	128	629	512
X			4.56		4.64		4.05		4.91	

7.- Cuanto tiempo tardan en la Unidad de Salud para que la atiendan:									
Hora	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
0 a 1	84	62.62	26	20	3	2.5	15	12	128
1 a 2	32	25	17	13.33	45	35	56	44	150
2 a 3	12	9.38	21	16.67	54	42.5	42	32	129
3 a 4	0	0	64	50	26	20	15	12	105
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

8.- A que hora comienzan a atender en la Unidad de Salud:										
Hora	Pm.	El Paisnal	P(Pm.)	Aguilares	A(Pm.)	Guazapa	P(Pm.)	Nejapa	P(Pm.)	TOTAL
7am.	7	6	42	26	182	20	140	30	210	574
8am.	8	26	208	20	160	12	96	96	768	1232
9am.	9	96	864	82	738	96	864	2	18	2484
TOTAL		128	1114	128	1080	128	1100	128	996	512
X			8.7		8.7		8.59		7.78	

9.- Cuanto paga por la consulta en la Unidad de Salud:										
Colones	Pm.	El Paisnal	P(Pm.)	Aguilares	A(Pm.)	Guazapa	P(Pm.)	Nejapa	P(Pm.)	TOTAL
1 a 5	3	128	384	124	372	109	327	128	384	489
6 a 10	8	0	0	4	32	9	72	0	0	13
11 a 15	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 a 20	18	0	0	0	0	0	180	0	0	0
TOTAL		128	384	128	404	128	579	128	384	512
X			3		3.16		4.82		3	

10.- Le dan la medicina en la Unidad de Salud:									
	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No	128	100	128	100	128	100	128	100	0
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

11.- Donde compra la medicinas:									
Lugar	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
U. de Salud	113	88.3	31	63.3	80	62.8	64	50	338
ONG's o Igle.	2	0.8	4	3.3	0	0	0	0	5
Botq.Comunal	4	3.1	4	3.3	0	0	0	0	8
Farmacia	10	7.8	0	0	12	9.3	0	0	22
U.S. y Farma.	0	0	38	30	36	27.9	64	50	138
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

12.- Cada cuanto se le enferma el niño										
Meses	Pm.	El Paisnal	P(Pm.)	Aguilares	A(Pm.)	Guazapa	P(Pm.)	Nejapa	P(Pm.)	TOTAL
1		20	20	23	23	32	32	18	18	93
2		23	64	27	54	20	40	18	36	176
3		58	174	43	129	44	132	44	132	567
4		27	108	35	140	32	128	48	192	568
TOTAL		128	366	128	346	128	332	128	378	1404
X			2.86		2.7		2.6		2.95	2.74

13.- Generalmente de que se le enferma el niño:									
Enfermedades	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Diarrea	30	22.73	18	14.29	24	18.65	33	25.71	105
Parasitos	3	2.27	4	2.86	20	12.25	0	0	27
La Piel	0	0	7	5.71	9	6.78	7	5.71	23
IRAS	95	75	99	77.14	75	59.32	88	68.58	3.57
Anemia	0	0	0		0	0	0	0	
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

14.- Cuando se le enferma donde lo lleva:									
Lugar	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
U. de Salud	90	70.31	76	59.37	79	61.7	94	73.42	339
ISSS	0	0	4	3.13	24	18.88	22	17.06	50
Botq.Comunal	2	1.56	8	6.25	0	0	6	4.76	16
Cura en casa	36	22.13	36	28.12	22	17.3	0	0	94
Otros	0	0	4	3.13	3	2.12	6	4.76	13
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

15.- Esta su hijo inscrito en control de niño sano:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	122	95.45	93	72.73	109	84.8	113	88.23	437
No	6	4.55	35	27.27	19	15.2	15	11.77	75
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

16.- Los visita algún promotor de salud en su comunidad:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	86	67.40	80	62.50	60	46.66	74	57.89	300
No	42	32.60	48	37.50	68	53.34	54	42.11	212
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

Por parte de quien:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
MSPAS	128	100	128	100	128	100	128	100	512
Botq.Comunal	0	0	0	0	0	0	0	0	
Iglesia	0	0	0	0	0	0	0	0	
ONG's	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

17.- Recibe charlas de la Unidad de Salud o del Promotor:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	84	65.63	86	67.19	67	52.30	78	61.11	512
No	44	34.37	42	32.81	61	47.70	50	38.84	
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

18.- Sobre que temas ha recibido charlas:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Lac.Materna	26	20	10	8	0	0	15	12	51
Nutrición	19	15	15	12	18	14	0	0	52
Purf. De Agua	54	42	58	45	72	56	80	62	264
Letrinas	16	13	26	20	15	12	18	14	75
Desa.del niño	9	7	19	15	23	18	0	0	51
Vacunación	4	0	3	0	0	0	15	12	19
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

19.- Que ayuda recibe el niño en la escuela donde estudia:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Alimentos	6	4.76	8	6.06	38	29.41	32	25	84
Comp. Salud	107	83.33	4	3.03	38	29.41	0	0	149
Otros	3	2.38	4	3.04	7	5.89	0	0	14
Ninguno	12	9.53	112	87.87	45	35.29	96	75	265
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

20.- Participa Usted en las campañas promovidas por el MSPAS:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	99	77.35	87	67.74	57	44.18	87	67.86	330
No	29	22.65	41	32.26	71	55.82	41	32.14	182
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

21.- Cuales charlas se ha llevado a cabo en su comunidad:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Vacunación	128	77.35	87	67.74	57	44.18	87	67.86	330
Vitaminización	3								
Salud Oral	10								
Otras	7								
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

22.- Sabe si en su comunidad existen parteras capacitadas:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	122	95.55	82	64.00	92	71.80	94	73.68	390
No	6	4.45	46	36.00	36	28.20	34	26.32	122
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

23.- Cuanto cobra por asistir un parto:									
Colones	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
50	9	6.82	18	14.06	26	20.31	16	12.50	69
75	52	43.18	9	7.03	0	0.00	57	44.53	121
100	32	25	35	27.34	17	13.28	30	23.44	165
No sabe	32	25	62	48.44	68	53.13	25	19.53	136
Voluntario	0	0	4	3.13	17	13.28	0	0	21
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

24.- Que tipo de lecha le da al niño:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Entera	40	31.25	60	46.87	79	61.71	111	86.71	290
Lactante	0	0	0	0	9	7.03	0	0	9
Ninguna	85	66.40	64	50	37	28.92	17	13.29	203
Otras	3	2.35	4	3.15	3	2.34	0	0	10
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

25.- Tiene letrina en su casa:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
Si	72	56.25	124	96.87	116	90.62	128	100	440
No	56	43.75	4	3.13	12	9.38	0	0.00	72
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512

26.- Que tratamiento le dan al agua:									
Respuesta	El Paisnal	%	Aguilares	%	Guazapa	%	Nejapa	%	TOTAL
La hierbe	3	2.34	39	30.47	37	28.90	40	31.25	119
La clora	35	27.34	13	10.16	9	7.03	9	7.03	66
Sin Purifi.	90	70.32	76	59.37	82	64.07	79	61.72	327
TOTAL	128	100	128	100	128	100	128	100	512