

Las Políticas de Salud en El Salvador 1985-1989

Jorge Roberto Cruz G.*

EL AUTOR PRESENTA LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, CONCERNIENTE A LA IDENTIFICACIÓN, ORIENTACIÓN Y LA OPERACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD, ANALIZANDO EL GRADO DE AVANCE QUE EN LA PRÁCTICA HA TENIDO CADA UNA DE ELLAS.

Las políticas de salud y el concepto de salud enfermedad

En el Plan Quinquenal de Salud 1985-1989, existe acotación sobre salud-enfermedad y la cual se cita textualmente: "Se acepta universalmente que el proceso salud-enfermedad intervienen:

La interrelación del huésped, agente y medio ambiente, que le llamamos el proceso biologicista y mecanicista de la enfermedad.

Para el período 1985 - 1989 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), considera fundamental adoptar como políticas de carácter general, las que a continuación se detallan, éstas se proponen de acuerdo a la política global del desarrollo económico y social del país. Las políticas son las siguientes:

1. Estructurar la atención del primer nivel en forma tal que satisfagan las necesidades básicas de toda la población de la manera más eficiente.
2. La modalidad seleccionada para estructurar el primer nivel de atención, deberá poner énfasis en el desarrollo de la participación comunitaria y contribuir a fortalecer el nivel municipal como centro de la articulación intersectorial y de integración a las acciones de desarrollo.
3. Desarrollar un sólido, aunque gradual proceso de descentralización, que permita la toma de decisiones y la administración de recursos en los niveles regionales y municipales; para ello deberá implantarse una reorganización del MSPAS y desarrollár un proceso de capacitación en servicio del personal.
4. Promover el desarrollo armónico y la utilización racional de los recursos humanos y tecnológicos.

* Médico-Cirujano. Director del Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud.

5. Crear mecanismos y fases de comunicación con las otras Instituciones del Sector y discutir la evaluación de los mismos con miras a configurar en el largo plazo, un sistema nacional de salud, acorde con la organización jurídica administrativa nacional y la disponibilidad de recursos.

Una jerarquización de las Políticas de Salud definidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social descritas en el Plan General de Gobierno considera que,

"... Los problemas económicos y sociales de El Salvador son serios, y demandan que el Estado dedique gran parte de sus recursos para tratar de resolverlos... la situación social se caracteriza por la pobreza, la insalubridad, la incultura y la violencia... este cuadro social se complica con la existencia de fenómenos nuevos, como aquél de los desplazados y el incremento acelerado de la marginalidad... hay más de trescientas mil personas que sobreviven gracias a la ayuda alimentaria que se les proporciona gratuitamente y la totalidad de los desplazados por el terror y la violencia, sobrepasa el medio millón de salvadoreños..."

"...el Gobierno de El Salvador ha establecido a través de su Plan General de Gobierno, cuyo subtítulo es "El Camino hacia la Paz", un documento que establece el marco doctrinario y las bases políticas que dan una orientación general sobre la conducción de los distintos campos del quehacer nacional..."

La política de salud se encuentra enmarcada dentro de esas líneas de acción y, por lo tanto, de la dinámica general del desarrollo nacional que pone especial énfasis en los aspectos sociales.

La ejecución de las políticas sociales conlleva una verdadera y real descentralización administrativa de los órganos estatales, reconociendo en las *municipalidades* los elementos claves de la ejecución de los programas nacionales de desarrollo, en coordinación con el gobierno central.¹

De esta manera, los gobiernos locales ejercerán dos funciones complementarias: prestación de servicios a sus propias comunidades y colaboración con el gobierno central en la ejecución de las políticas, planes y programas en lo referente a las proyecciones locales.

"...En el área de *Salud* se pondrá especial énfasis en los componentes básicos de tipo preventivo tales como: atención a enfermedades frecuentes, salud materno infantil, vacunación, nutrición, saneamiento básico, agua potable y planificación familiar. Se impulsará la formación y capacitación de recursos humanos dándole atención a los aspectos preventivos, a la promoción y a la educación para la salud. La participación organizada de la comunidad y de los municipios asegurará la ejecución de acciones y la toma de medidas sanitarias de protección al medio ambiente..."

"... en el área de *Alimentación y Nutrición*, las medidas correctivas del Estado se fundamentarán en la protección de la producción y en la accesibilidad a la canasta básica por parte del pueblo salvadoreño. Se dará prioridad al tratamiento de la

1. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud 1986.

desnutrición maternoinfantil y, en especial, a la lactancia materna. Para aquellos grupos de población con dieta insuficiente, el Estado continuará utilizando mecanismos que tiendan a suplir esa insuficiencia y esta intervención será cada vez menor en la medida en que los grupos sociales de menores ingresos se incorporen y participen en la vida productiva del país..."

"...en el área de *Población y Familia*, existirá una política poblacional encaminada hacia la consolidación del grupo familiar como base de la organización social. Por consiguiente, la política de población concederá la mayor importancia a la investigación cultural, a la coordinación interinstitucional y al acopio de información estadística sobre aspectos demográficos que sean indispensables para la formulación de proyectos específicos. La paternidad responsable será el objetivo central de la política poblacional, creando clara conciencia sobre el número de hijos a procrear y la igualdad de derechos entre hijos legítimos, ilegítimos y naturales. La solución a los problemas de la paternidad irresponsable se enfocará a través de la planificación familiar, la difusión de métodos y medidas voluntarias relacionadas con el control natal y el análisis y conocimiento de patrones culturales de la población de menores recursos que influyen en el problema de la explosión demográfica en el El Salvador..."

"*La Política de Población*", considerará pues: las medidas relacionadas con el control del crecimiento huma-

no, la reorganización de la población en su ubicación geográfica, el análisis de su movilidad interna y externa y la protección y ordenamiento de esta población. Por consiguiente, la política de población de El Salvador, tiene como objetivo atender el recurso más preciado que posee, o sea su gente. La racionalización en el uso de los recursos, será uno de los principios más importantes para atender la política de la población del país..."²

Dentro de esta política de salud el Gobierno de El Salvador, está dando prioridad a las zonas más apartadas del país que tienen problemas de accesibilidad, principalmente del área rural y zonas urbanomarginales.

Dentro de los grupos prioritarios se encuentra el grupo de población maternoinfantil, pues es el más vulnerable y el más numeroso, ya que constituye el 37.1% del total de la población blanca del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las cifras son las siguientes:

De 0 a 4 años	= 16.5 %
Mujeres edad fértil	= 20.6 %
TOTAL	<u>37.1 %</u>

Estado de relación de la política de salud y el conjunto salud enfermedad

Es indudable que el concepto salud-enfermedad, enunciado en el Plan Quinquenal de Salud 1985-1989, no ha respondido al reto histórico para el cual fue creado en lo que a las necesidades de salud de la población se refiere, ni tampoco ha enfocado el desarrollo de

2. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Nacional de Salud 1988.

los recursos para dar una respuesta a este reto planteado. Puesto que el proceso salud en enfermedad, sigue siendo tipificado con la triada anacrónica de agentehuésped y ambiente; es decir, continuamos a esta fecha analizando el proceso salud/enfermedad como, un proceso mecánico y biológico; acompañado del medio tipificándose en forma biológica y mecánica la salud y enfermedad de los salvadoreños.

Caracterizando las cinco políticas de salud que hemos descrito anteriormente, observamos que, al presente, dichas políticas no han respondido en el marco deseado para solucionar los problemas urgentes de salud de la población. Esta falta de respuesta se debe a factores facilitadores y restrictivos, tanto en el ambiente nacional como internacional, ya que no hemos sido, ni somos los únicos protagonistas del escenario históricoestructural en que vivimos.

Nuestra realidad social, en la que nos toca ser "autores y actores simultáneamente", no ha podido hacer los cambios sustanciales que signifiquen la construcción de la paz; no hemos tenido la voluntad necesaria para iniciar las transformaciones que nuestra sociedad necesita. Se ensanchan y profundizan cada día más nuestras contradicciones, generando así, una problemática social y una desintegración de valores que causa que las condiciones de injusticia social, incluidos el derecho a la salud, se hayan vuelto una inalcanzable realidad, a pesar de los planes de Atención Primaria de Salud y, Salud para Todos en el Año 2000.

Como consecuencia de ello, el gasto en salud, ha permanecido estático en

el último quinquenio; puesto que de acuerdo a nuestro desarrollo histórico, la salud no ocupa en el presente la primera prioridad, permaneciendo aún en malas condiciones el nivel y estructura de salud de la población.

En el cuadro 1, podemos observar los gastos del Estado en salud durante el último quinquenio y lo asignado para el año de 1987.

El porcentaje del presupuesto asignado al MSPAS con respecto al presupuesto total del país oscila entre un 7.1% y un 8.7% en el período 1982-1987. Y el porcentaje según el producto interno bruto del país oscila de un 0.9 a un 1.9 % para el mismo período.

De las anteriores cifras podemos concluir que el presupuesto asignado al sector Salud es insuficiente, y que prácticamente la mayor parte es para pago de salarios, y una menor cantidad para la ejecución de los programas.

En consecuencia, el presupuesto no responde a las necesidades de salud de la población. Es decir, que la formulación presupuestaria es incoherente.

La ejecución presupuestaria se caracteriza por no estar acorde con las necesidades propuestas, por no brindar seguimiento a la ejecución, ya que no existen evaluaciones de ésta, por ser una ejecución presupuestaria centralista y por la existencia de un presupuesto por objeto de gastos y no de costo.

Es importante mencionar la ayuda generosa proporcionada por las Agencias Internacionales como; AID, FNUAP, UNICEF, OPS/OMS, C.E.E., Gobierno de Alemania y otras, la cual nos permite

CUADRO 1

GASTOS DEL ESTADO EN SALUD: ULTIMO QUINQUENIO

Año	Presupuesto asignado	% según presupuesto Total del país	% según PIB
1982	178.188.670	8.5	1.9
1983	178.694.550	8.7	1.7
1984	200.245.640	8.7	1.7
1985	197.534.280	8.0	1.3
1986	186.888.180	7.1	0.9
1987	267.104.220	8.3	%

Fuente: Ley General del Presupuesto y Especial de Instituciones Autónomas 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987.

Revista del Banco Central de Reserva de El Salvador, julio, agosto y setiembre de 1986.

fortalecer muchas actividades en programas como Supervivencia Infantil, Salud Reproductiva, Salud Rural Comunitaria (PROSAR), Fortalecimiento de los Servicios de Salud y otros que, complementados con los propios recursos asignados al MSPAS, permite el desarrollo de actividades en cada uno de los programas.

Por otra parte, hemos logrado marcados progresos en el área de las enfermedades prevenibles por vacunación, producto de las vacunaciones en masa, que se han llevado a cabo en el último trienio.

Desafortunadamente, las enfermedades por el mal saneamiento ambiental han aumentado de nuevo su incidencia, debido a que no hemos sido capaces de revertir las condiciones del ambiente hostil, a un ambiente de paz y bienestar social.

Análisis de la orientación de las políticas de salud

El Plan Quinquenal de Salud 1985-1989, contiene, dentro de sus estrategias, la atención primaria de salud, la cual ha sido apoyada en forma decidida por las altas autoridades del MSPAS y del Gobierno Central. Un recuento de las acciones más importantes del Gobierno en materia de salud durante este período, se menciona a continuación.

- En 1985, se inició el Programa de Supervivencia Infantil, contando con el apoyo financiero del Gobierno Italiano y de la Comunidad Económica Europea. Dicho programa tiene como objetivo general, disminuir la morbimortalidad en los niños menores de 5 años, mediante el aumento de la cobertura de los programas de Atención Integral a la Madre y al

Niño, a través de la implantación de actividades en siete componentes; a saber, lactancia materna, crecimiento y desarrollo, partera empírica, inmunizaciones, educación para la salud, infecciones respiratorias agudas, control de enfermedades diarreicas y rehidratación oral.

- En ese mismo año de 1985, se inició un proceso de reestructuración organizativa del MSPAS con el objeto de fortalecer la implantación y funcionamiento de la descentralización administrativa y la regionalización.
- En 1986, se inició el Programa de Salud Rural (PROSAR), el cual es un programa que tiene como filosofía la organización de la comunidad y la participación de ésta en la solución de sus propios problemas. En 1985, el MSPAS desarrolló la primera Jornada Nacional de Vacunación para niños y mujeres embarazadas; jornadas similares se han efectuado en 1986 y 1987. La experiencia adquirida en cada una de ellas nos ha demostrado que la comunidad es capaz de organizarse y participar activamente en la búsqueda de soluciones a sus problemas de salud.
- En ese mismo año de 1986, se inició la elaboración del nuevo Código de Salud, y a principios del presente año fué presentado al Órgano Legislativo para su aprobación.
- En 1987, han sido de trascendencia las reuniones de trabajo tanto a nivel nacional, como a nivel de la Subregión Centroamericana, que el MSPAS ha tenido con la Universidad Nacional de El

Salvador, específicamente con la Facultad de Medicina, con el objeto de alcanzar la integración docente asistencial y formar profesionales médicos como parámedicos, más acordes a nuestra realidad de salud, de un país en vías de desarrollo.

Estos esfuerzos ya han rendido sus frutos como en el caso de las Jornadas Nacionales de Vacunación, donde se ha observado una reducción significativa en las enfermedades que se puedan prevenir con la vacunación. A pesar de estos esfuerzos, la cobertura de los programas de salud es más baja en las poblaciones rurales de El Salvador que en los núcleos urbanos o semiurbanos. Esta diferencia se debe a que de manera tradicional las acciones de salud se han concretado preferencialmente en las ciudades y en las zonas semi-urbanas, dejando en un segundo plano, las zonas rurales apartadas, en cuyos cantones y caseríos habita aproximadamente un millón de salvadoreños.

Debido a la baja cobertura de los servicios de salud, en las poblaciones rurales más apartadas, y al hecho de que el medio ecológico es más hostil para ellas por carecer de un saneamiento ambiental adecuado, en las regiones donde habitan estas poblaciones, la morbimortalidad es mayor que en las áreas urbanas. La población materno-infantil, como grupo vulnerable, es la más afectada por esta situación.

Durante la última década se ha tratado de penetrar las zonas rurales con servicios simplificados de salud, capacitando y apoyando personal de campo proveniente de las comunidades mismas. La capacitación de parteras

empíricas, promotores voluntarios y ayudantes rurales de salud, son ejemplo de esta preocupación. No obstante, los recursos humanos y físicos disponibles para estos programas, han sido insuficientes, por lo cual las acciones de salud resultantes no han rendido los frutos necesarios.

Los objetivos de la política social de la presente administración, se orientan hacia el enfrentamiento del fenómeno de la pobreza. Se pretende obtener la igualdad de oportunidades y la disminución consiguiente de diferencias y tensiones sociales. Como estrategia fundamental, se propone la expansión de los servicios colectivos de salud, vivienda, educación, alimentación y nutrición a toda la población, especialmente a aquella más desfavorecida.

Los esfuerzos globales, señalados por el Plan General de Gobierno, se hallan especialmente enfocados hacia los grupos tradicionales incluídos (rurales poco accesibles, marginados y desplazados) y, entre ellos, hacia aquellos grupos vulnerables tales como los niños y las mujeres. Se postula además, que la participación organizada de la comunidad va a asegurar la ejecución de las acciones y la aplicación de medidas sanitarias de protección al ambiente.

De aquí se sigue que los planteamientos que se hagan para ofrecer la Atención Primaria de Salud (APS), a las poblaciones rurales postergadas, (unas 200,000 familias para 1985), deberán tener en cuenta la utilización eficiente de los recursos nacionales e internacionales que existan con tal propósito. Sin

julio-diciembre/1988

embargo, la estrategia fundamental deberá ser la de promover la organización comunitaria para así lograr una participación efectiva de las poblaciones rurales en cuanto a la prevención y la protección de su propia salud. La APS deberá ser una actividad sostenida en gran medida por la comunidad misma, con sus propios recursos, aunque su promoción resulte bastante costosa.

A nivel local, se establece la necesidad de coordinar las acciones entre los diversos sectores del desarrollo económico y social. El Gobierno propone el establecimiento de mecanismos adecuados que garanticen la participación de las regiones y localidades. Esta participación se realizará teniendo como base la descentralización administrativa, la cual supone la autonomía municipal dentro de la concepción salvadoreña de un estado unitario y democrático.

Situación general de salud

Al analizar algunos indicadores, observamos en el cuadro 2 que la tasa de mortalidad general ha experimentado una disminución casi constante de un 8.6 % para 1980, a un 6.0 % en 1984.

La tasa de mortalidad materna dentro del mismo período ha oscilado entre 0.8/1.000 nacidos vivos a 0.6/1.000 en 1984. La tasa de mortalidad infantil muestra un descenso significativo para 1985, respecto a 1984, de 43.8/1.000 a 35.1/1.000 nacidos vivos. Es de hacer notar el subregistro existente en esta información, para mencionar un ejemplo; la tasa de mortalidad infantil, según la

CUADRO 2 INDICADORES GENERALES DE SALUD

	1980	1981	1982	1983	1984
Tasa de mortalidad general	8.8	8.2	7.1	6.7	6.0
Tasa de mortalidad materna	0.7	0.6	0.6	0.7	0.7
Tasa de mortalidad infantil	42.0	44.0	42.2	43.6	35.1
Tasa de mortalidad perinatal	20.4	19.1	19.2	21.0	18.2
Mortalidad en menores de 5 años, proporcional	23.6	27.4	28.8	25.8	24.3
% Niños menores de 5 años con desnutrición G. II y III	-	-	-	-	7.4
% Niños con bajo peso al nacer*	-	-	-	-	8.1

* Comprende únicamente los partos institucionales.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad de Estadísticas de Salud. Salud Pública en Cifras, año 1984.
Guía para la Evaluación del Plan de Supervivencia Infantil en Centroamérica.

encuesta FESAL 85 es de 68/1,000 nacidos vivos.

El porcentaje de los niños de bajo peso al nacer para 1984, nacidos en instituciones del MSPAS (- 2,5000 grs) es de 8.1/1.000.

En el cuadro 3 observamos que las cinco principales causas de mortalidad de 1980 y 1984, son las mismas y todas se podrían prever mediante una adecuada educación para la salud y un saneamiento ambiental. Las enferme-

dades del tracto gastrointestinal y de las vías respiratorias se encuentran dentro de estas cinco causas.

Para 1984, las afecciones originadas en el período perinatal han pasado a constituir la principal causa de muerte, pasando a tercer lugar los problemas gastro-intestinales como causa de muerte en ese mismo año. Los homicidios y lesiones infringidas intencionalmente por otra persona ocupan el segundo lugar.

CUADRO 3

CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN EL SALVADOR

1980	1984
Código:	Código
009.3 1) Enfermedad diarreica	129. x 1) Parasitimos Intestinal
120.9 2) Helminiasis Intestinal	
084. x 3) Paludismo	139. x 2) Infección intestinal mal definida
487. x 4) Influenza o gripe	487. x 3) Influenza o gripe
006.9 5) Amibiasis o disenteria no especificada	084. x 4) Paludismo
	006.0 5) Disenteria Amibiasis sin evolución o absceso hepático

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Estadísticas de Salud, Salud Pública en Cifras, año 1984.

Clasificación Internacional de Enfermedades. 9a. Revisión. 1975 (Lista abreviada y lista detallada).

Con respecto a la vivienda con dotación de agua potable y letrinas, tenemos para 1985, lo siguiente:

Operacionalización de las Políticas de Salud

1. Estructurar la atención del primer nivel para satisfacer las necesidades de salud de la población.

Este modelo de presentación debe responder a las necesidades de salud de la población, ampliando la cobertura de atención a la población, mejorando la cantidad, la calidad y equidad de la atención. Esto permitirá la redistribución poblacional, así como su área de influencia.

Esta política de salud no ha podido implementarse en su totalidad por los factores restrictivos nacionales y extra nacionales que afectan a nuestro país.

CUADRO 4

VIVIENDAS CON DOTACIÓN DE AGUA POTABLE

Población urbana con agua potable	77.1%
Población rural con agua potable	44.8%
Población urbana con servicios de alcantarillado	57.3%
Población urbana con letrinas	30.4%
Población rural con letrinas	32.5%

Fuente: Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA) Boletín Estadístico, 1985.

En relación con la evaluación de esta política prácticamente ha sido, si no nula, verdaderamente escasa.

2. Estructurar el primer nivel de atención, con énfasis en la participación comunitaria y fortaleciendo el nivel municipal.

Se ha querido imprimir a la participación activa y consciente de la comunidad, un énfasis bélgierante dentro de las políticas de salud. Ello se ha implementado a través de las estrategias, programas, subprogramas y campañas que han hecho un impacto en algunos indicadores de salud, así como en la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles.

Estamos conscientes de que en nuestra realidad actual, la participación comunitaria se ha vuelto sumamente difícil; sin embargo, queremos recalcar que es en esta política de salud en donde la evaluación práctica nos ha mostrado sus mayores beneficios.

El fortalecimiento del nivel municipal como centro de articulación intersectorial, se encuentra en franco proceso de implementación, influenciado como es lógico, por nuestra realidad histórica. Desafortunadamente la legislación en materia municipal, autonomía totalmente a todos los municipios del país, lo que dificulta la implementación de este componente político de salud, y afecta la articulación de las estrategias, planes y programas y salud a nivel municipal. Estamos actualmente tratando de hacer las adecuaciones legales para la implementación de esta política.

3. Desarrollar un proceso gradual de descentralización administrativa a nivel regional y municipal.

A tres años de haber formulado esta política de salud, con sinceridad debemos manifestar que:

La implementación de la descentralización administrativa a nivel regional y municipal tiene como propósito fundamental fortalecer el sistema de salud a nivel regional, municipal y local; incrementando la capacidad operativa y la realización del gasto en los servicios de salud, mediante el diseño e implementación de técnicas adecuadas de programación y administración local; la descentralización administrativa propiamente dicha, real y efectiva.

A tres años de la formulación de esta política de salud, debemos aceptar que no se ha implementado en la práctica. Si bien es cierto que algunos intentos se han llevado a cabo, dichos intentos se han visto limitados por los factores restrictivos externos e internos de nuestra realidad.

Debemos tratar de implementar un proceso integral de desconcentralización administrativa regional y municipal, mediante la participación activa, consciente y permanente, de todos aquellos trabajadores de salud responsables de la administración de servicios de salud en los niveles regional, municipal y local.

4. Promover el desarrollo de los recursos.

Con un desarrollo armónico y uso racional de los recursos, se pretende mejorar la presentación de servicios de salud a toda la población.

La implementación de esta política, dentro del funcionamiento de la institución, es y ha sido francamente importante. Este aspecto debe mencionarse, sobre todo señalando los programas

nacionales de capacitación, docencia y servicio; los programas de educación continúa; el adiestramiento en servicio; el desarrollo del curso de la Capacitación de Gerencia en Salud a nivel nacional para personal gerencial (de 2 años de duración); la participación en el Proyecto Subregional de Capacitación Gerencial de los Servicios de Salud; y, capacitaciones varias: Programa de Capacitación del Proyecto Apoyo a los Sistemas de Salud, Capacitación del Proyecto de Supervivencia Infantil y Capacitación en Salud Reproductiva.

5. Crear los mecanismos que permitan configurar a largo plazo, un Sistema Nacional de Salud, acorde a nuestra organización jurídicoadministrativa y a nuestra disponibilidad de los recursos.

En relación con la implementación de esta política de salud, debemos aceptar que no tenemos ninguna ley que cree, organice y de cuerpo formal al Sistema Nacional de Salud. Como consecuencia de lo anterior, no hay estatutos para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y no hemos iniciado la implementación de los reglamentos, que conforman el Sistema Nacional de Salud.

En el presente una evaluación nos afirma que: No hemos hecho ninguna adecuación jurídicoadministrativa con miras a implementar la creación del Sistema Nacional de Salud.

No obstante, en la *integración funcional* entre MSPAS e ISSS, sí hemos dado un gran paso al firmar el Convenio General entre MSPAS y el ISSS.

Asimismo, se ha logrado la integración operativa con la Institución Cas-

trense, el ISSS, ANTEL, ADS y MIPLAN a través de proyectos específicos.

Esta política fundamental del MSPAS para conformar el Sistema Nacional de Salud a largo plazo, enfrenta situaciones coyunturales históricoestructurales, que influyen negativamente en el logro de alcanzar, en un determinado tiempo, la integración del tan deseado Sistema Nacional de Salud en este país.

Consecuentemente con nuestra situación social y económica en cuyo contexto, la salud no es la primera prioridad; también la integración del Sistema Nacional de Salud se verá relegado hasta que entremos en un período de reconstrucción social, justa, real y verdadera para toda la población.

En general, la formulación e implementación de las políticas de salud, sí responden a las necesidades de los grupos prioritarios; pero sí debemos aceptar que su implementación se ve afectada por nuestra situación actual.

A manera de resumen, los cambios fundamentales en la orientación y operacionalización de la política de salud en los últimos 5 años han sido básicamente los siguientes:

1. La necesidad histórica de integrar el Sistema Nacional de Salud, a efectos de que integrado, amplíe la cobertura de los servicios, y de esta forma, preste atención médica integral a toda la población. En ese contexto, debemos abandonar el ineficaz e ineficiente Sistema Nacional de Salud que en un pasado respondió más a la necesidad de la clase social privilegiada y a los grupos técnicos privilegiados que a las necesidades de salud de la comunidad salvadoreña.

2. El devenir histórico de nuestro país no ha permitido por muchos años la participación activa y consciente de la comunidad en la identificación y solución de los problemas que inciden en el mejoramiento de la calidad de vida (salud, educación, vivienda, trabajo, recreación, etc.) de las comunidades.

La nueva orientación de la política global de desarrollo y consecuentemente también política de salud tiene como objetivo, alcanzar mejores niveles de vida para la comunidad salvadoreña. Para ello se han implementado proyectos nacionales en donde la participación comunitaria es el pilar fundamental en la ejecución de dichos proyectos, (PROSAR, Vacunación, Supervivencia Infantil, Salud Reproductiva, etc.). Estamos tratando de implementar la estrategia de la atención primaria, que es la base fundamental en que se apoyan las Políticas de Salud para el quinquenio 1985-1989.

3. Un cambio sustancial en las políticas de salud para el quinquenio 1985-1989 lo constituye el fortalecimiento del nivel regional y municipal en la integración y articulación de las acciones de salud.

Esto permitirá una mejor racionalización en la utilización de los recursos humanos, físicos y financieros, y consecuentemente aumentará la cobertura de la prestación de servicios de salud.

Dicho aumento de cobertura, como es lógico, es afectado por el devenir histórico nuestro, de crisis - guerra - deuda y terremoto, es decir, en el desarrollo histórico de dependencia externa, en donde el terremoto permanente y destructor de la guerra, hace su mayor impacto en las mayorías más humildes y que también afecta la prestación de los servicios de salud y de la calidad de vida.

De nuevo, necesitamos cambiar de rumbo en ruta hacia la paz, la civilización y la justicia social, de lo contrario nuestra población continuará en un nivel de salud inadecuado, ineficaz e injusto.

4. El fortalecimiento del desarrollo del primer nivel de atención que debe trabajar estrechamente con el nivel comunitario, implementando la atención primaria de salud, es otro de los cambios importantes dentro de las actuaciones políticas de salud.

El desarrollo histórico de la salud salvadoreña, ha sido el segundo y tercer nivel de atención, en términos de prevención secundaria, el que ha recibido la mayor asignación de recursos con evidente repercusión negativa en el primer nivel de atención. Ello ha llevado a una disminución de la prestación de servicios a la comunidad, lo que repercute desfavorablemente en el nivel y estructura de salud de toda la población