

# *Revista Centroamericana de Administración Pública*



**Tema:**

**Políticas  
Públicas  
de Salud**

**15**

# en este número

**El programa materno infantil  
y las políticas de salud  
en Guatemala 1980-1987**

p. 5

**Las políticas de salud  
en El Salvador 1985-1989**

p. 19

**Políticas de Salud y Plan  
Nacional de Desarrollo  
de Honduras 1982-1986**

p. 31

**Los programas de salud  
en Nicaragua  
1980-1986.**

p. 47

**Las políticas de salud  
en Costa Rica 1978-1986**

p. 65

**Los programas de salud  
en Panamá**

p. 93

**La investigación  
de las políticas de salud  
en Centroamérica**

p. 123

**Realidad de la salud  
materno-infantil  
en Centroamérica**

p. 129

**Proyecto de investigación  
ICAP-Fundación Ford**

p. 143

*Werner O. Molina*

Describe el plan de salud en Guatemala, destacando las políticas de salud prioritarias.

*Jorge R. Cruz*

Expone los resultados de la investigación sobre las políticas de salud en El Salvador

*Concepción Mejía*

Presenta los resultados de la investigación acerca de las políticas de salud de Honduras y los planes de desarrollo.

*Edgar Muñoz*

Analiza las limitaciones concernientes a la organización y funcionamiento del Sistema Único de Salud en Nicaragua.

*Roberto Alvarado*

Realiza un estudio acerca del desarrollo de las políticas de salud prioritarias en Costa Rica, para el período 78-86.

*Marta Gómez.*

Analiza las políticas nacionales de salud y los factores que afectan su eficiencia

*María Gabriela Fernández*

Diserta sobre el principio que rige la metódica y la metodología en la investigación del sector salud en la región.

*Edgar Muñoz*

Presenta la situación de salud en el área materno infantil en Centroamérica, justificando la importancia de su estudio.

*Carmen María Romero*

Analiza la organización y funcionamiento de las políticas de salud en el istmo.

# Revista Centroamericana de Administración Pública

Número 15  
Julio/Diciembre 1988

★ Director  
Carlos Cordero d'Aubuisson

★ Editor  
Rethelny Figueroa

★ Comité Editorial  
Cecilia Alvarado/Dennis Aguiluz/  
Carlos Cordero d'Aubuisson/  
Mauricio Valdés/Mauricio Vargas/  
Raúl Eduardo Ovando

★ Coordinación Programa Editorial  
Raúl Eduardo Ovando

★ Departamento de Publicaciones  
Sebastián Vaquerano

● Para suscripciones, canje y solicitudes, escribir a Editor Revista Centroamericana de Administración Pública, ICAP. Apartado 10.025, San José 1000, Costa Rica, C.A.

● Esta publicación ha sido impresa en el Departamento de Publicaciones del Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), en el mes de junio de 1989.



**E**L Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) único centro regional que tiene como objetivo el mejoramiento del sector público, se aboca en 1987, a través del Programa de Investigaciones, a llevar a cabo un proyecto para estudiar las políticas públicas de salud. Dicho estudio define su área de investigación en el istmo Centroamericano; concretamente en Guatemala, El Salvador, Honduras, Costa Rica y Panamá.

**C**ONSIDERANDO que las políticas de salud son complejas, amplias y variadas, se percibió la

# editorial

necesidad de delimitar el proyecto a los programas materno-infantiles en la región, los que constituyen un punto de interés en el manejo estratégico de la gestión de salud, porque se ubican en el marco de políticas de salud de cada país, en términos de su inserción y funcionamiento organizativo. Asimismo, su beneficiario constituye el de mayor cobertura y representa el grupo más vulnerable de la población.

**E**L estudio de los programas materno-infantiles a través de las políticas de gobierno, permite ilustrar el análisis de las políticas públicas en general.

**L**OS indicadores seleccionados en cada país, permiten hacer un análisis sobre la situación de salud en los últimos cinco años; y posibilitan la identificación de los principales problemas administrativos, que afectan al programa en referencia.

**L**OS problemas que enfrentan los programas materno-infantiles, no solamente constituyen aspectos propios del funcionamiento del

sector, en relación con su definición, estrategia, normalización e implantación de programa, y de las actitudes del personal; sino que también representan la articulación con otros sectores de cada país, subrayándose aquí el impacto que tiene en términos tácticos y presupuestarios, el ajuste a la política internacional de salud.

**E**N el presente volumen se incluye una serie de artículos descriptivos de cada país del área, a cargo de los investigadores nacionales de la siguiente manera: 1. Guatemala a cargo del Dr. Warner Molina; 2. El Salvador a cargo del Dr. Jorge Roberto Cruz; 3. Honduras a cargo de la Licda. Concepción Mejía; 4. Nicaragua a cargo del Dr. Edgar Muñoz; 5. Costa Rica a cargo del Dr. Roberto Alvarado; y 6. Panamá a cargo de la Licda. Marta Gómez de Denamps.

**E**N este volumen también se incluye una descripción metodológica de la etapa, un conjunto de estadísticas representativas del estudio y una base bibliográfica registrada en los informes de cada país.

# *Revista Centroamericana de Administración Pública*

La publicación de esta revista fue posible gracias al financiamiento de la Fundación Ford.

● La Revista Centroamericana de Administración Pública es una revista abierta a todas las corrientes del pensamiento administrativo que aboga por el desarrollo de la disciplina en Centroamérica.

● Esta publicación es editada cada seis meses por el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), organismo intergubernamental al servicio de la región centroamericana con sede en San José de Costa Rica.

● Los artículos que publica son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y no traducen necesariamente el pensamiento del Instituto Centroamericano de Administración Pública.

● La Revista permite la reproducción parcial o total de sus trabajos a condición de que se mencione la fuente.

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PUBLICA**  
Apartado 10.025/San José, Costa Rica, C. A./Teléfono 22-31-33/Télex 2180 ICAP CR

# artículos

## El Programa Materno Infantil y las Políticas de Salud

Werner Omar Molina Soto\* en Guatemala 1980 - 1987

---

EL AUTOR PRESENTA UNA DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE SALUD EN GUATEMALA, DESTACANDO LAS POLÍTICAS DE SALUD PRIORITARIAS PARA EL PERÍODO 1980 -1987. EN EL DOCUMENTO SE HACE UNA PRIMERA APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA QUE EXISTE A NIVEL DEL MEDIO SOCIAL E INSTITUCIONAL EN MATERIA DE SALUD. FINALMENTE SE EXPONE LA ORIENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS QUE ACTUALMENTE SE PRIVILEGIAN PARA DAR SOLUCIÓN A LAS NECESIDADES DETECTADAS.

El marco conceptual del programa de Gobierno, concibe el desarrollo en Guatemala como un amplio proceso de fenómenos sociales que afectan las estructuras básicas de la sociedad, su cultura y sus instituciones, y cuyo objetivo final es el elevar el bienestar de todos los guatemaltecos, tanto en los aspectos materiales, como culturales y espirituales.

Con esta perspectiva, la salud adquiere un carácter prioritario para el proceso de desarrollo, pues se orienta a salvaguardar el recurso más trascendente del país: su población.

Siendo la salud un componente del perfil de bienestar, debe necesariamente incorporar dimensiones intersectoriales; lo anterior produjo el planteamiento de políticas y estrategias que armonizaran con los otros componentes que contribuyen al desarrollo global y al establecimiento de un sistema nacional de salud, con política unitaria que tienda a evitar la duplicidad y dispersión de esfuerzos, así como la utilización eficiente de los recursos.

El Plan de Salud tiene como propósito el procurar para todos los guatemaltecos los más altos niveles de bienestar físico, mental y social, a través de acciones organizadas e integradas de protección, promoción, recupera-

---

\* Médico Cirujano. Funcionario del Ministerio de Salud en Guatemala

ción y rehabilitación de la salud, con el fin de que pueda disfrutar de una vida satisfactoria y participar activamente en el desarrollo económico y social de la nación.

Lógicamente, este proceso llevará tiempo. Se logrará de acuerdo con el apoyo que se les de a las políticas y áreas de acción programática, también influirá la continuidad en el desarrollo de los programas, puesto que el cambio de gobierno muchas veces ha traído cambios en las políticas, pero si se dejan bien sentadas las bases, finalmente se logrará el desarrollo y bienestar deseados.

Nuestra población, en su mayoría, ha permanecido en el abandono desde la época colonial hasta la fecha. La marginación educacional y de oportunidades ha sido constante a lo largo de casi cinco siglos. Sumado a esto, existen otras barreras: a) culturales, ya que cada grupo étnico tiene su propio idioma, lo que dificulta la comunicación entre las comunidades y las entidades estatales, aspecto que incide en el proceso de enseñanza b) barreras geográficas dadas las características del país, que limitan la accesibilidad hacia muchas comunidades, por lo que también hay que seguir trabajando en la construcción de caminos y carreteras.

No podemos olvidar la inestabilidad política en que hemos vivido por más de treinta años, la cual ha constituido un obstáculo para el inicio de un proceso administrativo, que coadyuve al desarrollo socioeconómico, y que favorezca, principalmente, a la población que ha estado marginada.

Otros problemas relevantes que inciden en la salud, además de los men-

cionados, son: contaminación ambiental (falta de letrinas, de agua potable, de drenajes, de mercados, lo que provoca ventas callejeras de alimentos sin control sanitario, además, la existencia de desagües a flor de tierra, botaderos abiertos de basura, gran cantidad de perros callejeros; escasez de vivienda con el consiguiente hacinamiento de las familias y sus consecuencias; desempleo, lo que aumenta la pobreza, el pillaje y la violencia; deficiente producción, conservación y utilización de los alimentos que aumenta el problema nutricional; tratamiento empírico de las enfermedades, lo que hace que éstas se prolonguen y aumente la mortalidad; además de que no brinda la oportunidad a la comunidad para que determine sus necesidades y prioridades.

En síntesis, las condiciones objetivas que presenta el país demandan, con urgencia, un trabajo continuo en materia de salud, que debe estar asociado, necesariamente, con políticas de vivienda, empleo y educación, para poder dar una respuesta global e integrada a la situación difícil y problemática que vive el guatemalteco.

### **Las políticas de salud y el concepto de salud enfermedad**

Según el marco conceptual establecido por el Gobierno, la salud es un componente teórico del perfil del bienestar humano, que contribuye a la conservación de la vida y al desarrollo global del individuo y la comunidad;

la enfermedad altera ese estado de bienestar.

La naturaleza y orientación de las políticas de salud, está basada en la observación de las necesidades y prioridades en la salud de la población y en la evaluación de los errores, principalmente políticos y administrativos, que se han cometido en el pasado. Persiguen, a corto plazo, que las poblaciones rural y urbana marginales, logren el acceso a los servicios que hasta ahora no han tenido. Se proponen como prioritarias cinco políticas que se describen a continuación:

#### *Política de aumento de cobertura*

La política sustantiva del Plan de Salud se propone alcanzar la cobertura total, iniciando, rápidamente, acciones y buscando la consolidación dentro del gobierno presente, mediante la ejecución de planes operativos anuales. Este proceso permitirá establecer las condiciones para el desarrollo posterior del plan y su proyección a largo plazo. En este sentido tiene como propósito **extender** los servicios en calidad y cantidad, para satisfacer las necesidades más urgentes de la población, especialmente en los sectores sociales que históricamente no han alcanzado las condiciones mínimas de bienestar.

#### *Política de protección, conservación y mejoramiento ambiental de la salud*

Se inscribe dentro del marco integral de acciones intra y extra secto-

riales, el fortalecimiento de los programas de saneamiento de la población menos protegida y de menores recursos. Esto conlleva a impulsar los programas dentro de una cobertura nacional de acciones, a través del fortalecimiento nacional, regional y descentralizado de los programas de saneamiento ambiental, con la participación activa de la comunidad.

#### *Política de alimentación y nutrición*

Esta política establece el marco integral para las acciones tendientes a mejorar las condiciones nutricionales de la población, para alcanzar la autosuficiencia en materia de alimentos y lograr que una buena nutrición y alimentación esté al alcance de todos los estratos sociales.

Contará con el apoyo de los programas de regionalización productiva y descentralización administrativa. El sector salud orienta sus acciones hacia la prestación de servicios de educación y recuperación nutricional, la atención especializada de casos, la vigilancia en el cumplimiento de la ley de yodización de la sal para el consumo humano y la fortificación y enriquecimiento del azúcar con vitamina "A". Lleva a cabo el control de la calidad de los alimentos y promueve la investigación e incorporación de tecnologías apropiadas para el desarrollo de los programas afines a estas políticas.

## *Política de desarrollo institucional y administración del sector*

Reviste características intersectoriales en las que el Estado busca superar los problemas a corto plazo y modernizar la administración pública, mejorando la capacidad operativa de las entidades ejecutoras, para lograr mayor eficiencia en la prestación de servicios.

## *Política de infraestructura física*

Las acciones de esta política se orientan a mantener en buen estado los edificios y equipo del sector, mediante la reposición, remodelación, reparación y mantenimiento. Los proyectos de desarrollo de la infraestructura física deberán estar acordes con los programas.

La naturaleza y orientación de estas políticas está basada en la observación de las necesidades y prioridades en salud de la población, principalmente aquellos sectores que han sido marginados y abandonados, como por ejemplo, el campesino indígena y los habitantes de los anillos de miseria urbanomarginales y administrativos.

## **Zonas y grupos sociales prioritarios de los programas de salud**

### *Zonas prioritarias*

Extender los servicios en calidad y cantidad especialmente a los sectores

sociales que históricamente no han alcanzado las condiciones mínimas de bienestar y, que se ubican en comunidades rurales lejanas con poblaciones menores de 2.000 habitantes, poblaciones marginales y suburbanas que viven en condiciones habitacionales y ambientales subóptimas y que son las que poseen la tasa más alta de morbilidad y mortalidad.

### *Grupos sociales prioritarios*

Los grupos sociales prioritarios están integrados por:

- a. Las poblaciones indígenas que se dedican fundamentalmente, a las labores agrícolas y artesanales ubicados en el altiplano en los Departamentos de Chimaltenango, Quiché, Sololá, Totonicapán, San Marcos, Quetzaltenango, Huehuetenango, Alta y Baja Verapaz. Estas poblaciones constituyen más del 50% de la población total, y viven en condiciones deficientes. Desde el punto de vista económico, ambiental y habitacional, no gozan de agua potable, letrinas, ni drenajes, viven hacinados, y en general, en muy malas condiciones.
- b. La población que vive en asentamientos y anillos urbanos marginales, con las mismas condiciones de escasez de agua potable, letrinas, desagües, basureros, hacinamiento, y otras condiciones que favorecen la enfermedad, la mala nutrición, y el deterioro social con la subsecuente pérdida de valores, lo que conduce al resentimiento, la delincuencia, la drogadicción y la violencia. Como puede desprenderse de la descrip-

ción anterior, es precisamente en zonas de mayor deterioro social y de condiciones adversas, desde el punto de vista infraestructural y geográfico, hacia donde se dirigen las políticas de salud. Sin embargo existe una distancia real entre los pronunciamientos e intenciones manifiestas del sector salud y el impacto concreto de su acción, brecha que se concreta en el tímido mejoramiento de los intereses de salud de Guatemala.

de recursos humanos y en algunos casos la ausencia de infraestructura.

A pesar de ello, no es tan marcada la diferencia entre lo programado y lo realizado, excepto en los programas de atención de niños de 5 a 14 años, porque no se cumple con el programa de atención a escolares, y en el grupo de puerperas se programa más de lo que se realiza. Las señoras no acuden al control del puerperio por falta de conscientización y educación acerca de su importancia. (Ver Cuadro 1)

### Cobertura teórica y real

Se observa que la cobertura es baja, tanto a nivel urbano como rural, esta última es menor debido a la deficiente promoción, al difícil acceso, la escasez

### Gastos del Estado en salud

El análisis de la distribución del gasto público de 1980 - 1987, muestra que

CUADRO 1

> 1 Año	1-4 Años	5-14 Años	Prenatales	Puerperio	Mujeres 15-44	Resto Población	Total
<b>Programado</b>							
106,863	358,226	238,500	103,541	42,729	65,610	631,197	156,686
<b>Realizado</b>							
203,752	351,041	190,481	125,206	27,760	22,340	747,327	1,667,927
<b>(%)</b>							
34-35 P-R	32-32 P-R	29-9 P-R	29-35 P-R	14-9 P-R	5-1 P-R	28-31 P-R	21-22 P-R

Fuente: Unidad Sectorial de Planificación.

el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha captado un promedio de 8.2 % del presupuesto general de la Nación. (Ver cuadro 2)

A nivel nacional el gasto para 1985 dedicado al área materno-infantil y de niños de 5 a 14 años fué del 16.5 % del total del presupuesto de funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; hay que hacer notar que ese porcentaje tiene grandes variaciones en las distintas áreas de salud del país; en un contexto en que la inversión per cápita para 1985 fue de Q. 7.49

Como porcentaje del PIB la participación del Ministerio de Salud entre 1980 y 1987 ha sido aproximadamente del 1%.

En cuanto a la población cubierta por servicios de salud estatal, el Ministerio de Salud Pública contribuye con el 68 % de las camas, 62 % de egresos y 39 % de consultas a la población.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social contribuye con el 19% de las camas, 31% de egresos, 19% de las consultas.

De los datos anteriores podemos desprender que la cobertura para los sectores más desposeídos, no sólo es insuficiente, sino que revela la marginación del acceso a la salud de amplios sectores populares. Es revelador el hecho de que el 42% de las consultas se atienden a nivel privado, lo que impulsa el desembolso de una suma significa-

## CUADRO 2

### PRESUPUESTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y SU RELACION CON EL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN

(En millones de quetzales)

Años	Presupuesto general de la Nación	Presupuesto Ministerio de Salud Pública	% de participación Pto. M.S.P. Pto. General
1980	1.280.3	108.6	8.5
1981	1.466.6	137.7	9.4
1982	1.461.4	139.5	9.4
1983	1.314.1	101.1	7.7
1984	1.314.1	99.2	7.5
1985	1.282.1	98.7	7.5
1986	1.710.4	131.9	7.7
1987	2.556.2	219.9	8.6

Fuente: SEGEPLAN.

tiva de dinero, que la mayoría de los ciudadanos no tiene.

Hay que tomar en cuenta que no se cubre el 100% de la población.

El presupuesto del Ministerio de Salud Pública en los últimos años ha disminuido en contraposición al crecimiento de la población, a las necesidades de la misma, acelerado el aumento del costo de los insumos, lo que limita aún más la satisfacción de las necesidades básicas en salud de la población.

El presupuesto es insuficiente. Es menor del 9% del presupuesto general de la Nación y a pesar de que desde 1980 a 1987 se ha duplicado, en términos corrientes, por la devaluación de la moneda, su poder adquisitivo no ha aumentado en términos constantes, lo que lógicamente no permite que se tenga un desarrollo adecuado, sino que la tendencia sea hacia el establecimiento. Lo mismo se observa en lo referente al porcentaje que corresponde al PIB, que en 1980 fue 1.4 % y en 1987 1.3 %.

En cuanto a la cobertura de los últimos cinco años, se observa que ésta es deficiente; para 1986, alcanzó más o menos el 40% de las consultas institucionales, teniéndose como meta el 80%, lo que aumenta con los beneficiarios del Seguro Social que es parte del 20% que resta de la población. Hay que señalar que la población cubierta, en su mayoría, es la maternoinfantil, que es la de mayor riesgo, y el presupuesto también tiene una orientación hacia ese grupo M.I. pero no en la cantidad adecuada.

De acuerdo a la evaluación del propio Ministerio, se sabe que sólo cubre el 20% de la población; lo que en relación con las precarias condiciones de higlie-

ne y de educación revelan un programa insuficiente para cubrir las necesidades de la población guatemalteca.

### **Análisis y panorama general de la situación de salud en el país**

El nivel de salud de la población, en general, no ha variado y no ocurre ningún mejoramiento, sobre todo en la población rural y la de escasos recursos económicos. La morbilidad y mortalidad en general no se han modificado, situación que tiene su origen en la alta incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles, con altos índices de diarreas, desnutrición, parasitismo intestinal, otras enfermedades endémicas como oncocercosis, paludismo, y otros.

La educación sanitaria es deficiente y el ambiente puede ser considerado como contaminado e insano. Entre las razones que explican esta situación podemos mencionar:

La inadecuada oferta de alimentos, inadecuado e insuficiente consumo, el deficiente aprovechamiento biológico del alimento ingerido, la falta de una política dirigida a resolver la problemática alimentaria, la falta de higiene individual y ambiental, el tratamiento empírico de las enfermedades, deficiente acceso a los servicios existentes, falta de proyección de los servicios a la comunidad, y baja calidad en la atención que se presta.

En lo que se refiere a la educación sanitaria, sus deficiencias se explican en razón de la escasa o nula utilización de los medios de comunicación masi-

va, la escasa efectividad de medidas preventivas, la falta de conscientización social, la escasa formación y capacitación de los recursos humanos de salud. Asimismo, el ambiente está contaminado por:

Falta de agua potable, falta de control de alimentos, insuficiente control de vectores, falta de control epidemiológico, inadecuadas condiciones en la vivienda, ocasionadas por la mala disposición de excretas y de aguas servidas, la mala disposición de basura y desechos y la falta de programas de educación orientada a su mejoramiento.

La oferta de servicios para enfrentar la problemática se caracteriza por los deficientes servicios de atención médica con baja cobertura; esta última, debido a programas de escaso impacto, bajo rendimiento, poca racionalización de los recursos y débil proyección a la comunidad; también hay deficientes acciones de prevención por baja cobertura en las inmunizaciones, a causa de poca participación y organización comunitaria, técnicas inadecuadas e insuficientes medios de refrigeración.

Por otra parte, en lo referente a saneamiento ambiental existe baja cobertura por falta de proyección a la comunidad, poca participación de ésta descoordinación interinstitucional, poco uso de tecnologías apropiadas y recursos insuficientes.

### **Naturaleza y orientación de las políticas de salud**

Las cinco políticas enunciadas responden a las urgentes necesidades que

debe solventar el gobierno a través del Ministerio de Salud, con el apoyo intersectorial de otros Ministerios, para proporcionar el bienestar mínimo que se pretende para todos los sectores sociales.

En cuanto al orden de importancia, debe encabezarse con la Política de Desarrollo Institucional y Administración del Sector, puesto que partiendo de una sólida base administrativa de planificación, organización, supervisión, evaluación y control, se podrá esperar que las otras políticas se logren. La política debe considerar la formación y capacitación de los recursos humanos en salud, quienes serán los ejecutores de la política administrativa y las otras.

Deben incluirse las políticas de educación en salud y de participación comunitaria como prioritarias en el desarrollo de la salud, ya que éstas a largo plazo tendrán efectos no sólo permanentes, sino más relevantes.

La política de aumento de cobertura debe permitir llegar a los grupos y zonas prioritarias. Al mejorar las condiciones ambientales, se mejorará también el estado de salud, puesto que disminuyen las condiciones que favorecen las enfermedades infecciosas y parasitarias. La política de alimentación y nutrición contribuye a elevar el estado nutricional de la población, especialmente del grupo materno-infantil que es la más vulnerable, disminuyendo su susceptibilidad a las infecciones y aumentando su resistencia. Lo anterior con el apoyo administrativo del Ministerio de Gobierno.

A pesar de la importancia que revisten las políticas mencionadas, aún no está trabajando en ellas de manera total. Por otra parte, no se puede dejar

de lado la capacitación de los recursos humanos en salud. Es importante la educación en salud de la comunidad y su participación para contribuir a solucionar los problemas de saneamiento del medio, construcción, mantenimiento y cuidado de puestos y centros de salud, letrinas, drenajes y desagües, introducción de aguas, y otros, ya que la comunidad no solo tiene derecho a los servicios de salud, sino también el deber de participar responsablemente en su consecución.

Finalmente, el cambio más relevante en los últimos años se ha dado en Política Administrativa, a dos niveles:

- a. Cuando como consecuencia del déficit económico que atraviesa el país se decidió centralizar en el Ministerio, la autorización para la compra de equipo de cada dependencia (renglón 3 del presupuesto), a fin de controlar y darle prioridad a las compras de acuerdo con las necesidades y,
- b. Fomentando la integración intersectorial de programas que tienen otros ministerios, a fin de que con la participación interinstitucional se logren mejores rendimientos. Con esto se evita la duplicación del gasto y se mejora la utilización de los recursos.

### **Problemática administrativa**

En esta sección se presenta una síntesis de la situación actual de la problemática administrativa en salud, en relación con la capacidad del ministerio para facilitar la puesta en práctica de las políticas gubernamentales.

## *Aspectos Organizacionales*

### *Organigrama del Ministerio*

El organigrama del Ministerio de Salud Pública está encabezado por el Ministro quien es la máxima autoridad. Cuenta con la colaboración directa de:

- a. El Viceministro de Asuntos Técnicos que dirige las siguientes unidades: Planificación y Progreso, Presupuesto, Informática, Control de Proyectos e Inversiones.

Este Viceministro da asesoría técnica al señor Ministro y al resto de dependencias del Ministerio.

- b. El Viceministro de Asuntos Administrativos, que dirige la Unidad de Servicios Administrativos con los siguientes departamentos: Personal, Contabilidad, Compras y Suministros, Transporte, Administración de Cementarios, Auditoría, Artes Gráficas, Auditoría, Control Patrimonial.

Este Viceministro da el apoyo administrativo al Ministerio y sus dependencias.

El Despacho Ministerial cuenta además con las siguientes unidades: Oficina de Asesoría Jurídica, Secretaría del Despacho, Oficina de Relaciones Públicas, Proveduría de Medicamentos de Control de Precios y la Oficina de Coordinación de Asuntos Internacionales.

Todas ellas tienen sus funciones específicas y contribuyen en las actividades o en la asesoría y toma de decisiones del Ministerio.

El Consejo Nacional de Salud, asesora al Ministerio, aunque actualmente no ha sido convocado. Además, se recibe asesoría internacional por parte del representante de la OPS en el país o enviados especiales. La misma está determinada por las necesidades detectadas por los organismos internacionales, o en su defecto, por la colaboración que en este sentido el Ministro solicite. Ambas asesorías deben contribuir en la determinación de políticas y estrategias del Ministro.

La Dirección General de Servicios de Salud, es un enlace intermedio entre el despacho Ministerial y las Dependencias Ejecutoras de Regiones, Areas, Distritos, Hospitales, Centros y Puestos de Salud, a quienes transmite las disposiciones ministeriales y gubernamentales. Además, la Dirección General de Servicios de Salud cuenta con la Secretaría General, y el Consejo Técnico, formado por el Director General de Servicios de Salud y los subjeses de unidades, que dependen de la Dirección General, tales son la Unidad de Recursos Humanos, Programas Aplicativos, Programas Específicos, Supervisión y Evaluación, Desarrollo Administrativo y de Coordinación de Instituciones.

Las seis unidades que dependen directamente de la Dirección General tienen su propia estructura, a saber,

a. Unidad de Recursos Humanos y Educación para la Salud que comprende la Jefatura y Departamentos de Salud Comunitaria, Diseño Curricular, Documentación, Capacitación y Educación Continua, Educación para la Salud e Investigación.

Su estructura organizativa no ha sido función para la formación y capaci-

tación de los recursos necesarios, tanto en calidad como en cantidad, para el desarrollo de los programas nacionales, sino más bien para satisfacer las necesidades locales.

Esta unidad es de suma importancia, puesto que con los recursos humanos adecuados se pueden cumplir los programas y conseguir el impacto deseado.

b. Unidad de Programas Aplicativos, con las siguientes jefaturas y departamentos: Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Atención Médica, Nutrición y Alimentación, Salud Ambiental, Registro y Control de Medicamentos y Alimentos, Ingeniería y Mantenimiento.

El Departamento de Atención Médica se debería de subdividir en dos sub-jefaturas de atención materno-infantil y de atención médica general, dándosele así la importancia que amerita el grupo materno-infantil, el que además cuenta con el departamento de Supervivencia Infantil. Sin embargo, no se le incluye en el organigrama, a pesar de desarrollar programas y contar con recursos humanos capacitados.

c. Unidad de Programas Específicos, con las jefaturas y departamentos de Malaria, Tuberculosis, Salud Oral, Salud Mental.

Se incluyen aquí dos problemas endémicos de salud, como lo son la malaria y la tuberculosis, ambos Departamentos adolecen del soporte presupuestario adecuado y en eso estriba principalmente que no tengan la eficacia deseada, además paralelo a los programas anteriores, se tiene que mejorar la salud ambiental y la situación

nutricional y socioeconómica de la población.

El Departamento de Salud Oral, debería estar integrado con los otros programas de atención médica, lo mismo que el Departamento de Salud Mental, estos Departamentos no desarrollan sus programas con la eficiencia e impacto que deberían, porque no se les ha dado la importancia necesaria, no se ha logrado que los profesionales en esas ramas tengan una proyección hacia la comunidad que logre cambios en la salud oral y en la salud mental. Esta última, prácticamente se reduce a la consulta externa y al tratamiento de pacientes hospitalizados, pero no se hace educación en salud mental ni prevención, a través de programas educativos y esparcimiento.

La Unidad de Supervisión y Evaluación, integrada por una jefatura y el cuerpo de supervisores, tiene la función de supervisar, evaluar y controlar los programas y los servicios que se prestan a nivel regional y distrital.

d. Unidad de Desarrollo Administrativo, integrada por una jefatura y el cuerpo técnico, es la encargada del desarrollo administrativo de todas las unidades que dependen directamente de la Dirección General; esta unidad es de suma importancia para el desarrollo de las políticas de salud por la labor sustantiva que cumple la administración como base de apoyo para el funcionamiento de las unidades y la ejecución de los programas.

Esta unidad aún no funciona con la capacidad suficiente para satisfacer las necesidades de apoyo administrativo que las unidades tienen.

e. Unidad de Coordinación de Instituciones de Salud no Gubernamentales, integradas por una jefatura y el cuerpo técnico.

Esta es una unidad recién creada, por lo que es difícil evaluar sus logros, pero indudablemente debe contribuir al mejor aprovechamiento de los recursos en salud no gubernamentales.

Todas esas unidades orientan su trabajo hacia las ocho regiones que son dirigidas cada una por un jefe de región, encargado del desarrollo de los programas en cada una de ellas.

Las Unidades de Desarrollo Administrativo, de Coordinación de Instituciones no Gubernamentales, de Supervisión y Evaluación, cuando desarrollen plenamente sus funciones y actividades, llenarán un vacío en la gestión y ejecución de los programas de salud.

#### *Capacidad instalada*

El análisis de la capacidad instalada en infraestructura, recursos materiales y equipo se presenta de acuerdo a las necesidades de cobertura y calidad de los servicios.

A pesar del aumento de hospitales, centros y puestos de salud que ha habido en los últimos años, aún no se abarca todas las comunidades del país, especialmente las rurales que son pequeñas, están muy alejadas y son de difícil acceso. También las urbano marginales de la capital no son cubiertas en su totalidad, aunque éstas tienen accesibilidad a puestos, centros de salud y hospitales porque existen las facilidades de transporte. Sin embargo, es deseable que los servicios se tengan *in situ*

para que así se brinde no solo atención primaria, sino también de prevención y mantenimiento de la salud.

No puede dejar de mencionarse que el mantenimiento de la capacidad instalada es deficiente, por lo tanto debe mejorarse y capacitarse técnicamente al personal, para que realice esa tarea, de forma tal que se haga un mantenimiento constante preventivo y de reparación eficiente.

Los recursos materiales no se orientan adecuada y oportunamente debido a que las estadísticas, proyección y programaciones son deficientes, lo que repercute negativamente en el presupuesto. Aparte de lo anterior, el soporte financiero estatal no satisface la demanda.

El equipo con que se cuenta es insuficiente para la demanda que existe. No se da la reparación y mantenimiento oportuno, no se compra de acuerdo al aumento de la demanda y por la situación cambiaria, el costo se ha incrementado considerablemente.

Debe mencionarse también, que el Ministerio no capacita personal para que se encargue de la reparación y mantenimiento del equipo, esto obliga a contratar los servicios con empresas privadas lo que eleva sustancialmente los costos.

Igualmente es deseable, contar con equipo técnicamente más moderno y funcional que rinda más en calidad y cantidad, especialmente para ayuda de diagnóstico.

Todo esto hace que se limite la cobertura y la calidad de los servicios, los cuales podrían ser mejores.

### *Aspectos de personal*

Los recursos humanos deben aumentarse en calidad y cantidad para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios, sin embargo, el presupuesto del Ministerio de Salud y Asistencia Social en los últimos años ha disminuido en contraposición al crecimiento de la población, a sus necesidades y al acelerado aumento del costo de los insumos, lo que limita aún más la satisfacción de las necesidades de salud básicas de la población.

La situación de los recursos humanos en función de la problemática en salud, no está acorde con la necesidades reales de la población, sino más bien, obedece a sistemas tradicionales de atención médica directa, dándole poco énfasis a las acciones de prevención y mantenimiento de la salud. No se estipula la conveniencia de contar con un adecuado proceso de desarrollo de los recursos humanos (en cuanto a la planificación, formación, capacitación y su utilización) de tal manera que para alcanzar los objetivos, se hace necesario contar con una política en esta área, que implique una coordinación intra e intersectorial, así como interinstitucional, principalmente entre las instituciones formadoras y empleadoras de los Recursos Humanos en Salud.

No existe implícita ni explícitamente, en las estrategias nacionales de salud, mecanismos de coordinación en la formulación de estrategias para la planificación de los recursos humanos a corto, mediano y largo plazo, que estén acordes con las necesidades reales del país.

El proceso de desarrollo de personal en salud, debería tomar en cuenta

las necesidades económicas, sociales y culturales de la población, así como su distribución geográfica, que condiciona la accesibilidad de los servicios y los programas establecidos por la política de salud del país.

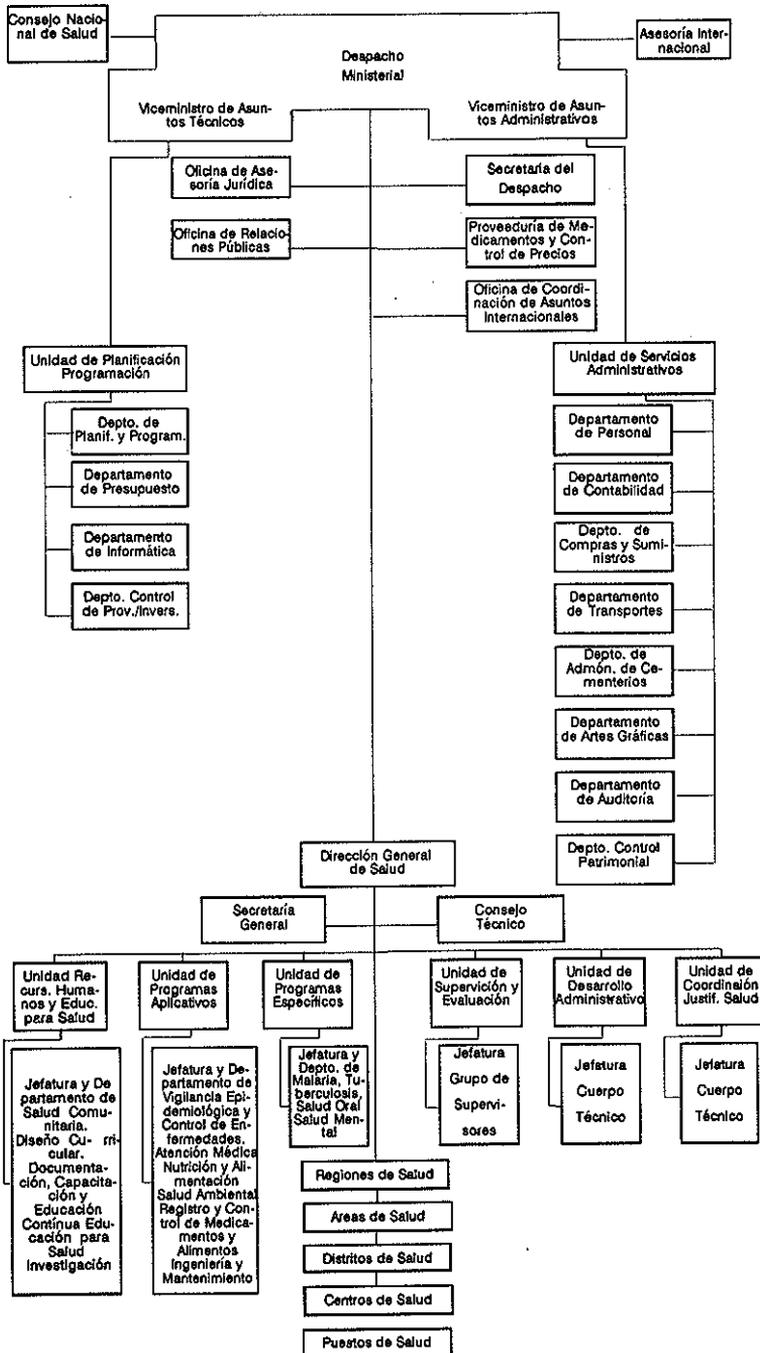
Debe sistematizarse la planificación de los recursos humanos, con base en un análisis relativo de necesidades de la población, naturaleza de los programas, distribución geográfica y pro-

gramática, costotiempo de formación, costo-beneficio en la prestación de los servicios, riesgos de la población y complejidad de los servicios.

Las estimaciones de personal deben tener en cuenta, fundamentalmente, las necesidades planteadas para la atención de los grupos prioritarios, en relación con la problemática de salud del país

◊

# Organigrama del Ministerio de Salud de Guatemala



# 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.<sup>1</sup>

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..."<sup>2</sup>

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	0.8	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

# Políticas de Salud y Plan Nacional de Desarrollo de Honduras 1982-1986

Concepción Mejía Alas\*

---

LA AUTORA DEL PRESENTE TRABAJO PRESENTA LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN CONCERNIENTES A LA DEFINICIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD Y LOS PLANES DE DESARROLLO 1982-1986. Y ASIMISMO, DESTACA LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS DE PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN, DIRECCIÓN, SUPERVISIÓN, INFORMACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE HONDURAS.

## LAS POLITICAS DE SALUD DE HONDURAS

### Antecedentes

Para una mejor comprensión de las políticas de salud, puestas en vigencia en el país, se hará una descripción cronológica de las principales resoluciones y planteamientos regionales de salud derivados de reuniones internacionales y que el Gobierno Hondureño se ha comprometido a plasmar en los planes nacionales de salud.

1972. En la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, se estableció como objetivo central la extensión de la cobertura con servicios a

toda la población subatendida y no atendida.

1977. La Asamblea Mundial de Salud, resolvió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debería consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2,000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir, la meta comúnmente denominada "salud para todos en el año 2,000".

Asimismo, en 1977 la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, ratifica la extensión de la cobertura de los servicios de salud y reconoce la "atención primaria" como estrategia fundamental para alcanzar la cobertura total.

1978. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reu-

---

\* Licenciada en Economía

nida en Alma-Ata (URSS), aprueba una declaración en la cual confirma la meta de "salud para todos en el año 2,000" y reconoce que la atención primaria de salud es la clave para alcanzarla, como parte del desarrollo, según lo requiere el espíritu de la justicia social. Además, insta a los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como pieza integrante de un sistema nacional de salud completo en coordinación con otros sectores.

1979 La Asamblea Mundial de la Salud, mediante una resolución, hizo suya la Declaración de Alma-Ata y exhortó a los Estados miembros a definir y poner en práctica estrategias nacionales, regionales y globales, tendientes a alcanzar la meta de salud para todos en el año 2,000.

1980 El Consejo Directivo de la OPS aprueba las estrategias regionales de salud para todos en el año 2,000, ratificando que la atención primaria y sus componentes constituyen las estrategias básicas para alcanzar esa meta en la región de las Américas.

1981 El Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2,000, es aprobado por el Consejo Directivo de la OPS. Este Plan contiene las metas mínimas y los objetivos regionales, así como las acciones que los gobiernos de las Américas y la Organización deberán realizar a fin de lograr la salud para todos en el año 2,000. Todo ello está inspirado fundamentalmente, en el concepto de la atención primaria, y por lo tanto, su

consecución tiene obligadas implicaciones en el desarrollo económico y social.

1984 Los Ministros de Salud en Centroamérica y Panamá suscriben en San José, Costa Rica, un documento sobre "Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá". Este es un plan integral y urgente de actividades conjuntas en materias sanitarias para solucionar las necesidades prioritarias de salud de esos países.

La iniciativa centroamericana fue apoyada por el Grupo de Contadora (Colombia, México, Panamá, Venezuela). Su objetivo es movilizar los recursos a favor de los sectores más vulnerables de la población, particularmente los niños, los menos favorecidos en las ciudades y en las zonas rurales y aquellos que se encuentran desplazados por la violencia actual, buscando satisfacer las necesidades básicas y contribuir al bienestar de las personas.

Las áreas prioritarias de acción se establecieron con base en el consenso de los países sobre las necesidades de salud más acuciantes a las que se enfrenta la región. Tales áreas reflejan además el propósito subyacente de la iniciativa de garantizar que las actividades del sector de la salud, en este momento de crisis, apoyen y promuevan la coordinación y la solidaridad de modo que impidan el esparcimiento de la guerra y la violencia.

Fueron seleccionadas las áreas siguientes: fortalecimiento de los servicios de salud: recursos humanos, medicamentos esenciales, alimentos y nutrición, principales enfermedades tropicales, supervivencia infantil, agua y saneamiento.

En abril de 1984, los Ministros de Relaciones Exteriores del Grupo de Contadora y los de Centroamérica, aprueban en Panamá, una resolución de apoyo al Plan, con la asistencia de los Ministros de Salud y Directores de Seguridad Social del Istmo. En setiembre, por resolución del Consejo Directivo de la OPS, se acepta la participación de Belice en estas reuniones.

1985. Se realiza en Madrid, la Conferencia Internacional "Contadora/Salud para la Paz en Centroamérica y Panamá". Su objetivo consistía en pasar revista al plan: "Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá" y examinar el apoyo de países donantes y agencias interesadas en proyectos específicos.

1986. Los Ministros de Salud de Centroamérica, Belice y Panamá, reunidos en San Salvador, suscriben un documento en el cual acuerdan: dar pleno respaldo político a la ejecución de los planes de supervivencia infantil; fortalecer la capacidad técnica, administrativa y operativa del sector salud para que la iniciativa se realice; reforzar la colaboración regional en el ámbito del programa.

## **PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 1982 -1986**

Las directrices de este plan rigieron desde 1982/83 hasta 1986. La Estrategia de Desarrollo de Salud que contenía el documento dio origen y fundamento al Plan Nacional de Salud 1982-1986, conformado por las mismas grandes áreas de acción del Plan Nacional de Salud anterior (atención al medio, aten-

ción a las personas, seguridad social y producción farmacéutica). Los programas incluyen: saneamiento básico, control de vectores, control de alimentos, atención hospitalaria, enfermedades transmisibles y consulta ambulatoria, higiene y seguridad ocupacional, prestaciones sociales en dinero y producción farmacéutica. El único cambio efectuado en los programas en relación al Plan 1979-1983, consistió en haber agregado las enfermedades transmisibles al programa de atención ambulatoria.

### **Objetivos generales**

Conforme al compromiso del sector salud, se pretendía desarrollar un plan de acción en función de la meta "Salud para todos en el año 2,000". Siendo ésta una meta social, en Honduras se planteó la satisfacción de las necesidades básicas como la imagen objetivo a conseguir en ese período. Por lo tanto, se consideró que el logro de la meta antes citada, sería la consecuencia no sólo del desarrollo sectorial sino del desarrollo global. El objetivo general para el mediano plazo estaba encaminado a mejorar el nivel de salud de la población a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

### **Objetivos específicos**

Estos apuntan a:

- Mejorar la calidad de los servicios que brinda el sistema de salud.

- Disminuir la morbimortalidad de las enfermedades declaradas como prioritarias (diarreas, inmunoprevenibles, malaria, dengue, respiratorias agudas, desnutrición, etc). Asimismo, disminuir la morbimortalidad de las enfermedades ocasionadas por la contaminación biológica, física y química de los alimentos.
- Mejorar la coordinación intra e intersectorial, con los organismos que intervienen directa o indirectamente en el sector.
- Mejorar la salud oral de la población.
- Mejorar el nivel de las prestaciones sociales y ampliar la cobertura del programa.
- Proponer el autoabastecimiento nacional de productos farmacéuticos.
- Desarrollar acciones orientadas a favorecer a los grupos urbanos marginados y rurales no atendidos, al grupo materno-infantil, a la población afectada por enfermedades invalidantes y a la población económicamente activa.
- Orientar las acciones de salud hacia una mayor cobertura rural y marginal urbana.
- Extender la cobertura de abastecimiento de agua de calidad adecuada.
- Aumentar la cobertura de sistemas convenientes de disposición de excretas.
- Colaborar en el control de la contaminación del agua, suelo y aire.
- Mejorar las condiciones sanitarias de la vivienda.
- Incrementar la cobertura e instalar trenes de aseo en las principales localidades urbanas. Asimismo, estimular el uso del sistema de relleno sanitario en las principales ciudades del país.
- Fortalecer las acciones de control de vectores y realizar actividades de prevención de la malaria y el dengue.
- Aplicar y fomentar el control de alimentos.
- Otorgar alta prioridad a la promoción y al fomento de la salud del grupo materno-infantil.
- Implementar y fortalecer los programas odontológicos tendientes a prevenir y preservar la salud oral.

Las políticas específicas más importantes tendían a lo siguiente:

- Revisar e implementar los instrumentos de desarrollo administrativo en diversas áreas; ejecutar un modelo adecuado de supervisión y revisar y desarrollar el proceso de planificación, programación, control, evaluación y monitoría de programas y proyectos.
- Fomentar e incrementar las acciones de salud que tiendan a la rehabilitación de la población afectada por enfermedades invalidantes.
- Incrementar y mejorar los servicios en el campo de la higiene y la seguridad ocupacional.
- Ampliar la cobertura y mejorar los servicios de la seguridad social.

- Construir la infraestructura física apropiada para la producción farmacéutica.

## Prioridades

Se establece una alta prioridad para: el abastecimiento de agua, la disposición adecuada de excretas, la disposición final de desechos sólidos, el mejoramiento de la vivienda, el control de la malaria y la erradicación del *Aedes Aegypti*, la atención médica hospitalaria y ambulatoria, y, la producción farmacéutica. Asimismo, se otorga mediana prioridad al control de otros vectores, al control de alimentos, a la seguridad e higiene ocupacional y al programa de prestaciones sociales en dinero.

Respecto al tipo de enfermedades y grupos de personas, el plan proporciona alta prioridad al control de las diarreas, malaria, dengue, enfermedades inmunoprevenibles, respiratorias agudas y desnutrición; y, por otra parte, al grupo materno-infantil.

Es preciso destacar además, algunas medidas de particular interés contempladas en el plan, las cuales comprenden: la rehidratación oral; la detección y atención del niño afectado por enfermedades respiratorias agudas y por enfermedades diarreicas; el apoyo al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI); el tratamiento de los casos severos de desnutrición; el mejoramiento de los sistemas de capacitación, control y tratamiento del preescolar, con énfasis en los niños severamente desnutridos; el incremento de los programas

de lactancia materna; el fortalecimiento de los programas de atención del embarazo, parto, puerperio y planificación familiar; el envío de brigadas médicas a las poblaciones dispersas que no tienen acceso a los servicios de salud; la entrega de alimentos a la comunidad para promover los programas de salud, la participación de la comunidad y disminuir la problemática nutricional, sobre todo en el grupo materno-infantil y la incorporación del componente de salud en todo proyecto de desarrollo.

En suma, el contenido programático del Plan Nacional de Salud 1982-1986, refleja la adopción de la política internacional de salud, dentro del contexto regional, lo cual se manifiesta en los siguientes aspectos :

- Las acciones que se plantean, están enmarcadas en la consecución de la meta salud para todos en el año 2,000, mediante el desarrollo de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. La participación de la comunidad que fue la estrategia principal al inicio del proceso de extensión de cobertura con servicios de salud, se retoma en el plan dentro de los programas de saneamiento básico, control de vectores, control de alimentos y atención ambulatoria.
- Se considera la satisfacción de las necesidades básicas como el objetivo por obtener en el período señalado para lograr la meta. Asimismo, se presta especial atención a los grupos prioritarios contemplados en el Plan de Acción Regional y por lo tanto, se persigue proteger y promover la salud de la población más vulnerable y ex-

puesta a riesgos de enfermedad y muerte, es decir, la que vive en zonas rurales y marginales urbanas; las mujeres y niños de corta edad; los trabajadores y las personas impedidas.

- También se incorporan en el Plan Nacional de Salud 1982-1986, algunas medidas orientadas a disminuir los problemas de nutrición de la madre y el niño, así como, a prevenir y preservar la salud oral.

- Por otra parte, varias políticas establecidas en el Plan se encaminan a la protección y promoción de la salud ambiental que incluye los aspectos relativos al agua potable y disposición de excretas, los desechos sólidos, la protección de alimentos, el control sanitario de la vivienda, etc.

- Algunas enfermedades transmisibles se declaran prioritarias: las prevenibles por vacunación, las enfermedades diarreicas, las respiratorias agudas y la malaria. En consecuencia, como medio de prevención y control de éstas, quedan incorporados ciertos programas considerados prioritarios dentro de las estrategias básicas de atención primaria de salud, en la región de las Américas. Pueden citarse por ejemplo, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y la terapia de rehidratación oral.

Todos los componentes de política indicados en los párrafos que anteceden, han sido acordados por los Gobiernos a nivel continental, como un compromiso para alcanzar los objetivos y metas regionales, y conducen al logro de un nivel de salud que

permita a cada ciudadano del Hemisferio, llevar una vida social y económicamente productiva.

### **Planes Operativos Anuales de Salud 1983 - 1986 (POAS 1983-1986)**

Los lineamientos de los POAS 1983 - 1986 se ajustan a los del Plan Nacional de Salud 1982-1986, coincidiendo en el objetivo general de mejorar el nivel de salud de la población hondureña a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Los objetivos específicos establecidos en los dos tipos de documentos son básicamente los mismos.

Desde el punto de vista global, el denominador común de los planes anuales y del plan quinquenal, se expresa en la ratificación de la política de extensión de cobertura de los servicios de salud, mediante las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad, dentro de la meta Salud para todos en el año 2,000.

Las políticas específicas que en forma explícita o implícita se plasman en los POAS 1983-1986, concuerdan con las del Plan Nacional de Salud y pueden resumirse señalando que están orientadas fundamentalmente hacia:

- Una mayor cobertura rural y marginal urbana.

- La disminución de la morbimortalidad de las enfermedades declaradas como prioritarias (diarreas, inmunoprevenibles, malaria, dengue, respiratorias agudas, desnutrición, etc.)

- El fomento y promoción de la salud del grupo materno-infantil.

- La prevención y preservación de la salud oral.
- La rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades invalidantes.

Por otra parte, es preciso destacar que a partir de 1983, se produce un reordenamiento de los programas de salud. En el plan, éstos se encuentran aglutinados en cuatro grandes áreas de acción (atención al medio, atención a las personas, seguridad social y producción farmacéutica). En los POAS, en cambio, los programas se agrupan en tres categorías: Programas Básicos, Programas Complementarios y Programas de Apoyo Técnico y Administrativo. La distribución se conforma así:

*Programas Básicos.* Constituye el soporte del proceso de extensión de la cobertura y requieren la utilización de estrategias especiales. Este grupo lo integran los programas de: control de enfermedades diarreicas (TRO), control de infecciones respiratorias agudas (IRA), programa ampliado de inmunizaciones (PAI), control de la tuberculosis, control de la malaria, atención materno-infantil, nutrición y saneamiento básico.

*Programas Complementarios.* Estos abarcan: salud oral, salud mental, enfermedad de transmisión sexual, control de alimentos, control de zoonosis y atención médica hospitalaria.

*Programas de Apoyo Técnico y Administrativo.* En esta categoría están incluidos: desarrollo de recursos humanos, educación para la salud, laboratorio, suministro y equipo, mantenimiento, transporte y finanzas.

Respecto a las prioridades, los POAS 1983-1986 las establecen bajo un enfoque de riesgo, centrándolas en:

- Las áreas geográficas más desprotegidas (zonas rurales y marginales urbanas).
- Los grupos de población más expuestos a riesgos de enfermar y morir (madres, niños y trabajadores).
- Los riesgos reducibles más vulnerables (enfermedades inmunoprevenibles, diarreas, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, malaria, dengue, nutrición y otras enfermedades infecciosas y parasitarias).

Las medidas de mayor trascendencia contenidas en los POAS 1983-1986, coinciden en términos generales con las del Plan Nacional de Salud, destacándose aquellas dirigidas hacia el campo de la salud oral; la rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades invalidantes; la nutrición; la salud materno-infantil, especialmente la rehidratación oral, la atención del embarazo, parto, puerperio, lactancia materna y planificación familiar, así como la atención a menores de cinco años; las enfermedades transmisibles, con énfasis en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y el control de infecciones respiratorias agudas (IRA). Asimismo, se incorporan otras medidas importantes tendientes a: 1) revisar e implementar los instrumentos de desarrollo administrativo en las áreas de personal, suministros, finanzas, gerencia administrativa, recursos humanos y planificación; 2) ejecutar un modelo de supervisión que garantice la educación continua de los recursos humanos, la dirección, control, evaluación y apoyo de las acciones; 3) revisar y desarrollar

el proceso de planificación, programación, control, evaluación y monitoría de programas y proyectos.

### **Definición del concepto de salud/enfermedad en la política de salud del Gobierno**

No se encuentra en los planes de salud (tanto de corto como mediano plazo), una definición explícita de enfermedad. Consultados algunos funcionarios del Ministerio sobre este particular, expresan que, la política nacional se basa en el concepto de salud y no en el de enfermedad, lo cual refleja un enfoque preventivo en vez de una orientación curativa.

Por otra parte, el concepto de salud se define en el documento del Ministerio titulado "Política Nacional de Salud". Se conside la salud como un "elemento integrante del bienestar" y por lo tanto no puede ser el producto exclusivo de las acciones del sector salud, sino que se configura por la interacción de los efectos producidos por todos los sectores que conforman el aparato productor de bienes y servicios nacionales". Se enfatiza que, "la salud es un producto social en el que cada sector en que está organizado el Estado, tiene un papel importante que desempeñar.

### **Estructura del sistema de salud**

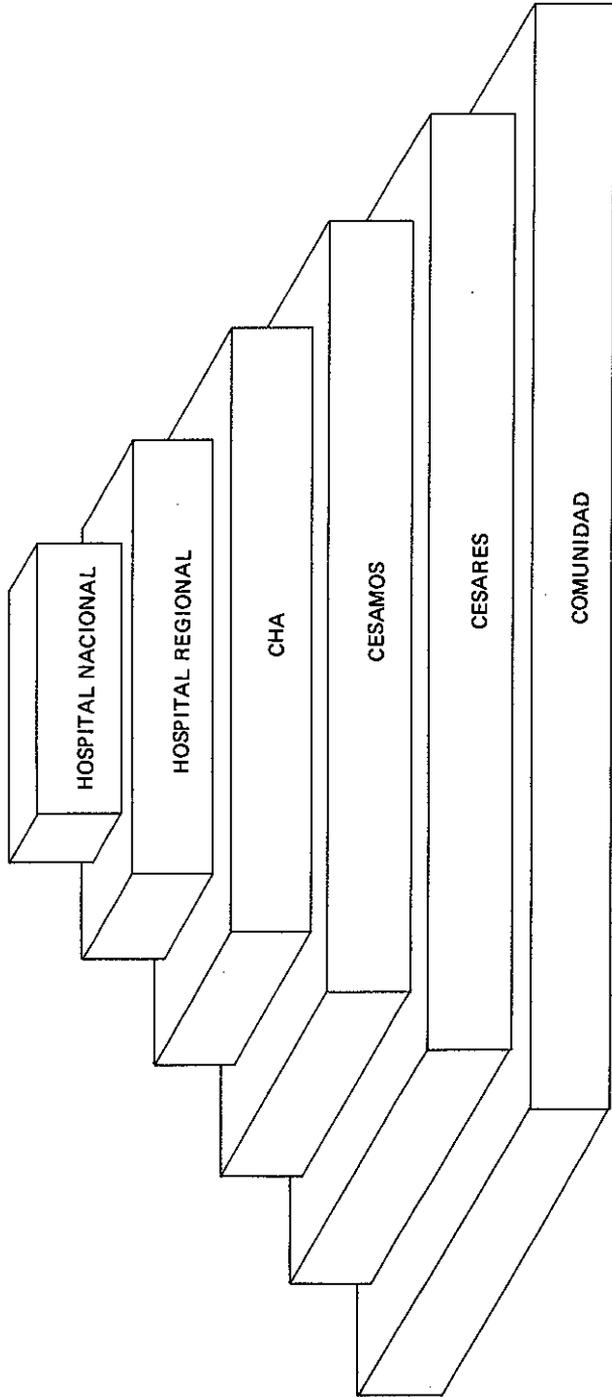
La figura 1 muestra el sistema de salud de Honduras. La prestación de los servicios de salud está estructurada en

seis niveles de complejidad creciente diseñados en conformidad con una pirámide ascendente que pretende responder a las necesidades de un sistema de referencia que asegure el acceso de los usuarios al nivel apropiado de atención. Asimismo, el sistema nacional de salud se encuentra organizado con base en dos subsistemas: el institucional, integrado fundamentalmente por los organismos del Ministerio de Salud y el comunitario, conformado por las propias comunidades debidamente orientadas y capacitadas.

El subsistema comunitario constituye el primer nivel de atención, convirtiéndose en el soporte de la pirámide asistencial. Cuenta con una red de servicios a cargo de los voluntarios en salud, los cuales incluyen a la partera tradicional adiestrada, quien brinda cuidados a la madre y al niño; el guardián de salud que ofrece servicios básicos de atención; al representante de salud, dedicado al trabajo en actividades de saneamiento básico; y al colaborador voluntario que realiza tareas relativas al programa de control de la malaria.

El subsistema institucional cubre los cinco niveles superiores de atención constituidos por: el Centro de Salud Rural (CESAR), que funciona con personal auxiliar de enfermería; el Centro de Salud con Médico (CESAMO), atendido por médicos y enfermeras profesionales y por auxiliares de enfermería; el Hospital de Área (CHA), con las cuatro especialidades básicas (pediatría, medicina, cirugía y ginecobstetricia); el Hospital Regional, con mayor grado de especialización (otorrinolaringología, radiología, ortopedia); y el Hospital Nacional, el cual tiene todas las especialidades.

**FIGURA 1**  
**NIVELES DE ATENCION**  
**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA**



**Aspectos organizacionales  
del Ministerio de Salud  
Pública**

*Organigrama*

El organigrama data de 1985 y ya no se ajusta a la presente organización y funcionamiento del Ministerio de Salud (ver organigrama)

*Estructura actual*

El subsistema institucional de salud está organizado administrativamente bajo los principios de centralización política normativa y regionalización operativa, y está estructurado en tres niveles: Central, Regional y Area.

El nivel central está dividido a la vez en un nivel superior (nivel político) y uno intermedio (nivel técnico normativo). El Regional constituye el nivel ejecutivo (operativo) del Ministerio, conformado por ocho regiones sanitarias que abarcan todo el país y están bajo la autoridad de la Dirección General de Salud. Las regiones se encuentran subdivididas en un total de 34 áreas.

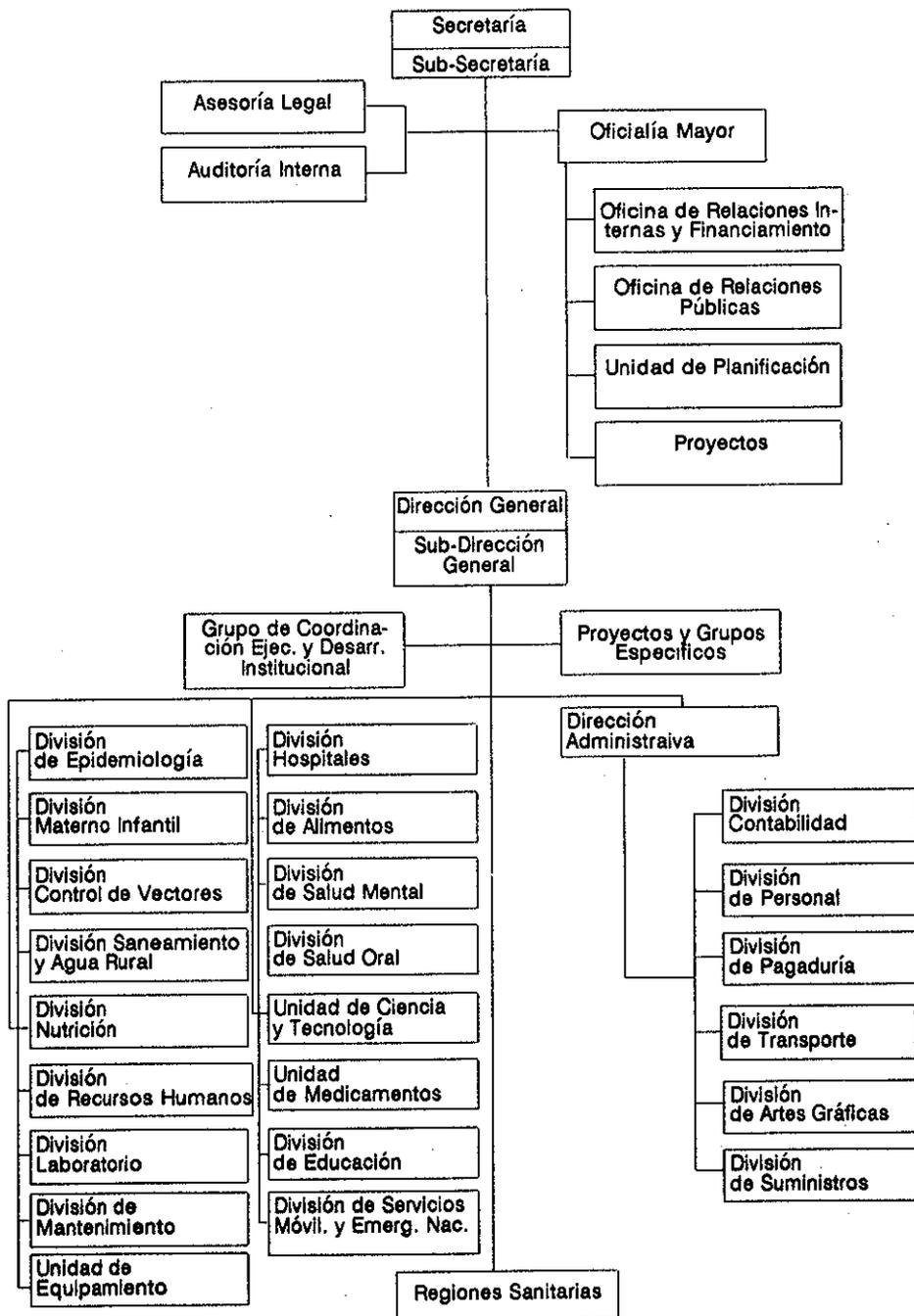
La cúpula de la organización es el nivel político. Está integrado por la Secretaría y Subsecretaría de Salud, de las cuales dependen la oficialía mayor, las oficinas de Asesoría Legal y Auditoría Interna, que operan como organismos asesores de apoyo y control, la dirección y subdirección general de salud

que desarrolla acciones de salud, la Unidad de Cooperación Externa, cuyas funciones básicas consisten en brindar información al nivel político sobre las necesidades de cooperación internacional, posibles fuentes de cooperación y la marcha de proyectos en varias etapas de desarrollo y ejecución, la Oficina de Relaciones Públicas, la Dirección de Planificación Sectorial de la cual depende la Unidad de Proyectos y Grupos Específicos. Funcionalmente, esta dirección sirve como organismo de apoyo de asesoría en planificación, programación, control y supervisión, con su Departamento de Estadística y Centro de Cómputo, la dirección administrativa, integrada por las divisiones de contabilidad, personal, pagaduría, transporte, artes gráficas y suministros.

Recientemente fue creado el Consejo Superior del Ministerio de Salud Pública (CONSUMI), el cual dicta las políticas de salud y constituye el nivel de conducción superior. El CONSUMI está conformado por el Sr. Secretario del ramo, el Subsecretario, el Oficial Mayor, el Director y Subdirector General de Salud, el Director de Planificación Sectorial y El Director de Administración.

El nivel intermedio técnico normativo, está integrado por las Divisiones de: Epidemiología, Materno infantil, Control de Vectores, Saneamiento y Agua Potable, Nutrición, Recursos humanos, Laboratorio, Mantenimiento, Hospitales, Alimentos, Salud Mental, Salud Oral, Educación, Servicios Móviles y Emergencias Nacionales y, las Unidades de Equiparamiento, Ciencia y Tecnología y la de Medicamentos, las cuales dependen de la Subdirección General de Salud

# ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA AÑO 1985



# INDICADORES

## HONDURAS, C. A. 1986

### INDICADORES DEMOGRAFICOS

Poblacion estimada	4,513.940
Extencion en km2	112.088
Densidad (habitantes por km2)	40.3
Porcentaje de la poblacion menor de 1 año	3.8
Porcentaje de la poblacion de a cuatro años	14.2
Porcentaje de la poblacion de cinco a catorce años	28.3
Porcentaje de la poblacion menor de quince años	46.6
Porcentaje de la poblacion de 15 a 64 años	50.5
Porcentaje de la poblacion mayor de 65 años	2.9
Porcentaje de la poblacion rural	59.6
Porcentaje de la poblacion urbana	40.4
Porcentaje de la población en municipios de 20000 y mas hab.	30.4
Tasa de crecimiento vegetativo por 100	3.2

### INDICADORES DE SALUD

Esperanza de vida (en años)	61.0
Hombres	59.8
Mujeres	63.7
Tasa de natalidad (por 1000 habitantes) 1983	44.0
Tasa de fecundidad (por 1000 mujeres de 15-49 años) 1982	146.2
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer) 1983	6.1
Tasa mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) 1983	85.0
Tasa bruta de mortalidad (por 1000 habitantes)	9.5
tasa de mortalidad materna intra-hosp. por 100 (1984)	0.14

Fuente: Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud, Departamento Estadísticas de Salud. Boletín de Estadística e Información de Salud. Estadística de Atención Ambulatoria, Tegucigalpa, 1986. p. 2.

## HONDURAS

### PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

---

<b>Planificación</b>	<b>Programación</b>
<p>Falta de precisión en la definición de la imagen objetivo en el área de salud, que permita la formulación consistente de planes de mediano y largo plazo.</p> <p>Inexistencia de una política definida referente a los aspectos de identificación, captación y utilización de la cooperación técnica.</p>	<p>Programaciones inadecuadas a nivel regional para algunas actividades.</p> <p>Desajustes por falta de disponibilidad en las regiones, de una definición de datos poblacionales.</p> <p>Deficiencia en el proceso de programación hospitalaria por falta de uniformidad de criterios.</p> <p>Deficiente programación de insumos.</p> <p>Falta de programación de actividades de apoyo a otros programas.</p> <p>Falta de ejecución del Proceso de Programación Local.</p>
<b>Información</b>	<b>Información</b>
<p>Subregistro de atención a pacientes afectados por ciertas enfermedades;</p> <p>Información tardía del nivel regional al nivel central;</p> <p>Inadecuado registro de datos a nivel de consulta;</p> <p>Subregistro de la producción del personal comunitario;</p> <p>Falta de confiabilidad de información sobre mortalidad de menores de 5 años a nivel hospitalario;</p>	<p>Deficiencia del sistema de referencia y contra referencia;</p> <p>Falta de información del nivel central hacia el nivel regional;</p> <p>Falta de divulgación de ciertos programas;</p> <p>Sistema de información inadecuada en algunos programas;</p> <p>Inexistencia de un sistema de información que permita una gestión eficiente en los distintos niveles de dirección;</p>

---

---

## **Información**

Falta de claridad de los condicionantes epidemiológicos de algunas enfermedades por parte del personal de salud;

Desconocimiento del sistema de monitoría y evaluación en algunos programas;

Ausencia de normas y manuales en algunos programas;

Información incompleta del movimiento de alimentos;

Falta de recolección de datos sobre algunas enfermedades;

Falta de confiabilidad de información telegráfica;

Desconocimiento del perfil epidemiológico por regiones.

## **Dirección**

Excesiva concentración en la toma de decisiones a nivel central.

La toma de decisiones técnico administrativas a nivel de las regiones, sobrepasa su capacidad técnica y de gestión.

Alto grado de autonomía de las unidades hospitalarias en sus decisiones y manejos técnicos, tanto internamente como en su relación con el resto del sistema de salud.

## **Información**

Proceso lento en el desarrollo del sistema de procesamiento electrónico de datos;

Deficiente sistema de información contable presupuestaria;

Falta de una comunicación oportuna sobre el personal que dejó de laborar;

Inexistencia de un sistema de información que permita obtener todos los datos para elaborar una programación, monitoreo y evaluación de las acciones que se ejecutan en algunos programas;

Desconocimiento parcial de las normas y procedimientos de ciertos programas.

## **Coordinación**

Inexistencia de mecanismos de coordinación:

Con otras instituciones del sector salud;

Con instituciones gubernamentales extrasectoriales;

Entre los diferentes niveles (central-regional);

Entre distintas dependencias del Ministerio de Salud;

Entre diferentes programas del Ministerio de Salud;

De actividades de un mismo programa del Ministerio de Salud;

---

**Supervisión****Evaluación**

---

Inexistencia o falta de implementación de mecanismos de supervisión:

Del nivel central al regional;

Del nivel regional hacia el nivel área y local;

De las actividades programadas para ser ejecutadas en las comunidades;

De la calidad de la atención médica hospitalaria, la cual ha sufrido deterioro;

Para evitar el incumplimiento de normas que se ha detectado en varios programas;

Para lograr que las divisiones desarrollen las tareas asignadas que no están cumpliendo;

Para que no continúe la falta de cumplimiento de las normas de vigilancia epidemiológica de varias enfermedades;

Para que se cumplan las metas programadas;

**Asignación de Recursos Humanos y Financieros**

Insuficiente dotación de recursos humanos a las regiones;

Inadecuada asignación presupuestaria para los distintos componentes de un mismo programa (desproporción);

Escaso personal de campo;

Carencia de un instrumento para evaluar el desempeño del grupo comunitario en algunos programas.

Falta de un sistema de evaluación de las actividades de ciertos programas.

**Otros**

Normas legales del Estado que impiden agilizar el proceso administrativo.

---

**Asignación de Recursos****Otros****Humanos y Financieros**

---

Insuficiente presupuesto para actividades de algunos programas;

Limitado presupuesto de los hospitales;

Insuficiencia de recursos humanos en algunos hospitales;

Insuficiente recurso humano para ciertos programas;

Tardía preparación de los presupuestos regionales y atrasos en su ejecución;

Inexistencia de un renglón presupuestario para una partida circulante destinada a emergencias e imprevistos

Fuente: Jornada de Evaluación Nacional realizada en Tegucigalpa en febrero de 1987 con participación de funcionarios de todos los niveles del Ministerio de Salud. En: Ministerio de Salud Pública, Dirección de Planificación Sectorial. Plan de Acción 1987, Tegucigalpa, 1987.

# Los programas de salud en Nicaragua 1980-86\*

Edgar Muñoz\*\*

---

EL AUTOR PRESENTA UN ANÁLISIS DE LAS LIMITACIONES CONCERNIENTES A LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DEL SISTEMA UNICO DE SALUD EN NICARAGUA DURANTE EL PERÍODO 1980-86.

## Naturaleza y orientación de los programas de salud

Para el período 1985-1989, el Ministerio de Salud considera adoptar y definir como programas prioritarios los enfocados a los grupos de prioridad y dirigidos a resolver aquellos daños de salud que constitulan un flajelo de la población. Ellos son: atención integral a la madre y al niño, salud bucal, salud mental, inmunizaciones, vigilancia epidemiológica, control de tuberculosis, malaria y zoonosis, higiene del medio escolar y ocupacional, alimentación y nutrición y gestión administrativa en los distintos niveles (central, regional, unidades operativas en áreas y hospitales).

Pese a las dificultades y limitaciones enfrentadas, se puede señalar la obtención de logros ostensibles en la extensión de los servicios de salud a la población.

A través de las acciones preventivo-curativas de los programas, se han registrado las siguientes coberturas: mientras que en 1977 se brindaba 1.1 consulta médica por habitante, en 1984 se logró un indicador de 1.9 consultas/habitantes. Ver cuadros 1 y 2.

En el programa Materno Infantil se logran en 1984 los siguientes resultados: la atención prenatal fue del 93% en relación con el 23% en 1977; el parto institucional alcanzó el 44% en relación con el 30% de 1977; el control de puerperio fue de un 39% en relación con el 5% de 1977. Por otra parte, se brindó 1.8 controles a los niños menores de 5 años en relación con el 0.5 de 1977, se atendió al 38% de los niños con déficit

---

\* Este documento fue elaborado con base en fuentes secundarias de información y no expresa la posición oficial del gobierno nicaragüense.

\*\* Médico y Cirujano. Investigador del ICAP.

**CUADRO 1**  
**CONSULTAS MEDICAS: POBLACION CUBIERTA**  
**POR REGION Y TIPO DE UNIDAD**  
**AÑO 1985**

Regiones	Total	Hospitales			Centros y puestos de salud
		Total	Externa	Emergencia	
La República	5.654.795	2.098.452	1.133.385	963.087	3.558.343
Región I	616.698	144.792	12.181	132.611	471.906
Región II	947.702	417.770	236.262	181.508	529.932
Región III	1.879.891	650.273	542.776	307.497	1.029.618
Región IV	789.423	387.768	174.413	163.355	431.655
Región V	383.738	81.247	27.817	53.430	302.491
Región VI	700.042	173.016	115.372	57.644	527.028
Zona Especial I	143.909	14.034	-	14.034	129.875
Zona Especial II	125.820	41.351	9.622	31.729	84.469
Zona especial III	67.572	16.201	14.922	1.279	51.371

Fuente: Ministerio de Salud (MINSA).

**CUADRO 2**  
**CONSULTAS MEDICAS: POBLACION CUBIERTA**  
**POR REGION Y GRUPO DE EDAD**  
**AÑO 1985**

Regiones	Total	Grupo de edades			Gestantes y puerperas
		0-4	5-14	15 y más*	
La República	5.654.795	1.378.119	788.664	3.309.059	200.953
Región I	616.698	175.205	102.191	319.891	18.411
Región II	947.702	235.099	130.661	544.559	37.183
Región III	1.879.891	380.139	196.608	1.238.512	64.632
Región IV	789.423	208.969	105.574	440.730	34.150
Región V	383.738	101.326	63.139	208.692	12.581
Región VI	700.042	185.750	117.631	372.224	24.437
Zona Especial I	143.909	38.822	20.673	80.890	3.134
Zona Especial II	125.820	34.745	19.204	69.333	3.538
Zona especial III	67.572	18.064	10.483	37.138	1.687

\* Se excluyen las gestantes y puerperas.

Fuente: Ministerio de Salud (MINSA).

nutricional en relación con el 5% atendidos en 1977.

En lo concerniente al Programa Nacional de Inmunizaciones, el impacto ha sido significativo. Desde 1982 no se informa ningún caso de poliomielitis y se registra una baja sensible en los casos de difteria, tosferina, sarampión y tétano. Estos resultados han sido alcanzados por la aplicación de 4,465 miles de dosis de vacunas, superando en casi un 700% a las aplicadas en 1977.

En control y erradicación de la malaria, las acciones se han incrementado fundamentalmente en el número de muestras hemáticas examinadas y la búsqueda de casos en la población a cubrir. Así, mientras que en 1977 se examinaron 218.1 miles de muestras, en 1984 se examinaron a 451.9 miles de muestras. En rociados intradomiciliares, en algunas zonas azotadas por la agresión armada, no se ha podido penetrar.

Las acciones dirigidas al mejoramiento del ambiente han ampliado sus objetivos, realizando inspecciones a centros de trabajo, escuelas y otros, y controlando, además, la higiene de los alimentos y de la comunidad.

En la atención brindada en los hospitales ha habido logros reflejados en una disminución de la mortalidad hospitalaria y en el aumento de egresos (de 5.0 por 100 habitantes en 1977 a 6.3 en 1984) lo que denota una mejor utilización del recurso cama, ya que desde 1981 se mantiene el mismo indicador de 1.6 camas por 1.000 habitantes.

El gasto para 1984 como porcentaje del presupuesto nacional dedicado a salud es de aproximadamente un 14%,

en relación con el 8% para salud y seguridad social en el año 1977. Ver cuadro 3.

Obviamente, estos logros han tenido impacto en el estado de salud de la población en relación con 1977 lo que se refleja en el aumento de la expectativa de vida al nacer de 55.2 años a 59.8 años en 1984, disminución de la tasa de mortalidad general de 11.9 por 1.000 habitantes a 9.7 en 1984, disminución de la tasa de mortalidad infantil de 121 por 1.000 nacidos vivos a 71.5 en 1984, y en un cambio del perfil higiénico epidemiológico de las enfermedades inmuno-prevenibles y una disminución de la mortalidad general e infantil hospitalaria. Ver cuadro 4.

#### **Limitaciones en el desarrollo de los Programas del Ministerio de Salud**

El conjunto de logros alcanzados por el gobierno revolucionario en el campo de la salud, en comparación al desarrollo del sector durante el régimen somocista, ha sido posible con grandes esfuerzos, toda vez que un conjunto de limitaciones, algunas externas y otras internas, del sector han estado permanentemente presentes durante estos años.

Entre las limitaciones de origen externo, dos de ellas resaltan por su impacto: la crisis económica internacional con sus consecuencias directas sobre la economía, dado el carácter estructuralmente dependiente de ésta, y la agresión política-diplomática, económica y militar lanzada por la administración norteamericana contra el gobierno y pueblo de Nicaragua.

**CUADRO 3**  
**GASTO DEL ESTADO EN SALUD**  
**(1980-1985)**

Año	Según presupuesto Total del Estado %	Como porcentaje (%) del P.I.B.
1980	13.0	3.2
1981	13.6	5.1
1982	11.0	6.2
1983	10.7	4.87
1984	14.0	4.74
1985	14.0	4.65
1986	-	-

Fuente: 1. Ministerio de Salud (MINSA)  
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)..

**CUADRO 4**  
**INDICADORES GENERALES DE SALUD**

	1981	1982	1983	1984	1985
Tasa de mortalidad general x 1.000	11.0	10.9	9.7	9.7	12.2
Tasa de mortalidad materna x 1.000	0.6	0.5	0.3	-	-
Tasa de mortalidad infantil x 1.000	82.5	-	75.2	76.4	75.2
Tasa de mortalidad 1-4 años x 1.000	8.2	3.6	3.5	-	-
Tasa bruta de natalidad x 1.000	45.2	44.9	45.2	43.6	44.5
Tasa de crecimiento x 1.000	34.2	34.0	35.5	34.1	32.4
Esperanza de vida al nacer expresada en años	59.3	-	58.8	59.6	59.8
Total de nacidos vivos: números totales	129.309	132.760	138.363	136.722	145.643

Fuente: 1. Ministerio de Salud (MINSA)  
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

La agresión externa y la difícil situación económica afecta los gastos (corrientes y de inversión) del sector, al reducir la disponibilidad de recursos externos e internos del país. La crisis de divisas que afecta la economía está llevando al deterioro y paralización de equipos e instalaciones básicas, ya que no se dispone de fondos externos para su reposición, y se ha reducido de forma importante la capacidad de adquisición de medicamentos e instrumental.

La agresión militar ha tocado directamente la producción de servicios. Además de segar vidas humanas -incluidos recursos humanos del sector-, ha llevado al cierre completo y definitivo de unidades de salud; ha desviado recursos humanos del SNUS movilizados en brigadas técnicas directamente a los frentes de lucha, y en fin, ha hecho que recursos de todo tipo -sin la amenaza de la agresión- pudieran haber sido destinados al desarrollo del sector. Todo ello, por cierto, conlleva -aún a corto plazo- a un deterioro de las condiciones de salud, particularmente en las regiones afectadas por la guerra.

Entre las limitaciones de origen interno aparecen como más significativas, las siguientes:

En el área de los recursos humanos, y a pesar de los esfuerzos desplegados en aras de la capacitación y formación de nuevos recursos, éstos son aún insuficientes, tanto cualitativos como cuantitativamente, para dar respuestas oportunas y de calidad a la creciente demanda de servicios de la población.

De igual forma, aún cuando se ha dado un desarrollo considerable del sistema de información, así como del proceso técnico normativo, estos son aún insuficientes en función de un adecua-

do y oportuno apoyo para la dirección, la planificación y evaluación de los planes y programas del sector.

Finalmente, no menos importancia tiene como factor limitante, la inadecuación del nivel secundario de atención hospitalaria. Este, como producto de la fuerte extensión de cobertura alcanzada, se ha visto recargado en la demanda de servicios, la que ha debido ser satisfecha con una infraestructura inadecuada y un déficit de equipamiento crítico, y en muchas ocasiones aún obsoleto.

A pesar de las limitaciones derivadas de la situación económica y de la agresión constante que se ha tenido que enfrentar en estos ocho años, el sistema de salud ha crecido y se ha desarrollado.

El inicio de una nueva concepción de salud empezó dando atención inmediata a la situación generada por la guerra de liberación, atendiendo a los heridos, organizando campañas de vacunación y de higiene y limpieza de las ciudades, poniendo en funcionamiento las unidades de salud y reconstruyendo aquellas destruidas por la guerra, al tiempo que se creaban las bases estructurales del nuevo sistema. Asimismo se implantó el sistema de servicios regionalizados, y se establecieron distintos niveles de gestión administrativa (central, regional, de unidades operativas en áreas y hospitales) en los cuales existe una autoridad única que es la responsable del cumplimiento de los planes y programas de salud establecidos.

Como producto de la regionalización se definieron 6 regiones, 3 zonas especiales y 97 áreas de salud. Mediante esta estructura ocurre un proceso de centralización-descentralización que

permite la desconcentración de recursos, la delegación de autoridad y el establecimiento de niveles de decisión en toda la red.

Posteriormente se orientaron los esfuerzos a consolidar y profundizar los programas y afianzar organizativamente el nivel de área de salud. Como estrategia fundamental se dieron los primeros pasos para dirigir mejor el desarrollo del sector, formulando los planes nacionales de salud.

## Aspectos organizacionales

### *El sistema de dirección del SNUS*

El proceso de institucionalización del SNUS en sus diferentes períodos ha mostrado diferentes experiencias y momentos en la estructuración del sistema de dirección, siendo aún importantes sus niveles de desarticulación y limitada calidad y oportunidad del proceso de toma de decisiones en los diferentes niveles, fundamentalmente derivados de:

- Pese a los alcances actuales del proceso de reestructuración, y dado que aún no abarcan los niveles regionales y operativos, persiste una gran diversidad y heterogeneidad en el desarrollo de las estructuras de los diferentes niveles del sistema, sin que por otro lado, se hayan definido claramente las funciones y ámbitos de autoridad de cada uno de los niveles de dirección de éstos.
- Marcada escasez y alta rotación del personal calificado, sobre todo en los niveles regionales y operativos, lo que

dificulta la consolidación orgánica y la acumulación de experiencia en ellas, sin que se cuente con una clara política de formación, ubicación, promoción y estímulos de los cuadros de dirección muchos de los cuales no poseen la formación técnico-administrativa adecuada.

- Los avances alcanzados en los años anteriores y fundamentalmente en la formulación y ejecución del plan 86, (ver cuadro 5) aún no logran revertir plenamente la incipiente institucionalización y limitaciones técnico-metodológicas de los procesos de planificación, control y evaluación. Por esto, aún no representan el medio que asegure la coherencia entre las diferentes categorías y subsistemas (servicios-recursos) y entre los diferentes niveles de gestión (central, regional y operativo), en los cuales no se asume la práctica y referencia permanente para la toma de decisiones.
- Escaso desarrollo de sistemas de información, cuyo diseño inicial no ha tenido modificaciones, limitándose al registro y al limitado procesamiento de datos sobre las acciones de los programas, sin dar cuenta de sus resultados o de los recursos utilizados en ellas y sin que se haya podido garantizar plenamente su adecuada calidad y oportunidad para la toma de decisiones. Subsistemas fundamentales como el de estadísticas vitales, contabilidad, y recursos humanos los cuales tienen desarrollo muy incipiente.

### *La participación popular*

En el último período, se advierte el surgimiento de nuevas y más consolda-

**CUADRO 5**  
**CUMPLIMIENTO DE METAS 1986**

Actividad	Programado	Ejecutado	% cumplimiento
Cons. médicas totales	8.877.900	5.909.669	85.9
Const. médicas secund.	2.330.700	2.014.393	86.4
Cons. méd. A/S	4.547.200	4.083.014	89.8
Egresos totales	227.335	208.165	91.6
Const. hosp. agudos	225.268	205.948	91.4
Const. hosp. crónicos	2.397	2.219	92.6
Cirugías totales	59.339	59.906	101.0
Exámenes de lab. total	3.812.600	3.789.675	99.4
Exám. de lab. en áreas	1.646.300	1.505.031	91.4
Exám. de lab. hosp.	2.053.500	2.389.544	116.6
Estudios radiológ.	224.360	331.728	147.9
Cont. a eutróficos	500.800	483.395	96.5
Cont. a b/p al nacer	16.800	16.767	98.5
Cont. a desnutrido	582.800	461.433	79.2
Controles URO	253.300	255.209	88.9
Controles PN	348.700	343.995	98.4
Controles a puérperas	68.900	51.103	86.8
Controles de fertilidad	204.200	236.345	115.7
Controles Ca Cu	137.700	261.217	189.7
Parto institucional	74.203	59.569	80.3
Consultas de S. Bucal	1.400.200	510.747	36.5
B.C.G. (1 año)	129.971	101.500	78.0
Polio	690.676	518.327	75.0
Saramplón	230.641	220.664	95.7
D.P.T.	245.291	163.207	66.5
D.T.	87.927	70.827	80.0
T.T.	427.056	229.670	53.7
T.T. Embarazada	81.869	335.400	43.0
Eliminación canina	123.869	67.709	56.6
Vacun. canina	342.756	186.081	48.0
Det. S.R. 14	26.127	37.416	143.2
Nuevos Ingresos TB.	3.385	2.665	79.3

Fuente: Ministerio de Salud (MINSA).

das formas de expresión y movilización popular alrededor de la identificación y solución de sus propios problemas. Estas formas adoptan particularidades según sean las condiciones sociales y culturales de cada lugar (consejos comarcales, comités de colonia, etc.), mientras, de manera más o menos uniforme funcionan las comisiones sociales de las delegaciones de gobierno, que se vienen constituyendo en espacios más efectivos para la coordinación, la definición de planes únicos y para asegurar la convergencia y potencialización de las acciones multisectoriales tendientes a mejorar los niveles de vida de la población.

Sin lugar a dudas el proceso de consolidación de las organizaciones populares y de la gestión estatal, plantean una nueva etapa en las formas y mecanismos participativos, que superan ampliamente las formas exclusivistas y formales adoptadas en salud, de tal forma, que se posibilita trascender el restringido marco de acciones conyunturales en torno a las JPS.

Frente a esto, SNUS deberá adaptarse para ser un apoyo eficaz para las organizaciones de masas y contribuir a potenciar la capacidad popular de identificar y resolver sus propios problemas de salud, así como de incorporarse activamente en la gestión de los servicios. Por lo tanto, deberá superar la verticalidad y el paternalismo que aún se evidencia en la relación servicios-población.

### *La gestión de los trabajadores*

A partir de la conformación del Sindicato Unico de los Trabajadores de la

Salud (FETSALU), se han venido definiendo y consolidando paulatinamente las formas organizativas y de participación en la gestión administrativa en los diferentes niveles. Se destacan, entre éstas, la participación en los consejos técnicos, la participación en la elaboración de los programas de cada unidad del sector y las asambleas de evaluación de la gestión administrativa de cada nivel de la institución.

A manera de síntesis, podríamos afirmar que la situación actual del SNUS, representa un momento en el proceso de transformación global ya iniciado en la perspectiva de su progresivo ajuste a los requerimientos y exigencias de la actual etapa del proceso revolucionario, y donde la formulación y ejecución del plan 87 debe representar un mayor y mejor esfuerzo para avanzar en dicho sentido.

### *Organización de los servicios*

#### *Áreas de salud*

Estas se concibieron en 1980 como "comunidades de veinte a treinta mil habitantes con límites geográficos definidos, atendidos básicamente por el centro de salud", el cual funciona como su sede administrativa y debía estar dotado de médicos y otros técnicos para brindar atención polivalente. Se concibió su división en sectores de unos tres mil habitantes atendidos por puestos de salud dotados de auxiliares de enfermería y brigadistas supervisados por el centro. El desarrollo de este modelo no tomó en cuenta la influencia que en el mismo tendría la materialización progresiva de otras políticas del sector, co-

mo la formación de recursos humanos, la capacidad constructiva y el financiamiento del sector entre otras; que han determinado que a la fecha se tenga una gran diversidad y heterogenidad en su desarrollo en todas las regiones.

La implantación de este modelo logra resolver los problemas urgentes de accesibilidad de los servicios a la población campesina, fundamentalmente a través de la construcción de unidades y asignación de recursos humanos siendo, en este proceso, las más favorecidas las Regiones VI, I y II, y las Zonas Especiales. En este aspecto ha jugado un papel importante el impulso de la estrategia de Jornadas Populares de Salud, que llevó acciones de prevención de enfermedades a todo el país.

La extensión de cobertura se ha visto limitada por el incremento de la agresión militar que destruye y daña unidades, provoca el cierre de algunas de ellas y limita la movilidad de la población y trabajadores de la salud ante el peligro de minas y emboscadas. El desarrollo e institucionalización del proceso revolucionario, y en particular la consolidación de las instancias territoriales de gobierno ha representado un factor de vital importancia para fortalecer este nivel, sin embargo se presentan algunos problemas en cuanto a que la compatibilización entre la demarcación territorial político-administrativa y la establecida por el sector salud lógicamente dificulta la coordinación intersectorial y los mecanismos de la participación popular. Esto obliga a impulsar un análisis de la red de servicios y de la delimitación territorial de las áreas de salud para examinar si es factible el hacer coincidir la delimitación de éstas con las zonas de gobierno.

Para 1982 se orienta y diseña la división en sectores de las áreas, y se orienta el trabajo de campo en la comunidad para el personal de salud como una estrategia para satisfacer la demanda de servicio en el área y optimar los recursos. Esta estrategia pudo desarrollarse en algunas regiones pero no logró plenamente su propósito, ya que creó mayores necesidades de recursos humanos al concebirse que debía disponerse de un personal de enfermería para cada sector del área, ya que no se tomaron en cuenta criterios como la prioridad en cuanto a la atención a los sectores con base en las necesidades de éstas y a la disponibilidad de los recursos humanos del área.

La organización del trabajo interno de las unidades, al no establecerse normativas concretas al respecto, se ha desarrollado de manera espontánea, iniciándose una fuerte tendencia a especializar a personal con formación general en actividades específicas, lo que llevó gradualmente a asignar personal exclusivo para desarrollar una o muy pocas acciones, atentando esto contra la integridad de las acciones. La perspectiva que debemos tener es recuperar la formación general de nuestros recursos y de esta manera reducir sensiblemente hasta anular la subutilización de nuestro personal.

La alta rotación de personal por el área y las dificultades encontradas en el desarrollo de una efectiva educación continua así como la deficiente supervisión regional y central a las unidades, han influido mucho en que nuestros trabajadores tengan un bajo nivel científico-técnico realizándose algunas actividades de manera mecánica y con poca calidad.

Los programas de salud no se organizaron basándose en los niveles de resolución, y su formulación fue incompleta, sino que, dado el nivel de desarrollo que se tenía al inicio del triunfo revolucionario, se formularon criterios y patrones internacionales sin tomar en cuenta las particularidades de la realidad nacional. En vista de esto, se impuso a las áreas de salud, el cumplimiento de un sinnúmero de actividades consideradas todas prioritarias por cada programa y basadas, casi exclusivamente, en el quehacer del personal de enfermería.

En este contexto, el establecimiento de prioridades a nivel de las unidades, se dificultó aún más debido a que en el nivel normativo existía poca comunicación entre sus estructuras y competitividad entre las mismas lo que se traducía en un verticalismo marcado, originándose una existencia inflexible al área de salud del cumplimiento de la totalidad de lo establecido por cada programa sin tener en cuenta si esto respondía o no a las necesidades particulares y a la capacidad técnico-organizativa de cada área.

Los centros y puestos de salud tampoco se organizaron por niveles de resolución lo que contribuyó que llegaran a un desarrollo anárquico en cuanto a su complejidad.

Como una alternativa de solución a los problemas del cumplimiento de las actividades de los programas, se diseñó y aprobó un instrumento básico para las áreas de salud (libro rojo y negro) como parte de un plan de atención integral en áreas de salud (PIAAS) que integrara y adecuara los programas a la realidad y se transformara en un instrumento de administración de las áreas.

Esto con el fin de permitir un mejor cumplimiento de los programas. Este instrumento, al ser generalizado a todo el país, no llegó a rendir los resultados esperados debido a que, como concepción organizativa, no sufre adecuaciones ante las realidades propias de cada área y región, y a la falta de seguimiento, control y evaluación periódica.

En el último período se ha impulsado un proceso de análisis de los problemas de salud de cada área y región y con base en los resultados de éste se orientan las acciones necesarias para transformar la realidad conocida. Este proceso de análisis deberá ser fortalecido progresivamente durante los próximos años como elemento fundamental de la administración de los servicios de salud en todo el sistema, ampliándolo rápidamente a las masas organizadas y las instituciones del Estado involucradas en la salud del pueblo.

### *Hospitales*

La concepción inicial del modelo de salud contempla un nivel regional de atención constituido por los hospitales generales y un nivel nacional de atención con hospitales de especialidades.

Para los hospitales, se formuló el reglamento general de hospitales, documento básico para su organización, el cual desde su implantación tuvo problemas al ser bajado a las unidades como un documento de prueba, perdiéndose con esto todo interés de implantarlo por parte de las unidades. Además de esto, el seguimiento a su implantación fue casi nulo, lo que provocó que las unidades hospitalarias se organizaran a libre

criterio tendiendo en la actualidad a adoptar gran diversidad de estructuras organizativas. Por otra parte, la organización propuesta por el reglamento era, en algunos aspectos, muy compleja para nuestro grado de desarrollo, situación que aunada a las anteriores facilitó su no implantación. Actualmente, dicho reglamento, en vez de ser utilizado como instrumento organizativo, se ha tenido como instrumento disciplinario.

De esta forma, la división interna por servicios es heterogénea siendo a veces por especialidad, otras por subespecialidades y en el caso de los niños puede ser por edad o por patología o por ambos criterios.

El hecho de no contar con una tipificación clara de las unidades y no tener determinada la capacidad de resolución de cada una de ellas facilitó la ubicación de especialistas en ellas sin contar con los apoyos mínimos necesarios para el desarrollo de la especialidad. Esta situación, combinada con las dificultades para asegurar la estabilidad de este personal en las regiones centrales y del Atlántico, han determinado que sus hospitales tengan un bajo nivel de resolución y se subutilice su infraestructura; mientras persiste una excesiva concentración de recursos en los hospitales del Pacífico y fundamentalmente en Managua.

Por otra parte se ha desarrollado una tendencia hacia la especialización de estas unidades que si bien es cierto ya existía en Managua antes del triunfo, luego se generaliza al especializar el Hospital Lenín Fonseca, el Pedro Altamirano y Trinidad Guevara, e intentos de especialización en Masaya. Esto trajo como consecuencia una disminución en la accesibilidad de los servicios y un

mayor rechazo de la demanda al no atender en las emergencias hospitalarias a los pacientes que presentan patologías que no se atienden en las camas de ese hospital, llegándose al extremo de referir pacientes críticos a otro hospital sin garantizar las medidas necesarias de traslado para evitar o disminuir muertes y secuelas.

Es lógico afirmar que a la luz de toda esta problemática, la productividad de nuestros recursos es baja. Esta situación está basada fundamentalmente en nuestros problemas organizativos y no en la disponibilidad de recursos como se había venido justificando. A nivel hospitalario, una de las formas de expresión de la calidad es la mortalidad hospitalaria que venía disminuyendo pasando de un 3.2 en 1980 a un 2.6 en 1983. Esta disminución fue favorecida por el análisis de la calidad de la atención en el seno de los comités científicos mientras estos funcionaron. Asociamos el incremento del indicador hasta 2.9 en 1985 al poco énfasis dado a la calidad de la atención en ese período.

Sabemos además, que los mecanismos de atención y seguimiento al paciente hospitalizado son heterogéneos y no están sujetos a normas; tal es el caso del pase de visita y la guardia médica que se hacen a criterio de cada nivel. El incremento en la mortalidad hospitalaria debemos verlo como un indicador importante para medir la calidad de la atención en todo el Sistema. En la actualidad, para 1986 se ha reducido las tasas de mortalidad influida por el análisis de morbi-mortalidad hospitalaria realizada antes del plan 86 y a la aplicación de la metodología de análisis de mortalidad hospitalaria. Es importante

resaltar la experiencia obtenida en algunas regiones, en donde este análisis se realiza en conjunto con los directores de las áreas de salud, lo que ha consolidado los mecanismos de atención y referencias de pacientes.

Otro factor que influye es la poca existencia de normas científico-técnica del diagnóstico y tratamiento de las patologías, lo cual facilita la evasión de responsabilidades ante el "criterio" de cada quien o de las "corrientes" de cada escuela.

Ante esta situación durante 1986 se ha iniciado un proceso de elaboración de normas de las principales emergencias médicas quirúrgicas y pediátricas, atención a enfermedades inmunoprevenibles y transmisibles en niños, enfermedades de transmisión sexual entre otras. Además se inicia la implementación de normas de los procesos de seguimiento al paciente y el análisis de la calidad de la atención a través de la auditoría médica y el análisis de mortalidad hospitalaria.

### *Articulación de los servicios*

En el inicio, se concibió el diseño de la red con hospitales nacionales de especialidades, hospitales generales fortalecidos y en primer nivel de atención con amplia cobertura; debiendo estar todos en interacción para resolver los problemas de la población. Este planteamiento no se materializó al no establecerse para cada unidad los niveles de resolución que debía tener, ni las normas y procedimientos específicos que los articularían, por lo que las unidades se desarrollaron de manera desordenada.

Pronto las políticas que daban énfasis a las acciones preventivas en el marco de la atención a los hospitales, dio inicio a la desarticulación de la red de servicios.

La estrategia de atención primaria que plantea la solución de los problemas de salud con tecnologías sencillas y la coordinación multisectorial, es confundida con el área de salud y se establece a su aplicación en estas unidades programáticas exclusivamente, ya que los hospitales fueron concebidos como unidades complejas sin territorio definido. Basándose en esta concepción y con los logros alcanzados en las áreas de salud, se consideraron a éstas como solución de los problemas de salud del pueblo favoreciéndose el descuido a los hospitales.

La desarticulación también es favorecida al hacer depender a los hospitales directamente de la Dirección Regional de Salud e interrelacionarlos con las áreas sólo a este nivel.

Esto permitió que los hospitales no conocieran ni buscaran conocer de manera objetiva la problemática de salud de la población que debían atender. También dificultó la articulación de los servicios, el hecho de que, salvo algunas acciones materno-infantiles, los programas no plantean acciones para enfrentar los daños y riesgos de mayor complejidad y que se deben atender en los hospitales, ya que el modelo contemplaba gran parte la atención, de forma casi exclusiva, a través de auxiliares de enfermería y brigadistas. El hecho de tener mayor disponibilidad de médicos no modifica el tipo de atención prevista, subutilizando este recurso. Así explicamos los múltiples intentos falli-

dos por diseñar un sistema de referencias y contrarreferencia efectivos.

Existe además, subutilización del personal de enfermería, ya que organiza su trabajo pasivamente alrededor de la demanda, lo que aunado a la compartimentalización en actividades antes señaladas, nos produce baja productividad de este personal para resolver problemas de salud, ya que el trabajo de campo no fue impulsado de manera integral para resolver problemas de salud, sino más bien como una experiencia diagnóstica y de control a trabajo del brigadista.

Producto de los problemas en la articulación de la red y el diseño de los programas, la cobertura de nuestras acciones a los diferentes grupos de riesgo ha sido irregular ya que utilizan diversas estrategias en su desarrollo. Así tenemos, por ejemplo, que la cobertura de inmunizados contra la polio en menores de un año va de 69.6% en 1982 a 88% en 1985. La de sarampión, en menos de un año, va de 15% en 1980 a 36.6% en 1985.

Algunos incrementos en las coberturas en áreas de salud muchas veces se realizan de manera coaccionada, es decir que en algunas acciones que se brindan, la población demanda el servicio debido a ciertas necesidades de obtención de bienes (Ej. van al prenatal para poder comprar biberones y pañales con la tarjeta; llevan al niño CCD para poder obtener leche con la tarjeta).

Esto demuestra que no han sido efectivas las acciones de Educación Popular que se han venido impulsando ni el diseño de los programas y estrate-

gias. También podría decirse que no tomamos en cuenta la opinión de la población ni como ésta asume el problema de salud-enfermedad.

Si bien es cierto que hemos incrementado cobertura, ésta no es la deseada según el sistema de estadísticas vitales donde se estima que sólo el 54% de las muertes certificadas reportan atención médica previa ya sea por el sector estatal o por el privado.

Es difícil conocer la cobertura real del sistema ya que desconocemos el peso que tiene el sector privado (ver cuadro 6 y 7) al cual, hasta el momento, no hemos regulado ni controlado, motivo por el cual funciona de acuerdo a sus intereses sin contribuir a resolver problemas centrales de la salud pública de nuestro país.

El sistema de emergencias no se encuentra aún estructurado en los diferentes sistemas territoriales, los cuales no cuentan con el diseño del flujo de pacientes desde el territorio de ocurrencia del proceso que pone en peligro la vida o funciones importantes de la persona, hasta su resolución definitiva. Este proceso se hace con base en el conocimiento y decisión, acertada o no, de cada persona que puede intervenir en su atención (ya sea personal de la salud, brigadistas, socorristas de cruz roja o particulares). Este aspecto reviste mayor importancia, si consideramos la situación de agresión que vive el país.

Durante el traslado de pacientes de una unidad a otra, se observan irregularidades en cuanto a su atención permanente por personal calificado y también en cuanto a la calificación del mismo cuando se brinda esta atención.

**CUADRO 6**  
**POBLACION PROTEGIDA POR EL INSTITUTO NICARAGUENSE**  
**DE SEGURIDAD SOCIAL Y BIENESTAR**  
**POR REGION Y TIPOS DE REGIMEN**  
**AÑO 1985**

Regiones	Total	IVM-RP con aporte solidario	IVM-PP	Régimen facultativo	Pensiones
La República	355.372	184.227	121.508	287	49.372 *
Región I	13.251	483	9.659	-	3.109
Región II	65.489	34.313	24.449	-	6.707
Región III	202.819	141.315	43.281	287	17.976
Región IV	30.914	1.238	24.897	-	4.781
Región V	7.768	615	5.421	-	1.732
Región VI	10.752	1.681	9.201	-	2.870
Zona Especial I	10.015	2.998	4.524	-	2.493
Zona Especial II	3.857	1.530	1.963	-	664
Zona Especial III	1.727	58	1.431	-	240

\* Se incluyen 8800 pensiones del Ejército Popular Sandinista, que no tienen distribución regional.  
Fuente: Ministerio de Salud (MINSAs).

**CUADRO 7**  
**POBLACION PROTEGIDA PRO EL INSTITUTO NICARAGUENSE**  
**DE SEGURIDAD SOCIAL Y BIENESTAR POR REGION Y TIPOS DE CENTRO**  
**AÑO 1985**

Centros	La República									
	Región I	Región II	Región III	Región IV	Región V	Región VI	Zona Especial I	Zona Especial II	Zona Especial III	
Total	22,508	7,167	1,820	3,211	662	1,474	2,216	2,765	141	2,602
Centros de Desarrollo Infantil	3,178	501	455	1,515	336	-	174	97	101	1
Serv. Infantiles Rurales	2,254	331	397	-	78	116	1,024	100	-	207
Comedores Infant. Urbanos	1,693	460	180	-	-	596	168	569	-	-
Comedores Infant. Rurales	12,304	5,464	817	-	196	748	671	2,013	-	2,595
Centros de Reeducación	474	-	-	462	-	-	12	-	-	-
Centros de Rehabilitación Ocupacional Páico-Social	388	-	44	306	24	14	-	-	-	-
Hogares de Ancianos	194	21	-	55	33	69	16	-	-	-
Centros Preventivos	1,732	390	147	673	214	-	66	-	40	-

Fuente: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y Bienestar (INSSBI).

Además, no existe práctica de atención para revisar el grado de estabilidad del paciente en las unidades de salud por las que pasa antes de llegar a la unidad de destino.

La red de ambulancias del MINSa no satisface todas las necesidades de transporte de pacientes ya que, a pesar de haber frecuentes adquisiciones de nuevas unidades, es alto el índice de accidentes de las unidades, lo que sumado a nuestra pobre capacidad en cuanto a mantenimiento automotriz, reduce sensiblemente su disponibilidad. A pesar de que otras instituciones poseen ambulancia (Cruz Roja y Fuerzas Armadas), las coordinaciones con ellas para optimizar este recurso son débiles y realizadas fundamentalmente a nivel local dándose como resultado que ninguna institución por sí sola puede dar respuesta a la problemática del transporte de pacientes.

A pesar de haberse orientado metodológicamente la formulación de planes de emergencia, tanto a nivel de unidades como a nivel regional ante situaciones de emergencia o ante catástrofes, en el año 1982, dichos planes no han sido evaluados en cuanto a su funcionalidad y al momento no podemos afirmar nuestra capacidad de respuesta organizada ante situaciones de desastre.

Dado el hecho de no estar definida ni conocida la capacidad de resolución de cada unidad, se hacen referencias inadecuadas, lo que incrementa el tiempo de atención del paciente crítico.

Los servicios de emergencia de las unidades de salud, además de atender gran número de pacientes con patologías que no son emergencias, presen-

tan flujos no adecuados de pacientes que están en tratamiento lo que en algún grado obstaculiza una ágil atención. Además, la capacitación del recurso humano que atiende no es la adecuada, y existe diversidad de perfiles ejecutando una actividad como la clasificación de pacientes lo que debe ser realizado por médicos, enfermeras, auxiliares. En muchos casos, estos servicios no están suficientemente dotados de instrumental y equipos.

A nivel general, vemos que no existen normas tanto organizativas del sistema ni de los servicios de emergencia de cada unidad, así como tampoco las normas científico-técnicas de atención al paciente crítico.

Durante 1986 se han iniciado acciones tendientes a la corrección de esta problemática a través de:

- La discusión colectiva (áreas-hospitales) de la mortalidad hospitalaria para identificar deficiencias y superarlas.
- Se ha iniciado la determinación de las capacidades de resolución de las unidades para dirigir el desarrollo de éstas en consecuencia con el conjunto de la red, y así ir estableciendo los sistemas locales y regionales de atención que se articulan en el sistema nacional.
- Se han precisado y orientado criterios para establecer prioridades en el trabajo y de las acciones en las unidades y en los pequeños territorios (comunidades).
- En general, se ha iniciado el estudio y la formulación de normas de las unidades de salud de manera integral ◊

**CUADRO 8**  
**NICARAGUA: RECURSOS HUMANOS QUE PRESTAN SERVICIOS**  
**EN EL SISTEMA NACIONAL UNICO DE SALUD POR AÑO**

Profesión	1982	1983	1984	1985
Médicos total en general	1.851	2.081	2.172	
Médicos especialistas	498	493	629	
Odontólogos	191	229	222	
Enfermeras	795	1.182	1.271	
Auxiliares de enfermería	3.985	4.226	4.378	
Técnicos medios	418	518	801	
Auxiliares en salud	992*	1506*	1.505*	

\* Cifras revisadas

Nota: La información correspondiente a 1985 no fue suministrada por la fuente.  
Fuente: República de Nicaragua: Ministerio de Salud (MINSa).

**CUADRO 9**  
**NICARAGUA: UNIDADES DE SALUD Y CAMAS DE HOSPITALIZACION**  
**DEL SISTEMA NACIONAL UNICO DE SALUD POR AÑO**

Tipo de unidad	1983	1984	1985
Hospitales	31	31	30
Centro de salud con cama	17	18	22
Centro de salud sin cama	87	86*	83*
Puestos de salud	397	383	387
Camas de hospitalización	4.897	5.045	5.083

\* Incluye 3 policlínicas.

Fuente: República de Nicaragua: Ministerio de Salud (MINSa).

**CUADRO 10**  
**NICARAGUA: UNIDADES DE SALUD POR REGION Y TIPO**  
**(AÑO 1985)**

Regiones	Total	Hospitales		Centro de Salud		Puestos de salud
		Hospit. agudos	Hospit. crónicos	Centro de Salud con camas	Centro de Salud sin camas	
La República	502	28	4	22	83	367
Región I	60	4	-	3	7	48
Región II	82	4	1	5	13	69
Región III	83	5	3	1	19*	55
Región IV	88	5	-	3	15	65
Región V	87	2	-	4	5	58
Región VI	57	3	-	3	10**	41
Zona Especial I	24	1	-	3	3	17
Zona Especial II	15	1	-	-	7	7
Zona Especial III	18	1	-	-	4	11

\* Incluye 2 policlínicas (Oriental y Central de Atención Secundaria).

\*\* Incluye 1 Policlínica (Matute).

Fuente: República de Nicaragua: Ministerio de Salud (MINSAs).

# Las políticas de salud en Costa Rica 1978 - 1986

Roberto Alvarado Aguirre\*

---

EL AUTOR REALIZA UN ESTUDIO ACERCA DEL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD PRIORITARIAS EN COSTA RICA, PARA LOS AÑOS 1978 - 1986. SE PRESENTA UN MARCO DE REFERENCIA PREVIO AL PERÍODO INVESTIGADO, ENTRANDO POSTERIORMENTE A DETERMINAR LAS ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN MÁS RELEVANTES, ASÍ COMO LA POBLACIÓN Y ZONAS GEOGRÁFICAS HACIA DONDE AQUELLAS APUNTAN, TOMANDO EN CUENTA LA COBERTURA PROGRAMADA Y REAL.

## Introducción

En este trabajo se reúnen algunos capítulos del documento: "Análisis de la organización y funcionamiento de las políticas de salud en Centroamérica. El caso de Costa Rica I etapa", redactado por el suscrito para el proyecto de Investigación ICAP - Fundación Ford que lleva el mismo nombre.

Este resumen contempla fundamentalmente la parte correspondiente a la política de salud de los dos periodos de gobierno analizados: El de los ministros Dr. Carmelo Calvosa (1978-1986) y Dr. Juan Jaramillo Antillón (1982-1986). Las políticas se desglosaron en: A- Las cinco fundamentales y su relación con las zonas y grupos humanos prioritarios y B- Las otras políticas de salud y el

cambio producido en la orientación de éstas. Para mejor comprensión del contexto en que se redactan las políticas de salud, se resumen también algunos elementos sobre: Definición del concepto salud/enfermedad en Costa Rica; situación de salud al final de la década de los años setenta; gastos del Estado en salud en el quinquenio 80-85 y la cobertura general del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, durante el período analizado.

Quedan sin reunir fundamentalmente dos gruesos capítulos correspondientes a los aspectos organizados del Ministerio de Salud y la problemática administrativa en salud.

## Definición del concepto salud/enfermedad en las políticas de salud del gobierno

La importancia que el Estado da a la salud ha quedado establecido en su

---

\* Médico, Máster en Salud y Desarrollo del Niño.

legislación. En ella se indica que "la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado" y que "es función del Estado velar por la salud de la población..."<sup>1</sup> (La referencia completa de todos los autores mencionados aparece en la bibliografía incluida al final del trabajo).

Dicha legislación deja la responsabilidad de las definiciones técnicas sobre salud y enfermedad, al uso común que de éstas hagan las diversas disciplinas científicas vinculadas a este campo.<sup>2</sup> Esto nos remite automáticamente, tanto a los criterios utilizados por las instituciones académicas, formadoras de profesionales y técnicos en el área de la salud, como a la utilización teórica y práctica que de estos criterios se hace en los servicios de salud.

Tenemos así que, en nuestro medio y en el período que nos ocupa, es claro el predominio de la concepción de la Organización Mundial de la Salud en torno al binomio salud/ enfermedad. Esta define que "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez".<sup>3</sup>

Tal definición, oficialmente utilizada en Costa Rica para la formación de recursos humanos (profesionales y técnicos) en salud<sup>4</sup> es usualmente acompañada del enfoque ecológico, en el que la salud y la enfermedad constituyen el resultado de la presencia o au-

sencia de un equilibrio que, a su vez es producto de la interacción de diversos factores relacionados con el huésped (hombre), los agentes causales de la enfermedad, y el ambiente en que ambas entidades interactúan.<sup>5</sup>

Otra concepción que se ha utilizado, en la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, es aquella que pone énfasis en el enfoque histórico y social del proceso salud-enfermedad. Haciendo referencia a autores como Timio y Laurell, algunos académicos insisten en la posición de que no es suficiente hablar de huésped genérico, sino que es necesario ubicar la clase social a la que pertenece y que, más que hablar de ambiente, debe ahondarse en el contexto en que los valores materiales y culturales de un pueblo inciden, tanto sobre el proceso de la enfermedad, como en el de su prevención y tratamiento.<sup>6</sup> Esta concepción establece que la salud-enfermedad es un proceso histórico que sufre variaciones a través del tiempo y se manifiesta en forma desigual en cada uno de los grupos en que se organiza una sociedad para apropiarse y transformar la naturaleza.<sup>7</sup>

Las implicaciones de estos enfoques, que de una u otra forma se manifiestan en las políticas del Estado y que buscan darle un carácter más integral y multisectorial a la atención de los problemas de salud-enfermedad,<sup>8</sup> se enfrentan, sin embargo, a importantes limitaciones cuando, en la mayoría de los profesionales responsables de aplicar las transformaciones deseadas, sigue predominando una concepción limitada a la atención clínica del individuo enfermo.<sup>9</sup> Esta concepción, y la práctica que la sustenta, dista bastante

1. Ministerio de Salud. 1974 p.3.

2. Ministerio de Salud 1974 p.4.

3. Ministerio de Salubridad Pública. 1974. p.2.

4. M. Asís, 1976. p.i.

5. Ministerio de Salubridad Pública. 1974. p.3.

6. Timio. 1980.

7. A.C Laurell, 1979 .p.3

8. P. Ureña, 13/5/80.

9. Jaramillo, 1984. pp. 56-57.

de la definición que oficialmente se da del concepto de salud.

El país se enfrenta así a una situación en la que, habiendo llegado sus instituciones de salud a un conveniente grado de madurez, como para integrarse en un Sistema Nacional de Salud, capaz de brindar servicios integrales a amplios sectores de la población, no cuenta sin embargo, con suficientes recursos humanos formados y capacitados para comprender las posibilidades y ventajas que tal modelo ofrece, y para apoyar en la práctica la puesta en marcha del sistema.

De este modo, limitaciones de orden conceptual se han constituido en factores restrictivos para la profundización del desarrollo institucional en salud. Y no es difícil comprender cómo, en la base de este orden estructural que tienen mucho que ver con el modelo de desarrollo que se desea para el país.

### **Situación de salud al final de la década de los años setentas**

En 1980 el Ministerio de Salud reconoce los avances sustanciales que en este campo se han presentado en los últimos años y refiere los problemas que presenta, que son "características del estado de transición en que se encuentra nuestra sociedad la que consiste en la dispersión y el rezago de muchas poblaciones rurales con la congestión urbana y la industrialización en la Región Central".<sup>10</sup> En resumen, los principales problemas del sector son: falta de una

cobertura total de los servicios de salud, inadecuada coordinación y complementariedad de las instituciones del sector, ausencia de participación de las comunidades en la dirección y administración de los servicios, aumento del costo de los servicios, y finalmente, persistencia de índices de morbimortalidad para algunas enfermedades que se pueden prevenir y controlar como son la parasitosis, anemia, accidentes, intoxicaciones y otras.

Durante esta década se presentan cambios fundamentales en la estructura de la morbimortalidad. La gastroenteritis, que tiene la primera causa de mortalidad general hasta el año 1970, es desplazada por enfermedades propias de países industrializados, de mayor cronicidad y de alto costo en su atención como lo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes. La mortalidad se ve afectada por el incremento de éstas últimas enfermedades, a las que se agregan las enfermedades de transmisión sexual, envenenamiento y violencias nutricionales por exceso de ingesto y algunos de tipo sicosociales como el alcoholismo y las enfermedades mentales. Enfermedades frecuentes en países del Tercer Mundo como las que se pueden prevenir con la vacunación y las de origen hídrico descienden de forma importante, persistiendo otras como las parasitarias y la gastroenteritis, especialmente en las áreas rurales y urbanomarginales, así como los problemas de salud derivados del saneamiento del medio. (Ver algunos indicadores generales de salud en el cuadro 1).

El Ministerio de Salud define dos factores como condicionantes de la si-

10. Ministerio de Salud. 1988.

**CUADRO 1**  
**ALGUNOS INDICADORES DE SALUD**  
**COSTA RICA 1980-1985**

Nombre	Año					
	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Tasa de natalidad (por 1000 hab.)	30.7	30.9	30.4	29.9	30.8	32.4**
Tasa de fecundidad (por 1000 mujeres en edad fértil)	132.9	133.8	127.3	116.4	121.0	-
Tasa de mortalidad materna*	0.2	0.4	0.3	0.3	0.2	0.4**
Tasa de mortalidad general (por 1000 hab.)	4.1	3.8	3.8	3.8	3.9	4.0**
Tasa de mortalidad infantil*	19.1	18.0	18.9	18.6	18.4	17.8**
Tasa de mortalidad neonatal*	11.2	10.8	11.1	11.3	11.4	11.2**
Tasa de mortalidad posneonatal	7.9	7.3	7.9	7.4	7.0	-
Esperanza de vida al nacer 1980-1984	73.7 años					
Tasa de crecimiento anual	2.80					

\* Tasas por 1000 nacimientos.

\*\* Cifras provisionales

Fuente: Departamento de Estadística, Ministerio de Salud, Dirección General de Estadística y Censos.

tuación de salud del país: "Las causas socioeconómicas de la morbimortalidad y el tipo de organización institucional creado para atender esos problemas".

"En cuanto a los factores socioeconómicos que condicionan la situación de salud, destacan la pobreza y el aislamiento de los habitantes de muchas zonas rurales, particularmente la llamada población rural dispersa; la falta de planificación territorial en el sumi-

nistro de infraestructura y servicios; la actitud pasivoreceptiva de gran parte de la población hacia la salud, que ha sido mantenida por un sistema institucional de estructura paternalista, asistencialista y poco orientada hacia la prevención, la participación comunal y la educación para la salud".<sup>11</sup>

Con respecto a la organización institucional se analiza los servicios de tres Instituciones: La Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Ministerio de Salud. Además se estudia la formación de recursos humanos.<sup>12</sup>

11. Ministerio de Salud, 1980 p. 16.

12. Ver documento citado o su resumen en R. Alvarado, 1987..

## Las cinco políticas fundamentales

Período 1978-1982

Las políticas para el sector salud en este período partieron del análisis<sup>13</sup> que establecía "...que a pesar de la notable estabilidad política, nuestro país se enfrentaba a problemas sociales de gran envergadura". Se puntualiza que, a pesar de la significativa extensión de los servicios educativos, médicos y jurídicos desarrollados en los últimos cuarenta años, existen amplios estratos de la población que se encuentran marginados de los beneficios del desarrollo alcanzado.

Se analiza el creciente fenómeno de la marginalidad social, como producto de la pobreza del país y la mala distribución del ingreso nacional, y establecen que esto ha generado desigualdades que se manifiestan en una creciente apatía hacia la participación comunal y del Estado y sus instituciones para resolver todas sus necesidades.

Se indica que la solución global a esta problemática está tanto en aumentar la productividad nacional como lograr una más justa distribución del ingreso nacional, con mayor racionalidad en el uso de los recursos y mayor participación popular en los esfuerzos y beneficios del desarrollo.

La estrategia del Plan Nacional de Desarrollo 1979-1982 "Gregorio José Ramírez",<sup>14</sup> definió a la "participación popular" como el mejor instrumento

político para la toma de decisiones y correcta aplicación del Plan. la participación popular se convierte en la antítesis del asistencialismo y el paternalismo estatal en todos sus ámbitos.

Es sobre la base de las premisas mencionadas, que el Plan Nacional de Desarrollo, establece las políticas generales para salud.<sup>15</sup>

En el aspecto particular, las cinco políticas fundamentales de salud para este período no se encuentran explicitadas en los documentos del Ministerio revisor, sino que son entresacadas de declaraciones de los altos dirigentes de las instituciones y que se encuentran en la prensa escrita nacional.

Es importante tener en cuenta que durante el período en estudio, dos hechos influyen significativamente en la orientación del sector salud; uno es de orden interno y lo constituye la política de "promoción humana" que es instrumentalizada a través del modelo de participación popular desarrollado en el "Hospital sin Paredes", modelo en el que la salud es ubicada en la perspectiva de desarrollo integral. El otro, de origen externo, es el que tiene que ver con la evaluación promovida por la OPS/OMS, del Plan Decenal de Salud en las Américas, cuyas principales metas fueron alcanzadas y superadas para 1978 en Costa Rica, el establecimiento de la Meta Salud para todos en el Año 2.000 y la definición de Atención Primaria como estrategia central para lograrla.

Es en este contexto que se diseñan las políticas de salud, de las cuales las cinco más importantes son las siguientes:

1. La participación popular en salud, como elemento central no sólo de la estrategia de atención primaria y de

13. Presidencia de La República, 1980.

14. Op. Cit.

15. Se remite al lector el documento citado o su resumen en R. Alvarado, 1987.

la creación y fortalecimiento de un sistema Nacional de Salud, sino también de una política del gobierno que pretendía quebrar con el paternalismo estatal en todos sus ámbitos de acción.<sup>16</sup>

2. La extensión de la cobertura de los servicios de salud mediante la intensificación de la atención primaria y la universalización del Seguro Social. Para lograrlo se promueve el fortalecimiento del proceso de regionalización y la subdivisión de las regiones en "áreas hospitalarias", así como la protección de los indigentes por el Seguro Social cuyas cuotas son asumidas por el Estado.<sup>17</sup>
3. A la vez que se propone mantener los programas de control de las enfermedades infectocontagiosas, se plantea el crear nuevos programas dirigidos hacia las principales causas de muerte. Nacen así los programas para el control de las enfermedades crónicas y degenerativas, y de control de la higiene y seguridad industrial.<sup>18</sup> Se promueve la detección precoz de la sordera así como campañas contra el ruido y el humo.<sup>19</sup>
4. El desarrollo de la coordinación intersectorial e intrasectorial. Para lograrlo, mediante decreto ejecutivo se le confiere al Ministerio de Salud la coordinación del sector: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Se-

guro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados e Instituto Nacional de Seguros. Asimismo, se promueve una mejor coordinación entre los sectores sociales: educación, trabajo, salud y vivienda.<sup>20</sup>

5. El desarrollo institucional mediante la puesta en marcha de un modelo gerencial que facilite a los directores y administradores de servicios de salud, la planificación, evaluación y conducción de éstos. La capacitación en servicio tanto del personal operativo como de los niveles de supervisión y dirección, fue desarrollada con el fin de inducir los cambios necesarios.<sup>21</sup>

*Algunos comentarios  
sobre las cinco políticas  
principales del período  
1978-1982*

Como ya se mencionó anteriormente, la participación popular va a ser impulsada, no sólo desde las tiendas del sector salud, sino también, desde toda la política del gobierno del período, estimulando el desarrollo de las organizaciones comunales ya existentes y/o creando nuevas organizaciones. Para ello el modelo de Hospital sin Paredes de San Ramón va a servir de meta, tratando de reproducirlo en todo el país, pero se van a encontrar con dificultades, que son descritas más adelante.

Como política de salud, la participación popular es un avance significativo, sobre todo porque deja a la comunidad su cuota de responsabilidad; muy importante de hecho, para mejorar la salud de la población a un menor costo.

16. La Nación: 19/4/80. 27/4/80. 25/5/80. 31/5/80.

17. La Nación, 25/5/79 y 17/11/80. La Prensa Libre, 11/11/80.

18. Ley de riesgos de trabajo, marzo de 1982.

19. La Nación, 25/5/79.

20. La Nación, 25/5/80, 17/11/80 y 24/11/80.

21. La Nación, 24/11/80.

Quizá nunca antes se había visto tan clara y explícitamente señalada.

La universalización del Seguro Social, que realmente se venía ya preparando desde años anteriores, constituye una política de gran significado y de enorme importancia para el sector. Igual ocurre, aunque en otra dimensión de los hechos, el señalamiento explícito mediante Decreto Ejecutivo, de que la rectoría del sector salud debe ejercerla el Ministerio de Salud. Aunque éste enunciado en la práctica, no se ha cumplido como se debe, no deja de constituir un avance y una modernización del Sector, por lo menos a nivel de las políticas de salud.

El nacimiento de los Departamentos de Control de las Enfermedades Crónicas, Degenerativas y de Control de la Higiene y Seguridad Industrial, representa un pequeño esfuerzo para actualizar el Ministerio siguiendo los avances técnicos en la materia y la problemática del país, hecho que debió de haberse efectuado muchos años antes.

Las otras políticas fundamentales son el refuerzo o la participación de otras políticas emanadas en el pasado.

Finalmente, es importante llamar la atención hacia el hecho de que este modelo participativo, para promover salud y desarrollo integral, se enfrentó con algunas dificultades tales como:

a. Que un modelo equilibrado de coordinación intersectorial con participación comunitaria, como el logrado en el área Hospital Sin Paredes, fue producto de más de 10 años de esfuerzos, y tratar de expandirlo al ámbito nacional significó enfrentarse a importantes resistencias en un plazo muy corto.

b. Un modelo participativo genera demandas adicionales de recursos para las cuales el Estado debe estar preparado política y económicamente. Una coalición de partidos en el gobierno y una situación económica crítica tanto en el plano nacional como internacional no fueron precisamente las condiciones óptimas para la gestión de esta nueva versión de desarrollo.

c. En el plano institucional, cabe destacar como la promoción del modelo de área hospitalaria aplicado en San Ramón entró en contradicción tanto con el modelo tradicional de "Hospital con Paredes" aplicado por la Caja Costarricense de Seguro Social, así como también la política de traspaso de hospitales del Ministerio a la Caja que se venía aplicando desde 1973. El promover al "Hospital sin Paredes" como modelo, constituyó un fortalecimiento a su resistencia a ser traspasado, a la vez que un serio cuestionamiento a la forma en que se realizaba la presentación de servicios médico hospitalarios por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Todas esas contradicciones no superadas, hicieron que el gran experimento de la "revolución silenciosa" terminara en medio de una serena crisis política económica nacional y centroamericana, al finalizar la gestión de la Administración 1978-1982.

#### *Período 1982-1986*

El período que comentamos estuvo fuertemente dominado por la presencia

de una crisis económica de carácter estructural que, acentuada a partir de 1979, mostró su más fuerte impacto en esos años. Paralelamente, los conflictos políticos del área centroamericana, también han dejado sentir sus efectos en el ámbito nacional, en muy diversas esferas.

Ambos factores empezaron a cuestionar y ensombrecer los importantes logros alcanzados por el país, en materia de salud, durante el decenio 1971-1980. En este contexto las principales políticas fueron orientadas hacia el sostenimiento de los logros alcanzados, y de ser posible, a tratar de mejorarlos en condiciones económicas seriamente restrictivas y con el enorme reto de una numerosa población refugiada ante la capacidad limitada de nuestros servicios de salud.

Las cinco políticas prioritarias de salud de este período son las siguientes.<sup>22</sup>

1. La consolidación de un Sistema Nacional de Salud capaz de brindar servicios integrales de salud a la familia costarricense, en especial a la campesina. Para lograrlo, el instrumento fundamental lo constituiría el proceso de creación del "sistema integrado de servicios" que se inicia con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social para luego integrar al ICAA y al INS.

Este proceso evitaría la duplicidad de esfuerzos y el desperdicio de recursos, a la vez que permitiría aumentar la cobertura de los servicios

de salud hasta lograr la universalización de la seguridad social.

2. En este Sistema Nacional de Salud, si bien se busca brindar servicios integrales de salud, el énfasis está en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
3. Movilizar otros recursos desaprovechados, tal es el caso de la plena participación de las comunidades en su propio desarrollo. Este lineamiento presenta dos niveles; el de la familia, (y en ella particularmente la madre que debe ser educada para velar por el cuidado de su propia salud y el de la comunidad), que organizada en Juntas Cantonales de Salud y Seguridad Social cooperará con el financiamiento de las acciones de salud, velará por el adecuado funcionamiento del sistema integrado así como por la selección de los indigentes que tendrán derecho al estatus de "Asegurado por el Estado".
4. La prevención de nuevas patologías que adquieren mayor relevancia epidemiológica, tal es el caso de los accidentes de tránsito y los de tipo laboral, del alcoholismo, y la forma de dependencia de los problemas de la tercera edad y los de salud mental. Ya que el tratamiento de estas enfermedades tiende a ser de mayor complejidad y costo, se dará prioridad al desarrollo de tecnologías simplificadas con prioridad en la prevención y de ser necesario en el tratamiento ambulatorio de éstas.
5. Continuar fortaleciendo los programas de suministros de agua potable y adecuada disposición de excretas, de control de la calidad de los ali-

22. La Nación, 1982 y 1985; L. Sáenz, 1983; J. Jaramillo 1984.

mentos, bebida y medicamentos en general, del control de la contaminación ambiental.

### *Algunos comentarios sobre estas cinco políticas*

Se continúa considerando fundamental entre las políticas la participación popular, aclarando el rol que debe jugar la familia y en ella la madre, para velar por el autocuidado, como también el de las comunidades. Sin embargo, en la práctica, esta política no se cumple, más bien el departamento creado en la administración anterior con este fin, llegó casi a extinguirse.

La política más importante durante este período, es la de la integración de los servicios brindados por la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud, con miras a un sistema nacional de salud. Esta política constituye también un hecho histórico que se venía preparando desde años anteriores y que deviene en una política de gran relevancia en el país con miras a evitar la duplicidad de los servicios. Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos y físicos, aumentar la cobertura y mejorar la calidad de esta naturaleza, con la complejidad que ella representa y con la magnitud que para nuestro país constituyen las dos instituciones, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, es harto difícil de implantar en un período tan breve como son los cuatro años de gobierno. Requiere de una gran preparación del equipo humano y de la estructura administrativa para que funcione. Estos dos grupos de elementos fueron los principales obstáculos para

que pudiese desarrollarse e implantarse la política de Integración de los Servicios de Salud: Caja Costarricense de Seguro Social y Ministerio de Salud.

Muchos esfuerzos se hicieron y en algunas ocasiones se logró un buen entendimiento entre el equipo humano que se encuentra en un determinado Centro de Salud Integrado. Sin embargo la estructura administrativa, fundamentalmente la de la Caja que debía rápidamente asimilar a los indigentes y hacer funcionar el sistema de referencia y contrarreferencia, entre otros, no funcionó, a excepción de honrosos casos. En muchos otros Centros Integrados no se dio ni el entendimiento ni la coordinación entre personas ni el funcionamiento adecuado de la estructura administrativa de Integración.

Por otra parte, si bien los nuevos recursos obtenidos para los programas CEN-CINAI permitieron el fortalecimiento en el rubro de personal para los programas de atención primaria, esto no fue suficiente para compensar el fuerte deterioro general en el financiamiento de dichos programas que han visto decrecer aceleradamente el rubro destinado a gastos de operaciones. Esto, a su vez ha afectado seriamente la cobertura de comunidades prioritarias, tanto en la cantidad como en la calidad de los servicios brindados.

A esto se agrega, el ingreso masivo de refugiados que constituyó una permanente preocupación, pues ha sido un problema para el cual el país no estaba preparado y para atenderlo, el sector salud tuvo que desplazar recursos originalmente destinados a atender grupos prioritarios de nuestra población.

## **Cantones, zonas, grupos humanos y campos prioritarios en salud**

### *Cantones prioritarios en salud*

El sector salud ha seleccionado, en diferentes instancias los cantones prioritarios, aunque esta definición no ha sido emanada de manera explícita y en forma oficial para todo el sector.

- a. La primera clasificación, durante el período en estudio, la establece la Oficina de Planificación Nacional y Política Económica en el año 1981. Este estudio se refiere exclusivamente a los cantones rurales más pobres no contemplando los urbanos. Está basado sobre el censo de 1973 de donde se tomaron las variables de educación y vivienda. Además, se contemplaron variables de salud y nutrición de años más recientes (Mortalidad Infantil, 1977, Mortalidad Infantil por diarrea 1973-1977). (Talla de niños de primer grado 1979).
- b. En el año 1983 el Sistema de Información en Nutrición (S.I.N.)<sup>23</sup> establece una lista de 15 cantones prioritarios utilizando una sola variable talla/edad del censo de escolares del mismo año.
- c. En el año 1984 Rosero y Sosa establecieron una lista de cantones según la probabilidad de morir antes de los dos años de vida, tomando como fuente el censo de 1973. El período en estudio fue 1968-1969.

- d. En el año 1985 el Ministerio de Salud, a través del documento: "Necesidades Prioritarias de Salud en Costa Rica" que presenta la Comunidad Económica Europea, establece un mapa de Costa Rica con la clasificación de los cantones según la tasa de mortalidad infantil de 1983. En enero del año 1986, Alvarado, R. y Col. (Comisión Nacional de Supervivencia Infantil) elaboró una lista de 22 cantones según prioridad 1, 2 y 3 (de mayor a menor gravedad). Para ello utiliza las variables: tasa de mortalidad infantil, T.M.I por diarrea T.M.I por infecciones respiratorias agudas, del quinquenio 1979-1983 y el retardo talla/edad de los niños de 7 años del censo de talla en escolares de 1981.

Esta es la única clasificación de cantones prioritarios que se acompaña de cobertura actual (1985) y programada (1986), aunque esta cobertura se refiere solamente a los programas de extensión de cobertura: salud comunitaria urbano y salud rural.

### *Zonas prioritarias según políticas*

En el período 1978-82 se definió como zonas geográficas prioritarias "las poblaciones rurales aisladas y las periurbanas marginadas". Para el período 82-86, la definición de zonas geográficas prioritarias se da a través de la definición de grupos sociales que están circunscritos geográficamente, y que aparecen en el Plan Nacional de Desarrollo "Volvamos a la Tierra..." de la siguiente manera: "en el área rural los campesinos sin tierra, arrendatarios, pequeños y medianos finqueros, pe-

23 A. Elizondo, 1983.

queña empresa familiar artesanal y asalariados, y en el área urbana: los grupos marginados y asalariados".

### *Grupos humanos y campos prioritarios en salud*

En el período 1978-82 se definió claramente que los grupos humanos prioritarios están constituidos por "la infancia, la familia y los de la tercera edad". No se encontró una definición explícita de los campos prioritarios, aunque éstos se pueden deducir de las políticas.

Para el período 1982-86, los campos prioritarios en salud han sido fundamentalmente "... programas de atención primaria para las áreas más pobres del país...la educación para la salud y la prevención de enfermedades..."<sup>24</sup> y se escoge a la familia como grupo humano prioritario.

### **Relación de las cinco políticas principales con las zonas y grupos prioritarios definidos en los Programas de Salud**

#### *Período 1978-1982*

De las cinco políticas principales sólo dos de ellas, las número dos y tres tienen una relación directa con zonas o grupos sociales prioritarios; las otras tienen que ver con el proceso adminis-

trativo (modelo gerencial y coordinación inter e intrasectorial) y con la participación de la comunidad. No se especifica sobre ésta última, y mucho menos sobre las primeras, si se desarrollará más en una zona concreta y/o con o para un grupo humano específico.

De las otras políticas, que tienen relación con zonas o grupos prioritarios una de ellas se refiere a la extensión de la cobertura de los servicios a través de una intensificación de la atención primaria y la universalización del Seguro Social, con la protección de los indigentes. Esta política está en coordinación con las zonas prioritarias escogidas para el período: "Las poblaciones rurales aisladas y las periurbanas marginadas". Sin embargo, no queda explícito en el enunciado de la política. Tampoco se explicita si los grupos humanos prioritarios escogidos (la infancia, la familia y la tercera edad) serán los beneficiados primordiales.

De la política número tres se puede deducir que hay una relación con los grupos prioritarios: "...mantener los programas de control de las enfermedades infectocontagiosas..." las cuales son más frecuentes durante la infancia. "...y crear nuevos programas dirigidos hacia las principales causas de muerte..." las que se sitúan en las edades extremas de la vida: la infancia, particularmente la etapa perinatal y la tercera edad, donde se sitúan muchas de las principales causas de muerte, entre ellas: el infarto del miocardio y los tumores. También se puede deducir que, como las enfermedades infectocontagiosas generalmente se producen más en las zonas empobrecidas: urbana marginal y rural aislada, guarda enton-

24. Ministerio de Salud. 1985 p. 2.

ces concordancia con las zonas geográficas prioritarias. Sin embargo, todo lo anterior tampoco queda explícito en la política.

### *Período 1982-1986*

En general, todas las cinco políticas tienen una relación implícita y explícita con los grupos humanos y/o con las zonas geográficas prioritarias escogidas.

La política de consolidación de un Sistema Nacional de Salud si bien beneficia a todos los grupos y a todas las zonas, se especifica claramente que debe ser "...capaz de brindar servicios integrales de salud a la familia costarricense", donde la familia es un grupo humano escogido como prioritario. Lo que no queda explícito es si se le dará preferencia a las familias de las zonas prioritarias escogidas: urbanas empobrecidas y rurales dispersas.

En la segunda política en que se enfatiza sobre la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, se cita claramente las zonas geográficas prioritarias al mencionar que se debe fortalecer los programas de salud rural y salud comunitaria, que como ya se ha mencionado tienen como población blanco los que habitan en las zonas rurales dispersas y urbanas empobrecidas, respectivamente. Aquí no se explicita cual debe ser la familia la prioritaria, pero también queda sobreentendido, pues el beneficiario de estos programas es la familia misma.

En la política de movilización "... de otros recursos desaprovechados, tal es el caso de la plena participación de las comunidades en su propio desarrollo..." se especifica que... el de la familia..." es

uno de los dos niveles en que se debe trabajar para lograrlo y dentro de la misma: la madre. No se explicita si son las zonas geográficas prioritarias donde se le dará énfasis.

La cuarta política principal (Ver período 1982-1986) es más específica para ciertos grupos (tercera edad, trabajadores, etc.), que no forman parte del grupo señalado como prioritario. También es más específico para ciertos problemas de salud como accidentes de tránsito y de trabajo, alcoholismo y salud mental, por tanto no guarda relación directa ni con las zonas prioritarias ni con el grupo humano prioritario.

La última política fundamental guarda más relación indirecta con las zonas geográficas prioritarias al mencionar que se le dará preferencia a los problemas de carencia de agua potable y de adecuada disposición de excretas, entre otros allí señalados. Por igual razón, se puede deducir que también lo hace con la familia, grupo humano escogido como prioritario. Pero lo anterior no está determinado.

En conclusión, para los dos períodos se pueden decir que en las políticas en general no hay un apartado en que se especifican claramente los grupos humanos y zonas prioritarias escogidas, sino que éstos deben sacarse de entre líneas. Ocurre igual con la relación que debe existir entre estos grupos humanos y zonas prioritarias con la política en sí: se debe frecuentemente deducir por no quedar suficientemente claro.

En la práctica ha ocurrido, generalmente, lo mismo: las zonas prioritarias no han sido trabajadas con más ahínco que las otras y el presupuesto tampoco

ha sido designado con preferencia a estas zonas. Al terminar el período, comienza a variar un poco esta conducta. Desde finales del año 1985 los programas de Salud Comunitaria, Salud Rural y el Plan Nacional de Supervivencia Infantil, han aumentado sustancialmente sus esfuerzos en dedicar su personal y sus equipos a los cantones prioritarios escogidos en el Plan Supervivencia Infantil del año 1986.<sup>25</sup>

## Otras políticas de salud

Acto seguido se resumen sin ordenes de importancia, algunas de las políticas de salud del período de gobierno, que no han sido mencionadas en las cinco políticas fundamentales. Para profundizar sobre el tema se sugiere comentar las bibliografías anotadas o Alvarado, R. 1987.

*Período 1978-1982* <sup>26</sup>

### 1. Estrategias generales

- Desarrollo institucional que completa transformaciones esenciales en cuanto a definición de políticas, desarrollo de los recursos, organización de los sistemas administrativos y de presentación de servicios, gerencia administrativa, y sistemas de información, evaluación y control.
- El uso de tecnología apropiada a las necesidades del país.

- Implantación de la sectorización para lograr una coordinación intrasectorial e intersectorial de las acciones.
- La Cooperación Técnica entre países en Desarrollo (C.T.P.D)

### 2. Estrategias específicas

#### a. De orden médico

- Contar con instrumentos legales para la coordinación efectiva en lo normativo y ejecutivo de las acciones.
- La alimentación y nutrición de la población será orientada mediante estudios, trabajos de investigación clínicos, antropométricos, dietéticos y bioquímicos, problemas nutricionales epidemiológicos, su trascendencia social e impacto en el desarrollo socioeconómico del país.
- Prevenir la desnutrición en los grupos vulnerables, fomentar la lactancia materna, incrementar la producción local de alimentos mediante una política nacional de alimentación y nutrición.
- Establecer programas educativos, terapéuticos y dictar las medidas legales necesarias para el control del tabaquismo y el alcoholismo.
- Establecer un programa de salud ocupacional que reúna los esfuerzos de los principales participantes en este quehacer: los empleados, y el sector oficial, dándole énfasis a los aspectos preventivos. Paralelamente, y como aspecto prioritario, se desarrollarán programas de medicina rehabilitatoria con una concepción integral que inclu-

25. R. Alvarado, 1986.

26. Ministerio de Salud, 1980. p. 111-117.

ya la reubicación, la readaptación y la rehabilitación laboral.

- En cuanto a la prevención de accidentes, la meta será lograr mejores índices en lo que resta del siglo, mediante una programación de carácter preventivo para lo cual se espera la participación necesaria de los órganos de seguridad vial y la comunidad.

#### b. De saneamiento del medio ambiente

Mediante la conducción del Ministerio de Salud:

- Contar con un programa de saneamiento integral rural que abarque las áreas de agua potable, disposición de excretas, residuos sólidos y mejoramiento de vivienda cuyo desarrollo permita beneficiar a la totalidad de la población rural.
- Contar con un programa de preservación del ambiente con el objeto de controlar la contaminación de los recursos de agua, aire, y suelo mediante la coordinación interinstitucional.
- Desarrollar programas de control de alimentos que garanticen al consumidor la calidad sanitaria de éstos en las etapas de elaboración, transporte, almacenamiento, distribución y expendio que incluya el control de aditivos de todo tipo, tendiendo a dar una cobertura universal.

#### c. De infraestructura

- Promover el desarrollo de la administración de los servicios, por medio de la mejora en las estructuras, la organización y los procedimientos administra-

tivos, en cumplimiento de las políticas nacionales y sectoriales aprobadas, que surjan de un proceso de planificación integral y sectorial dentro del contexto de un Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social.

- Crear medios suficientes y eficaces para desencadenar un proceso idóneo de decisiones a todo nivel, que permita la formulación y ajuste de políticas, el comando y control general de la ejecución, y la evaluación y ajuste de programas, mediante:
- Desarrollo de sistemas de apoyo como: transporte, comunicación, mantenimiento, legislación, laboratorios de diagnósticos, suministros y financieros.

Finalmente se apuntan también algunas políticas intrasectoriales, extra-sectoriales e internacionales, algunos de los cuales tienen relación con las ya mencionadas.

#### *Algunos elementos de análisis de las definiciones teóricas de las políticas de salud del período 1978-1982*

Las definiciones de las políticas para este período, se plantean luego de un análisis de la situación general del país en el que resaltan los problemas sociales de gran envergadura que persisten a pesar de la gran estabilidad política y la persistencia de "amplios estratos de la población que se encuentran marginados..."

Este análisis general del país, enmarcado dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1979-82 "Gregorio José Ramírez", también contienen orientaciones generales para el campo de la

salud, algunas de las cuales se señalan a continuación: 1- Las actividades preventivas, la atención básica y la salud comunitaria. 2- Desconcentración, regionalización de la atención médica como también de la administración en salud y de las acciones preventivas. 3- La participación comunitaria a la que se le da una importancia fundamental, que como veremos luego es cristalizada en la práctica con algunos hechos concretos.

Tomando como base el Plan mencionado, la Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud, desarrolla un análisis profundo y más prolijo de la situación de salud, y establece las políticas generales y específicas de manera muy explícita.

Se puede resumir este apartado en los siguientes elementos de análisis:

- El análisis de la situación general del país y de la situación de salud responden al concepto amplio de salud enfermedad, en el que se engloban los elementos biológicos, sociales, históricos y económicos.
- Las políticas generales y específicas de salud son pertinentes y adecuadas al análisis que sobre la problemática de salud en particular y la situación general del país se presenta.
- Las políticas de salud están también en concordancia con el concepto amplio y completo del proceso salud enfermedad.
- Las políticas de salud se encuentran suficientemente explicitadas, puntualizadas y clarificadas.

- Se puede observar una acumulación de experiencia, desarrollada en el pasado, que determina con claridad los campos de acciones, los grupos y zonas prioritarias, las deficiencias donde hay que trabajar con más ahinco, etc.

- La participación comunitaria, aparece como un elemento fundamental de las políticas de salud y es el elemento que la distingue entre políticas de salud emanadas en el pasado, o que se escribirán posteriormente. Más aún la participación popular es definida como el "mejor instrumento político para la toma de decisiones y correcta aplicación del Plan Nacional de Desarrollo Gregorio José Ramírez. La participación popular se convierte en la antítesis del asistencialismo y del paternalismo estatal en todos sus ámbitos".

Puntualiza además tres aspectos fundamentales:

1. Desarrollo acelerado de un nivel básico de atención que asegure a toda la población, la atención primaria.
2. Universalización de la seguridad social por medio de la integración y el fortalecimiento de los niveles superiores de atención médica y de participación del Estado al hacerse responsable del Sistema de ciudadanos de ingresos bajos (asegurados por el Estado).
3. Incremento de la coordinación entre ambos procesos, con la intención de unificarlos en un solo Servicio Nacional de Salud que esté en condiciones de proporcionar atención integral a toda la población.

1. Se revisará el concepto de niveles de atención, para implementarlo con un criterio más integral y llevar a cabo una redistribución de recursos más acordes con las necesidades de cada nivel, así como para perfeccionar los mecanismos de articulación entre ellos.
2. Se promoverá el desarrollo de mecanismos de articulación intra e intersectorial, en especial para la solución de problemas que trascienden al ámbito del Sector, como la alimentación y nutrición, la preservación del ambiente y la atención de situaciones de desastre.
3. Para la reestructuración y apoyo al Sector, se fortalecerán los procesos de planificación y evaluación, con un criterio integral de desarrollo socioeconómico. Se dará prioridad a la redistribución de los recursos existentes y a la movilización de otros no aprovechados a plenitud. Además, se llevará a cabo el fortalecimiento administrativo de cada una de sus instituciones y el rediseño o ajuste de sus sistemas de información integrado para el sector.
4. En el campo de salud mental, la política se orientará hacia la incorporación regular de este tipo de actividades en el sistema de servicios de salud, así como hacia la lucha contra el uso indebido del alcohol y las drogas, dando prioridad a las acciones preventivas.
5. Para la atención de los problemas de la tercera edad, se dará especial apoyo a las actividades desarrolladas desde el nivel primario, en particular a la educación en este sentido, desde el nivel familiar.
6. Las funciones de medicina curativa y de rehabilitación, deberán basarse en el concepto de que su fin último, no es sólo restablecer una función biológica sino también una función social, y deberán llevarse a cabo dentro de una política de carácter integral, tendiente a obtener la utilización más racional de todos los recursos, así como la máxima eficiencia, eficacia y equidad. Para ello se fortalecerán y se modificarán, en el tanto en que se requiera, las estructuras administrativas necesarias para suministrar un apoyo eficaz a las labores técnicas, incluyendo los ajustes necesarios para dar plena vigencia a los conceptos de desconcentración funcional, para una regionalización y sectorialización efectivas.
7. En materia de recursos humanos, se promoverá el concepto de que su formación debe fundamentarse más en los conceptos de salud, que en los de enfermedad. Se fomentará la coordinación entre los sectores formadores y los usuarios para el análisis de las políticas existentes, así como para la identificación de los cambios necesarios, como resultado de modificaciones en la situación de salud nacional. Especial atención se dará a la formación y actualización de los recursos humanos necesarios para el buen desarrollo de los programas de atención primaria.
8. La investigación en salud se orientará hacia áreas prioritarias, en espe-

27. MIDEPLAN, 1983, 112-115.

cial, hacia los problemas epidemiológicos y sociales predominantes, así como hacia el desarrollo y adaptación de metodologías, técnicas y administrativas, que aumenten la eficacia de los programas que abaraten los costos. Para ello, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud trabajará en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud.

9. Finalmente, la cooperación internacional que se reciba, se orientará hacia los campos y programas que hayan sido definidos como prioritarios dentro de la política de salud.

#### *Algunos comentarios sobre las políticas de salud del período 1982-1986*

Al igual que el período anterior, existe un Plan Nacional de Desarrollo ahora con el nombre de "Volvamos a la Tierra".

En ella se describe la conceptualización de la pobreza como "un fenómeno estructural originado en el sistema económico y que por lo tanto no puede encararse simplemente con acciones directas que apuntan hacia sus manifestaciones antes que vacié sus causas más críticas".

También trata de las vías para resolver la pobreza de manera general: "... los programas que se formulan para enfrentarla (la pobreza), deberán garantizar participación plena de los sujetos más afectados por la inequidad social, en los beneficios que la sociedad produce..." Posteriormente puntualiza en elementos más concretos.

El Plan Nacional de Salud obedece, tal y como se hizo en el período anterior, a un análisis amplio de la situación de salud en la que se destacan la atención primaria y la extensión de la seguridad social como dos estrategias para ampliar la cobertura de los servicios y brindar un carácter integral a la política nacional en salud, iniciadas en los primeros años de la década de los 70.

La estrategia fundamental enarbolada en la política de salud es la atención primaria.

La primera línea de atención es definida como la educación para la salud y la prevención de las enfermedades.

La segunda línea está constituida por el tratamiento de las enfermedades.

Se le da gran importancia a la revisión de las funciones y estructuras de las instituciones del sector que conduzca a una reestructuración para integrar un Sistema Nacional de Salud.

Es interesante observar que la política de integración de los servicios de salud: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, que va a ser la política más importante durante el período no está clara y explícitamente anotada. Puede deducirse que es una consecuencia del punto anterior. Por otra parte esta política de revisión de las funciones y estructuras de las otras instituciones del sector pasa a un tercer plano.

La participación comunitaria se sigue considerando importante pero solamente en las políticas de salud y no en las políticas generales del Plan de Desarrollo. En la práctica se verá que prácticamente no se ejecuta del todo.

En resumen, se puede concluir que las cinco primeras observaciones ano-

tadas para el período anterior se cumplen también para este período.

De la redacción de las políticas de los dos períodos, podría decirse que son muy prolijas, se conoce bien la realidad de la institución, de la problemática de salud y del país. Se sabe por donde ir, en términos generales pero en la práctica, no se pueden alcanzar los innumerables objetivos, fijados en las políticas. El análisis técnico sobrepasa la capacidad de ejecución.

### **Cambios en las orientaciones de las políticas de salud**

Aunque los cambios de las orientaciones de las políticas de salud, pueden ser fácilmente observables en las secciones anteriores, se puede concluir con las dos siguientes observaciones:

1. No se producen cambios sustanciales en las políticas del período 1982-1986, en relación con el período anterior. Los dos cambios más relevantes son:

- Se le da importancia fundamentalmente al proceso de Integración de los Servicios de Salud: Ministerio de Salud, y Caja Costarricense de Seguro Social, hecho que, desafortunadamente, en la práctica no pudo ser desarrollado y no pasó de ser una experiencia, por ahora, poco fructuosa, aunque como política marca un mito histórico en el desarrollo de un sistema de salud.
- La participación popular que fue intensamente impulsada en el período 78-82 deja de tener esa importancia en la práctica, aunque en la política queda enunciada como una de las importantes.

El resto del proceso continúa prácticamente igual entre un período y otro.

2. El período 1978-1982 en relación con períodos anteriores presenta algunos cambios en las políticas que marcan elementos de importancia histórica:

- La universalización del Seguro Social
- El señalamiento por decreto ejecutivo del Ministerio de Salud, como rector del sector respectivo.

Además, se le da gran importancia a la participación popular, como ya se mencionó, no sólo desde el Ministerio de Salud, sino como política general del gobierno.

Finalmente, también se crean los Departamentos de Control de las Enfermedades Crónicas y Degenerativas y de Control de Higiene y de Seguridad Industrial. Se impulsan las campañas contra el ruido, el humo y la prevención de la sordera, etc.

Los cambios de las políticas son debidas a planes propios de los gobiernos de turno, al igual que de los máximos responsables de la salud del país: el Ministerio de Salud y el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social. No se puede saber, por la bibliografía revisada, si la estructura técnica del Ministerio jugó o no un papel relevante en la redacción de las políticas, a excepción, como es de esperar de la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud.

### **Gastos del Estado en Salud (1980-1985)**

Costa Rica ha tenido en el período que nos ocupa un gasto promedio por

año en el Sector Salud de 7.455 millones de colones en valores corrientes y 1.843.47 millones de colones en valores constantes al año 1975. (Ver cuadro 2).

Importantes variaciones se dieron durante el período. Si analizamos el porcentaje de crecimiento anual según valores constantes, vemos que hubo un crecimiento negativo en los años 81 (-11.8% ) y 82 (-27.4%) como resultado de una de las crisis económica más severa que ha sufrido el país en su historia. Con la discreta recuperación económica del país en los años siguientes se produce un aumento del gasto en 8.2% en el año 1983 y un 25.1% en el año 1984, descendiendo ese porcentaje de incremento en el año 1985 a un 6.1%. (ver cuadro 3).

Sin embargo, si observamos el porcentaje de crecimiento del gasto del Sector Salud en relación al inicio del período, vemos que en ningún momento se logra recuperar la cifra que se presentó en el año 1980. Aunque se observa un importante esfuerzo del Estado para lograrlo, pues se llega a un crecimiento negativo del 7.9% en el último año del período, luego de haber alcanzado el -36% en el año 1972, existe un deterioro presupuestario, que se refleja en la práctica en uno de los muchos factores que probablemente han incidido en la aparición, durante los años de 1986 y 1987, de las epidemias de sarampión y meningitis viral, como en el aumento de la incidencia de enfermedades como la malaria, la hepatitis, la influenza. etc.

Por otra parte, mientras continúan incrementándose en el período, los egresos hospitalarios y las consultas médicas, el gasto en valor constante, sigue siendo menor que el del año 1980,

como ya se ha indicado. ¿Ha significado esto un deterioro en las condiciones de eficiencia de los servicios de salud? ¿Ha tenido otras repercusiones en el impacto en salud o las tendrá en los años que siguen?

El porcentaje del gasto del Sector Público dedicado a salud fue de 15% en promedio para el quinquenio, teniendo el año 1980 el porcentaje más alto con un 16.3; desciende luego hasta llegar a un 13.9% en 1983, recuperándose en 1984 para descender nuevamente en 1985 a 14.6%. (ver cuadros 4 y 5).

En relación con el PIB el descenso se produjo de 7.9% (1980) a 5.6% (1982), recuperándose luego sin llegar a alcanzar el porcentaje que tenía al inicio del período. (ver cuadros 4 y 5).

Dentro del Sector Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, que es la entidad por excelencia de medicina curativa y de rehabilitación, consume, en promedio para el quinquenio, el 66.5% del gasto, mientras el Ministerio de Salud sólo utiliza el 16%. La relación del gasto de Caja Costarricense de Seguro Social vs. Ministerio de Salud es de 4.2 a 1. Mientras no haya una cobertura total, de al menos la población de mayor riesgo (rural dispersa y urbana marginada) en los servicios preventivos, no es racional la distribución en los fondos en el sector salud; más aún, si se toma en consideración que lo que debería destinarse para alcanzar esa cobertura no representaría un peligro para el presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social, sino que significaría una economía por la disminución de enfermos a atender. La epidemia de sarampión, que se presentó en los años 1986-87 se hubiera evitado si, además de otros factores, se hubiese tenido una

**CUADRO 2**  
**GASTO DEL SECTOR SALUD POR INSTITUCIONES**  
**QUE LO COMPONEN EN MILLONES DE COLONES**  
**POR AÑO 1980-1985**

Año	Instituciones del Sector Salud										I.N.S.*
	Gasto total		Ministerio de Salud		C.C.S.**		I.C.A.A.		V. Corriente	V. Const.	
	V. Corriente	V. Const.	V. Corriente	V. Const.	V. Corriente	V. Const.	V. Corriente	V. Const.			
1980	3.250,8	2.208,37	518,3	352,31	220,0	1.493,89	316,1	214,45	219,5	146,91	
1981	3.936,2	1.949,81	824,5	308,11	2.895,5	1.334,21	348,8	172,85	270,5	133,89	
1982	5.440,0	1.416,00	918,7	239,44	3.792,1	997,27	394,7	102,77	333,5	86,63	
1983	7.807,5	1.932,66	1.255,4	246,44	5.279,6	1.036,45	815,8	180,16	456,7	89,65	
1984	10.938,1	1.919,02	1.854,2	290,07	6.881,0	1.203,10	1.797,5	318,20	625,4	109,67	
1985	13.348,4	2.034,48	2.205,8	393,19	8.671,2	1.321,61	1.575,1	240,07	866,3	136,68	
Promedio	7.455,0	1.843,47	1.196,48	295,60	4.916,9	1.229,62	874,6	200,90	467,0	117,81	
Porcentaje	100		16,0		66,0		11,7		6,3		

\* Incluye el presupuesto asignado al programa de riesgo de trabajo, seguro obligatorio de vehículos y prestaciones sanitarias.  
 \*\* No incluye préstamos en dinero.

Fuente: Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud basado en:

- Liquidaciones del Presupuesto, Ministerio de Salud..
- Anuarios Estadísticos, Caja Costarricense de Seguro Social.
- Memorias Anuales de la Contraloría General de la República.
- Dirección de Seguros Solidarios del I.N.S.

**CUADRO 3**  
**GASTO DEL SECTOR SALUD Y PORCENTAJE**  
**DE CRECIMIENTO ANUAL Y CRECIMIENTO**  
**EN RELACION CON EL INICIO DEL PERIODO, POR AÑO**  
**1980-1985**

año	Gasto total		Porcentaje Crecimiento anual	Porcentaje crecimiento en relación con 1980
	V. Corr.	V. Const.		
1980	3.256.9	2.209.57	-	-
1981	3.939.2	1.949.81	(11.8)	(11.8)
1982	5.440.0	1.416.30	(27.4)	(36.0)
1983	7.807.5	1.532.86	8.2	(30.6)
1984	10.938.1	1.918.02	25.1	(13.2)
1985	13.348.4	2.034.48	6.1	(7.9)

Fuente: Ministerio de Salud

**CUADRO 4**  
**P.I.B., GASTO DEL SECTOR PÚBLICO Y GASTO DEL SECTOR SALUD**  
**EN COLONES Y DOLARES (MILLONES) 1980-1985**

		1980	1981	1982	1983	1984	1985
P.I.B.	colones	41.405.5	57.102.1	97.506.1	129.314.0	163.010.9	19.242.7
	dólares	4.266.6	2.698.0	2.451.7	3.116.0	3.937.5	3.813.4
Gasto Sector Público	colones	20.029.3	27.736.7	37.007.0	58.002.8	67.415.8	91.848.3
	dólares	2.064.9	1.309.6	930.5	1.349.5	1.628.4	1.816.3
Gasto Sector Salud	colones	3.256.9	3.939.2	5.440.0	7.807.5	10.938.1	13.348.4
	dólares	335.8	186.0	136.8	188.1	264.2	264.5

Tipo de cambio:

1980: \$1 = 9.70 colones

1981: \$1 = 21.18

1982: \$1 = 39.77

1983: \$1 = 41.50

1984: \$1 = 41.40

1985: \$1 = 50.46

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.  
 Contratoría General de la República.

**CUADRO 5**  
**PORCENTAJE DEL GASTO DEL SECTOR PÚBLICO**  
**Y DEL P.I.B. DESTINADO AL SECTOR SALUD**  
**POR AÑO. 1980-1985**

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	Promedio
Sector Público	16.27	14.21	14.71	13.94	16.23	14.57	15.0
P.I.B.	7.87	6.9	5.58	6.04	6.71	6.94	6.7

Fuente: Ministerio de Salud.

cobertura total de la población en riesgo, lo que hubiese significado un ahorro a la Caja Costarricense de Seguro Social, en atenciones a estos pacientes, además del ahorro económico y en vidas que hubiera representado para las familias costarricenses.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y el Instituto Nacional de Seguros representan el 11.7% y el 6.3% respectivamente del gasto del Sector Salud.

**Cobertura teórica programada y real del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social**

En 1973 fueron aprobadas la Ley General de Salud y la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, aún vigentes. En 1971 fue aprobada la Ley de Universa-

lización de la Seguridad Social y en 1975 la del traspaso de hospitales y sus recursos del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S).

Este cuerpo de leyes establece la responsabilidad global del Ministerio, en su calidad de ente rector del Sector Salud, de "realizar las acciones en materia de medicina preventiva" y "otorgar las prestaciones, de salud en materia de medicina curativa y de rehabilitación para toda la población".<sup>28</sup> Establece además, un proceso mediante el cual toda la responsabilidad ejecutora, en cuanto a servicios de curación y rehabilitación, es delegada en una sola institución: la Caja Costarricense de Seguro Social.

De esta manera, el Ministerio conserva la responsabilidad de ejecutar acciones de promoción de la salud y la prevención de las enfermedades para el total de la población. A su vez, entrega paulativamente a la Caja Costarricense de Seguro Social, lo referente a acciones curativas y de rehabilitación, en la

28. Ministerio de Salud, 1974.

medida en que ésta sea capaz de extender sus servicios hasta el logro de la meta de cobertura universal de la población.

Para 1980, la cobertura propuesta,<sup>29</sup> podríamos resumirla tal y como se muestra en la figura 1.

Esta situación no ha variado sustancialmente durante el período, en virtud de las dificultades económicas de la Caja Costarricense de Seguro Social y la crisis general del modelo de atención. Debe sin embargo, tomarse en cuenta que, justamente con el propósito de lograr una mayor eficiencia en los servicios, se ha promovido conjuntamente tanto la integración de servicios de salud (M.S.- C.C.S.S) como la incorporación paulatina de los indigentes al status de "asegurados por parte del Estado" tarea para la cual ha sido prevista la participación de las Juntas de Salud y Seguridad Social, que no ha sido cumplida a cabalidad.

La situación alcanzada al final del período, en estudio con datos menos precisos que los anteriores nos hablan básicamente de la misma situación:

- a. La Caja Costarricense de Seguro Social, con "un sistema parcial de seguridad social que tiene una cobertura entre el 78% y el 80% de la población total del país"... a la que da atención de enfermedad, maternidad, rehabilitación de invalidez", y
- b. El Ministerio de Salud que "presta atención sobre educación para la salud, prevención y saneamiento ambiental a todo el país" y que "a

un 20% de la población no asegurada (pobre) da cuidados para la enfermedad".<sup>30</sup>

Así, "El 98% de la población está protegida por la acción combinada del Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social".<sup>31</sup>

Sin embargo, dos problemas generales se presentan en relación con esta cobertura.

- a. Ese 80% de la población asegurada por la Caja Costarricense de Seguro Social, no tiene en su totalidad el acceso geográfico y/o el acceso socio-cultural a los servicios. Esto quiere decir que la población que vive alejada de las instalaciones de salud no utilizará oportunamente estos servicios. Y, por otra parte, el nivel socio-cultural de una parte de la población dificultará los servicios cuando los necesita. Esto reduce el porcentaje de la cobertura.

El sistema de atención en consulta externa del Seguro Social está agotado. No asegura la adecuada y oportuna atención de los pacientes lo que también disminuye la cobertura real.

- b. Del 20% restante no cubierto por el Seguro Social, una parte disponen de suficientes medios económicos, para obtener atención en la medicina privada. En la otra parte pueden ocurrir dos situaciones:

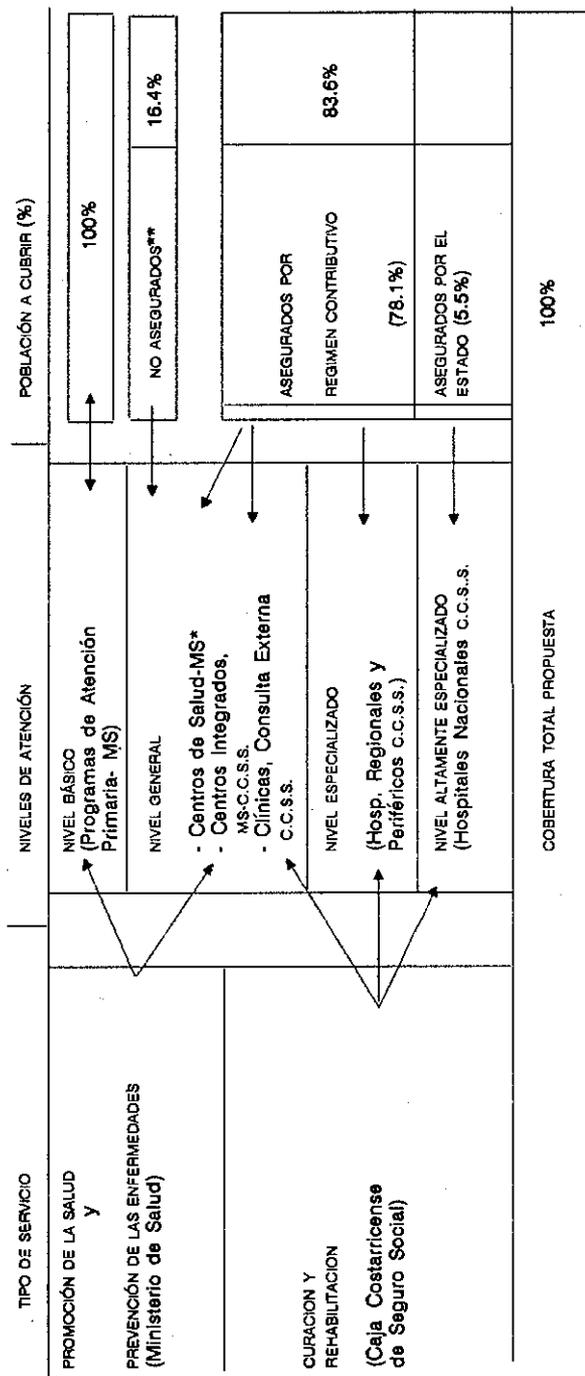
Acudir al Seguro Social, sin pago alguno por los servicios prestados, si se comprueba que se trata de un indigente, o pagando los servicios, si no lo es.

29. Ministerio de Salud, 1981 pp. 116-119.

30. J. Jaramillo, 1984 pp. 52-53.

31. Ministerio de Salud. 1986. p 8.

**FIGURA 1**  
**COBERTURA PROPUESTA DE LA POBLACION, CON SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD, SEGUN RESPONSABILIDAD ASIGNADA Y CAPACIDAD DE CADA INSTITUCION**



\* Sólo brinda atención médica general ambulatoria

\*\* Además de indigentes, incluye a trabajadores por cuenta propia.

- Acudir a los Centros de Salud, del Ministerio de Salud que no se encuentran realmente habilitados para la adecuada atención de los enfermos.

Muy pocos no acudirán del todo a ningún servicio. Por otra parte:

- c. En el nivel básico de atención, Costa Rica se ha adelantado a la gran mayoría de los países del orbe, al implantar los programas de extensión y cobertura: salud comunitaria y salud rural, para las zonas urbanas empobrecidas, y zona rural dispersa, respectivamente. Es necesario señalar que cinco años antes de que se emita la Declaración de Alma Ata (1978) que recomienda utilizar como estrategia la Atención Primaria de Salud y los Programas de Salud Comunitaria, Costa Rica inicia el programa de Salud Cultural. Antes de ello el ejemplar programa de San Ramón también había dado inicio.

Estos programas de Salud Comunitaria y Salud Rural alcanzan una cobertura nacional del 54.1% visitando las familias un promedio de 2.3 veces/año (1985). La mayoría de estas familias son de las zonas prioritarias rural disperso y urbano empobrecidas.

Sin embargo, no se ha logrado alcanzar al 100% de esas zonas y familias prioritarias y los programas han sufrido altibajos en la cobertura, dependiendo de la importancia que le brinden los políticos. Desde 1985 Alvarado, R. (1987); viene trabajando sobre una nueva metodología de atención: el enfoque de riesgo familiar que tiene como objetivos seleccionar las familias cuyos miembros

tienen mayores posibilidades de enfermarse o morir para brindarle una más oportuna y frecuente atención preventiva. Con ello se espera aumentar la cobertura entre un 17 y 30% de las familias prioritarias, sin aumentar los costos, mejorando además la calidad de la atención, pudiéndose llegar a cubrir al 100% de las familias catalogadas como prioridad uno del país, con el mismo personal a expensas de las familias de menor apremio. Actualmente, esta Metodología se está utilizando en 20 centros de salud con 200.000 personas.

- d. Desafortunadamente, los otros programas del nivel básico de atención como los de segundo nivel o nivel general no tienen programadas sus actividades en términos de cobertura por lo que no se puede evaluar este aspecto.

- e. Es importante agregar que los Centros de Salud son en teoría, responsables de todo el área de adscripción que le corresponde. Esta área, comprende el cantón respectivo. (En el área metropolitana hay más de un Centro de Salud por cantón). Esto daría una cobertura casi total del país, pues se cuentan con 86 Centros de Salud. En la práctica esto no corresponde a la realidad pues los Centros de Salud, como plantel de atención, brinda sus servicios a quienes llegan, sin tener en su programación el objetivo de la cobertura, de al menos, las familias prioritarias, a excepción de algunas familias que son atendidas en su hogar, por los programas de Salud Comunitaria y Salud Rural, donde reciben solamente

las actividades que estos programas ejecutan. Con la Metodología de Enfoque de Riesgo Familiar que se menciona en el punto anterior, se podrían programar las consultas en el Centro de Salud dándole preferencia a las familias prioritarias.

## Bibliografía

Alvarado, R. *Análisis de la Organización y Funcionamiento de las Políticas de Salud a través de los Programas Materno-infantiles en Centroamérica. El caso de Costa Rica. I etapa.* Proyecto de Investigación ICAP. Fundación FORD. San José 1987.

Alvarado, R. et. al. *Plan Nacional de acción de supervivencia infantil para el año 1986.* Comisión Nacional de Supervivencia Infantil. Mimeografiado. San José, 1986.

Alvarado, R. *El enfoque de riesgo familiar: un nuevo modelo de atención primaria,* Memoria II Congreso Nacional de Salud Pública. San José, Costa Rica, 1987.

Asís B., Miguel. *Salud comunitaria a nivel urbano.* Cátedra de Medicina Preventiva, Universidad de Costa Rica. Mimeografiado, 1976.

Elizondo, Ana. *Situación Nutricional y algunos aspectos socio-económicos de cantones de Costa Rica.* O.C.A.F. (S.I.N.) Mimeografiado, 1983.

Jaramillo A, Juan. *Los problemas de la salud en Costa Rica.* Segunda Edición corregida. Litografía Amber. San José.

Laurell, Asa Cristina. *La salud-enfermedad como proceso social.* Maestría en Medicina Social, Univ. Autónoma de México-Xochimilco. Mimeografiado. 1979.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. *Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986 "Volvamos a la tierra".* Tomo I. Diagnóstico y Estrategia Global. Imprenta Nacional. San José. 1983.

Ministerio de Salubridad Pública. *Manual de Salud Rural.* Primera edición. Mimeografiado, Costa Rica, 1974.

Ministerio de Salud. *Necesidades prioritarias de Salud en Costa Rica.* San José, 1985.

Ministerio de Salud. *Ministerio de la situación de salud en la década 1971-1980. Políticas y Estrategias en relación con la meta "Salud para todos en el año 2.000".* Unidad Sectorial de Planificación. Costa Rica. 1980.

Ministerio de Salud. *Ley general de salud ley orgánica del Ministerio de Salud.* Imprenta Nacional. San José, 1974.

Ministerio de Salud. *Memoria Anual 1985.* Departamento de Educación para la Salud y Departamento de Publicaciones. San José, 1986.

Ministerio de Salud. *Salud en Costa Rica (Evaluación de la situación en la década de los años 70.* Unidad de Planificación. 1981.

Oficina de Planificación Nacional y Política Económica. *La dimensión de la pobreza rural en Costa Rica.* San José, Costa Rica. 1981.

- Períodico La Nación. "El Ministerio de Salud y la participación popular". Foro de la Nación. 31-05-80.
- Períodico La Nación. "Desciende notablemente mortalidad en Costa Rica". 25-05-79.
- Períodico La Nación. "El hospital "sin paredes": un ejemplo". Editorial 27-04-80.
- Períodico La Nación. "Gobierno impulsa revolución social". 19-04-80.
- Períodico La Nación. "Ministro anuncia linamientos del Sistema Nacional de Salud". 20-12-82.
- Períodico La Nación. "Ministerio de Salud. Resumen de tres años de labor". 8-05-85.
- Períodico La Nación. "Procurarán coordinar acción entre sectores sociales". 17-11-80.
- Períodico La Nación. "Salud para todos antes del año 2.000". Espacio Ministerio de Salud. 25-05-80.
- Períodico La Nación. "Salud se propone prolongar la vida del costarricense". 24-11-80.
- Períodico La Prensa Libre. "Congreso de hospitales en San Ramón". 11/11/80.
- Presidencia de la República. *Plan Nacional de Desarrollo 1979-1982* "Gregorio José Ramírez. Resumen interpretativo. OFIPLAN. San José, Costa Rica. 1980.
- Rasero, L y Sosa, D. *La mortalidad en los cantones de Costa Rica: 1968-1969. Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense. marzo 1984, p. 20-30.*
- Sáenz J., Lenín. *Salud en Costa Rica 1982-1986. Política de Salud del Gobierno actual. Tema 3 del Módulo 2 del Programa de Educación Continua para un Compromiso. Ministerio de Salud. Mimeografiado, 1983.*
- Timio, Mario. *Clases sociales y enfermedades. Editorial Nueva Imagen, México. 1980.*
- Ureña, Pablo (Asistente del Viceministro de Salud). "El Ministerio de Salud y la participación popular". *Períodico La Nación, Sección Foro. San José, 31 de mayo de 1980* ◊

# Los programas de salud en Panamá

Marta Gómez de Denamps

---

LA AUTORA PRESENTA COMO PRODUCTO DE INVESTIGACIÓN LA CARACTERIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD Y LOS FACTORES QUE AFECTAN EN LA EFICIENCIA Y EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD. A SU VEZ, HACE UN DIAGNÓSTICO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ADMINISTRATIVOS QUE INCIDEN EN LOS SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD EN PANAMÁ.

## La caracterización de la política nacional de salud

En la estructura sectorial del Ministerio de Planificación y Política Económica (área social), el Sector Salud de Panamá, se ubica como No. 8. Está conformado por cuatro instituciones: El Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (I.D.A.A.N.) y la Dirección Metropolitana de Aseo (D.I.M.A.). El artículo 103 de la Constitución Política de la República, establece que es "función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República, que el individuo como parte de la Comunidad tiene derecho a la pro-

moción, conservación, restitución y rehabilitación de la Salud".

En cumplimiento del precepto constitucional, se realiza mediante el Decreto de Gabinete No. 1 del 15 de enero de 1969 del Ministerio de Salud.

La Política Nacional de Salud es un instrumento orientador de las acciones, dentro de un sector prioritario de desarrollo económico y social, que delinea los mecanismos tendientes al logro del mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la ampliación de la cobertura.

Requiere del perfeccionamiento de los instrumentos jurídicosanitarios, que desarrolle los preceptos constitucionales vigentes, para regular las relaciones intra y extrasectoriales de salud; garantizando la política de Extensión de Cobertura en Salud, a través de la participación activa de la comunidad. De esta manera se generan programas de

---

\* Socióloga y funcionaria del Ministerio de Salud de Panamá

salud en donde se integran tres niveles de atención, es decir, la promoción y protección de la salud con el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del individuo; perfeccionando los mecanismos técnicoadministrativos que faciliten la regionalización y sectorización funcionales, permitiendo así la utilización racional y eficiente de nuestros recursos.

Las políticas substantivas de salud, están claramente definidas en los artículos 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112 de la Constitución.

El Ministerio de Salud para implantar mediante planes y programas la política de salud, define como objetivos y metas del Plan Nacional de Salud, los siguientes:

### *Objetivos*

- Identificar tempranamente los riesgos para la salud de los individuos y las familias, promoviendo la salud de los grupos de alto riesgo biológico y de mayor postergación social.
- Tratar oportunamente a las personas por los daños que ocasionan los traumatismos y las enfermedades prevalentes.
- Proteger a las comunidades contra los agentes físicos, biológicos y psicosociales nocivos para la salud.
- Rehabilitar a los incapacitados e impedidos en forma integral para su reincorporación social.

### **Naturaleza y orientación de las políticas de salud**

La formulación de una política de salud, es el acto mediante el cual el Estado determina los objetivos generales

que pretende alcanzar en el campo de la salud, y especifica los medios administrativos para alcanzarlos.

Desde el punto de vista jurídico, la Carta Magna de la República de Panamá, define tres grandes lineamientos políticos, que se conjugan para regular el quehacer del Sector Salud, estos son: la salud integral concebida como una función esencial del Estado y como un derecho y un deber de todo ciudadano; la participación comunitaria que define una estrategia tendiente al establecimiento de los mecanismos legales que garanticen dentro del sector salud la existencia de una democracia participativa y, la reforma técnicoadministrativa tendiente a una reorganización y redistribución racional y socialmente justa de los recursos que el sector público destina a la producción de bienes y servicios específicos de salud, a través de la estrategia de regionalización e integración orgánica y funcional de todas las instituciones gubernamentales del sector salud.

El diseño de políticas y estrategias requiere de una planificación que debe ser participativa y adaptable, para que responda a la dinámica social y a hacer realidad los conceptos de equidad, desarrollo y bienestar social.

Las principales estrategias son: promover la aprobación del nuevo Código de Salud, que contiene los instrumentos legales debidamente actualizados, que facilitará la labor de los funcionarios del Sector Salud; fomentar la preparación de un Anteproyecto de ley para complementar el Artículo 111 de la Constitución que regula la Integración de los Servicios de Salud, estudiar y proporcionar la formulación de un plan unico de salud a nivel nacional, donde la programa-

ción del gasto se realice con base en una evaluación técnica del sistema con participación de todas las instituciones del sector; desarrollar una política de recursos humanos que responda a las necesidades que se definirán en el Plan Nacional de Salud; crear nuevas formas de participación de todos los sectores panameños, organizados en clubes cívicos, gremios públicos y privados, para motivar y orientar a la población, a fin de que contribuya a mejorar su propia situación de salud; crear un sistema de evaluación y control del sector en todos sus niveles.

### Zonas y grupos sociales prioritarios de los programas de salud

El proyecto "Red Nacional de Servicios de Salud" (1985), considera "Grupo Humano Postergado" (GHP) al conjunto de individuos que en una sociedad dada tienen condiciones de vida y oportu-

nidades inferiores. El concepto de "postergación" es relativo de un país a otro y de una región a otra, según el grado de desarrollo socio-económico y cultural, las aspiraciones de cada comunidad, la interpretación nacional de "pobrezas" y de "necesidades básicas"; y está correlacionado con la marginalidad.

Para la determinación de los grupos postergados en el sector salud, se tomaron en cuenta tres variables; a saber: acceso a servicios de agua potable, disposición de excretas y alfabetismo (asignando el mismo peso a los tres componentes). Tales variables permiten detectar factores de riesgo para el perfil de salud. De allí determinaron los grupos humanos postergados para cada Región de Salud del país.

Para 1983, de un total de población de 2,054.744, el 19% (398.452) estaba postergada, tal como se ve en el cuadro 1.

**CUADRO 1**  
**CONSOLIDADO NACIONAL DE LA POBLACION POSTERGADA**  
**SEGUN REGION, AÑO 1983**

Región	Población Total	% Población Postergada	Población Postergada	%
República	2.054.744	19,4	398.432	100,0
Bocas del Toro	89.200	45,2	31.311	7,9
Coclé	157.192	18,9	29.834	7,5
Colón	140.757	15,3	21.543	5,4
Chiriquí	331.455	28,0	92.920	23,3
Darién	33.961	51,6	17.512	4,4
Azuero	175.021	20,3	35.460	8,9
Metropolitana	700.513	10,0	10.051	17,6
Panamá Este	45.346	17,5	7.938	2,0
Panamá Oeste	166.121	11,8	19.633	4,9
Veraguas	197.705	25,6	50.628	12,7
San Blas	37.473	58,0	21.622	5,4

Fuente: Red Nacional de Servicios de Salud.

La magnitud de la postergación tuvo un comportamiento diferente según región. Las que mayores problemas presentaron fueron Bocas del Toro, San Blas, Darién, Chiriquí y Veraguas, en las cuales se identificaron sectores sanitarios con un 10% de su población en condiciones de postergación.

Las regiones con mayor número absoluto de población postergada son en orden descendente: Chiriquí, Metropolitana, Veraguas y Azurero, como se observa en el gráfico 1.

Son evidentes las grandes desigualdades, tanto en el número de sectores sanitarios de cada región como en el grado de postergación relativa de cada uno de ellos.

Aunado a lo anterior, se encuentran los factores restrictivos de acceso a los servicios de salud como los de carácter geográfico por los precarios medios de transporte, que son evidentes, especialmente en las Regiones de Darién, San Blas, Veraguas y Chiriquí.

La carencia de los servicios que se tomaron como parámetros para medir la postergación, propician principalmente enfermedades infecciosas y parasitarias.

Un indicador de ello es la tasa de mortalidad por provincia donde se ve la estrecha correlación de ésta en provincias como Bocas del Toro y Darién, con los correspondientes porcentajes de postergación detectados.

La identificación de la postergación de los diferentes grupos humanos dentro de la población, es de fundamental importancia para priorizar las intersecciones en Salud, requeridas

por estos grupos dentro del proceso de programación.

Asimismo, el personal regional y local tiene la responsabilidad de enfocar los programas de manera prioritaria hacia los grupos postergados.

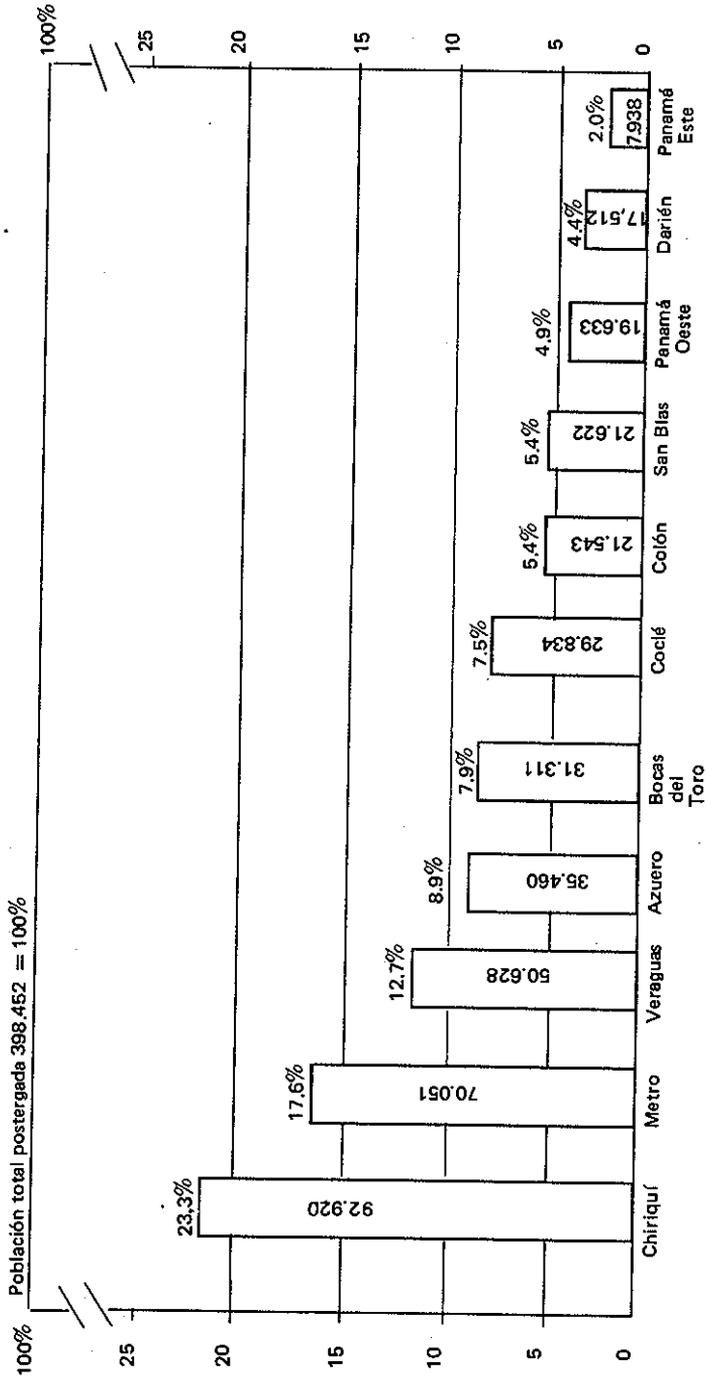
### **Cambio de orientación en las políticas en los últimos cinco años**

En el año 1981, la profundización y ampliación del diagnóstico del Sector Salud de la República de Panamá, han permitido precisar las siguientes políticas prioritarias:

- El mantenimiento y extensión de la cobertura de salud.
- El control de los riesgos del medio.
- El mejoramiento de la calidad de los servicios que se brindan directamente a las personas.
- Nutrición.
- La recuperación, restauración, ampliación y remodelación de los establecimientos de salud, con especial énfasis en los hospitales.
- El mejoramiento de los servicios de apoyo técnico y administrativo.

Hacia el año 1985, el Sector Salud ha continuado la extensión de la cobertura de los servicios, poniéndose énfasis en la atención integral con secciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, con la participación de la comunidad en la planificación y administración de los servicios.

**GRAFICO 1**  
**DISTRIBUCION DE LA POBLACION POSTERGADA SEGUN REGION**  
**AÑO 1983**



Fuente: Red Nacional de Servicios de Salud

Para cumplir con esta meta, se hace necesario asegurar la accesibilidad a los servicios de salud, mediante la participación de los diferentes grupos sociales y una articulación adecuada con otros sectores institucionales del país.

Se ha elaborado para 1986, un Plan Integral de Desarrollo de la Red Nacional de Servicios de Salud, que establece las necesidades para la construcción de nuevos hospitales y la ampliación, remodelación o reemplazo de los hospitales existentes.

Las prioridades son: la continuación del Hospital de San Miguelito, que funcionará como integrador de recursos del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, para atender la población de esta área postergada, y el inicio de la remodelación del Hospital Nicolás A. Solano, de la Chorrera, con lo cual se mejorará notablemente la atención de la Región Oeste de la Provincia de Panamá.

Igualmente, se ha determinado como urgente la reconstrucción de los Hospitales de Santiago, San Félix y Ailigandí, y la readecuación de los Hospitales de La Palma, Penonomé, Aguadulce y los que conforman el Complejo Hospitalario de Azurero.

El Hospital Manuel A. Guerrero de la Ciudad de Colón esta siendo remodelado actualmente en un esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

También se ha considerado prioritario el mejoramiento de la oferta de la Red Primaria de Servicios de Salud, constituida por Centros, Subcentros y Puestos de Salud. Se enfatiza la urgente integración de los recursos en las áreas Metropolitana de Panamá Oeste, en donde dos redes de servicios duplica-

dos y competitivos son las causantes de un gran porcentaje del gasto total en salud. Así, hospitales de complejidad de tecnología terciaria, atienden en camas de alto costo, problemas de salud que en un 95% requieren tecnología más sencilla y menos cara para su solución.

Se propone fortalecer el proceso de gestión de los Servicios de Salud en todo el país, con el propósito de disminuir los costos unitarios de producción y optimizar la utilización de los recursos asignados al sector.

Se ha iniciado la formulación de dos proyectos para proporcionar servicios de agua potable mediante la construcción de 475 acueductos rurales, durante un período de 4 años, financiado por el BID. Estos proyectos plantean el inicio de la construcción de 35 de esos acueductos durante 1986 para comunidades de menos de 500 habitantes. Mediante estos proyectos se construirán en ese período 500 pozos y 10.000 letrinas.

Se ha finalizado en 1986, la ejecución de un contrato de Cooperación Técnica, iniciado en 1983, mediante el cual se han construido 10 puestos de salud, remodelando 4 subcentros, construido un centro de salud y 2 acueductos.

Se han construido 3,100 letrinas. Para las áreas marginadas y de difícil accesibilidad se han adquirido 10 vehículos.

La nueva dirección política que se hizo cargo del Ministerio de Salud a partir de noviembre de 1986, continúa con los proyectos de construcción y ampliación de hospitales con base en el Plan Maestro de Desarrollo de la capacidad instalada. En 1986, se mejoraron 3 hospitales y se obtuvieron fondos para res-

taurar y mejorar 15 instalaciones sanitarias en el país.

Se elabora a comienzos de 1987, un Proyecto de Saneamiento Básico Rural que propone la construcción, en un plazo de 5 años, de 400 acueductos, 300 pozos perforados y 10,000 letrinas que beneficiarán a unas 30,000 familias.

### **Política hacia los distritos de máxima pobreza**

Frente a situaciones de urgencia previsible que ocasionaron morbilidad de menores en algunas provincias del país, surge la propuesta Volvamos a la Comunidad, de parte de las máximas autoridades del Ministerio de Salud.

Esta propuesta emana del análisis de las rigideces que impidieron e impiden el desarrollo de un programa de extensión de la cobertura, y se enmarca dentro de la estrategia de salud comunitaria. Contempla la ejecución de la participación activa y consciente del personal que labora en la sede del Ministerio de Salud, y en las regiones integradas se identifica como grupo prioritario para incorporarse al proceso participativo, al personal administrativo con diez y menos años de servicio y al personal técnico y administrativo de cada una de las regiones.

#### *Propósitos de esta política*

1. Mejorar el nivel de salud de las comunidades de pobreza máxima.

2. Impregnar de dinámica comunitaria la gestión técnicoadministrativa del sector.

3. Consolidar y fortalecer la unión del pueblo y el gobierno como instrumento para la paz y el progreso.

El personal de salud debe realizar un diagnóstico integral de las comunidades. Se ejecutarán los proyectos específicos que se consideren necesarios en las distintas comunidades, y se llevarán a cabo las acciones previstas por los programas del Ministerio de Salud.

La participación de las comunidades y de sus autoridades administrativas y políticas, es fundamental para el éxito del trabajo que se propone desde el punto de vista técnico, social y político.

### **Análisis y situación de las políticas de salud en Panamá**

#### *Sobre el concepto de salud enfermedad*

Tal y como se presenta definido el concepto de salud enfermedad en la sección anterior (salud entendida como el completo bienestar físico, mental y social), ha sido adoptado en Panamá, pero nunca hasta ahora se ha cuestionado científicamente.

En primer lugar, no se considera en las instituciones de enseñanza superior, (para las carreras en medicina y enfermería), que la salud enfermedad es una categoría dialéctica, que responde a un proceso histórico de producción y que

expresa una contradicción biofísicosocial entre la vida y la muerte.

Salvo en la cátedra de medicina preventiva y social, y en sociología de la salud, donde se hace referencia a la estructura social en que se desenvuelve la persona, el resto de la cátedra de enseñanza médica y paramédica obvian este enfoque básico y tratan al ser humano, sólo en su estado de "enfermo físicamente", con el resultado evidente de estar formando profesionales con una clara desviación hacia problemas puramente biológicos y curativos.

En segundo lugar, el dinamismo del proceso salud-enfermedad, está siendo experimentado de una manera profunda en la práctica de la salud comunitaria, pero sin que la rica experiencia que cada comunidad está viviendo en la obtención de mayor salud a través de acueductos, vacunación, letrinas, atención preventiva del embarazo, sea objeto de análisis sociológico. Esto, para que los conocimientos obtenidos se incorporen al bagaje científico, tanto de los prestatarios como de los usuarios de los servicios de salud.

No hay duda de que el concepto de salud que se maneja en Panamá, no está tomando en cuenta integralmente las necesidades de salud mental y social. Básicamente porque se desconocen las necesidades profundas y los problemas reales de cada sector de la población según su sexo y edad; en esos aspectos se continúa aún ignorando la importancia de la investigación socioantropológica que puede contribuir a esclarecer la concepción, las expectativas y las demandas de salud de los diferentes grupos étnicos culturales del país.

Por otra parte, la visión exclusivamente biológica del ser humano (sostenida por parte del sistema de salud), tiene como consecuencia que los propios individuos ignoren, subestimen o consideren de manera prejuiciada sus problemas psicológicos y/o de conflicto con el entorno social.

Sin duda, es aún escaso en Panamá el aporte que las ciencias de la salud están aceptando de las ciencias sociales. Aquellos que dirigen y planifican tanto la enseñanza como la prestación de servicios de salud, continúan con una visión biologista de la morbilidad y centran la investigación y la docencia en situaciones de disfunción física.

Ejemplo de ello, es el hecho de que a pesar de que Panamá aceptó la propuesta política de OPS/OMS sobre "La Mujer, La Salud y el Desarrollo", hay todavía una gran indiferencia oficial hacia el análisis crítico de la situación de subordinación y dependencia en que vive la mujer (tanto en el hogar como en el trabajo), la no consideración del machismo, el alcoholismo, la prostitución, como factores patógenos de origen social, que son causas de graves problemas sicosociales, como la violencia contra la mujer y los niños, el uso de drogas en adolescentes, el fracaso y deserción escolar, la prostitución infantil y tantos otros.

Es indudable que la salud mental de la juventud se verá minada si continúa la ausencia de verdaderos programas de educación social, si no hay acceso serio a la información y al control de la fecundidad, al conocimiento de la transmisión de enfermedades sexuales y sobre los peligros del consumo de estimulantes, información que debe ser

objetiva y que debe gozar de credibilidad ante los ojos de los adolescentes.

Esto va unido a la necesidad de preparación clara y uniforme de los recursos humanos que deben atender tal problemática.

En ese sentido, podemos ver que si bien se cuenta con un número aceptable de personal médico y paramédico, éste no está orientando su acción hacia aspectos preventivos que lo lleven a una comunicación no paternalista con la población panameña.

Cuando nos preguntamos qué práctica médica prevalece en la sociedad panameña, debemos considerar ante todo, que Panamá es una sociedad que se rige por las relaciones capitalistas de mercado, de oferta y demanda, donde los servicios de salud del Estado (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social) coexisten con la práctica médica privada.

Tanto las instituciones oficiales, como las privadas, ofrecen sus servicios a quienes lo demanden, pero mientras las primeras se han abocado a una política de extensión de cobertura y detección de "casos", las segundas operan con fines de lucro, competencia y eficiencia, teniendo como clientela a clases sociales que poseen un alto poder adquisitivo.

### **El gasto del estado en salud**

El gasto en salud ha sido analizado con amplitud sólo por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, no obstante, que otras agencias gubernamentales destinan recursos a la producción de bienes y servicios específicos de salud.

Los gastos del sector público (expresados en moneda constante del año 1970), aumentaron de 565.9 millones de dólares en el año 1973 hasta llegar a los 1,314.2 millones de dólares para el año 1982; es decir, hubo un crecimiento promedio anual del orden de 9.9%.

Los gastos en el sector salud (expresados en unidades monetarias del año 1970) aumentaron de 53.8 millones en 1973 hasta alcanzar la cifra de 97 millones en 1982, es decir que el crecimiento promedio anual fue del orden de 6.8%.

Durante el lapso 1973-1982, se destinó alrededor del 5% del producto interno bruto (PIB), a los servicios de salud, en respuesta a la preocupación por incorporar a toda la población a los beneficios de los servicios de salud.

En el período 1973-1982 la disminución de la población cubierta por el Ministerio de Salud, provocada por el incremento de la población beneficiada por la Caja de Seguro Social, se tradujo en el caso particular del Ministerio de Salud, en un aumento de su gasto por habitante, que en el año 1973 representó B/.21.00 y en 1982 ascendió a B/.37.00.

Igualmente, la expansión de la población beneficiada por la Caja de Seguro Social, durante el período en referencia, creció a un ritmo promedio anual del orden del 9.9%, lo que provocó una reducción de su gasto per cápita en salud, que en 1973 ascendió a B/.62.00 y para el año 1982 sólo llegó a B/.52.00.

Aunque no se dispone de información sobre la magnitud de los recursos que el sector privado destina a la producción de salud, durante el último decenio éste ha experimentado un notable incremento que se evidencia en la construcción de nuevos hospitales, y en la expansión de los ya existentes, además del aumento del número de consultorios y policlínicas especializadas.

Es necesario señalar que los más importantes proyectos de salud desarrollados por el sector privado, han contado con el aval del sector público, especialmente de la Caja de Seguro Social.

El estilo actual de dirigir y administrar los recursos humanos, físicos y financieros para el cumplimiento eficiente en la prestación de los servicios, ha evidenciado en forma preocu-

pante una tendencia creciente en la curva de consumo, mayor a la de los ingresos, con un gasto anual de 9% del Producto Interno Bruto, del cual, un 5.6% se empleó para el funcionamiento del sistema. Esto determinó, en 1973, un nivel de gasto del orden de B/.71.6 millones; B/.229 millones en 1983 y B/.275 millones en 1985. Este estado de cosas, dada la subutilización de los recursos en algunos casos, la duplicación de esfuerzos en forma descoordinada y la propia restricción de la economía en cuanto a la generación de mayor riqueza, ha tornado onerosa la atención de salud, al punto de que el sector demandará, en 1990 recursos por valor de B/.434 millones para gastos de funcionamiento, lo que representará un 89.5% más de lo gastado en 1983, haciendo incosteable el sistema en el futuro inmediato. (Ver cuadro 2).

**CUADRO 2**  
**CRECIMIENTO ANUAL DEL PRESUPUESTO**  
**DE GASTOS DE FUNCIONAMIENTO**  
**AÑOS 1980-87 EN DOLARES**

Año	Presupuesto Ley	Crecimiento anual	
		Absoluto	%
1980	47.500.000		-
1981	58.143.171	8.643.171	18.2
1982	85.745.000	9.801.829	17.1
1983	68.528.000	2.873.000	4.2
1984	75.877.000	7.149.000	10.4
1985	77.031.000	1.354.000	1.8
1986	82.584.003	5.553.003	7.2
1987	93.209.290		-

Fuente: Departamento de Programación Presupuestario.

## Diagnóstico de los principales problemas administrativos

Ante un crecimiento en la demanda de los Servicios de Salud, complementado con una baja en el nivel de eficiencia de los recursos en los últimos años, el Sector Salud de la República de Panamá confronta serias dificultades en su actual proceso de gestión. Unas de sus principales causas es la existencia de normas deficientes e incompletas en la administración operativa de los Servicios de Salud y la carencia de un Modelo de Control de Gestión que le permita conocer y valorar oportuna y adecuadamente, el comportamiento y la aplicación de los recursos asignados para su funcionamiento.

Esta situación, inherente al Ministerio de Salud y a la Caja de Seguro Social, como instituciones responsables dentro del sector de la atención de los servicios de salud a las personas y al medio ha sido una constante preocupación, plenamente investigada a través del análisis sectorial e institucional, que fue resultado del estudio para la readecuación de la Red Nacional de Servicios de Salud. Los problemas apuntados se reflejan principalmente en los siguientes aspectos:

### *a. Organización del sector*

En Panamá, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, como instituciones del sector público, comprometidas en la atención de los servicios de salud, guardan características propias, diferentes entre sí, lo cual afecta la organización. Se observa que el Ministerio de Salud es una institución

centralizada con recursos provenientes del Presupuesto Nacional, cuyas normas y procedimientos, objetivos y políticas, están orientados hacia la atención de la salud; mientras que la Caja de Seguro Social, es una institución descentralizada que capta sus propios recursos y mantiene una política acorde con sus objetivos de seguridad social, entre los cuales se mencionan las prestaciones económicas. Los riesgos profesionales, los programas de inversión física y financiera, así como también la atención de salud.

Esta situación, propia del sector salud, produce en la organización del mismo una falta de coordinación interinstitucional e intersectorial con respecto a las políticas regentes del sector, requiriendo introducir mecanismos de coordinación en las siguientes áreas problemas:

### *Coordinación interinstitucional*

1. De la estructura organizacional, en cuanto a niveles de descentralización y desconcentración de los servicios y los niveles de decisión, para evitar la duplicidad de los servicios de salud.
2. Del control de los recursos, mediante el uso de sistemas análogos, oportunos y factibles, integrados sectorialmente y de aplicación independiente, según las necesidades institucionales.
3. En la asignación y entrega de los recursos humanos, físicos y financieros de manera oportuna y equilibrada, según el volumen y tipo de demanda del establecimiento.

## *Coordinación intersectorial*

1. Con el MIPPE, a fin de mejorar el proceso de formulación Presupuestaria del Sector Salud y reforzar la capacidad de sustentación de necesidad de recursos. Asimismo, lograr un mejor y más justo equilibrio de participación en la aportación institucional de recursos, dirigiendo éstos hacia las necesidades reales de cada establecimiento, conforme a su nivel de responsabilidad, complejidad y demanda en la atención de salud.

### *b. Normalización de la gestión*

En los últimos años, la población panameña ha experimentado un decaimiento en la forma de entrega de los servicios de salud, tanto del Ministerio de Salud como de la Caja de Seguro Social. Estos se han vuelto lentos, demorados y extemporáneos; algunas veces escasos, difíciles de recibir y con una pobre atención personal por parte de los funcionarios.

Esta situación, advertida en todos los niveles de atención de salud, se atribuye en primera instancia a que el crecimiento de la demanda de servicios supera la oferta de recursos disponibles en el sector salud; sin embargo, el análisis objetivo demuestra que, aunado a la restricción y merma económica el sector presenta grandes deficiencias en el aspecto normativo de los servicios de salud y carencia de adecuadas estrategias, procedimientos y modos de gerencia, según el nivel de responsabilidad en los distintos servicios de salud.

Dicho problema, superable mediante una adecuada e integral revisión de la administración de los servicios de salud, a fin de normalizarlos con el establecimiento de procedimientos articulados de operación gerencial, consonante con nuestro nivel de desarrollo nacional; permitirá una mayor eficiencia de los recursos y el mejoramiento en la entrega de los servicios de salud a la población.

### *c. Aspecto económico financiero*

El sector, en lo referente a la atención de salud, refleja una tendencia marcada en el crecimiento de sus gastos, lo que excede el nivel de crecimiento de los recursos, tornándose onerosa la prestación de los servicios de salud, restringiendo a su vez su capacidad y calidad.

Este desequilibrio, reflejo del comportamiento global de la economía, se manifiesta en el sector salud por las siguientes condiciones:

1. Inexistencia de indicadores de gasto real y costo de atención.

La ausencia de un mecanismo que combine y analice las variables de gastos, producción y costo en los servicios de atención, no permite el conocimiento de juicios o parámetros válidos referidos a índices de gasto real y costos unitarios de la atención de salud, imprescindibles en la Planificación Económica del sector. Por lo tanto, el actual proceso de gestión se torna inoperante en cuanto a su capacidad de aplicación eficiente de recursos.

to de juicios o parámetros válidos referidos a índices de gasto real y costos unitarios de la atención de salud, imprescindibles en la Planificación Económica del sector. Por lo tanto, el actual proceso de gestión se torna inoperante en cuanto a su capacidad de aplicación eficiente de recursos.

## 2. Deficiente planificación y programación de los recursos del sector.

El desarrollo desarticulado y deficiente de los servicios de salud y una alta utilización de recursos, cuyos resultados no cumplen (en la mayoría de los servicios), con los niveles de eficiencia económica y operativa deseada; indican que el sector salud en lo referente a la atención de salud, planifica deficientemente sus servicios y recursos.

Esta deficiencia en la planificación integral del sector se manifiesta en situaciones tales como:

- Descoordinación entre la creación o ampliación de la capacidad física y los requerimientos operativos funcionales de los servicios de salud.
- Crecimiento de la capacidad física sin proveer los recursos para equipamiento y funcionamiento.
- Exceso en la formación de algunos recursos humanos, sin considerar el crecimiento de la oferta de empleo.
- Ampliación y diversificación de los servicios de salud, sin apoyo de los requerimientos financieros.
- Programación y asignación de recursos humanos, físicos y financieros que no corresponden a las necesidades de los establecimientos.

## 3. Crecimiento acelerado del gasto y mecanismos inadecuados de control.

Como resultado de la problemática del sector se observa que la República de Panamá, en el transcurso de la última década, ha gastado anualmente alrededor del 9% del Producto Interno Bruto (PIB), en la atención de salud, del cual el 5.6% se destinó a gastos de funcionamiento. Traducido en términos reales, esto significó un gasto de funcionamiento de B/.71.6 millones en 1973; B/.229 millones en 1983 y B/.275 millones en 1985, lo que refleja una tendencia sustancial de crecimiento del gasto, pasando de B/.45 gasto per cápita en 1973 a B/.110 gastos per cápita en 1983, que a precios constantes (1973-100) representa pasar de B/.34 a B/.47 sobre el total de la población nacional.

De mantenerse esta tendencia del gasto, si no se institucionalizará a corto plazo un adecuado proceso de gestión, el sector salud no tendrá recursos para financiar la demanda actual y futura, a fin de mantener el nivel de salud alcanzado.

La proyección estimada con base en la tendencia del período descrito, indica que el sector salud requerirá en 1990, recursos por valor de B/.434 millones para los gastos de funcionamiento de los programas de salud a las personas y al ambiente, lo que significa un 89.5% más de lo gastado en 1983. Sin embargo, de acuerdo con las estimaciones del crecimiento del PIB, la participación del sector salud alcanzará solamente b/.341 millones, siempre y cuando las condiciones fiscales y las estrategias nacionales de planificación

permitan entregarle el tradicional 5.6% de participación del PIB.

En consecuencia, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social conscientes de esta problemática y con el firme convencimiento de que la estrategia más adecuada para el mejoramiento y desarrollo normal de los servicios de salud y la contención y racionalización del gasto, es la disponibilidad de un eficiente proceso de gestión, se están discutiendo en estos momentos un Modelo de Control de Gestión para la atención de salud.

### **Aspectos organizacionales**

Los cambios introducidos en el organigrama del Ministerio de Salud de 1987, en relación con el que se encontraba vigente desde 1985, nos muestran una tendencia a una mayor especialización expresada en las nuevas direcciones dependientes del Ministerio.

Puede esperarse que se presenten cuellos de botella desde el punto de vista funcional, luego de la puesta en marcha de este organigrama. Por ejemplo, la Secretaría General comprende departamentos que estaban funcionalmente ligados a la Dirección General de Salud, como el Departamento de Organización y Educación de la Comunidad, que necesita estar en permanente contacto con el CECATES.

No se puede aún evaluar las consecuencias de la centralización financiera en una sola Dirección, pero el manejo financiero anterior por Programas y Departamentos, otorgaba autonomía a

éstos, y quedando reducida, desde el punto de vista financiero. Se observa una coordinación estrecha, en la práctica, entre la Secretaría General y la Dirección de Planificación, pero no hay fluidez en la conexión entre ésta última y los departamentos de la Dirección General, lo cual sería sumamente importante para la marcha de los diferentes programas de salud.

### *Identificación de los principales problemas administrativos*

En los últimos cinco años, el crecimiento de la demanda de los servicios de salud, no se vió acompañado por un incremento en la eficiencia de los recursos.

El Sector Salud de la República de Panamá, presenta problemas de orden administrativo, siendo las principales causas la existencia de normas deficientes e incompletas en la administración operativa de los servicios de salud y la carencia de un Modelo de Control de Gestión, que le permita conocer y evaluar oportuna y adecuadamente el comportamiento y la aplicación de los recursos asignados para su funcionamiento.

Esta problemática, inherente al Ministerio de Salud y a la Caja de Seguro Social, como instituciones responsables del Sector Salud, se refleja principalmente en los siguientes aspectos administrativos.

#### *1. Organización del sector*

El Ministerio de Salud es una institución centralizada con recursos prove-

nientes del Presupuesto Nacional mientras que la Caja de Seguro Social es una institución descentralizada que capta sus propios recursos.

Esta situación produce:

- a. Falta de coordinación interinstitucional que se traduce en problemas en la estructura organizacional, niveles de descentralización y desconcentración de los servicios.
- b. Problemas del control de los recursos mediante el uso de sistemas análogos, integrados sectorialmente.
- c. Problemas en la asignación y entrega de los recursos humanos, físicos y financieros, según el volumen y demanda de los servicios.
- d. Falta de coordinación intersectorial, con el Ministerio de Planificación y Política Económica.

## 2. Normalización de la gestión

Los servicios de salud se han vuelto en los últimos años, lentos, demorados y extemporáneos. A veces escasos y con una pobre situación personal de parte de los funcionarios, lo que demuestra grandes deficiencias en el aspecto normativo.

## 3. Aspecto económico-financiero

El sector se caracteriza por un crecimiento de sus gastos que excede el nivel de crecimiento de los recursos. Este desequilibrio, refleja el comportamiento global de la economía, y se manifiesta en los siguientes aspectos:

- a. Inexistencia de indicadores de gasto real y costo de atención.
- b. Deficiente planificación y programación de los recursos del sector.
- c. Crecimiento acelerado del gasto y mecanismos inadecuados de control

## Administración Pública del Sector Salud en Centroamérica

María Gabriela Fernández Pacheco\*

---

LA AUTORA PRESENTA UNA SERIE DE ESTADISTICAS COMPARADAS DEL SECTOR PUBLICO CENTROAMERICANO, QUE PERMITEN ESTABLECER LA EVOLUCION DEL SECTOR PUBLICO DE SALUD, DESDE LA PERSPECTIVA DEL GASTO, EL ENTORNO ECONOMICO DEL PAIS, LOS LOGROS EN MATERIA DE SALUD Y FINALMENTE LA CAPACIDAD INSTALADA DE LAS INSTITUCIONES PUBLICAS DE SALUD.

El deterioro sufrido por los países del Istmo en la década del 80, aunado a la situación de guerra interna que sufren varios de ellos, y al proceso inflacionario mundial, ha determinado una contracción en las políticas sociales del Estado. A pesar de que en términos absolutos el gasto en el sector público de salud ha aumentado, en términos relativos la situación no es tan clara; la participación del gasto público sectorial de salud para el período 75-85 disminuye para todos los países (cuadro 1-2), o en el mejor de los casos no hay un aumen-

to porcentual significativo con respecto al PIB.<sup>1</sup>

Si tomamos en cuenta el crecimiento de la población, el desempleo, el deterioro de la capacidad adquisitiva y los estragos causados por la violencia; son factores todos ellos que inciden en la salud de la población, y particularmente en la capacidad del estado para dar respuesta a las necesidades de la misma.

La situación comentada se evidencia en los cuadros 11 al 16 inclusive, donde aparecen datos de interés que ilustran las condiciones de la población, tales son por ejemplo la tasa de crecimiento de producto interno bruto (PIB) por habitante, las tasas anuales de crecimiento del consumo privado por habitante, el porcentaje de analfabetismo y la tasa de desocupación.

---

\* Administradora Pública, Polítolega. Programa de Investigaciones, ICAP.

1. Nicaragua es una excepción en este sentido, sin embargo, hay que anotar que este último país para el trienio 84-86 tiene las más altas tasas de crecimiento del PIB con relación a los restantes países del istmo.

El estado debe incrementar sus acciones en frentes donde tradicionalmente ha trabajado, y además entra a solucionar problemas en campos donde su participación ha sido más bien discreta (vgr: vivienda). Como se puede colegir de lo anterior, los recursos con que se cuenta deben distribuirse de manera tal, que impacten las áreas más críticas. La disminución real del Producto Interno Bruto y las negociaciones con los organismos financieros internacionales, particularmente las referentes a las Políticas de Ajuste Estructural, han condicionado que se asigne un peso cada vez menor al componente financiero dedicado a las políticas sociales.

En el sector salud la repercusión de las medidas que se han tomado encaminadas a sanear la economía en general y a disminuir el gasto público, han dejado sentir su peso, no sólo en lo que respecta al mejoramiento de la cobertura, sino en la calidad de los servicios.

Aunque las tasas de mortalidad materno infantiles e indicadores tales como esperanza de vida al nacer han mejorado; falta mucho camino por recorrer en la mayor parte de los países, para lograr niveles aceptables de avance, acordes con la Estrategia de Salud para todos en el año 2,000 (cuadro 8 a 10).

No obstante, se ha hecho un esfuerzo importante para mejorar la capacidad instalada en salud y aumentar la cantidad y calidad de los recursos humanos que laboran en este sector (cuadro 1 al 6). En ambos casos se ha contado con ayuda internacional y con el esfuerzo nacional, que a través de capacitación, formación, investigación, estudios, seminarios y otros medios, centran su atención en el fortalecimiento y puesta en marcha de estrategias que permitan brindar un mejor servicio a la población, elevando la calidad de vida de los centroamericanos ◊

**CUADRO 1**  
**GASTO EN EL SECTOR PUBLICO DE SALUD**  
**CENTROAMERICANA Y PANAMA POR AÑO EXPRESADOS**  
**COMO PORCENTAJE DEL PIB Y DEL PRESUPUESTO NACIONAL**  
**(1985)**

Indicador	Guatemala	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
Gasto total salud como porcentaje PIB	0.7%	1.2%	2.0%	5.0%	0.6%	1.8%
Gasto en salud como porcentaje presupuesto nacional	7.7%	8.0%	11.0%	14.2%	14.6%	14.1%

Fuente: Ministerios de Salud de Centroamérica y Panamá, 1985.

**CUADRO 2**  
**CENTROAMERICA Y PANAMA:**  
**SALUD. GASTO PUBLICO SECTORIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB,**  
**POR PAISES, 1970-1987 (PORCENTAJES)**

Pais	1970	1975	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Guatemala	n.d.	0.8	1.8	1.1	1.4	0.7	0.8	0.7	1.0	n.d.
El Salvador	1.3	1.5	1.5	1.6	1.4	1.4	1.4	1.2	n.d.	n.d.
Honduras	1.5	1.4	1.4	1.5	1.6	1.6	1.5	2.0	2.8	2.2
Nicaragua	0.7	1.5	4.4	4.8	4.4	4.8	4.3	5.0	6.8	n.d.
Costa Rica	0.4	1.0	1.6	1.1	1.1	1.0	1.2	0.5	0.4	n.d.
Panamá	1.6	1.9	1.6	1.5	1.8	1.8	1.8	1.8	n.d.	n.d.

n.d.: No hay datos.

Fuente: BID. Progreso Económico y Social en América Latina. Informe 1986, p. 80

**CUADRO 3**  
**ASIGNACION DE RECURSOS ECONOMICOS POR AREA PRIORITARIA**  
**Y POR PAIS EN CENTROAMERICA Y PANAMA**  
**(EN DOLARES USA) 1985**

País	Reforzamiento de los servicios de salud	Desarrollo de recursos humanos	Medicament. esenciales	Mejoramiento de nutrición y alimentac.	Control de enfermed. tropicales	Supervivencia infantil	Proyecto de agua - servicio desague	Total de \$ por país
Guatemala	79.159.600	12.081.200	22.422.000	32.290.200	30.883.500	63.787.000	185.452.100	405.835.700
El Salvador	67.879.800	10.339.400	19.821.100	29.561.200	8.500.500	25.010.000	102.790.000	280.702.100
Honduras	156.294.000	15.294.000	16.125.000	29.995.000	21.850.000	3.781.200	119.864.100	362.916.300
Nicaragua	84.479.000	29.934.000	20.484.000	5.515.000	-	19.785.000	113.759.000	253.935.00
Costa Rica	49.509.000	17.542.000	15.214.400	42.471.700	1.990.500	18.678.900	81.784.300	207.190.800
Panamá	78.261.100	17.505.200	14.525.100	25.894.500	1.159.500	34.698.000	61.600.000	253.642.400
TOTAL	485.382.700	102.678.600	108.591.600	162.897.600	64.163.000	185.700.100	645.049.500	1.744.222.300

Fuente: OPS-MOS y Ministerios de Salud en Centroamérica y Panamá. Documento Mimeo-grafiado No. 23638, p. 35.

**CUADRO 4**  
**CAPACIDAD INSTALADA DE INSTITUCIONES**  
**QUE BRINDAN SALUD EN CENTROAMERICA**

**Guatemala**

Institución	Hospitales	Puesto de Salud	Centro de Salud	Clínicas	No. de Camas
Ministerio de Salud	35	577	213	-	8.508
Instituto de Seguridad Social (I.G.S.S.)	23	24	22	-	2.368
Fuerzas Armadas	1	-	-	45	500
Municipalidad	-	13	-	-	-
Servicios Privados	58	-	-	-	1.619
<b>TOTAL</b>	<b>118</b>	<b>614</b>	<b>235</b>	<b>45</b>	<b>12.891</b>

Fuente: Dirección General de Servicios de Salud 1985.

**El Salvador**

Institución	Hospitales	Puesto de Salud	Centros de Salud	Dispensarios	Unidades Salud	PC*
Ministerio de Salud	14	164	12	9	98	34

\* Puestos comunitarios

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud 1985.

**Honduras**

Institución	Hospital Nacional	Hospital Regional	Hospital de área	Centro de Salud	C.S. sin médico
Ministerio de Salud	6	6	9	111	508

Fuente: Salud en cifras, Honduras 1986.  
Publicación Ministerio de Salud.

## Costa Rica

Institución	Tipo de establecimiento	Número
Caja Costarricense de Seguro Social	Hospitales	28
Ministerio de Salud	Hospitales	1
Ministerio de Salud	Clínicas Recuperación Nutricional	1
Ministerio de Salud	Centros de Salud	75
Caja Costarricense de Seguro Social	Clínicas de Consulta Externa	97
Ministerio de Salud	Centros Rurales de Asistencia	5
Ministerio de Salud	Centros de Educación Nutricional	558
Ministerio de Salud	Centros Infantiles de Atención Integral	36
Caja Costarricense de Seguro Social	Clínicas	3
Caja Costarricense de Seguro Social	Dispensarios de Consulta Externa	6
Ministerio de Salud	Puestos de Salud	360
Ministerio de Salud	Unidades Móviles de Salud	12
Ministerio de Salud	Unidades Móviles Odontológicas	53
Ministerio de Salud	Clínicas Dentales de Salud	31
	Instituto de Rehabilitación Profesional	1
	Clínicas Particulares	3
	<b>TOTAL</b>	<b>1.269</b>

Fuente: a) Memoria de Labores del Ministerio de Salud. 1984.  
 b) Anuario Estadístico de la Caja de Seguro Social. 1984.

---

## CUADRO 5

### DISTRIBUCION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN CENTROAMERICA POR AÑO

---

#### GUATEMALA: 1985

Total médicos	5.413
Ministerio de Salud	1.315
Instituto de Seguridad Social (IGSS)	890
Sector Privado	3.243
Total de personal del Ministerio de Salud	
Médicos	1.315
Odontólogos	118
Enfermeras graduadas	842
Enfermeras auxiliares	4.807
Estudiantes de medicina	419
6o. año EPS	

#### EL SALVADOR: 1985

Total de médicos	1.607
Practicantes en internado (estudiantes)	294
Odontólogos	186
Enfermeras graduadas	1.018
Enfermeras auxiliares	2.683
Ayudante de enfermería	147
Personal de enfermería	4.055

#### HONDURAS: 1985

Total de personal del Ministerio de Salud	
Médicos	928
Odontólogos	78
Enfermeras graduadas	439
Enfermeras auxiliares	3.219
Estudiantes de medicina	142

#### COSTA RICA: 1985

Total de personal en salud	
Médicos	2.300
Odontólogos	718
Enfermera profesional	1.700
Trabajadora Social	350
Auxiliar de enfermería	5.532
Ministerio de Salud 119 médicos, 1984	
Caja de Seguro 1889 médicos, 1984	

---

Fuente: Departamento de Estadística de los Ministerios de Salud de cada país centroamericano, 1985.

---

**CUADRO 6**  
**CENTROAMERICA Y PANAMA:**  
**NUMERO DE HABITANTES POR MEDICO**

Países	Años	1980	1981	1982	1983	1984	1985
	Guatemala		-	-	-	-	2.184
El Salvador		2.860	2.859	2.878	-	2.955	2.891
Honduras		3.022	2.870	2.757	2.525	1.512	-
Nicaragua		2.044	1.857	1.538	1.485	1.489	-
Costa Rica		-	-	1.207	-	1.012	-
Panamá		1.074	1.012	1.000	972	890	

Fuente: CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 1987.

**CUADRO 7**  
**RECURSOS HUMANOS EN SALUD**  
**EN CENTROAMERICA Y PANAMA POR AÑO**

Indicador	Guatemala		El Salvador		Honduras		Nicaragua		Costa Rica		Panamá	
	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra
Dentistas por 10.000 hab.	1983	1.1%	1983	0.4%	1984	0.8%	1984	0.01%	1983	2.9%	1983	2.0%
Graduadas enfermeras 10.000 hab.	1983	2.6%	1983	2.8%	1984	1.5%	1984	7.0%	1983	10.4%	1985	14.1%
Auxiliar de Enfermería 10.000 hab.	1983	10.8%	1983	5.9%	1984	14.8%	-	-	1983	22.7%	1983	15.6%

Fuente: Condiciones de Salud en las Américas 1981-1984 Volumen II. Publicación Científica No. 500 (OPS-OMS-OSP). Washington, D.C., E.U.A.

**CUADRO 8**  
**CENTROAMERICA Y PANAMA:**  
**NATALIDAD POR CADA MIL HABITANTES**  
**1950-1985**

**Tasas anuales medias**

Países	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985
Costa Rica	47.6	48.3	45.3	38.3	31.0	30.7	30.5
El Salvador	48.6	49.3	47.5	44.9	43.2	42.1	40.2
Guatemala	51.3	49.4	47.8	45.6	44.8	44.3	42.7
Honduras	51.3	51.2	50.9	50.0	48.8	47.1	43.9
Nicaragua	54.1	52.1	50.3	48.4	48.8	45.6	44.2
Panamá	40.3	41.0	40.8	39.3	35.7	31.0	28.0

Fuente: CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina. Nueva York, 1985, p. 86.

**CUADRO 9**  
**CENTROAMERICA Y PANAMA:**  
**MORTALIDAD GENERAL POR MIL HABITANTES**  
**1950-1985**

**Tasas anuales medias<sup>1</sup>**

Países	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985
Costa Rica	12.4	10.8	9.1	7.2	5.8	4.6	4.2
El Salvador	20.3	18.0	15.3	12.9	11.0	9.4	8.0
Guatemala	22.4	20.8	18.3	15.9	13.4	12.0	10.5
Honduras	21.8	19.8	17.8	15.7	13.7	11.8	10.1
Nicaragua	22.6	19.7	17.0	14.6	12.6	11.8	9.7
Panamá	13.2	10.9	9.6	8.4	7.3	6.0	5.4

1. Tasas implícitas en las proyecciones de población. Se definen como el cociente entre el número total de defunciones ocurridas durante un período determinado (generalmente un año calendario) y la población media del mismo período.

Fuente: CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina. Nueva York, 1985, p. 86.

**CUADRO 10**  
**CENTROAMERICA Y PANAMA:**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER**  
**1950-1985**

Países	1950-1955	1955-1960	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985
Guatemala	42.1	44.2	47.0	50.1	54.0	56.4	59.0
El Salvador	45.3	48.6	52.3	55.9	58.6	57.4	57.2
Honduras	42.3	45.0	47.8	50.8	54.0	57.7	61.9
Nicaragua	42.3	45.4	48.5	51.6	54.7	56.3	59.6
Costa Rica	57.3	60.2	63.0	65.6	68.1	70.8	73.5
Panamá	55.3	59.3	62.0	64.3	66.3	69.2	71.0

Fuente: CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. 1987.

**CUADRO 11**  
**DENSIDAD DEMOGRAFICA POBLACION Y TERRITORIO**  
**CENTROAMERICA Y PANAMA 1986**

País	Territorio km	Población	Densidad Demográfica
Guatemala	108.900	6.042.000	74/KM2
El Salvador	21.041	4.724.154	222/KM2
Honduras	112.088	4.513.914	37.7/KM2
Nicaragua	139.000	3.163.000	23/KM2
Costa Rica	51.000	2.418.909	50.9/KM2
Panamá	77.082	2.134.000	28/KM2
Belize	23.000	160.000	7.2/KM2

Fuente: Departamento de Estadística de los Ministerios de Salud de Centroamérica Y Panamá. 1985.

**CUADRO 12**  
**POBLACION TOTAL Y SU DISTRIBUCION URBANO-RURAL**  
**CENTROAMERICA Y PANAMA POR AÑO**  
**1985**

Indicador	Guatemala	El Salvador	Honduras	Nicaragua	Costa Rica	Panamá
Población total	8.042.000	4.725.153	4.513.940	3.163	2.416.909	2.134.00
Urbana	37.0%	39.3%	39.7%	59.4%	45%	56.0%
Rural	63.0%	60.7%	60.3%	40.6%	54%	44.0%

Fuente: Departamento de Estadísticas y Censos de cada país centroamericano, 1985.

**CUADRO 13**  
**TASAS DE CRECIMIENTO DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO**  
**POR HABITANTE PARA CENTROAMERICA Y PANAMA**  
**(1980-1986)**

Países	Años						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Guatemala	1.1	-1.8	-8.0	-6.4	-2.7	-3.3	-2.6
El Salvador	-10.4	-9.5	-6.5	-0.2	1.4	0.5	-1.7
Honduras	-1.8	-2.4	-5.1	-3.5	-1.0	-1.4	-1.3
Nicaragua	1.8	2.1	-4.0	1.2	-4.8	-7.2	-3.7
Costa Rica	-2.2	-5.0	-9.7	-	5.2	-1.6	1.5
Panamá	10.8	1.8	2.7	-2.2	-2.5	1.9	0.9

Fuente: CEPAL. Estudio Económico de América Latina y el Caribe. 1986.

**CUADRO 14**  
**CENTROAMERICA Y PANAMA: TASAS ANUALES DEL CRECIMIENTO**  
**DEL CONSUMO PRIVADO POR HABITANTE**  
**(1980-1986)**

Países	Años	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Guatemala		-1.7	-2.9	-7.1	-5.5	-2.6	-2.4	-0.4
El Salvador		-10.4	-5.0	-8.3	-4.3	-1.2	-	2.5
Honduras		0.6	-3.5	1.8	-4.3	-4.2	-5.0	5.8
Nicaragua		3.0	-10.3	-9.7	-9.6	-2.8	-4.1	-1.3
Costa Rica		-5.0	-16.6	-17.1	2.9	5.3	1.2	3.2
Panamá		-1.3	-4.9	2.2	2.9	11.7	2.4	-7.3

Fuente: CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. 1987.

**CUADRO 15**  
**CENTROAMERICA Y PANAMA: ANALFABETISMO**  
**(PORCENTAJE DE POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS) A 1985**

Año	Guatemala	El Salvador	Honduras	Costa Rica	Panamá	Nicaragua
1980	41.2	38.0*	-	-	12.9	-
1985*	45.0	27.8	40.5	6.4	11.8	13.0

\* Estimaciones de la UNESCO.

Fuente: Departamentos de Estadística y Censos de Centroamérica.

**CUADRO 16**  
**TASAS DE DESOCUPACION PARA CENTROAMERICA Y PANAMA**  
**(1980-1986)**

Países	Tasas de desocupación							
	Años	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Guatemala a/		2.2	1.4	6.3	10.3	9.4	12.3	14.5
El Salvador		n.d.						
Honduras		15.2	18.3	21.1	22.9	23.9	24.5	28.5
Nicaragua		22.4	19.0	19.9	18.9	21.1	20.9	22.1
Costa Rica		5.3	8.3	8.4	7.9	8.4	6.3	8.1
Panamá		8.4	8.4	9.7	10.1	10.1	12.3	10.2

n.d.: No hay datos.

a/ Desocupación abierta.

Fuente: CEPAL. La Economía de América Latina en 1986, La evolución económica por países. 1986.

# documentos

## La investigación de las políticas de salud en Centroamérica

Ma. Gabriela Fernández\*

---

LA AUTORA DISERTA SOBRE EL PRINCIPIO QUE RIGE LA METÓDICA Y LA METODOLOGÍA CON EL PROPÓSITO DE EXPLICAR LA NECESIDAD DE TOMAR UNA POSICIÓN FLEXIBLE Y ABIERTA ANTE LOS FENÓMENOS ESTUDIADOS, QUE PERMITA LA CONTÍNUA REVISIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN. EN LA SEGUNDA PARTE DEL ARTÍCULO, AHONDA SOBRE LA SITUACIÓN DE LA REGIÓN CENTROAMERICANA VERSUS LOS RETOS QUE SE PRESENTAN EN MATERIA DE SALUD, HACIENDO ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS SUPUESTOS EN QUE DEBE ESTAR ASENTADO EL TRABAJO DEL SECTOR SALUD.

### Concepción metodológica en el proceso de investigación

Uno de los aspectos que más preocupa al investigador cuando va a iniciar el estudio de un tema, es cuál es la metodología que va a utilizar. Obviamente, si estamos pensando en hacer un trabajo científico, no podemos desligarnos del método que es propio de la ciencia, y que tiene que ver con su lógica desde la perspectiva de los métodos que ella utiliza. Pareciera importante

hacer una distinción entre metodología y teoría pues existen momentos en que se confunden. Max Weber apuntaba acerca del espacio común que existe entre las ciencias sociales y naturales desde la perspectiva lógica, aunque no del conocimiento general y trascendental de las mismas, y Paul Lazarsfeld por su parte ha apuntado que mientras que el investigador se dirige al objeto de estudio, el metodólogo dirige su atención al investigador en la realización de su labor como tal. Lo que nos encontramos como diferencia fundamental entre metodología y teoría, está circunscrito a sus respectivos contenidos, sin embargo, no debe, ni puede hacerse una separación radical entre una y otra, pues

\* Administradora Pública, Politóloga. Programa de Investigaciones, ICAP

como la plantea Castells, la metodología se dirige a aclarar: "Cuáles son las relaciones necesarias que existen en la investigación sociológica entre el campo teórico, modelos formales, técnicas de análisis (causal), técnicas de recogida de datos, técnicas de tratamiento de la información y características de las observaciones" (M. Castells citado en "Diccionario de Ciencias Sociales, Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1976, p. 204).

Así definida, la metodología se orienta fundamentalmente a establecer relaciones entre distintos órdenes de asunto que son propios del proceso de conocimiento. Lo anterior permite desprender de inmediato que a pesar de que existe diferencia entre metodología y teoría, esto no supone que puedan separarse en el proceso de investigación, pues las dos son parte integral del conocimiento, es por esta razón que pareciera ilógico elaborar la metódica a utilizar en dicho proceso.

Tanto la metodología, como la metódica deben responder a "lo investigado" o sea al conocimiento que genera el proceso de estudio de la realidad, una disertación previa exhaustiva de cualquiera de las dos, supondría forzar los resultados que se desprenden del desarrollo de la investigación a un marco rígido. Por una parte, la metódica nos proporciona instrumentos de análisis, que aunque pueden ser creados previamente, deben estar sometidos a revisiones que permitan ajustarse a las necesidades que se van presentando, a la vez la dinámica propia de la investigación nos debe permitir ir derivando

las herramientas para nuestro trabajo. Por otra parte, la metodología en su función relacionadora, debe partir de la acción "de lo estudiado", o sea, se deriva de la premisa de un mundo en constante transformación.

El razonamiento anterior nos ha llevado a que asumamos una posición cuidadosa en la investigación, acerca de las políticas de salud a través de los programas Maternoinfantiles, haciendo esfuerzos previos en lo que a metódica se refiere y creando instrumentos en la medida en que el desarrollo del estudio los vaya requiriendo. Metodológicamente partimos del hecho de que las relaciones deben darse con base en la experiencia del trabajo y, aunque de hecho supuestos metodológicos son asumidos como base, éstos serán enriquecidos y transformados en el transcurso de la investigación.

### **Los condicionantes socioeconómicos del itismo centroamericano y la investigación de las políticas de salud**

Es indudable que el proceso de transformación en todos los órdenes de la vida humana, se ha ido acelerando en el presente siglo, y no siempre hemos estado en capacidad de aprehenderlo en la vida cotidiana. La revolución en el área tecnológica ha sido tan precipitada que a la par de la misma, las valoraciones conceptuales han quedado rezagadas. La visión del mundo de los detentadores de poder, se ve modificada constantemente por nuevas variables que escapan de sus manos y que por lo tanto no pueden controlar en

1. M. Castells citado en "Diccionario de Ciencias Sociales", (Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1976, p. 204).

su totalidad. En este orden de ideas una de las paradojas que se nos presentan es que a pesar de que existen serios problemas de distribución y desigualdad, lo fundamental no estriba en los elementos materiales con que debemos trabajar sino en las apreciaciones acerca de cuál va a ser el papel del ser humano en el tráfago de la transformación.

Centroamérica no escapa en ningún sentido de la problemática descrita anteriormente, aún más, se le ha definido como la segunda zona más conflictiva en el mundo. Si tomamos conciencia de que esto implica que varios de nuestros países están inmersos en conflictos de tipo interno, y que los estados tratan de mantener su viabilidad, es lógico pensar que buena parte de los recursos públicos se destinan a actividades de defensa, al mantenimiento del statu quo o a la consolidación de los regímenes políticos.

Dentro de esta vía, las condiciones de las naciones en el aspecto social, responden a un cuadro crítico, que tiene que ver con aspectos económicos y políticos que impactan de manera directa el orden social y por lo tanto la calidad de vida de los centroamericanos.

Pero sería impropio quedarnos en el análisis sólo a nivel individual e interno. Los países tienen relaciones entre sí, y están insertos además dentro de una esfera económica y política mundial, que influye e incluso determina su desarrollo. Los países centroamericanos participan en la economía internacional arrastrando dos debilidades que los hacen particularmente vulnerables; -su condición de naciones subdesarrolladas enquistadas en la esfera de la economía internacional de manera dependiente y su condición de países

en una región convulsa en el orden político-. Estas características nos llevan a ampliar nuestro marco de referencia pertinente; si a lo anterior, le agregamos el deterioro en los términos de intercambio que se ha agudizado a partir de la primera crisis del petróleo en la década del 70, y de las fluctuaciones que ha sufrido la economía internacional con sus crisis recurrentes, podemos entender las serias dificultades que se han planteado en el escenario centroamericano.

La toma de conciencia de la situación desventajosa en que nos insertamos en la economía mundial, quedó claramente expuesta en el Foro que hicieron los países del Tercer Mundo en Pakistán en 1975; donde se llegó a la conclusión que el resultado de los cambios sufridos por nuestros países en la década del 70, no respondió, como se pensó en un primer momento, a una situación excepcional y coyuntural (alza en los precios del petróleo) sino al orden económico mundial prevaleciente, que propiciaba la expansión y enriquecimiento constante de las naciones ricas a costa de la compra barata de nuestros productos, en una espiral que nos empobrecía continuamente, a la vez que ahondaba las causas de nuestro carácter dependiente.

En este contexto es que en los organismos internacionales se comenzó a hablar acerca del "enfoque de necesidades básicas", que tratando de combatir la desigualdad entre las naciones, propone como una vía alternativa de solución a centrar las preocupaciones en el bienestar del individuo desde tres vías: la nutrición, la salud y la educación, utilizando la tecnología adecuada disponible o introduciendo mejoras que

no requieran de grandes inversiones, que permitieran readecuar las políticas de salud a las realidades del Tercer Mundo.

Como podemos observar, a pesar de que las condiciones han sido difíciles, se han hecho esfuerzos tendientes a atacar, por lo menos en parte, algunos aspectos negativos. Si valoramos los avances de los últimos 50 años, en varios órdenes, particularmente en el área que nos interesa "la de salud" no podemos substraernos de reconocer los adelantos que se han producido. En nuestro caso, igual que para la mayoría de los países del mundo, los beneficios que aportaron las nuevas técnicas en materia, por ejemplo de producción, la construcción acelerada de vías de comunicación, la mayor cantidad y calidad de servicios que brinda el Estado, y la facilitación del acceso a los mismos, han permitido un mejoramiento sustantivo en las condiciones de vida de nuestros pueblos.

Sin embargo, no debemos perder de vista que las condiciones adversas que enfrenta la región como tal, e individualmente los países del Istmo Centroamericano, nos deben hacer reflexionar sobre la necesidad de encaminar los recursos disponibles con que contamos de la manera más provechosa posible.

Aunque lo anterior no se dirige a pensar en el bienestar general de la población de manera compartimentalizada, pues existe consenso que la mejora en las condiciones de vida tiene que ver con asuntos de distintos órdenes como vivienda, empleo, educación y otros; no podemos desligarnos del hecho de que la salud es uno de los objetivos más importantes que deben perseguir los go-

biernos, y en torno al cual existe consenso no sólo de éstos, sino de los organismos internacionales.

Esfuerzos tales como la III y IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, en Chile 1972 y Washington 1977 respectivamente, donde el tema central fue la cobertura de los servicios de salud, nos revelan el interés de parte de los gobiernos americanos por este tema.

El esfuerzo conjunto de varias agencias de las Naciones Unidas en torno al objeto "Salud para todos en el año 2000", patentiza una vez más la voluntad internacional y nacional de establecer como meta estratégica central de política, la atención primaria de salud con participación comunitaria.

A pesar de los esfuerzos que se han hecho y de la voluntad política que existe para lograr un mejor rendimiento del trabajo en materia de salud, son todavía muchas las deficiencias que enfrentan nuestros países para poner en marcha los proyectos que permitan alcanzar los objetivos del plan "Salud para todos en el año 2000". Aunque los problemas en este sentido están asociados a distintos órdenes de variables, existen tres preguntas fundamentales que están y han estado en la base de la formulación de políticas públicas de salud: ¿Cuál es el presupuesto que se va a destinar a salud y de qué manera se va a componer? ¿Cómo se van a producir los servicios? y ¿Cómo se van a distribuir los servicios?

La primera de estas preguntas es alrededor de la cual existen más cuestionamientos, pues aunque se da una coincidencia general de que se debe destinar un porcentaje significativo del presupuesto nacional a la salud, siem-

pre se tiene claro que los recursos son finitos y las necesidades rebasan en mucho las posibilidades, por esto pareciera equivocado pensar que sólo aumentando los recursos materiales y humanos, se encontrará la solución para prestar servicios en esta área para la población en general; y a pesar de que existen facilidades y ayudas externas para utilizarlas en este sentido, se debe pensar en sacar el máximo provecho a partir de dos realidades concretas: 1) con lo que contamos en recursos materiales y humanos; 2) con lo que ya hemos hecho en el campo de la salud. No es proponiendo reorganizaciones administrativas que abarquen todo el sector, para las cuales se encontrarán grandes obstáculos por la dinámica propia de las burocracias estatales, ni destinando todos los recursos disponibles a esta área, que resolveremos nuestros problemas, ni existe un sólo y exclusivo camino para mejorar los resultados, pero sí se pueden plantear caminos paralelos que permitan, tomando en cuenta nuestra realidad concreta, realizar mejoras en esta área. Es por esta razón que el estudio de las políticas de salud en el área centroamericana, puede y debe ser un instrumento útil para mejorar los servicios de salud.

En la medida en que tengamos una comprensión aproximada de la forma en como funcionan las políticas de salud, podremos detectar las debilidades que se presentan en su ejecución y po-

ner en marcha medidas correctivas, que contribuyan como parte del proceso de investigación, a mejorar la calidad de los servicios.

Obviamente, una investigación que abarcara la política de salud de manera global, haría sumamente difícil su realización, es por esta razón que se buscó y encontró un área que permitiendo deslindar el estudio, cumpliera las condiciones de pertinencia y relevancia, y que facilite desprender de ella conocimientos y conclusiones generales, para el área centroamericana y para cada uno de los países, de manera tal que las experiencias individuales y comparativas arrojen luz alrededor de las estrategias más adecuadas en políticas de salud de acuerdo con nuestra realidad inmediata y futura.

Lo anterior no sólo permitiría un mejoramiento cualitativo de los servicios, compatibilizando por ejemplo equipo vs. recursos humanos, necesidades vs. servicios, etc., sino que allanaría el camino a los gobiernos para dirigir o pedir los recursos externos en las áreas que verdaderamente son más necesarios, pues si no existe claridad de parte de los mismos de donde están ubicados sus problemas y proponer soluciones propias para solventarlos, es sumamente difícil (no por falta de voluntad, sino por desconocimiento de nuestro ambiente) que nos vengan las soluciones adecuadas de afuera

# Realidad de la salud materno infantil en Centroamérica

Edgar Muñoz P. \*

---

EL AUTOR PRESENTA LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL ÁREA MATERNO-INFANTIL EN CENTROAMÉRICA, JUSTIFICANDO LA IMPORTANCIA QUE REVISTE EL ESTUDIO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN ESTA ÁREA, NO SÓLO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA REPRESENTATIVIDAD DEL BINOMIO MADRE-NIÑO, SINO DEL IMPACTO QUE TIENEN EN TODA LA POBLACIÓN, LAS ACCIONES DE LOS GOBIERNOS EN MATERIA DE SALUD DIRIGIDAS A ESTE GRUPO.

La estrategia y las tecnologías de la atención de salud en la mayoría de los países en desarrollo como los de Centroamérica, se basan en buena parte en modelos importados que en la mayoría de los casos no guarda relación con las necesidades o problemas prioritarios de la comunidad, mucho menos son utilizados los recursos propios de la localidad.

Es por eso que en este momento, donde las contradicciones se agudizan notablemente, los gobiernos y encargados de salud deben de concebir la atención materno-infantil, como una política flexible y adaptable a las necesidades de la región, considerándose la asistencia materno-infantil como el conjunto de todas las actividades orientadas a promover la salud de las madres y de los niños, y a prevenir y resolver los proble-

mas que puedan ponerlos en algún riesgo, sea por medios preventivos o curativos en centros opuestos de salud o en el domicilio familiar por personal médico, auxiliar, comadronas o promotores en salud.

## Problema materno

Las principales causas de morbilidad materna son ocasionadas directamente por complicaciones del embarazo, parto y puerperio dividiéndose esencialmente en 2 categorías:

- La que se debe a una patología que aparece espontáneamente por factores biológicos, relacionados con antecedentes de su historia reproductiva o por antecedentes gineco-obtétricos o generales.

---

\* Médico y Cirujano. Investigador del ICAP.

- Y la provocada por actos deliberados de aborto inducido.

Estas categorías dependen predominantemente de factores sociales, económicos, culturales y religiosos.

En ambos casos la gravedad de las complicaciones dependen en gran medida del limitado acceso a la atención en salud; sumándose a esto las grandes deficiencias que existen en las políticas públicas de salud.

### **Mortalidad y morbilidad materna**

Las defunciones de mujeres por complicaciones de embarazo, parto y puerperio en la actualidad merecen atención prioritaria por las repercusiones que tiene en la sociedad. Esto se da, en su mayoría, en mujeres jóvenes, pudiéndose evitar mediante un buen control prenatal y una adecuada atención del parto y el puerperio.

Para poder tener datos concretos sobre la mortalidad materna y sus causas en Centroamérica, deberá de contarse con registros de defunción adecuados y como esta tasa se obtiene en relación con 100, 1000, 10.000 o 100.000 nacidos vivos, también se requiere que el registro de nacidos vivos sea adecuado. Esto no suele darse en los países de la región ya que no se han implantado programas dirigidos a mejorar la calidad de registros (nacimientos o defunciones).

Actualmente una de las fuentes utilizadas son los datos obtenidos por los censos o encuestas realizadas por los departamentos respectivos. Aunque los

censos incluyeran preguntas sobre mortalidad materna, sería imposible conocer la causa directa de la muerte. Este sistema es igualmente deficiente que el buscar informantes que puedan declarar las causas de defunción.

En el cuadro 1 se presentan datos concretos, obtenidos de las estadísticas vitales, donde se puede observar que más del 50% de defunciones son causadas por toxemias, hemorragias y sepsis, con excepción de El Salvador, Honduras, y Guatemala donde las altas tasas de defunción se deben a otras causas tales como la calidad y confiabilidad de los certificados de defunción y otras.

Si bien existen casos en que la toxemia aparece sin sintomatología previa en el parto, incluso en el puerperio, en la mayoría de los casos su riesgo se hace presente durante el embarazo por signos y síntomas clínicos que se pueden reconocer con exámenes clínicos sencillos, lo que permite tomar medidas preventivas para evitar riesgos mayores. Por otra parte, las muertes producidas por hemorragias, o sepsis, reflejan una atención médica inadecuada durante el parto o el puerperio. Se puede concluir, que la atención primaria en salud cumple una función fundamental en la prevención de la mortalidad materna.

Dentro de las causas de muerte materna en Latinoamérica, tiene gran relevancia el aborto. Este es practicado con mucha frecuencia en todos los estratos sociales. Por las complicaciones que presenta, frecuentemente requieren de un tratamiento hospitalario urgente y adecuado. Dicho acto se puede dividir en 2 categorías: aborto espontáneo y aborto inducido. Mientras

**CUADRO 1**  
**DEFUNCIONES MATERNAS (EXCEPTO ABORTO)**  
**En países seleccionados de América del Sur y Centroamérica**

Paises	# total de defunciones	Toxemias	Hemorragias	Sepsis	otras
Argentina	392	21.9	23.0	17.9	37.2
Venezuela	249	26.9	21.3	26.5	25.3
Chile	118	27.1	19.5	20.5	33.1
Guatemala	313	2.2	6.4	3.5	87.9
El Salvador	141	9.2	12.8	7.1	70.9
Honduras	161	1.2	1.9	-	86.9

Fuente: Condiciones de salud en las Américas 1977-1980. Publicación científica No. 427 Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1982, p. 66.

que el primero, al igual que la mayoría de las patologías maternas, tiene su origen predominantemente en factores biológicos o en antecedentes mórbidos de la mujer, y aborto inducido es el resultado de una decisión voluntaria de la mujer embarazada, en la que influyen factores sociales, económicos y culturales, agregando los riesgos secundarios que este procedimiento quirúrgico conlleva, ya sea complicaciones secundarias o la muerte.

En el cuadro 2 se observa las tasas de mortalidad por aborto, pudiéndose analizar que estas tasas son más significativas en los países de América Latina y Centroamérica, que en los Estados Unidos.

Puede suponerse, sin embargo, que las cifras reales en aquellos países son más elavadas porque en ellas las es-

tadísticas de mortalidad suelen ser incompletas y además, existe un subregistro específico de defunciones debidas a abortos practicados clandestinamente, los cuales representan los de mayor riesgo de muerte.

Es por eso que actualmente es de mucho interés analizar y profundizar en el tema de la mujer y su rol dentro de la sociedad. Al abordar el tema de la salud de la mujer, es necesario tener en cuenta el concepto de enfermedad, concepto complejo, que es el resultado de un proceso constante, en el cual interactúan múltiples componentes interrelacionados entre sí.

Con esto se afirma que el concepto de salud y enfermedad deja de ser un concepto elaborado y se sitúa cada día más, adentro del marco del desarrollo social y económico, del explotado y el

**CUADRO 2**  
**TASA DE DEFUNCIONES POR ABORTO**  
**POR 100.000 NACIDOS VIVOS**

País	Tasa
Estados Unidos	0.4
Argentina	25.5
Colombia	28.1
Paraguay	88.6
Perú	13.1
México	6.9
Guatemala	10.5
El Salvador	8.7
Honduras	2.7
Nicaragua	4.1
Costa Rica	5.8

Fuente: Las condiciones de salud en las Américas 1980. Publicaciones Científicas. Publicación Científica No. 427, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1982.

explotador. De esto se desprende que cuando la estructura social cambia, la patología de las sociedades también se modifica.

Dentro de esto, también se puede analizar los problemas de la desnutrición y la mala nutrición, factores que conllevan problemas secundarios de infecciones y enfermedades crónicas.

La desnutrición, como problema de salud en la población, tiene dos aspectos importantes que se deben considerar: por un lado, la mala nutrición producida por el déficit en el consumo de alimentos, está condicionada por factores políticos, sociales y económicos. En la mujer, esta condición revisita especial trascendencia por cuanto afecta directamente su función repro-

ductora. Por otro lado, nos encontramos con la mala nutrición por malos hábitos de alimentación, condicionada por características relacionadas con la urbanización, la tecnicidad y la disponibilidad de alimentos. En Centroamérica, la mayor parte de la población sufre de mala nutrición por déficit, aunque en algunos países, la escasa disponibilidad y los altos costos de los alimentos de buena calidad proteínica, ocasionan un exceso de consumo de carbohidratos, y por consiguiente un sobre peso ocasionando problemas de salud secundarios.

Respecto a la situación actual de salud, encontramos que la información existente, tanto oficial como particular, no permite hacer y obtener un

diagnóstico adecuado de la realidad de salud en la región, además refleja una situación distorsionada.

La situación de salud en Centroamérica y la forma de abordar dicha problemática no puede analizarse aisladamente del desarrollo histórico y social de cada uno de los países. Se considera, sin embargo, que aún con tales deficiencias y distorsiones en la información, la situación de salud que reflejan dichos datos es tan grave que inclusive los indicadores más sencillos denotan un daño de magnitud relevante con respecto a otras sociedades. Además, permite suponer que estos datos se potencializan cuando se hace una diferenciación entre los índices de salud urbano y rural.

Estos hechos cobran mayor relevancia en Centroamérica cuando vemos que más o menos un 64.2% de los

niños menores de 5 años padecen de algún grado de desnutrición, con variaciones que van desde 38.6% para Costa Rica, hasta un 72.6% para Guatemala. Esto se agrava cuando vemos las altas tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil de 1 a 4 años y algunos otros indicadores, como se observa en los cuadros, 3, 4, 5 y gráficos 1 y 2.

Dichos indicadores están fuertemente vinculados a las condiciones socioeconómicas y políticas de cada país. Por lo tanto, gran parte de estos indicadores podrían disminuir notablemente si los gobiernos o las instituciones de salud investigaran, analizaran y profundizaran cuáles han sido los distintos problemas o deficiencias que han obstaculizado obtener mejores indicadores de salud materno-infantil en los países del área centroamericana.

**CUADRO 3**  
**TASAS DE MORTALIDAD MATERNA, MORTALIDAD INFANTIL**  
**DE 1-4 AÑOS POR 1000, POR AÑO Y PAÍS**

País	Año	Tasa de mortalidad		
		Materna	Infantil	1-4 años
Guatemala	1983	1.2	84.0	15.6
El Salvador	1982	0.7	42.2	4.9
Honduras	1981	0.8	87.0	3.8
Nicaragua	1983	2.6	75.2	-
Costa Rica	1983	0.3	18.5	1.0
Panamá	1983	0.6	19.7	2.0

Fuente: Demographic Year Book 1984 (New York), Naciones Unidas.

**CUADRO 4**  
**NUMERO DE DEFUNCIONES INFANTILES Y TASA DE MORTALIDAD**  
**X 1000 NACIDOS VIVOS POR SEXO Y PAIS**  
**Año 1980**

País	Hombres Año 1980	Tasa x 1000 n.v	Mujeres Año 1980	Tasa x 1000 n. v.
Guatemala	11384	78.5	9129	67.6
El Salvador	3699*	48.1	3185*	39.7
Honduras	2137	28.1	1746	24.9
Nicaragua	1977	38.3	1482	30.9
Costa Rica	685	24.9	647	19.2
Panamá	-	-	-	-

\* Año 1981.

Fuente: Demographic Year Book 1982 (New York) 1984.

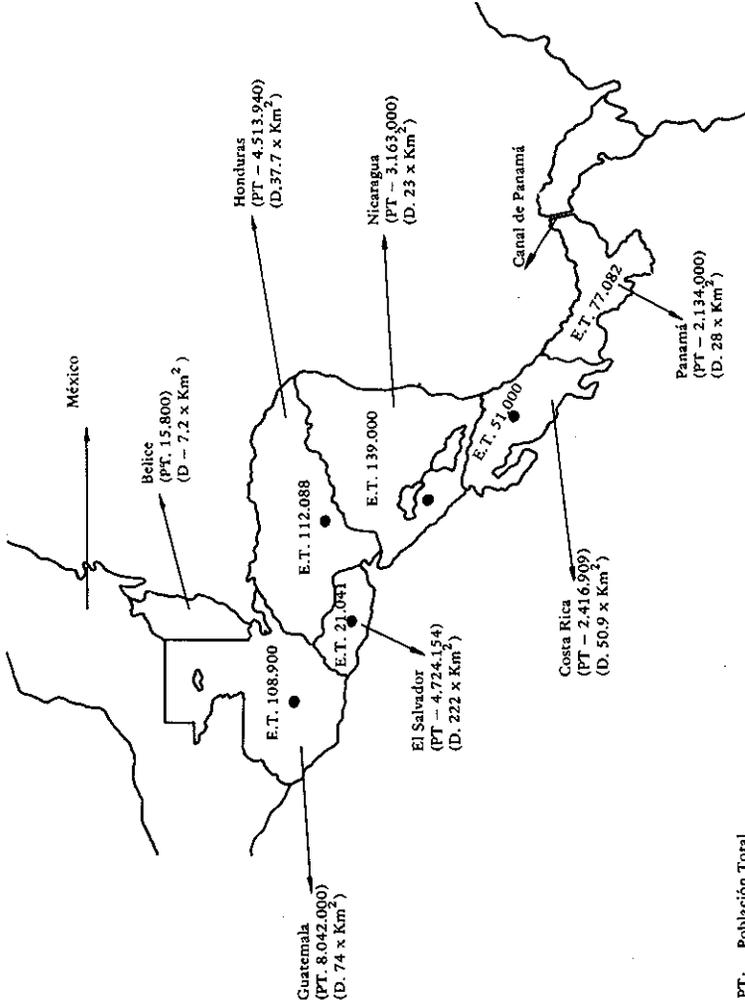
**CUADRO 5**  
**NUMERO DE DEFUNCIONES DE UN AÑO DE 1-4 AÑOS**  
**Y TASA DE MORTALIDAD X 1000 POR SEXO Y PAIS**  
**Año 1980**

País	Hombres Año 1980	Tasa x 1000	Mujeres Año 1980	Tasa x 1000
Guatemala	6084	13.2	5844	13.0
El Salvador	1582	4.5	1582	4.6
Honduras	1301	4.6	1355	4.9
Nicaragua	815	3.8	490	3.2
Costa Rica	158	1.5	117	1.1

Fuente: Demographic Year Book 1982 (New York) 1984.

GRAFICO I

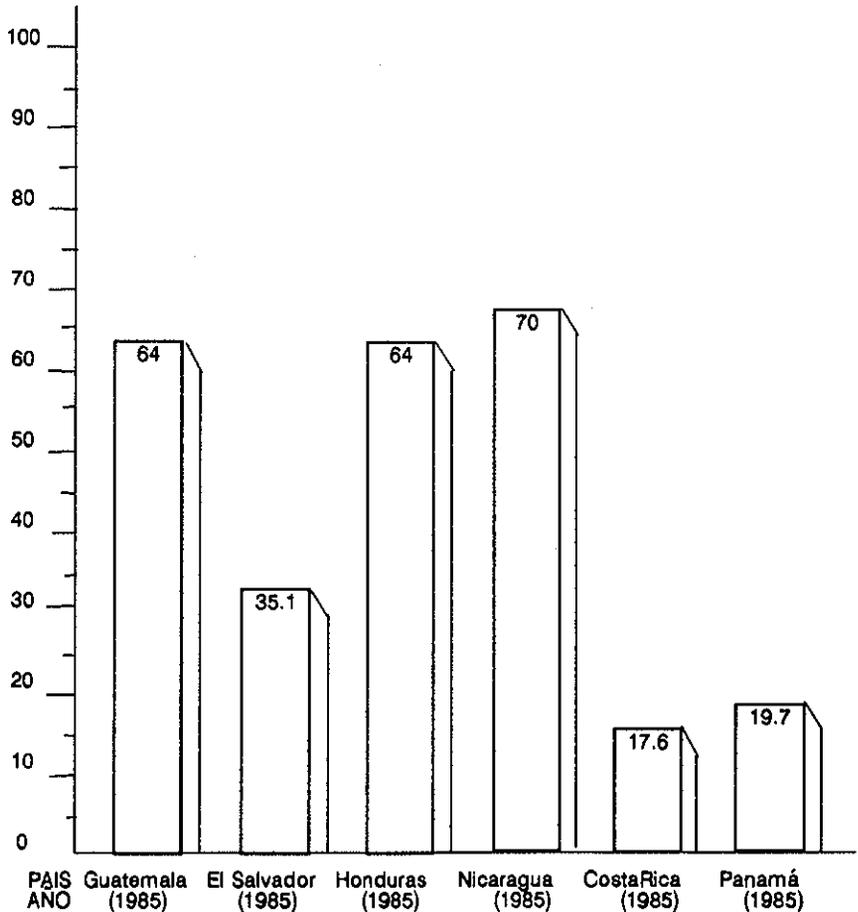
INDICADORES DEMOGRAFICOS DE CENTROAMERICA Y PANAMA  
AÑO 1986



PT: Población Total  
 E.T: Extensión Territorial  
 D: Densidad (No. de habitantes x Km<sup>2</sup>)

## GRAFICO 2

### TASA DE MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NACIDOS VIVOS EN CENTROAMERICA Y PANAMA POR AÑO



Fuente: Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial. Washington, 1986, pp. 258-259.

El alto costo económico de las actividades curativas y burocráticas, reflejadas en las bajas coberturas, en desmedro de otras actividades más efectivas y posibles de realizar, indica la existencia de intereses mercantilistas ajenos al sentido social que defienden y difunden los gobiernos de cada país, o las instituciones internacionales, con respecto a la definición y control de las políticas públicas de salud. Dichos intereses se observan en los abultados beneficios que reportan las grandes empresas transnacionales productoras de fármacos, y la gran cantidad de dinero que se invierte en propaganda para masificación popular por todos los medios de comunicación, los enormes ingresos de instituciones hospitalarias privadas donde la oferta y la demanda obedecen a intereses de cierto y determinado grupo social.

Tomando en cuenta todas las características anteriores, y contraponiendo la agudización de los conflictos sociales y políticos que se dan en este momento en la mitad de los países centroamericanos, es difícil, si no imposible, llegar a creer que la estrategia adoptada por la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, y los gobiernos del mundo y de la región centroamericana de alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000, un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente activa.

Esta posición es reforzada por los altos incrementos económicos que se asignan a los ministerios de defensa en estos países y el bajo porcentaje de los presupuestos nacionales destinados a los servicios de salud, que en algunos países no llega ni al 5% del producto na-

cional bruto, que es uno de los 12 indicadores seleccionados en la 34a. Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1981.

A pesar de esto, con el propósito de ayudar a resolver los graves problemas de salud que aquejan a la niñez centroamericana, se ha puesto en marcha un proyecto por valor de 30 millones de dólares auspiciado por los ministerios de salud de centroamérica y Panamá, la Organización Panamericana de la Salud, Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas y la Comunidad Económica Europea (CEE).

Dicho programa es denominado con el lema Salud Puente para la Paz, presentado ante el grupo de Contadora. Por su parte, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS declaró que en Centroamérica, cada año mueren más o menos 100.000 niños por causa de enfermedades prevenibles y que son casi desconocidas en el mundo desarrollado, por la interrelación de pobreza, la mala distribución de la riqueza, desnutrición y falta de adecuados programas de vacunación, que ha dado como resultado esta tragedia humana.

### **Morbimortalidad infantil en Centroamérica**

Los primeros años de la vida son sumamente decisivos para fortalecer una buena salud y a su vez mejorar la calidad de vida.

Actualmente estos principios son poco realistas, ya que de los 125 millones de niños nacidos en 1980, es probable que 12 millones de ellos, en los

países en vías de desarrollo, no lleguen a alcanzar el primer año de su vida. A esta gran pérdida de vidas humanas se le deben de sumar la de los millones de supervivientes que, por razón de condiciones ambientales adversas, no dispondrán de una buena salud y no desarrollarán todo su potencial humano.

Del total aproximado de 1.500 millones de niños que hay en el mundo, el 80% vive en los países en desarrollo, la mayoría afectados por la desnutrición y enfermedades infecto contagiosas asociadas a las precarias condiciones de vida en que se desarrollan. Estos factores de riesgo empiezan a surtir efecto incluso antes del nacimiento, cuando el niño está en el vientre de la madre. Si la madre presenta desnutrición, si es demasiado joven o de avanzada edad, si ha dado a luz menos de 24 meses antes, el riesgo de aborto y el de mortalidad neonatal aumenta considerablemente. Transcurridos los primeros días de vida, los factores ambientales continúan representando una amenaza de muerte en el niño, siendo una de las principales causas el tétano o enfermedad de los 7 días, como es denominado por la población indígena y campesina de la región centroamericana.

Como ejemplo, podemos decir que en las áreas donde los servicios de salud son precarios y no se practica la inmunización antitetánica mueren hasta un 10% de los nacidos vivos.

Siendo otras de las principales causas que cobran altas tasas de mortalidad en Centroamérica, los problemas perinatales, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y las enfermedades transmisibles prevenibles por vacunación, teniendo como

denominador común la desnutrición presente en casi todas las muertes por causas prevenibles, podemos afirmar que el proceso de desnutrición está íntimamente ligado al proceso de infección.

En este momento nos encontramos con el problema de que en la mayor parte de los casos de las defunciones la desnutrición no aparece registrada en los certificados de defunción. Se estima que la mortalidad causada por enfermedades infecciosas y desnutrición, apuntan que aproximadamente de cada 850.000 niños que nacen en Centroamérica cada año unos 100.000 tendrán bajo peso al nacer (.2.500 grm.), 100.000 morirán antes de cumplir cinco años, y casi dos tercios de los supervivientes sufrirán algún grado de desnutrición y algunos presentarán secuelas irreversibles. El cuadro 6 nos refleja el estado nutricional en Centroamérica y Panamá.

Además, las enfermedades prevenibles con inmunización representan un problema serio, a pesar de la disponibilidad de las vacunas eficaces y de fácil aplicación. En la última década ocurrieron más de 20.000 defunciones anuales de niños menores de 5 años causadas por difteria, tosferina, tétano, sarampión y poliomielitis. En la mayoría de los países de la región centroamericana la cobertura de inmunización en los niños menores de un año continúa siendo baja, y el elevado grado de abandono entre la primera y tercera aplicación de las vacunas múltiples sigue constituyendo un problema serio. Lo anterior se observa en el cuadro 7.

En 1983 las enfermedades infecciosas y parasitarias seguían siendo las primeras causas de muerte en la re-

**CUADRO 6**  
**INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL**  
**EN CENTROAMERICA Y PANAMA**

Indicadores de nutrición	Guatemala		El Salvador		Honduras		Nicaragua		Costa Rica		Panamá	
	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra
Porcentaje de niños con peso menor a 2.500 gramos	1980	10.0	1982	8.7	1981	9.8	1982	15.0	1980	6.8	1980	9.7
Calorías diarias disponibles per cápita	1980	1998	1977	1890	1978	1800	1974	2141	1978	2287	1978	2424
Porcentaje de niños de 1-4 años con algún grado de desnutrición	1980	73.0	1978	52.9	1980	80.0	1076	56.8	1982	38.6	1979	50.0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Priority Health Needs in Central America an Panamá. San José, 1984, p. 15.

glón centroamericana en niños menores de 5 años, como se observa en el cuadro 8.

En la mayor parte de los países de la región, a pesar de que la certificación es incompleta y no revela la verdadera magnitud del problema, se estima que los datos estadísticos de las defunciones registradas debieran de ser más elevadas, problema que en estos momentos no se debiera de presentar ya que la tecnología informática ha alcanzado un desarrollo de mucha magnitud.

Por todos estos problemas de salud existentes, los gobiernos y las organizaciones internacionales, en estos últimos años, han tratado de llevar a cabo una

serie de acciones y programas para enfrentar los grandes problemas de salud en los grupos más vulnerables.

Es por esto que a finales de 1983 el Director de la OPS propuso a los países centroamericanos un plan denominado Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá.

El plan contiene seis categorías, una de ellas se denomina supervivencia infantil, y contiene ocho proyectos:

- Control perinatal
- Control del crecimiento y desarrollo
- Lactancia materna
- Saneamiento ambiental

**CUADRO 7**  
**PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO INMUNIZADOS POR AÑO Y PAIS**  
**INDICADORES DE COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD**

Vacunas	Belice		Guatemala		El Salvador		Honduras		Nicaragua		Costa Rica		Panamá	
	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra
Difteria	1982	81.2	1983	44.0	1983	45.0	1983	70.0	1983	23.9	1984	77.9*	1983	58.0
Poliomielita	1982	65.2	1983	44.0	1983	44.9	1983	69.0	1983	86.0	1984	74.2	1983	55.6
Sarampión	1982	50.7	1983	12.0	1983	41.3	1983	66.0	1983	23.0	1984	79.2	1983	57.0
Tétano	1982	81.2	1983	44.0	1983	45.5	1983	70.0	1983	23.9	1984	77.9	1983	56.0
Tosferina	1982	61.2	1983	44.0	1983	45.0	1983	70.0	1983	23.9	1984	77.9	1983	56.0
Tuberculosis	1982	84.9	1983	25.0	1983	47.5	1983	75.0	1983	86.5	1983	81.4	1983	78.0

**CUADRO 8**  
**PORCENTAJE DE 5 CAUSAS DE DEFUNCION**  
**EN CENTROAMERICA Y PANAMA POR AÑO**

Causa de defunción	Belize		Guatemala		El Salvador		Honduras		Nicaragua		Costa Rica		Panamá	
	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra	Año	Cifra
Enfermedades intestinales y parasitarias (001-136)	1982	6.8	1983	28.6	1982	11.0	1980	27.4	1984	10.3	1983	4.4	1982	6.7
Tumores (140-239)	1982	7.6	1983	3.2	1982	2.9	1980	5.6	1984	6.6	1983	19.8	1982	13.1
Enfermedades del corazón (390-429)	1982	21.2	1983	4.1	1982	8.1	1980	11.8	1984	12.7	1983	26.0	1982	16.6
Accidentes de tránsito	1982	1.7	1983	0.4	1982	2.0	-	-	1983	7.5	1983	4.8	1982	4.6
Signos y síntomas y estados morbosos mal definidos	1982	5.5	1983	13.4	1982	10.7	1980	40.5	-	-	1983	3.5	1982	9.6

\* Año 1984.  
Fuente: Las condiciones de salud en las Américas 1981-1984. Volumen II Publicación Científica No. 500. (OPS-OMS-OSP). 525 Twenty-Third Street N.W. Washington, D. C. 20037, U.S.A.

- Control de diarreas y rehidratación oral
- Control de infecciones respiratorias
- Atención del adolescente
- Inmunizaciones.

Dicho proyecto, al referirse a la categoría de supervivencia infantil no deja claro los objetivos, ya que en este momento se interpreta como una acción paliativa y no una acción preventiva-curativa, contradictoria a las políticas definidas en 1978 en Alma-Ata.

Con este proyecto podemos inferir que uno de los objetivos es brindar un balance biológico, bioquímico y psicológico mínimo o de sostenimiento dentro de sus principales componentes tales como el consumo de 1.300 kcal por día y 16g de proteínas, un requerimiento mínimo en el grupo de 1-4 años

esto así respondería a la titulación del proyecto de supervivencia infantil pareciera ser que se ignora que en Centroamérica la temprana participación del niño en el trabajo llega a ser parte de la fuerza laboral como una condición impuesta por la limitación económica-familiar, situación que por un lado les niega la oportunidad de asistir a la escuela y lo convierte en analfabeto, y por lo que por otro lado, es sometido a mayores riesgos. Así, el niño campesino muchas veces es víctima de intoxicación por insecticidas o de enfermedades tropicales que lo llevan a la muerte.

En las áreas urbanas, si bien no sucede el fenómeno de la misma manera, la condición del niño trabajador no es menos difícil, pues la necesidad y el propio medio donde se desenvuelve lo llevan a la transgresión y a otras situaciones que van en deterioro de un crecimiento y desarrollo integral      ◊

# El ICAP en Centroamérica

## Proyecto de Investigación

Carmen María Romero\*

ICAP- Fundación Ford

---

SE PRESENTA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN QUE ENMARCA AL PROYECTO "ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SALUD A TRAVÉS DE LOS PROGRAMAS MATERNO-INFANTILES EN CENTROAMÉRICA. EN EL DOCUMENTO SE CONTEXTUALIZA EL ESTUDIO, SE HACE UNA DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA, DEL OBJETO DE ESTUDIO, OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y VARIABLES E INDICADORES. FINALMENTE SE DESCRIBEN LAS ETAPAS A LLEVARSE A CABO, Y EL PROPÓSITO DE LAS MISMAS.

### Introducción

El presente documento constituye el Proyecto de Investigación "Análisis de la Organización y Funcionamiento de las Políticas de Salud a través de los Programas Materno Infantiles en Centroamérica". Dicho proyecto ha sido llevado a cabo con la aprobación de las autoridades de salud de los gobiernos de Guatemala, El Salvador, Honduras, Costa Rica y Panamá.

El proyecto consta de tres etapas: la primera abarca el perfil de las políticas públicas de salud en los países centroamericanos y plantea un análisis

comparativo de su naturaleza y orientación. La segunda, estudia el Programa Materno Infantil en cada uno de los países e identifica los obstáculos administrativos que se presentan en la gestión de dichos programas. Y finalmente, la tercera etapa, se dirige a la elaboración de un trabajo de campo, con el propósito de profundizar, ampliar y analizar los obstáculos administrativos detectados en la fase anterior, y hacer una propuesta de solución para éstos, con la participación conjunta de los funcionarios de los ministerios de salud y los investigadores en los países.

### Las políticas de salud a través de los programas materno-infantiles en Centroamérica<sup>1</sup>

Los programas de salud maternoinfantil (MI) han sido una necesidad

---

\* Socióloga y Trabajadora Social. Coordinadora Programa de Investigaciones.

1. Basado en el proyecto de investigación "Análisis de la Organización y Funcionamiento de las Políticas de Salud a través de los Programas Materno Infantiles en Centroamérica", realizado por el ICAP entre julio-agosto 1988

histórica para los pueblos del mundo, independientemente del grado de desarrollo alcanzado.

Este grupo presenta una alta vulnerabilidad por la presencia de diferentes procesos biológicos tales como: fecundación, reproducción, crecimiento y desarrollo.

Esta vulnerabilidad, asociada a condiciones de vida adversos como factores sociales, económicos, políticos y educacionales propios de cada país, determina que el binomio madre/hijo, tenga especial interés a la hora de brindar la atención requerida en el campo de la salud. En la actualidad, no es socialmente aceptable que pequeñas minorías de privilegiados dispongan de la tecnología más cara de la medicina, mientras que la mayoría de las poblaciones rurales no se benefician con los programas de salud.

Aunque se carece de cifras exactas y actualizadas, puede afirmarse que en 1978-1980 la inmensa mayoría de madres y niños del área centroamericana siguieron privados de cualquier tipo de atención en salud.

Los problemas de salud (MI) en Centroamérica, se presentan con características especiales, como respuesta a complejos factores donde se destacan la irregular distribución de la tierra y de los medios de producción y el crecimiento demográfico poco ordenado y controlado. A pesar de los progresos alcanzados por algunos países de la región, aún prevalecen altas tasas de morbimortalidad (MI) que revelan la existencia de problemas de salud de gran magnitud y la necesidad de enfrentarlos con medidas adecuadas.

Las particularidades del grupo (MI) plantean la necesidad de atender dife-

rentes requerimientos de cooperación técnica, científica y de investigación, dentro de los cuales se inscribe el estudio. Se pretende profundizar y obtener una visión más amplia que permita conocer y analizar los principales problemas de las políticas técnicoadministrativas en cada uno de los ministerios de salud, como aparatos reproductores de las políticas centrales (gobiernos) y poder así proporcionar soluciones concretas y objetivas con una vialidad adecuada.

Es evidente que en los últimos años en la región centroamericana se han agudizado las contradicciones sociales, y como fenómeno paralelo, los programas políticos enfrentan grandes contradicciones. La región sufre además, el fenómeno de desplazamiento de grandes sectores de población, que han tenido que emigrar a otros países vecinos en calidad de refugiados; aspecto que repercute en la salud de las madres y niños, ya que este grupo representa aproximadamente el 65% de la población.

En Centroamérica, las principales causas de mortalidad son: mortalidad materna (embarazo, parto, puerperio); mortalidad perinatal, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, desnutrición proteínicoenergética asociada a las anemias ferroprivas y, enfermedades transmisibles, que se pueden prevenir con la vacunación. Actualmente, las enfermedades prevenibles con inmunizaciones representan un problema, a pesar de que existe disponibilidad de vacunas eficaces y de fácil aplicación. Sin embargo, existen altas tasas de defunción y alta incidencia de lisiados con secuelas por tétano, tosfe-

rina, sarampión y poliomielitis. Cabe destacar, que el presente problema está asociado a las bajas coberturas alcanzadas en niños menores de un año dentro de los programas de vacunación horizontal y vertical.

En el caso de las vacunas múltiples, el abandono entre la primera y tercera dosis, es uno de los problemas más relevantes dentro de los programas sostenidos. Los programas de inmunización, a pesar de la importancia que tienen, no alcanzan niveles de cobertura aceptables, ya que en el área centroamericana menos del 20% de los niños son vacunados, en contraposición a los países desarrollados donde del 80% al 90% son cubiertos por estos programas.

Es indiscutible que cuando entramos a analizar las políticas públicas en salud, debemos referirnos a dos conceptos que juegan un papel clave para el presente estudio: el concepto de salud-enfermedad y el de práctica médica. En relación al concepto de salud-enfermedad, no existe hasta la fecha una concepción completa y satisfactoria. La misma Organización Mundial de la Salud ha modificado y variado su concepto, e incluso no se le ha dado un valor histórico. En este orden de ideas hay quienes afirman que hemos pasado de una concepción formalista a una noción funcionalista.

No debe extrañarnos entonces por qué la definición de salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", emanado de la OMS y difundido, aceptado, enseñado y aprendido tan ampliamente, sea científicamente cuestionado.

Debemos pues, entender el fenómeno salud-enfermedad como una categoría dialéctica, inscrito en un proceso histórico y que es la expresión de la contradicción entre la vida y la muerte.

Una definición entendida así, tiene la ventaja de incorporar o responder a los hechos biológicos, psicológicos y sociales, pero ubicándolos en nuestro momento histórico, social e ideológico. Siendo así, es fácil observar que el proceso salud-enfermedad es dinámico y cualquier conceptualización es relativa.

Por otro lado, la práctica médica concebida como la acción consciente del médico, dotado de un cúmulo de conocimientos científicamente obtenidos sobre el fenómeno salud-enfermedad, es obvio que también enfrenta obstáculos. Dejando a un lado la concepción que tradicionalmente podría empañar la imagen del médico mago, el médico brujo, el médico investigador, etc. Se puede afirmar que la práctica médica ha tenido su origen en las relaciones de producción del hombre; prevaleciendo en proporciones distintas según el nivel socioeconómico alcanzado; a saber: la práctica médica privada, la institucionalizada y la socializada.

Actualmente no podemos sustraernos de este hecho histórico. Si partimos de que la estructura económico-social determina el tipo de práctica que se da, cabe preguntar: ¿Qué práctica se hace en la mayor parte del mundo? Si vivimos en una sociedad de consumo, en una fase capitalista de producción, donde las alternativas fáciles son acumular riqueza o empobrecerse; explotar o ser explotado; ofrecer o demandar, es lógico suponer que al médico, dentro de ese contexto le toque desempeñar una actitud dual. Por

un lado, como médico tradicionalmente concebido, debe "tratar con enfermedades" (tradicionalmente entendidas también), y por otro lado, como médico, hombre y consumidor, tiene que resolver su propia existencia.

De allí que el médico ha visto históricamente en la medicina un servicio por el cual tiene que cobrar; en un ambiente de competencia y de oferta. En esos términos hasta se "especializa" para ofrecer un servicio que otro no puede brindar. Esa misma relación de producción ha generado instituciones de salud que ofrecen también su servicio a quien lo demande, funcionando con un sentido individualista y hasta elitista, y desde luego, contentándose con devolver rehabilitado únicamente a quien haya buscado sus servicios.

### **Problema de investigación**

Las políticas públicas son expresión de la relación que se da entre el Estado y la sociedad, pues pretenden responder a los requerimientos y a las necesidades de esta última, dentro de un marco jurídico y político determinado. Las concebimos como expresión dinámica y cambiante, como expresión de la relación con su medio y como escenario a través de las cuales se puede obtener, una comprensión más cabal de la realidad.

Si partimos de lo anterior, podemos destacar la importancia que tiene el análisis de políticas, como un camino para comprender la problemática de los países centroamericanos.

En el caso del presente estudio, la incursión en el análisis de las políticas de salud, se realiza a través de las ins-

tituciones responsables de concretar dichas políticas, por medio de su formulación, ejecución y evaluación. Por otro lado, interesa conocer la contraparte de estos esfuerzos institucionales que se tipifican en la clientela o beneficiarios de la política pública.

Las políticas públicas en el campo de la salud cumplen con las condiciones anteriormente mencionadas; dentro de ellas el programa materno-infantil es particularmente significativo, porque madre y niño son el binomio más afectado y de mayor interés en la problemática de salud, en razón de que representan el mayor porcentaje de población y constituyen el grupo de mayor riesgo en los países centroamericanos.

Interesa destacar además, que los esfuerzos en materia de salud en la región se han concentrado en los últimos años en este campo, apoyados por los organismos internacionales. Así, la política pública en lo que respecta a los programas materno-infantiles tiene 3 características fundamentales: 1) significancia política, 2) alto grado de cobertura, y 3) proyección relevante.

Sin embargo, el programa materno-infantil presenta una serie de problemas relacionados con el enfoque, la distribución de recursos y obstáculos administrativos, que impiden una mayor eficiencia y eficacia en el desarrollo de los subprogramas, y que afectan particularmente el acceso y la calidad de los servicios.

Desde una perspectiva integral, el estudio permitirá captar la realidad nacional y regional, con el fin de identificar no solamente las deficiencias de los programas, sino los elementos desestabilizadores que se presentan en las circunstancias actuales.

## Objeto de estudio

### a. Definición del objeto de estudio

El programa materno-infantil está constituido por varios subprogramas, entre los cuales se pueden mencionar: 1) Captación del recién nacido en sus etapas neonatal y perinatal; 2) Inmunizaciones; 3) Nutrición; 4) Salud oral; 5) Crecimiento y desarrollo; 6) Preescolar; 7) Escolar; 8) Capacitación de la mujer embarazada; 9) Embarazo, parto y puerperio (inmediato; mediano y tardío); 10) Orientación familiar y otros.

Como puede observarse, las posibilidades son bastante amplias para realizar la presente investigación; sin embargo se hizo necesario evaluar cuáles de estos subprogramas eran los más representativos y delimitar así nuestro objeto de estudio; circunscribiéndonos a 2 subprogramas:

1. Mujeres embarazadas (desde el momento de capacitación hasta el puerperio).
2. Niños de 0 a 6 años.

La ubicación de los subprogramas anteriormente mencionados se investigará a través de las instituciones públicas respectivas en cada país centroamericano. De acuerdo con lo anterior, la delimitación del objeto tendrá las siguientes características:

### b. Ubicación espacial

La ubicación territorial del estudio pretende abarcar la zona urbana y rural dentro de cada país de la región, sin embargo el análisis se concentrará en las

áreas urbanas, contemplando el trabajo realizado por una o más instituciones relacionadas con la temática.

### c. Ubicación temporal

La investigación atenderá el presente inmediato, aunque para cumplir con los objetivos del estudio, no se excluye la posibilidad de hacer un análisis institucional retrospectivo.

### d. Actividades de los subprogramas objeto de estudio

Las principales actividades que realizan las instituciones encargadas de ejecutar el subprograma materno son las siguientes: captación de mujeres con sospecha de embarazo; comprobación de las mujeres con embarazo; inscripción y determinación del estado actual del embarazo y sitio de atención; determinación del sitio de atención del parto en las mujeres que viven en el área de influencia del programa; atención del parto; control postparto: (inmediato, mediano, tardío); educación en lactancia materna; control de métodos anticonceptivos del programa de orientación familiar.

Las principales actividades del subprograma infantil son: captación del recién nacido; determinación de la morbilidad en la población infantil y atención de ésta en cualquiera de los niveles del programa según el tratamiento requerido en cada caso; control del crecimiento y estado nutricional; control de diarreas y/o enfermedades transmisibles; inmunizaciones: tosferina, difteria, tétano, tuberculosis, poliomielitis, sarampión y viruela.

Las actividades enumeradas anteriormente serán objeto de evaluación siguiendo el modelo de análisis administrativo que ha sido diseñado para la presente investigación.

Por ser el objetivo central de la investigación la identificación de los principales obstáculos administrativos que se presentan en los programas materno-infantiles, se ha considerado pertinente utilizar además un Sistema de Medición de Eficacia y Factores de Funcionamiento que orienten al investigador para el estudio de los componentes estructurales y proceso de actividades que deberá evaluar en los subprogramas seleccionados.

## **Objetivos de la investigación**

### **a. Objetivos generales**

1. Fortalecer el programa de investigación del ICAP con el propósito de contribuir al conocimiento de la problemática administrativa de los sectores públicos de la región, y a su vez proporcionar y poner en práctica propuestas concretas de solución.
2. Siguiendo las políticas de investigación del ICAP, se pretende desarrollar un modelo metodológico de análisis de políticas públicas, basado en la investigación acción y que retome las experiencias que en esta área ha venido desarrollando el Instituto.
3. Contribuir a fortalecer el binomio investigación/docencia por medio de la incorporación de estudiantes y docentes de los programas de posgrado en las diferentes etapas de la investigación por realizar.

### **b. Objetivos específicos**

1. Señalar las deficiencias de carácter institucional que impiden mayores niveles de eficiencia y eficacia en la prestación de servicios estatales de atención materno-infantil y contribuir al encuentro de soluciones conjuntamente con los niveles de autoridad involucrados.
2. Identificar la orientación de las políticas de salud en Centroamérica por medio de los Programas materno-infantiles.
3. Identificar y analizar los principales problemas de gestión que se presentan en los programas materno-infantiles.
4. Determinar los obstáculos administrativos que se presentan en la ejecución del programa materno-infantil, a fin de que conjuntamente con el personal involucrado de dicho programa se busquen alternativas de solución.
5. Precisar en qué medida los problemas que se presentan en el proceso de gestión, condicionan la calidad y el acceso de los servicios que brindan los programas materno-infantil.

### **Metas**

1. Definición de políticas de salud de cada país centroamericano.
2. Definición de políticas sobre programa materno-infantiles.
3. Conocer la definición y objetivos de las políticas públicas y su impacto en la sociedad.

4. Conocer los programas prioritarios de deficiencia administrativa, en su causa y efecto.
5. Conocer el diagnóstico de salud de cada país centroamericano.

## **Variables e indicadores de la investigación**

### *Dimensión política*

AREAS	VARIABLES	INDICADORES
Políticas de salud	1. Caracterización de políticas de salud	1.1 Gastos del Estado en salud
		- Según el presupuesto total del Estado
		- Según el por ciento del PIB
	2. Naturaleza y orientación de las políticas de salud	1.2 Población cubierta por servicios de salud (Ministerio de Salud y Seguro Social)
		1.3 Tasa de morbilidad general y específica
		2.1 Jerarquización de cinco políticas de salud definidas por los ministerios
	2.2 Zonas y grupos sociales prioritarios de los programas de salud	

AREAS	VARIABLES	INDICADORES
		2.3 Cobertura teórica real
Programa Materno infantil	3. Orientación del Programa Materno infantil	3.1 Gastos del Programa Materno infantil - Según presupuesto del Ministerio de Salud (y/o Seguro Social)
		3.2 Población cubierta por el Programa Materno infantil
		3.3 Actividades prioritarias del programa
		3.4 Zonas y grupos prioritarios del Programa Materno infantil
		3.5 Cobertura teórica real

### *Dimensión administrativa*

AREAS	VARIABLES
1. Planeación	1.1 Aspectos normativos 1.2 Aspectos administrativos 1.3 Recursos humanos 1.4 Recursos financieros
2. Organización	2.1 Análisis del organigrama 2.2 Toma de decisiones 2.3 Recursos humanos 2.4 Coordinación

AREAS	VARIABLES
3. Dirección	3.1 Responsabilidades 3.2 Líneas de autoridad 3.2.1 Jerarquía 3.2.2 Decisión 3.3 Supervisión del trabajo 3.4 Sistemas de control 3.4.1 Planeamiento 3.4.2 Administración 3.4.3 Recursos humanos 3.4.4 Seguimiento de decisiones 3.5 Presupuesto
4. Recursos humanos	4.1 Clasificación de personal 4.2 Capacitación 4.3 Sistema de administración del R.H.
5. Proceso de comunicaciones	5.1 Mecanismos formales de comunicación 5.2 Mecanismos informales de comunicación 5.3 Toma de decisiones 5.4 Coordinación
6. Financiera	6.1 Rubros de gasto 6.2 Instrumentos de control 6.3 Instrumentos de planeamiento

*Dimensión de los servicios de salud*

AREAS	VARIABLES
1. Atención en salud	1.1 Planificación 1.2 Programación 1.3 Ejecución de los programas 1.4 Grupos vulnerables 1.5 Impacto de los programas (MI) en la población 1.6 Niveles de evaluación y supervisión

1. Atención en salud  
(servicio)

- 1.7 La administración
  - 1.8 Costo y beneficio de los programas
  - 1.9 Niveles de atención
  - 1.10 Niveles de cobertura
  - 1.11 Información estadística y retroalimentación
  - 1.12 Evaluación de capacidad instalada:
    - a) Recursos humanos
    - b) Infraestructura
    - c) Material y equipo
    - d) Medicamentos o fármacos utilizados
    - e) Otros
- 
- 1.1 Población
    - a) Total
    - b) De/riesgo
  - 1.2 Cobertura
    - a) Según norma
    - b) Cobertura real
  - 1.3 Niveles de concentración
    - a) s/n según norma
    - b) c/r concentración real
  - 1.4 Rendimiento
    - a) s/n según norma
    - b) r/r rendimiento real
  - 1.5 Número de actividades
  - 1.6 Tasa de morbilidad materna
  - 1.7 Tasa de morbilidad infantil
  - 1.8 Tasa de morbilidad por causa específica
  - 1.9 Tasa de mortalidad materna
  - 1.10 Tasa de mortalidad infantil
  - 1.11 Tasa de mortalidad por causa específica
  - 1.12 Tasa de mortalidad perinatal
  - 1.13 Tasa de mortalidad neonatal

## Aspectos operativos.

*Segunda etapa: 20 de abril -  
4 de setiembre de 1987*

### *Etapas de la Investigación*

La investigación está diseñada para efectuarse en dieciocho meses, y se ha dividido en cuatro etapas que se explican a continuación:

*Primera etapa: 2 de febrero -  
18 de abril de 1987*

La primera etapa se orienta a hacer un perfil de las políticas públicas de salud en los países centroamericanos. En ella se definirá, algunos conceptos de acuerdo con las visiones nacionales, y se recogerá información sobre indicadores relevantes de salud. Finalmente, se hará el análisis de la organización de los ministerios o instituciones responsables de llevar a cabo el programa materno-infantil.

Como resultado del trabajo anterior se elaborará el primer avance de investigación que contendrá:

1. Análisis comparativo de la naturaleza y orientación de las políticas de salud.
2. Síntesis de la problemática administrativa de salud en Centroamérica.

Al inicio de esta etapa se va a realizar un seminario introductorio a la investigación, en el cual se explicará a los responsables de cada uno de los países la metodología y desarrollo del proceso de investigación. El seminario tendrá una duración de dos días y en el mismo se pretende hacer una presentación y aclaración de dudas del trabajo por realizar.

La segunda etapa tiene como objetivo principal elaborar un perfil de los programas materno-infantiles en los países de la región. Para lograr uniformidad en los criterios de recolección e información y líneas de interpretación de ésta. El Equipo Central enviará desde la sede (en Costa Rica) los formatos de levantamiento de información, así como los criterios a seguir para la preparación del envío de la información. En la sede se realizará el II Avance de Investigación Nacional y Regional, con base en la información recogida.

En esta etapa se realizará el I Taller de Investigación en cada uno de los países, el Equipo Central se trasladará a éstos con el fin de darle seguimiento al trabajo, y aclarar las dudas que han ido surgiendo.

*Tercera etapa: 7 de setiembre  
1987 - 19 de febrero de 1988*

En esta etapa se realizará el análisis del funcionamiento operativo de los subprogramas:

1. Mujeres embarazadas
2. Niños de 0 a 6 años

Se hará el proceso de interpretación y análisis de toda la información levantada, a nivel nacional y regional, y la preparación del primer borrador del Informe Final de Investigación.

En la mitad de la tercera etapa se realizará el Segundo Taller de Investigación a nivel nacional, el Equipo Central visitará los países a fin de valorar y dar

seguimiento al borrador del Informe Final.

Al finalizar el período, se realizará un seminario original donde se impartirán y analizarán los borradores del Informe Final.

*Cuarta etapa: 22 de febrero - 31 de agosto 1988*

En esta etapa corresponde al Equipo Central, hacer la depuración de la información y la presentación del Informe Final de Investigación dividido en 2 partes:

1. Informe Nacional
2. Informe Regional

### **Trabajo de campo**

Con el trabajo de campo se pretende completar el estudio de la dimensión administrativa, a saber, analizar en el campo la operación de los sistemas de planeación, organización, dirección, recursos humanos, comunicaciones y financieros, tomando como unidad de análisis a los funcionarios involucrados en la ejecución de los programas (técnico y administrativo).

Por otra parte se evaluarán los aspectos relativos a los servicios y relacionados con el acceso, cobertura y calidad de éstos. En este caso, nuestra unidad de análisis estará constituida por informantes claves de las zonas seleccionadas e incluso los propios beneficiarios de los servicios.

Se desprende de lo anterior la importancia de la participación comunitaria

en el desarrollo de las acciones en salud sobre todo en el área (MI). Si la comunidad no está motivada, ni se involucra o participa, los programas no tienen el efecto deseado. Lograr la participación comunitaria no es fácil, sobre todo en aquellos lugares en donde, con fines más políticos que de salud, se le ha prometido a la comunidad urbano o rural, acciones inmediatas o se han creado falsas expectativas. Sin embargo, la experiencia demuestra que las comunidades que son estimuladas a participar (a través del trabajo con los líderes de la propia localidad o de comités) logran un efecto multiplicador en las acciones de salud. Con la participación de la comunidad se pueden mejorar la calidad de los servicios locales y compartir las responsabilidades conjuntamente con el resto del personal involucrado.

Esta acción, en salud puede ser proyectada tanto para el área urbana o rural y dependerá del enfoque que las instituciones en salud le den a las políticas públicas.

Con respecto a la atención médica expresada en el servicio, se tomará en cuenta que ésta debe ser proyectada a las clases y grupos más necesitados, tales como el binomio madre/niño, que representan un alto porcentaje de la población de cada país del área centroamericana. Tomando en cuenta estas características, el trabajo de investigación se efectuará en las áreas urbana y rural. Estas deberán de presentar características: demográficas, sociales, culturales y económicas similares; dichas características deberán ser tomadas en cuenta para definir las áreas de trabajo en la zona rural.

El trabajo se realizará en las zonas urbanas; estará centrado en las institu-

ciones que definen y ejecutan las políticas de salud (Ministerios y Seguro Social) Los niveles de evaluación se efectuarán respetando las estructuras orgánicas de cada institución, a saber: políticas de gobierno; nivel central del Ministerio de Salud; nivel central de la división o departamento (MI); nivel central del área o región; nivel central del distrito; nivel central del hospital o clínica; nivel central del centro de salud; ni-

vel central del puesto de salud; población vulnerable.

El trabajo de campo se realizará en la segunda y tercera etapa durante los meses de abril de 1987 y febrero de 1988.

Para estas etapas se elaborarán instrumentos de registro, tomando en cuenta las características de las fuentes y las necesidades de información que se consideren pertinentes

# referencias

---

LA BIBLIOGRAFÍA QUE SE PRESENTA A CONTINUACIÓN, ESTÁ REFERIDA A LA DOCUMENTACIÓN UTILIZADA POR CADA UNO DE LOS INVESTIGADORES EN LA ELABORACIÓN DEL ESTUDIO. ESTA SECCIÓN SE ORDENÓ POR PAÍSES, PARA FACILITAR EL DESARROLLO DE FUTUROS TRABAJOS NACIONALES Y REGIONALES. LA MISMA ESTÁ CENTRADA EN UN MISMO TEMA, LAS POLÍTICAS DE SALUD; LO QUE FACILITA EVENTUALMENTE LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS COMPARATIVOS ENTRE DOS O MÁS PAÍSES.

## Guatemala

Departamento de Estadística del Ministerio de Salud 1984-1985-1986. Guatemala: Ministerio de Salud, 1986.

Instituto Nacional de Estadística (INA). Proyecciones Departamentales de Población. Guatemala: INA, 1985.

Ministerio de Salud. Memoria Anual 1984, Guatemala: Ministerio de Salud. 1985. Ministerio de Salud. Memoria Anual 1985, Guatemala: Ministerio de Salud, 1986.

Ministerio de Salud. Memoria Anual 1986, Guatemala: Ministerio de Salud, 1987.

Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud, Guatemala: Ministerio de Salud Pública, 1986.

Ministerio de Salud. Informe de Labores de la Dirección General de Servicios de Salud 1985, Guatemala: Ministerio de Salud, 1986.

Sayche, Baudilio. Diagnóstico de Salud Materno Infantil y Familiar de la República de Guatemala: USAC, 1983.

## EL Salvador

E.C.A. Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas", Noviembre, Diciembre 1986.

Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (MIPLAN). Plan de Desarrollo Económico y Social "El Camino hacia la Paz".

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de Prestación de Servicios de Salud, Área Metropolitana, Características e Implementación, MSPAS - Abril de 1987.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Quinquenal de Salud 1985-1989.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de Desarrollo Institucional, El Salvador, 1985.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reglamento interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Enero 1987.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Salud Pública en cifras 1984*, Unidad de Estadística de Salud. El Salvador. 1984.
- Morán, Hugo. *Sistema de Salud*, El Salvador 1985.
- Proyecto ELS/87/PO1, Extensión de la Cobertura de los Programas de SMI/PF/APS. El Salvador, febrero 1987.
- Revista del Banco Central de Reserva de El Salvador, Julio, Agosto, Setiembre 1986.
- Honduras**
- Honduras. Dirección de Planificación Sectorial. *Plan de acción 1987*. Tegucigalpa, 1987.
- Honduras. *Estrategia de desarrollo de salud 1982-1986*. Documento para discusión No. 2. Tegucigalpa, 1982.
- Honduras. Ministerio de Salud Pública, División de Planificación. *Plan operativo anual*. Tegucigalpa, años 1980-1987.
- Honduras. Ministerio de Salud Pública. *Política Nacional de Salud*. Tegucigalpa, 1986.
- Honduras. *Plan de acción de supervivencia infantil 1987*. Tegucigalpa, 1986.
- Honduras. Plan nacional de desarrollo. *Plan nacional de salud 1987-1990*. Tegucigalpa, 1987. (borrador).
- Honduras. Plan nacional de desarrollo. *Plan nacional de salud 1982-1986*. Tegucigalpa, s/f.
- Honduras. *Proceso de programación local. Documento básico*. 2a ed. Tegucigalpa, 1985.
- Honduras. *Salud en cifras, 1982-1985*. Tegucigalpa, 1986.
- Honduras. *Salud para todos*, Nº. 1 - 7. Tegucigalpa, años 1981-1986.
- Honduras. Secretaría Técnica del Consejo Superior de Planificación Económica. *Plan nacional de desarrollo 1979 - 1983. Plan nacional de salud 1979 - 1983*. Tegucigalpa, s/f.
- Organización Panamericana de la Salud. *Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*, Documento Oficial Nº. 179. Washington, D.C., 1982.
- Honduras. Dirección General de Salud, Departamento Estadísticas de Salud. *Boletín de estadística e información de salud. Estadísticas de atención ambulatoria*. Tegucigalpa, 1987.
- Instituto de Cooperación Iberoamericana ed. *Necesidades prioritarias en materia de salud en América Central y Panamá*. Madrid, 1985 (Conferencia de Madrid. Contadora/Salud para la Paz en Centroamérica y Panamá).
- Instituto Hondureño de Seguridad Social, Departamento Estadístico y Actuarial. *Anuario estadístico de la situación de salud en Honduras. Una perspectiva histórica*. Tegucigalpa, 1986.

cigalpa, 1983 (tesis para optar al grado de licenciatura en trabajo social).

XIX Reunión de Ministros de Salud Pública. *Necesidades prioritarias de salud en Centroamérica y Panamá. Honduras. Guatemala*, 1984.

## Nicaragua

Educación primaria y supervivencia infantil. Memoria Nº 3. Antigua, Guatemala. s.n. , 1986.

Nicaragua. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Nicaragua en cifras 1985, Managua. Instituto Nacional de Estadística y Censos, s.f.

Nicaragua. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario estadístico, 1985. Managua. Instituto Nacional de Estadística y Censos, s.f.

Nicaragua. Ministerio de Salud. Diagnóstico del Programa Materno Infantil. Managua. Ministerio de Salud, 1985.

Nicaragua. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 1987. Managua. Ministerio de Salud, 1986.

## Costa Rica

Alvarado, R. El enfoque de riesgo familiar: un nuevo modelo de atención primaria. Memoria II Congreso

Nacional de Salud Pública. San José, Costa Rica, 1987.

Alvarado, R. et. al. Plan Nacional de acción de supervivencia infantil para el año 1986. Mimeografiado. San José. 1986

Alvarado, R. Análisis de la Organización y Funcionamiento de las Políticas de Salud a través de los Programas Maternoinfantiles en Centroamérica. El caso de Costa Rica. I etapa. Proyecto de Investigación ICAP. Fundación FORD. San José, 1987.

Asis B. Miguel. Salud comunitaria a nivel urbano. Cátedra de Medicina Preventiva. Universidad de Costa Rica. Mimeografiado, 1976

Elizondo, Ana. Situación Nutricional y algunos aspectos socioeconómicos de cantones de Costa Rica. O.C.A.F. (S.I.N) Mimeografiado, 1983

Jaramillo A. Juan. Los problemas de la salud en Costa Rica. Segunda edición corregida. Litografía Amber. San José. 1984

Laurell, Asa Cristina. La saludenfermedad como proceso social. Maestría en Medicina Social, Univ. Autónoma de México-Xichimilco. Mimeografiado. 1979

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Plan Nacional de Desarrollo 1982-1986. "Volvamos a la Tierra". Tomo I. Diagnóstico y Estrategia Global. Imprenta Nacional. San José. 1983.

Ministerio de Salubridad Pública. Manual de Salud Rural. Primera edición. Mimeografiado. Costa Rica. 1974.

- Ministerio de Salud. Ley general de salud ley orgánica del Ministerio de Salud. Imprenta Nacional. San José, 1974.
- Ministerio de Salud. Memoria anual 1985. Departamento de Educación para la Salud y Departamento de Publicaciones. San José, 1986.
- Ministerio de Salud. Ministerio de la situación de salud en la década 1971-1980. Políticas y estrategias en relación con la meta "Salud para todos en el año 2.000". Unidad Sectorial de Planificación. Costa Rica. 1980.
- Ministerio de Salud. Necesidades prioritarias de salud en Costa Rica. San José, 1985.
- Ministerio de Salud. Salud en Costa Rica (Evaluación de la situación en la década de los años 70). Unidad de Planificación. 1981.
- Oficina de Planificación Nacional y Política Económica. La dimensión de la pobreza rural en Costa Rica. San José, Costa Rica. 1981.
- Periódico La Nación. Desciende notablemente mortalidad en Costa Rica. 25-5-79
- Periódico La Nación. El hospital "sin paredes": un ejemplo. Editorial 27-4-80.
- Periódico La Nación. El Ministerio de Salud y la participación popular. Foro de La Nación. 31-5-80.
- Periódico La Nación. Gobierno impulsa revolución social. 19-4-80.
- Periódico La Nación. Ministerio de Salud. Resumen de tres años de labor. 8-5-85.
- Periódico La Nación. Ministro anuncia lineamientos del Sistema Nacional de Salud. 20-12-82.
- Periódico La Nación. Procurarán coordinar acción entre sectores sociales. 17-11-80.
- Periódico La Nación. Salud para todos antes del año 2.000. Espacio Ministerio de Salud. 25-5-80.
- Periódico La Nación. Salud se propone prolongar la vida del costarricense. 24-11-80.
- Periódico La Prensa Libre. Congreso de hospitales en San Ramón. 11-11-80.
- Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 1979-1982 "Gregorio José Ramírez". Resumen interpretativo. OFIPLAN. San José, Costa Rica. 1980.
- Rasero, L. y Sosa, D. "La mortalidad en los cantones de Costa Rica" 1968-1969". Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica. Asociación Demográfica Costarricense. Marzo 1984, p. 20-30.
- Sáenz J., Lenín. Salud en Costa Rica 1982-1986. Política de Salud del Gobierno actual. Tema 3 del Módulo 2 del Programa de Educación Continúa para un Compromiso. Ministerio de Salud. Mimeografiado, 1983.
- Timió, Mario. Clases sociales y enfermedades. Editorial Nueva Imagen, México, 1980.
- Ureña, Pablo (Asistente del Viceministro de Salud). El Ministerio de Salud y la participación popular. Periódico La Nación, Sección Foro. San José, 31 de mayo de 1980 ◊