

col

NACIONES UNIDAS

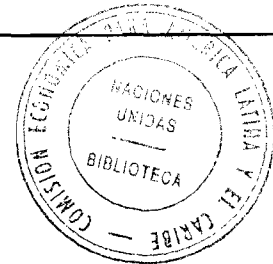
COMISION ECONOMICA
PARA AMERICA LATINA
Y EL CARIBE - CEPAL



Distr.
LIMITADA

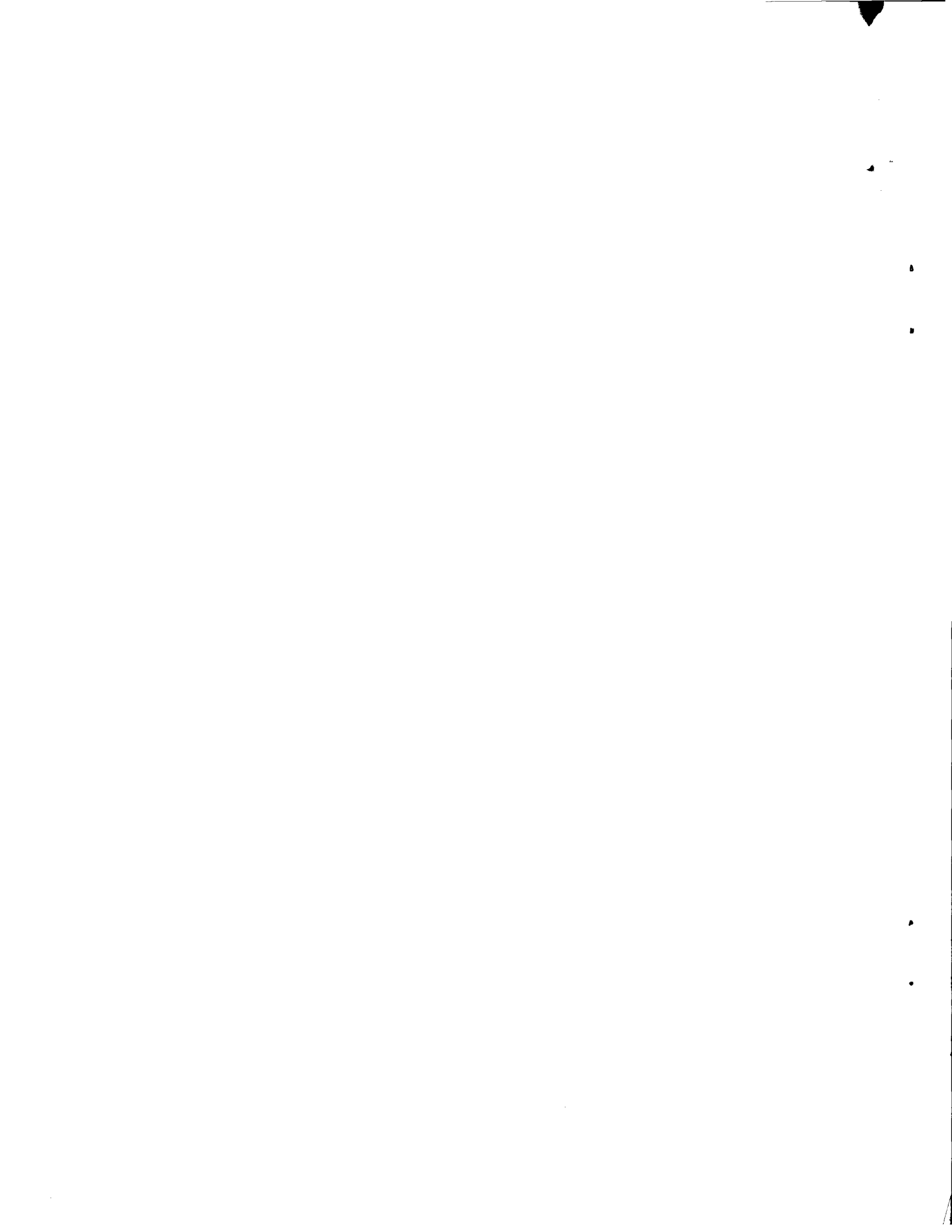
LC/MEX/L.243
21 de enero de 1994

ORIGINAL: ESPAÑOL



**SALUD, EQUIDAD Y CAPITAL HUMANO EN EL
ISTMO CENTROAMERICANO**

15 APR 1994



INDICE

	<u>Página</u>
PRESENTACION	1
I. INTRODUCCION Y SINTESIS	3
II. SALUD, EQUIDAD Y TRANSFORMACION PRODUCTIVA	7
1. Salud y pobreza en el Istmo Centroamericano	7
2. Salud e inversión en capital humano	9
III. LA SITUACION DE LA SALUD EN EL ISTMO CENTROAMERICANO ...	12
1. Las mejoras generalizadas de posguerra	12
2. La heterogeneidad e inequidad entre países	14
3. Las disparidades dentro de cada país	16
4. Las restricciones financieras	18
IV. LOS PRINCIPALES RASGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL ISTMO CENTROAMERICANO	21
1. Costa Rica: Una fuerte tradición universalista	22
2. El Salvador: Salud prioritaria a grupos vulnerables	28
3. Guatemala: El reto de cambiar la atención a la salud	33
4. Honduras: La necesidad de transformar su sistema de salud	38
5. Nicaragua: Los SILAIS y la producción de salud	41
6. Panamá: Educación en salud a nivel familiar	46

V. ELEMENTOS PARA UN REPLANTEAMIENTO DE LAS POLITICAS DE SALUD	51
1. Salud y transformación productiva con equidad	52
2. La transformación de los sistemas de salud	53
3. La reforma de los sistemas de seguridad social	58
4. Salud e integración centroamericana	59

Anexos

I Información estadística	63
II Metas sobre salud a cumplir para el año 2000, por países	77

PRESENTACION

La elaboración de este documento responde a la inquietud de la Subsele de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en México planteada en torno al potencial que ofrece la inversión en capital humano en la propuesta de reactivación de las economías de América Latina y el Caribe durante el actual decenio de los noventa.

En 1992, sobre la misma temática de los recursos humanos, se exploró el campo de la capacitación y la educación como factores de transformación productiva y de equidad en los países del Istmo Centroamericano. En el presente trabajo se centró el análisis en el de la salud y la nutrición para los mismos países, como un complemento ineludible del mismo proceso. Estas, en efecto, constituyen las etapas anteriores y necesarias de la formación de recursos humanos, a la vez que un elemento clave para contribuir a la equidad de estas sociedades.

Este documento tomó en cuenta los aportes de primera calidad ya desarrollados por estudiosos y funcionarios centroamericanos. Además, resultó enriquecido por las observaciones y comentarios de destacados especialistas centroamericanos que participaron en una Reunión de Expertos organizada por la Subsele de la CEPAL en México en noviembre de 1993. ^{1/} Gracias a sus intervenciones pudieron precisarse muchas de las ideas expuestas en el estudio.

Por lo demás, las posiciones sustentadas se enmarcan en los trabajos que han iniciado la CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), con objeto de proponer una estrategia global de desarrollo del sector salud a nivel latinoamericano y caribeño que corresponda a los cambios profundos que afectan las estructuras económicas y sociales de la región.

^{1/} Los asistentes a la Reunión de Expertos "Salud, equidad y capital humano en el Istmo Centroamericano" fueron: la licenciada Ernestina Ardón, del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP); la licenciada Sandra Barraza, de la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES), El Salvador; el doctor Leonel Barrios, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), México; el licenciado Francisco Esquivel, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Costa Rica; la doctora Arelis de Martinelli, de la Caja del Seguro Social, Panamá; el licenciado Saúl Morales, de la Secretaría General del Consejo Nacional de Planificación Económica (SEGEPLAN), Guatemala; el doctor Lenín Sáenz, del Ministerio de Salud, Costa Rica, y el doctor Douglas Sosa, del Ministerio de Salud, Nicaragua.

I. INTRODUCCION Y SINTESIS

La salud constituye uno de los fines primordiales del desarrollo económico, al mismo tiempo que un medio insustituible para acceder a él. Toda sociedad aspira a niveles más elevados de bienestar y de calidad de vida, que entrañen menores muertes infantiles y condiciones propicias para alcanzar vidas más saludables, largas y plenas. A su vez, es una fuerza de trabajo sana e instruida —el capital humano— la que puede desplegar plenamente las facultades físicas y mentales que requiere una sociedad para satisfacer sus necesidades.

La propuesta de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de Transformación Productiva con Equidad para que los países de América Latina y el Caribe superen el rezago económico y social de la "década perdida" y accedan nuevamente a la senda del desarrollo, sobre nuevas bases de eficiencia, se basa en tres ejes fundamentales: la incorporación del progreso técnico, la creación de empleo productivo y la inversión en capital humano. Este último es, además, un instrumento estratégico para romper la trasmisión intergeneracional de la pobreza, función que resulta particularmente pertinente en el caso centroamericano, en que casi la mitad de la población vive en situación de indigencia, incluida en las dos terceras partes a que asciende la proporción de pobres.

La pronunciada inequidad económica se manifiesta tanto entre los niveles de vida que imperan en los países del Istmo Centroamericano, como en el interior de cada uno de ellos, como resultado de la división campo-ciudad y de las diferencias entre regiones y entre los distintos estratos de ingreso. Los grupos más vulnerables son los indígenas y, en general, las mujeres, los niños y los ancianos, además de los vastos contingentes de desplazados y refugiados que ocasionó la situación bélica que asoló a gran parte de la región en el decenio pasado. Esta inequidad se refleja también en la desigual distribución de un mínimo de servicios de salud entre la población.

Correlativamente a su grado de desarrollo socioeconómico y a la estrechez de sus finanzas públicas, los sistemas de salud de los países del Istmo Centroamericano presentan una alta heterogeneidad. Costa Rica, con indicadores de salud sumamente avanzados, un sistema de salud más sofisticado y una amplia cobertura de su seguridad social, se encuentra a la cabeza; Panamá, en una posición intermedia, y los cuatro países restantes, en su mayoría víctimas de prolongados conflictos armados, comparten grandes carencias, pese a los importantes avances obtenidos por todos ellos en el campo de la salud desde los años cincuenta.

Alrededor de un tercio de la población centroamericana, o sea más de 12 millones de habitantes, no tenía acceso permanente a los servicios de salud en 1990, y se calcula que otros 10 millones se están incorporando en esta década como demandantes de servicios básicos. Esta situación impone el inmenso reto de extender la cobertura a más de 22 millones de personas adicionales en el año 2000, lo que significaría duplicar en 10 años la capacidad de atención de 1990.

Los sistemas de salud y de seguridad social de estos países, al igual que en otros a escala mundial, están siendo cuestionados por su centralismo, burocratismo y bajo grado de eficiencia, tras el marcado deterioro sufrido en la última década, principalmente por efecto de las dificultades económicas. Así, en el marco del proceso de redimensionamiento del Estado, se procura contar con más fondos públicos liberados —antes destinados a otros fines—, y con una mayor participación del sector privado, de las organizaciones no gubernamentales (ONG) y, especialmente, de la comunidad misma que recibirá los beneficios. La prioridad otorgada a los grupos vulnerables, frente a la universalización que se procuró en decenios pasados, y la descentralización, son algunas de las ideas-fuerza de la política social. La recuperación parcial de costos, la subcontratación de servicios privados y la privatización son también cambios que se advierten con mayor o menor intensidad en la práctica social y que se presentan entre otras opciones.

Sin embargo, pese a los múltiples denominadores comunes, cada país del Istmo presenta su singularidad, tanto en el perfil demográfico y epidemiológico de su población como de las transformaciones del sistema de salud que se requieren para hacer frente a las mayores carencias y, sobre todo, para dotar al sector en su conjunto de un papel activo en el retorno a la senda del desarrollo económico.

El marco general en el que se desenvuelven las acciones que en lo individual están emprendiendo las autoridades sanitarias es el resultante de los compromisos adquiridos en la XI Cumbre de Presidentes Centroamericanos, celebrada en Tegucigalpa, Honduras, en diciembre de 1991, que tiene como antecedente la estrategia suscrita con la Organización Mundial de la Salud (OMS) de "Salud para Todos en el Año 2000". No obstante, muchas de las metas propuestas para este decenio resultan ser más bien pronunciamientos de política, por las dificultades reales de ejecución que se derivan de estrecheces financieras y de inercias en la organización y funcionamiento de los sistemas de salud.

La transformación de éstos debe merecer una prioridad más elevada en las agendas de política nacionales. Más allá de los principios éticos de equidad, la búsqueda de una mayor eficiencia

productiva y de reinserción competitiva en los mercados externos, como propone la CEPAL, exige una formación sólida de capital humano, en la que la salud y la nutrición inciden, sobre todo, en las primeras etapas de la vida de los individuos.

El propuesto "enfoque integrado" de la política económica y la social concibe, en efecto, una concatenación secuencial entre la salud, la educación y el empleo, dentro de una red sistémica de interrelaciones con otros campos, como son el de la nutrición, principalmente, y el de las obras públicas en infraestructura básica y caminos, entre otras que acaban por englobar en mayor o menor medida a todos los sectores.

La inequidad en el campo de la salud se expresa como una desigualdad en el derecho a la vida. Muchas muertes infantiles son evitables a bajo costo y están relacionadas con carencias de nutrición, las que, en caso de sobrevivencia, dejan secuelas físicas y mentales indelebles. Además, éticamente todo ciudadano merece un mínimo de atención sanitaria y médica, por lo menos en los primeros años de vida, como requisito ineludible de la equidad que se persigue. Sólo el Estado es capaz de procurarlo, como parte de sus funciones redistributivas, y la amplitud de estos servicios básicos de atención —un seguro nacional de cobertura universal— depende de sus posibilidades que, a su vez, están en función del nivel de ingreso medio del país y de su vocación social. Mientras que en la actualidad unos países lo tienen prácticamente cubierto, otros observan enormes carencias. Cuanto más amplio y más completo sea el paquete de servicio brindado a la población, mayor será la equidad en su derecho a la vida y mayor la solidaridad social y la función redistributiva del Estado. Las políticas de combate a la pobreza, por lo tanto, deben abarcar prioritariamente los componentes de salud, nutrición y saneamiento; son ellas acciones en las que los fondos de inversión social están llamados a desempeñar un papel relevante dentro de un ambiente de descentralización, como el propuesto mediante los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que se basan también en la amplia participación que se requiere de la comunidad efectiva y con conocimiento, en un marco democrático. El papel del individuo y de la familia en el cuidado de su salud resulta fundamental.

Las reformas a los sistemas de salud, que comprenden los servicios médicos de los institutos de seguridad social, deben contemplar la cobertura universal de la población, con un mínimo establecido de servicios, incluida la complementación nutricional materno-infantil. Para los estratos de mayor poder adquisitivo podrían explorarse varias alternativas de acceso a seguros públicos o privados de mayor amplitud, siempre en un contexto de racionalidad y eficiencia. Diversas formas de coparticipación pública y privada y de subcontratación de servicios pueden considerarse para

garantizar la transformación productiva del sector, la accesibilidad de los distintos estratos y la rentabilidad para los prestadores de servicios.

En todo caso, corresponde al Estado la rectoría del sector salud y su responsabilidad indeclinable en el campo de las acciones preventivas. En este campo, debe poner en marcha los paquetes de salud pública que entrañen grandes externalidades, como son las enfermedades infecciosas y de transmisión sexual, y las campañas contra las conductas que pongan en riesgo la salud pública, principalmente en materia de accidentes.

Resulta indispensable la toma de conciencia de las autoridades centrales en cuanto al lugar que corresponde a la salud entre las prioridades nacionales (éticamente y como parte de una estrategia de inversión en recursos humanos). También lo es la mayor canalización consiguiente de fondos. Existe una recomendación de la OMS de dedicar a este fin el 5% del producto interno bruto (PIB), que dista mucho de ser cumplida en Guatemala, El Salvador, Honduras, y que resulta insuficiente en Nicaragua, por su baja carga fiscal o bien por sus elevados gastos militares, que ahora la pacificación de la zona hace más viable reducir. La profundidad de las reformas organizativas y el poder de convocatoria para lograr la participación activa de los agentes sociales son también elementos determinantes en la transformación que requieren los sistemas de salud en el Istmo Centroamericano, que se encuentran expuestos a las fuertes presiones que imponen los retos señalados. Más aún, la integración de los sectores de la salud —en los que ya se han consolidado avances— ofrece un campo sumamente promisorio de ventajas para los países del área y digno de ser explorado en toda su extensión.

II. SALUD, EQUIDAD Y TRANSFORMACION PRODUCTIVA

1. Salud y pobreza en el Istmo Centroamericano

Las condiciones de pobreza y de indigencia en los países de América Latina y el Caribe, que se habían atenuado en alguna medida gracias al prolongado período de crecimiento sostenido en la posguerra, registraron un importante retroceso en los años ochenta (la llamada "década perdida"); así, se elevó la incidencia de la pobreza a 46% de la población, o sea alrededor de 200 millones de latinoamericanos. ^{2/} En los países del Istmo Centroamericano, más severamente castigados por la crisis que el promedio de la región latinoamericana, así como por las políticas de ajuste estructural instrumentadas para afrontarla, la pobreza llegó a afectar a dos tercios de los habitantes, es decir, a una población cercana a los 20 millones. (Véase el cuadro 1.) ^{3/ 4/}

La mayoría de los pobres centroamericanos se encuentran en las áreas rurales, frecuentemente aisladas y dispersas; sin embargo, la evolución de la pobreza en los años ochenta experimentó un mayor avance en las zonas urbanas. En las primeras, son principalmente los campesinos sin tierra, los asalariados temporales y los minifundistas de subsistencia los que engrosan los contingentes de pobres y de indigentes; en las segundas, tanto los asalariados del sector formal, que vieron diezmado su poder adquisitivo, como los del creciente sector informal, además de los microempresarios, los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores familiares no remunerados y, desde luego, el mayor número de desempleados, abultados por la emigración del campo. A causa de la violencia que asoló a la mayoría de los países, los desplazados y los refugiados (que se estiman en un millón) pasaron a constituir una categoría especial, junto con los tradicionales grupos vulnerables: niños, mujeres, ancianos e indígenas. Son estos grupos los más carentes de servicios básicos, entre ellos los de

^{2/} Véase, CEPAL, El perfil de la pobreza en América Latina a comienzos de los años 90, Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe (LC/L.716 (Conf.82/6)), Santiago de Chile, noviembre de 1992.

^{3/} Es importante tener presente que durante los años ochenta el producto por habitante en la región latinoamericana y caribeña se contrajo casi 10%, mientras que en el Istmo Centroamericano la reducción se aproximó a 18%. Entre los países centroamericanos igualmente se registraron grandes diferencias. Así, el retroceso de este indicador en Costa Rica fue de sólo 5%, mientras que en Nicaragua fue del orden de 40%. Véase, CEPAL, Balance preliminar de la economía de América Latina y el Caribe, 1990 (LC/G.1646), Santiago de Chile, diciembre de 1990.

^{4/} Los cuadros que se mencionan a lo largo del documento se encuentran en el anexo I.

salud, y suelen ser los más alejados del área de protección estatal. Contrariamente, los emigrantes centroamericanos en busca de mejores condiciones de vida en países industrializados (estimados también en más de un millón) no sólo han restado presiones a sus mercados de trabajo sino que incluso hacen aportes sustantivos a sus economías con las remesas de divisas que envían a sus familias, que contribuyen para atenuar las condiciones de pobreza que pesan sobre ellas. 5/

Este abrumador avance de la pobreza es resultado de la marcada baja de la actividad económica, reflejo a su vez no sólo de las enormes pérdidas que acarreó el conflicto bélico, donde lo hubo, y también, aunque en menor medida, las sucesivas catástrofes naturales, sino de cambios cualitativos de gran alcance y profundidad que se suscitaron a raíz del debilitamiento del estilo de desarrollo vigente desde la posguerra y que respondieron en buena medida a las nuevas exigencias de la economía mundial. El difícil reemplazo por otro modelo de desarrollo, en busca de una nueva inserción eficiente en los mercados externos, ocurre en condiciones de creciente globalización de la economía, de abiertas pautas de competencia interna y externa, de incorporación de cambios tecnológicos —al menos al sector moderno de las economías nacionales— y de reducción del radio de la actividad estatal. La reconversión de actividades que el nuevo estilo de desarrollo demanda ha generado mayor desempleo en el corto plazo; la consecuente caída de los salarios reales ha sido instrumento central de las políticas de ajuste, así como también, por razones presupuestarias, el retiro de la protección estatal a sectores de la población tradicionalmente subsidiados.

En este prolongado período de transición y ajuste, en cada país el Estado ha orientado su ayuda en forma compensatoria a los sectores más vulnerables, mediante la creación de los fondos de inversión social, introduciendo variantes en cuanto a la focalización de los subsidios, a la descentralización y la participación activa de la población beneficiada. 6/ En el largo plazo este esquema demanda una transformación profunda de los sistemas de salud, que son objeto de un serio cuestionamiento. En particular, los de la mayor parte de los países del Istmo se enfrentan con el reto de procurar cobertura con un mínimo de servicios a una mayoría de población pobre e indigente.

5/ Véase, CEPAL, Bases para la transformación productiva y generación de ingresos de la población pobre de los países del Istmo Centroamericano (LC/MEX/G.3/Rev.2), enero de 1992.

6/ Véanse, Ludwig Guendell González y Roy Rivera Araya, Los fondos sociales en Centroamérica durante el período del ajuste estructural, Ed. Finn Hansen, 1992, y CEPAL, Centroamérica: Notas sobre la situación de la pobreza y políticas sociales (LC/MEX/L.155), junio de 1991.

2. Salud e inversión en capital humano

La propuesta de la CEPAL de Transformación Productiva con Equidad se apoya en tres ejes centrales: la difusión del progreso técnico, la generación de empleo productivo y la inversión en recursos humanos. El enfoque integrado de la política económica y la social estriba principalmente en que la primera cumpla también objetivos sociales, por sus efectos en la distribución del ingreso, mientras que la segunda, es decir, la política social, tenga a su vez incidencias económicas mediante la inversión en capital humano, el que contribuirá a aumentar la producción y a elevar la productividad. Se mejorará así la capacidad competitiva de las economías de la región, condición necesaria para acceder a los mercados internacionales. La acumulación de capital humano resulta un requisito indispensable para cumplir con los objetivos de crecimiento y equidad, dado que constituye uno de los elementos más eficaces para atacar las causas de la transmisión intergeneracional de la pobreza. 7/

El problema de la inequidad alcanza su manifestación más extrema en el campo de la salud, pues entraña una injusta distribución del derecho a la vida. Así, una altísima proporción de la mortalidad infantil se concentra en los sectores más pobres y ocurre todavía por causas evitables. También la expectativa de vida al nacer se encuentra diferenciada por estratos sociales o espaciales, reflejo de esta forma extrema de inequidad, con diferencias que llegan a ser de 18 años entre una región y otra del mismo país y de 12 años entre los estratos de ingreso dentro de una misma región. 8/

7/ Este síndrome puede ser ilustrado de la siguiente manera: "las mayores tasas de fecundidad se registran entre las familias más pobres; a su vez, las madres de las familias pobres son las que tienen mayores riesgos de embarazos mal llevados; sus hijos padecen el peor estado nutricional; y por último, tienen las mayores dificultades de aprendizaje escolar y, por ende, las mayores tasas de repetición y deserción. Son ellos los que en mayor medida terminan en trabajos de poco futuro y de escasa productividad en el sector informal." De esta manera, se cierra el círculo vicioso de la pobreza, que se transmite de generación en generación". Véase, CEPAL, Equidad y transformación productiva: Un enfoque integrado (LC/G.1701/Rev.1-P), agosto de 1992. Véanse también, CEPAL, Transformación productiva con equidad. La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa (LC/G.1601-P), marzo de 1990, El desarrollo sustentable: Transformación productiva, equidad y medio ambiente (LC/G.1648/Rev.2-8), marzo de 1990, y CEPAL-CELADE, Población, equidad y transformación productiva (LC/G.1758-LC/DEM/G.131), Santiago de Chile, marzo de 1993,

8/ Véase, CEPAL, Las dimensiones sociales de la transformación productiva con equidad (LC/R-1090), Santiago de Chile, febrero de 1992.

La promoción de la salud, en estos términos, no sólo es necesaria para atender carencias básicas de la población sino también una contribución fundamental —junto con la educación y otros servicios sociales— al desarrollo de las capacidades productivas de las personas.

La equidad se plantea, así, como una justa distribución de las posibilidades para desarrollar las potencialidades físicas y mentales de la población, que se reflejará en un aumento de la productividad de los sectores rezagados: salud-educación-trabajo constituye la secuencia indispensable para garantizar el desarrollo sostenido y continuo de los recursos humanos. En este proceso, el fracaso de uno de los tres eslabones significará el fracaso del conjunto, puesto que el desarrollo del capital humano implica un ciclo completo que comienza con asegurar el desarrollo de las cualidades físicas y mentales (área de intervención de la salud y de la seguridad social), continúa con el aprovechamiento de estas capacidades durante el aprendizaje y el desarrollo de facultades específicas (proceso educativo), y culmina con la mayor capacidad creativa y productiva en el trabajo (ocupación).

Asegurar estructuralmente la equidad entraña aumentar el grado de igualdad de oportunidades en los primeros años de vida de las personas, ya que en ese tramo se define mayoritariamente la posibilidad de desarrollo de las capacidades físicas e intelectuales de cada área. La salud se entiende, en este contexto, en un sentido amplio y en estrecha interrelación con la nutrición, con la seguridad social, con la provisión de servicios de agua potable y alcantarillado, y con la disminución de factores psicosociales que inciden en la reproducción de la pobreza. Asimismo, la salud en sentido integral está vinculada al abastecimiento y acceso pleno a la alimentación, a la calidad y cobertura de los servicios educativos y, en su propio campo, a la organización adecuada del sector.

El derecho a la vida mal distribuido demanda una "ofensiva de la salud" en el campo del debate político y del diseño de políticas. Exige conferir prioridad a la salud, con un mayor grado de equidad, dentro de esta propuesta que considera en todo momento su carácter sistémico, al estar el desarrollo de la salud inserto en una red de estrechas vinculaciones con el sistema educativo, con la infraestructura tecnológica, energética, de comunicaciones y de transportes, con el aparato institucional público y privado y, entre otros más, con el sistema financiero. En este contexto, cualquier deficiencia en uno de los eslabones se reflejará en los resultados del conjunto. En particular, al menos en el caso de los países del Istmo Centroamericano, las políticas de salud están íntimamente relacionadas con las de combate a la pobreza.

La complementariedad entre las políticas orientadas a una mayor eficiencia y crecimiento económico y aquellas que tienen como meta elevar el bienestar y distribuir el ingreso resulta sumamente pertinente en esta propuesta para los años noventa. En efecto, tanto el crecimiento como la equidad son producto de la política económica y de la social. Ni una ni otra son neutras en términos distributivos y ambas influyen en la capacidad de crecer, sobre todo en circunstancias de un mínimo de acuerdos tomados entre los diversos sectores de la sociedad respecto del contenido, alcance y secuencia de las políticas a aplicar, lo cual demanda, a su vez, la necesidad de una mayor igualdad, participación ciudadana y democracia.

III. LA SITUACION DE LA SALUD EN EL ISTMO CENTROAMERICANO

1. Las mejoras generalizadas de posguerra

Los avances sin precedentes de salud pública que ocurrieron en el mundo después de la segunda guerra fueron fundamentalmente resultado de la elevación del ingreso, del mayor nivel educativo de la población y del esfuerzo de los gobiernos, respaldados por los enormes adelantos científicos y tecnológicos de difusión masiva. ^{9/}

Estos beneficios se reflejaron en la región centroamericana. La elevación sostenida del ingreso medio de los países del Istmo Centroamericano coincidió durante decenios con la introducción de acciones de bajo costo que influyeron en el abatimiento de las tasas de mortalidad infantil en promedio en dos terceras partes, con lo que dejan de morir en la actualidad cerca de 80 niños en el primer año de vida por cada mil nacidos vivos. Con ello, la esperanza de vida al nacer se elevó en alrededor de 20 años, en promedio. Paralelamente, por la introducción de distintos métodos anticonceptivos, la mayor conciencia de las parejas y la mayor educación de las mujeres como resultado de su incorporación creciente a la vida económica activa, las tasas de natalidad y de fecundidad de estos países se abatieron entre un 25% y un 40%, aun cuando siguen ubicándose en los niveles más elevados del hemisferio. Estos cambios demográficos implican un envejecimiento incipiente de estas sociedades que, junto con las transformaciones ocurridas en el perfil epidemiológico de cada país, imponen nuevos retos a las autoridades sanitarias respectivas. (Véanse los cuadros 2 al 6).

Fue alrededor de 1950 en que se produjo una "revolución sanitaria", no sólo por la introducción de la penicilina y el DDT, sino por el inicio de un movimiento renovador en la organización de los servicios de salud pública, de orientación hacia la tecnificación, de ampliación

^{9/} "La esperanza de vida al nacer ha aumentado más a lo largo de las cuatro últimas décadas que durante todo el curso de la historia de la humanidad. Era de 40 años en los países en desarrollo en 1950, y en 1990 había alcanzado ya los 63 años. En 1950, veintiocho de cada cien niños morían antes de cumplir los cinco años, en 1990 esta cifra había bajado a diez...". Véase, Banco Mundial, World development report 1993, Investing in health, Washington, 1993.

de los presupuestos y de adopción de programas de alcance nacional, como la lucha antipalúdica y antivenérea y las campañas de vacunación contra la viruela y la tuberculosis. ^{10/}

Desde la década anterior se habían empezado a establecer los institutos de seguridad social: el de Panamá fue el primero (1941), siguió Costa Rica (1943) y después Guatemala (1948). A continuación se crearon en El Salvador (1954) y Nicaragua (1957) y, por último, el de Honduras (1961), el más reciente de la región latinoamericana. Dados sus mayores recursos por cubrir a una población minoritaria y de mayor poder económico y político, contaron generalmente con mejores instalaciones que las de los ministerios de salud.

Simultáneamente, en el ámbito centroamericano se renovó la cooperación intrarregional, plasmada no sólo con la institucionalización de reuniones anuales de los ministros de salud para coordinar sus políticas, sino también con la creación, promovida por Guatemala, El Salvador y Honduras, del prestigiado Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, en 1949. En el ámbito extrarregional, destacó la ayuda de la Fundación Rockefeller, que desde 1915 tuvo un desempeño decisivo en la erradicación de la fiebre amarilla y las primeras obras de ingeniería sanitaria contra el paludismo, entre otras. En los años cuarenta también se crearon otras agencias bilaterales o multilaterales, como el Instituto de Asuntos Interamericanos, bajo la administración del Presidente Roosevelt, con el cual los países del Istmo suscribieron provechosos convenios. Posteriormente, la Agencia Internacional de los Estados Unidos para el Desarrollo (AID), del Gobierno de los Estados Unidos, cobró un papel relevante en la concesión de subsidios y de créditos blandos para el desarrollo de los servicios de salud. El Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), que inició sus programas en la región en 1949, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS han hecho igualmente aportes considerables mediante sus vastos proyectos.

La acción del Estado en la conformación institucional del sector salud y de los sistemas de seguridad social fue decisiva; sin embargo, pese a las impresionantes mejoras obtenidas, estos esfuerzos resultaron insuficientes para satisfacer las necesidades de una población de crecimiento muy dinámico y con enormes desigualdades.

^{10/} Véase, Juan Allwood Paredes, Los recursos de salud pública en Centroamérica, Secretaría General de la Organización de Estados Centroamericanos, San Salvador, El Salvador, 1968.

A título ilustrativo, conviene mencionar que, pese a su reducción, las tasas de fertilidad y de natalidad en el Istmo Centroamericano rebasan sobradamente a la media mundial, lo que contrasta con la bajísima proporción de personal médico y de equipo e instalaciones, en comparación no sólo con el promedio latinoamericano sino con el mundial. Si bien la mortalidad infantil de la región ha descendido por debajo de la media mundial, la distancia que la separa de la de los países industrializados es un indicador del enorme reto que deben encarar los sistemas de salud centroamericanos. (Véase el cuadro 7.)

2. La heterogeneidad e inequidad entre países

La heterogeneidad de los niveles de desarrollo alcanzados por el sector salud en el Istmo Centroamericano es tal vez el rasgo más característico de su situación, por resultar de la inequidad socioeconómica que impera tanto entre los países que lo integran como, dentro de cada uno de ellos, entre regiones y entre sus distintos estratos de ingresos de la población.

Precisamente, destaca el desarrollo alcanzado por Costa Rica y en menor medida por Panamá, que es comparable en ciertos aspectos a los niveles de los países industrializados. En contraste, la situación de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua se ubica entre las más precarias de América Latina y el Caribe. Las tasas de mortalidad en los primeros son de una cuarta parte de la prevaleciente en los segundos, y existe una diferencia del orden de 10 años de esperanza de vida entre ambos grupos. (Véase el cuadro 8.)

De hecho, los mayores progresos corresponden a los países en mejor situación social —Costa Rica y Panamá—, lo cual contribuyó a ahondar las diferencias con el resto. Por ejemplo, entre los primeros años del decenio de los cincuenta y el presente, la tasa de mortalidad infantil se redujo 85% en Costa Rica mientras que en Guatemala sólo 65%.

Los desniveles que acusan éstos y otros indicadores —muchos de ellos, desafortunadamente, muy poco actualizados— reflejan situaciones singulares de cada país, cuyo origen puede encontrarse en una amplia gama de factores que van desde los históricos, los culturales, los económicos —directamente relacionados con los niveles de ingreso—, los institucionales, reflejo de la vocación social de los gobiernos, la dispersión poblacional en el territorio, hasta, en el interior de las familias, los relativos a las condiciones de vida y de educación.

Las condiciones nutricionales pesan fuertemente en la situación general de salud de la población, en especial entre las madres embarazadas y los lactantes y entre los niños, muchos de los cuales nacen con bajo peso. La ingesta de calorías y proteínas también presenta diferencias sensibles entre los países centroamericanos, aun cuando los promedios nacionales rebasan los mínimos recomendados, con la excepción de Honduras, donde la disponibilidad de calorías ha sido permanentemente insuficiente. (Véanse los cuadros 9 y 10.)

Correlativamente, la carencia de servicios básicos de agua potable y alcantarillado incide en la persistencia de enfermedades gastrointestinales —que es la primera causa de mortalidad infantil— y registra fuertes diferencias entre Costa Rica y Panamá, donde la población urbana se encuentra plenamente atendida, frente a países como Honduras y Guatemala, con enormes carencias tanto en el campo como en la ciudad. (Véase el cuadro 11.)

La disponibilidad de instalaciones médicas ha estado muy asociada a las posibilidades financieras de los gobiernos y a las prioridades concedidas al desarrollo de la salud. En países afectados por el conflicto bélico, ha ocurrido una sensible pérdida de capital, que se ha sumado al atraso y obsolescencia del equipo médico, generalizado en la región. Más aún, los presupuestos del sector salud, por su propia estrechez, se dedican desproporcionadamente a los gastos corrientes, en detrimento de los orientados a la construcción y mantenimiento de las instalaciones de salud. Aun así, estos sistemas centralizados adolecen de un excesivo burocratismo, y buena parte de los sueldos queda en manos del personal administrativo. Consecuentemente, los médicos, odontólogos, enfermeras y auxiliares reciben remuneraciones bajas, salvo excepciones que pueden encontrarse en algunos institutos de seguridad social fuertemente sindicalizados. En suma, las condiciones tornan atractiva la emigración de los más calificados. La carencia de personal eficiente y actualizado es, pues, otra de las limitaciones que muestra un desnivel entre los países del Istmo. La proporción de médicos por habitante, de auxiliares y de camas de hospital varía según el país. Panamá es el país que más avances ha consolidado en este campo, en gran medida por gozar de una mejor política salarial, mientras que en Guatemala se advierte un fuerte deterioro en el número de médicos y una insuficiencia de auxiliares y de enfermeras. (Véanse los cuadros del 12 al 14.)

Esta situación explica que todavía no se haya alcanzado en ningún país del Istmo una cobertura universal en materia de vacunación. En Costa Rica se pretende abarcar 90% de los infantes este decenio, y en los demás subsisten problemas para desarrollar políticas decididas en un campo elemental como es éste de la medicina preventiva. Factores financieros, organizativos, y

sobre todo geográficos y de penetración en zonas aisladas física y culturalmente, explican esta situación. (Véase el cuadro 15.)

De esta manera, el perfil epidemiológico varía de un país a otro. El nivel de desarrollo socioeconómico y los cambios en el perfil demográfico determinan fuertemente la mayor incidencia de enfermedades crónicas —tumores, enfermedades del corazón y cerebrovasculares— en países como Costa Rica y Panamá, mientras que en los restantes (no se dispone de datos para Nicaragua) prevalecen las enfermedades "del subdesarrollo", como son las gastrointestinales, las respiratorias y las derivadas de la desnutrición. (Véase el cuadro 16.)

3. Las disparidades dentro de cada país

Muchos de los factores mencionados influyen también sobre las enormes disparidades que prevalecen en el interior de cada país, tanto entre las áreas urbanas y rurales como entre las distintas regiones. En particular destaca la fuerte concentración de los servicios de salud en las ciudades capitales y la dispersión de la población en el territorio, que hace más costosa su atención. Un factor diferenciador de primer orden en el Istmo lo constituyen las condiciones desventajosas de vida de la población indígena. En Guatemala, por ejemplo, la mortalidad infantil entre la población indígena de las regiones III y IV, al sur del país (por encima de 140 por cada mil nacidos vivos, o sea la equivalente a la tasa media que prevalece en las regiones más rezagadas del mundo), es más del doble de la correspondiente a la población urbana de la capital. ^{11/}

En Panamá, sobre la baja tasa media de mortalidad y del desarrollo relativo de la salud y de la seguridad social, repercute la alta concentración de su población en la capital, pues la situación en las provincias apartadas —también de población indígena— es similar a la de Guatemala. En la provincia de Darién, por ejemplo, la tasa de mortalidad es casi el doble de la de la ciudad de Panamá y la diferencia en la esperanza de vida al nacer es de casi 14 años. ^{12/}

^{11/} Véase, Organización Panamericana de la Salud, Estudio básico del sector salud, Guatemala, 1991.

^{12/} Véase, UNICEF, "Infancia y mujer", Serie Estudios e Investigaciones No. 1, Panamá, 1992.

En Nicaragua, además de las diferencias de mortalidad infantil entre el campo y la ciudad (de casi 50%), existen otras de igual magnitud dentro de las zonas rurales, por ejemplo, entre la región más desfavorecida —la Región II, del Pacífico— y la Región Atlántica. 13/

En fin, en Costa Rica las diferencias extremas de mortalidad infantil se dan entre la Región Central y la de Huétar Atlántica, pero son marcadamente menores (de sólo un tercio), y ello por la persistencia de una mayor incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias en esta apartada región que, aun así, presenta todavía indicadores equivalentes a los promedios nacionales argentinos o uruguayos.

Las disparidades socioeconómicas entre los estratos de ingreso aportan otras inequidades a los de por sí desiguales promedios regionales. La concentración del ingreso en Guatemala es sumamente elevada, pues el 5% más rico de los habitantes de la capital tiene un ingreso medio de 95 veces el del 10% más pobre de la población rural. En Panamá este coeficiente es de 65 mientras que en Costa Rica baja a 30. En estos resultados operan los desniveles sensibles de ingreso medio entre la población que vive en la capital y la del resto de las zonas urbanas (los ingresos de la primera es 70% superior al de la segunda en Guatemala, 40% en Panamá y 20% en Costa Rica). También inciden las diferencias prevalecientes entre los ingresos medios de la población urbana fuera de la capital con respecto a los de la rural (que son de 60%, 50% y 40% en esos tres países, respectivamente). Sin embargo, más allá del determinismo que impone la dicotomía urbano-rural y el centralismo administrativo, son las inequidades de ingreso en el interior de cada área las que contribuyen mayormente a las disparidades señaladas. 14/

Dados los bajos niveles de ingreso por habitante en la región en su conjunto y la forma en que están distribuidos, una parte mayoritaria de las sociedades centroamericanas es predominantemente pobre. Nuevamente Costa Rica se exceptúa, con una incidencia de la pobreza de 20%, y de 11% de indigencia, mientras que en otro extremo se encuentran Guatemala, Honduras, El Salvador y Nicaragua, con alrededor de 75% de su población en condiciones de pobreza, y

13/ Según información correspondiente a 1982-1983. Véase, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Principales resultados, ESDENIC 85, Managua, Nicaragua, 1990.

14/ Desafortunadamente no se dispone de información equivalente para El Salvador, Honduras y Nicaragua, cuyas estructuras distributivas se estima que se acercan más a la guatemalteca que a la costarricense. Véase, CEPAL, Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta (LC/L.533), Santiago de Chile, mayo de 1990.

alrededor de 50% en situación de indigencia. Panamá ocupa una posición intermedia. 15/ (Véase de nuevo el cuadro 1.)

Otra característica de las condiciones de la salud en el Istmo Centroamericano es, en consecuencia, que se trata de una población mayoritariamente pobre, dispersa y de difícil acceso, la que debe ser atendida en forma prioritaria. Alrededor de un tercio de la población centroamericana, o sea, unos 12.2 millones de personas, no tiene acceso permanente a servicios de salud. Se calcula además que 10.3 millones de habitantes se incorporarán en la presente década como demandantes de servicios básicos, lo que significará tener que extender su cobertura a fin de cubrir a 22.5 millones de personas. En términos de infraestructura, esto equivaldría a doblar en 10 años la capacidad actual de atención. 16/

A este reto se agregan los que impone el enfrentar los cambios señalados en el perfil epidemiológico de la población, la aparición o reaparición de nuevas epidemias (SIDA, cólera), y graves problemas de financiamiento tanto de los ministerios de salud como de los sistemas de seguridad social. Así, son muchos los países que están reexaminando la organización de su sistema de salud, no solamente a fin de corregir la inequidad de acceso, sino también en busca de transformar su estructura, para dotarlos de una mayor eficiencia.

4. Las restricciones financieras

Las causas de la heterogeneidad de los sistemas de salud y de las enormes inequidades que se acaban de reseñar radican, en gran medida, en factores económicos. Existe una elevada correlación entre el nivel de ingreso —o de producto— por habitante de un país, o de una región, y el estado de salud pública de sus pobladores. Esta correlación resulta ser mayor respecto de la tasa de mortalidad infantil que de la esperanza de vida al nacer, pero en ambos casos es considerable: a mayor nivel de ingreso corresponden menores tasas de mortalidad infantil y mayores expectativas de vida. 17/

En el Istmo Centroamericano, a las grandes diferencias en el nivel del producto por habitante se suman los efectos de la mayor o menor vocación social de los gobiernos, cuya expresión más

15/ Véase, CEPAL, Bases para la transformación..., op. cit.

16/ Véase, Declaración de los Ministros de Salud reunidos en Roatán, Honduras, en 1992.

17/ Véase, Lant Pritchett y Lawrence H. Summers, Wealthier is healthier, Working papers, Banco Mundial, Washington, junio de 1993.

importante es la participación de su gasto social dentro del gasto total, o bien en relación con el producto interno bruto. Lejos de compensarse estos efectos, se suelen acumular, acentuando las diferencias entre países. 18/

Así, en un extremo se encuentra Costa Rica, con el nivel económico más elevado, y en el otro Nicaragua, con una diferencia en su PIB por habitante de más de 3 a 1. (Véase el cuadro 17.) Además, Costa Rica es el país que mayor parte de sus gastos orienta a la salud —entre 25% y 30% en los últimos años para los que se dispone de información—, en contraste con El Salvador, Guatemala y Honduras, en que no llega a 10%. (Véase el cuadro 18.)

El tamaño relativo del sector público dentro de la economía modifica en alguna medida estos resultados; en unos casos, como el nicaragüense, a favor, por la gran presencia estatal; en cambio, en otros, en contra, como ocurre en Guatemala y en El Salvador. El resultado puede observarse en el cuadro 19, donde se consignan diferencias en el gasto gubernamental en salud de casi 10 a 1 entre Costa Rica, que destina alrededor de 7% del PIB, y esos dos países, en que oscila en torno a 1%. 19/

Según los últimos datos disponibles, Nicaragua exhibía el mayor porcentaje de su PIB gastado en salud en 1986 —es probable que la situación actual haya cambiado desfavorablemente—, 20/ pero en todo caso debe recordarse que su PIB por habitante es sumamente reducido. Con todo, ocupaba una posición intermedia de gasto público en salud por habitante (57 dólares en 1986), entre Costa Rica, cuyo último dato (1990) es de 150 dólares, y El Salvador, con sólo 7 dólares, lo cual constituye una diferencia abismal. (Véase el cuadro 20.) De estas estimaciones gruesas, que deben tomarse sólo como indicativas de órdenes de magnitud, se desprenden grandes divergencias, en las

18/ Según estimaciones de la CEPAL para 1992, en dólares corrientes, el producto por habitante en Panamá es el más elevado de la región (2,870 dólares al año), le siguen Costa Rica (2,484), Guatemala (1,367), El Salvador (1,156), Honduras (1,037) y, por último, Nicaragua presenta el más bajo (739). Véase, CEPAL, Indicadores sociales básicos de la subregión norte de América Latina y el Caribe (LC/MEX/L.229), julio de 1993. Es muy importante tener presente que las cifras que se consignan tienen un carácter estimativo y que, por lo mismo, revelan discrepancias que pueden ser significativas respecto de las estimaciones efectuadas por otras fuentes de información. Estas discrepancias se originan mayormente en el cálculo del producto por habitante en dólares corrientes, por problemas de valuación.

19/ El gasto en salud aquí considerado no incluye gastos en seguridad social.

20/ Para la elaboración de estos cuadros se utilizó la información sistematizada y homogeneizada por el Fondo Monetario Internacional (FMI) que suele presentar rezagos, según el suministro de información oportuna de los países.

posibilidades económicas de los gobiernos —frecuentemente relacionadas con el flujo de ayuda externa—, en las prioridades de política y, en suma, en la vocación del quehacer social.

Existen lagunas mayores de información relativa al gasto privado en salud, así como también de los flujos de ayuda externa, que resultan ser de especial importancia en los países más pobres. Las estimaciones del Banco Mundial para sólo cuatro de los seis países (quedaron excluidos Costa Rica y Panamá, por contar con menos de tres millones de habitantes en 1990) muestran una fuerte presencia del sector privado en los gastos de salud en El Salvador (3.3% del PIB, frente a 2.6% de gasto público), y una cifra en torno a la media latinoamericana (1.6%) en los tres restantes. Según la misma fuente, la incidencia de la ayuda externa es mayor en Nicaragua, donde asciende a 20% del gasto total en el sector salud, y entre 10% y 15% en los tres restantes.

En suma, las estimaciones gruesas del gasto en salud —público y privado, corriente y de capital— sugieren que, pese a ser elevado para el contexto centroamericano el gasto en salud de Costa Rica y Panamá, dista mucho de alcanzar un nivel adecuado, comparable al del promedio de los países industrializados (1,340 dólares por habitante), e incluso se ubica muy por debajo de la media mundial (323 dólares). La situación de Nicaragua corresponde aproximadamente a la media de los países en desarrollo (41 dólares) mientras que los tres países restantes se ubican en una situación todavía más desfavorable. Cabe aclarar que un análisis por regiones y por estratos dentro de cada país conduciría a diferencias más dramáticas. La escasez de recursos financieros resulta, pues, una causa determinante de la situación de salud tan precaria de la mayoría de la población centroamericana. ^{21/}

En fin, otra fuente de debilidad financiera del sector salud se refleja en los servicios proporcionados por los institutos de seguridad social cuyos gastos en ocasiones no están incluidos en las cifras anteriores. La quiebra de los sistemas de pensiones ha significado a menudo una fuerte succión de recursos de las áreas médicas en detrimento de la cantidad y calidad de los servicios médicos prestados, con distinta intensidad según el país.

^{21/} Véase, Banco Mundial, *Investing in health...*, *op. cit.*, en particular el cuadro A.9 (*Health expenditure and total flows from external assistance*), pág. 120.

IV. LOS PRINCIPALES RASGOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL ISTMO CENTROAMERICANO

Las deficiencias en materia de salud descritas en el capítulo anterior son en parte comunes a todos los países centroamericanos. Los elementos de un replanteamiento general a largo plazo de las políticas de salud pueden encontrarse en el capítulo siguiente; sin embargo, previo a ello resulta pertinente detenerse a analizar la situación particular de los sistemas de salud en cada uno y las políticas que están instrumentando en estos momentos (diciembre de 1993), a fin de superar sus problemas.

En respuesta a las dificultades económicas y al deterioro social del decenio pasado, los gobiernos de los países centroamericanos están comprometiendo esfuerzos considerables para restablecer los niveles de gasto público orientados a los sectores sociales. Sin embargo, los rezagos acumulados y la presión que ejerce la fuerte expansión demográfica sobre los servicios sociales básicos —entre ellos los de salud— reclaman no sólo elevar el gasto público por encima de los niveles tradicionalmente bajos de la mayoría de ellos sino compartir su financiamiento con otros agentes sociales, además de llevar a cabo una verdadera transformación en el funcionamiento y en las prioridades de sus sistemas de salud.

En la "Cumbre Social" de Presidentes Centroamericanos, realizada en Tegucigalpa, en el mes de diciembre de 1991, se dio a conocer el avance de la pobreza en la región y la urgencia de otorgar la suficiente prioridad al desarrollo social dentro de la estrategia de cada país. Con ese motivo, en cada uno de ellos se elaboró un Plan de Desarrollo Humano, la Infancia y la Juventud, en el que se establecieron objetivos para el desarrollo de los sectores sociales y metas cuantitativas, referidas al año 1995 y principalmente al año 2000.

En el campo de la salud, varias de las líneas generales de las políticas y metas se circunscribían ya a la estrategia mundial de "Salud para Todos en el año 2000", de la Organización Mundial de la Salud, de la que los países del Istmo fueron signatarios en Alma-Ata en 1978. Solamente que en esta oportunidad encontraron un nuevo acicate para reforzar los esfuerzos a la luz de las exigencias de la realidad que reunió a las máximas autoridades de la región.

Como se ha reiterado, los niveles de desarrollo económico y social de estos países difieren. Así, cada sistema de salud se enfrenta a una población con un perfil epidemiológico y con problemas específicos, tiene un grado diferenciado de desarrollo y de cobertura de seguridad social y cuenta

con posibilidades distintas —financieras y humanas— para afrontar los enormes retos que se le presentan en el corto y en el largo plazo.

En todos ellos se están operando transformaciones, algunas importantes, que coinciden con los cuestionamientos expresados a nivel mundial sobre el papel del Estado y la distribución de las cargas con otros agentes sociales y con los propios beneficiarios. Así, los temas de la jerarquización de la población beneficiada, de la descentralización y de la participación comunitaria resultan ser un denominador común de las políticas instrumentadas no sólo por estos seis países, sino por otros fuera de la región.

Sin embargo, la especificidad de cada caso requiere una atención especial y es por ello que a continuación se presentan las características más significativas de la estructura institucional en cada uno de los países, sus principales transformaciones organizativas, las líneas de acción de su política sectorial y las metas más relevantes.

Se considera que la mayor parte de los esfuerzos en proceso que se reseñan en seguida, con todo, son sólo parciales, en vista de las deficiencias abrumadoras que consignan los indicadores de salud —o de sus metas— que se presentan ya sea a nivel nacional, en los países más rezagados, o bien a nivel regional, incluso en los avanzados.

1. Costa Rica: Una fuerte tradición universalista

Costa Rica destaca por disfrutar de una política social sumamente desarrollada y con gran tradición universalista. Muchas de sus instituciones básicas surgieron en los primeros decenios de este siglo, y la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) cuenta ya con más de 50 años de existencia. No fue, sin embargo, sino a partir de los años setenta que se impulsaron programas decididos de extensión de cobertura en el campo de la salud y de la seguridad social. Fue el único país de la región en incorporar a los sectores del campo y a los pobres urbanos dentro de esta última. Como resultado de estas medidas y de los significativos recursos orientados a este sector, ha registrado uno de los indicadores más elevados de salud en América Latina.

Fue precisamente en la década de los setenta en que se instrumentó una reforma del sector salud que trajo consigo resultados espectaculares, al abatirse la tasa de mortalidad en períodos más

cortos que los países industrializados. 22/ Para ello se creó un sistema único e integrado de salud y de seguridad social. Al Ministerio de Salud correspondió la prevención, saneamiento ambiental y la atención primaria, con cobertura nacional, en tanto que la CCSS asumió funciones curativas y hospitalarias, mediante la universalización médica para toda la población a su cargo, así como la extensión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte.

La modificación o promulgación de una serie de leyes permitió estos avances. En abril de 1971 se impulsó la extensión del régimen de enfermedad y maternidad. Entre 1976 y 1978, el Ministerio de Salud y las Juntas de Protección Social y Patronatos traspasaron a la CCSS todos los establecimientos médico-asistenciales. También se creó el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y se emitió la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, que dieron un sólido soporte a la política social. En 1976, el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados se convirtió en entidad autónoma. En la misma época se funda el Sistema Único e Integrado de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, pero éste nunca llegó a funcionar plenamente como tal en la práctica. Asimismo, se elaboraron los primeros planes sectoriales. 23/

Entre 1982 y 1986 se trató de compensar el impacto de la fuerte crisis económica que asoló al país, con programas de nutrición destinados a sectores de menores ingresos, y se puso énfasis en la integración entre los servicios del Ministerio de Salud y los de la CCSS. Entre 1986 y 1989 se reiteraron las metas de contención del deterioro causado por la crisis. El logro de la cobertura universal se mantuvo y se mantiene como una meta importante, y se otorga prioridad a las acciones dirigidas a las poblaciones rurales dispersas y las urbanas marginadas. Cabe destacar, durante esos años de crisis, la participación del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), como un complemento de la acción pública en el área social, mediante la contribución en variados programas, entre ellos los de salud y nutrición. 24/

En 1987 la CCSS estableció la necesidad de introducir formas más flexibles de consulta externa (se creó el médico de empresa y la medicina mixta, al tiempo que se adoptaba el médico de

22/ Véase, Lenín Sáenz, Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica, 1989.

23/ Véase, MIDEPLAN, Plan Nacional de Desarrollo 1990-1994, Programa Sectorial de Salud, documento interno, San José, Costa Rica, sin fecha.

24/ Véase, MIDEPLAN, Dirección de Política Económica y Social, El gasto del Gobierno Central en los programas sociales, 1986-1991, San José, Costa Rica, octubre de 1992.

familia). En la administración gubernamental de 1986-1990 se privilegiaron las acciones en los procesos de descentralización y desconcentración de los servicios, en particular mediante los Sistemas Locales de Salud (SILOS), se impulsó la regionalización y se fortalecieron los programas de inmunización básica y saneamiento ambiental. 25/

Actualmente, Costa Rica dispone de una infraestructura social con una cobertura universal en el campo de la salud, la educación básica, el saneamiento básico y la asistencia social. A lo largo del último decenio y hasta ahora, la preocupación del gobierno ha sido preservar los niveles de salud alcanzados.

En la conformación del Sistema Único e Integral de Salud costarricense intervienen las siguientes entidades: 26/ el Ministerio de Salud, el órgano rector; la Caja Costarricense de Seguro Social; el Ministerio de Planificación y Política Económica, y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

Además, para asuntos específicos convergen también el Instituto Nacional de Seguros, en su programa de riesgos profesionales, y la Universidad de Costa Rica (Instituto de Investigaciones en Salud y el área de Ciencias Médicas).

Para su operatividad, se estructuraron órganos específicos integrados con representantes de las entidades que participan, entre los que destacan el Consejo Nacional de Salud, órgano colegiado asesor del Ministro de Salud, la Secretaría Ejecutiva de Planificación, como ente contralor de ejecución, y el Comité Técnico Sectorial, como coordinador y promotor.

Todos ellos se rigen por la Ley General de Salud, que sienta las bases del marco legal. Adicionalmente, otras entidades públicas y privadas participan en las actividades del sector. Entre las primeras destaca, por su labor entre los grupos vulnerables, el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares. El sector privado participa con médicos y dentistas de consulta privada, clínicas y hospitales menores, laboratorios de exámenes clínicos, la industria y el comercio de medicamentos y los seguros médicos voluntarios. Entre las múltiples organizaciones no

25/ Véanse, MIDEPLAN, Costa Rica: Plan de Acción para el Desarrollo..., op. cit. y MIDEPLAN, Dirección de Política Económica y Social, Los gastos del gobierno central en los programas sociales, 1986-1991, San José, Costa Rica, octubre de 1992.

26/ Según el decreto del 22 de marzo de 1983. Véase, MIDEPLAN, Dirección de Política Económica y Social, Sector salud: Resumen de las principales políticas, programas y proyectos de inversión, reformas institucionales y gastos efectivos, San José, Costa Rica, octubre de 1992.

gubernamentales que operan en el país sobresale la Cruz Roja —que brinda sus servicios de ambulancia, entre otros—, el Teletón, para el beneficio de los minusválidos y la Asociación Demográfica Costarricense, comprometida con la planificación familiar. Otras ONG, que reciben subsidio público, se dedican al cuidado de ancianos, huérfanos, etc.

En total se estima que el gasto privado en salud representa 20% del total, lo cual da una idea de la magnitud de los servicios privados en comparación con los públicos. ^{27/} Por otra parte, se ha observado un retroceso importante de la inversión en salud por habitante en los últimos años. ^{28/} El gasto social en Costa Rica, como se mencionó, es el más alto del Istmo, y si bien pudo mantener su participación dentro del PIB en los años de crisis, se percibe una reducción en términos por habitante, por lo que se ha procurado darle una mayor eficiencia, así como explorar las posibilidades de establecer prioridades y de recuperar el costo de algunos servicios de salud suministrados, para derivar ahorros.

Costa Rica, en sus esfuerzos por consolidar y reordenar el Sistema Único e Integrado de Salud, se encuentra en este momento en una fase de aceleración del proceso de transformación del sector, que mostró signos de deterioro en sus servicios. Para ello, las autoridades costarricenses han reconocido tres problemas fundamentales que afectan a su sector salud: la transición epidemiológica y la necesidad de readecuar el modelo de atención para afrontarla, las restricciones financieras y, consecuentemente, la búsqueda de una mayor eficiencia. Dada la situación particular del país, se tiene identificados a grupos de población especiales: adolescentes (problemas de embarazos y sus consecuencias), trabajadores (accidentes y salud ocupacional) y la tercera edad (por el mayor número de consultas y el tipo de enfermedades que presentan). También se concede una alta prioridad a la salud ambiental y, en consecuencia, a la dotación de servicios básicos. ^{29/}

Una de las prioridades de la política actual de salud en Costa Rica es realizar una reforma institucional. Al Ministerio de Salud seguirá correspondiendo la función política de rectoría, que ejerce mediante la aplicación de las funciones de evaluación, control, investigación e innovación

^{27/} Véase, Brenda Kleysen, Los gastos privados en salud en Costa Rica, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, marzo de 1992.

^{28/} Véase, OPS, Análisis del gasto público en salud. Costa Rica: 1983-1992, Costa Rica, noviembre de 1993.

^{29/} Véase, MIDEPLAN, Sector salud: Resumen..., *op. cit.*

tecnológica y, en fin, de promoción social de la salud. Así, las acciones de las instituciones públicas, privadas y mixtas relacionadas con la oferta de servicios de salud se regirán a partir de las políticas, programas y normas que elabore el Ministerio de Salud. A partir de 1993 se está iniciando el traspaso a la CCSS de todos los servicios de atención directa a las personas que anteriormente brindaba el Ministerio de Salud, en materia de atención preventiva. Por primera vez, la CCSS asumirá la prestación integral de la salud. Sin embargo, este traspaso de funciones está todavía en discusión en varios de sus detalles operativos.

También se está trasladando a la CCSS la administración del seguro de riesgos del trabajo del Instituto Nacional de Seguros, para evitar la duplicidad de servicios y trámites, racionalizar el uso de recursos materiales y humanos y favorecer el proceso de universalización en la prestación de los seguros de este tipo. Debe destacarse que en este país ha alcanzado el mayor desarrollo la medicina ocupacional en el ámbito centroamericano. Está por transferirse también la administración de los acueductos de las municipalidades —que tiene problemas técnicos y de manejo— al Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado, para garantizar el mantenimiento de los acueductos y la provisión de agua potable a nivel nacional. A la vez se planea capacitar al personal en localidades pequeñas para un manejo eficiente. 30/

Otra área de atención prioritaria es la del proceso de desconcentración de los servicios públicos de salud, que se realiza desde 1985, mediante la delegación de autoridad y la asignación de responsabilidades para la programación local. Se inició un proceso de desconcentración en los controles financieros y en el manejo de personal. Sin embargo se sigue trabajando con presupuestos demasiado centralizados. A pesar de que se ha establecido como base organizativa del sistema de salud a los SILOS para permitir la descentralización hasta el nivel local de los recursos humanos, tecnológicos, financieros y de suministro, en la práctica estas intenciones se vieron frecuentemente limitadas.

También han prosperado, sobre todo en el sector salud, algunas experiencias de privatización, básicamente mediante el traspaso de servicios a cooperativas. Destacan la Clínica Pavas (COOPESALUD) y la Clínica de Tibás (COOPESAIN). 31/

30/ Véase, Ministerio de Salud, "Desarrollo de la reforma del sector salud", Memoria Anual 1992, San José, Costa Rica, 1992.

31/ Véase, CEPAL, "La política social en Costa Rica: Panorama de sus reformas recientes", por Ana Sojo, Serie de Reformas de Política Pública 17, Santiago de Chile, 1993.

En suma, para el período 1990-1994 los grandes objetivos del Plan Nacional de Salud son, por un lado, la modernización y el desarrollo del sector y de sus instituciones bajo los principios de integración, descentralización, sectorialización, regionalización o capacidad de resolución local, y democratización, a fin de que asuman su función con eficiencia, eficacia, equidad y sin duplicaciones. Por otro lado, se buscará fomentar en los individuos y las comunidades el concepto de autorresponsabilidad de su salud y la de su comunidad, como una estrategia básica para el enfrentamiento del perfil de morbilidad y mortalidad que afecta al país. La educación para la salud y la comunicación social, desde luego, deberán ser los instrumentos fundamentales que habrán de desarrollarse suficientemente.

Entre las principales metas fijadas para el año 2000 en el Plan de Acción para el Desarrollo Humano, Infancia y Juventud se distingue la reducción en un tercio de la mortalidad de los menores de cinco años, de la mitad en la mortalidad materna y la erradicación de la malnutrición grave de menores; el acceso universal al agua potable y a los medios sanitarios; el acceso de todas las parejas a servicios de planificación familiar, y a personal capacitado para todas las embarazadas. Asimismo, se hace hincapié en aspectos nutricionales de la embarazadas y menores y en la erradicación de enfermedades como la poliomielitis y el tétanos neonatal, la cobertura universal de las inmunizaciones, la reducción de 50% de las enfermedades parasitarias e infecciosas y de un tercio en las respiratorias de los menores de cinco años. En fin, se persigue alcanzar la universalidad en la cobertura de la seguridad social a fin de siglo, que era de 91% en 1990. (Véase el anexo II.) Cabe mencionar que las metas del Plan para el Desarrollo han sido revisadas últimamente a fin de ajustarlas a la realidad financiera.

Así, la estrategia central para la consecución de los objetivos planteados se dará en el fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud (APS) y sus componentes esenciales, dando prioridad a aquellos grupos, zonas y localidades cuyo nivel de salud está por debajo del promedio. ^{32/} Mediante este programa se intenta también erradicar para 1994 la desnutrición severa de los menores de seis años a nivel nacional, con el complemento del Programa de Nutrición y

^{32/} Se establecieron una serie de metas para 1994 de reducción de la mortalidad de menores de 5 años (de 19 a 15 al millar), de nutrición, de erradicación de tétanos y sarampión, de universalización de servicios básicos, etc., en MIDEPLAN, Costa Rica: Plan de Acción para el Desarrollo Humano, Infancia y Juventud, Cumbre de Presidentes Centroamericanos, San José, Costa Rica, diciembre de 1991.

Alimentación Integral (CEN-CINAI), dirigido a la población preescolar y escolar, así como a mujeres embarazadas y en período de lactancia. Mediante el Programa de Atención a Grupos Especiales se ha procurado crear los mecanismos para cubrir a la población indígena, con modelos alternativos para la prestación integral que respeten su cultura. 33/

2. El Salvador: Salud prioritaria a grupos vulnerables

La prolongada guerra en El Salvador dejó pérdidas incalculables de capital humano —una elevada proporción de lisiados— y, en general, enormes rezagos económicos y sociales. Paradójicamente, es un hecho que en El Salvador es donde el gasto social —y en salud— sufrió una de las mayores contracciones del área en el decenio pasado y, consecuentemente, también por efecto de la guerra, donde se sufrió una fuerte destrucción de la infraestructura física y de recursos humanos que trabajan en el campo de la salud. Con todo, la guerra también permitió el surgimiento de actitudes positivas, como es la responsabilidad privada en salud.

Aun cuando los indicadores vitales a nivel nacional, como la mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer, continuaron mostrando todavía una mejoría, se ubican entre los más bajos de la región. Estos avances, sin embargo, ocultan subregistros y enormes diferencias regionales y entre los distintos sectores de la población, por lo que se estima que existen vastos grupos en condiciones críticas, sobre los que se centra la atención del gobierno. Existe en El Salvador, como en otros países, graves lagunas en la sistematización de la información, pese a ser adecuadamente recolectada a nivel local.

En la reconstrucción del país se plantean, entre otros, los problemas de salud pública, que se encuentran estrechamente vinculados con la situación de pobreza que abate a la mayoría de la población. La estrategia de reactivación económica confiere un lugar destacado a la desregulación del mercado y, durante un período transitorio, los esfuerzos en materia social se concentran en políticas compensatorias, dirigidas a los sectores más vulnerables.

La Constitución Política de El Salvador confiere al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la responsabilidad de la salud de toda la población. Esta entidad rectora ejerce la coordinación

33/ Véase, CEPAL, *Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza, respuesta del gobierno de Costa Rica*, Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe (LC/L.713 (Conf.82/5/Add.5)), octubre de 1992.

de las acciones de otras instituciones públicas, como son el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, el Instituto de Prevención de las Fuerzas Armadas, el Bienestar Magisterial (del Ministerio de Educación) y la Administración Nacional de Telecomunicaciones. Sin embargo, hay duplicación de actividades. Estas entidades públicas coexisten con otras 70 instituciones privadas que ofrecen servicios de salud, además de una multiplicidad de ONG, con escasa coordinación entre sí.

Los programas que ejecuta el Ministerio de Salud y Asistencia Social tienen como imperativo orientarse básicamente a la población desprotegida, principalmente del sector informal, que representa más del 50% de la población activa. No obstante, en realidad sólo un tercio de la población recibe atención (y no necesariamente los más pobres), quedando una alta proporción de ella sin cobertura de salud de ninguna especie, ya que las demás entidades que participan en este sector son igualmente insuficientes.

Por su parte, los servicios médicos vinculados con la seguridad social son brindados por el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), que atiende a la fuerza laboral privada formal y a los empleados públicos administrativos, en total, 19% de la población económicamente activa (PEA). Asimismo, son beneficiarios las esposas y los hijos menores de dos años, lo que representa apenas 3% de la población total. En la actualidad el ISSS tiende a apoyarse crecientemente en servicios privados de consulta médica. ^{34/}

El Instituto de Prevención de las Fuerzas Armadas provee atención curativa y de rehabilitación a todos los miembros de las Fuerzas Armadas y a los Cuerpos de Seguridad, así como a sus dependientes inmediatos. Junto con el Bienestar Magisterial y la Administración Nacional de Telecomunicaciones cubren 5% de la población. El organismo Bienestar Magisterial del Ministerio de Educación ofrece servicios curativos a sus funcionarios, contratando médicos y hospitales privados. Por último, la atención a los lisiados de guerra se realiza mediante un fondo especial aportado tanto por el gobierno como por el Frente Farabundo Martí de Liberación Nacional (FMLN) para su reincorporación.

^{34/} Véase, Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social (FUSADES), Boletín Económico y Social, Nos. 83, 86 y 87, San Salvador, El Salvador, octubre de 1992, y enero y febrero de 1993.

Alrededor de 122 instituciones privadas ofrecen servicios de salud, aunque con escasa coordinación de actividades, ya que cada una desarrolla sus esfuerzos en forma independiente, provocando duplicidad de servicios.

En El Salvador más que en cualquier país de la región destaca el papel de las ONG. En particular, las nacionales han proliferado, y los de distintas iglesias estuvieron muy presentes durante los años de conflicto armado en que, gracias a sus ventajas de flexibilidad y movilidad, pudieron atender a la población en donde el Ministerio de Salud tenía dificultades de acceso. Con la firma de los acuerdos de paz, se están modificando las condiciones sociopolíticas en general y las de salud en particular, y existen más posibilidades para encontrar formas convenientes de coordinación y de articulación con el sistema oficial.

Entre los avances en este sentido sobresale la creación, dentro del Ministerio de Salud, del Comité Intersectorial de Supervivencia Infantil (CISI), que trabaja independientemente desde hace dos años y coordina las actividades de 25 ONG, varias de ellas importantes.

Por su parte, resulta relevante la existencia de la Concertación de la Salud, instancia integrada por diferentes instituciones de salud del sector no gubernamental, que durante todo el período del conflicto armado impulsaron servicios de salud para la población afectada. La población atendida llegó a significar una tercera parte de la nacional, aunque también en zonas urbanas se ubicaba principalmente en el área rural marginada de los servicios oficiales desde el principio de la guerra. El enfoque principal del trabajo se ha centrado en la organización y participación de la comunidad en acciones de salud, llegando a convertirse en un verdadero modelo alternativo del sistema de Atención Primaria a la Salud. ^{35/}

La Concertación de Salud está integrada por cinco asociaciones no gubernamentales, y entre las acciones y programas implementados destacan la atención curativa básica, la medicina alternativa, la capacitación en salud, la atención materno-infantil, la educación sanitaria, saneamiento ambiental, salud oral, salud mental, rehabilitación y sistema de referencia de pacientes a segundo y tercer niveles. Por la falta de recursos humanos y de medicamentos se perfiló un modelo basado en la

^{35/} Véase, Concertación de Salud y UNICEF, La salud de los niños de comunidades atendidas por la concertación de salud y sus factores condicionantes, San Salvador, El Salvador, noviembre de 1992.

organización comunitaria y en la formación de personal comunitario, rescatando la medicina tradicional.

El Programa Nacional de Atención Materno-Infantil (PROSAMI) tiene como objetivo general mejorar el nivel de salud de la madre y el niño menor de cinco años, mediante el desarrollo de acciones de prevención, protección, recuperación y rehabilitación. A nivel local se coordina con centros y comunidades salvadoreñas y con ONG que trabajan en el área materno infantil, como es el caso del Patronato para el Desarrollo de las Comunidades de Morazán y San Miguel (PADECOMS). Desgraciadamente, estos espacios para la desconcentración y descentralización, como son los patronatos, no se están aprovechando suficientemente.

Por último, cabe mencionar también el Programa de Naciones Unidas de Desarrollo Regional (PRODERE), que depende financieramente del gobierno italiano, y que incide en la salud de los refugiados y desplazados.

Pese al gran número de entidades que confluyen en el sector y a los esfuerzos que despliegan, en el Plan Nacional de Salud (1990-1994) se consignan entre las principales deficiencias la creciente brecha entre la oferta y la demanda de servicios, originada por el crecimiento de la población y el lento desarrollo de la infraestructura de salud; la baja cobertura en la prestación de servicios básicos de salud, especialmente del programa de Salud Integral Materno Infantil; la alta concentración de profesionales de la salud en las áreas urbanas, particularmente en la ciudad de San Salvador, y la destrucción, el deterioro y el deficiente mantenimiento de la infraestructura de los establecimientos de salud en las antiguas zonas conflictivas.

En estos problemas subyace la escasez de recursos públicos, por la baja carga tributaria del país y la débil coordinación de los fondos recibidos del exterior, que representan el 25% del gasto total, y que a menudo se destinan a programas no prioritarios. Además, al igual que en otros países se detectan también obstáculos a los esfuerzos de descentralización y de coordinación tanto dentro del sector salud como con otros sectores, en particular el de la educación.

El marco general y la dirección de las acciones o las intenciones gubernamentales en el campo de la salud están dados por una serie de objetivos programáticos incluidos en los planes sectoriales. Así, en general, el Gobierno de El Salvador se ha propuesto la erradicación de la pobreza extrema como objetivo prioritario de largo plazo mediante una estrategia social que comprende dos grandes vías. La primera, de plazo inmediato, para amortiguar los efectos negativos de las políticas de ajuste sobre los estratos más pobres. En el mediano plazo, la estrategia social

busca incrementar la inversión en capital humano, privilegiando las carencias más notorias de la población: salud y nutrición, educación, vivienda y servicios básicos, empleo y previsión. 36/

Las políticas de desarrollo social definidas en el Plan Nacional de Salud 1991-1994 se fundamentan en criterios de dar prioridad al gasto en salud hacia los más pobres, descentralización de los servicios sociales, ampliación de la participación privada, planificación y coordinación de los recursos y acciones, y articulación con los gobiernos locales.

Entre las metas principales incluidas en dicho Plan se pueden mencionar: la extensión de la cobertura a toda la población, con énfasis en los 78 municipios prioritarios, la mejora en la capacidad de respuesta de los distintos niveles de atención, la descentralización hacia los niveles regionales y locales y el fortalecimiento financiero por medio de una mayor asignación en el presupuesto nacional. (Véase de nuevo el anexo II.)

Se pretende dar prioridad a los programas de atención primaria de salud y de vacunación universal, para abatir así en una tercera parte la mortalidad infantil. Mediante la política de dar prioridad al gasto en salud hacia los grupos vulnerables se propone mejorar la atención y ampliar la cobertura de los servicios primarios de salud; ampliar la cobertura de atención integral al Grupo Materno Infantil; modernizar la administración de los servicios de salud pública; aumentar la cobertura de servicios de agua potable, letrización y saneamiento básico en las áreas rurales y urbanas marginales, y la recuperación parcial de los costos de servicios prestados en los establecimientos de salud. Para el cumplimiento de la política dirigida a grupos prioritarios, el sector diseñó el "Programa Nacional Integrado de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar". 37/

De acuerdo con la estrategia de desarrollo social, la inversión en capital humano representa más de la mitad del presupuesto destinado a la inversión pública en área social. Está dirigido a programas de salud y nutrición para reducir la mortalidad infantil y elevar la calidad de los servicios;

36/ Véase, UNICEF, Programa de Atención Primaria en Salud en el informe sobre la situación de la mujer y el niño en El Salvador elaborado por ese organismo.

37/ Véanse, CEPAL, Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza, respuesta del Gobierno de El Salvador, Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, octubre de 1992, y Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social, Plan Nacional para el Desarrollo Humano, Infancia y Juventud, San Salvador, El Salvador, diciembre de 1991.

programas de asistencia a las comunidades urbanas y rurales, así como a programas de capacitación para los pequeños agricultores, entre otros.

Al igual que en los demás países centroamericanos, se ha considerado prioritaria la atención primaria para elevar el nivel de salud, así como la necesidad urgente de fortalecer la coordinación intra e intersectorial. Uno de los mayores desafíos que enfrenta el sistema de salud en El Salvador es la consolidación de los procesos de programación local y de estructuración de los SILOS. El proceso de gestión local se desarrolla e impulsa a partir de estas unidades, prioritarias dentro de la política formulada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Catorce unidades departamentales de salud se agrupan en cinco regiones en las cuales se han creado las gerencias administrativas regionales. Se han desarrollado acciones importantes para hacer llegar los servicios de salud a nivel local, como la habilitación de promotores de salud y parteras que prestan servicio directamente a la comunidad. Con ayuda de las comunidades, los establecimientos de salud han instaurado una concertación con la comunidad para poner en marcha las primeras etapas de la programación local.

3. Guatemala: El reto de cambiar la atención a la salud

Los enormes problemas de salud en Guatemala se manifiestan en una marcada insuficiencia de servicios básicos que afecta diferencialmente a las distintas regiones, en parte por las desigualdades existentes entre la población indígena y la ladina.

El modelo de atención, concentrador en la forma de entrega de los servicios de salud, no responde a las requerimientos actuales ni, aún menos, a las exigencias de modernización futura. Al igual que en otros países de la región, subyace en los problemas de salud la naturaleza de la oferta de alimentos y la incapacidad de sectores mayoritarios de adquirir la canasta básica —los índices de desnutrición en Guatemala son los más elevados de Centroamérica—, el deterioro continuado del medio ambiente, la falta de servicios de agua potable y saneamiento, la escasa participación comunitaria, las barreras para acceder a la información y la escasa movilización social. 38/

38/ Véase, UNICEF y SEGEPLAN, Análisis de la situación del niño y la mujer, Guatemala, agosto de 1991.

El sector salud de Guatemala se caracteriza por la multiplicidad y variedad de instituciones públicas y privadas que lo integran, por el aislamiento de cada una y por su bajo grado de formalización jurídica, organizativa y administrativa.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se responsabiliza de la salud de toda la población, aunque sus servicios cubren sólo al 25%; el resto queda a cargo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), que presta atención médica a los trabajadores afiliados y a sus familiares dependientes (15% de la población, o 28% de la PEA), y las ONG y el sector privado, que atienden a menos de un 15% de la población. En cambio, alrededor de 45% de la población no recibe ningún tipo de servicio, a la vez que existen grandes duplicidades entre estas instituciones. También participan las municipalidades, que son responsables del suministro de agua potable, la eliminación de desechos sólidos y la deposición de excretas en el área urbana (en el área rural, el responsable es el Ministerio de la Salud Pública); la Sanidad Militar; la Universidad de San Carlos y la Escuela Regional de Ingeniería Sanitaria. ^{39/}

En el gobierno central, por su parte, varias instituciones desarrollan colateralmente acciones de salud, entre las que destacan: la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República, el Comité de Reconstrucción Nacional y el Ministerio de Desarrollo Urbano y Rural. El sector privado contribuye en la atención a la salud con infraestructura y recursos humanos, a través de clínicas, sanatorios maternidades, laboratorios y farmacias, cubriendo 14% de la población. Además, 350 organizaciones no gubernamentales desarrollan programas de salud y presentan la mayoría de la asistencia social que se realiza en el país. Sólo 30 guardan relación con el Ministerio de Salud.

Aunque su esfera de acción es regional, resulta relevante también la presencia en Guatemala desde los años cuarenta, en que se fundó, del Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP), de importantes consecuencias en el conocimiento de la situación nutricional de la región y en el fomento de políticas para mejorarla.

Las actividades del sector salud, al igual que los demás sectores, se encuentran fuertemente concentradas. El 45% de las camas se ubican en el área metropolitana, así como 80% de los médicos de salud pública ejercen en la capital y 83% de los médicos del IGSS. En Guatemala, sólo 23% de

^{39/} Véase, Ministerio de Salud y Asistencia Social y Organización Panamericana para la Salud, Estudio básico del sector salud, Guatemala 1991, Guatemala, octubre de 1992.

los partos son atendidos institucionalmente, sobre todo en la capital. Esta concentración da como resultado las enormes disparidades regionales señaladas anteriormente.

Las graves dificultades en la prestación de servicios adecuados se deben a los bajos niveles de recursos que fueron asignados durante los últimos años, así como a la excesiva burocratización, a la duplicidad de esfuerzos entre las distintas instituciones de salud, con una coordinación mínima, y a deficiencias administrativas.

El presupuesto de salud en Guatemala ha fluctuado muy por debajo del 2% del PIB, en tanto que la proporción recomendada por la OMS es de 5%. Una de las metas para 1996 es recuperar, por lo menos, el 2%, pero ello depende de la elevación de la carga tributaria, que es la más baja de Centroamérica. Además, la distribución del gasto está sesgada hacia la atención hospitalaria (75%), en detrimento de los servicios preventivos, de seguimiento y control de la salud y de proyección a la comunidad. En fin, otro de los grandes obstáculos es que existen alrededor de 20,000 comunidades con menos de 2,000 habitantes donde la atención de salud no llega, además de las limitaciones que impone la gran multiplicidad étnica y la particularidad de una sociedad totalmente desintegrada. No obstante, un aspecto positivo de esta atomización es el potencial de las comunidades en la estrategia de la salud, dado el elevado nivel organizativo demostrado por muchas de ellas.

La política de salud procura elevar las condiciones de salud, con énfasis en la niñez y en la mujer, y ampliar los servicios de nutrición y alimentación en áreas de difícil acceso para este mismo grupo de población. Paralelamente, se trata de mejorar las condiciones ambientales en áreas de pobreza y pobreza extrema —por su fuerte correlación con la salud— para asegurar la supervivencia y el desarrollo de su población.

La estrategia social formulada en el Plan de Acción de Desarrollo Social, 1992-1996 y 1997-2000, pretende garantizar el acceso con un mínimo de equidad a los servicios salud, de nutrición y de educación de madres embarazadas y niños, incluida la infraestructura de agua potable y alcantarillado.

Entre las principales intenciones gubernamentales en el sector salud, que figuran en el Plan, 40/ se encuentran las siguientes: readecuar entre 1993 y 1996 la estructura del gasto en salud dando prioridad a la salud preventiva; disminuir la mortalidad materna; disminuir los riesgos de morbi-mortalidad infantil y de menores de 5 años y mejorar las condiciones de salud de la mujer y del adolescente; disminuir la morbi-mortalidad por enfermedades como las diarreas agudas y especialmente el cólera morbus. Es importante, al respecto, tener presente que la desnutrición aguda, que ha aumentado últimamente, constituye un grave problema en Guatemala: de 6% en 1977 pasó a 18% en 1992, con una incidencia mucho mayor (34%) entre los niños. 41/ (Véase de nuevo el anexo II.)

En el marco de enormes carencias que impone la realidad guatemalteca, las grandes líneas de las políticas recientes y de la reorganización del sector salud son muy semejantes a las de los demás países de la región: la voluntad de intensificar el proceso de descentralización y regionalización (en 8 regiones, 24 áreas de salud) y la jerarquización de la población beneficiada. También crece el reconocimiento de que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ya no puede ser el administrador de todos los servicios de salud, sino que debe concentrarse en un papel de rectoría, de coordinación. Se pretende también que las acciones de política social estén dirigidas primordialmente a la población más vulnerable, que vive en áreas donde se encuentran los indicadores sociales más críticos, es decir, la mayoría indígena: niños menores de cinco años, mujeres lactantes y embarazadas, grupos en áreas de conflicto armado y menores en circunstancias particularmente difíciles.

Para ello se han adoptado nuevos enfoques de programación local, en los que el concepto de los SILOS se está readecuando, debido a que se repitieron los errores del centralismo, no se legitimó suficientemente la participación comunitaria, ni se aprovechó toda la infraestructura existente.

Las acciones del gobierno en el marco de la política de salud persiguen un mayor grado de eficiencia en este sector. Promoviendo la organización y participación de la comunidad para la

40/ Véanse, SEGEPLAN, Plan de Acción Social 1992-1996, 1997-2000, Desarrollo Humano y Juventud, Guatemala, febrero de 1992, y CEPAL, Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza: Respuesta del gobierno de Guatemala, Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe (LC/L.713 (Conf.82/5/Add.8)), octubre de 1992.

41/ Véase, SEGEPLAN y UNICEF, Análisis..., op.cit.

solución de las causas de mortalidad factibles de atender por la propia familia, se procura vigilar de manera eficaz enfermedades diarreicas, respiratorias, embarazos de riesgo, así como ejercer un mejor control prenatal, y prestar mayor atención al parto y del recién nacido, a la lactancia materna, a la salud ambiental y a la higiene personal. Además, se propone fomentar programas masivos de educación en salud materno-infantil, salud alimentaria nutricional, saneamiento ambiental e higiene, intensificando paralelamente la formación de Promotores Rurales de Salud y Comadronas Tradicionales.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social está fomentando un proceso de descentralización operativa que considera la definición de estos SILOS. De todos modos, su éxito depende del espacio que se confiera a la participación comunitaria. El IGSS ha adoptado el mismo enfoque mediante la incorporación de acciones de fomento y prevención, la extensión de la cobertura a nuevos grupos de trabajadores, con la estrategia de la atención primaria a la salud.

Por último, la política sanitaria en Guatemala comprende también una serie de intenciones específicas del problema de la nutrición. Este país ocupa el primer lugar de prevalencia en desnutrición de menores de cinco años del Istmo Centroamericano y muestra un incremento de las tasas de mortalidad infantil por esta causa. Una de las políticas prevé institucionalizar el enriquecimiento de los alimentos básicos, especialmente con sal yodada y con azúcar fortificada mediante vitamina A y hierro.

Las principales acciones previstas en la política de alimentación y nutrición persiguen lo siguiente: promover la complementación nutricional del niño amamantado, a partir de los seis meses y hasta los dos años; organizar a grupos comunitarios de producción para convertirlos en propios gestores de su desarrollo nutricional; apoyar el desarrollo de un sistema de vigilancia alimentaria-nutricional que proporcione la información precisa para orientar las políticas y programas a nivel nacional y en áreas de más alto riesgo y, en consecuencia, asignar gastos específicos a la atención de la problemática alimentaria y nutricional de 0.01% del PIB en 1992, hasta llegar al 0.05% del PIB en 1996.

En fin, un aspecto que se opone al buen desempeño de las políticas de salud, tanto en Guatemala como en otros países, es su falta de continuidad al no trascender el período gubernamental. Una política institucionalizada de más largo aliento evitaría estos problemas.

4. Honduras: La necesidad de transformar su sistema de salud

Al igual que en los demás países, la prestación de salud en Honduras está a cargo de entidades públicas, privadas, y tal vez de un mayor número de ONG, proporcionalmente. Entre las primeras se encuentran el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que es el órgano rector y que supuestamente cubre al 60% de la población; el Instituto Hondureño de Seguridad Social, que atiende al 11%; el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados; la Junta Nacional de Bienestar Social; el Patronato Nacional de la Infancia (programa de compensación social) y el Departamento de Medicina, Higiene y Seguridad Ocupacional del Ministerio de Trabajo.

Por su parte, el sector privado está constituido por aproximadamente 26 hospitales, además de laboratorios clínicos y de médicos y odontólogos que ofrecen consulta privada. Adicionalmente, las ONG también intervienen fuertemente en las actividades de este sector, sobre todo en su subsistema comunitario. En fin, dentro de su función compensatoria, el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) mediante sus programas incide en la elevación, si bien a escala reducida, de los niveles de salud y nutrición de los grupos más vulnerables, en particular madres lactantes y niños. Con todo, se estima que existe un porcentaje indeterminado, pero de importancia considerable, de población desprotegida.

La Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto (SECPLAN) ejerce un papel orientador en la fijación de las prioridades nacionales de política. Como mecanismo institucional que pretende lograr la integración de las metas de salud en las políticas y programas de desarrollo socioeconómico, se puede destacar la reciente creación del Gabinete de Desarrollo Social (GADES), organismo rector y coordinador en el más alto nivel político de las acciones del Estado en materia de desarrollo social. Además del GADES, se han desarrollado otras instancias, entre ellas el Comité Nacional de Agua Potable y Saneamiento, la Comisión Nacional de Medicamentos, la Comisión Nacional de Recursos Humanos, el Comité para la Integración de los Servicios de Salud, y más recientemente, el Comité para la Prevención y Control del Cólera.

La estructura del sistema de salud comprende dos subsistemas: el institucional y el comunitario. El primero está organizado en cinco niveles: los centros de salud rurales (CESAR), a cargo de auxiliares de salud; los centros de salud con médico y odontólogo (CESAMO), que cuentan con médicos, enfermeras y auxiliares; los hospitales de área, donde se practica cirugía básica, pediatría y gineco-obstetricia; los hospitales regionales, con mayor número de especialidades,

y los hospitales nacionales, con todas las especialidades. Frecuentemente, estos niveles se encuentran débilmente articulados entre sí.

El servicio comunitario es responsabilidad de voluntarios capacitados para ese propósito, que atienden principalmente partos, cuidados básicos a la madre y al niño, e incluso actividades relativas a la sanidad y al control de la malaria. El Ministerio de Salud Pública ha diferenciado en el país ocho regiones sanitarias que no corresponden a la división político-administrativa sino que atienden criterios demográficos, de accesibilidad y disponibilidad de recursos y aspectos epidemiológicos, y cada región, a su vez, se reparte en zonas, que en total suman 36. Aparte de éstas, existen los sistemas locales de salud. 42/

Las organizaciones privadas de desarrollo, como se denomina en Honduras a las organizaciones no gubernamentales, desempeñan un papel muy importante en el campo de la salud, al participar intensamente en tres áreas vitales: supervivencia infantil, agua y saneamiento, y seguridad alimentaria. Las acciones principales se ejecutan con fondos de la AID, la cual incide en el sector de una manera sensible. Este organismo apoya también un proyecto de ayuda para el desarrollo institucional y el mejoramiento de los recursos humanos que se desempeñan en el sector salud. Sin embargo, la multiplicidad y la debilidad en la coordinación entre otras organizaciones aisladas impiden precisar los resultados de su contribución.

El problema fundamental del sistema de salud en Honduras es la inequidad en el acceso a servicios apropiados, oportunos y de aceptable calidad. La transformación del sector salud es todavía muy incipiente, así como la descentralización político-administrativa que se está operando actualmente hacia las municipalidades, con las que se negocia su participación en la dotación de servicios de salud. Existe una propuesta de transformación de los servicios sociales básicos y en particular de la salud para ser adoptada próximamente. 43/

Esta propuesta de transformación de los servicios sociales, dentro de un programa global de modernización y ajuste del sistema de salud, implica tanto una redefinición de la organización del sector (y del papel de la seguridad social) como de las formas de intervención de las diferentes

42/ En 1990 existían 524 CESARES, 156 CESAMOS, 10 hospitales de área, 6 hospitales regionales y 6 nacionales. Véase, UNICEF y SECPLAN, Children in Honduras, Tegucigalpa, 1990.

43/ Véase, Comisión Presidencial de Modernización del Estado, Programa Global de Modernización, Propuesta de Transformación de los Servicios de Salud, Tegucigalpa, Honduras, diciembre de 1992 y marzo de 1993.

instituciones involucradas en la provisión de bienes y servicios de salud. Presupone igualmente la redefinición de las relaciones entre los servicios de salud y las acciones de bienestar social, así como las relaciones entre las instancias centrales del gobierno y las instancias públicas periféricas con las organizaciones de la sociedad civil.

En ella se reconoce también la responsabilidad de conducción del sistema por parte del Ministerio de Salud y se busca la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones y en la evaluación y control social de la gestión. Se mantiene la instancia central para asegurar la articulación de las instituciones que integran el sistema en cuanto a coherencia de los planes de acción y de su administración con las políticas nacionales de salud y la modernización del Estado. Se fortalece la instancia regional buscando la complementariedad de las distintas capacidades instaladas en los diferentes municipios, por medio del desarrollo de la solidaridad intermunicipal. Se considera la instancia local constituida por la Unidad Productora de Servicios (UPS) y sus espacios-población correspondientes, como el nivel donde se hace realidad la entrega de servicios y por tanto donde se pueden cumplir los requisitos de la política en cuanto a impacto, equidad, eficacia y participación social de la gestión.

Se pone de relieve la necesidad de otorgar a la salud una importancia protagónica dentro de la formulación y ejecución de las políticas sociales y un papel fundamental en el proceso de desarrollo humano. En fin, queda como reto para el Ministerio de Salud la tarea de ajustar y articular el sistema de salud nacional a los requerimientos de la nueva etapa de la política gubernamental de desarrollo económico, político y social dentro del contexto de modernización del Estado y descentralización político-administrativa.

El Ministerio de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social revisaron sus políticas y estrategias con el fin de articular e implantar, junto con otros sectores, medidas para reducir las desigualdades crónicas en la prestación de los servicios de salud. Para el período 1991-1992 se seleccionó una opción estratégica de compensación social al crearse, por ejemplo, el Programa de Asignación Familiar (PRAF), entidad desconcentrada que depende directamente de la Presidencia de la República y que realiza transferencias de ingresos a los estratos más pobres, y otras medidas de corto plazo en materia de compensación.

La nueva estrategia de desarrollo de los sistemas de salud en la actual administración (1990-1994) requiere un fuerte proceso de descentralización política, administrativa y financiera (no logrado hasta ahora). Se considera necesaria también la participación de la comunidad en la gestión de la

prestación de los servicios de salud por ser una de las estrategias del enfoque de desarrollo local. El gobierno ha intentado fortalecer los municipios utilizando la salud como eje integrador de las instituciones en sistemas locales para el desarrollo, con fuerte participación social. Se tratará de superar las limitaciones encontradas en la operatividad de los SILOS mediante un mayor entendimiento de la administración local en la identificación de los problemas y la distribución de los recursos disponibles.

El reconocimiento de que la salud es consecuencia de las particulares condiciones de vida de la población, ha condicionado en el país el esfuerzo hacia la coordinación entre los distintos sectores del desarrollo nacional, a fin de complementar el quehacer del sector salud. Destaca la decisión política del gobierno central de alcanzar los objetivos en el área social mediante la conjunción de esfuerzos de todos los sectores y el interés por parte de las instituciones sociales de participar en forma más eficiente y armónica en el desarrollo socioeconómico del país.

El Ministerio de Salud da prioridad a las enfermedades prevenibles por vacunación, al SIDA (en Honduras se concentra 54% de los casos de Centroamérica), a las enfermedades diarreicas, a las infecciones respiratorias agudas, a la salud materno-infantil, y al control y prevención de tuberculosis, problemas estrechamente ligados a la pobreza. (Véase la dirección de las principales intenciones de política y algunas metas para el año 2000 en el anexo II.)

5. Nicaragua: Los SILAIS y la producción de salud

El Sistema Nacional de Salud de Nicaragua depende esencialmente de la actividad que desarrolla el Ministerio de Salud (MINSA). Esta dependencia cuenta con una amplia red de unidades de atención, integrada por puestos de salud, puestos médicos, centros de salud y hospitales de diversos perfiles. El Instituto de Seguridad Social, en cambio, desempeña un papel marginal, pues atiende casi exclusivamente aspectos relativos a las pensiones. El sector privado no dispone de una infraestructura hospitalaria significativa, aunque crece el número de consultorios médicos y de clínicas privadas. También proveen servicios de salud a su personal el Ministerio de Defensa y el de Gobernación. Por su parte, al igual que en el resto de los países, los fondos compensatorios —el Fondo de Inversión Social de Emergencia (FISE), en Nicaragua— tienen una incidencia en este campo; de la misma forma, las múltiples organizaciones no gubernamentales participan en la salud, la nutrición y el saneamiento. Además, recientemente se creó el Ministerio de Acción Social (MAS), entre cuyas

funciones destaca la coordinación de las actividades de las instituciones sociales. En el futuro, el MAS pretende reorganizar la planificación desde la base, de acuerdo con las necesidades en salud de la población, para servir así de instrumento de descentralización.

A partir de agosto de 1979, poco después del triunfo de la revolución sandinista, el gobierno unificó a todas las instituciones sanitarias en el Sistema Nacional Unico de Salud (SNUS), transfiriéndole los activos de las instituciones. Al Ministerio de Salud fueron adscritos todos los servicios públicos, incluso los servicios médicos de la seguridad social. El propósito fue aumentar la cobertura y fortalecer la atención a la población por conducto de la regionalización, el desarrollo de la planificación, la formación de los recursos humanos, la educación sanitaria y el aumento de las capacidades instaladas. A partir de esta medida se inició un período de rápido crecimiento de los recursos de salud de todo tipo.

A fines de 1985 las políticas de salud se encontraban fuertemente condicionadas por la situación económica, política, militar y social que afectaba al país. El sistema de salud entró en una crisis profunda, resultado de la inadecuación entre los objetivos planteados, la estructura desarrollada y las condiciones económicas y políticas que caracterizaron a este período. La situación de guerra intensificó problemas vinculados con la destrucción y deterioro de unidades de salud y de recursos logísticos. En 1988, después de una profunda revisión de las concepciones, métodos y formas para la intervención en el campo de la salud e inducido por severas restricciones en el presupuesto, se decidió introducir ajustes en las políticas y la organización de la salud, procurando contener su deterioro y adecuarla a la situación de guerra. No obstante, las condiciones económicas del país se deterioraron de manera dramática, y en ese contexto las reformas perdieron efectividad. En particular, quedaron trunco muchos de los intentos de descentralización, además de ponerse de manifiesto la gran dependencia del sector salud de la cooperación externa.

El nuevo gobierno cuenta con una rica experiencia de movilización organizada de la sociedad y de participación comunitaria en el desarrollo de las políticas y programas sociales. El sistema de salud, desde la administración sandinista hasta la actualidad, ha aplicado la estrategia de Atención Primaria a nivel nacional. En Centroamérica, Nicaragua es el país que mejor ha aplicado la idea de atención primaria a la salud, concibiéndola como la "puerta de entrada" a todo el sistema de atención

a la salud y no simplemente como un tipo dirigido únicamente a la población rezagada y geográficamente apartada. 44/

En las condiciones actuales del país, y particularmente de los servicios de salud, se consideró conveniente descentralizar el Sistema Nacional de Salud mediante el desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS), con el MINSA como órgano rector. En enero de 1992 se oficializaron los SILAIS como estructura del sector salud y de organización territorial de los servicios de salud, con un énfasis renovado de la importancia del nivel local como el más apropiado para el manejo de los recursos en función de las necesidades de salud. 45/

En octubre de 1993 se aprobó la Política Nacional de Salud, que retomó ciertos aspectos del Plan Maestro de Salud que regía anteriormente y fijó las pautas de los nuevos planes de salud para Nicaragua. Ello fue el resultado de largas discusiones y consenso entre todas las corrientes políticas del país, así como entre las Comisiones del Consejo Nacional de Salud y los directores de SILAIS. Se buscó el consenso a nivel nacional a fin de convertir la política de salud en una política de Estado.

Los principios rectores de salud que se establecen en dicho documento son los siguientes:

- a) La salud es un derecho básico de toda la población;
- b) La equidad dentro del Sector Salud: el modelo de atención debe permitir la reducción de las desigualdades derivadas de los desniveles socioeconómicos, la marginalidad geográfica y la composición genérica de grupos poblacionales;
- c) La solidaridad en salud: se establece que toda persona o grupo tiene algo que aportar en el proceso de producción social de la salud, y
- d) La tesis central sostiene que la persona es la principal responsable de su salud.

La modernización del Sistema Nacional de Salud y su consolidación contemplan la introducción de modificaciones profundas al modelo de prestación de servicios, así como el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud. Para esto se planea ajustar los mecanismos de

44/ Véase, UNICEF, Nicaragua: desafíos y opciones en un país de niños y mujeres, análisis de la situación económica y social, Managua, Nicaragua, septiembre de 1991.

45/ Véanse, por ejemplo, MINSA y OPS, Sistemas locales de atención integral a la salud: marco conceptual, Serie SILAIS 1, Managua, Nicaragua, julio de 1991, y Sistemas locales de atención integral a la salud: primer informe de progreso, Serie SILAIS 5, Managua, Nicaragua, marzo de 1992.

financiamiento, mejorar la eficiencia, efectividad y calidad de los servicios de salud según las necesidades de la población y las condiciones económicas del país.

La Política Nacional de Salud está dividida en nueve grandes componentes:

1 - El fortalecimiento de la calidad de atención.

Este objetivo se espera lograr mediante la coordinación e integración de las acciones de los otros sectores del sistema, el fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud para normar, regular y brindar asistencia técnica a los servicios del sector público y privado. El establecimiento de los procesos de garantía de calidad mediante la acreditación, categorización y por los programas de autoevaluación en las unidades de salud.

2 - El fortalecimiento del proceso de descentralización.

La descentralización del Sistema se conceptualiza como un proceso de traslado de la autoridad política, administrativa y técnica, desde los organismos centrales hacia los SILAIS, así como de las capacidades y recursos (políticos, financieros, físicos y humanos) para optimizar todas las potencialidades existentes en el territorio, con la participación de la sociedad civil y respaldado por el marco jurídico.

Las autoridades del SILAIS planificarán las acciones de salud y la ejecución presupuestaria de acuerdo con sus condiciones locales en el marco de la Política Nacional de Salud. Asimismo, el nivel central del Ministerio de Salud mantendrá las capacidades de normar y evaluar el proceso de la salud.

3 - El desarrollo de la atención primaria.

La atención primaria de salud constituye la estrategia central del modelo, e incluye los siguientes elementos:

- Acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades a partir de la persona, la familia y la comunidad.

- Educación higiénico-sanitaria a la población.

- La participación en el proceso de salud como actores e instrumentos, por parte de la comunidad, los sectores sociales y los agentes de salud.

El principal eje de acción será la salud integral de la mujer y la niñez, con especial énfasis en la atención de la mujer cabeza de familia y de los niños trabajadores de la calle.

4 - El fortalecimiento de la atención hospitalaria.

El fortalecimiento de la red hospitalaria dentro del desarrollo de los SILAIS estará dirigido a complementar la atención del primer nivel, asumir su rol de unidades de referencia asistencial y de apoyo a la red local de servicios. Esta política significa también, de ahora en adelante, la participación civil plena en los hospitales.

5 - El fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud.

Esta política comprende como elemento principal la planificación estratégica local que busca la instrumentación de mecanismos en los planes de salud, que aseguren su correlación con la planificación económica y social nacional.

Por otro lado, se plantea desarrollar una política de recursos humanos que responda al perfil epidemiológico, las necesidades de los servicios y niveles de atención en los territorios. Se contempla también la introducción de la educación en salud en la educación formal.

6 - Desarrollo del marco jurídico.

El Ministerio de Salud como institución rectora del Sistema Nacional de Salud deberá actualizar y completar las bases jurídicas del sector, definiendo una Ley General de Salud antes inexistente, que establezca la responsabilidad del Estado y sus instituciones y de la sociedad en la prestación de servicios.

7 - Desarrollo de nuevas modalidades de gestión.

Se buscará una nueva forma en que la población civil intervenga en la gestión de los servicios de salud, según un proceso de negociación, concertación y consenso, de manera que ésta pueda responsabilizarse de la conducción y gerencia de los servicios, manteniendo el Estado el compromiso de canalizar los recursos básicos necesarios, así como velar por la garantía de calidad y de acceso de la población a éstos.

8 - El financiamiento.

Se desarrollará un modelo de capitación en la asignación de recursos para la salud en cada territorio, integrando en él la población por grupos de edad y sexo, el perfil epidemiológico, la accesibilidad de la población a los servicios, determinando cobertura y la brecha de recursos en cada SILAIS.

La descentralización del presupuesto de gastos corrientes del ministerio de Salud, del Nivel Central hacia los SILAIS, implicará su custodia y manejo en el nivel local. En fin, la próxima meta es que los SILAIS elaboren su propio presupuesto, integrando también los recursos fiscales.

Como alternativas de financiamiento se proponen, entre otros, la venta de servicio al INSSBI, para la atención en salud a la población asegurada en servicios diferenciados, los servicios de pensionado y los convenios con la comunidad con el fin de que ésta contribuya al gasto de salud.

9 - El desarrollo de la participación social.

Se promoverá de modo más efectivo la participación de la sociedad a través de mecanismos concretos en los diferentes niveles del Sistema, espacios territoriales y líneas específicas de acción. El Consejo Local de Salud va a proponer ideas que se someterán al Consejo Nacional Salud para debatirse a fin de tomar decisiones con pleno consenso.

En el marco de los SILAIS se pretende cumplir las metas de baja de mortalidad de menores de un año, de 71.8 por mil nacidos vivos en 1991 a 61 en 1996 y a 55 en el año 2000; la mortalidad materna, de 15.9 por 10,000 nacidos vivos a 7 en el año 2000, entre las mayores prioridades. 46/ (Véase de nuevo el anexo II.)

6. Panamá: Educación en salud a nivel familiar

En la Constitución de 1941 se estableció que el Estado asumiría la prestación de servicios de utilidad pública, y en la de 1946 se precisó que debería velar por la salud de la población. Si bien se fueron creando unidades sanitarias y otras instalaciones, no fue sino hasta 1969 en que se fundó el Ministerio de Salud, que en el pasado había sido sólo un departamento —sin suficiente autoridad— del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública.

Por su parte, también en 1941 surgió la Caja de Seguro Social (CSS) que inicialmente atendía sólo a los asegurados, pero posteriormente también a su esposa, hijos y otros dependientes. La CSS en la actualidad cubre, con su propio financiamiento, a más de 50% de la población panameña, por lo que juega un papel protagónico en el sector salud, junto con el Ministerio de Salud. Entre ambos se pretende establecer una relación de coordinación funcional, aún a nivel de proyecto. Otras instituciones públicas que intervienen son el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN), la Dirección Metropolitana de Aseo y, más recientemente, el Fondo de Emergencia Social

46/ Véanse, República de Nicaragua, Plan de Acción Nacional para el Desarrollo Humano, la Infancia y la Juventud, 1992-2000, Managua, diciembre de 1991, y CEPAL, Actividades de los gobiernos de América Latina y el Caribe para la superación de la pobreza: Respuesta del Gobierno de Nicaragua, Tercera Conferencia Regional sobre la Pobreza en América Latina y el Caribe, (LC/L.713 (Conf.82/5/Add.9)), octubre de 1992.

(FES). Por su parte, también interviene el sector privado, con sus hospitales y clínicas, así como una gran variedad de organizaciones no gubernamentales. Todos ellos integran el Sistema Nacional de Salud. 47/

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad legal y formal de definir la política del sector y de coordinación con las otras entidades. Para cumplir con sus objetivos ha dividido al país en 12 regiones y cuenta con cinco hospitales nacionales. 48/ Según su nivel de complejidad, a éstos le siguen en importancia los hospitales de área —provincial o regional—, los centros de salud, todos ellos con servicios médicos, y después los subcentros de salud y los puestos de salud, que cuentan sólo con auxiliares de enfermería o ayudantes. En total existen alrededor de 660 instalaciones en todo el país (36 hospitales públicos, 138 centros de salud y 344 puestos de salud). Uno de los mayores problemas presentes en Panamá es la concentración de servicios en la capital (camas de hospital, médicos, odontólogos y enfermeras), en detrimento de la población rural dispersa en regiones de difícil comunicación, con las que se establecen diferencias en el grado de atención de hasta 10 a 1. 49/

El Ministerio de Salud despliega su actividad mediante 11 programas, entre los que destacan el de salud maternal, salud infantil, de adultos, ambiental, nutricional y educación para la salud.

Por su parte, la Caja de Seguro Social, mediante sus múltiples instalaciones atiende a una proporción mayor de la población (poco más del 50%, como se mencionó), aunque también contribuye en la concentración geográfica de los servicios médicos del país. Son seis los programas

47/ Véase la Memoria que presenta el Ministro de Salud, Dr. Guillermo Rolla Pimentel, al Excelentísimo señor Presidente de la República, a la Honorable Asamblea Legislativa y a la población panameña, República de Panamá, junio de 1992.

48/ Las 12 regiones son: Azuero, Bocas del Toro, Coclé, Colón, Chiriquí, Darién, Panamá Este, Región Metropolitana, Panamá Oeste, San Blas, San Miguelito y Veraguas. Los cinco hospitales nacionales son: Hospital Santo Tomás, Hospital Psiquiátrico Nacional, Hospital Palo Seco, Hospital del Niño y el Instituto Oncológico Nacional.

49/ Por ejemplo, si en la capital hay 8.2 camas por cada mil habitantes, en San Blas se dispone sólo de 2.1; la diferencia entre ambas provincias es mayor en el caso de los médicos (16.9 por cada 10,000 habitantes, contra 2.1), de los odontólogos (5.3, contra 0.7) y de las enfermeras (31.7, contra 3). Véase, UNICEF, "Infancia y Mujer", Serie: Estudios e Investigaciones No. 1 (Consultora Aracelly De León), Panamá, 1992.

de salud y nueve las áreas de servicio mediante las cuales organiza sus actividades. 50/ En el pasado este organismo sufrió un fuerte déficit financiero, y ha debido reorganizar sus prestaciones del sistema de pensiones, postergando la edad de retiro de los afiliados, e incluso se busca una fórmula de separarlo de los servicios médicos, como en Chile o en México. Las políticas de la CSS se han centrado en recuperar la calidad de sus servicios fuertemente deteriorada. Más aún, dentro de la coordinación funcional se persigue universalizar los servicios con cargo a la CSS.

El Fondo de Emergencia Social, creado en 1990, se instituyó como brazo ejecutor del Programa de Acción Social (PAS). Entre los programas del FES, que inciden en la salud de la población pobre en Panamá, destaca el de Nutrición Escolar, además de los del Ministerio de Salud o de Educación. Al respecto, también en 1990 se creó el Patronato del Servicio Nacional de Nutrición, con el cual el FES influye sobre la mejor alimentación de los escolares. El programa de Agua, Saneamiento y Salud consiste en la construcción de acueductos, alcantarillado y letrinización para la población pobre, de una forma complementaria a la actividad del IDAAN.

Las políticas de salud de la actual administración se encuentran contenidas en el Plan Nacional de Salud, que forma parte del Plan Nacional de Desarrollo. El Programa de Planificación Familiar, de amplia aceptación entre la población, complementa estas medidas, en un contexto de moderado crecimiento demográfico. El Estado debe garantizar la atención de salud a toda la población, y en forma gratuita a quienes carezcan de recursos económicos. 51/

Los principios en los que se guía son:

a) La integralidad de la atención a la salud, en el sentido de que abarca la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la curación y la rehabilitación, y debe cubrir el hogar, la escuela, el centro de trabajo, de forma tal que cada individuo asuma un papel protagónico en el cuidado de su salud.

50/ Los programas de salud son el materno-infantil, el de salud para adultos, el de salud ocupacional, el de salud mental, el de odontología y el de la tercera edad. Las áreas de servicio son los departamentos de enfermería, de nutrición, de radiología, de laboratorios clínicos, de epidemiología, de trabajo social, de coordinación nacional de farmacias, de fonoaudiología, de fisioterapia y de registros médicos. Véase la Memoria de la Caja de Seguro Social 1991-1992, Panamá, 1992.

51/ Véase, Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud del Gobierno de Reconstrucción y Reconciliación Nacional, Panamá, enero de 1990.

b) La identificación y cuantificación de la población en riesgos, como una forma de procurar la equidad.

c) La adecuación de la legislación sanitaria, aunque es probable que no sea aprobada.

d) La educación sanitaria y la participación comunitaria en acciones de salud, en las que se está poniendo en la actualidad un énfasis particular. ^{52/}

e) La identificación de factores de riesgo, tanto en lo que respecta a las enfermedades infecciosas y transmisibles como a los nuevos hábitos de vida del sector moderno del país. Al respecto, son estas últimas las que causan mayor número de muertes.

f) Saneamiento ambiental y agua potable. La inmensa mayoría de las 10,000 localidades pobladas de Panamá son comunidades dispersas con menos de 200 habitantes y carentes de agua, electricidad y caminos permanentes, que requieren mayor cobertura de salud a base de tecnologías alternativas y con la participación de la población.

g) El fortalecimiento de la coordinación del sistema nacional de salud, con el Ministerio de Salud como organismo conductor.

Las estrategias adoptadas por el Ministerio de Salud para observar estos principios son la coordinación funcional ya mencionada con la CSS; la propuesta de descentralización —a base de la red de servicios y de los sistemas locales de salud—; la reorientación de las actividades y la búsqueda de una mayor eficiencia de las instalaciones de salud, introduciendo para ello importantes mejoras gerenciales, y la rehabilitación integral de la red de instalaciones, que incluye tanto la reparación de diversos establecimientos hospitalarios como la construcción de otros nuevos.

A su vez, la CSS persigue elevar su eficiencia mediante auditorías médicas y contables, y un programa de control de garantía de calidad.

En el Plan de Acción Nacional para el Desarrollo Humano, la Infancia y la Juventud 1992-2000, presentado en la XI Cumbre de Presidentes de Centroamérica, en diciembre de 1991, se especifica una serie de metas para el año 1995 o 2000, en las que se enfatiza el componente materno-infantil y los servicios básicos de salud, sobre todo en las zonas más rezagadas, en su mayoría indígenas. Entre las diversas intenciones y metas destacan las siguientes (véase nuevamente el anexo II):

^{52/} Al respecto, existe una tradición en este campo, pues en los años setenta funcionaron los comités de salud, que posteriormente se debilitaron, por utilizarse como brazo político.

a) Disminuir la tasa de mortalidad materna de 7.8 por 10,000 nacidos vivos a 3.9 al final de la década. Disminuir la tasa de mortalidad de los menores de un año de 25.2 a 14.7 por cada mil nacidos vivos.

b) Extender la cobertura del programa ampliado de inmunización de 82% a 100% a fines de la década y erradicar el sarampión. Persistir con las acciones para evitar la reaparición de la poliomielitis y la difteria. Para el grupo de población de 1 a 4 años, aumentar la cobertura de vacunación de 80% a 90%. Reforzar los programas de nutrición infantil para reducir en el año 2000 la tasa de desnutrición grave de 5.8% a 2.9%, y la moderada también a la mitad, de 18.6% a 9.3%.

c) Se pretende alcanzar mejoras sanitarias mediante la elevación de la cobertura en el área rural de la disposición de excretas de 68% en 1991 a 85% en 1995 y a 95% en el año 2000 (100% en las áreas urbanas) y aumentar la cobertura de la dotación de agua potable de 66% a 83% en 1995 y a 100% en el año 2000.

d) Reforzar los controles periódicos de crecimiento y desarrollo para los niños menores de 5 años (de 25% a 60%), con el fin de reducir la mortalidad infantil (de hasta 5 años), que se pretende reducir del 46 al millar al 37 en 1995 y al 20 en el año 2000. Para ello también se pretende implantar la Historia Clínica Perinatal Base.

e) Intensificar la capacitación del personal de salud, de los líderes comunitarios, sobre todo en los distritos postergados, con énfasis en las normas de atención a las embarazadas, al parto y al recién nacido.

f) Reforzar la capacidad administrativa y gerencial de los niveles locales y regionales, promoviendo la descentralización administrativa y de planificación.

Con el fin de alcanzar estas metas, el gobierno se propuso fortalecer el gabinete social y elevar el gasto en salud, además de convocar al sector privado, a las ONG y especialmente a las comunidades para participar activamente en este sector. Se reconoce que el área privilegiada de acción para elevar los niveles de salud es la unidad familiar y el medio para ello es la educación en salud y la capacitación de los asistentes comunitarios.

V. ELEMENTOS PARA UN REPLANTEAMIENTO DE LAS POLITICAS DE SALUD

Durante el decenio pasado los sistemas de salud del Istmo Centroamericano, pese a su heterogeneidad, experimentaron un deterioro sensible de los servicios que prestan, por las restricciones financieras padecidas, aunque también por deficiencias e inercias administrativas.

Las presiones a enfrentar durante este decenio —y los próximos— son en ciertos rasgos comunes, pues deben responder a las numerosas necesidades insatisfechas de la población actual, y a las de la nueva población que se incorpore a una tasa de expansión considerable que, como se señaló, implicaría, en promedio, duplicar la infraestructura actual antes del año 2000. También deben enfrentarse al cambio en los perfiles demográfico y epidemiológico y al encarecimiento consecuente de los tratamientos, entre otros. Estos retos se suman a los problemas y deficiencias que presenta cada uno de ellos en la actualidad. Tal como se ha señalado, las estrategias que cada uno de los países, así como sus metas concretas para el año 2000 se han plasmado en los respectivos Planes de Desarrollo Humano, Infancia y Juventud, presentados en la XI Cumbre de Presidentes Centroamericanos. En ellos se advierte un esfuerzo por restablecer o incrementar las magnitudes del gasto público en salud, por aumentar su eficiencia, por orientarlo especialmente a los sectores más deprimidos —buscando focalizarlo— y por procurar la participación de los distintos actores sociales (sector privado, ONG, etc.), con énfasis en el desarrollo de la actividad comunitaria. Los esfuerzos de descentralización, igualmente prioritarios en los seis países, se reflejan en los avances logrados en materia de los SILOS y se enmarcan en la estrategia mundial de "Salud para Todos en el año 2000", de la cual los países centroamericanos son signatarios.

El cumplimiento de las metas establecidas entraña esfuerzos suplementarios, sobre todo si se tienen presentes las dificultades de reactivación de las economías y el incremento de la pobreza en la mayoría de ellos. En este contexto, se presentan obstáculos para ampliar los gastos en salud y para convocar a agentes privados nacionales o extranjeros para complementarlos.

Asimismo, se encuentran bajo cuestionamiento varias de las formas operativas del sistema, y se plantea la recuperación total o parcial de costos, la participación del sector privado o la subcontratación de sus servicios (dentro del llamado "mix" público-privado), así como también se

reconsidera el papel de los sistemas de seguridad social, a raíz de las dificultades financieras de la mayoría de ellos, y la insuficiencia de su cobertura. 53/

1. Salud y transformación productiva con equidad

Sin embargo, más allá de estas reformas en marcha, resulta pertinente reubicar a la salud como componente fundamental —junto con la educación y la capacitación— de la inversión en capital humano, dentro de un marco más amplio de transformación productiva con equidad.

El sector salud tiene injerencia en la formulación de políticas distributivas dentro de un país, al reclamar un amplio espacio para los sectores más pobres en el sentido de ampliar las oportunidades de acceso a las medidas de fomento y a los servicios de salud, así como para demandar la implantación de acciones integrales intersectoriales orientadas a mejorar las condiciones de vida —y de salud— de los sectores menos favorecidos, como las que se acaban de mencionar.

Lograr una mayor equidad económica y social mediante la salud, así como una igualdad de acceso a ésta, es más una decisión política que un problema técnico o económico. 54/ Para optimizar la eficacia de las acciones del sector salud deben concurrir múltiples agentes. El objetivo del sistema debe integrarse al tipo de desarrollo proclamado por el Estado como meta nacional.

En un modelo de desarrollo con equidad, el Estado procurará garantizar un paquete básico de servicios para toda la población e intervenir directamente en el control de los factores de riesgo, pero los otros agentes —empresas, iglesias, partidos políticos, etc.— no serán ajenos al debate sobre la adopción de políticas expresas, y mucho menos lo será la participación comunitaria, que presenta el más grande potencial en el desarrollo del sector salud. En esa estrategia, los SILOS ofrecen grandes ventajas y son de amplia aceptación. También habrán de converger los agentes ubicados en otros sectores, íntimamente vinculados al de la salud, como el educativo, el de la vivienda, el de la seguridad social, comunicaciones, e incluso sectores productivos.

En esta propuesta de la CEPAL, dentro de los programas integrales de salud, los materno-infantiles cobran una particular relevancia, sin menoscabo de los demás. Es así por considerar que

53/ Véase, entre otros, G. Esthela Redorta Zúñiga, Reestructuración de los servicios de salud: cambio de la mezcla público-privada, Administración Pública, Documento de trabajo No. 13, Centro de Investigación y Docencia Económicas, México, 1993.

54/ Véase, CEPAL, La equidad en los sistemas de salud (LC/R.1234), Santiago de Chile, 23 de noviembre de 1992.

"una vez concebido, todo niño merece una igualdad de oportunidades para el desarrollo de su persona; y si no se puede cumplir tal ideal, al menos se merece un mínimo de oportunidades". Por ello "es preciso priorizar dos líneas de acción central: 1) la salud de la madre, con énfasis en un adecuado control y atención médico-institucional (con complemento nutricional, de ser necesario) durante el embarazo y el parto para prevenir la mortalidad materna y las morbilidades incapacitantes, tanto de ella como del bebé; y 2) la salud de los niños, sobre todo el control y la preservación de los procesos de crecimiento y de desarrollo, entre ellos la lactancia, la nutrición y las intervenciones que demande el perfil epidemiológico existente en los países de la región. Estas líneas de acción han de privilegiar las acciones preventivas dirigidas a enfrentar condiciones ambientales que provocan altos niveles de morbilidad, tales como la eliminación de basuras, la recolección y tratamiento de excretas y la distribución de agua potable". 55/

2. La transformación de los sistemas de salud

Las insuficiencias actuales en la atención de salud y las presiones que ejerce sobre los sistemas de salud la expansión demográfica demandan acciones extraordinarias. Satisfacer con un mínimo aceptable las necesidades de la población del Istmo Centroamericano, en un marco de equidad en el derecho a la vida, obliga no sólo a ampliar sustancialmente el volumen de servicios de salud prestados, sino a llevar a cabo transformaciones profundas en dichos sistemas. Estos cambios sólo pueden ser parte de una decidida voluntad política.

En Centroamérica, como en otros países de América Latina, los servicios de salud suelen ofrecerse en forma fragmentada e ineficiente, además de presentarse regresividad en los beneficios de las políticas, inercia y discontinuidad en los programas de promoción social y proliferación de subsectores y fragmentación institucional, entre otros problemas. El uso inadecuado de la tecnología, la distribución ineficiente de los recursos, el mal aprovechamiento o la escasez de personal calificado, las estructuras burocráticas excesivamente centralizadas y la falta de coordinación sectorial, que restringen tanto la cobertura como la calidad de los servicios, son otros de los síntomas más generalizados. 56/

55/ Véase, CEPAL, Equidad y transformación productiva..., op.cit., págs. 192 y 198.

56/ Véase, CEPAL, Las dimensiones sociales..., op.cit.

En la superación de estas severas limitaciones, el Estado está llamado a desempeñar un papel protagónico, no sólo en cuanto a la ejecución del gasto público en este sector, sino también por la orientación coordinadora, reguladora y descentralizadora que puede imprimir a sus políticas y que estas políticas adquieran un carácter institucional y no se vean afectadas por cambios de administración. Igualmente indispensable es la participación activa y eficiente del sector privado, de las organizaciones no gubernamentales, de las comunidades, así como del mismo núcleo familiar. En última instancia, la salud es responsabilidad del individuo y de la familia.

Una estrategia de transformación de los sistemas de salud conlleva la participación de todos los agentes sociales y emprender acciones a diferentes niveles. Cualquier tarea decidida para elevar al sector salud a la prioridad que merece entraña primeramente derivar hacia él una porción creciente del gasto público —y privado—, esto es, ir más allá de la simple recuperación de las pérdidas sufridas en el decenio anterior. Las diferencias entre los países centroamericanos, y la que separa al que más gasto dedica a la salud (Costa Rica) de países industrializados, son un indicador de la necesidad y de la posibilidad de desarrollar esfuerzos suplementarios para elevar el monto de recursos a la salud. El nivel de ingreso de cada país es determinante, pero también lo es el lugar que ocupe este sector entre las prioridades nacionales. Al respecto, la OMS recomienda dedicar el 5% del PIB al sector salud, cifra alcanzada por Panamá y rebasada largamente por Costa Rica y por Nicaragua en el decenio pasado (no se dispone de datos actuales para este último país, pero en todo caso, como se mencionó, esta tasa resulta insuficiente por el acentuado deterioro del nivel de su PIB). En cambio, el gasto público de salud en Guatemala, El Salvador y Honduras oscila sólo entre 1% y 2% del PIB, lo que reclama tanto la amplia participación de fuentes privadas y de la cooperación externa como un esfuerzo gubernamental adicional sumamente importante, que resulta viable, sin embargo, en la actualidad por la bajísima carga tributaria y la evasión fiscal —que ofrecen un fuerte potencial de recursos si se corrigieran— y por la pacificación de la zona y la menor necesidad consiguiente de abatir los elevados gastos militares. El esfuerzo que esta meta significaría habrá de realizarse en un contexto de la recuperación de pautas de crecimiento económico, para el cual se abren ahora ciertas perspectivas. 57/

57/ Véase, CEPAL, *Centroamérica: el camino de los noventa* (LC/MEX/R.386 (SEM.53/2)), enero de 1993.

Por su parte, la cooperación internacional deberá intensificar sus acciones en este contexto, sin imponer modelos inspirados en otras realidades que no se adecuen a las condiciones del Istmo Centroamericano. En este marco de recuperación de niveles de consumo de la población deberían tener prioridad las políticas específicas para garantizar la elevación del ingreso de los hogares pobres, como una medida fundamental para acceder a niveles aceptables de salud, junto con el énfasis particular que se pueda dar a la provisión de una educación adecuada, sobre todo de las mujeres, por tener ellas un papel fundamental en el desarrollo del hogar. Es posible atender a la población indigente en salud mediante programas públicos focalizados y, a la vez, reformar las instituciones para facilitar la universalización de la cobertura frente a los mayores riesgos. En particular, conviene privilegiar problemas de salud importantes para los que se disponga o se puedan desarrollar fácilmente mecanismos de intervención eficaces y de bajo costo, como las enfermedades evitables con vacunas, la mortalidad materna, la tuberculosis, las deficiencias nutricionales específicas, etc. En general, la acción del Estado es central en la determinación de las prioridades de atención de la salud, así como en las características específicas de la legislación ambiental y ocupacional, que cobran cada vez mayor pertinencia. ^{58/}

Ello implica procurar la equidad mediante una reorientación del gasto a los sectores pobres —que reciben servicios insuficientes y de baja calidad—, en vez de los prestados gratuitamente o por debajo del costo a los sectores de ingresos medios y altos, o a grupos influyentes (servidores públicos, militares, etc.), o mediante subsidios desproporcionados en el contexto del sistema vigente de seguridad social.

En ese contexto, una aspiración legítima sería la creación de un seguro de salud con cobertura universal. Precisamente, la reforma de los sistemas nacionales de salud debe permitir asegurar a toda la población una canasta básica de servicios socialmente aceptable y financieramente solventable, que se vaya adaptando a la capacidad técnica y económica del país y al perfil cambiante de necesidades de la población.

Cuanto más amplio y completo sea el paquete de servicios de salud, mayor será la equidad que se brinde a los distintos estratos de la población en su derecho a la vida y mayor será también la solidaridad social mediante el papel redistributivo del Estado. Parte de sus costos pueden, en

^{58/} Véase, CEPAL, Salud y transformación productiva con equidad, documento interno, junio de 1993.

efecto, derivarse de los actuales subsidios estatales que favorecen a los estratos medios y altos de la población, quienes pueden acceder a servicios privados de salud. Asimismo, pueden derivarse recursos para la población necesitada de servicios médicos de los ahorros que resulten de combatir la irracionalidad que significa tanto la sobrestimación de atenciones y de servicios y la subutilización de instalaciones, como la introducción de fármacos y equipo médico de alta tecnología y elevado costo y de baja utilización.

Una transformación de los sistemas de salud en el sentido de contar con un seguro nacional de salud, como medio de financiamiento solidario, equitativo y sostenible de servicios básicos, requiere del fortalecimiento de la capacidad reguladora y orientadora del Estado. También exige la integración o coordinación funcional de los servicios de salud para configurar sistemas locales autónomos, regidos por corporaciones comunitarias efectivas y con conocimiento, y en los que participen servicios públicos y privados, que sean financiados por el Estado y los distintos regímenes de solidaridad públicos y privados. Demanda también el mejoramiento del enfoque de los programas de salud y de nutrición —la seguridad alimentaria es fundamental—, sobre una base de eficiencia y equidad, y de acuerdo con criterios redistributivos por nivel de ingreso, por región, por grupos de edad y por problemas de salud. En fin, reclama una mayor eficiencia, para racionalizar los costos mediante el establecimiento de normas e incentivos para regular la oferta y la demanda de servicios, y su administración. 59/

Ofrecer una asistencia sanitaria eficaz no es una propuesta reciente sino una idea que los Estados han tenido dificultad en poner en práctica, sobre todo por falta de voluntad política. A las limitaciones financieras se suman las resistencias por parte de las organizaciones médicas establecidas, de agrupaciones de profesionales y de sectores de la población privilegiados. Otro obstáculo lo constituye la reticencia de las autoridades centrales a la autonomía local, que es un requisito indispensable para la participación comunitaria en un sistema médico de gestión moderna, y de aceptación colectiva, sobre todo en minorías culturales. 60/

59/ Véase, Patricio V. Márquez y Tomás Engler, "Crisis y salud para la década de los noventa", Educación Médica y Salud, Vol. 24, No. 1, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1990.

60/ Véase, V. Djukanovik y E.P. Mach, Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo, Estudio conjunto UNICEF/OMS, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1976.

Una transformación como ésta demanda también elevar la capacitación y la utilización de los recursos humanos, que suele erigirse como otro obstáculo. Sobre la formación en áreas de la salud existen ya experiencias de cooperación en la región que pueden reproducirse y ampliarse. ²⁰¹¹⁷³⁵⁷ 61/

Ello implica invertir la situación actual en que pocos hospitales de nivel terciario, que prolongan escasos meses de vida a una minoría, absorben una parte sustancial de los presupuestos nacionales en salud, en vez de la dedicada a medidas preventivas orientadas a toda la colectividad.

Otras medidas sugeridas en este ámbito son alcanzar una mayor eficiencia, por ejemplo con una mejor utilización de las camas de hospital, el uso de medicamentos genéricos, en vez de marca, la mencionada capacitación adecuada de los recursos humanos, así como neutralizar la escalada de costos que ocurre sobre todo en los países de ingreso medio con las nuevas tecnologías. A otro nivel, deben explorarse formas de medicina alternas, como la medicina tradicional, cuyo desarrollo habría de favorecerse en función de las soluciones de bajo costo que ofrece a los sectores de menores ingresos de la población y por el respeto que da a las tradiciones de las minorías culturales. 62/

Mecanismos novedosos de seguro médico privado —o público— dirigidos a los sectores de ingresos medios y altos de la sociedad pueden servir para cubrir los servicios médicos no incluidos en el seguro básico nacional y, a la vez, resultar asequibles a estos grupos y financieramente viables. Pueden establecerse distintos tipos de seguros médicos, en que esté relacionada la cuota o aportación con la variedad y sofisticación de servicios a que da acceso. En este campo existen muchas posibilidades de utilizar las instalaciones terciarias de los institutos de seguridad social, de los ministerios de salud y también de los hospitales privados de una manera más racional y rentable, así como también la subcontratación de toda una serie de servicios en aras de una mayor eficiencia del conjunto. Deben combatirse, consecuentemente, prácticas que dan lugar al abuso de análisis clínicos

61/ En San José, Costa Rica opera el Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP). Véase, Rodrigo A. Barahona, "Desarrollo de Servicios de Salud y Enseñanza de la Administración en Centro América y Panamá", Educación Médica y Salud, Vol. 23, No. 3, OPS, Washington, D.C., 1989.

62/ Véase, al respecto, CEPAL, Centroamérica: La producción de medicamentos fitoterapéuticos y de materias primas agrícolas para la industria farmacéutica (LC/MEX/L.227), julio de 1993.

y tratamientos costosos e innecesarios. Al respecto, existen fórmulas ya adoptadas por seguros médicos privados que evitan este tipo de abusos. 63/

Es deber privativo del Estado financiar un paquete de acciones de salud pública que suponen grandes externalidades, relativas a información y control de enfermedades infecciosas y de transmisión sexual —entre ellas el SIDA—, la contaminación ambiental, los riesgos ocupacionales y las conductas que significan una amenaza pública (como el tabaquismo o conducir en estado de ebriedad).

La reforma de los sistemas de salud entraña necesariamente mejorar la gestión pública de la salud mediante medidas como la descentralización administrativa y presupuestaria y la contratación externa de servicios. A nivel microeconómico, es deseable la promoción de la competencia para los servicios fuera del paquete básico, entre los prestadores de servicios y los proveedores de insumos, que deberían estar incluso expuestos a la competencia externa. La mayor información y difusión de los avances científicos complementa estas medidas. 64/

En este campo, el papel regulatorio de las autoridades sanitarias requiere de enfoques novedosos de normatización, acreditación de agentes prestadores de servicios y fiscalización de éstos, dada la complejidad mayor de la morfología y el comportamiento de los mercados de servicios médicos hospitalarios y de insumos farmacéuticos y de equipo médico, así como la dificultad del sector público para regularlos, sobre todo en la época actual de introducción de nuevas tecnologías y de explosión de costos.

3. La reforma de los sistemas de seguridad social

La seguridad social debería permitir acceder a un elevado nivel de eficiencia y de justicia social; sin embargo, la crisis financiera y operativa en que ha caído la mayoría de los países demanda la revisión de sus funciones. Dentro de esta revisión destaca la separación de la provisión de servicios de salud de las pensiones por vejez, invalidez, maternidad o enfermedad. Ha sido frecuente en los últimos años que la sobrecarga y el encarecimiento de los servicios de salud haya sido financiada

63/ Tal es el caso de seguros médicos que operan en sus propias instalaciones, y que son las primeras en estar interesadas en incurrir en los menores costos y en poder al mismo tiempo dar de alta al paciente asegurado de la mejor manera y lo antes posible.

64/ Véase, de nuevo, Banco Mundial, World development report 1993..., op.cit.

mediante la merma de las pensiones, en situaciones en que los propios gobiernos han incrementado su mora a las instituciones de seguridad social, agravando así su déficit financiero.

Una mayor equidad en el suministro de servicios de salud significa universalizar su cobertura, como objetivo principal y aspiración legítima, tal como se acaba de exponer. Ello implica un enorme esfuerzo organizativo y financiero que la sociedad debe aportar. Transformar los sistemas de seguridad social en equitativos y solventes requiere un consenso nacional, basado en la educación ciudadana y, principalmente, en el sacrificio compartido.

Para incrementar sus ingresos, pueden estudiarse las posibilidades de elevar las imposiciones, combatir la evasión y la mora, revisar su política de inversiones y recobrar la deuda del Estado, si así correspondiera. Asimismo, deberían reducirse los costos administrativos y evaluarse formas de recuperación parcial de gastos.

Un tema crucial es la revisión de la holgura y liberalidad de las prestaciones que los sistemas ofrecen a una minoría beneficiada (empleados públicos, fuerzas armadas, en algunos países) y que no pueden hacerse extensivas a toda la población. Suelen coexistir en un mismo país diferentes formas de seguridad social —públicas, privadas o mixtas— que atienden a distintos estratos de ingresos de la población. Estas instituciones podrían reestructurarse con una orientación más equitativa, de forma tal que existiera el subsistema universal de prestaciones básicas como el mencionado, financiado con fondos públicos y basado en la solidaridad social, y otro —público o privado— en el que se estableciera una equivalencia entre las aportaciones y los beneficios, atendiendo a su eficiencia microeconómica y a los cambios del perfil demográfico y epidemiológico. Es obvio que las enormes diferencias entre las instituciones de seguridad social en el Istmo exigen soluciones específicas. ^{65/}

4. Salud e integración centroamericana

Una última mención merece el enorme potencial que ofrece la integración centroamericana en el campo de la salud, tema de vieja data que reúne anualmente a los Ministros de Salud de la región para coordinar y complementar sus acciones frente a riesgos comunes. El control de epidemias entre países y las estrategias frente a amenazas compartidas, como son la trasmisión del sarampión, el

^{65/} Véase, CEPAL, La equidad en los sistemas de seguridad social (LC/R.123), Santiago de Chile, 23 de noviembre de 1992.

dengue, la malaria, el cólera y el SIDA, figuran entre los temas prioritarios de la adecuación de sus políticas.

La iniciativa de la salud de Centroamérica ha sido un ejemplo de integración. Mediante la "Salud: un puente de paz para Centroamérica (1984-199)", se identificaron objetivos comunes y se desarrolló el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud de Centroamérica y Panamá, básico para la integración de los sectores de la salud en la región. El énfasis de la iniciativa recayó sobre los programas dirigidos a grupos sociales más vulnerables: las madres, los niños menores de cinco años, los refugiados y desplazados y los sectores marginales. Esta complementación también se ha logrado en otros campos. En particular, descuellan el de la nutrición, gracias al Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), donde se han desarrollado tecnologías locales idóneas para la región centroamericana. Otro terreno en el que se han consolidado resultados benéficos es el de la capacitación de recursos humanos, mediante el Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP).

La complementación en la producción y comercialización de medicamentos y de equipo, merece un examen minucioso por las ventajas que puede significar en el abatimiento de costos y en la ampliación de mercados. En las Reuniones del Sector Salud de Centroamérica (RESSCA) se ha avanzado en la articulación entre países, la armonización de las políticas regionales de producción, importación y control de calidad de insumos médicos, la definición de política de estándares mínimos de certificación profesional y la reglamentación para la movilidad de personal de salud entre los países de la región. En el proceso de integración económica de la región se abren posibilidades de explotar las economías de escala en la producción de insumo, equipos y servicios médicos. Una política regional de medicamentos básicos y la apertura al cambio de servicios altamente especializados de diagnóstico y de laboratorio puede contribuir a la plena utilización de capacidades de producción actualmente subutilizada. Igual ocurre con la definición de normas y estándares mínimos de calidad. ^{66/}

En fin, las políticas integradas de investigación médica, la integración y complementación de los sistemas de seguridad social, entre otros, son temas actuales y promisorios que requieren ser

^{66/} Véase, Las repercusiones de la crisis económica y los programas de ajuste sobre el sector salud en Centroamérica: desafíos para la década de los noventa, IX Reunión del Sector Salud de Centroamérica, Tegucigalpa, 30 agosto-1 septiembre de 1993.

evaluados dentro de una estrategia de modernización del sector salud a nivel regional y de una perspectiva a más largo plazo.

1. The first part of the document

is

the

second part of the document

is the third part of the document

Anexo I

INFORMACION ESTADISTICA



Cuadro 1

ISTMO CENTROAMERICANO: ESTIMACION DE LA MAGNITUD DE LA POBREZA

	Total		Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua		Panamá	
	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990
Millones de habitantes														
Población total	21.9	28.9	2.2	3.0	4.5	5.3	6.9	9.2	3.7	5.1	2.8	3.9	1.8	2.4
Urbana	9.3	13.8	1.0	1.6	1.9	2.4	2.7	3.9	1.3	2.2	1.5	2.3	0.9	1.4
Rural	12.6	15.1	1.2	1.4	2.6	2.9	4.2	5.3	2.4	2.9	1.3	1.6	0.9	1.0
Pobreza	13.2	19.3	0.5	0.6	3.1	3.9	4.3	6.9	2.5	3.9	1.7	2.7	1.0	1.3
Urbana	4.5	7.6	0.1	0.2	1.1	1.5	1.6	2.4	0.6	1.6	0.7	1.4	0.4	0.6
Rural	8.7	11.7	0.4	0.4	2.0	2.5	2.8	4.5	1.9	2.3	1.0	1.4	0.6	0.7
Pobreza extrema	8.2	13.3	0.3	0.3	2.3	3.0	2.1	4.8	2.1	3.2	1.0	1.5	0.5	0.6
Urbana	2.4	4.4	0.1	0.1	0.9	1.2	0.6	1.2	0.4	1.1	0.3	0.6	0.1	0.2
Rural	5.8	9.0	0.2	0.2	1.4	1.8	1.5	3.6	1.7	2.1	0.7	0.8	0.3	0.4
Porcentajes con respecto a la población total														
Pobreza	60	67	25	20	68	74	63	75	67	76	62	70	55	52
Urbana	48	55	14	11	58	61	58	62	44	73	46	60	43	40
Rural	69	78	34	31	76	85	66	85	80	79	80	85	67	69
Pobreza extrema	38	46	14	11	51	56	31	52	56	63	35	37	38	46
Urbana	26	32	7	6	45	48	23	31	31	50	22	27	12	14
Rural	46	59	19	17	55	62	36	68	70	72	50	52	38	40

Fuente: CEPAL, Satisfacción de las necesidades básicas de la población del Istmo Centroamericano (E/CEPAL/MEX/1983/L.32), noviembre de 1983, con la población actualizada según datos de CELADE. Para 1990, estimaciones de la CEPAL basadas en datos oficiales para Costa Rica y en los resultados de las encuestas de hogares de 1989 de Guatemala, Honduras y áreas urbanas de El Salvador, recopiladas por PREALC. Las estimaciones de pobreza extrema de El Salvador de 1990 se ajustaron a la definición de la CEPAL (1983). Las estimaciones restantes se basaron en los datos de FLACSO, para 1985, proyectadas a 1990 con arreglo a la evolución del ingreso por habitante.

Cuadro 2

ISTMO CENTROAMERICANO: TASA DE MORTALIDAD GENERAL

(Tasas anuales medias por cada 1,000 habitantes) a/

	1950- 1955	1955- 1960	1960- 1965	1965- 1970	1970- 1975	1975- 1980	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995
Costa Rica	12.6	11.0	9.2	7.3	5.8	4.8	4.1	3.8	3.7
El Salvador	20.0	17.4	14.8	12.5	10.8	11.1	10.9	8.5	7.1
Guatemala	22.4	20.6	18.3	15.9	13.4	12.0	10.5	8.9	7.6
Honduras	22.3	20.3	18.1	15.9	13.6	11.2	9.1	8.1	7.2
Nicaragua	22.6	19.7	17.0	14.6	12.7	11.3	10.3	8.8	6.9
Panamá	13.2	10.9	9.6	8.4	7.3	5.9	5.4	5.2	5.2

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

a/ Las tasas implícitas en las proyecciones de población se definen como el cociente entre el número total de defunciones ocurridas en un período determinado con la población media del mismo período.

Cuadro 3

ISTMO CENTROAMERICANO: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL a/

	1950- 1955	1955- 1960	1960- 1965	1965- 1970	1970- 1975	1975- 1980	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995
Costa Rica	93.8	87.7	81.3	67.7	52.6	30.4	19.2	16.0	13.7
El Salvador	151.1	137.0	122.7	110.3	99.0	87.3	77.0	59.1	45.6
Guatemala	140.6	131.1	119.0	107.6	95.1	82.4	70.4	58.7	48.5
Honduras	195.7	172.0	147.2	123.7	100.6	89.8	78.4	68.4	59.7
Nicaragua	167.4	148.3	130.9	114.8	100.0	96.6	85.6	71.1	52.2
Panamá	93.0	74.9	62.7	51.6	42.8	31.6	25.7	22.7	20.8

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

a/ Tasas anuales medias por cada mil nacidos vivos, implícitas en las proyecciones de población.

Cuadro 4

ISTMO CENTROAMERICANO: ESPERANZA DE VIDA

(Número de años)

	1950- 1955	1955- 1960	1960- 1965	1965- 1970	1970- 1975	1975- 1980	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995
Costa Rica	57.3	60.2	63.0	65.6	68.1	71.0	73.8	75.3	76.3
El Salvador	45.3	48.6	52.3	55.9	58.8	57.4	57.2	65.4	66.6
Guatemala	42.1	44.2	47.0	50.1	54.0	56.4	59.0	62.0	64.8
Honduras	42.3	45.0	47.9	50.9	54.0	57.7	61.9	64.0	65.8
Nicaragua	42.3	45.4	48.5	51.6	55.2	57.6	59.3	62.4	66.6
Panamá	55.3	59.3	62.0	64.3	66.3	69.2	71.0	72.1	72.8

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

Cuadro 5

ISTMO CENTROAMERICANO: TASAS DE NATALIDAD a/
(Tasas anuales medias por cada 1,000 habitantes)

	1950- 1955	1955- 1960	1960- 1965	1965- 1970	1970- 1975	1975- 1980	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995
Costa Rica	47.3	48.2	45.3	38.3	31.5	31.7	30.2	28.9	26.3
El Salvador	48.3	49.1	47.8	45.5	42.8	41.4	36.9	34.6	33.5
Guatemala	51.3	49.4	47.8	45.6	44.6	44.3	42.7	40.8	38.7
Honduras	51.4	51.3	51.2	50.1	48.7	43.8	42.3	39.8	37.1
Nicaragua	54.1	52.1	50.3	48.4	47.2	46.0	45.0	43.5	40.5
Panamá	40.3	41.0	40.8	39.3	35.7	30.7	28.0	26.7	24.9

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

a/ Tasas brutas de natalidad por cada 1,000 habitantes, definidas como el cociente entre el número de nacimientos ocurridos durante un período determinado y la población media del mismo período. Tasas implícitas en las proyecciones de población elaboradas según la hipótesis de fecundidad recomendada.

Cuadro 6

ISTMO CENTROAMERICANO: TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD a/

	1950- 1955	1980 1985	1985 1990	1990 1995	1995 2000
Costa Rica	6.7	3.5	3.4	3.1	2.8
El Salvador	6.5	5.0	4.5	4.0	4.2
Guatemala	7.1	6.1	5.8	5.4	4.9
Honduras	7.1	6.2	5.6	4.9	4.3
Nicaragua	7.3	6.0	5.6	5.0	4.5
Panamá	5.7	3.5	3.1	2.9	2.7

Fuente: OPS, Las condiciones de la salud en las Américas, 1990.

a/ Expresada en promedio de hijos por mujer durante el período fértil.

Cuadro 7
INDICADORES DE SALUD POR REGIONES, ALREDEDOR DE 1990 a/

	Istmo Centroamericano	América Latina y Caribe	Países industrializados	Mundo
Tasa demográfica	2.6	1.7	0.5	1.6
Tasa de natalidad b/	35.3	26.0	17.0	26.0
Tasa de fertilidad c/	4.6	3.3	1.7	3.4
Tasa de mortalidad b/	6.7	7.0	9.0	9.0
Tasa de mortalidad infantil d/	69.7	60.0	11.0	96.0
Esperanza de vida e/	67.0	70.0	76.0	65.0
Médico por habitantes b/	0.51	1.25	2.52	1.34
Camas de hospital b/	1.6	2.7	8.3	3.6
Inmunizaciones f/	72.4	73.0	78.5	79.5

Fuente: Banco Mundial, Investing in Health, World Development Report, 1993; para Centroamérica, CEPAL sobre la base de cifras oficiales.

a/ Promedios ponderados.

b/ Tasa bruta por cada mil habitantes.

c/ Expresada en número de hijos por mujer en período fértil.

d/ Mortalidad de menores de cinco años por cada mil nacidos vivos.

e/ Expresada en años.

f/ Cobertura de vacunación contra la poliomielitis y la malaria en menores de un año.

Cuadro 8

AMERICA LATINA Y EL CARIBE: INDICADORES BASICOS DE SALUD

Países a/	Tasa de mortalidad en menores de 5 años b/		Tasa de mortalidad infantil (0-1 año) b/		Tasa bruta de mortalidad general c/		Tasa bruta de natalidad d/		Esperanza de vida al nacer (años)	
	1960	1991	1960	1991	1960	1991	1960	1991	1960	1991
Cuba	91	14	65	11	9	7	31	17	64	76
Costa Rica	122	18	85	14	10	4	47	27	62	76
Jamaica	89	19	63	15	9	6	39	23	63	73
Colombia	130	21	88	18	12	6	45	25	57	69
Chile	142	21	114	17	13	6	37	23	57	72
Trinidad y Tabago	69	23	56	20	9	6	38	24	63	71
Argentina	70	24	59	22	9	9	24	21	65	71
Uruguay	57	24	51	21	10	10	22	17	68	72
Panamá	105	30	69	21	10	5	41	25	61	73
México	138	37	97	30	13	6	45	29	57	70
Venezuela	114	43	81	34	10	5	45	27	60	70
Paraguay	103	59	66	48	9	6	43	34	64	67
El Salvador	210	67	130	50	16	8	48	34	50	65
Brasil	179	67	117	55	13	7	43	24	55	66
Honduras	230	73	160	62	19	7	51	38	46	65
República Dominicana	200	76	125	59	16	6	50	29	52	67
Nicaragua	209	81	140	58	19	7	51	41	47	65
Ecuador	184	82	124	59	15	7	46	30	53	66
Guatemala	220	92	125	52	19	8	49	39	46	64
Perú	240	97	142	68	19	8	47	30	48	64
Bolivia	282	126	167	89	22	10	46	35	43	60
Haití	270	137	182	89	23	13	42	36	42	56

Fuente: UNICEF, El Estado Mundial de la Infancia, 1993.

a/ Ordenados de acuerdo con la tasa de mortalidad en menores de cinco años en 1991.

b/ Mortalidad por cada 1,000 nacidos vivos.

c/ Defunciones anuales por cada 1,000 habitantes.

d/ Número anual de nacimientos por cada 1,000 habitantes.

Cuadro 9

ISTMO CENTROAMERICANO: CONSUMO DE CALORIAS Y PROTEINAS a/

	Calorías b/						Proteínas c/					
	1969-1971	1974-1976	1979-1981	1983-1985	1986-1988	1988-1990	1969-1971	1974-1976	1979-1981	1983-1985	1986-1988	1988-1990
Costa Rica	2,409	2,563	2,581	2,772	2,781	2,711	57.4	59.9	63.8	64.4	73.4	63.9
El Salvador	...	...	...	...	...	...	...	...	56.3	...	...	...
Guatemala	2,081	2,156	2,146	2,298	2,327	2,254	56.2	57.1	57.0	60.4	60.2	54.9
Honduras	2,160	2,109	2,133	2,208	2,138	2,210	54.9	52.4	54.0	54.0	51.2	54.0
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	...	...	57.9	...	...	...
Panamá	2,372	2,405	2,321	2,420	2,484	2,269	58.3	68.2	58.5	60.7	63.3	58.0

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

a/ Promedios trienales.

b/ Disponibilidad diaria de calorías por habitante.

c/ Disponibilidad en gramos diarios por habitante.

Cuadro 10

ISTMO CENTROAMERICANO: INDICE DE ADECUACION DE CALORIAS Y PROTEINAS a/

	Calorías							Proteínas						
	Requerimiento mínimo diario	1969-1971	1974-1976	1979-1981	1983-1985	1986-1988	1988-1990	Requerimiento mínimo diario	1969-1971	1974-1976	1979-1981	1983-1985	1986-1988	1988-1990
Costa Rica	2,240	107.5	114.4	115.2	123.7	124.1	121.0	50.5	113.7	118.6	125.3	127.5	145.3	126.5
El Salvador	2,190 b/	...	...	...	...	...	...	50.0	...	...	...	...	...	...
Guatemala	2,190	95.0	98.4	98.0	104.9	106.3	102.9	50.5	111.3	113.1	106.7	119.6	119.2	108.7
Honduras	2,260	95.6	93.3	94.4	97.7	94.6	97.8	50.5	108.7	103.8	103.4	106.9	101.4	106.9
Nicaragua	2,260 b/	...	...	...	...	...	...	50.5 b/	...	...	...	...	...	...
Panamá	2,310	102.7	104.1	100.5	104.8	107.5	98.2	50.5	115.4	135.0	112.9	120.2	125.3	114.8

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

a/ Promedios trienales. Índice calculado de acuerdo con el método establecido por un Comité Especial Mixto FAO/OMS, que se incluye en el informe. Necesidades de energía y proteínas de 1973.

b/ Cifra estimada.

Cuadro 11
 ISTMO CENTROAMERICANO: POBLACION SERVIDA CON AGUA Y ALCANTARILLADO a/
 (Porcentajes)

	Agua b/						Alcantarillado					
	Total		Urbano		Rural		Total		Urbano		Rural	
	1980	1985	1980	1985	1980	1985	1980	1985	1980	1985	1980	1985
Costa Rica	93	93	100	100	82	83	93	95	99	99	84	89
El Salvador	51	54	67	68	40	40	35	62	48	82	26	43
Guatemala	45	36	90	72	18	14	29	23	45	41	20	12
Honduras	59	49	93	56	40	45	34	31	49	24	26	34
Nicaragua	38	48	67	76	6	11	18	27	34	35	...	16
Panamá	81	82	100	100	62	64	71	80	83	99	59	61

Fuente: Oficina Panamericana de la Salud.

a/ Población servida como porcentaje de la total.

b/ Incluye tomas domiciliarias y de fácil acceso.

Cuadro 12
ISTMO CENTROAMERICANO: HABITANTES POR MEDICO

	1950	1960	1970	1980	1985	1988	1990
Costa Rica	2700 a/	2699	1622	1473	1281	1217	1205
El Salvador	5800 a/	5321	4217	2860	2936	2641	...
Guatemala	6400 a/	4644	3656	1773	2184 b/	3999	...
Honduras	...	5132	3992	3022	1512 b/	1811	...
Nicaragua	...	2849	2147	2067	1887	1789	...
Panamá	...	2756	1735	1074	878	841	879

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales.

a/ Cifra correspondiente a 1957.

b/ Cifra correspondiente a 1984.

Cuadro 13
ISTMO CENTROAMERICANO: NUMERO DE HABITANTES POR CADA AUXILIAR MEDICO a/

	1960	1970	1980	1982	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Costa Rica	785 b/	504	550	461	604	616	626	633	643	653
El Salvador	1,988 b/	1,479	1,117	1,134	1,169	1,174	1,184	1,174	...	...
Guatemala	...	1,236	1,453	1,356	...	...	...	1,059	...	...
Honduras	3,101	1,487	958	933	...	...	...	869	...	...
Nicaragua	3,546	807	598	620	...	...	...	559	...	...
Panamá	764	554	443	406	364	369	368	385	406	...

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales y del Fondo Monetario Internacional.

a/ Incluye enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería.

b/ Incluye matronas y sólo auxiliares del Ministerio de Salud.

Cuadro 14
CAMAS DE HOSPITAL
(Por cada 1,000 habitantes)

	1960	1970	1980	1982	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Costa Rica	4.5	4.0	3.0	2.9	2.6	2.5	2.4	2.3	2.2	...
El Salvador	2.2	2.0	1.3	1.3	1.2	1.2	1.1	1.1	...	...
Guatemala	2.6	2.3	1.8	...	1.2 a/	1.2 a/	1.6	...	...	...
Honduras	1.6	1.7	1.4 b/	1.4 b/	...	...	1.1 a/	...	...	...
Nicaragua	2.2	2.3	1.7	1.6	...	...	1.4 a/	...	...	...
Panamá	3.8	3.3	3.8	3.7	3.5	3.5	3.4	3.3	3.2	3.0

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales y del Fondo Monetario Internacional.

a/ Sólo incluye las camas de los establecimientos gubernamentales.

b/ Incluye camas para recién nacidos.

Cuadro 15

ISTMO CENTROAMERICANO: COBERTURA DE INMUNIZACIONES, 1988

	Población objetivo a/	Porcentajes			
		BCG b/	DPT3 c/	VP03 d/	Antisaram- piónica
Costa Rica	82,600	...	88.0	91.0	88.0
El Salvador	182,173	62.0	64.0	72.0	73.0
Guatemala	343,200	...	51.0	57.0	52.0
Honduras	183,600	75.0	77.0	83.0	86.0
Nicaragua	146,500	90.0	64.0	82.0	61.0
Panamé	61,900	90.0	71.0	71.0	75.0

Fuente: OPS, Las condiciones de la salud en las Américas, 1990.

a/ Menores de un año.

b/ Vacuna contra la tuberculosis.

c/ Vacuna contra la difteria, tosferina y tétanos.

d/ Vacuna antipoliomielítica.

Cuadro 16

ISTMO CENTROAMERICANO: PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION, SEGUN ULTIMA INFORMACION DISPONIBLE

(Porcentajes)

Causas	Costa Rica a/ (1988)	El Salvador a/ (1984)	Guatemala a/ (1984)	Honduras a/ (1981)	Nicaragua	Panamá a/ (1987)
Todas las causas	100.0	100.0	100.0	100.0	...	100.0
- Síntomas y estados morbosos mal definidos (780-799) b/	2.3	23.3	10.4	34.6	...	8.2
- Total de defunciones por causas definidas	97.7	76.7	89.6	65.4	...	91.8
- Tumores malignos (140-208) b/	(1) 21.3	(6) 3.6	...	(5) 3.1	...	(2) 13.6
- Enfermedades del corazón (390-429) b/	(2) 20.4	(3) 7.3	(6) 4.8	(3) 7.9	...	(1) 17.2
- Accidentes (E800-E949, E980-E989) b/	(3) 8.8	(1) 12.0	(4) 5.6	(1) 11.2 c/	...	(3) 9.9
- Enfermedades cerebrovasculares (430-438) b/	(4) 7.4	...	...	...	...	(4) 9.6
- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779) b/	(5) 5.0	(2) 10.0	(2) 14.6	(4) 3.3	...	(5) 5.7
- Homicidios y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999) b/ c/	...	(4) 6.7	...	...	...	...
- Infecciones intestinales mal definidas	...	(5) 5.9	(1) 15.7	(2) 10.5	...	...
- Influenza y neumonía (480-487) b/	...	...	(3) 14.4	(6) 3.0	...	...
- Deficiencias en la nutrición (260-269) b/	...	...	(5) 5.3	...	...	...
Todas las demás causas	34.8	31.2	29.2	26.4	...	35.8

Fuente: OPS, Las condiciones de la salud en las Américas, 1990.

a/ Los números en paréntesis corresponden a la causa en orden de importancia.

b/ OPS, Clasificación Internacional de las Enfermedades.

c/ Incluye todo tipo de violencia.

Cuadro 17

ISTMO CENTROAMERICANO: ESTIMACIONES DE PRODUCTO INTERNO POR HABITANTE

	1980	1981	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991 a/	1992 a/
Costa Rica	1,552	1,618	1,606	1,761	1,783	1,873	1,965	2,049	2,194	2,298	2,378	2,484
El Salvador	773	770	795	841	878	893	931	964	997	1,052	1,102	1,156
Guatemala	983	1,056	1,016	1,030	1,045	1,047	1,089	1,144	1,208	1,262	1,313	1,367
Honduras	685	747	752	775	808	819	859	905	952	959	996	1,037
Nicaragua	738	832	901	895	871	862	864	759	731	739	739	739
Panamá	1,766	1,977	2,194	2,231	2,373	2,468	2,546	2,176	2,216	2,380	2,646	2,870

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales y del Fondo Monetario Internacional.

Nota metodológica: Los datos de producto por habitante a precios de 1980, incluidos en el Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 1991, de la CEPAL para el período 1980-1990, se corrigieron con el deflactor implícito del PIB de los Estados Unidos (aparecido en las Estadísticas Financieras Internacionales del FMI) para convertirse a dólares corrientes. Los datos relativos a 1991 y 1992 se calcularon a partir de las últimas estimaciones oficiales disponibles.

a/ Cifras preliminares.

Cuadro 18

ISTMO CENTROAMERICANO: GASTO DEL GOBIERNO EN SALUD

(Porcentaje del gasto total)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Costa Rica	28.7	29.8	32.8	22.5	24.5	22.9	19.3	20.2	24.7	27.2
El Salvador	9.0	8.4	7.1	8.4	8.1	5.9	7.5	7.4	7.1	7.4
Guatemala	11.7	8.9	5.9	6.0	6.6	5.7	6.6	8.4	9.9	9.9
Honduras	10.3	11.3	10.6	10.5	9.0	8.3	9.4	9.6	...	...
Nicaragua	14.6	...	...	7.8	7.2	9.2	11.6	10.6	...	...
Panamá	12.7	13.2	13.1	15.9	16.0	15.8	15.2	16.7	19.8	...

Fuente: Fondo Monetario Internacional, Government Finance Statistics Yearbook, 1990.

Cuadro 19
 ISTMO CENTROAMERICANO: GASTO DEL GOBIERNO EN SALUD
 (Porcentajes del PIB)

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Costa Rica	7.2	6.2	6.0	5.5	5.0	5.0	5.1	5.5	6.1	7.1	6.7
El Salvador	1.5	1.6	1.4	1.4	1.4	1.1	0.9	0.9	0.8	0.8	0.7
Guatemala	1.4	1.2	0.7	0.7	0.7	0.5	0.6	0.9	1.2	1.2	...
Honduras	1.9	1.9	2.0	2.1	1.8	1.7	2.1	...	...	...	...
Nicaragua	4.4 a/	...	4.4 a/	4.4	...	5.0 a/	6.6	...	...	...	...
Panamá	4.2	4.4	5.1	5.5	5.8	5.1	5.1	5.5	5.7	5.1	...

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales y del Fondo Monetario Internacional.
 a/ Datos del Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 1992.

Cuadro 20
 ISTMO CENTROAMERICANO: ESTIMACIONES DE GASTO DEL GOBIERNO EN SALUD POR HABITANTE a/
 (Dólares)

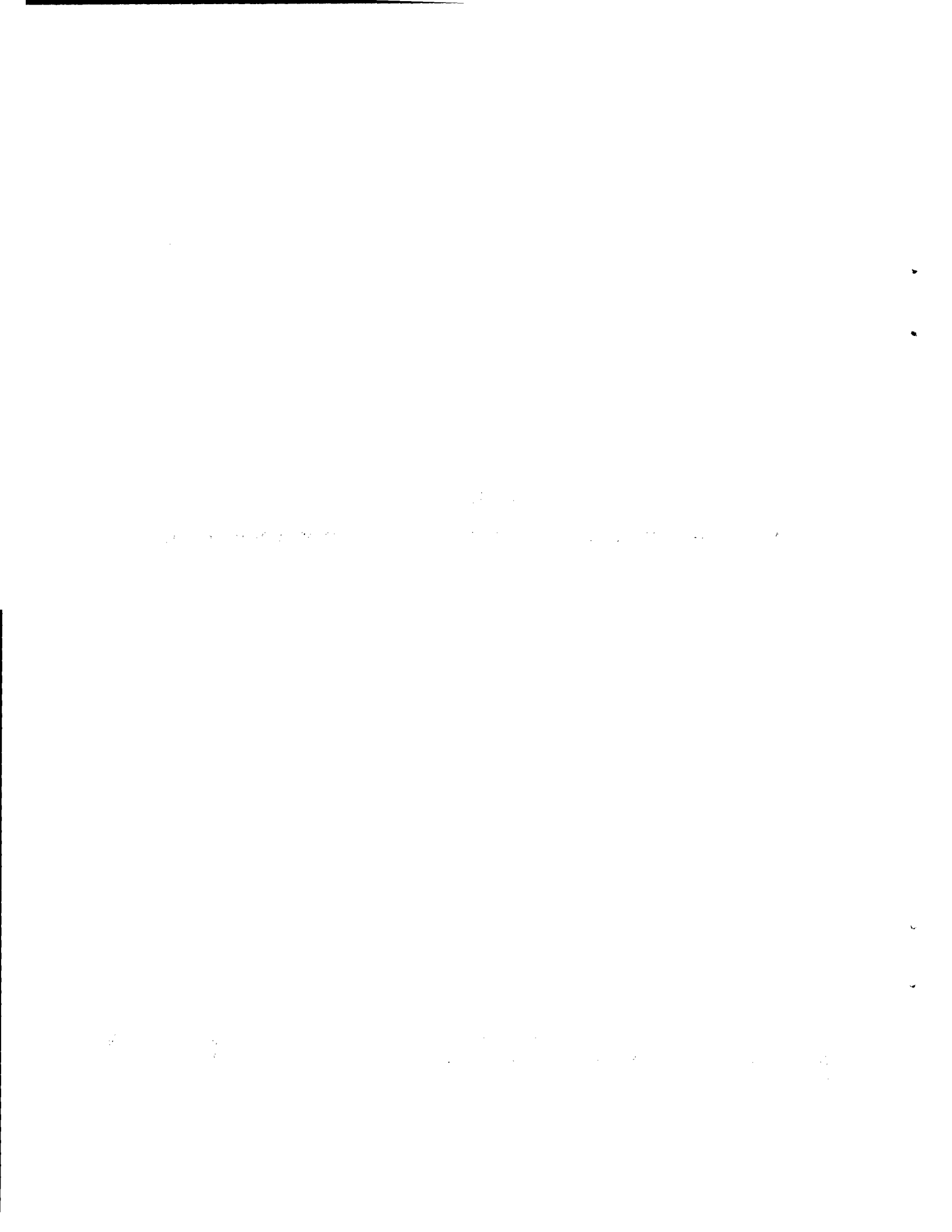
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Costa Rica	111.7	100.3	92.5	88.3	88.0	89.1	95.5	108.1	125.0	155.8	154.0
El Salvador	11.6	12.3	10.7	11.1	11.8	9.7	8.0	8.4	7.7	8.0	7.4
Guatemala	13.8	12.7	7.3	7.1	7.2	5.2	6.3	9.8	13.7	14.5	...
Honduras	13.0	14.2	15.1	15.8	13.9	13.7	17.2	...	...	...	...
Nicaragua	32.5	...	37.4	39.6	...	43.5	56.9	...	...	...	...
Panamá	74.2	87.0	109.9	120.7	121.0	125.9	140.0	124.0	124.0	113.0	...

Fuente: CEPAL, sobre la base de cifras de los cuadros 13 y 15.
 a/ No incluye seguridad social.

Anexo II 1/

METAS SOBRE SALUD A CUMPLIR PARA EL AÑO 2000, POR PAISES

1/ Tomado de la XI Cumbre de Presidentes del Istmo Centroamericano, Planes de Acción Nacionales para el Desarrollo Humano, la Infancia y la Juventud, 1992-2000, 12 y 13 de diciembre de 1991, Tegucigalpa, Honduras.



COSTA RICA**Definición de metas e indicadores**

1. Entre 1990 y el año 2000, reducción de una tercera parte de la tasa de mortalidad infantil (de 15.3 a 10 por mil nacidos vivos).
2. Reducción del 50% de la tasa de mortalidad materna (de 0.1/000 nacidos vivos a 0.05/000).
3. Entre 1990 y el año 2000 reducción del 50% de la tasa de malnutrición grave y moderada de los niños menores de 5 años.
4. Acceso universal al agua potable y a medios sanitarios de eliminación de excretas.
5. Atención especial a la salud y nutrición de los niños, las mujeres embarazadas y lactantes.
6. Acceso de todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal, acceso a personal capacitado para asistir al parto y acceso a servicios de consulta para los casos de embarazo de alto riesgo y situaciones de emergencia obstétrica.
7. Acceso de todas las parejas a información y servicios de planificación familiar.
8. Reducción de la tasa de bajo peso al nacer (2.5 kilogramos o menos) a menos de 10%.
9. Reducción en una tercera parte de anemia por carencia de hierro entre las mujeres embarazadas y lactando.
10. Eliminación virtual de las enfermedades por carencia de yodo.
11. Eliminación virtual de la carencia de vitamina A y sus consecuencias.
12. Lograr que todas las mujeres amamenten a sus hijos de 4 a 6 meses y continúen la lactancia con adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el primer año.
13. Institucionalizar la promoción del crecimiento y su supervisión periódica para fines de 1990.
14. Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000.
15. Eliminación de tétanos neonatal para 1995.
16. Reducción del 95% de las defunciones por sarampión y reducción del 90% de los casos para 1995, como pasos previos para su erradicación.

17. **Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de inmunización (por lo menos 90% de los niños menores de un año para el 2000) contra la difteria, tosferina, sarampión, tétanos, poliomielitis y tuberculosis.**
18. **Reducción del 50% de las defunciones como consecuencia de enfermedades infecciosas y parasitarias en niños menores de 5 años y del 25% en la tasa de incidencia de la diarrea.**
19. **Reducción de una tercera parte de las defunciones a raíz de infecciones respiratorias agudas en los niños menores de cinco años.**
20. **Disminución de la tasa de crecimiento de la población (de 2.63% a 2.05%).**
21. **Aumento de la esperanza de vida al nacer (de 74.9 a 76 años).**
22. **Universalizar el acceso al Seguro Social (de 91% a 100%).**
23. **Disminución de las enfermedades de transmisión sexual.**
24. **Reducción de un 30% de morbilidad por enfermedades de reporte obligatorio con énfasis en regiones más afectadas.**
25. **Identificar, atender y darle seguimiento a 50% de los niños y jóvenes en circunstancias especialmente difíciles.**

EL SALVADOR**Plan de acción de desarrollo humano, infancia y juventud: Metas de salud a cumplir para el año 2000**

1. Reducir un 50% la tasa de malnutrición grave y moderada de los niños menores de 5 años.
2. Reducción de la tasa de niños de bajo peso al nacer a menos del 10%.
3. Reducción de las enfermedades por carencia de yodo.
4. Eliminación virtual de la carencia de vitamina A y sus consecuencias, inclusive la ceguera.
5. Lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro o seis meses y continúe la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año.
6. Institucionalizar la promoción del crecimiento y desarrollo.
7. Erradicación de la poliomielitis.
8. Eliminación del tétanos neonatal para 1995.
9. Reducción del 95% de las defunciones por sarampión.
10. Mantenimiento de los niveles de cobertura de inmunización.
11. Reducción del 50% de las defunciones como consecuencia de la diarrea en niños menores de 5 años y del 25% en la tasa de incidencia de la diarrea.
12. Reducción de la tercera parte de las defunciones a raíz de infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños menores de cinco años.
13. Acceso universal al agua potable.
14. Acceso universal a medios sanitarios de eliminación de excrementos (letrinización).

GUATEMALA

Metas de salud a cumplir entre 1996 y el año 2000

1. A 1996 disminuir en el 20% la mortalidad por enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años y el 35% al año 2000.
2. A 1996 disminuir en un 15% la incidencia por prevalencia de las enfermedades respiratorias en menores de 5 años y en 33% hacia el año 2000.
3. Reducir la mortalidad infantil en 37 por 1,000 nacidos vivos hacia el año 1996 y alcanzar un índice no mayor del 33 por 1,000 nacidos vivos en el año 2000.
4. La mortalidad en menores de 5 años a 1996 deberá reducirse a 74 x 1000 nacidos vivos y al 66 por 1,000 al año 2000.
5. Disminuir la mortalidad neonatal a 13 por 1,000 nacidos vivos al año 2000.
6. Reducir la mortalidad materna registrada a no menos de 6.5 por 10,000 nacidos vivos hacia el año 2000.
7. Eliminación del tétanos neonatal para el año 2000.
8. Erradicar la poliomielitis al año 2000.
9. Control periódico oportuno en 1996 del 60% de embarazos y detección, clasificación y referencia temprana del embarazo en riesgo y a 75% en el año 2000.
10. Alcanzar un 60% de cobertura de inmunización de las embarazadas con toxoide tetánico en 1996 y 80% al año 2000.
11. Detectar el riesgo de bajo peso al nacer y ofrecer alimentación complementaria al 30% de las mujeres embarazadas (150,000) en el período 1996 y el 50% al año 2000 (250,000).
12. Institucionalizar el control periódico del crecimiento y desarrollo del niño de 0 a 5 años, 20% en el primer año; y 90% en 1996 y 100% al año 2000.
13. Alcanzar una cobertura de inmunización BCG, polio, DTP y sarampión en el 80% de los menores de 5 años en 1996 y 100% al año 2000.
14. Controlar en 1996 el 80% de los casos de cólera y al año 2000 lograr su erradicación.

15. Mejorar en un 50% el estado de nutrición de las madres y familias del área urbano-marginal de la capital, así como el 66% de madres y familias de comunidades rurales menores de 2,000 habitantes, preferentemente de las Regiones VI y VII.
16. Readecuar entre 1993 y 1996 la estructura del gasto en salud, a fin de lograr que en 1996 se destine 55% del gasto a la atención preventiva y 45% a la curativa. (Actualmente esta estructura es de 20% a la preventiva y 80% a la curativa.)
17. Lograr el acceso al Programa de Salud Reproductiva en un 45% para el año 1996.
18. Alcanzar la tasa global de fecundidad de 4.2% para 1996.

Metas de nutrición

1. Incrementar la producción de los productos básicos de consumo para la población en un 10% anual a partir de 1992.
2. Promover y mantener el nivel de lactancia materna en un 92% en el área rural y elevarlo al 80% en el área urbana y fomentar las prácticas adecuadas del destete en un 100% en el año 2000.
3. Proporcionar educación nutricional al 100% de las madres lactantes, para que adopten la alimentación complementaria desde los seis meses hasta los dos años.
4. Reducir las enfermedades por carencia de yodo del 21% actual al 8% en 1996 y su erradicación al año 2000.
5. Reducir la anemia por deficiencia de hierro en un 50% al año 2000.
6. Reducir las enfermedades por carencia de vitamina "A" en 40% para 1996 y 100% al año 2000.
7. Lograr el cumplimiento de la hora de lactancia de las madres trabajadoras, durante los primeros seis meses.

HONDURAS**Metas de salud a cumplir entre 1995 y el año 2000****Metas específicas****1. Reducción de la tasa de mortalidad infantil**

1995	40 (por 1,000)
2000	30 (por 1,000)

2. Reducción de la tasa de mortalidad materna

1995	182 (por 100,000 nacidos vivos)
2000	133 (por 100,000 nacidos vivos)

3. Reducción de la tasa de desnutrición infantil

1990	38
2000	30

4. Extender cobertura de agua potable y drenaje al 100% de la población.**Metas generales**

1. Mejorar acceso a los servicios de salud.
2. Ampliar cobertura de agua potable y saneamiento.
3. Mejorar el nivel nutricional de los niños y de la madre embarazada y lactante.
4. Proteger al niño en circunstancias especialmente difíciles.

NICARAGUA

Metas de salud a cumplir entre 1996 y el año 2000

1. Reducción de la mortalidad infantil (menores de 1 año) de 71.8 por mil nacidos vivos a 61 en 1996 y a 55 en el año 2000, y de la mortalidad de niños de 1 a 4 años, de 96 a 80 por 10,000 habitantes a 1996, afectando la mortalidad por enfermedades diarreicas y respiratorias. Esto implica:
 - a) Disminuir la mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de un año en 50% pasando de 28.7 a 14.3 por mil nacidos vivos en 1996 y a 12.3 para el año 2000. Asimismo, reducirla en el grupo de 1-4 años, de 33 a 16 por 10,000 en 1996 y a 13.8 por 10,000 en el año 2000.
 - b) Disminuir en 30% la mortalidad por enfermedades respiratorias pasando de 8.5 a 5.5 por mil nacidos vivos en los menores de 1 año en 1996 y a 4.6 en el año 2000.
 - c) Dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) para 1996 se plantea alcanzar la cobertura universal de la población menor de 1 año en difteria, tosferina, tétanos y tuberculosis, manteniendo la actual erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión y del tétanos neonatal. En los años subsiguientes se busca mantener la cobertura universal.
2. Reducir 50% la mortalidad materna, pasando de 15.9 a 8 por 10,000 nacidos vivos en 1996 y a 7 nacidos vivos en el año 2000, lo que significa:
 - a) Ampliar la cobertura de mujeres embarazadas en atención pre-natal de 75% a 90% para 1996 y a 100% para el año 2000.
 - b) Incrementar la cobertura de los partos institucionales de 55% a 60% para 1996 y 80% para el año 2000.
 - c) Aumentar la cobertura de prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 45 años, pasando de 10% a 30% para 1996 y a 40% para el año 2000.
 - d) Ampliar la cobertura de letrificación en el área rural de 16% a 64% de las viviendas para 1996 requiriendo la construcción de 145,000 letrinas en el período.

Metas de nutrición

1. Contribuir a la reducción de la desnutrición global de niños menores de 6 años, según el indicador peso-edad a 9% en 1996 y a 6% en el 2000.
2. Contribuir a la reducción de la desnutrición crónica en niños de 6 a 9 años a 14% para 1996 y a 8.2% en el 2000, según el indicador talla-edad.
3. Contribuir a la reducción de deficiencias nutricionales específicas (anemia por carencia de hierro, hipovitaminosis A y bocio endémico).

PANAMA

Metas de salud a cumplir para 1995 y el año 2000

Indicadores	Nivel actual (1)	Metas		Medidas o tasas
		1995	2000	
Tasa mortalidad infantil	25.2	20.0	14.7	Por 1,000 nacidos vivos
Tasa de mortalidad de menores de 5 años	46.2	37.0	20.8	Por 10,000 en ese grupo de edad
Tasa de mortalidad materna	7.8	5.5	3.9	Por 10,000 nacidos vivos
Tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años	3.8	-	1.4	Por 10,000 niños en ese grupo de edad
Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas	3.3	-	2.3	Por 10,000 niños en ese grupo de edad
Desnutrición grave en niños de 6 a 9 años	5.8	4.1	2.9	Por 100
Desnutrición moderada en niños de 6 a 9 años	18.6	13.1	9.3	Por 100
Acceso al agua potable:				
Urbano	96.0	98.0	100.0	Por 100
Rural	66.0	83.0	100.0	Por 100
Acceso a sistemas de eliminación de excretas:				
Urbano	99.0	100.0	100.0	Por 100
Rural	68.0	85.0	95.0	Por 100
Atención profesional al parto	85.7	90.0	95.0	Por 100
Control de puerperio y recién nacido	47.0	60.0	80.0	Por 100
Bajo peso al nacer	9.0	8.0	7.0	Por 100
Control y crecimiento de menores de un año	80.0	85.0	90.0	Por 100

Indicadores	Nivel actual (1)	Metas		Medidas o tasas
		1995	2000	
Control y crecimiento de niños de 1 a 4 años	25.0	40.0	60.0	Por 100
Mortalidad por sarampión en menores de 5 años	0.03	Eliminación	Eliminación	Por 10,000 niños en ese grupo de edad
Cobertura del PAI y tétanos toxoide	80-90	95.0	100.0	Por 100
Anemia por carencia de hierro en mujeres embarazadas	25.0	20.0	16.7	Por 100
Casos clínicos de sarampión	28.0	Reducción en 90%	-	Por 100,000 niños en ese grupo de edad



