

EL SALVADOR



Fuentes: Second Administrative Level Boundaries Dataset (SALB), que forma parte de la base de datos geográfica de las Naciones Unidas, disponible en: http://www.who.int/whosis/database/gis/salb/salb_home.htm, y la base de datos Digital Chart of the World (DCW), disponible en: <http://www.maproom.psu.edu/dcw/>. Las fronteras y nombres que se incluyen en este mapa tienen el propósito exclusivo de ilustración, y no implican juicio alguno, ni aval o aceptación por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud.

El Salvador se encuentra en América Central. Tiene una extensión territorial de 21.040,79 km², dividida administrativamente en 14 departamentos y 262 municipios. Es una República con un Gobierno electo democráticamente, representativo y descentralizado, integrado por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

El producto interno bruto (PIB) a precios corrientes aumentó de US\$ 12.464,7 millones en 1999 a US\$ 16.974,0 millones en 2005, con un crecimiento promedio de 2,8% (1, 2). El gasto por todo concepto del Gobierno central promedió 14,4% del PIB para el período 2000–2003 (2), aunque en 2003 alcanzó un máximo de 15,0%. El PIB per cápita a precios corrientes en 2005 fue de US\$ 2.469, mientras que a precios constantes (PIB real) fue de US\$ 1.220,5. En el período 1996–2005, el PIB a precios constantes creció a una tasa promedio anual de 2,6% (de US\$ 1.676 a US\$ 2.342 millones). El Ministerio de Economía señaló que en 2005 la tasa de inflación anual fue de 4,7 (2).

El índice de desarrollo humano ubica al país en la posición 104 entre 177 países, con un valor de 0,732 (3). La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de 2002, indica que los departamentos de San Salvador (0,783) y La Libertad (0,752) tenían índices de desarrollo humano superiores al nacional. Se estimó que en 2004 había 183.874 personas desocupadas (4).

La EHPM de 2004 revela que la pobreza en el país ha venido descendiendo; sin embargo, la brecha urbano-rural se amplió. De acuerdo con las cifras de las EHPM de 2002 y 2004, el porcentaje de hogares en condiciones de pobreza disminuyó de 42,9% en 2002 a 34,6% en 2004; de estos últimos, 12,6% se encontraban en condiciones de pobreza extrema, es decir que no cubrían el costo de la canasta básica de alimentos. En 2004 se halló que en la zona rural la pobreza afectaba a 43,7% de los hogares, cifra que representa una reducción de 12,1% en comparación con 2002, mientras que en la zona urbana alcanzó a 29,2% de los hogares. El 46% de estos 263.000 hogares en situación de pobreza se concentraban en la zona metropolitana de San Salvador. La población en estado de pobreza extrema y relativa, y sin protección social en salud, residía principalmente en la zona rural del país (19,3% y 24,4% respectivamente) (4).

La EHPM de 2004 indicó que en El Salvador se consideraba apta para trabajar a toda persona mayor de 10 años de edad. La población económicamente activa representaba 61,1% del total de habitantes (60,4% eran hombres y 39,6% mujeres). La tasa de

desempleo a nivel nacional se estimó en 6,8% (6,5% para la zona urbana y 7,2% para la zona rural). La tasa de subempleo urbano fue de 34,6% (clasificados como subempleados visibles, 4,3%, es decir, los que trabajan menos de la jornada legal de trabajo y como subempleados invisibles, 30,3%, los ocupados que a pesar de trabajar más de la jornada legal, perciben ingresos inferiores a los contemplados por la ley).

En 2005, la Asamblea Legislativa de El Salvador aprobó el Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica y los Estados Unidos (CAFTA por sus siglas en inglés), considerado una herramienta que estimularía el desarrollo y la inserción en el mercado mundial. Todo esto a su vez representa grandes retos para el país, que tendría que ajustar aspectos relacionados con la competencia y los derechos de autor, así como revisar su estructura fiscal, entre otras cosas (5). Asimismo, se espera un crecimiento del empleo, la mejoría de la balanza comercial con los Estados Unidos y el fortalecimiento del PIB mediante el aumento de las inversiones extranjeras y nacionales.

Los salvadoreños residentes en el exterior pasaron de 250.000 en 1970 a 2.778.286 en 2002. De estos, aproximadamente 90% se encuentran en los Estados Unidos. El Banco de Reserva de El Salvador estimó que el ingreso generado por las remesas para 2004 fue de US\$ 2.548 millones, es decir 16% del PIB (15.824 millones) (1–3).

En 2004 las tasas de analfabetismo total, urbano y rural en personas mayores de 10 años fueron de 15,5%, 9,6% y 24,6% respectivamente (4). En el área metropolitana de San Salvador la tasa de analfabetismo fue de 6,4%, una de las más bajas del país; en cuanto a la distribución por género, fue mayor en la población femenina (17,7%) que en la masculina (13,0%). La escolaridad promedio (número de años aprobados por las personas de más de 6 años de edad) fue de 5,3 años (6,9 años para la población urbana y 3,7 años para la población rural).

Según datos de la EHPM 2004, 70,8% de las viviendas son de concreto, 37,9% tienen techo de lámina de amianto y 30% de lámina metálica; 58,1% tienen piso de ladrillo/cemento y 21,2% de tierra (4). Asimismo, se estimó que 96,5% de los hogares disponían de servicio de alumbrado eléctrico, 65,5% tenían acceso al servicio de agua por cañería privada (80,9% urbano) y los hogares que no contaban con servicios sanitarios a nivel nacional fueron 109.129, de los cuales casi 84% se hallaban en la zona rural.

En las últimas décadas, un creciente número de desastres naturales ha costado una cantidad cada vez mayor de muertes y daños materiales en las zonas vulnerables del país. El Salvador está expuesto a fenómenos hidrometeorológicos como los huracanes, que producen fuertes inundaciones y deslizamientos de tierra, ocasionando graves daños en infraestructuras y servicios básicos, así como pérdidas de vida, principalmente en las zonas bajas de las cuencas fluviales.

La Unidad de Desastres, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), ha estimado que, del total de la población del país, 5% se encuentra en zonas de muy alto riesgo de inundación (con una frecuencia anual), 80% vive en zonas de riesgo sísmico (frecuencia estimada cada 10 años) y 1% en zonas de erupción volcánica (cada 80 años) (6).

En cuanto a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el cuadro 1 permite valorar el avance realizado y los desafíos pendientes.

Demografía, mortalidad y morbilidad

Según datos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) del Ministerio de Economía, la población estimada para 2005 era de 6.874.926 habitantes, de los cuales 49,2% eran hombres y 50,8% mujeres, con una tasa de crecimiento estimada de 2,1% para el período 1991–2001 y una tasa de fecundidad de 3,0 hijos por mujer. Tanto la tasa de crecimiento de la población como la de fecundidad muestran una tendencia descendente; sin embargo, aún no han llegado a alcanzar el nivel de reemplazo (tasa de fecundidad menor a 2,5, o tasa “cero” de crecimiento [1%], o ambas cosas). Si El Salvador mantuviese la misma tasa de crecimiento demográfico la población del país se duplicaría en aproximadamente 39 años (7).

La densidad poblacional es de 321 habitantes por km², con grandes diferencias entre las distintas zonas del país, ya que 46% de la población total vive en el área metropolitana del Gran San Salvador, que comprende San Salvador, El Paisnal, Aguilares, Guazapa, Tonacatepeque, Apopa, Ayutuxtepeque, Cuscatancingo,

CUADRO 1. Progreso en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, El Salvador, estado en 1991, estado actual y meta 2015.

Indicador	1991 ^a	Actual ^b	Meta 2015 ^a
Población de ingresos inferiores a US\$ 1			
Total	57,8	19,2 (2002) ^c	28,9
Urbana	38,6	12,1 (2002) ^c	19,3
Rural	75,2	29,1 (2002) ^c	37,6
Brecha (hogares) de la pobreza			
Total	34	34,6 (2004) ^d	17
Urbana	30	29,2 (2004) ^d	15
Rural	37	43,7 (2004) ^d	18
Población bajo la línea de pobreza			
Total	10,3	49,2 (2002)	5,15
Urbana	6,9	34,0 (2002)	3,45
Rural	13,2	55,8 (2002)	6,6
Tasa de desnutrición			
Total	11,2 (1993)	7,6 ^e	7
Urbana	9,1 (1993)		
Rural	13,2 (1993)		
Tasa de mortalidad menores de 5 años			
Total	52 (1993)	24,6 (2004)	17
Porcentaje de mortalidad infantil			
Total	41 (1993)	41,3 (2004)	14
Porcentaje de menores vacunados contra el sarampión			
Total	98 (1990)	99 (2005)	100
Tasa de mortalidad materna			
Total	158 (1993)	172 (2002/03) ^f	
		71,5 (MSPAS)	118
Porcentaje de partos atendidos por personal de salud			
Total	51	69,4 (2002/03)	100
Incidencia de VIH/sida			
Total	2,46 (1991)	10,2 (2004)	1,43
Número de casos de VIH			
Total	96 (1990)	1.946	
Incidencia de tuberculosis			
Total	1,9 (1990)	22,4 (2005)	
Número de casos de tuberculosis			
Total	2.367 (1990)	1.788 (2005)	

^awww.digestyc.gob.sv

^bEstimaciones/Adaptación OPS/El Salvador.

^cPrograma de las Naciones Unidas para el Desarrollo, El Salvador. Informe sobre el desarrollo humano: El Salvador 2005. Una mirada al nuevo nosotros. El impacto de las migraciones. PNUD-El Salvador; 2005.

^dEl Salvador, Ministerio de Economía. Resultados económicos 2005 y Perspectivas 2006: Informe de gestión. MINEC; diciembre 2005.

^eMSPAS. Diagnóstico del estado nutricional (una vez al año) 2005. Solo población atendida por el MSPAS.

^fEl Salvador, Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2003. MINEC; 2004.

Ciudad Delgado, Ilopango, Mejicanos, Nejapa, San Marcos, San Martín, Soyapango, Santiago Texacuangos, Santo Tomás, Panchimalco y Rosario de Mora. El área metropolitana tiene una densidad de población de 4.250 habitantes por km².

Aproximadamente 53% de la población tiene menos de 25 años. La proporción de personas de 60 años y más solo es de 7,5% (Figura 1), y se estima que será de 8,8% en 2015. En cuanto al grupo de 0 a 4 años, la tendencia ha sido descendente, ya que en 1995 representaba 14,2% del total de la población y en 2005, 11,1%. El grupo de 25 a 29 años es el de mayor crecimiento: entre 1995 y 2005 pasó de 6,1% a 9,6% del total de la población. En 2004 la esperanza de vida al nacer era de 69,5 años (66 años para los hombres y 72,7 para las mujeres).

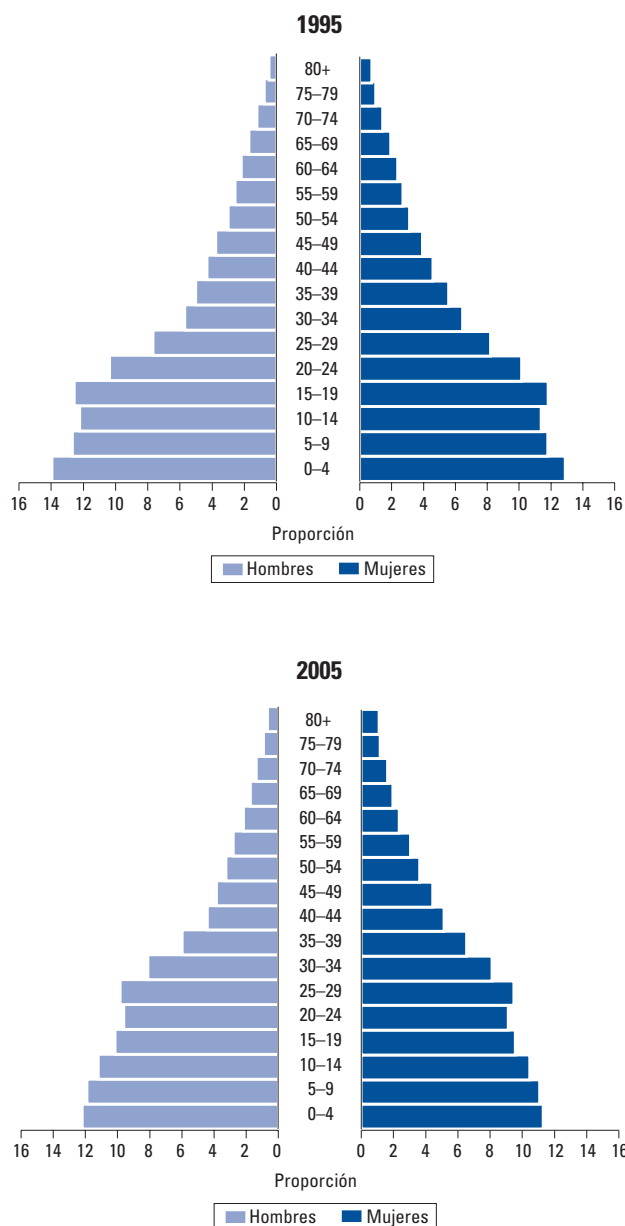
En 2004 se registraron 30.075 defunciones a nivel nacional (tasa de 445 por 100.000 habitantes) (7), 58% de las cuales correspondieron al sexo masculino (Cuadro 2). Del total de muertes, 13,4% se clasificaron como “mal definidas”, lo que representa un aumento de 2,7% en comparación con el año 2000, cuando solo se registraron en este rubro 10,7%. El análisis de la mortalidad se basa en los registros de defunciones de las alcaldías que, en la práctica, plantean algunas dificultades porque se estima que existe cierto grado de subnotificación, aún no debidamente cuantificado. No obstante, en los últimos 10 años se observa una tendencia descendente en la tasa bruta de mortalidad general, que pasó de 489,5 por 100.000 habitantes en 1997 a 445,1 por 100.000 habitantes en 2004, es decir, una disminución de 9%.

De las principales causas de muerte, 74,0% corresponden a enfermedades no transmisibles y 25,8% a enfermedades transmisibles. Las cinco principales causas de muerte (Cuadro 3) son: las enfermedades cardiovasculares (81,61 por 100.000 habitantes), cuyas complicaciones más frecuentes son la isquemia del miocardio y la insuficiencia cardiaca; las lesiones de causa externa (81,57 por 100.000), con un predominio de homicidios, principalmente por armas de fuego, y de accidentes de tránsito asociados a los peatones; los tumores malignos (48,51 por 100.000), entre los cuales el cáncer de estómago es la causa más importante de defunción tanto para los hombres como para las mujeres; las enfermedades del sistema respiratorio (39,19 por 100.000), sobre todo las neumonías, y las enfermedades del sistema genitourinario (28,3 por 100.000) (7).

En cuanto a las defunciones por enfermedades transmisibles, las causas más frecuentes fueron las neumonías, septicemia, infección por el VIH e infecciones respiratorias agudas. En general, la distribución de las muertes por sexo no presenta grandes diferencias; sin embargo, en el caso de las lesiones de causa externa, los trastornos mentales y uso de sustancias psicoactivas, las enfermedades del sistema genitourinario y la infección por el VIH, se observa un predominio en el sexo masculino.

En el grupo de causas externas, los homicidios ocupan el primer lugar, con 91% en el sexo masculino y predominio en los grupos de adolescentes y adultos jóvenes, mientras que los accidentes de tránsito se concentran principalmente en el grupo de adultos de edad avanzada.

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, El Salvador, 1995 y 2005.



De los 805.572 años potenciales de vida perdidos (APVP) por las 10 principales causas de mortalidad en 2004 (Cuadro 4), 74,2% correspondieron al sexo masculino y el 25,8% restante al sexo femenino. En orden descendente, los APVP por grupos de enfermedades fueron: causas externas (33,0%), enfermedades no transmisibles (26,0%), enfermedades infecciosas (10,0%), enfermedades mentales (3,0%) y otras (28,0%).

A diferencia de la información obtenida por el cálculo de las tasas de mortalidad para las principales causas de muerte, las

CUADRO 2. Número de defunciones y tasas de mortalidad^a para las 15 principales causas de muerte, por sexo, El Salvador, 2004

Grupos de causas	Masculino		Femenino		Total	
	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa	Muertes	Tasa
Enfermedades cardiovasculares	2.578	77,6	2.937	85,5	5.515	81,6
Enfermedad isquémica del corazón	917	27,6	939	27,3	1.856	27,5
Insuficiencia cardiaca congestiva	434	13,1	591	17,2	1.025	15,2
Enfermedades cerebrovasculares	442	13,3	509	14,8	951	14,1
Enfermedades hipertensivas	157	4,7	222	6,5	379	5,6
Lesiones de causa externa	4.632	139,4	880	25,6	5.512	81,6
Homicidios	2.376	71,5	239	6,9	2.615	38,7
Accidentes de transporte	1.406	42,3	354	10,3	1.760	26,0
Suicidios	349	10,5	117	3,4	466	6,9
Signos mal definidos	2.057	61,9	1.970	57,3	4.027	59,6
Todos los tumores malignos	1.364	41,1	1.914	55,7	3.278	48,5
Estómago	276	8,3	223	6,5	499	7,4
Pulmón	98	2,9	110	3,2	208	3,1
Cervicouterino	—	—	220	6,4	220	3,3
Hígado	81	2,4	114	3,3	195	2,9
Próstata	175	5,3	—	—	175	2,6
Mama	5	0,2	128	3,7	133	1,9
Enfermedades del sistema respiratorio	1.388	41,8	1.260	36,7	2.648	39,2
Influenza (gripe) y neumonía	798	24,0	687	20,0	1.485	21,9
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	238	7,2	284	8,3	522	7,7
Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	15	0,4	7	0,2	22	0,3
Enfermedades del sistema genitourinario	1.340	40,3	575	16,7	1.915	28,3
Insuficiencia renal crónica no especificada	774	23,3	333	9,7	1.107	16,4
Insuficiencia renal no especificada	439	13,2	161	4,7	600	8,9
Enfermedades del sistema digestivo	890	26,8	584	17,0	1.474	21,8
Diabetes mellitus	402	12,1	572	16,6	974	14,4
Enfermedades del hígado	563	16,9	271	8,0	834	12,3
Trastornos mentales y uso de sustancias psicoactivas	802	24,1	28	0,8	830	12,3
Septicemia	397	11,9	325	9,5	722	10,7
Enfermedades del sistema nervioso	340	10,2	367	10,7	707	10,5
VIH 389	11,7	161	4,7	550	8,1	
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	245	7,4	201	5,9	446	6,6
Malformaciones congénitas/deformidades/anomalías cromosómicas	187	5,6	157	4,6	344	5,1
Total	17.594	529,7	12.481	363,3	30.075	445,1

^aTasa por 100.000 habitantes.**Fuente:** Estadísticas de mortalidad DIGESTYC, 2004.

neoplasias se encuentran en la cuarta posición, mientras que, cuando se estiman los APVP, pasan a ocupar el segundo lugar. Ello se debe principalmente a que la mortalidad se concentra en los adultos jóvenes y de edad media. La población femenina, con 61,5% del total de muertes, es el grupo más afectado.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2002/03) registró una tasa de mortalidad infantil de 25 por 1.000 nacidos

vivos (Cuadro 5) (8). Esta tasa refleja un descenso de 10 muertes por 1.000 en relación con la estimada en la FESAL 98. El descenso obedece a la disminución tanto de la mortalidad postneonatal (de 18 por 1.000 a 12 por 1.000) como de la mortalidad neonatal (de 17 por 1.000 a 13 por 1.000). De las defunciones infantiles, 56% se produjeron en el período neonatal (0 a 28 días de vida); las defunciones notificadas en madres con cinco o más controles prenatales fue de 19 por 1.000 nacidos vivos y de 35 por 1.000 cuando las madres no recibieron controles prenatales durante el embarazo o recibieron menos de cinco. En relación con el peso al nacer, la mortalidad fue de 20 por 1.000 nacidos vivos para los niños que pesaron 2.500 gramos o más, y de 40 por 1.000 para

CUADRO 3. Diez primeras causas de mortalidad, El Salvador, 1997 y 2004.

Grupos de causas	1997	Posición	2004	Posición
Enfermedad del sistema circulatorio (I00-I99)	3.816	3	5.515	1
Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01-Y89)	4.932	2	5.513	2
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	5.478	1	4.027	3
Tumores (neoplasias) (C00-D48)	2.788	4	3.278	4
Enfermedad del sistema respiratorio (J00-J98)	2.625	5	2.648	5
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N98)	1.033	10	1.915	6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	2.000	6	1.656	7
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K92)	1.689	7	1.474	8
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E88)	1.126	8	1.343	9
Trastornos mentales y del comportamiento (F01-F99)	1.034	9	840	10
Demás causas	2.401		1.867	
Total	28.922		30.076	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC).

CUADRO 4. Años potenciales de vida perdidos (APVP) según causas de mortalidad seleccionadas, El Salvador, 2004.

Causa de muerte	Sexo		Total
	Hombres	Mujeres	
Total lesiones de causa externa	227.419	40.728	268.147
Agresiones	127.810	12.622	140.432
Accidentes de tránsito	60.612	15.439	76.051
Neoplasias	27.267	43.094	70.361
Neumonías	34.195	25.668	59.863
Enfermedades genitourinarias	31.395	13.376	44.771
Enfermedad isquémica	14.520	26.237	40.757
Enfermedades mentales y psicoactivas	28.633	1.118	29.751
Enfermedad del hígado	18.502	6.688	25.190
Septicemia	11.352	7.027	18.379
Diabetes	8.121	9.105	17.226
Enfermedad cerebrovascular	7.528	7.116	14.644
Total APVP	597.354	208.218	805.572

CUADRO 5. Mortalidad infantil y materna, El Salvador, 1993 a 2002.

Encuesta y período de las estimaciones	Mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad posneonatal
FESAL 2002/03 1993–2002	173	25	13	12
FESAL 98 1988–1998	120	35	17	18
FESAL 93 1983–1993	158	41	23	18

Fuente: FESAL 2002/03.

los que nacieron con un peso menor de 2.500 gramos. La tasa de mortalidad neonatal para los niños nacidos a término fue de 8 por 1.000 nacidos vivos, en cambio para los prematuros fue de 72 por 1.000.

De acuerdo con los datos de la DIGESTYC, en 2004 las causas de mortalidad perinatal más frecuentes fueron la sepsis bacteriana del recién nacido (24,3%), el síndrome de dificultad respiratoria (22,5%) y la hipoxia intrauterina (11,0%) (7). En 2004 se registraron 1.258 defunciones en el grupo de menores de 1 año: 35,4% correspondieron a ciertas afecciones originadas en el período perinatal, 26,5% a enfermedades no transmisibles y 25,0% a enfermedades transmisibles. Entre las enfermedades no transmisibles, las primeras causas fueron malformaciones congénitas no específicas (47,0%), malformaciones congénitas del corazón (28,5%) e hidrocefalo congénito no especificado (7,9%).

El MSPAS notificó que en 2005 las primeras cinco causas de morbilidad en menores de 1 año fueron las infecciones respiratorias agudas (67,8%), la diarrea (20,8%), las neumonías (5,7%), la conjuntivitis bacteriana (2,4) y la desnutrición leve (1,0%). El total de los egresos hospitalarios de este grupo de edad fue de 42.213, y entre las primeras causas de egreso se encontraban las neumonías (18%), los trastornos respiratorios específicos del período perinatal (12,6%), la diarrea de presunto origen infeccioso (11,0%) y el feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo, del trabajo de parto y del parto (9,2%). Las causas de mortalidad intrahospitalaria más frecuentes fueron: ciertas afecciones originadas en el período perinatal (53,9%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (20,0%), neumonías (9,0%) y otras enfermedades infecciosas intestinales (2,6%).

En 2004 se registraron 405 defunciones en el grupo de 1 a 4 años de edad, debidas a enfermedades transmisibles (31,0%), enfermedades no transmisibles (31%), causas externas (18,5%) y causas mal definidas (16,3%) (7). De las defunciones causadas por enfermedades transmisibles, 42,2% se debieron a neumonía y bronconeumonía, 35,5% a diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, 13,0% a septicemia no especificada y 5,0% a meningitis bacteriana no especificada. De las defunciones por causas externas, 41,3% se debieron a accidentes de transporte, 29,3% a ahogamiento y sumersión accidentales, 9,3% a accidentes que obstruyen la respiración y 8,0% a agresión y homicidio.

Según datos del MSPAS, en 2005 las principales causas de morbilidad en este grupo fueron las infecciones respiratorias agudas (71,7%), la diarrea (15,9%), la neumonía (2,8%), la amibiasis (2,5%) y la desnutrición leve (1,5%). Se notificaron en 2005 un total de 30.074 egresos hospitalarios, y los diagnósticos correspondieron a neumonía (21,8%), diarrea (19,0%), asma (4,8%) y otras enfermedades infecciosas intestinales (4%). Las defunciones hospitalarias más frecuentes fueron por neumonía (19,8%), malformaciones congénitas (10,8%) y desnutrición (5,1%).

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2004 se registraron en este grupo 221 defunciones debidas a causas externas (45,7%), enfermedades del sistema respiratorio (9,5%), enfermedades del sistema nervioso (1,9%), tumores (1,8%) y malformaciones congénitas (1,4%). La mortalidad por causas externas incluyó: accidentes de transporte (63,4%), ahogamiento y sumersión accidentales (22,8%) y agresiones y homicidio (5,0%).

Según el MSPAS, en 2005 las primeras causas de morbilidad fueron las infecciones respiratorias agudas (79,2%), la diarrea (6,0%), la amibiasis (4,5%), la giardiasis (2,1%) y la conjuntivitis bacteriana (1,5%). El total de egresos hospitalarios fue de 17.314 en 2005, y las principales causas fueron las enfermedades del apéndice (7,2%), las fracturas de otros huesos de los miembros (6,9%), la neumonía (5,6%), el asma (5,3%) y otros traumatismos (5,3%). Las causas de mortalidad hospitalaria más frecuentes fueron: traumatismo de la cabeza (15,7%), neumonías (10,1%), tumor maligno de las meninges (6,7%) y resto de las enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (6,7%).

Salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

De las 1.069 defunciones registradas en adolescentes en 2004, 68,0% fueron por causas externas, 5,6% por enfermedades del sistema respiratorio y 4,3% por tumores. Las agresiones, los accidentes de tránsito y las lesiones autoinfligidas constituyeron las principales causas externas de mortalidad (tasa de 51,4 por 100.000).

En 2005, las principales causas de morbilidad en la población adolescente fueron las infecciones respiratorias agudas (74,3%), la amibiasis (5,8%), la diarrea (5,6%), las mordeduras de animales transmisores de rabia (2,2%) y la giardiasis (1,8%). Del total de egresos notificados por el MSPAS, 15,4% (52.527) correspondieron a adolescentes, y de ellos, 74,0% eran mujeres. De los egresos hospitalarios de las adolescentes de 15 a 19 años, 69,0% fueron por razones de su salud sexual y reproductiva. A la población adolescente correspondieron 31,7% (28.943) de las consultas de inscripciones prenatales realizadas por el MSPAS en 2005. En el mismo año, de los 72.293 partos atendidos por profesionales, 21.730 partos o 30,1% del total fueron partos de madres adolescentes.

Casi 40% de la población femenina y 65% de la población masculina de 15 a 24 años han tenido experiencia sexual premarital. Se estimó que la edad mediana del primer embarazo fue 20 años y la edad de inicio de la vida sexual, 18 años, mientras que los hombres inician su actividad sexual a los 16 años en promedio.

Salud de los adultos (20 a 59 años)

En 2004, se registraron en este grupo de edades 10.490 defunciones por las siguientes causas: externas (36,2%, con una tasa de 116,4 por 100.000), tumores (10,1%, con una tasa de 32,6 por 100.000), enfermedades del sistema circulatorio (8,6%, con una tasa de 27,8 por 100.000) y enfermedades transmisibles (7,5%,

con una tasa de 24,1 por 100.000). Entre las causas externas (3.802 casos), 88,5% correspondieron a hombres y las más frecuentes se debieron a agresiones y homicidio (54,0%), accidentes de transporte (29,2%), y lesiones autoinfligidas (9,2%). Los tumores malignos (1.065 casos) notificados principalmente fueron los del estómago (12,2%), del cuello uterino (11,6%) y de la mama (6,5%). Entre las enfermedades del sistema circulatorio (907 casos) se encuentran la enfermedad isquémica del corazón (36,2%), la enfermedad cerebrovascular (19,7%) y la enfermedad hipertensiva (8,4%). Las enfermedades transmisibles más frecuentes fueron la infección por el VIH (63,0%), septicemia no especificada (26,0%), y diarrea y tuberculosis (4,0% cada una). De estas muertes, 70,1% correspondieron al sexo masculino. En 2005, las causas más frecuentes de morbilidad en este grupo de edad fueron las infecciones respiratorias agudas (65,1%), la diarrea (9,4%), la amibiasis (5,0%), los trastornos de ansiedad (3,6%) y la candidiasis de vulva y vagina (2,5%). Las principales causas de egresos hospitalarios en el grupo de 20 a 24 años edad fueron por razones de salud sexual y reproductiva (71,0%), otros traumatismos de regiones especificadas (3,3%) y apendicitis (2,2%). En el grupo de 25 a 59 años se registraron 112.733 egresos, cuyas principales causas fueron: razones de salud, sexual reproductiva (30,6%), coleditis y colecistitis (3,4%), diabetes mellitus (3,3%), otros traumatismos de regiones no especificadas (3,3%) y otros trastornos del sistema genitourinario (3,0%). Las tres primeras causas de defunción hospitalaria fueron el sida (9,8%), los traumatismos intracraneales (9,2%) y las enfermedades del hígado (7,9%).

Con base en datos de la FESAL 2002/03, se estimó que la razón de la mortalidad materna para el período 1993–2002 se encuentra entre 106 y 239 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con un valor intermedio de 173. Actualmente, el MSPAS está desarrollando una línea basal nacional para determinar el estándar de mortalidad materna.

Según la Evaluación de disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia en El Salvador, elaborada en 2003 (9), las principales causas de morbilidad y mortalidad materna fueron la hipertensión, las hemorragias ante y posparto, la sepsis y las complicaciones del aborto. En 54% de las muertes, la causa se relacionó con fallas en el criterio diagnóstico, deficiencias de manejo, procedimientos realizados por personal inexperto (anestesia y cirugía), falta de equipo e insumos, decisión tardía para la referencia, y deficiencias en las referencias de pacientes. Otro 33% de las muertes maternas se produjeron por falta de reconocimiento de la complicación, tanto por parte de la mujer como de la familia, y retraso en la búsqueda de asistencia médica o de una partera. Al comparar los casos notificados por la DIGESTYC entre 1997 y 2004, se evidencia un subregistro de 43% en la notificación de defunciones maternas en comparación con las estadísticas informadas a nivel institucional, subregistro que entre 2003 y 2004 se incrementó a más de 90% (9).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2005 se registraron en este grupo de edad 16.449 defunciones, que representaron 54,7% de la mortalidad total del país; 27,4% de estas defunciones se debieron a enfermedades del sistema circulatorio, 12,8% a neoplasias malignas, 10,8% a enfermedades del sistema respiratorio y 5,1% a enfermedades del sistema genitourinario. Las principales causas por enfermedades del sistema circulatorio fueron: enfermedades isquémicas (33,4%), insuficiencia cardíaca (24,4%), enfermedades de la circulación pulmonar (17,7%), enfermedad cerebrovascular (16,8%) y enfermedades hipertensivas (6,5%). Entre las principales neoplasias malignas se encuentran las del estómago (17,4%), la próstata (7,9%), la tráquea, bronquios y pulmón (6,9%), el hígado y vías biliares intrahepáticas (6,8%) y el cuello del útero (4,5%).

Según el informe epidemiológico del MSPAS para 2005, entre las primeras cinco causas de morbilidad se encuentran las infecciones respiratorias agudas (60,1%), la hipertensión arterial (9,3%), la diarrea (8,9%), la amibiasis (4,2%) y la diabetes mellitus (3,6). En 2005 se notificaron un total de 47.770 egresos hospitalarios, cuyas principales causas fueron: diabetes (8,1%), bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (5,0%), neumonía (4,7%), insuficiencia cardíaca (3,9%) e insuficiencia renal (3,8%).

Salud de la familia

Se calcula que 62,7% de los hogares están encabezados por hombres y 37,3% por mujeres (8); estos últimos son más frecuentes en la zona urbana (43,2%) que en la zona rural (30,7%). La DIGESTYC halló que existe un círculo vicioso entre pobreza y educación de la mujer, ya que la causa de abandono de los estudios más mencionada por ellas fueron precisamente los problemas económicos (31,3%), información que, sumada a la declaración de que “tenían que trabajar” (10%), indica que al menos una de cada 10 mujeres abandonaron los estudios por falta de ingresos económicos. Otras razones del abandono escolar fueron haber quedado embarazadas o haber tenido la primera unión marital (12,9%) u otros problemas familiares no especificados (11,3%).

Salud de los trabajadores

No existe hasta la fecha ningún diagnóstico integral del estado de salud de los trabajadores. Se sabe que la cobertura que brinda el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es bastante baja (alrededor de 13% a 15% de los trabajadores). También se conocen denuncias por malas condiciones laborales por parte de las personas que trabajan en las maquilas, que suman más de 85.000 en todo el país, aunque en muchos casos no están bien documentadas.

Salud de las personas con discapacidad

Según el Censo de Población de 1992, 81.721 personas tenían discapacidad (1,6% de la población total), 53,3% eran hombres y 46,7% mujeres. La encuesta por muestreo 2000–2001 de alcance nacional para personas con discapacidad, llevada a cabo por la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Agencia de Cooperación Alemana (GTZ) y de la Universidad Don Bosco (UDB), halló una prevalencia general de diferentes tipos de discapacidad de 6,6%. En enero de 2005 el Registro Nacional de las Personas Naturales, entidad encargada de inscribir a todos los mayores de 18 años, registró a 153.583 personas con discapacidad (4,1%). Según la encuesta para personas con discapacidad realizada por OMS/GTZ/UDB para el período 2000–2001, los cinco primeros tipos de discapacidad en la población encuestada fueron: visión disminuida (41,9%), problemas de movilidad, tales como caminar, subir, saltar o estar de pie (31,2%), problemas para agarrar, levantar y cargar cosas (15,5%), disminución de la agudeza auditiva (15,2%) y problemas para hablar (11,9%) (10). Del total de personas con discapacidad, el grupo de 21 a 50 años concentra el mayor porcentaje, con 35%, le siguen los menores de 20 años, con 30%, el grupo de 51 a 70 años, con 22%, y el de 71 años y más con 13%. En cuanto a la distribución por género, 49,9% eran mujeres y 50,1%, hombres. Con respecto a la distribución geográfica, vivían en la zona rural 61% de los discapacitados, y en la zona urbana, 39%. Según esta encuesta, las enfermedades representan la primera causa de discapacidad, con 48,4% (no se profundizó acerca de la clasificación de estas enfermedades); la segunda causa, fueron las anomalías congénitas, con 27,1%; la tercera, los accidentes comunes, con 9,8%, y la cuarta, “otras” causas, que incluye enfermedades crónicas degenerativas como la artritis, la diabetes, la hemofilia y la demencia senil de origen desconocido.

Salud de los grupos étnicos

Se estima que la población indígena asciende a 687.492 personas (10% del total de la población) y está compuesta por los nahuat, el grupo mayoritario, con 94,4% de la población; los lenca, con 4,1%, y los cacaopera, con 1,5%. Estos pueblos se encuentran distribuidos en siete de los 14 departamentos del país: Ahuachapán (cuatro municipios), Sonsonate (14), La Libertad (5), San Salvador (4), La Paz (8), Morazán (3) y Santa Ana (1). La lengua predominante es el náhuatl (11). La supervivencia de estos pueblos se basa en una economía agrícola de subsistencia que incluye la producción de maíz, frijoles y otros cultivos en pequeñas parcelas de tierra, en su mayoría arrendadas. La población indígena en edad productiva tiene de 8 a 59 años; 38,3% de las familias indígenas viven en condiciones de extrema pobreza, y 61,1% están por debajo de la línea de pobreza (11). Falta información actualizada y desagregada sobre la salud de los indígenas: la más reciente corresponde a 1999. Con base en datos presentados en “El perfil de los pueblos indígenas en El Salvador”,

un documento publicado por el Banco Mundial en 2003, se estima que 3,2% tenían cobertura del ISSS. Del total de mujeres jefas de familia solo 2% utilizaba algún método de planificación familiar. La tasa de fecundidad era de 3,5 hijos por mujer. Las mujeres indígenas en edad fértil representaban 20,8% de la población total. Del total de mujeres indígenas en edad fértil, solo 0,5% utilizaban métodos de planificación familiar. La mortalidad infantil estimada era de 42,5 por 1.000 nacidos vivos. Asimismo, 73% de los niños habían sido vacunados y 27% tenían una cobertura de vacunación completa. El 91,6% de la población se abastecía de agua de río, surgentes o pozos. La basura se acumulaba cerca de la vivienda en 30% de los casos, lejos de la vivienda en 20,9%, y se enterraba o quemaba en 40,8%. El 37,2% de las familias defecaban al aire libre, 59,7% poseían letrina y 3,1% servicio sanitario con escurrimiento de aguas.

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La **malaria** muestra una tendencia decreciente: entre 2000 y 2005 el número de casos notificados cada año fue respectivamente de 753, 362, 117, 85, 112 y 67, dos de ellos por *Plasmodium falciparum* importados y el resto por *P. vivax*, con un índice parasitario anual de 0,011. No se registran casos por *P. falciparum* autóctonos desde hace más de 10 años. En los últimos años se produjeron pequeños brotes relacionados con casos importados de países vecinos como Guatemala y Honduras, donde ha aumentado la incidencia de esta enfermedad.

De 2000 a 2005 se notificaron 70.945 casos sospechosos de **dengue**, con un promedio de ingresos hospitalarios de 20% de los casos notificados en cada año. Fueron confirmados por laboratorio más de 28.352 casos, de los cuales 95% se catalogaron como de dengue clásico y 5% como dengue hemorrágico. La letalidad ha disminuido pasando de 26 muertes notificadas en 2000, a una en 2004. El laboratorio ha procesado más de 72.000 muestras de IgM para dengue y confirmado la circulación de los cuatro serotipos en este período.

El dengue presenta características endémicas con brotes epidémicos en los últimos seis años y tendencia al aumento de los casos de dengue hemorrágico. Durante este período se han registrado dos epidemias: la primera, en el año 2000, fue causada por el serotipo 2 y produjo 16.963 casos sospechosos de dengue clásico, incluidos 491 casos sospechosos de dengue hemorrágico y 26 defunciones. Fueron confirmados en el laboratorio 2.824 casos de dengue clásico y 409 de dengue hemorrágico. La segunda epidemia se registró en 2002, con 18.267 casos sospechosos de dengue, de los cuales fueron confirmados en el laboratorio 5.076 casos, 4.671 (92%) de dengue clásico y 405 (8%) de dengue hemorrágico, con 11 defunciones. En los últimos dos años

(2004–2005) se registraron en promedio más de 7.000 casos anuales. Existe transmisión continua y activa de la enfermedad en 46% de los municipios, y solo 8% de los municipios no han notificado casos durante este período. El riesgo se incrementó de 6 a 8 veces más durante la temporada de lluvia.

Un número indeterminado de casos de la enfermedad de **Chagas** se producen anualmente. El sistema de vigilancia epidemiológica de la enfermedad de Chagas presenta un elevado subregistro que impide conocer la real incidencia de esta enfermedad, y por ende adoptar medidas efectivas y oportunas de prevención y control. En 2005 el MSPAS registró 101 casos sospechosos de Chagas agudo, de los cuales 75 fueron confirmados en el laboratorio (74,2%); 87% de los casos se trataron ambulatoriamente. En niños menores de 10 años de edad se registraron 50% de los casos. La enfermedad afecta por igual a ambos sexos. En cuanto a la procedencia, 58% de los casos corresponden a la zona rural y 42% a la urbana. Los departamentos de Sonsonate, Santa Ana y Ahuachapán (al occidente del país, en la frontera con Guatemala) notificaron el mayor número de casos (46,5% del total nacional), así como los índices de infestación más elevados, con 33,3% en el departamento de Sonsonate, región que cuenta desde 2003 con el apoyo de la Agencia Japonesa de Cooperación Internacional (JICA). Mediante estudios serológicos se confirmaron 1.311 y 1.292 casos en 2000 y 2005 respectivamente. En cuanto al tamizaje serológico en bancos de sangre, de un total de 76.096 muestras (tamizaje 100%) se informaron 1.826 casos positivos, con una seropositividad de 2,40%; en 2005 el número de donantes disminuyó a 38.725, igual número de muestras fueron tamizadas y solamente 956 casos resultaron positivos, con una seropositividad de 2,46%.

Enfermedades inmunoprevenibles

El Salvador ha realizado notables progresos en materia de erradicación, eliminación y control de las enfermedades prevenibles por vacunación, ya que desde 1987 se mantiene libre de **poliomielitis**; el último caso de **sarampión** autóctono se confirmó en 1996, y prácticamente se han eliminado la **difteria** (por más de 20 años) y el **tétanos neonatal** (tasa inferior a 1 por 1.000 nacidos vivos). A partir de 2004, gracias a la realización de la jornada masiva de vacunación a 2.694.763 personas de 15 a 39 años (97,5% de la meta a alcanzar para ese grupo de edad), se logró la interrupción de la transmisión endémica del virus de la **rubéola**, con cuatro casos aislados en 2006, debidos posiblemente a importaciones de otros países aún endémicos.

Según el informe epidemiológico las tasas de incidencia por 100.000 habitantes en 2005 fueron: varicela, 278; hepatitis A, 28; parotiditis, 8; parálisis flácida aguda en menores de 15 años, 3,4; hepatitis B, 0,4; rubéola, 0,0; tétanos, 0,1. No se han confirmado casos de difteria (desde 1987), poliomielitis (1988) y sarampión (2001), lo que refleja niveles útiles de protección en la población susceptible. En 2001 se confirmaron dos casos importados de sarampión y es por esta razón que no entran en la casuística na-

cional, ya que cumplieron su período de incubación en países europeos, por lo que se considera que se infectaron en dicho continente. La búsqueda activa de casos de parálisis flácida ha evidenciado un ascenso para 2005, cuando se notificaron 130 casos frente a 105 en 2004; de acuerdo con los resultados de laboratorio, en 27,0% de las muestras analizadas se han aislado otros enterovirus.

En 2004 se produjo un brote de **tos ferina**. El hospital pediátrico de referencia notificó 52 casos, con cinco defunciones y una letalidad de 9,6%; 31 correspondían al sexo femenino, con una media de edad de 5,2 y 3,6 meses para el sexo femenino y el masculino, respectivamente. Del total de muestras analizadas, en una se aisló *Bordetella pertusis*, lo que obligó a fortalecer la vigilancia epidemiológica y de laboratorio, actualizar los protocolos de atención, capacitar al personal de salud y evaluar el esquema de vacunación.

Enfermedades infecciosas intestinales

Las enfermedades gastrointestinales se encuentran entre las primeras tres causas de morbilidad notificadas en el país, con dos alzas, una en la estación seca y otra en la temporada lluviosa; la primera se asocia a infecciones de tipo viral principalmente y la segunda a infecciones bacterianas. Un estudio realizado en el Hospital de Niños Benjamín Bloom entre mayo de 2001 y abril de 2002 demostró que la **gastroenteritis por rotavirus** tiene una estacionalidad en la época seca, y se asocia con vómitos y deshidratación. Los niños con gastroenteritis por rotavirus eran más pequeños (edad mediana 9 meses) que los niños afectados por otros agentes (edad mediana 13 meses para bacterias, 16 meses para parásitos). A partir de 2003, el MSPAS incorporó la vigilancia viral para rotavirus en sitios centinelas ubicados en diferentes partes del país; el muestreo se realizó en menores de 5 años de edad.

El último caso de **cólera** se notificó en octubre de 2000. No se ha detectado en el país la circulación de *Vibrio cholerae* en el período de referencia, a pesar de que se mantiene la vigilancia tanto en las personas como en las distintas fuentes de suministro de agua para consumo humano.

De 2000 a 2005 la media anual registrada fue de 193.000 casos de **parasitosis intestinales**. La tasa de incidencia fue de 2.670 por 100.000 habitantes para 2005, con una tendencia descendente de 15% desde 2000. Las mayores tasas se observaron en menores de 10 años de edad. Las parasitosis intestinales fueron causadas por protozoarios (amibiasis y giardiasis) en 93% de los casos y por helmintos (uncinariasis o anquilostomiasis e infecciones por cestodos) en 7% de los casos.

Enfermedades crónicas transmisibles

En el período 1997–2005 se han diagnosticado 63 casos de **lepra** en el país. La tasa de prevalencia de esta enfermedad muestra una tendencia descendente, al pasar de 0,03 por 10.000 habitantes (20 casos) en 1997 a 0,001 por 10.000 habitantes en 2005

(1 caso). Actualmente hay 14 casos de lepra bajo tratamiento, 71% de los cuales están distribuidos en las zonas norte y central del país (Santa Ana, Chalatenango, San Salvador y La Libertad).

Durante los últimos años la tasa de incidencia de la **tuberculosis** ha disminuido de 70,0 por 100.000 habitantes en 1994 a 25,6 por 100.000 en 2005. En efecto, comparando los datos de 1990 con los de 2005 se observa un descenso de casos informados, de 2.367 a 1.758. La tasa de mortalidad por tuberculosis experimentó un descenso de 49%, al pasar de 2,35 por 100.000 habitantes en 1997 a 1,20 por 100.000 en 2004. El riesgo anual de infección por tuberculosis fue de 0,6% según la última estimación realizada en 2005, lo que equivale a una tasa de casos con baciloscopia positiva de 32 por 100.000 habitantes.

El porcentaje de éxito del tratamiento es elevado: casi 88%, cifra que supera la meta de OPS/OMS de 85% para 2005. El porcentaje de abandono del tratamiento ha registrado una importante reducción entre 1997 y 2004, al pasar de 11,3% a 4,1%. Se estima que estos pacientes presentan problemas sociales tales como alcoholismo o indigencia, que dificultan la administración y supervisión del tratamiento. En 1997 se implementó la estrategia de tratamiento breve bajo observación directa (DOTS), que actualmente tiene una cobertura de 100% en los establecimientos de salud de la red del MSPAS, el seguro social y los centros penitenciarios. Durante los últimos cuatro años ha aumentado el promedio de pacientes con diagnóstico de coinfección VIH/tuberculosis, que pasó de 3,6% para 2002 a 8,5% para 2005: un aumento de casos de 167%.

Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en El Salvador. En 2004 se registraron 1.895.819 casos en todos los grupos de edad, con una tasa de incidencia de 34.509 por 100.000 habitantes. De estos, 58,7% correspondieron al sexo femenino. La distribución por grupos de edad fue: en menores de 1 año, 184.151 casos (139.544 por 100.000 habitantes), de 1 a 4 años, 515.101 casos (763.313 por 100.000), de 5 a 9 años, 404.739 casos (63.499 por 100.000) y 60 años y más, 92.303 casos (22.710 por 100.000). De todos los casos atendidos, 36,9% correspondieron a menores de 5 años. La tasa de morbilidad por este tipo de afección en el grupo de mayores de 60 años ha sido relativamente baja. Sin embargo, la tasa de mortalidad en este grupo fue de 200,6 por 100.000 habitantes, mayor que la tasa de 116 por 100.000 nacidos vivos en niños menores de 1 año.

En 2003, una epidemia de **neumonía** explicó un incremento de más de 50% de los casos en comparación con años anteriores. La tasa de incidencia fue de 130 por 10.000 habitantes. Los menores de 5 años concentraron 77% de las consultas; en este grupo se registraron las mayores tasas de incidencia (832 por 10.000 habitantes), seguido por el de mayores de 60 años (103 por 10.000 habitantes) (12). La tasa de mortalidad por neumonía y bronconeumonía fue de 22,0 por 100.000 habitantes en

2004, año en que se inició la vigilancia centinela con dos sitios para la identificación del virus respiratorio asociado a estas enfermedades.

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

Desde la aparición del primer caso de sida en 1984 hasta diciembre de 2005 se han notificado 16.343 casos de infección por VIH. De estos, 7.339 eran casos de sida, con una tasa anual por 100.000 habitantes que se incrementó de 2,5 en 1991 a 10,2 en 2004, y descendió a 6,2 en 2005. La procedencia de casos es de predominio urbano (73% urbanos, 24% rurales y 3% sin determinar); geográficamente la epidemia se desplaza hacia el centro del país. La tasa de incidencia anual por 100.000 habitantes aumentó de 2,5 en 1991 a 20,0 en 2004; sin embargo, en 2005 descendió a 17,3. Es importante mencionar que en su informe anual de mayo de 2006, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) estimó que existe un subregistro de entre 40% y 50%, por lo que habría en el país alrededor de 30.000 casos de personas infectadas por el VIH. De acuerdo con la tipología epidemiológica propuesta por UNUSIDA, El Salvador puede clasificarse como un país con una epidemia de baja prevalencia, concentrada en grupos de alto riesgo, tales como los hombres que tienen sexo con hombres y los trabajadores del sexo (13). Se estimó que en 2004 se infectaron seis personas cada día y, en 2005, 4,4 personas (14).

En 2004, la infección por el VIH/sida ocupó el decimotercer lugar entre las causas de mortalidad general del país, y constituyó la segunda causa de muerte en el grupo de 20 a 30 años de edad y la quinta en el grupo de 20 a 59 años. La tendencia de la mortalidad por VIH/sida es ascendente: en 1997 se notificaron 258 muertes (tasa de 4,32 por 100.000 habitantes) y en 2004, 549 muertes (8,14 por 100.000). Desde 1998 hasta 2004 se registraron 1.611 defunciones hospitalarias por sida. Esta enfermedad constituye la primera causa de defunción en el grupo de 20 a 59 años, y entre los 20 y los 34 años se registra la mayor concentración de casos, con 36% del total. Se calcula que 63% de los casos afectan a la población masculina. En 2005 la relación de infectados por sexo fue de 1,3 hombres por cada mujer. Predomina la transmisión sexual, con 85% de los casos; la transmisión vertical representa 7,0% de los casos. Los casos de VIH/sida, según la orientación sexual informada por los portadores/pacientes, corresponden a relaciones homosexuales y bisexuales, con 5,0% y 3,0% respectivamente. Según el último dato disponible (15), el porcentaje de niños de la calle infectados por el VIH era de 21,6% en 1997. En San Salvador se concentraban 56% de los casos; 8% en Sonsonate, 6% en La Libertad y 6% en Santa Ana.

Con respecto a otras infecciones de transmisión sexual, este grupo se encuentra entre las enfermedades con mayor índice de contagio en el país: entre 2000 y 2005 se han notificado más de 313.000 casos por infecciones de transmisión sexual, con un promedio anual de 52.000. En dicho período, la incidencia de algunas de ellas ha aumentado. En comparación con las cinco enfer-

Coordinación para la prevención y mitigación de los desastres

En las últimas décadas, un creciente número de desastres naturales ha costado una cantidad cada vez mayor de muertes y daños materiales en las zonas vulnerables de El Salvador. El país está expuesto a fenómenos hidrometeorológicos como los huracanes, que producen fuertes inundaciones y deslizamientos de tierra, ocasionando graves daños en infraestructuras y servicios básicos, así como pérdidas de vida, principalmente en las zonas bajas de las cuencas fluviales. En 2005 el volcán Santa Ana, también conocido como Ilimatepec presentó una súbita actividad eruptiva y la tormenta tropical Stan azotó el territorio salvadoreño durante seis días, con lluvias intermitentes que causaron inundaciones, y provocaron la muerte de 69 personas y cuantiosos daños materiales. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el impacto económico ocasionado por la erupción del volcán Ilimatepec y la tormenta tropical Stan fue de US\$ 355,7 millones. La Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres fue aprobada en 2005 y establece un Sistema Nacional de Protección Civil, responsable de velar por la seguridad de poblaciones en peligro, y a cargo de la coordinación con las otras instituciones (gubernamentales, no gubernamentales, empresas privadas, instituciones de socorro, etc.) en caso de desastre o para su prevención.

medades venéreas clásicas (sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal), que han mostrado una tendencia descendente, otras afecciones, como la tricomoniasis y la candidiasis genital, presentan una prevalencia aún superior. Según el MSPAS, en 2005 las tasas de incidencia de las infecciones de transmisión sexual fueron, en orden descendente, candidiasis en la vulva y la vagina, con 909 casos por 100.000 habitantes, tricomoniasis urogenital 126, gonorrea 22, herpes genital 17, y condiloma acuminado 16. La incidencia de sífilis adquirida en el país descendió de una tasa de 18,0 por 100.000 habitantes en 2000 a 8,1 por 100.000 en 2005, con una reducción de 55,0% en este período. El MSPAS notificó un total de 433 casos de sífilis congénita entre 2000 y 2005, con un promedio anual de 72 casos. A partir de 2002 se ha observado un leve descenso en la notificación de casos por esta enfermedad, con 45 casos para una tasa de 0,38 por cada 1.000 nacidos vivos en 2005.

Zoonosis

El Salvador ha sido uno de los países exitosos en el control de la rabia. Al inicio del decenio de 1990, existía un número elevado de casos de rabia humana con un total de 19 en 1992. Posteriormente comenzó una reducción gradual que culminó en 1999 con la ausencia de casos, y con un caso en 2000. En 2001 se presentaron cuatro casos humanos y en 2002 el número de casos se incrementó a seis, con una tasa de mortalidad de 0,10 por 100.000, 10 veces mayor que la tasa de la Región de las Américas. Esta situación se mantuvo en 2003. A partir de 2004 se notó una disminución en la incidencia de rabia humana, con tres casos, y uno en 2005. Entre enero de 2005 y junio de 2006 se notificaron 39.329 personas agredidas por un animal, de las cuales 57,8% correspondieron a tres departamentos (San Salvador, La Libertad y Santa Ana). De estas agresiones, se aplicó el correspon-

diente tratamiento a 16.506 personas, de las cuales 67,3% correspondieron a los departamentos de San Salvador, La Unión, San Miguel y Usulután.

En cuanto a la rabia animal, durante el período 1999–2005 se notificaron 1.314 casos, de los cuales casi 90% correspondieron a animales domésticos urbanos (perros y gatos). La tendencia se incrementó 3,7 veces entre 1999 (68 casos) y 2004 (253 casos), y disminuyó en 2005 (175 casos). En este período, 52% (136) de los municipios del país registraron algún caso confirmado. En 2002 se realizó una encuesta nacional sobre la población canina y felina, y se estimó un número aproximado de 1.176.000 animales. La cobertura de vacunación canina en 2005 fue de 60,4% y la felina, de 47%.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

En este grupo de enfermedades, el MSPAS registró en 2005 las siguientes tasas de incidencia por 100.000 habitantes, en orden descendente: hipertensión arterial (639), insuficiencia renal crónica (36), cáncer cervicouterino (33) y cáncer de mama (9). Las enfermedades crónicas constituyen la segunda causa de años APVP en el país.

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

La **diabetes** constituye la octava causa de muerte general; sin embargo, de acuerdo con el Sistema de Morbilidad y Mortalidad que posee el MSPAS, fue la segunda causa de muerte hospitalaria y la octava causa de egreso hospitalario.

Según la FESAL 2002/03 (8), el **retraso del crecimiento** medido por el indicador de talla para la edad en niños de 3 a 59 meses fue de 18,9% (una reducción de 4,4% con respecto a 1998), y afectó casi igualmente a niños y niñas (18,3% y 19,7%

respectivamente); sin embargo, en la zona rural (25,6%) fue 2,3 veces mayor que en la zona urbana. El déficit del crecimiento en la niñez está directamente asociado al nivel educativo de las madres. En El Salvador este indicador en niños y niñas cuyas madres no tienen educación formal fue de 31,7%, es decir, cinco veces mayor que el déficit en aquellos cuyas madres tienen 10 o más años de escolaridad.

En cuanto a las tendencias del estado de emaciación en los menores de 5 años (peso bajo para la talla [$<-2,00$ DE]), en El Salvador desde 1988 la prevalencia de emaciación es baja (2,1%), teniendo en cuenta que el valor estadístico esperado en países industrializados es menor o igual a 2,3%, situación que se ha mantenido estable hasta el último dato notificado en 2002–2003. El bajo peso para la edad en menores de 5 años continúa siendo un problema importante: en 2002–2003 la prevalencia era de 10,3%, 1,5% menos que en 1998 (8).

Según la FESAL 2002/03, 19,8% de niños de 12 a 59 meses presentaban **anemia**, por lo que el problema no ha mejorado respecto a 1998 (18,9%). En la zona rural (23,1%) la prevalencia es mayor que en la urbana (15,8%). De las madres de menores de 5 años, según la misma encuesta, 8,8% presentaron anemia a nivel nacional, sin variación importante entre la zona urbana (8,5%) y la rural (9,1%). En 2005, de 195.013 menores de 5 años atendidos por el MSPAS, 7,6% tenían algún grado de **desnutrición**. No obstante lo anterior, la mortalidad por desnutrición aumentó de 3,07 por 100.000 habitantes (200 muertes) en 2002 a 3,30 por 100.000 (223 muertes) en 2004 (8); en 2004, del total de estas muertes, 92 correspondieron al grupo de menores de 5 años (59 niños y 33 niñas).

Se empieza a presentar un problema de **sobrepeso** en niños menores de 5 años que viven en la zona urbana (5,1%), 2,2 veces mayor que el porcentaje esperado (2,3%). A nivel nacional, en la misma población la prevalencia es de 3,6%. El Salvador está en el principio de lo que puede ser una epidemia de sobrepeso en las nuevas generaciones. La prevalencia de sobrepeso en la zona urbana (5,1%) fue 2,1 veces mayor que en la zona rural (2,4%). El sobrepeso no parece estar asociado con el nivel educativo de las madres; sin embargo, las prevalencias más altas (40%) corresponden a hogares de nivel socioeconómico alto, y a hogares en los que las madres no tienen ingresos fijos o no trabajan fuera del hogar (37,2%). El grupo de 15 a 19 años presenta las prevalencias más bajas de sobrepeso y **obesidad** (27,2% y 9,1%, respectivamente). La prevalencia más alta de sobrepeso se observa en el grupo de 30 a 34 años (43,3%), mientras que la más alta de obesidad se registra en el grupo de 40 a 44 años (25,0%); 35,8% de las mujeres de 15 a 49 años presentaron sobrepeso y 18,4% obesidad. La FESAL 2002/03 estimó que más de 60% de la población mayor de 18 años tenía algún problema de sobrepeso u obesidad, de modo que no representa un problema de nutrición pública; ello puede deberse al cambio de hábitos alimentarios por influencia del medio, el acceso a alimentos con alto contenido calórico

y la escasa actividad física (8), ya que no existen lugares apropiados y seguros para realizar actividades físicas.

Enfermedades cardiovasculares

Según la DIGESTYC, en 2004 se notificaron 5.515 defunciones asociadas a enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de mortalidad de 81,6 por 100.000 habitantes; 53% de los casos correspondieron a mujeres. Las tasas más altas corresponden a la enfermedad isquémica del corazón (33,6%), la enfermedad cardiovascular (17,2%) y las enfermedades hipertensivas (6,9%). En las personas mayores de 60 años se registran 82% de las defunciones, con una tasa de mortalidad de 903 por 100.000 habitantes.

Neoplasias malignas

En 2004 se contabilizaron 3.278 defunciones por neoplasias malignas, con una tasa de mortalidad de 48,5 por 100.000 habitantes (hombres 41,1 por 100.000 habitantes y mujeres 55,7 por 100.000), de las cuales 58% correspondieron al sexo femenino. Las neoplasias malignas fueron responsables de 12,5% del total de defunciones. La población más afectada fue la de 60 años y más, con una tasa de 118,83 por 100.000 habitantes. Existen importantes diferencias en la mortalidad de la población de 80 años y más, ya que la tasa de mortalidad por cáncer es 1,4 mayor entre los hombres (mujeres: 284,07 por 100.000 habitantes, hombres: 403,52 por 100.000). Los principales tipos de neoplasias malignas fueron: del estómago (15,2%), de los órganos digestivos y del peritoneo (14,3%), del cuello del útero (6,7%), y de la tráquea, los bronquios y el pulmón (6,3%).

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En 2001, El Salvador sufrió dos terremotos de gran magnitud, cuyas consecuencias fueron devastadoras: 1.259 muertes, 8.864 lesionados y 1.616.782 damnificados (75% de muertes, 63% de lesionados y 84% damnificados fueron notificados en el primer terremoto), con una tasa de lesiones y muertes de 140 y 20 por 100.000 habitantes, respectivamente. El primer terremoto afectó a 71% del país y el segundo a 28%. En ambos desastres, los principales afectados fueron las personas mayores de 70 años, tanto hombres como mujeres. Fueron hospitalizadas 33% de las víctimas del primer terremoto y 38% de las del segundo, y en ambos desastres predominaron los traumatismos (47% y 52% respectivamente) (6).

En 2005 el volcán Ilamatepec presentó una súbita actividad eruptiva que causó dos muertes y más de 5.014 personas fueron trasladadas a albergues ante el riesgo inminente de otra erupción (6). El cuadro 6 presenta el número de defunciones, daños y pérdidas económicas causados por desastres naturales en El Salvador entre 1998 y 2005.

CUADRO 6. Defunciones, daños a viviendas y costos económicos causados por desastres naturales, El Salvador, 1998–2005.

Evento	Defunciones	Familias damnificadas	Daños económicos (US \$)
Huracán Mitch	240	10.000	398 millones
Terremotos 2001	1.159	316.500	1.660 millones
Erupción volcán Ilimatepec y tormenta tropical Stan	69	14.525	355,7 millones

Ese mismo año, la tormenta Stan azotó el territorio salvadoreño durante seis días, con lluvias intermitentes que causaron inundaciones, y provocaron la muerte de 69 personas y cuantiosos daños materiales. Los departamentos de La Libertad, Sonsonate, San Salvador, La Paz, San Vicente y Santa Ana fueron los más afectados, con 81,5% de los damnificados y 87% de las defunciones. Para atender los albergues se asignaron más de 1.500 recursos humanos multidisciplinarios del área de salud. El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) brindó asistencia al MSPAS para la contratación de 200 profesionales, que estuvieron pendientes de las necesidades de los pobladores de las zonas afectadas. El Ministerio de Educación suspendió las clases y cerca de 269 centros escolares se utilizaron como albergues; además, 86 centros escolares quedaron inutilizados por las lluvias. El MSPAS informó que resultaron afectadas 80 instalaciones de salud (64 unidades de salud, tres hospitales, seis casas de salud y siete instalaciones administrativas). El monto total de los daños ascendió a US\$ 15,6 millones, de los cuales US\$ 9,7 millones correspondieron a las unidades de salud.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el impacto económico ocasionado por la erupción del volcán Ilimatepec y la tormenta Stan fue de US\$ 355,7 millones, de los cuales US\$ 196,2 correspondieron a daños directos (pérdidas de capital) y 159,5 a daños indirectos (pérdidas en flujo).

Violencia y otras causas externas

Según los datos de mortalidad general proporcionados por la DIGESTYC, en 2004 todos los tipos de lesiones de causas externas constituyeron la segunda causa de mortalidad general en el país, con una tasa de 81,6 por 100.000 habitantes (5.512 defunciones) y la tendencia fue ascendente comparada con 2002, con una tasa de 71,9 por 100.000 (4.687). En 2004 los homicidios fueron la causa más frecuente de lesiones de causa externa (tasa de 38,7 por 100.000 habitantes), seguidos por los accidentes de tránsito (26,0 por 100.000) y los suicidios (6,9 por 100.000). De todos los homicidios, accidentes de transporte y suicidios ocurridos en 2004, 90,8%,

79,1% y 74,9%, respectivamente, correspondieron al sexo masculino. Es importante resaltar que cuando se estiman los APVP, los homicidios fueron la primera causa de muerte, con un total de 140.432 APVP, que corresponde a 52,4% del total de APVP asociados a todas las muertes por lesiones de causas externas (Cuadro 4).

Según el MSPAS, en 2005 las tasas de incidencia de lesiones debidas a causas externas por 100.000 habitantes, en orden descendente, correspondieron a accidentes de trabajo (331), accidentes de tránsito de vehículos de motor (74), heridas con arma blanca (68), heridas por arma de fuego (49), maltrato físico (19) y violación sexual (2).

La DIGESTYC reveló que el total de defunciones por accidentes de tránsito ascendió de 1.415 en 1997 a 1.760 en 2004. Asimismo, la red hospitalaria del MSPAS notificó este tipo de traumatismos como la tercera causa de egresos hospitalarios, con 5.327 casos y una tasa de letalidad de 8,6%.

En cuanto a la violencia intrafamiliar, los médicos del MSPAS detectaron 438 casos, de los cuales 103 (23,5%) correspondieron al grupo de 0 a 9 años de edad y 151 (34,5%) a mujeres de 20 a 59 años.

Entre 1996 y 2004 se registraron más de 15.000 casos de intoxicaciones agudas por plaguicidas, para un promedio anual de 1.700 casos (tasa de 28 por 100.000 habitantes), de los cuales 67% correspondieron al sexo masculino. La red de hospitales atendió a 98% de los casos; las principales manifestaciones fueron de tipo digestivo (49%) y sistémicas (37%). La letalidad fue de 12%. El intento de suicidio fue la principal causa de intoxicación (46%) y el principal plaguicida utilizado fue la fosfamina; otras formas de intoxicación fueron de tipo accidental (28%) y laboral (26%).

Salud mental

Cifras del Programa Nacional de Salud Mental del MSPAS correspondientes a 2005 indican que las tasas de incidencia de trastornos de ansiedad fueron de 715,1 por 100.000 habitantes; depresión, 132,6; alcoholismo, 34,1; intento de suicidio, 7,7 y drogadicción, 1,7. Los primeros dos trastornos afectan principalmente a las mujeres. Se registraron 2.912 egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento relacionados con el alcohol; por uso de sustancias psicoactivas (209), trastornos del humor (406). En 2004 se notificaron 840 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento, con una tasa de 12,4 por 100.000 habitantes. La principal causa de muerte fue el uso de sustancias psicoactivas (consumo de alcohol en su mayoría). Los departamentos de Cuscatlán (22,3), San Vicente (14,8) y La Paz (11,1) registran las mayores tasas de mortalidad.

Adicciones

La FESAL 2002/03 estimó que 70% de la población masculina entre los 15 y los 59 años de edad ha fumado; 85% ha consumido bebidas alcohólicas y 33% ha consumido de 1 a 4 bebidas por semana. De acuerdo con el Informe Preliminar 2006 del Primer

Estudio Nacional sobre el Consumo de Drogas en la población general en El Salvador (16), se encuestaron 4.819 personas, de las cuales 61,6% de los hombres y 20,7% de las mujeres manifestaron haber consumido tabaco alguna vez. Se encontró que consumieron alcohol 66,5% de los hombres y 31,0% de las mujeres; tranquilizantes 5,0% de la población total; sustancias inhalables 3,1% de los hombres y 0,1% (casi inexistente) de las mujeres. En cuanto a las drogas ilícitas, la encuesta reveló que cerca de 150.000 salvadoreños han consumido alguna, y a los hombres correspondió el mayor consumo (15,2%) en comparación con las mujeres (0,5%). La principal sustancia usada fue la marihuana (hombres 14,3% y mujeres 0,2%), seguida por la cocaína (hombres: 4,0 % y mujeres: 0,2%), y en tercer lugar, los alucinógenos (hombres: 1,3% y mujeres 0,007%). El consumo de otro tipo de drogas fue muy bajo. La encuesta determinó que fue principalmente la población de 12 a 29 años de edad la que declaró haber consumido esas drogas. Los entrevistados manifestaron que resulta relativamente fácil o muy fácil conseguir cualquier tipo de drogas (71% de los hombres y 65% de las mujeres), y que la principal fuente de información sobre las drogas es la televisión.

Contaminación ambiental

La red hospitalaria del Ministerio de Salud notificó 310 casos de intoxicación por plaguicidas, de los cuales 71,6% afectaron a la población masculina y el restante 28,4% a la población femenina. Es importante resaltar que de estos casos, 123 (39,7%) fueron clasificados como intoxicación por plaguicidas dentro de la vivienda. Del total de ingresos hospitalarios hubo 20 muertes, de las cuales 13 correspondieron al sexo masculino. Los grupos de edad de 15 a 19 y 20 a 24 años presentan las tasas de intoxicación por plaguicidas más altas (6,8 y 7,8 por 100.000 hospitalizados respectivamente). Asimismo, la letalidad aumenta con la edad. La distribución geográfica de los casos de intoxicación por plaguicidas tiene un comportamiento variado, ya que está determinado por el tipo de sustancia. Por ejemplo, la intoxicación con organofosforados es más frecuente en los Departamentos de Usulután, Ahuchapán y Santa Ana, mientras que en la intoxicación por herbicidas y fumicidas, los Departamentos de la Unión, Usulután, La Libertad y Morazón cobran más importancia.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

El Salvador está profundizando un proceso de reforma sanitaria que responda a los derechos y deberes de sus habitantes, así como a la función del Estado de brindar atención gratuita a las personas que carecen de recursos. Asimismo, se concibe el concepto de salud en forma integrada e intersectorial, partiendo de la necesidad de bienestar de los usuarios desde el ámbito local y asegurando la calidad de vida, la protección social y la salud familiar en el contexto de un medio ambiente sostenible (17). En

este sentido, es importante fortalecer la integración del sector salud, organizar las redes integradas de servicios de salud, que optimicen el uso de los siempre escasos recursos, aseguren el acceso equitativo y oportuno a la población, e implementen estrategias de extensión de la protección social en salud (17). Se han realizado esfuerzos tendientes a modernizar las instituciones que conforman el sector, dando impulso a la descentralización en busca de la eficiencia, y al aumento de cobertura de servicios.

La reforma del sistema de salud procura redefinir los roles institucionales, separando las funciones rectora, normativa, financiera y de provisión de servicios, para optimizar la eficiencia de las acciones sectoriales (17). La Comisión Nacional de Seguimiento de la Reforma Integral de Salud, formada por el ministro de Salud, el director del ISSS y un representante de las organizaciones no gubernamentales, de gremiales de salud, del sector profesional de la salud, de los usuarios y de las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, se propone consensuar y formular los lineamientos sectoriales que van a regir la política nacional del sector salud, y ha concluido una propuesta de reforma de la salud presentada por el Ejecutivo a la Asamblea Legislativa para su discusión y aprobación. La política nacional visualiza un sistema de salud integrado, con coordinaciones intrasectoriales efectivas; un modelo de atención que disminuya la duplicación de esfuerzos y trabaje integrando los tres niveles, y un modelo de gestión basado en la descentralización y la participación social, que haga el mejor uso de los recursos, modificando el marco legal con arreglo a la realidad nacional (17). La Comisión Nacional de Seguimiento de la Reforma tiene cuatro subcomisiones: Recursos Humanos, Financiamiento, Organización del Modelo de Reforma y Participación Social.

La propuesta de reforma integral de salud contiene nueve lineamientos (17): 1) consolidar un sistema nacional de salud; 2) afianzar un modelo de atención basado en la promoción, la prevención y la atención primaria de salud; 3) consolidar un modelo de provisión mixta; 4) fomentar un modelo de gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud Pública; 5) institucionalizar la participación social como un eje transversal del sistema de salud; 6) promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud; 7) invertir en los recursos humanos para la salud como elemento central del cambio y gestión del sistema de salud; 8) fortalecer la intersectorialidad en la respuesta social organizada a los retos en salud y 9) garantizar servicios esenciales de salud a toda la población.

Estrategias y programas de salud

El Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) nace como una de las principales estrategias del Gobierno central para el sector salud, y es uno de los componentes del Plan Presidencial "Oportunidades". El FOSALUD ampliará la cobertura de los servicios esenciales de salud en los ámbitos rural y urbano, y la atención de urgencias y emergencias médicas mediante el desarrollo de pro-

gramas especiales orientados al fortalecimiento de la atención en salud pública. Los servicios proporcionados por FOSALUD son gratuitos y benefician a 3,8 millones de habitantes a nivel nacional. A partir de agosto de 2005, inició la prestación de servicios, contando a la fecha con 66 unidades de salud, con las modalidades de 24 horas, fines de semana y días festivos. El FOSALUD utiliza la infraestructura física de los establecimientos del MSPAS, maximizando así sus recursos. La transformación gradual y progresiva del sistema nacional de salud orientada a disminuir las desigualdades en el acceso a la salud mediante el aumento de la cobertura a servicios integrales, la reducción de las inequidades en materia de salud de los distintos grupos sociales y la introducción de nuevos enfoques en los modelos de atención, con énfasis en la integralidad, la desconcentración y la ordenación de las prestaciones y en los modelos de gestión de la salud, supone cambios en las estructuras y el funcionamiento institucional, en el desempeño de los funcionarios y equipos de trabajo, y en las formas de establecer objetivos, metas, planes y de gerenciarlos, de solucionar conflictos, de tomar decisiones basadas en la información relevante, de repensar los sistemas de incentivos morales, profesionales y económicos, y de controlar, evaluar y reconducir el proceso de cambio.

Dos ejercicios de medición del desempeño de las funciones esenciales en salud pública (FESP) realizados por el Ministerio de Salud Pública constituyen un hito para las necesarias transformaciones sectoriales en El Salvador. La primera evaluación (mayo de 2001) se realizó con participación multisectorial y multidisciplinaria y permitió obtener un panorama general de la situación respecto de los estándares óptimos que se desea alcanzar. El segundo taller de evaluación (abril de 2005) fue el resultado de un esfuerzo interinstitucional entre la OPS/OMS y el MSPAS, y destacó la necesidad de elaborar un plan nacional para el mejoramiento del desempeño. El MSPAS es el organismo de mayor presencia en el ámbito nacional en relación con la ejecución de las FESP. Sin embargo, no siempre puede desempeñar plenamente la función de Autoridad Sanitaria Nacional porque depende de las funciones y atribuciones definidas para otras instituciones, tanto fuera como dentro del sector salud.

Mejor puntuación obtuvieron las funciones más estrictamente relacionadas con la "inteligencia sanitaria", es decir, con las capacidades para desarrollar eficiencia y eficacia institucional. Así, las mejor evaluadas fueron las funciones de monitoreo y análisis de la situación de salud; vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud pública; diseño de políticas y planes para apoyar las actividades en salud pública y la función rectora de las autoridades de salud nacionales; fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en salud, y reducción del impacto de las emergencias y de los desastres sobre la salud, las cuales oscilan dentro del cuartil de desempeño medio superior y óptimo.

Las que merecieron la más baja puntuación fueron las funciones de promoción de la salud; participación social y refuerzo del

poder de los ciudadanos en materia de salud; evaluación y promoción de un acceso equitativo a los servicios de salud; desarrollo de recursos humanos y adiestramiento en salud pública; garantía de la calidad de los servicios dirigidos a las personas individualmente y a la población; y desarrollo y adopción de soluciones innovadoras, que se encuentran en el cuartil de desempeño mínimo (0,0%–0,25%).

Se han registrado importantes avances en algunos indicadores de las FESP pero, debido a la fragmentación del sistema de salud, otros solo han tenido un desarrollo parcial. El fortalecimiento de las funciones esenciales está generalmente determinado por las asignaciones de presupuesto, y por la acción interinstitucional e intersectorial, y depende también de las actitudes y prácticas de la sociedad civil.

El MSPAS se propone impulsar acciones en el marco de la Alianza Solidaria y de la Alianza por la Seguridad, que contribuyan a mejorar el nivel de vida y de salud de los salvadoreños. Para ello, propicia la eficiencia, eficacia, equidad, calidad y calidez en la provisión de los servicios, con un enfoque integral de la atención de salud, y fortaleciendo la participación activa de todos los actores sociales. Asimismo, ha adoptado como estrategia la conformación de sistemas básicos de salud integral (SIBASI), en los cuales los establecimientos de salud se organizan en redes que se apoyan entre sí, para fortalecer su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población (18). Cada SIBASI cubre una zona geográfica y una población delimitadas, lo que garantiza la distribución equitativa y el uso eficiente de los recursos para la atención permanente y eficaz de las necesidades sanitarias de esa población (18). El país se ha dividido en 28 SIBASI, que se encuentran bajo la coordinación de cinco equipos técnicos zonales (ETZ).

Los SIBASI constituyen la estructura básica y operativa que reúne en el contexto local los elementos del sistema nacional de salud, bajo la rectoría del MSPAS. Brindan un modelo de atención integral en salud, mediante una red de proveedores que, articulados armoniosamente, complementan esfuerzos evitando la duplicación de acciones con base en un uso eficaz y eficiente de los recursos que facilita el seguimiento y evaluación de las actividades en términos del impacto sobre la salud de la población bajo su responsabilidad (18). Según la Ley del Sistema Básico de Salud Integral, promulgada a finales de 2005 y vigente desde abril de 2006, las direcciones regionales constituyen el nivel técnico-administrativo gestor de los recursos asignados a los SIBASI, a los cuales corresponde toda la extensión de cobertura, sobre todo a la población más pobre de la atención de salud de primer nivel. Los SIBASI incluyen las intervenciones de distintos proveedores para la solución de los problemas identificados en el contexto local, mediante el modelo de atención integral y la ejecución de acciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación enfocadas en el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente, con el fin de obtener un nivel de salud que contribuya al desarrollo social. Para la atención de esa población, el SIBASI coordina sus acciones de primer nivel con establecimientos de

salud de segundo y tercer nivel. El sistema de referencia y retorno será el elemento que propicie la integralidad y continuidad en la atención. Para que el SIBASI desarrolle su potencialidad, deberá mantenerse la coordinación y promoverse la corresponsabilidad de todas las fuerzas sociales y económicas. Son, pues, necesarias la participación social y la intersectorialidad para unir esfuerzos que contribuyan a la resolución de los problemas y garantizar la transparencia en la gestión (18).

Organización del sistema de salud

El sector salud está conformado por cuatro subsectores: el público, la seguridad social, los servicios médicos de entidades autónomas, y el privado. En el área gubernamental participan principalmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP), el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Sanidad Militar, Bienestar Magisterial y el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI).

El Código de Salud (1987), actualmente en revisión para ser presentado al Congreso, asigna al MSPAS funciones normativas, reguladoras, de administración de programas, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión directa de servicios de salud (teóricamente 80% a 85% de la población).

El Consejo Superior de Salud Pública tiene a su cargo numerosas funciones, sobre todo en aspectos normativos, reguladores y operativos.

El Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), ente autónomo vinculado con el órgano ejecutivo a través del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, desempeña funciones normativas, de administración de programas de salud, financieras, de apoyo técnico-administrativo y de provisión de servicios a la población asegurada y sus respectivos beneficiarios (16% de la población).

Sanidad Militar brinda servicios médicos preventivos y curativos al personal de las Fuerzas Armadas, así como a pensionados militares y grupos familiares. En los últimos años ha comenzado a prestar servicios médicos a la población que lo requiera, mediante pago directo, para optimizar su infraestructura (3% de la población).

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos es un ente autónomo dedicado a la rehabilitación, para lo cual cuenta con varios institutos especializados en la atención de personas con discapacidad y personas de la tercera edad.

El Programa de Bienestar Magisterial proporciona servicios de salud exclusivamente para los maestros y su grupo familiar, mediante la contratación de servicios y con la contribución financiera de sus afiliados y un subsidio gubernamental.

La población cubierta por el MSPAS se estimó en 50% (4), aunque en términos generales se ha sostenido por años que alcanza a 80%. La última Encuesta de Demanda de Servicios de Salud, realizada en 1988, indica que, a nivel de la atención ambulatoria, el MSPAS atiende aproximadamente a 40%–45% de la demanda; mientras que, a nivel hospitalario, este indicador as-

ciende a 75% de la demanda nacional. Asimismo, el MSPAS informó haber realizado en 2004: 527.902 atenciones infantiles a menores de 1 año; 709.923 controles infantiles al grupo de 1 a 4 años; 341.974 controles prenatales; 73.447 partos; 222.142 atenciones de planificación familiar, con una estimación de 206.310 usuarias activas de 15 a 49 años, incluidas esterilizaciones; 331.825 egresos hospitalarios; y 93.099 cirugías mayores, con un porcentaje de ocupación hospitalaria de 85,2% (12). El MSPAS tiene como población de referencia la de escasos recursos económicos, y la población en general en casos de catástrofes o epidemias, tal como lo establece la Constitución de la República. En la práctica, el MSPAS atiende a toda persona que así lo requiera, independientemente de su condición socioeconómica, esté o no adscrita a algún sistema de aseguramiento (19). Ello impide que el MSPAS concentre sus recursos y esfuerzos en la población de menores recursos, que es la que más los necesita.

En cuanto al ISSS, entre asegurados y beneficiarios suma alrededor de 1.099.988 personas, es decir 16% de la población total del país. No obstante, del total de personas que se enfermaron o accidentaron, únicamente 11% asistieron a establecimientos de este instituto (4). En general, la población afiliada al ISSS pertenece al sector formal de la economía.

Sanidad Militar atiende al personal de las fuerzas armadas y sus familiares. No se cuenta con cifras fidedignas sobre su cobertura. Bienestar Magisterial atiende únicamente al gremio de maestros y sus familias. La información indica que su cobertura ronda 1,6% del total de población. El aseguramiento privado no está suficientemente desarrollado en el país. De hecho, los seguros colectivos no sobrepasan a 1% de la población; los privados sin fines de lucro, 0,1%, y los privados con fines de lucro, poco más de 1% de la población. Un porcentaje nada despreciable de población (18%) consulta a curanderos, farmacéuticos u otros para resolver su problema de salud (4). En resumen, alrededor de 12% de la población no está cubierto por ningún tipo de seguro médico privado o público.

Servicios de salud pública

La introducción de nuevas vacunas han sido logros relevantes, como la introducción de la triple bacteriana (difteria, tos ferina y tétanos) en 1997, la vacuna contra la hepatitis B en 1999, la vacuna contra la fiebre amarilla para viajeros en 2000, la vacuna pentavalente (DPT + HB + Hib: difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b) en 2002, la vacuna contra la influenza en 2004 para niños de 6 a 23 meses y adultos mayores de 60 años, con la cual se han realizado ya tres jornadas nacionales, y la vacuna SR (vacuna doble viral: sarampión y rubéola), para adultos de 15 a 39 años. El país se prepara para la introducción de la vacuna contra la gastroenteritis por rotavirus en octubre de 2006. La introducción de esta vacuna se logró mediante la estrategia de “apertura de espacio fiscal” para un fondo de salud recaudado en concepto de impuestos al licor y el tabaco (FOSALUD).

Los indicadores de vigilancia de las parálisis flácidas agudas se han mantenido por encima de los estándares mínimos internacionales, con tasas superiores a 1 por 100.000 en mayores de 15 años; los indicadores de vigilancia del sarampión/rubéola han estado arriba de 80%, excepto el de investigación adecuada de casos, que ha permanecido inferior a ese porcentaje en los últimos seis años. Después de 2004 no se han detectado casos de síndrome de rubéola congénita, pero es necesario mejorar la búsqueda activa de casos. En cuanto a la vigilancia de rotavirus, el país posee siete hospitales centinelas que han logrado detectar los serotipos circulantes en el país desde 2003 (G1P8), 2004 (G1P8 y G9P8), 2005 (G9P4) y 2006 (G2P4 y G9P8), lo cual permitirá evaluar el impacto de la introducción de la vacuna en 2006.

En 41% de los municipios del país las coberturas de vacunación son en promedio de 95% o más; 59% de los municipios (156 de 262) aún deben incrementar las coberturas a 95% o más con todos los biológicos, por lo que se requiere la intensificación de intervenciones de vacunación y vigilancia epidemiológica. En un futuro cercano se modificará el sistema de información del programa de inmunización a fin de obtener datos de coberturas por género y zona (urbana y rural), que permitan corregir las inequidades en los municipios mediante estrategias de intensificación de la vacunación.

Según datos del MSPAS, en 2001 se inició la aplicación del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/sida (73 tratamientos) y a diciembre de 2005 lo recibían 2.235 personas, un marcado incremento en el número de personas con acceso gratuito a estos fármacos. En 2006 (enero a junio), también se administró el tratamiento con antirretrovirales a 94 mujeres embarazadas, como profilaxis para la transmisión vertical, y a 104 recién nacidos, como profilaxis postexposición perinatal. Según estadísticas del MSPAS, desde la implementación del tratamiento antirretroviral en 2001 (73 tratamientos) se ha registrado un incremento anual, en particular en los dos últimos años (731 tratamientos nuevos en 2004 y 980 en 2005). Según datos del Plan Estratégico Nacional para la Prevención, Atención y Control del VIH/sida y las ITS (infecciones de transmisión sexual), 44% de los pacientes están recibiendo tratamiento antirretroviral, lo que supera la recomendación de la OMS de que al menos 25% de las personas con infecciones notificadas deben estar bajo tratamiento, y refleja el avance logrado por el país en esta materia.

Del total de pruebas para la detección del VIH realizadas en 2005, 48,5% correspondieron a mujeres embarazadas, de las cuales 0,14% resultaron positivas. En ese mismo año también se notificaron tratamientos con fármacos antirretrovirales a 242 mujeres para profilaxis postexposición y a 242 recién nacidos para profilaxis postexposición perinatal. Las estadísticas muestran una reducción significativa desde 2001, cuando se notificaron 142 casos de infección por el VIH/sida en menores de 1 año, hasta 2004 y 2005, con 20 casos cada año, lo que representa un logro importante para el país. La reducción se debió al fortalecimiento en 2003 de la iniciativa para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH/sida a nivel nacional, mediante la realiza-

ción de pruebas gratis en las unidades de salud del país que cuentan con laboratorio; a la capacitación de los niveles operativos del Ministerio; y a una intensa campaña educativa en los medios de comunicación. Las pruebas de tamizaje aumentaron de 98.393 en 2001 a 217.748 en 2005 (más de 100%) debido a la descentralización del diagnóstico y el uso de pruebas rápidas. Solo 20,3% de los hombres y 5,6% de las mujeres declararon haber utilizado condón en su última relación sexual (8).

El subsector de agua potable y saneamiento está constituido por la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA), que presta servicios en 151 municipios; 110 municipios son atendidos por alcaldías y otros abastecedores, y solo Cuisnahuat, en el departamento de Sonsonate, carece de sistema de abastecimiento de agua en la zona urbana. En la zona rural, las mismas comunidades administran los servicios. El país carece de una política nacional de recursos hídricos y no existe una separación clara ni adecuada de las funciones de regulación, normatividad y prestación de servicios.

Los datos de cobertura de servicio de agua potable muestran que 65,5% de los hogares del país disponen del servicio de agua por cañería privada; 11,2% la extraen de pozos, y 10,4% de la pila o chorro público. En la zona urbana, 80,9% de los hogares se abastecen por cañería privada y 10,1% por pila o chorro público. Por el contrario, en la zona rural solo 39,5% de los hogares disponen de agua por cañería dentro de la propiedad, 24,9% extraen agua de pozo y 19,7% lo hacen por medio de ojo de agua. En el Área Metropolitana de San Salvador (AMSS), el abastecimiento de agua a los hogares se realiza principalmente por medio de cañería privada (80,2%), seguido de pila o chorro público, incluido el chorro común (7,6%) (7).

Actualmente continúa el proceso de reforma del sector hídrico, con propuestas que incluyen: un anteproyecto de ley de aguas con enfoque de cuencas y ordenamiento sostenible del subsector de agua potable y saneamiento; una política nacional de agua y saneamiento para la zona rural; una propuesta de políticas orientadas a la promoción del ordenamiento de tierras, y la creación de una Comisión Nacional de Recursos Hídricos. El MSPAS continúa con el programa de desinfección del agua de consumo, para lo cual produce y promueve el uso de una solución de hipoclorito de sodio al 0,5% llamada PURIAGUA. Asimismo, destina importantes esfuerzos para mantener en funcionamiento los 250 equipos generadores, promueve la participación ciudadana, impulsa estrategias educativas para el uso del PURIAGUA y procura fortalecer el compromiso de los actores del sector salud.

En octubre de 2004, el MSPAS oficializó la norma técnica sanitaria para la instalación, uso y mantenimiento de letrinas secas sin arrastre de agua, en la que se regulan los diferentes tipos de letrinas utilizadas para la disposición sanitaria de excretas en la zona periurbana y rural del país.

Según datos del Ministerio del Medio Ambiente correspondientes a 2005, se generaban 2.715,3 toneladas por día de basura (2.258,4 corresponden a la zona urbana y 456,9 provienen de la zona rural), lo que equivale a una producción anual de 991.084,5

toneladas; cerca de la mitad de esta cifra se genera en el Área Metropolitana de San Salvador, que está controlada por una red de recolección y disposición final adecuada en un relleno sanitario que posee las condiciones mínimas sanitarias de ingeniería para recibir 1.500,0 toneladas por día. A nivel nacional se ha avanzado en cuanto a la disposición final y se encuentran funcionando otros 10 rellenos sanitarios tanto manuales como mecanizados. La cobertura de recolección urbana de los desechos sólidos comunes, que era de 73,7% en 2003, aumentó a 81,0% en 2005, lo que significa que 211 municipios del país prestan algún tipo de servicio de recolección de basura. Además, 88% de los municipios subsidian la recolección con fondos propios, lo que equivale a decir que o bien las tarifas son muy bajas o la gente no paga a nivel nacional la generación promedio diaria de basura por persona (0,62 kg), lo cual tiene implicaciones para la sostenibilidad de las labores municipales de recolección. Finalmente, no existe hasta la fecha un programa nacional para el manejo integral de los desechos; sin embargo, se ha avanzado en el establecimiento de un marco regulador para el manejo integral de los desechos sólidos que fija las normas relativas a la recolección y el transporte, y los criterios ambientales para los sitios de transferencia, tratamiento y disposición final.

De acuerdo con la Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Empresarial (FUSADES), en 2003 se descargaron en el país 1,25 millones de toneladas de contaminantes, entre los cuales los más importantes son el monóxido de carbono (CO), 36% y los compuestos orgánicos volátiles (COV), 28%. San Salvador (300.000 toneladas) es el departamento con mayor emisión de contaminantes atmosféricos, seguido por los departamentos de La Libertad (152.000 toneladas) y Sonsonate (140.000 toneladas). La fuente principal de emisión de contaminantes son los vehículos de motor y la leña para cocción. En el caso del departamento de San Salvador, 51% de las emisiones contaminantes provienen de vehículos de motor. Las zonas más afectadas son los municipios de San Salvador (zona centro), Soyapango, Santa Tecla y Apopa. En los Departamentos de Santa Ana y Sonsonate, la leña para la cocción residencial es la principal fuente de contaminación, con 49% y 47% respectivamente del total de las emisiones. Uno de los elementos asociados a la contaminación es la edad de los vehículos; se encontró que, en 2003, 35% del parque automotor tenía más de 20 años y resultaba responsable de 50% de las emisiones contaminantes. Asimismo, los vehículos fabricados entre 1998 y 2003, que constituyen 20,6% del total de la flota vehicular, solo son responsables de 5,25% del total de las emisiones contaminantes.

Se estima que emiten contaminantes atmosféricos 13,4% de la disposición final de desechos sólidos mediante quema de basura a cielo abierto y compostaje, así como 81% de los rellenos sanitarios.

En cuanto a los desechos sólidos hospitalarios, en los 30 hospitales nacionales se está aplicando el principio sanitario de la separación en el origen de los desechos comunes y peligrosos, con lo que se ha logrado reducir el riesgo de contaminación laboral y ambiental. Se han equipado dos hospitales nacionales (Nueva

Guadalupe y Santiago de María de los departamentos de San Miguel y Usulután respectivamente) y 21 unidades de salud de los SIBASI de Cojutepeque, La Paz y Santiago de María, con aparatos que pulverizan y destruyen desechos punzocortantes (agujas contaminadas con fluidos biológicos) lo que supone la reducción en la fuente y el control de la disposición final de estos desechos. Esta adjudicación se efectuó con el apoyo de la Agencia de Cooperación Alemana (GTZ). Se fortaleció la formación y capacidad técnica de 196 recursos del MSPAS, entre ellos del personal que integra los comités de infecciones nosocomiales de los 30 hospitales nacionales, y técnicos en saneamiento ambiental, epidemiología y enfermería de los 28 SIBASI. Por último, cabe mencionar el esfuerzo institucional del MSPAS para regular el manejo de los desechos bioinfecciosos; hasta la fecha ya se ha oficializado una Norma Obligatoria (NSO: 13.25.01:05, del tomo 370 del Diario Oficial, con fecha 2 de febrero de 2006), asimismo, se dispone de un modelo de gestión para manejar sanitariamente este tipo de desechos. De las 7,58 toneladas por día que se generan, 3,85 cumplen satisfactoriamente las condiciones sanitarias que la norma exige.

El Salvador no produce plaguicidas, solo realiza la formulación o maquila para empresas que realizan la comercialización, y esa formulación representa 5% del total de plaguicidas comercializados. El resto de los plaguicidas se importan como productos formulados generalmente en presentación de 200 l o 25 kg.

En cuanto a la utilización de plaguicidas, datos del Ministerio de Agricultura y Ganadería indican que el mayor porcentaje de inversión en plaguicidas corresponde a las hortalizas (13,9% a 30,8 %). Los cultivos agroindustriales tienen un patrón común de 3,6% (café) a 4,7% (caña) y 8,6% (granos básicos). Asimismo, para el control de vectores los más utilizados son: deltametrina, permetrina, bendiocarb, k-aotrine y temefós. El marco legal ha dado la pauta para la cancelación de productos correspondientes a la denominada “docena sucia” (DDT, aldrín, dieldrín, clordano, heptacloro, 2,4-D, y paratión, entre otros).

El MSPAS se compromete a mantener el sistema de vigilancia y a establecer un plan de fortalecimiento en el Laboratorio Central para la puesta en práctica de la determinación de plaguicidas en aguas y de la capacitación continua a nivel institucional para la atención directa de pacientes, así como en las comunidades, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad por intoxicaciones.

En materia de seguridad alimentaria nutricional, el MSPAS impulsa diversas iniciativas; una de ellas es el programa de Atención Integral en Nutrición (AIN), una estrategia basada en la comunidad que promueve la salud y nutrición a través del monitoreo del aumento de peso de las mujeres embarazadas y los niños menores de 2 años de edad, y que además se lleva a cabo por medio de voluntarios (padres y madres) y del equipo local de salud, principalmente los promotores de salud. Otras iniciativas son el programa Nutriendo con Amor Crecerá Sano El Salvador, que se ejecuta desde 2000 en coordinación con la Secretaría Nacional de la Familia, los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad, que proporciona orientación nutricional, alimentos y suplementos proteínicos a menores de

5 años, mujeres gestantes y madres en el período de lactancia, y el Plan de Atención Nutricional dirigido al grupo materno-infantil en los municipios afectados por la crisis del café.

Para garantizar el suministro de vitaminas y minerales a la población se ha impulsado el Programa de Fortificación de Alimentos Procesados, que beneficia a toda la población, con una cobertura de alcance nacional. El programa cuenta con cuatro alimentos fortificados: la sal con yodo, el azúcar con vitamina A, la harina de trigo con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B, y la harina de maíz nixtamalizado con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B.

El Salvador cuenta con un Sistema Nacional de Protección Civil —conforme a lo establecido por la Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres, del 30 de agosto de 2005—, responsable de velar por la seguridad de poblaciones en peligro, y a cargo de la coordinación con las otras instituciones (gubernamentales, no gubernamentales, empresas privadas, instituciones de socorro, etc.) en caso de desastre o para la prevención de desastres.

Servicios de atención a las personas

La red pública está compuesta por 623 establecimientos de salud (30 hospitales, 367 unidades de salud, 170 casas de salud, 51 centros rurales de nutrición, 3 clínicas y 2 centros de atención de emergencias). Hay cuatro hospitales de referencia de tercer nivel (Maternidad, Infantil, Neumológico y Especialidades) (12). De igual forma, el ISSS cuenta a nivel nacional con 273 centros de atención para la salud, distribuidos en 11 hospitales, 65 unidades de salud (33 clínicas comunales y 32 unidades médicas) y 197 clínicas empresariales (12).

En el marco de la modernización del sistema de salud, el Programa Nacional de Sangre y la Comisión Red Nacional de Bancos de Sangre de El Salvador (que incluye al MSPAS, la seguridad social, Sanidad Militar, la Cruz Roja y hospitales privados), están participando en diferentes actividades con el fin de garantizar que los receptores de sangre y productos sanguíneos dispongan de sangre segura en forma oportuna y eficiente.

En general, el Programa Nacional de Sangre ha seguido las resoluciones y líneas estratégicas promulgadas por la OPS/OMS en materia de seguridad sanguínea, y ha logrado avances en cuanto a la capacitación de los recursos humanos que intervienen en las diferentes etapas del proceso. Se ha revisado el marco legal y se han elaborado los reglamentos de medicina transfusional y bancos de sangre, que se encuentran sometidos actualmente a la firma del Presidente de la República. Asimismo, se han preparado manuales normativos de selección de donantes y medicina transfusional, y el Laboratorio Central Max Bloch del MSPAS y otras instituciones afines continúan participando en los programas de evaluación externa del desempeño que promueve la OPS/OMS. Se ha propuesto la regionalización de los bancos de sangre y para ello se impulsa la implementación de un plan estratégico de zonificación dentro del programa de mejora continua de la calidad del sector.

Según el informe del Laboratorio Central Max Bloch correspondiente al período de enero a diciembre de 2005 (20), existen 32 centros de recolección de sangre en los que se han recolectado 80.142 unidades de sangre, de las cuales solamente 9,5% procedían de donantes voluntarios y el resto (90,49%) de familiares y amigos. De estas, 0,09% resultaron positivas para VIH; 0,28% para hepatitis B; 0,019% para hepatitis C; 1,02% para sífilis, y 2,4% para enfermedad de Chagas. El 95,3% de las unidades fueron separadas en componentes sanguíneos.

En el contexto de la reforma y modernización en salud mental, la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales nacionales San Juan de Dios, en Santa Ana, de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Zaldaña, San Juan de Dios, en San Miguel, y San Rafael en La Libertad, ha permitido sistematizar la avocación de los servicios en salud mental a las zonas de influencia de dichos hospitales. Ello ha posibilitado el descongestionamiento paulatino de la demanda en el Hospital Nacional Psiquiátrico, y ha definido un espacio de atención especializada. A fin de unificar criterios para la implementación de servicios en salud mental, se han elaborado los lineamientos para la creación de unidades de salud mental en hospitales generales. Asimismo, se cuenta con documentos reguladores que proporcionan los lineamientos para la atención en salud mental: 1) la norma de atención integral en salud mental, 2) las guías clínicas para la atención de los problemas más frecuentes de salud mental, 3) las guías clínicas para la atención de personas con conductas adictivas a sustancias psicoactivas, y 4) el modelo de intervención en crisis en situaciones de emergencias y desastres, que presenta los elementos necesarios para la atención psicológica oportuna y la derivación de los casos que requieran atención especializada.

Se ha elaborado una propuesta de descentralización de la atención de la persona epiléptica que entrará en vigencia a partir de 2007, con la consecuente oficialización de la guía de atención integral al paciente con epilepsia.

Promoción de la salud

Las instituciones gubernamentales y no gubernamentales trabajan bajo las directrices expresadas en el Programa de Gobierno 2004–2009: País Seguro, cuyas líneas de acción en la salud (calidad y cobertura universal); fortalecimiento social y familiar (cohesión social), y seguridad ciudadana (mejor calidad de vida) están dirigidas a mejorar las condiciones de vida de los habitantes (18). Para ello, el MSPAS ha definido como política institucional el fortalecimiento del proceso de descentralización y modernización institucional, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, riesgos y daños al medio ambiente, y la rehabilitación, mediante un enfoque de atención primaria para mejorar el nivel de salud de la población y el ambiente (18). Se continúa desarrollando el modelo de atención integral en salud concebido como el conjunto de principios, normas, intervenciones e instrumentos para la promoción de la salud, mediante el funcionamiento de los programas Nutriendo con Amor, Maternidad Segura, Escuela

Saludable, Centros Rurales de Nutrición, Salud Mental, la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), Programa ITS/VIH/sida, y Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, entre otros.

El Instituto del Seguro Social de El Salvador (ISSS) es un eslabón entre la promoción y la prevención, y aplica estas estrategias a través de las clínicas comunales en apoyo al modelo de provisión definido como “alternativas para organizar en redes a los proveedores públicos y privados que garanticen el acceso a los beneficios del sistema de salud con calidad, equidad y continuidad” (17).

En 2001 se firmó una Declaratoria Nacional para la Promoción de la Salud, en la que se propuso aplicar políticas públicas que contengan criterios de participación social, inversión en salud, corresponsabilidad, investigación en salud, y procesos de municipalización. Hasta el presente se dispone de una propuesta para una política nacional de promoción de la salud construida con la participación activa de representantes de las instituciones que realizan actividades de promoción de la salud (18). Los temas dentro de la estrategia de comunicación, educación, o ambas, incluyen aspectos relacionados con las formas de vida saludable, la salud ambiental, y la vacunación, entre otros.

Se promueve la participación y la formación de alianzas entre la sociedad civil y los diversos sectores, especialmente para desarrollar, implementar y evaluar la política o los programas de promoción de la salud, tales como: la formación de comités de consulta social en el ámbito comunitario; la existencia de proyectos con participación de los gobiernos locales, las universidades, los comités intersectoriales, las alcaldías, la Policía Nacional Civil, el MSPAS y organismos no gubernamentales, entre otros; y la construcción de políticas, normas y planes sobre la base de consultas y consensos, como resultado de los cuales se diseñó la política de promoción de la salud.

Entre las principales dificultades para la aplicación de la política de promoción de la salud se encuentran: la falta de presupuesto específico; la falta de sistematización que permita multiplicar las experiencias exitosas; el desconocimiento intersectorial de las acciones de promoción que realiza cada sector específico; la falta de fortalecimiento de la aplicación de las leyes y normativas vigentes, y la escasez de profesionales capacitados. De acuerdo con el MSPAS, los principales retos para el desarrollo y fortalecimiento de la promoción de la salud en los próximos cinco años son: realizar el seguimiento a la Declaratoria Nacional de la Promoción de la Salud; aprobar y socializar la política de promoción de la salud elaborada en diciembre de 2005; crear programas, planes y proyectos de promoción de la salud; mejorar las estrategias de comunicación, información y divulgación; llevar a cabo una gestión financiera que garantice la sostenibilidad y formación de recursos humanos; crear políticas públicas saludables y perfeccionar la legislación vigente; sistematizar e intercambiar experiencias exitosas en materia de promoción de la salud; crear condiciones para una participación social de las comunidades en materia de promoción de la salud; orientar la coo-

peración internacional hacia proyectos de promoción de salud; crear un Consejo Nacional de Promoción de la Salud y fortalecer las redes de promoción, y fomentar la participación intersectorial en los niveles público y privado.

Recursos humanos

En 2005 El Salvador contaba con 10.694 médicos registrados. Entre 2000 y 2005, la razón de médicos por habitante aumentó de 14,1 a 15,5 por 10.000 habitantes. Un crecimiento similar se observó proporcionalmente en otras carreras de la salud, aunque en menor número. La razón de licenciados en enfermería por médico experimentó un sensible descenso al pasar de 0,5 en 1999 a 4,9 en 2003 y a 4,7 en 2005. El mayor aumento de especialistas se observó en el campo de la salud pública; en los últimos años se están impartiendo tres cursos de especialidad de los que egresan cerca de un centenar de profesionales en cada promoción (19). El mayor incremento de recursos humanos se produjo en el rubro de personal de enfermería de todo tipo, que pasó de 13.784 enfermeras en 2003 a 15.191 en 2005.

Gasto y financiamiento sectorial

De acuerdo con las Cuentas Nacionales de Salud de El Salvador, el porcentaje del PIB corriente destinado a salud entre 1999 y 2004 fue de 7,8% y disminuyó a 7,7% del PIB en 2003, mientras que el gasto per cápita en salud pasó de US\$ 161 en 1999 a US\$ 184 en 2004. Estas cifras ubican al país en un nivel medio/bajo del gasto en salud en el ámbito latinoamericano (1).

Por otra parte, la composición del gasto en salud (tanto o más importante que el monto total gastado), se concentró en tres agentes: los hogares, los empleadores y el Gobierno. La información obtenida de las cuentas de salud revela que un alto porcentaje (más de 50%) del gasto nacional en salud procede del gasto directo de bolsillo de los hogares, si bien durante los últimos años ha ido incrementándose paulatinamente la participación del gasto público dentro del gasto total en salud. La alta participación de los gastos directos de los hogares es un indicador importante de desigualdad en la contribución del gasto en salud del país, razón por la cual es necesario generar esquemas de financiamiento del sector salud que prioricen la protección financiera de las familias.

El Ministerio de Hacienda, en su carácter de institución recaudadora y administradora de los ingresos del Estado, ejerce la macrofunción de financiamiento (captación, distribución y administración de recursos financieros de carácter público o privado para la provisión de servicios de salud). El presupuesto del MSPAS ha pasado de US\$ 231,99 millones en 2002 a US\$ 313,07 millones en 2006, lo que en términos relativos significa que ha experimentado un aumento de 35% (US\$ 81 millones) respecto del monto aprobado para 2002. Si bien ha habido un incremento en valores absolutos y corrientes del presupuesto asignado al MSPAS durante los últimos años, este no ha sobrepasado 1,8% del PIB.

Cooperación técnica y financiera en salud

La cooperación internacional ha desempeñado un papel relevante para el MSPAS, ya que entre 1999 y 2004 ha apoyado el desarrollo de planes, programas y proyectos prioritarios en el ámbito nacional y ha ayudado a afrontar las emergencias provocadas por brotes de epidemias, terremotos e inundaciones. En 2005 el financiamiento de la cooperación internacional ha apoyado la cobertura de servicios integrales de salud en zonas vulnerables. Las acciones estratégicas incluyeron: la promoción de programas de calidad; la disminución de la mortalidad materno-infantil; la atención integral en programas como el de prevención, atención y control del VIH/sida y las ITS, de atención al adolescente y al adulto mayor, y programas de nutrición, desastres y saneamiento básico. Además se apoyó el diseño de proyectos de reconstrucción y equipamiento de la red de establecimientos de salud, mejorando su capacidad instalada, y se proporcionó asistencia técnica y capacitación al personal de salud. Según datos de la Oficina de Cooperación Externa (Dirección de Planificación del MSPAS) en 2005 se recibieron US\$ 15,4 millones. El crédito del Banco Mundial para la reconstrucción de la infraestructura física hospitalaria luego del terremoto del 2001, ascendió a US\$ 142,6 millones. En el período 2003–2004 se contó con donaciones que fueron ejecutadas directamente por los organismos donantes, por un monto de US\$ 16.672.114. Los proyectos realizados con estos fondos fueron: el Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica US\$ 1.325.766 (USAID); la reconstrucción de infraestructura de salud US\$ 2.343.541 (USAID) y fondos del Gobierno US\$ 271.285; el fortalecimiento de la atención primaria de salud, la calidad del agua y el saneamiento ambiental US\$ 3.255.590 (Unión Europea); el Programa VIH/sida y tuberculosis US\$ 6.593.932 (Fondo Global), y el Programa de Salud en Oriente US\$ 2.882.000 (Gran Ducado de Luxemburgo). Por otra parte, la cooperación técnica de la OPS/OMS para el bienio 2004–2005 fue de US\$ 4.644.003,03 y se distribuyó en cuatro áreas (epidemiología, salud ambiental, seguridad humana, calidad de los servicios).

Referencias

1. Meerhoff R. Análisis del financiamiento del sector salud de la República de El Salvador y de la producción de servicios del MSPAS y del ISSS. OPS-El Salvador; diciembre 2005.
2. El Salvador, Ministerio de Economía. Resultados económicos 2005 y Perspectivas 2006: Informe de gestión. MINEC; diciembre 2005.
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, El Salvador. Informe sobre el desarrollo humano: El Salvador 2005. Una mirada al nuevo nosotros. El impacto de las migraciones. PNUD-El Salvador; 2005.
4. El Salvador, Ministerio de Economía, Dirección General de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2003. MINEC; 2004.
5. El Salvador, Ministerio de Economía. Disponible en: www.minec.gob.sv.
6. Organización Panamericana de la Salud. Informe final. Flash Appeal: Atención a emergencias. OPS-El Salvador; 2005.
7. El Salvador, Dirección General de Estadística y Censos. Disponible en: www.digestyc.gob.sv.
8. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar. FESAL 2002–2003. El Salvador; julio 2004.
9. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Evaluación de disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia en El Salvador, 2003.
10. Organización Mundial de la Salud; Cooperación Técnica Alemana; Universidad Don Bosco. Encuesta para Personas con Discapacidad; 2000–2001.
11. Banco Mundial. Perfil de los pueblos indígenas de El Salvador; 2003.
12. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín sobre indicadores de salud. MSPAS; 2004.
13. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín informativo sobre la situación del VIH/sida en El Salvador; junio 2006.
14. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. 2006 Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra: ONUSIDA; 2006.
15. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas, 2002. Washington, DC: OPS; 2002.
16. Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas. Primer estudio nacional sobre consumo de drogas en población general de El Salvador: Informe preliminar. SIDUC; abril 2006.
17. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de El Salvador sobre los logros en promoción de la salud con respecto a los compromisos en la declaración de México. MSPAS; julio 2002.
18. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores 2005–2006.
19. El Salvador, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de labores 2003–2004.
20. El Salvador, Ministerio de Salud y Asistencia Social; Organización Panamericana de la Salud. Marco conceptual y operativo para el desarrollo del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI).