
EL SALVADOR

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

A mediados de 1995 la economía salvadoreña entró en una fase de desaceleración. En 1992 y 1993 el producto interno bruto (PIB) alcanzó un crecimiento “real” —ajustado según la inflación— de más de 7%. En 1994–1995 el PIB solo creció 6% y en 1996, 3%. Esta reducción del ritmo de crecimiento se asoció con la reducción de la demanda interna, y con el menor dinamismo de las exportaciones de bienes y servicios y el cambio de las expectativas empresariales. El resultado fue una disminución importante de la inversión interna bruta del sector privado, que pasó de representar 16,6% del PIB en 1995 a 11,9% en 1996.

Durante el período 1990–1995 el motor del crecimiento económico fue la demanda interna generada por un incremento sostenido del consumo. Este fue financiado con las divisas provenientes de los Acuerdos de Paz, el creciente flujo de remesas enviadas por salvadoreños residentes en Estados Unidos y Canadá —unos US\$ 1.000 millones cada año— y la expansión del crédito al sector privado.

Como resultado de la política de estabilización la inflación se redujo a 7,4%, el mínimo desde 1975. La política de libertad y convertibilidad cambiaria se mantuvo estable en 1996, con un tipo de cambio nominal de 8,75 colones salvadoreños por dólar estadounidense. Las reservas monetarias internacionales netas se incrementaron a US\$ 1.100 millones, un equivalente a 81% de la base monetaria y a cinco meses de importaciones de bienes. Lo anterior fue posible debido a la reducción del déficit de la balanza comercial y de la cuenta corriente de la balanza de pagos. El ahorro y la inversión internos han recuperado niveles de 16% y 18% del PIB, respectivamente, similares a los de los años setenta.

La desaceleración impactó la economía de la población trabajadora. Según un informe del Consejo Monetario Cen-

troamericano, la tasa de desempleo abierto en 1996 fue de 10%, a pesar de que en los dos años anteriores se había reducido a 7,7%. Los salarios mínimos nominales no llegaron a modificarse en 1996; ajustados según la inflación disminuyeron 6,7%.

En el ámbito político los aspectos más sobresalientes de los últimos años son los avances de la reforma y la modernización del Estado, el progreso en la participación política y electoral y la finalización del período de cumplimiento de los Acuerdos de Paz.

En la actualidad el debate nacional entre el Gobierno y los diferentes sectores sociopolíticos se centra en la segunda fase de la reforma estructural o modernización del Estado. Esta requiere cambios que demandan mayor participación de la empresa privada, sin la cual difícilmente se lograría imprimir consistencia y continuidad a esa reforma. Los temas de debate son las estrategias para mejorar las condiciones sociales y la competitividad nacional, mantener la estabilidad macroeconómica, desarrollar instituciones modernas, aumentar la competitividad del sector privado, llevar a cabo la reforma de los servicios de salud, de la educación y otros servicios públicos, y desarrollar una nueva forma de inserción en la economía internacional. Un principio que comanda el proceso de modernización es que el gobierno no debe ser productor de bienes y servicios. En esa línea el Gobierno ha impulsado la privatización de numerosos activos.

Por otra parte, el período de aplicación de los Acuerdos de Paz ha llegado a su término y la mayoría de los acuerdos —el programa de transferencia de tierras, el de inserción de excombatientes en la vida productiva, las reformas políticas y del sector judicial, las modificaciones de la policía y las fuerzas armadas y las reformas políticas y electorales— se han cumplido.

Comparando los indicadores de la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples 1991–1992 con los de la de 1995, se observa que la población que no tenía ningún año de estu-

dio pasó de 26% en 1991 a 21,5% en 1995, y la que tenía más de seis pasó de 23% a 28,5%. La tasa neta de inscripción en la educación básica aumentó de 79% en 1989 a 94% en 1996. La tasa de deserción en educación básica bajó de 15% en 1989 a 6% en 1996 y la tasa de repetición, de 8% en 1990 a 6% en 1996. El analfabetismo disminuyó de 42% en 1989 a 23% en 1996.

Hay un problema importante de hacinamiento en viviendas improvisadas y en ranchos y chozas rurales. El tipo de vivienda más frecuente es la vivienda independiente, tendiendo a desaparecer la casa colectiva (mesón), los ranchos y chozas rurales y las casas improvisadas urbanas.

En saneamiento básico hay grandes deficiencias y marcadas desigualdades entre áreas urbanas y rurales. Las coberturas alcanzadas son muy bajas y los servicios prestados son generalmente deficientes. Los datos de cobertura disponibles (1995) indican que 53% de la población del país cuenta con abastecimiento público de agua. La población urbana tiene una cobertura de 86% (80% con conexión domiciliaria y 6% con pila pública o cantarera) y la población rural, 17% (16% con conexión domiciliaria y 1% con pila pública). La cobertura de eliminación de excretas alcanza a 69% de la población. En el área urbana 57% de la población urbana está conectada a sistema de alcantarillado y 25% dispone de letrinas. En el área rural 56% de la población dispone de letrinas.

El gasto en educación constituyó en 1994 la décima parte del gasto público, manteniéndose la tendencia al ascenso desde 1990. En cambio el gasto en vivienda fue solo de 0,5% en 1995, cuando en 1985 había sido casi de 6%.

El gasto social “real” —a precios constantes— fue 17% menor en 1994 (¢1.200 millones) que en 1985 (¢1.000 millones). Lo mismo ocurrió con el gasto real en educación. Solamente el gasto real en salud creció de cerca de ¢280 millones de 1985 a casi ¢400 millones.

Los indicadores de pobreza han experimentado una disminución importante: de niveles de alrededor de 60% en 1990 se ha pasado a 47,5% en 1995.

Como parte de la estrategia para combatir la pobreza el Gobierno ha promovido una política de desarrollo local orientada a dinamizar la economía de los pequeños productores en alianzas competitivas con el sector empresarial del nivel local.

La guerra que duró desde los años setenta hasta 1992, año en que se firmaron los Acuerdos de Paz, ocasionó un brusco cambio de la dinámica demográfica salvadoreña. Durante estos años aumentó la mortalidad masculina y se acrecentó la migración hacia el exterior y la separación de parejas, lo que contribuyó a disminuir la fecundidad.

En 1997 la población se estimó en 5,91 millones de habitantes, de los cuales 49,0% son hombres y 51,0% mujeres. La tasa de crecimiento demográfico anual es de 2,1%.

De los 14 departamentos del país, el más poblado es el de San Salvador, donde vive 30,7% de la población. La concentración urbana de la población es cada vez mayor. En 1996, 56,7% de la población vivía en áreas urbanas y 43,3% en áreas rurales. En 1995 la tasa de crecimiento demográfico urbano (2,6%) duplicó la rural (1,3%). La población salvadoreña es predominantemente joven y por cada 100 personas en edad productiva hay 72 que dependen de ellas. En 1996 los menores de 5 años representaban 13% de la población; el grupo de 5 a 14 años, 24%; el de 15 a 19, 12%; el de 20 a 24, 11%; el de 25 a 59, 34%; el de 60 años y más, solo 6%.

Durante los años setenta se inició una intensa emigración que creció hasta llegar a unas 69.000 personas anuales entre 1980 y 1985. Luego disminuyó hasta unos 11.000 emigrantes anuales entre 1990 y 1995. Se estima que en ese período la población rural experimentó una tasa neta anual de emigración —hacia el extranjero o hacia zonas urbanas— de 13 por 1.000.

La tasa global de fecundidad en 1990–1995 en las áreas urbanas fue de 3,1 hijos por mujer; en las rurales, 4,2. Para el período 1995–2000 se estima una tasa global de fecundidad promedio de 3,2.

La tasa bruta de natalidad en 1990 fue de 30,1 por 1.000 habitantes. En 1996 fue de 28,3 por 1.000.

Mortalidad

En el período 1990–1995 se estimaron unas 36.000 defunciones por año, lo que implica una tasa bruta anual de mortalidad de 7,0 por 1.000 habitantes.

En 1994 se registraron 30.541 defunciones, estimándose un subregistro de alrededor de 21%. Las enfermedades del aparato circulatorio ocuparon el primer lugar como causa de muerte, con 33%, seguidas por las causas externas, con 19% de las defunciones (83% en el sexo masculino, siendo predominantes en este grupo las lesiones no intencionales y los homicidios), los tumores, con 14,2%, las enfermedades transmisibles, con 10% (con predominio de las enfermedades infecciosas intestinales), y las afecciones originadas en el período perinatal, con 4,3%. Con excepción de los tumores, la mortalidad por todas estas causas de muerte fue mayor en el sexo masculino.

De todas las defunciones ocurridas en 1994, las de menores de 1 año representaron 9%; de 1 a 4 años, 2%; de 5 a 9 años, 1%; de 10 a 19 años, 4,6%; de 20 a 59 años, 36,2%, y de 60 años y más, 47,2%.

La esperanza de vida estimada para el período 1985–1990 fue de 63,4 años para ambos sexos, en hombres 59 años y en mujeres 68. Para el período 1990–1995 fue de 67,1 años, aumentando a 63 años en varones y a 71 en mujeres.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

La mortalidad infantil oscila entre 32 y 55 por 1.000 nacidos vivos. En un estudio en hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se halló una mortalidad de 22,8 por 1.000 nacidos vivos en 1994. En general se acepta que las estimaciones más reales son las de la Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 93), según la cual habría una mortalidad infantil de 41 por 1.000.

En 1994 se registraron 2.653 defunciones de menores de 1 año, aproximadamente 12% menos defunciones que en 1992.

En la FESAL 93 se detectó mayor mortalidad infantil en el área rural, lo que se debió a la mayor mortalidad posneonatal en las zonas rurales (22 por 1.000 frente a 13 por 1.000 en las urbanas).

En 1994, la causa de 49% de las muertes en menores de 1 año fueron las afecciones originadas en el período perinatal, 29% de las mismas debidas a retraso del crecimiento fetal, desnutrición e inmadurez; 19% a hipoxia, asfixia y a otras afecciones respiratorias, y 1% a enfermedades de la madre que afectan al feto y al recién nacido. En 29% de las muertes en menores de 1 año el motivo fueron las enfermedades transmisibles, con un predominio de las infecciones intestinales (57%) y las neumonías (29%).

En el grupo de 1 a 4 años hubo 600 defunciones en 1994 y la principal causa de muerte fueron las enfermedades transmisibles, con 47%. De estas, 60% fueron infecciones intestinales. Las causas externas contribuyeron con 16,3% de la mortalidad en este grupo.

En la morbilidad atendida en 1996 en consultas externas, notificada por el Ministerio de Salud Pública, en menores de 1 año las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar con 22% del total de primeras consultas. El segundo lugar, con 6% de las consultas, lo ocupó el parasitismo intestinal; en tercer lugar, la infección intestinal mal definida, con 4,0%.

En el grupo de 1 a 4 años la primera causa de morbilidad de la consulta externa en 1996 fueron las infecciones respiratorias agudas, con 41% del total de primeras consultas. El parasitismo intestinal aportó 10%, y la infección intestinal mal definida, 7%.

Las principales causas de egreso hospitalario en las unidades del Ministerio en niños de 1 a 4 años en 1996 fueron la neumonía y la bronconeumonía con 19% del total de egresos; la infección intestinal mal definida con 13%; el asma y el espasmo bronquial no especificado con 10%, y las infecciones respiratorias agudas con 4%.

En 1994 hubo 302 defunciones de niños de 5 a 9 años, 41% debidas a causas externas y 20% debidas a enfermedades

transmisibles. Entre las causas externas, los accidentes ocuparon el primer lugar con 49%, siendo mucho más frecuentes en el sexo masculino. Los homicidios, la mayor parte también de varones, representaron 7% de las muertes por causa externa. Entre las enfermedades que generaron mayor mortalidad en este grupo destacan las infecciones intestinales, las neumonías, los trastornos de la nutrición y la anemia. Este patrón de distribución de la mortalidad no ha variado en los últimos años.

En niños de 5 a 14 años las infecciones respiratorias agudas contribuyeron con 30% del total de primeras consultas, seguidas por el parasitismo intestinal con 15% y las infecciones urinarias con 3%.

La salud del adolescente

En 1994 aproximadamente la mitad de la mortalidad —46%— en el grupo de 10 a 14 años se debió a causas externas. Las lesiones no intencionales, homicidios y suicidios han sido las principales causas de muerte, con 55%, 22% y 20%, respectivamente, con predominio en varones, a excepción del suicidio.

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron responsables de 18% de las defunciones en el grupo de 10 a 14 años.

En el grupo de 15 a 19 años las causas externas fueron las predominantes, con 67%. Los homicidios y las lesiones no intencionales fueron las causas más relevantes de mortalidad dentro de estas. La distribución por sexo denota un marcado predominio de homicidios en hombres. El suicidio predomina en mujeres.

La segunda causa de mortalidad de adolescentes de 15 a 19 años fueron las enfermedades cardiovasculares y en tercer lugar todas las demás enfermedades, entre las cuales la principal causa de muerte son las complicaciones del embarazo y del parto.

Del total de mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, solamente 4,4% usaron anticonceptivos en su primer coito. El problema de la ilegitimidad de la nueva familia originada por el embarazo de la adolescente se añade al de la edad de la pareja, ya que alrededor de 30% de estas adolescentes se unen a hombres al menos seis años mayores que ellas.

De los casi 1.300 delitos que tienen lugar cada mes, 69% son cometidos por adolescentes y jóvenes de menos de 25 años, muchos de ellos reincidentes.

Según el censo de 1992, 52% de los adolescentes son estudiantes de educación básica, 7% de educación media y menos de 1% de educación superior; 41% no estudian o entran tardíamente al sistema educativo.

En 1988, en la encuesta de Evaluación de la Situación Alimentaria y Nutricional se halló que solo 8,5% de las familias tenían una adecuada ingesta de hierro, y entre los grupos más

afectados por la ferropenia estaban los adolescentes. La Encuesta Nacional de Bocio Endémico en Escolares reveló en 1990 la existencia de bocio por falta de yodo en 25% de los escolares de entre 7 y 14 años. La prevalencia fue notablemente mayor en el área rural (31%) y en las niñas (28%) en comparación con los niños (21%).

El uso de drogas en estudiantes adolescentes está aumentando. En un estudio realizado por la Fundación Salvadoreña en 1992, las bebidas alcohólicas y el tabaco resultaron las principales drogas consumidas por este grupo en la capital, seguidas a distancia por los estimulantes y tranquilizantes, la marihuana y la cocaína, estas últimas mucho más habituales en adolescentes de clase alta. En los grupos más postergados el uso de inhalantes es considerable.

La salud del adulto

En el grupo de 20 a 59 años se registraron 11.056 defunciones durante 1994. Las causas externas fueron responsables de 35% de las muertes, siendo los homicidios responsables de 50% de las defunciones por causas externas, los suicidios de 27% y las lesiones no intencionales de 21%. Mientras los suicidios predominaron en mujeres, los homicidios y las lesiones no intencionales fueron mayoritarios en hombres.

Todas las demás enfermedades y las del aparato circulatorio comparten el segundo lugar, con 22% cada una. En todas las demás enfermedades ocupan la posición más importante los trastornos mentales y dentro de ellos el alcoholismo.

Los tumores malignos representan 14,7% de las defunciones. Los más frecuentes son los de órganos digestivos y peritoneo, con 24% del total, y los genitourinarios, con 19% y predominio en el sexo femenino.

En el grupo de 15 a 44 años, en 1996 las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como causa de consulta externa, con 11% del total de primeras consultas. La infección urinaria ocupó el segundo lugar, con 6%.

Las principales causas de egreso hospitalario en la población de 15 a 44 años atendida en unidades del Ministerio de Salud Pública durante 1996 fueron las complicaciones del parto y del puerperio, con 18,3% del total de egresos.

La tasa de mortalidad materna estimada para El Salvador en 1993 fue de 119 por 100.000 nacidos vivos.

En los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el control prenatal de las embarazadas aumentó de 44,6% en 1992 a 55,5% en 1996. En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) la cobertura de la población asegurada (14% del total) llegó a 98% en 1995 y el promedio de consultas por embarazada fue de 5,1.

El porcentaje de embarazadas inscritas en control de embarazo en el Ministerio antes de las 12 semanas de gestación fue de 37,3% en 1995 y de 38,3% en 1996.

Se estima que la población que demanda servicios privados (10% del total de la población) tiene una cobertura de atención prenatal de más de 95%.

En la población cubierta por el Ministerio la proporción de partos en hospital se ha incrementado de 37,1% en 1992 a 42,1% en 1996. En el ISSS aumentó de 10,9% en 1992 a 14,0% en 1996. Se estima que en 1996 en el sector privado se atendieron 10,0% del total de partos, por lo que los partos hospitalarios pudieron haber sido ese año 66,3% del total.

La incidencia de cesáreas en las maternidades del Ministerio aumentó de 20,0% de los partos en 1992 a 22,9% en 1996.

El parto en el hogar atendido por partera tradicional capacitada se incrementó de 20% en 1992 a 23% en 1996.

En los servicios del Ministerio en 1992 el personal médico atendió 69% de los partos, el de enfermería 16% y el auxiliar de enfermería 16%. En 1995 los porcentajes fueron 93%, 3% y 4%, respectivamente. En el ISSS y en los servicios privados 100% de los partos fueron atendidos ese año por personal médico. El parto atendido por personal capacitado se elevó de 68% en 1992 a 79% en 1996.

La salud del adulto mayor

En 1992 vivían en El Salvador unas 379.000 personas de 60 años y más, 53,7% mujeres y 46,3% varones. De esa población, 55% eran residentes de áreas urbanas y 45% de áreas rurales, 53,4% eran analfabetos, 23,5% eran personas económicamente activas, estaban jubilados 20,8%, 29,9% no tenían ingresos y 25,8% no recibían dinero de familiares que vivían en el extranjero.

En 1994 se produjeron en este grupo de edad 14.443 defunciones de las que cerca de la mitad fueron debidas a enfermedades cardiovasculares. La segunda causa de mortalidad fueron los tumores, con 20%. En tercer lugar, todas las demás enfermedades aportaron 18% de las defunciones; de estas, 10% fueron debidas a diabetes (69% de las defunciones por esta enfermedad ocurrieron en mujeres).

Las seis causas más frecuentes de egresos hospitalarios en pacientes de este grupo de edad en unidades del Ministerio en 1996 fueron en orden decreciente la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la insuficiencia renal crónica, la neumonía y la bronconeumonía, la diabetes mellitus, las hernias abdominales, la enfermedad cerebrovascular y las cataratas.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. En 1995 hubo 9.529 casos de dengue clásico y 129 de dengue hemorrágico —se consideró un año epidémico—; los serotipos

responsables fueron el 3 y el 4 y los meses con mayor incidencia, julio y agosto. En 1996 se notificaron 795 casos de dengue clásico y un solo caso de dengue hemorrágico. La mayor incidencia se registró en la zona oriental del país. Entre 1991 y 1995 han circulado en el país los cuatro serotipos de dengue y en 1995 lo hicieron simultáneamente los serotipos 3 y 4.

La población salvadoreña residente en 1996 en áreas de transmisión del paludismo era de algo menos de 5,5 millones. En 1994 se registraron 2.798 casos, 3.358 en 1995 y 5.884 en 1996. El índice parasitario anual ha aumentado de 0,52 en 1994 a 1,0 en 1996. Todos los casos son debidos a *Plasmodium vivax*.

De 55.069 muestras de sangre sometidas a control de calidad durante 1996, 2,2% fueron seropositivas a la enfermedad de Chagas. La última encuesta entomológica realizada en 1997 mostró únicamente la presencia de *Triatoma dimidiata*, con un índice de infestación de casas variable de 2% a 47%. En 1995 un estudio realizado en los departamentos de Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate demostró la presencia de *Triatoma dimidiata* en 86% de las viviendas examinadas; 63% de los vectores estaban infestados por *Trypanosoma cruzi*. En 1996 un estudio en 200 embarazadas del departamento de Chalatenango mostró una seroprevalencia de 5%.

La leishmaniasis causada por *Leishmania chagasi* constituye un problema importante de salud en el departamento de San Vicente. En 1996 se detectaron 129 casos, 94% en el área rural y 65% en mujeres. En el grupo de 5 a 14 años se concentraron 47% de los casos.

Enfermedades inmunoprevenibles. Las coberturas de vacunación con BCG y tres dosis de DPT en menores de 1 año en 1995 y 1996 fueron de 100%. En 1995 la cobertura de vacunación con las tres dosis de la vacuna antipoliomielítica oral fue de 94%, y en 1996, de 100%. En septiembre de 1994 El Salvador fue declarado libre del virus salvaje de la poliomielitis. La cobertura de vacunación antisarampión en 1995 alcanzó 93%, y en 1996, 97%. El 82% de las mujeres en edad fértil fueron vacunadas con dos dosis de toxoide tetánico.

En 1994 se presentaron 12 casos de tos ferina; en 1995, 4 y, en 1996, 3, sin que se registrara ninguna defunción en ese trienio, en el que tampoco se detectó caso alguno de difteria; solo hubo un caso de sarampión en 1996. La incidencia de tétanos neonatal se ha reducido considerablemente: en 1994 hubo 9 casos con 4 defunciones; en 1995, 3 casos sin defunciones, y en 1996, 5 casos y una sola defunción.

Hasta 1997 las campañas nacionales de vacunación se han seguido realizando a razón de tres campañas por año.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. En 1991, año en que se introdujo el cólera en el país, se notificaron 945 casos con una letalidad de 3,5%. Durante los cuatro

años siguientes se registraron respectivamente 8.106, 5.525, 15.280 y 6.447 casos, con una letalidad en los cuatro años de ese período de 0,6%, 0,2%, 0,3% y 0,1%. En 1996 se registraron solamente 182 casos, con una letalidad de 1,1%.

En 1996 el parasitismo intestinal fue la segunda causa de morbilidad, registrándose 233.406 casos con una tasa de incidencia de 4.745 por 100.000.

En 1996 se notificaron 146.188 casos de enfermedad diarreica, con una incidencia de 2.972 por 100.000. En 1996 la enfermedad diarreica fue la tercera causa de morbilidad.

Infecciones respiratorias agudas. En 1994 la neumonía fue la causa de 31% de las defunciones por enfermedades transmisibles, y los más afectados fueron los menores de 1 año y los ancianos. En 1995 la neumonía ocupó el segundo lugar dentro de las 10 primeras causas de mortalidad hospitalaria, con 371 defunciones en 14.684 egresos, lo que significa una letalidad de 2,5%.

En 1995, las infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer lugar como causa de morbilidad, con 721.538 consultas; la neumonía ocupó el quinto, con 99.472. En 1996 las infecciones respiratorias agudas y la neumonía ocuparon los mismos lugares como causas de morbilidad, con 795.758 y 98.428 consultas, respectivamente.

Rabia. Se registraron 15 casos de rabia humana en 1993, 13 en 1994, 7 en 1995 y 12 en 1996.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. De 1984 a diciembre de 1996 se notificaron 1.789 casos de sida. A partir de 1991 la tasa de incidencia anual se incrementó progresivamente, pasando de 2,5 por 100.000 habitantes en 1992 a 7,6 por 100.000 en 1996. En 1996 se registraron 417 casos de sida y 264 VIH positivos.

En 1996 hubo tres casos de sida en varones por cada dos casos en mujeres.

La vía predominante de exposición al VIH es la sexual, que contribuyó a 88,5% de los casos entre 1991 y 1996 (75,8% de los casos con exposición heterosexual, homosexual en 7,2% y bisexual en 5,5%). A la transmisión vertical madre-hijo se atribuyeron 4,1% de los casos, a uso de drogas endovenosas 1,2% y a transfusiones sanguíneas 0,6%.

De 1991 a 1996 se han registrado 80 casos de sida en menores de 12 años, de ellos 50% en menores de 1 año. Desde 1984 a 1996 se han notificado 1.514 VIH positivos diagnosticados en bancos de sangre y en laboratorios públicos y privados. De ese total, 89% provinieron de áreas urbanas.

La incidencia anual de sífilis adquirida se ha mantenido estable entre 1992 y 1996 debido a que las intervenciones de prevención a nivel nacional tienen baja prioridad. En 1992 la incidencia de sífilis fue de 33,6 por 100.000; en 1995 fue de 25,6 por 100.000.

La incidencia de chancro blando en 1992 fue de 48,6 por 100.000; en 1995 de 14,7 por 100.000. De linfogranuloma venéreo se registraron 7,4 casos por 100.000 habitantes en 1993; en 1995 fueron 4,2 por 100.000. La gonorrea tiene alta incidencia y prevalencia pero su notificación ha presentado una leve disminución de 1993 (81,8 por 100.000) a 1995 (79,5 por 100.000). El herpes genital ha presentado una incidencia estable en los últimos años. En 1993 se notificaron 21 casos por 100.000 habitantes y en 1995, 23 por 100.000. La incidencia de tricomoniasis urogenital se estimó en 1993 en 260 por 100.000 habitantes; en 1994, en 362, y en 1995, en 296 por 100.000.

Enfermedades crónicas transmisibles. En 1996 la incidencia de casos de tuberculosis con baciloscopia positiva fue de 67,3 por 100.000; la de tratados, 64,3; curados, 51,9; abandonos, 8,5; fracasos, 0,4, todos ellos por 100.000 habitantes. La enfermedad mostró una tendencia al descenso durante 1995 y 1996, más marcada este último año.

La lepra está en fase de eliminación. En total hay registrados 20 casos crónicos y 9 casos nuevos. Todos son adultos. Con diagnóstico de lepra multibacilar hay dos casos nuevos y cinco antiguos.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo. En la FESAL 93 se midió el peso y la talla de los menores de 5 años en todo el país. El porcentaje con baja talla para la edad fue de 22,8%, lo que representa una disminución con respecto a la proporción de 31,7% que se estimó en 1988; el porcentaje con bajo peso para la edad descendió de 16,1% a 11,2%. La desnutrición crónica en las áreas rurales (28,1%) fue mayor que la de las zonas urbanas (13,6%). El porcentaje de retraso del crecimiento en menores de 5 años fue cinco veces mayor (33,6%) en hijos de madres sin educación formal que en los de madres con 10 o más años de educación (7,1%). La desnutrición crónica en la población de nivel socioeconómico bajo (31,4%) fue mucho mayor que en el nivel medio (18,7%) y en este mayor que en el nivel alto (9,4%). Las diferencias entre niñas y niños fueron muy escasas.

Respecto a la desnutrición aguda, dada por el peso insuficiente para la talla, la FESAL 93 reveló que 1,3% de los menores de 5 años tienen un valor de peso para la talla inferior a la media menos 2 desviaciones estándar.

En 1993 la prevalencia de desnutrición global —déficit de peso para la edad— fue de 11,2% a nivel nacional, siendo la proporción en zonas rurales (14,0%) el doble que en las zonas urbanas (7,2%). El porcentaje de bajo peso para la edad en hijos de madres con bajo nivel educativo fue cinco veces mayor que en los de madres con 10 años o más de educación.

La prevalencia de desnutrición global asciende de 4,8% entre los menores de 1 año a 14,4% entre los de 12 a 35 meses, y vuelve a descender a 10,6% entre los de 35 a 59 meses.

El estudio realizado en febrero-marzo de 1994 en 78 municipios de alto riesgo para establecer la línea basal para el Programa Nacional de Nutrición reveló prevalencias de desnutrición más altas que las de la FESAL 93. La desnutrición global encontrada fue de 14,9%; la crónica, de 25,5%, y la aguda, de 3,8%. Según el análisis de ingesta alimentaria, en estos 78 municipios 58% de las embarazadas no cubren sus necesidades calóricas y 40,5% no cubren las de proteínas.

Las deficiencias de yodo, de vitamina A y de hierro son problemas de importancia sanitaria en el país. La Encuesta Nacional de Bocio Endémico en Escolares mostró en 1990 que el bocio endémico es un problema importante, presente en 24,8% de los escolares de 7 a 14 años (28,4% en niñas y 20,8% en niños). La prevalencia en escolares de zonas rurales (30,6%) es mayor que en los de áreas urbanas (20,7%). En 1996 el contenido de yodo de 90% de la sal producida en el país era biológicamente significativo (>20 mg/kg).

En 1988, en la Evaluación de la Situación Alimentaria y Nutricional se halló una ingesta insuficiente de vitamina A en una proporción muy grande de la población. En las áreas rurales el consumo de más de 70% de la población infantil no llegaba a la mitad de la dosis recomendada. En 1994, en un estudio para establecer un nivel basal para el Programa Nacional de Nutrición se estimó que la ingesta de vitamina A no llegaba a cubrir las necesidades fisiológicas de 95% de las embarazadas, 96% de las madres que amamantan y 99% de los niños de 6 a 36 meses de edad.

La Evaluación de la Situación Alimentaria y Nutricional de 1988 mostró una ingesta de hierro adecuada solo en 8,5% de las familias. La investigación indicó que en el área metropolitana la mayor contribución a la ingesta de hierro procede de los productos de origen animal, mientras que en las áreas rurales el hierro procede sobre todo de los frijoles y la ingesta promedio de este elemento es mucho menor. En 23% de los menores de 5 años se hallaron niveles de hemoglobina indicativos de anemia (<11 g/dl). El grupo más afectado fue el de 12 a 17 años, con 51% de anemia. Según la encuesta de 1994 para el Programa Nacional de Nutrición, en los 78 municipios estudiados la alimentación de 93% de las embarazadas, 68% de las madres lactantes y 85% de los niños de 6 a 36 meses no cubría las necesidades de hierro.

Según la FESAL 93, menos de 25% de los niños de 3 meses habían recibido lactancia materna exclusiva; la mayoría tomaba leche materna y suplementos. El suplemento más común en los menores de 3 meses fue el agua; el uso de atoles o sólidos fue mínimo. La duración promedio de la lactancia exclusiva se estimó en menos de 1 mes, la de la lactancia completa en 2,8 meses y la de la lactancia de cualquier tipo, en 15,5 meses.

El porcentaje de niños amamantados disminuyó entre 1988 y 1993 de 93,1% a 91,2%. El descenso se atribuye principalmente a cambios en la población del área metropolitana. En el mismo período hubo incrementos mínimos en la duración promedio de la lactancia. El porcentaje de niños amamantados fue más bajo en el área metropolitana (86,4%) que en el área rural (94,0%). La incidencia y duración de la lactancia fue menor en los estratos de mayor nivel educativo y socioeconómico. Las mujeres que trabajan fuera del hogar amamantaron menos que las amas de casa. En los nacidos en hospitales la proporción de amamantamiento fue menor que en los nacidos en partos atendidos por parteras. Las cifras más bajas de amamantamiento correspondieron a los nacidos en hospitales privados o del Seguro Social.

Enfermedades cardiovasculares y tumores. Las enfermedades cardiovasculares fueron en 1994 la primera causa de defunción, con 33% del total, predominando en varones, a los que correspondieron 51,8% de las muertes por esta causa.

Los tumores ocuparon el cuarto lugar como causa de muerte en 1994, con 14,2% del total; 60,4% de las muertes correspondieron al sexo femenino y 39,6% al masculino. Los tumores malignos más frecuentes como causa de muerte fueron los de órganos digestivos, con 30,2%. Se estima que en 1996 hubo en todo el país 5.436 primeras consultas por tumores malignos, de los que 43% fueron de cuello uterino, seguidos por los tumores malignos de estómago, con 14% del total.

Causas externas de morbimortalidad y trastornos del comportamiento. Las lesiones no intencionales o "accidentes" y las muertes violentas fueron en conjunto la tercera causa de mortalidad en 1994 —19% de las defunciones—, predominando en varones, con 84% del total de defunciones. Casi 90% de las defunciones por causas externas se produjeron en los grupos de entre 15 y 59 años.

En 1995 se registraron 4.210 delitos sexuales y 9.912 casos de violencia familiar. El Instituto de Medicina Legal notificó 667 casos de violencia familiar, en los que 84% de las víctimas fueron mujeres, agredidas casi siempre por sus compañeros, esposos o padres.

En 1994 el Ministerio de Salud Pública notificó 1.961 casos de intoxicaciones por plaguicidas; en 1995, 1.439 casos y en 1996, 1.469. En 1996 se introdujo la ficha de investigación de intoxicaciones y se estudiaron 506 casos de intoxicados (59% en varones), de los cuales fallecieron 40 (8%). El origen de la intoxicación fue el intento de suicidio en 50% de los casos; en 19% la intoxicación se produjo por exposición ocupacional y en 1% por acción homicida. Los organofosforados causaron 27% de las intoxicaciones registradas, los fumigantes (fosfominos), 23%, los herbicidas (bipiridilos), 16%, y los carbamatos, 14%.

Se considera que los problemas más frecuentes de salud mental son los síndromes depresivos y de angustia, y el alcoholismo.

Discapacidades. En 1992 la población discapacitada censada fue de 81.721 personas, 53,3% varones. Algo más de la mitad —50,9%— eran residentes de áreas urbanas. Los impedimentos registrados fueron ceguera (22,2%), sordera (17,6%), mudez (4,3%), retardo mental (16,2%), pérdida de extremidad superior (15,5%), pérdida de extremidad inferior (13,9%) o más de un impedimento (10,3%).

En 1993 se llevó a cabo un censo nacional de discapacitados por causa del conflicto bélico, promovido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Unión Europea. Se registraron 12.114 discapacitados físicos por causa del conflicto bélico, de los que solo 11% fueron mujeres (83% varones; en el resto no se pudo registrar el sexo).

Desastres naturales y accidentes industriales. Dada la ubicación geográfica y la geología de El Salvador, son comunes los fenómenos geológicos y meteorológicos que causan a menudo grandes pérdidas humanas y materiales. Las inundaciones son frecuentes en la parte baja de la cuenca de los ríos Lempa y Grande de San Miguel, principalmente en los meses de julio a septiembre.

La preferencia por el agua subterránea se debe a que aproximadamente 90% del agua superficial se encuentra altamente contaminada por desechos orgánicos, productos agroquímicos, desechos industriales y una erosión desproporcionada ocasionada por la tala irracional de los bosques. La variación estacional en el régimen de lluvias hace que 97% de la precipitación anual se produzca en el período húmedo (mayo a octubre), época en la que escurren 84% de todos los recursos hídricos del territorio nacional, por lo que hay escasa disponibilidad en tiempo de sequía.

En 1997 se produjo un escape químico en la empresa SILCA cuando se trasladaba gas licuado de un camión contenedor a bidones individuales. Por falta de cumplimiento de las medidas de seguridad se produjo una intoxicación masiva de unas 500 personas, 20 de ellas casos graves.

En el área metropolitana de San Salvador, donde se localizan 13 municipios y 1,5 millones de habitantes, la cobertura de recolección de basura es muy baja, de alrededor de 60%. Unas 600 toneladas diarias de basura no se recogen, lo que promueve los vertederos ilegales diseminados en predios baldíos, quebradas y vías públicas. El resto de los municipios del país presentan una situación aún más deplorable.

Las mediciones en el área metropolitana de San Salvador muestran una clara tendencia ascendente de las concentraciones atmosféricas de partículas en suspensión provenientes de la combustión en vehículos, fábricas, quemadas agrícolas e incineración de basura.

En junio de 1996 entró en vigencia la prohibición del uso de gasolina con plomo y a partir de enero de 1998 se regulan las emisiones de CO, CO₂ e hidrocarburos en motores diesel.

Otro problema considerable de contaminación atmosférica en interiores es la utilización de leña como fuente de energía, dado que por el tamaño y distribución de las viviendas rurales, el humo es inhalado por el grupo familiar.

Se estima que hay un subregistro importante de accidentes producidos en el medio laboral, ya que solo los notificados oficialmente por los patronos son contabilizados por el ISSS. En 1992 se registraron 14.056 accidentes laborales y en 1996, 18.225. En el período 1992–1996 las actividades económicas con mayor número de accidentes fueron las industrias manufactureras, la construcción y las relacionadas con el comercio.

Entre 1992 y 1995 se registraron 540 muertes por accidentes de trabajo. Las enfermedades ocupacionales más frecuentes son las neumopatías, la dermatitis por contacto en las manos (por cemento) y la intoxicación por plomo.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

El Plan Global de Desarrollo para el quinquenio 1994–1999 plantea una profunda reorganización y modernización del sector público, en el contexto del Programa de Modernización Pública del Gobierno. En el sector salud, la política general definida por las autoridades ministeriales es “mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña mediante la modernización del sector y el desarrollo de programas interinstitucionales tendentes a la atención integral de salud de las personas y la disminución de los riesgos y daños al medio ambiente”. En este contexto se han establecido como principales componentes estratégicos los siguientes.

Reorganización y reestructuración de las instituciones del sector, con el criterio de transformar la organización burocrática en una organización que genere innovación y valor agregado.

Descentralización de los sistemas programáticos y administrativos de salud, mediante la transferencia de las funciones de planeamiento, administración, obtención y asignación de recursos para la provisión de servicios de salud desde el nivel central hacia las otras instancias públicas o privadas, con objeto de adecuar las estructuras organizativas a las nuevas responsabilidades.

Nuevas modalidades en la provisión de servicios de salud, dada la escasa cobertura poblacional actual. Se prevé la provisión de servicios mediante nuevas modalidades que garanticen el acceso a un paquete básico de servicios de salud gratuitos para toda la población, fundamentalmente en los aspectos preventivos. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

garantizará también el acceso a un paquete de servicios clínicos esenciales, incluidos los servicios de atención de segundo nivel, tales como atención del parto, cirugía general, tratamiento ambulatorio y de hospitalización en las cuatro especialidades básicas, tratamiento de urgencias de traumatismos e intoxicaciones y tratamiento de tuberculosis y de infecciones agudas referidas desde el primer nivel de atención. Los indigentes serán subsidiados por el Estado y el resto de la población tendrá acceso a estos servicios mediante el pago directo por prestación y un seguro médico mínimo obligatorio.

Readecuación del marco legal. La revisión y adecuación del marco legal en el sector salud tiene como objetivo que El Salvador cuente con instrumentos legales que permitan fortalecer el Estado y las instituciones que lo integran, en su función normativa y reguladora aplicable a nivel sectorial (entidades públicas y privadas).

Participación social. Se reconoce el papel decisivo de la sociedad civil en el manejo de sus asuntos, incluida la devolución del protagonismo que le corresponde en la administración de programas de bienestar social. La participación social, en sus múltiples manifestaciones, deberá estimularse y facilitarse como estrategia más importante de producción de salud. Actualmente está en marcha un plan piloto para impulsar la estrategia de delegación técnico-administrativa de los establecimientos del primer nivel por medio de la adjudicación de estos establecimientos a organizaciones no gubernamentales. En la Unidad de Salud del municipio de San Julián, departamento de Sonsonate, la prestación de los servicios es responsabilidad de la Fundación Salvadoreña para la Salud.

Organización del sector salud

Organización institucional del sistema de salud

El subsector público está formado por la seguridad social, los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y otros servicios de salud sectoriales. El Ministerio cuenta con una red nacional de 427 servicios, de los que 16 son hospitales, 14 centros de salud, 313 unidades de salud, 32 puestos de salud, 11 puestos comunitarios, 8 dispensarios y 33 centros rurales de nutrición. Las camas hospitalarias del subsector público se distribuyen entre las 2.964 del Ministerio y las 1.583 del ISSS.

El Ministerio tiene asignado 80% del total de los habitantes del país, aunque en la realidad la cobertura es menor a la asignada.

Tienen también carácter público la Asociación Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), la Compañía de Alumbrado Eléctrico (CEL), Bienestar Magisterial —que sirve a los maestros— y Sanidad Militar. Estas instituciones cubren a los trabajadores o afiliados correspondientes y a sus familiares; en

conjunto proporcionan servicios de salud a 2,3 % de la población. Los servicios sanitarios de CEL y Bienestar Magisterial operan como un bloque mixto con financiamiento público y provisión de servicios por entidades privadas.

La seguridad social, organizada en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), proporciona cobertura a los trabajadores de empresas privadas y empleados del Estado, con sus beneficiarios respectivos, alcanzando una cobertura de 17% de la población. El ISSS cuenta con 10 hospitales, 35 unidades médicas y 24 clínicas comunales.

El sistema privado cuenta con hospitales y clínicas del segundo y tercer nivel asistencial, concentradas en los tres principales departamentos de la República.

Las organizaciones no gubernamentales del sector salud tienden a entregar servicios básicos de salud. Varias utilizan promotores de salud para actividades extramurales.

El ISSS brinda atención eminentemente curativa. La asistencia es prestada por profesionales universitarios (médicos, odontólogos, etc.) en base a la demanda de sus derechohabientes. Los costos unitarios son más altos en el ISSS que en el Ministerio, hasta cuatro veces mayores en algunos casos.

Los servicios médicos del ISSS se dan a sus derechohabientes por libre demanda y no existe ninguna restricción para el uso de los servicios ni sistemas para evitar abusos. A partir de 1996 se ha impulsado el establecimiento de clínicas comunales que pretenden cumplir una función bastante similar al primer nivel de atención del Ministerio, con énfasis en lo preventivo.

Recientemente se ha impulsado la conformación de comités de pacientes de enfermedades crónicas no transmisibles de interés epidemiológico, por ejemplo diabetes e hipertensión arterial. El ISSS ha establecido también programas específicos afines a enfermedades de interés institucional, por ejemplo un programa de diabetes y otro de tuberculosis, etc.

Según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entre 1994–1995 y 1995–1996 el total de consultas médicas en el país pasó de 2,4 a 3,2 millones, y el de consultas odontológicas, de 265.000 a 369.000. Los egresos hospitalarios fueron 275.700 en 1994–1995 y 280.400 en 1995–1996; las intervenciones quirúrgicas, 123.700 y 113.800, respectivamente. Los partos atendidos en esos mismos períodos fueron unos 65.000 y 69.000, respectivamente.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

La autorización para el ejercicio de la profesión es dada por las juntas de vigilancia de las profesiones de salud, conformadas por profesionales pertenecientes a la disciplina correspondiente. Existen juntas de vigilancia médica, odontológica, químico-farmacéutica, psicológica, veterinaria, de laboratorio clínico y de enfermería.

La regulación del uso de medicamentos es responsabilidad del Consejo Superior de Salud Pública. Los mecanismos de regulación y control de la importación de medicamentos están basados en el Código de Salud y en el Reglamento de Especialidades Farmacéuticas.

Los medicamentos se adquieren por compra directa en farmacias privadas y establecimientos de salud. El control de calidad de los medicamentos a nivel nacional lo lleva el Ministerio de Salud Pública. Un cambio reciente en la legislación sobre uso de medicamentos, es la venta de ansiolíticos y otros psicotrópicos solamente por medio de recetas firmadas por médicos específicamente autorizados para recetar estos medicamentos.

El Ministerio es el ente que coordina las actividades de vigilancia de los alimentos procesados, con el apoyo de la Dirección de Protección al Consumidor, dependiente del Ministerio de Economía, y de las universidades, que mediante investigaciones para tesis estudian aditivos y contaminantes químicos y biológicos.

El proceso de regulación y control de calidad de los alimentos está siendo asumido por el mismo sector productivo, con sus propios laboratorios y con el apoyo de otros como los de la Fundación Salvadoreña de Desarrollo Económico y Social (FUSADES) y las universidades. El Ministerio es el ente que vela por el cumplimiento de las normas técnicas.

Se ha establecido y mecanizado el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en las 18 zonas departamentales de salud. Se han incorporado a la red de notificación los centros penales, organizaciones no gubernamentales, el ISSS y los hospitales privados. También se ha capacitado a los estadísticos de las zonas y departamentos sobre los programas de computación utilizados para la vigilancia epidemiológica.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha puesto en práctica programas integrales de salud en áreas rurales. El Programa Escuela Saludable incluye un área prioritaria de saneamiento básico referente a la instalación de estructuras sanitarias como letrinas, bombas manuales y sistemas de potabilización. El Programa de Salud en la Comunidad ha dado cobertura de agua y saneamiento a las comunidades aledañas a las escuelas beneficiadas con el Programa Escuela Saludable.

En 1996 se firmó un convenio de cooperación entre el Gobierno de Suiza y el Ministerio para la ejecución de un proyecto de control y estudio de la calidad de las aguas, y en 1997 se firmó un convenio de cooperación técnica entre la Secretaría Ejecutiva del Medio Ambiente y el Ministerio, mediante el cual el Departamento de Saneamiento Ambiental del Ministe-

rio asume la responsabilidad de la Unidad Ambiental y participa en el Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental y en el Sistema Nacional de Información Ambiental.

También se está ejecutando en el marco del convenio entre el Gobierno de El Salvador y el BID el Programa de Áreas Críticas, orientado hacia los componentes de desechos sólidos, contaminación atmosférica y contaminación de los recursos hídricos. Recientemente se han formulado disposiciones generales referentes a los automóviles con problemas de catalizador y se penalizará a los conductores en cuyo vehículo se detecten anomalías que incrementan la contaminación.

En 1997 se comenzó a ejecutar el programa "Aspectos Ocupacionales y Ambientales de la Exposición a Plaguicidas en el Istmo Centroamericano", en coordinación con la OPS y con apoyo de la Cooperación Danesa para el Desarrollo Internacional (DANIDA). Este programa se orienta a reforzar al sector salud para una mejor atención a los problemas causados por los plaguicidas, abarcando los aspectos ocupacionales, epidemiológicos, toxicológicos, educacionales, ambientales y de investigación.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Se han llevado a cabo diferentes actividades para mejorar la situación nutricional de la población. Existe un plan intersectorial de seguridad alimentaria coordinado por el Ministerio de Agricultura, que dicta las políticas de precios, producción y créditos. Del Ministerio de Salud Pública depende el Programa de Vigilancia Nutricional y Monitoreo del Crecimiento, ejecutado a nivel comunitario por promotores de salud y cuyo objetivo es evaluar el estado nutricional infantil y tomar las medidas necesarias para contribuir a mejorar o recuperar el estado nutricional óptimo. Se han implementado también programas de formación de asesoras voluntarias en nutrición, de fortificación de alimentos con micronutrientes esenciales y de distribución de complementos alimentarios a familias vulnerables.

El Ministerio de Salud Pública inició en 1996 un Programa Nacional de Educación Nutricional para mejorar las prácticas de alimentación y nutrición a nivel familiar. El programa tiene tres componentes: alimentación de la embarazada, lactancia materna y alimentación de la mujer lactante, y alimentación infantil. En 1995 se estableció el Programa Escuela Saludable, que ha contribuido a una mejor identificación y tratamiento de los casos de desnutrición.

Se han emprendido diversas acciones para prevenir los trastornos por falta de yodo. La suplementación con aceite yodado y lugol se dirige a 8% de la población escolar beneficiaria del Programa Escuela Saludable (unos 240.000 escolares). En 1997 comenzó la atención preventiva a la población en

zonas consideradas de alta prevalencia. En 1993 fue revisada, actualizada y ratificada la Ley de Yodación de la Sal, se estableció un convenio de cooperación entre el Gobierno, el sector salinero y los organismos de cooperación externa (Banco Mundial, OPS/INCAP y UNICEF) y se introdujo gradualmente la sal yodada en el mercado.

En cuanto a los trastornos por carencia de hierro, se ha intervenido mediante la suplementación de sulfato ferroso a las mujeres embarazadas, menores de 5 años y escolares. Desde 1996, toda la harina de trigo producida se fortifica con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B.

Para contrarrestar la hipovitaminosis A en la población salvadoreña el Ministerio distribuye suplementos de vitamina A a la población de 1 a 6 años y a las madres lactantes. También se fortifica el azúcar con vitamina A. En 1994 se aprobó una ley de fortificación del azúcar con vitamina A y en 1995 el reglamento correspondiente y la norma técnica. Según el Ministerio, en la zafra 1995-1996, 85% de las muestras de azúcar alcanzaron niveles de retinol de más de 6 mg/kg, aunque solo 61% sobrepasaron los 10 mg/kg, lo que significa que la calidad y cobertura del programa ha mejorado mucho, aunque falta aún para alcanzar la meta óptima. En 1995, en una encuesta de hogares se halló retinol en 80% de las muestras de azúcar. La meta es que al menos 90% de las muestras tengan niveles de retinol de 5 mg/kg.

Recursos humanos

Por cada 10.000 habitantes, El Salvador cuenta con 9,1 médicos, 5,4 parteras, 3,8 enfermeros y 2,1 dentistas.

El sistema público cuenta con 3.473 médicos, 334 odontólogos, 5.274 enfermeros, 2.367 administrativos, 3.404 miembros del personal de servicio y mantenimiento, 1.499 promotores de salud y 536 inspectores de saneamiento ambiental. El ISSS cuenta con 1.621 médicos, 176 odontólogos, 1.973 enfermeros, 244 laboratoristas, 87 técnicos de rayos X y 40 promotores de salud.

En la capital se halla 60% del total de médicos, enfermeras y odontólogos. El 70% de los médicos especialistas están ubicados en establecimientos del segundo nivel de atención, tales como hospitales y centros de salud del sistema público, ISSS y sector privado. El resto trabaja en los establecimientos del primer nivel de atención por horas contratadas.

Para aminorar la problemática de recursos humanos en el sistema nacional de salud se ha promovido la capacitación de los trabajadores en áreas técnicas, financieras, administrativas, de planificación estratégica e informática, y se ha buscado la integración de las entidades formadoras de recursos con las actividades del Ministerio, a fin de revisar los perfiles profesionales que se requieran para el mejor desempeño en la atención primaria en salud. El Grupo Interinstitucional de

Desarrollo de Recursos Humanos está integrado por las universidades y un delegado del Ministerio.

El impacto del ajuste presupuestario en términos del mercado de trabajo en salud para los trabajadores del Ministerio ha sido bastante aceptable con respecto a las otras instituciones.

En la gestión de recursos humanos en el Ministerio ha habido cambios recientes. Se ha dado mayor participación a las áreas de recursos humanos y se han descentralizado las acciones en cada hospital y departamento. La descentralización ha permitido que los jefes y encargados de recursos humanos tengan participación en la toma de decisiones, planes de trabajo y administración de los recursos bajo su jurisdicción.

Gasto y financiamiento sectorial

El presupuesto operativo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para 1997 es de US\$ 151,30 millones, distribuido de la siguiente forma: gasto en servicios preventivos de salud (incluidos medicamentos e insumos medicoquirúrgicos), 33%; gasto en servicios ambulatorios y hospitalarios (incluye medicamentos e insumos medicoquirúrgicos), 59%; secretaría, 6%, e inversiones, 2%.

El presupuesto operativo del ISSS para el año 1997 es de US\$ 49,74 millones, de los cuales corresponden a gasto farmacéutico 21%, a gasto en equipo medicoquirúrgico y de laboratorio 2% y a remuneraciones y otros, 77%.

Cooperación técnica y financiera externa

En 1996 el Departamento de Cooperación Externa del Ministerio recibió ayuda internacional o externa por un total de algo más de US\$ 44,5 millones; 86% de esta ayuda fue recibida a través de la ejecución de 57 proyectos. Aportaron fondos Alemania, Canadá, Dinamarca, Holanda, Luxemburgo, Noruega, Suecia, Suiza, INCAP, OEA, PMA, UNICEF, CEE, Banco Mundial, Fondos de Inversión Social (FIS), Fondos de la AID para Impulsar Proyectos Sociales de Desarrollo a Nivel Nacional, Agencia Española de Cooperación Internacional, GTZ y Fondo de Población de las Naciones Unidas. El mayor aporte fue el del Gobierno de Suecia, con US\$ 1.083.000, seguido por el Gobierno de los Países Bajos con US\$ 347.000. La mayor contribución de organismos y bancos internacionales fue la del FIS, con US\$ 20.226.000, y la del Banco Mundial, con US\$ 11 millones.