

CONSIDERACIONES BASICAS PARA UNA POLITICA DE POBLACION EN EL SALVADOR ASPECTOS DE SALUD*

Roberto Badía

I. MARCO DE REFERENCIA.

Antes de abordar un tema tan complejo como el que nos ocupa, consideramos de importancia primeramente identificar nuestro pensamiento con las concepciones de enfermedad y salud; con el objeto de conocer nuestro marco de referencia que nos permita de una mejor manera situar el análisis de nuestra "imagen-objetivo", que en este caso lo constituye la variable Población.

Bajo esta referencia pasaremos a analizar las dos condiciones mencionadas.

1. Enfermedad

Diversos investigadores —especialmente antropólogos, basados en análisis arqueológicos— han puesto de manifiesto la existencia de ciertos hechos a través de los cuales es probable afirmar que las enfermedades acompañaron al hombre desde su origen; llegando algunos incluso a sostener que hasta lo precedieron. Entre estos diversos hechos se mencionan los hallazgos de fósiles de probables mamuts o dinosaurios en los cuales se han encontrado huesos largos con señales de fracturas, lo que lleva el pensamiento a la presunción de la existencia de traumatismos debidos a accidentes y a luchas entre diversas especies. Douglas Guthrie menciona que los huesos del hombre de las edades paleolítica y neolítica, muestran claramente señales de enfermedades que hoy identificaríamos como artritis reumatoidea y tuberculosis ósea. Estos hechos son suficientes para confirmar la existencia de la enfermedad acompañando el origen del hombre.

Con el transcurrir del tiempo, se llega a la época

del Hombre de Cromagnón, con los hallazgos arqueológicos encontrados en Francia, en que se observan figuras diversas en pinturas murales encontradas en ciertas cuevas. En una de ellas, aparece la imagen de una persona ataviada con pieles y máscara ejecutando una danza alrededor de un hombre presumiblemente enfermo. Este "esbozo de médico", tenía al parecer la misión de desalojar los malos espíritus existentes en el cuerpo del enfermo, con lo que curaba sus daños. En este hallazgo podríamos plantear la primera interpretación de enfermedad concebida como la **introducción de malos espíritus** en el cuerpo; interpretación de carácter mágico; estando la terapéutica en relación con la etiología del daño y consistiendo por lo tanto en los métodos para ahuyentar los malos espíritus de cualquier manera posible: danzas, fuego, trepanaciones, sangrías, purgantes, vomitivos, etc. Este hombre primitivo no tenía noción de pasado o futuro, porque en toda su vida estaba ausente el ingrediente que el tiempo determina.

A medida que este hombre fue adquiriendo tal concepción, se comenzó a organizar en comunidades y fueron más estrechos los contactos personales, empezaron a surgir algunos interrogantes respecto de la existencia del hombre en la tierra, pensando en algo sobrenatural que ejercía influencia al respecto. De esta manera comenzaron a surgir las religiones brotando la Divinidad, y la concepción del pecado. En esta etapa, la enfermedad es **concebida como un castigo divino** por los pecados del hombre. Poco a po-

* Ponencia presentada al Seminario del mismo nombre patrocinado por la U.C.A. "José Simeón Cañas" y la Asamblea Mundial de la Juventud (WAY), y que tuvo lugar en San Salvador del 9 al 13 de diciembre de 1974.



co, la gente empezó a notar que, a pesar de las constantes oraciones y donaciones que se hacían a la Iglesia para evitar las enfermedades y más concretamente las epidemias que en estos momentos arrasaban las comunidades, no se ejercía ninguna influencia positiva sobre la cólera divina, comenzándose a pensar en la probable existencia de otra causa de enfermedad. Este pensamiento estuvo apoyado en la animadversión hacia ciertos grupos étnicos de parte de la colectividad, originándose la tercera interpretación de la enfermedad, siendo en esta ocasión concebida por la existencia de **culpables humanos**.

Como consecuencia de esta interpretación se procedió a eliminar a estos "grupos" culpables, observándose igualmente que, a pesar de su persecución y castigo, las enfermedades en forma de epidemias arrasaban las comunidades.

Posteriormente se buscaron causas cósmicas para explicar el origen de las enfermedades, desarrollándose fuertemente la idea que el aire se corrompía en determinadas ocasiones en relación con las mareas de los ríos y mares, y de esta manera se generaban las enfermedades. Del predominio de esta teoría nace la interpretación **miasmática** de las enfermedades, y para protegerse de los "miasmas", se usaban vestimentas especiales para médicos; y se acostumbraba que la altura de las habitaciones fuera elevada con el propósito de que los "miasmas" no descendieran. Producto de esta época es el uso de las especies para combatir las impurezas del aire.

El oscurantismo de la Edad Media tuvo como producto un "hombre místico", que había vivido y aceptado una interpretación dogmática del Universo. Este hombre resurge con la época del Renacimiento, recogiendo todo el espíritu inquisitivo y revisando las ideas aceptadas anteriormente.

En este momento se suceden trascendentales conocimientos, en sus aspectos geográficos, filosóficos, del arte con los progresos alcanzados, que a través de la difusión de conocimientos —la imprenta— iba a traer consecuentemente un mayor progreso científico.

El progreso de los conocimientos sobre biología y los avances en el terreno de la bacteriología dieron gran impulso al esclarecimiento de las causas de las enfermedades. Al descubrirse las bacterias y relacionarlas con la etiopatogenia de las enfermedades, se originó la interpretación de la enfermedad como un proceso mórbido de etiología única, criterio que perduraría por bastante tiempo respaldado por los hallazgos del microscopio.

La Revolución Industrial, con las corrientes

urbanísticas acentuadas, fueron modificando los patrones culturales de los habitantes, que comenzaron a organizarse con el objeto de reclamar mejores condiciones sociales; se origina de esta manera un movimiento ideológico que comprende e involucra a los sectores sociales con el fin de lograr el bienestar de la comunidad contando con su participación. Es la época de la Salud Pública, que se apoya por una parte en los conocimientos ecológicos y, por otra, en el conocimiento del Hombre. En el auge de las Ciencias Sociales y de estas concepciones, llegamos a la identificación de la enfermedad como la resultante del conflicto entre dos especies (agente y huésped) y el medio ambiente: la enfermedad está condicionada a una serie de variables individuales y colectivas que obedecen a ciertas formas de conducta, a influencias del medio ambiente (bio-físico-social), a condiciones económicas y a estructuras políticas dentro de las cuales se encuentran los sistemas sociales, entre ellos la salud. - **Multicausalidad**.

2. Salud.

La salud se concibe como un proceso de equilibrio estable/inestable, que tiene relación entre el huésped (hombre), los agentes patógenos y el medio ambiente; a través de una serie de variables que definen este equilibrio. De esta forma el hombre, para llegar a ser saludable y sobrevivir como especie, debe establecer un equilibrio adecuado con su ambiente. Según diversos objetivos pasaremos a enunciar diversos conceptos vertidos sobre salud:

a) Desde el punto de vista "fisiológico", encontramos en Armijo una descripción cuando concibe la salud... como aquel estado de armonía y equilibrio funcional que se traduce por un silencio orgánico. El corazón se contrae, el intestino hace movimientos peristálticos, el pulmón trabaja a un ritmo determinado de respiraciones por minuto, la sangre circula por los vasos, etc. todo ello en absoluto silencio orgánico: es decir, sin tener noción de que todas estas cosas están sucediendo. Cuando este silencio se interrumpe y tomamos conciencia de ello, ocurre algo en el organismo que se manifiesta por una enfermedad.

b) Otro punto de vista a tener en cuenta en la concepción de Salud, es el criterio ecológico, bajo el cual se define la salud como un proceso de equilibrio entre el agente, el huésped y el ambiente; equilibrio que se resuelve favorablemente para el hombre, en la condición salud.

c) Desde el punto de vista social y colectivo, la Organización Mundial de la Salud define la salud como... un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no simplemente la ausencia de enfer-

medad.

Razonando esta definición, encontramos que salud es felicidad; y al parecer algo inalcanzable cuando dice. . . "un completo estado", enmarcándola a su vez en una condición estática (estado), cuando debería ser identificada como un proceso por sus características de dinamismo y flexibilidad de toda condición social.

Este razonamiento es reforzado con el pensamiento de Abraham Horwitz, cuando dice: . . . es de lamentar que no podamos aún expresar la salud en términos positivos como son el bienestar, la felicidad y la calidad de la vida. El progreso se revela en menos enfermedad y muerte, pero no necesariamente en mayor bienestar individual o colectivo. No contamos con una definición de "calidad de vida", ni mucho menos con indicadores para medirla. Tenemos una imagen de armonía social, pero estamos lejos de haberla alcanzado.

Ultimamente se ha puesto de manifiesto una interpretación de Salud, que podríamos identificarla como una concepción de "Salud para el Desarrollo", entendiendo como Desarrollo, no sólo el crecimiento económico, sino todo un proceso de mejoras en las condiciones políticas, sociales y económicas. Al respecto se dice: se acepta hoy que la salud es, para cada ser humano un Fin, y para la sociedad a que pertenece, un Medio.

Es un FIN, un objeto permanente de preocupación individual, porque le permite a cada cual realizarse: bien se ha dicho que somos como lo determina nuestra herencia genética y como el ambiente lo permite. Es un MEDIO, porque constituye un componente del Desarrollo, esto es, de la conjun-

ción de esfuerzos que conducen al bienestar social, entendiendo como tal el incremento de la economía, las reformas institucionales, los cambios de las estructuras, pero, esencialmente, el significado espiritual de la salud, que algunos consideran como la auténtica infraestructura de la felicidad como cada cual la siente.

Analizadas las dos condiciones —salud y enfermedad— entre las cuales oscila todo individuo desde el nacimiento hasta su muerte, situamos la Población en sus aspectos individual y colectivo como núcleo de atracción de todas nuestras actividades; como objeto y sujeto de estudio y de programación para poder mantener favorable para el huésped ese equilibrio antes mencionado. A este respecto, Horwitz, dice: la salud es un producto intersectorial: no puede haber productividad con una población que se enferma con frecuencia, ni salud con una economía estática.

II. SITUACION DE SALUD EN EL SALVADOR.

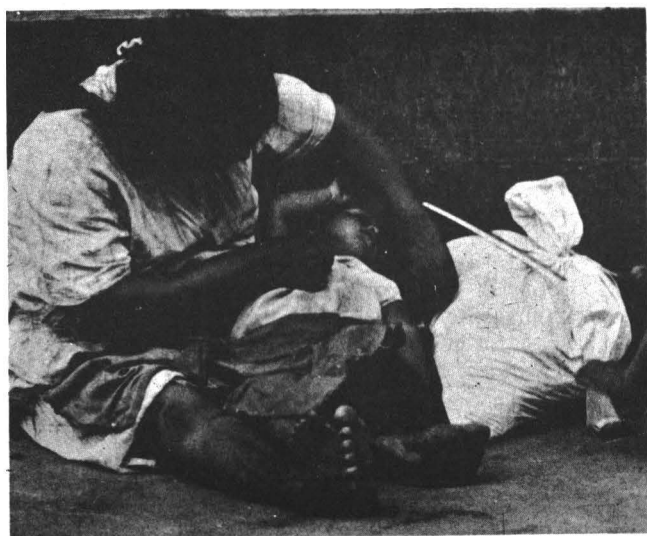
Medir el estado de salud de una persona es difícil, ya que es una actividad compleja por la serie de variables que entran en juego. El médico, cuando examina a una persona y dice que tiene buen estado de salud, está queriendo decir que en su examen físico no encontró indicios de enfermedad y que los medios que se disponen para medir y comprobar el funcionamiento de nuestro organismo (presión arterial, pulso, etc.), están comprendidos dentro de una escala de variaciones que consideramos normales.

Si ya es bastante difícil medir el estado de salud de una persona, fácilmente se comprende que apreciar las condiciones de salud de una comunidad repercute en las condiciones sociales y de vida de la población.

A este respecto, el Comité de Naciones Unidas, reunido en 1953, tratando de definir y evaluar el nivel de vida de los países, llegó a considerar doce componentes, entre los cuales correspondía a la salud un primerísimo lugar:

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1. Salud | 7. Transporte |
| 2. Alimentación | 8. Vivienda |
| 3. Educación | 9. Vestuario |
| 4. Trabajo | 10. Recreación |
| 5. Situación de empleo | 11. Seguridad Social |
| 6. Economía | 12. Libertad Humana |

Para poder aproximarnos a medir el nivel de salud del país utilizaremos una serie de indicadores que se denominan de salud, aun cuando se apoyan en datos negativos como son la enfermedad y la muerte.



1. Estructura de Salud del País.

Describiremos brevemente los datos referentes a morbilidad y mortalidad, para situarnos en la problemática de salud del país.

1.1. Morbilidad.

La analizaremos a través de dos actividades: consulta médica y hospitalización.

1.1.1. Consulta médica.

Para 1973 observamos que, según la publicación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Salud Pública en Cifras, se proporcionaron en dicho año un total de 1.585.708 consultas que, tomando en cuenta que esta Institución es la responsable de proteger integralmente en las acciones de salud del 85 o/o de la población salvadoreña, representa un porcentaje de 0.49 consultas médicas por habitante al año; lo que significa dramáticamente que un salvadoreño corriente tiene opción a pasar consulta con el médico una vez cada dos años. No requiere comentarios. El I.S.S.S., como institución responsable de una menor población (108.333 habitantes según publicación: Estadísticas del ISSS: 1971), en ese año proporcionó un total de 742.490 consultas médicas a sus derecho-habientes, significando un claro contraste de 6.8 consultas por cada protegido al año.

Lo anterior nos ofrece una imagen de la cantidad de consultas médicas proporcionadas por las dos principales instituciones del sector salud del país; pero no contamos con métodos adecuados para apreciar la calidad de los servicios, aun cuando podemos apreciar la estructura epidemiológica prevalente en el país a través de las principales causas de consulta externa que nos indican cómo se enferma nuestra población.

A continuación describiremos las diez principales causas de consulta externa en el país.

ENFERMEDAD	PORCENTAJE
1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	12.6 del total
2. Enfermedades de los dientes	9.6
3. Infecciones respiratorias agudas	6.3
4. Atención pre-natal	5.9
5. Enfermedades Aparato Genitourinario	4.9
6. Parasitismo Intestinal	3.9
7. Bronquitis, Enfisema y Asma	3.5
8. Infecciones tejido celular subcutáneo	2.9
9. Influenza	2.6
10. Otras enfermedades del sistema nervioso y sentidos.	2.3

Fuente: Plan Quinquenal de Salud (CONAPLAN: 1973-1977).

Por la actividad Consulta Médica, podemos concluir que el salvadoreño tiene pocas probabilidades de obtener una consulta médica y que, generalmente, se enferma por daños a la salud que son característicos de los países subdesarrollados.

1.1.2. Egresos Hospitalarios:

En lo que respecta a esta actividad, según la misma publicación del Ministerio de Salud Pública, en 1973 se proporcionaron 192.935 egresos en los diferentes centros hospitalarios, que significa para ese año, un índice de 6 egresos por cada cien habitantes; en cambio el ISSS, en ese mismo indicador alcanzaba la cifra de 22 egresos por cada cien derecho-habientes.

1.2. Mortalidad.

En 1972, según el Anuario Estadístico correspondiente, fallecieron en el país 32.383 personas, de las cuales 8.950 eran niños menores de un año. La representación de estos datos en sus respectivos índices nos dice que la mortalidad general del país en 1972 fue de 8.6 por mil habitantes; y la mortalidad infantil llegó a 59.4.

En la interpretación de estos índices, hay que tener en cuenta siempre el hecho de nuestro subregistro de defunciones que todavía es muy alto sobre todo en los primeros años de la vida.

En la variable mortalidad, interesa conocer cuáles fueron los grupos por edad más vulnerables, así como también cuáles fueron las principales causas de muerte en el país.

Con respecto a grupos por edad tenemos los siguientes datos:

Grupo	Porcentaje
Población menor de 1 año	26.9 o/o de los muertos
Población de 1 a 4 años	16.9
Población de 5 a 14 años	6.9
Población de 15 a 44 años	13.7
Población de 45 a 64 años	13.7
Población de 65 y más años	21.1
Población no especificada	0.8

Fuente: Plan de Salud (CONAPLAN: 1973-1977).

En cuanto a las principales causas de mortalidad, tenemos los siguientes datos:

ENFERMEDAD	PORCENTAJE
1. Enteritis y otras diarreas	17.8
2. Otras enfermedades aparato digestivo	6.7
3. Bronquitis, enfisema y asma	3.6
4. Homicidio y otras lesiones	3.1
5. Neumonías	2.9
6. Disentería bacilar y amibiasis	2.8
7. Influenza	2.1
8. Neoplasias malignas	2.0
9. Enfermedades Cerebrovasculares	1.7
10. Avitaminosis y deficiente nutrición	1.6

Fuente: Plan de Salud (CONAPLAN: 1973-1977).

En relación con la mortalidad, es interesante registrar el hecho que el 45 o/o de los muertos en el país fueron niños menores de 4 años; y que la principal causa es la enteritis, lo que va orientando nuestro problema de salud.

2. Factores Condicionantes.

Los indicadores anteriormente expuestos, especialmente los respectivos a mortalidad, son la representación numérica de las distintas variables que la población sufre en el proceso de interacción agente—huésped—ambiente. Dentro de estas variables, es importante mencionar la acción de ciertos factores que, si bien es cierto que no forman parte de la etiología específica de la enfermedad o de la causa de muerte, juegan un papel muy importante, condi-

cionando el sustrato básico necesario para que el proceso mórbido se manifieste. Dentro de estos factores que denominaremos condicionantes, tenemos los siguientes:

2.1. Estado Nutricional.

Según datos obtenidos por encuesta en los países del área centroamericana en colaboración con INCAP en 1969, se llegó a conocer la magnitud del daño, que para el país era de un 73 o/o de la población menor de 5 años con diagnóstico de desnutrición. Cifra que, por su carácter elevado, es significativa en sentido negativo para la salud del país. Actualmente, según la publicación ministerial antes referida, y referente al problema de la desnutrición se dice en la página XIV de dicha publicación lo siguiente: "se observa un descenso en la inscripción de menores de dos años con algún grado de desnutrición, aún cuando creemos que no haya mejorado el 73 o/o de niños desnutridos en el grupo de menores de cinco años"; o sea, que la mala condición persiste.

2.2. Las condiciones ambientales básicas, referente específicamente a los servicios de agua potable y eliminación de excretas, constituye uno de los factores negativos de mayor influencia en la estructura de salud, y por su medio en el desarrollo del país. Los siguientes cuadros nos resumen la situación de ambas condiciones.

SERVICIOS DE AGUA POTABLE: 1970

TIPO DE SERVICIO	POBLACION TOTAL		URBANA		RURAL	
	MILES	o/o	MILES	o/o	MILES	o/o
Domiciliar	549.0	—	549.0	—	—	—
Acceso	1268.0	—	825.0	—	443.0	—
Sin serv./	1717.0	—	—	—	1717.0	—
Totales	3534.0	—	1374.0	—	2160.0	—

Es notable que el 48 o/o de toda la población del país carece de servicios de agua potable, y en el área rural, esa razón se convierte en un 80 o/o. Esta condición, vinculada estrechamente

con la eliminación de excretas constituye el sustrato para el desarrollo de las enteritis, salmonelosis, etc.

SERVICIOS DE DISPOSICION DE EXCRETAS

TIPO DE SERVICIO	POBLACION	TOTAL	URBANA		RURAL	
	miles		miles	o/o	miles	o/o
Domiciliar	506.0—	14	506.0—	36	—	—
Soluc. Indiv. Letrinas	376.0—	10	—	—	376.0—	16
Sin servicio	2652.0—	75	868.0—	63	1784.0—	84
Totales	3534.0—	100	1374.0—	100	2160.0—	100



Un 75 o/o de toda la población del país carece de servicios para la eliminación de sus excretas.

2.3. Nivel Educativo.

Este factor, que influye en todas las esferas de nuestra sociedad, es también de gran repercusión en las actividades de salud, ya que ha sido demostrado y aceptado que la Salud Pública debe hacerse con la participación de la comunidad a la cual hay que motivar y orientar en sus hábitos y patrones culturales para hacerlos favorables hacia un proceso de cambio en salud. El alto grado de analfabetismo de nuestra población (40.5 o/o según el Censo de 1971), con mayor problema en el área rural (55.6 o/o), constituye un fuerte obstáculo para el desarrollo de un programa de salud.

2.4. Recursos de Salud en el país.

Dentro del análisis del sector salud en El Salvador, primeramente distinguiremos los dos subsectores que lo constituyen —público y privado— que para 1970 presentaban la siguiente esquematización.

Sub-sectores de Salud: Cobertura

Privado	300.000 habit.	8.4 o/o
Público	3.234.000	91.6

Fuente: CONAPLAN (Plan de Desarrollo 1973-1977)

Prácticamente el sub-sector público es el único responsable de las acciones de salud de la población. Este sub-sector, tenía en 1970 y actualmente la siguiente distribución:

Instituciones del Sub-Sector Público: porcentaje de cobertura.

1. Ministerio de Salud Pública	85 o/o (responsable)
2. I.S.S.S.	4.3
3. Instituto de Colonización Rural	1.4
4. Ministerio de Defensa	1.2
5. Ministerio de Educación	1.1
6. Gremio de Telegrafistas	0.4
7. Ministerio de Justicia	... (Centros penales)
8. Poder Judicial	... (forenses)
9. Universidad Nacional	...

Fuente: CONAPLAN (Plan de Desarrollo 1973-1977)

Después de haber analizado los sectores y las instituciones responsables de la salud del pueblo salvadoreño, expondremos dentro del análisis de los recursos las variables concernientes a recursos humanos, físicos y financieros.

2.4.1. Recursos Humanos.

La inexistencia de una política de recursos humanos en salud (solamente existen estudios específicos generalmente para el recurso médico o de enfermería), nos limita este componente a la presentación de un "inventario" de dichos recursos y a una distribución geográfica del recurso médico en el país.

INVENTARIO DE RECURSOS HUMANOS

1. Médicos	1.067	2.8	por 10 mil hab.
2. Odontólogos	388	1.0	
3. Farmacéuticos	457	1.2	
4. Enfermeras	968	2.5	
5. Auxiliares enfermeras	1.945	5.1	
6. Ingenieros sanitarios	11	0.02	
7. Inspectores sanitarios	222	0.58	
8. Dietistas	16	0.04	
9. Nutricionistas	6	0.02	
10. Trab. Sociales	34	0.09	
11. Educadores Salud	6	0.02	

La Fuente de estos datos es variable:

Para el recurso médico, odontólogo y farmacéutico, se tuvieron las listas de profesionales de las Juntas de Vigilancia respectiva para 1973.

Para enfermería, se tuvo a mano las proyecciones de la Escuela Nacional de Enfermería.

Para los otros recursos, el Plan Quinquenal de Salud: 1973 - 1977.

Después de haber analizado la cantidad de recursos con que se cuenta pasaremos a presentar la distribución geográfica del médico (hasta 1973) según estudio del autor.

2.4.2. Recursos Físicos.

Analizaremos primeramente los establecimientos de salud y luego tomaremos el indicador referente al número de camas. Para ello se ha tomado como referencia, datos del Plan Quinquenal y de la publicación Salud Pública en cifras: 1973, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

DISTRIBUCION POR AREA GEOGRAFICA DEL RECURSO MEDICO EN EL PAIS

Area	Número Médicos	Porcentaje	Tasa x 10 mil
1. Depto. San Salvador	725	67 o/o	9.25
2. FUERA DEL PAIS	101	9.4	—
3. Depto. Santa Ana	82	7.6	2.30
4. Depto. San Miguel	33	3.0	0.95
5. Depto. La Libertad	25	2.3	0.82
6. Depto. Ahuachapán	20	1.8	1.03
7. Depto. Sonsonate	19	1.7	0.75
8. Depto. Usulután	18	1.6	0.57
9. Depto. San Vicente	12	1.1	0.71
10. Depto. La Paz	12	1.1	0.61
11. Depto. Cuscatlán	6	0.5	0.36
12. Depto. Cabañas	5	0.4	0.36
13. Depto. La Unión	4	0.3	0.16
14. Depto. Chalatenango	3	0.2	0.16
15. Depto. Morazán	2	0.1	0.11

En 1973, se contaban 186 establecimientos del Ministerio de Salud, que se encontraban localizados en 159 municipios de los 261 del total del país, lo que significa la existencia de servicios en un 60.9 o/o de los municipios. Hay que tener en consideración el hecho que de los 186 establecimientos, 95 son Puestos de Salud (51 o/o), en los cuales la asistencia del médico es de una o dos veces por semana, con lo que la protección de la población es bastante menor.

Significa este total de camas un índice de 1.9 camas por mil habitantes; índice que creemos que no se ha modificado, ya que los nuevos hospitales han sustituido camas ya existentes (y mejorado), y aumentado en una pequeña proporción que estimamos en 205, lo que no está acorde al incremento de la población. Si conocemos que existen proyectos de inversión que mejorarán la capacidad instalada actual, cuando estén funcionando.

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CAMAS (1971)

ORGANISMO	CAMAS	PORCENTAJE
Ministerio Salud	5874	83.5
ISSS	600	8.5
Hospital ANTEL	95	1.3
Hospital Militar	95	1.3
Hospitales Privados	370	5.2
TOTALES	7034	99.8

2.4.3. Recursos Financieros.

En cuanto a este componente solamente diremos que en 1972, el Ministerio de Salud Pública tenía un gasto per cápita de ₡ 12.90, para atender los problemas de salud de cada salvadoreño al año, lo que corresponde a una asignación de ₡ 1.00 mensual. En 1974, el per cápita ascendió a ₡ 17.55 al año (₡ 1.50 por cada salvadoreño al mes). El ISSS por su parte, tenía una asignación por el orden de ₡ 162.00 por derecho-habiente al año, que en 1974, fue del orden de ₡ 140.26.

Con respecto al gasto del sector salud, anotamos que en 1972 se gastó un 2.2 o/o del Producto Territorial Bruto del país, cifra baja si la comparamos con el gasto en otros países latinoamericanos (El estudio de Brian Abel Smith encontró, para 1967, que los países gastaban entre un mínimo de 2.5 y un máximo de 6.3 o/o del P.T.B.)

2.5 Nivel de Desarrollo del País.

Dentro de las tantas definiciones de Desarrollo, anotamos la de Ahumada, cuando dice que se trata del incremento secular del ingreso, renta o producto por habitantes. Cibotti, nos dice que Desarrollo es algo más que el simple aumento de la producción. Desarrollo significa crecimiento. . . más cambio. Cambio económico, social y político.

La concepción que más nos identifica con el pensamiento de los sectores sociales es la que encontramos en Colm y Geiger, cuando mencionan que. . . Desarrollo es un proceso social que produce resultados que pueden ser descritos y medidos en términos económicos. Hay una relación recíproca entre el desarrollo social y el económico, de manera que ninguno de ellos puede realizarse sin la participación del otro.

El análisis del Desarrollo del país a través del estudio de la estructura económica, social y política, nos indica un grado de subdesarrollo marcado para nuestro país, en que se aprecia una economía de naturaleza primaria, y una estructura socio-económica política rígida e inestable.



La estructura económica que es la única que nos ofrece valores de medición y comparación, nos informa CONAPLAN los siguientes datos:

- (a) Ingreso por habitante: ₡ 747.50
- (b) Ritmo de Crecimiento para 1966–1971: 4.0, con crecimientos reales a veces negativos.
- (c) Inadecuada distribución del ingreso.

Al respecto del Desarrollo, es interesante el estudio de Miglioni en el Centro Panamericano de Planificación de Salud, que partiendo del empleo de diversos indicadores económicos sociales de los países latinoamericanos, clasificó los países según la tipología de desarrollo y salud en que se encontraban. Para ello se utilizó un Indicador global (la esperanza de vida); y una serie de indicadores específicos para salud, educación, economía, medio ambiente y demografía. La metodología era la siguiente: se clasificaba cada indicador en cada país, con una escala que oscilaba de 0 a 100, a través de la siguiente ecuación:

$$\frac{\text{Valor del indicador} - \text{Peor valor del indicador}}{\text{Mejor valor} - \text{Peor valor}} \times 100$$

Los Indicadores utilizados fueron:

1. Salud.

- 1.1. Tasa de mortalidad específica del grupo de 1 a 4 años.
- 1.2. Porcentaje de muertes debidas al grupo A de causas.
- 1.3. Médicos por 10 mil habitantes.
- 1.4. Camas por mil habitantes.

2. Educación.

- 2.1. Porcentaje de alfabetismo de la población mayor de 15 años.
- 2.2. Matrícula primaria: relación entre población escolar y la población general de 5 a 14 años.
- 2.3. Matrícula secundaria y vocacional. Población secundaria/población entre 15 y 19 años.
- 2.4. Matrícula Universitaria; población en enseñanza superior/población entre 20 y 30 años.

3. Medio Ambiente y Consumo.

3.1. Alimentación.

- 3.1.1. Disponibilidad diaria de calorías.
- 3.1.2. Disponibilidad diaria de proteínas.

- 3.2. Porcentaje de población con agua en sus domicilios.
- 3.3. Porcentaje de urbanización (porcentaje de población que vive en ciudades de más de 20 mil habitantes).

4. Demografía.

- 4.1. Porcentaje de población menor de 15 años y mayor de 55.
- 4.2. Tasa de crecimiento vegetativo.
- 4.3. Tasa de fecundidad.

5. Economía.

- 5.1. Producto Interno Percápita.
- 5.2. Porcentaje del P.B.I. generado por el sector secundario.
- 5.3. Porcentaje de la población económicamente activa en el sector primario.
- 5.4. Productividad per cápita del sector primario.

Se estudiaron estos indicadores en 24 países latinoamericanos, excepto Brasil y Haití, y se clasificaron en grupos correspondientes al nivel de salud y desarrollo. Este estudio fue realizado con información correspondiente a 1969 y los datos que se obtuvieron se presentan en el siguiente cuadro que corresponde a las Tipologías, tanto de salud como de Desarrollo.

A través de los resultados analizados, observamos que El Salvador está ubicado en último lugar de la tipología del Desarrollo y en último lugar de la tipología de salud. Por otra parte se observa una clara relación en la clasificación por países entre el grado de Desarrollo y el grado de Salud.

T I P O L O G I A S

DESARROLLO	SALUD
Grupo 1: Argentina, Uruguay, Barbados.	Argentina, Uruguay, Barbados, Cuba y Trinidad.
Grupo 2: Cuba, Chile, Venezuela, Trinidad.	Chile, Venezuela, Panamá, Costa Rica, Jamaica, Guyana, Surinam, Belice.
Grupo 3: Jamaica, Guyana, Surinam, Belice.	México, Colombia, Perú, Paraguay Ecuador.
Grupo 4: Panamá, Costa Rica, México, Colombia.	Dominicana, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Bolivia y Guatemala.
Grupo 5: Perú, Paraguay, Dominicana Nicaragua y Ecuador.	
Grupo 6: Bolivia, Honduras, El Salvador, Guatemala.	

III. SITUACION DEMOGRAFICA EN EL SALVADOR.

1. Estructura Demográfica.

1.1. Población del País.

Según el censo de población de 1971. El Salvador contaba en dicho año con un total de

3.549.260 habitantes; población que, comparada con la obtenida en el censo en 1961, representa un aumento de 1.038.280 habitantes en el lapso de 10 años.

1.2. Densidad Demográfica.

Según la misma fuente de información, el país en 1971 tenía una densidad de 177 habitantes por

kilómetro cuadrado, estando en la misma fecha el promedio latinoamericano en 14 habitantes por Km². De continuar igual ritmo de crecimiento, en el lapso de 20 años, el país, alcanzará una densidad de 355 habitantes por km².

1.3. Distribución de la Población por Sexo.

La composición de la población salvadoreña en lo que respecta al sexo, tenía en 1971 la siguiente distribución: 1.788.642 mujeres y 1.760.618 hombres, lo que significa con respecto al censo de 1961, un incremento de 514.386 mujeres y 523.890 hombres. Se advierte un ligero predominio de la proporción femenina que constituye un 50.4 o/o de la población del país (50.7 o/o en 1961), traduciendo una tasa de masculinidad de 97.

1.4 Distribución de la Población por Edad.

Con respecto a esta variable, encontramos en el censo de 1971, la siguiente composición por edades de la población salvadoreña.

Grupo de Población		Porcentaje
0	a 14 años	46.2
15	a 64 años	50.4
65	y más años	3.4

Se observa que el grupo de 9 a 14 años tenía un porcentaje mayor que el promedio latinoamericano (42 o/o).

Comparando la distribución por edades de 1971 con la de 1961, encontramos que en 1971 ha habido un aumento del grupo de 0 a 14 años 46.2 en contra de 44.8 o/o que existía en 1961. El grupo 65 y más años igualmente aumentó en 1971: 3.4, en relación con 3.2 que existía en 1961. El grupo 65 y más años igualmente aumentó en 1971: 3.4, en relación con 3.2 que existía en 1961. Estos aumentos en estos grupos han ido en disminución del grupo 15 a 64, que precisamente es el grupo activo, con lo que se ha aumentado la dependencia de 0.92 que había en 1961 a 0.98 que hay en 1971, condicionando que por cada persona que está en edad de trabajar, hay otro que no lo está.

Todo esto dentro de un marco teórico, porque, si consideramos las condiciones reales de trabajo, observamos que por cada habitante que trabaja, existen 3.5 inactivos. Si comparamos los valores teóricos de dependencia, encontramos que en el país por cada 1.000 hombres en edad activa, existen 980 en edad inactiva. En Latinoamérica en conjunto encontramos un total de 858 inactivos, y en el continente africano, 871.

1.5. Distribución de la población por área geográfica

La población salvadoreña, según procedencia, tenía en 1971, la siguiente distribución:

Area Urbana	39.5 o/o (38.5 en 1961)
Area Rural	605

Se entiende como área urbana, aquellas localidades que son sede de administración locales.

Quizá es importante la distribución y crecimiento de la población por departamentos del país, siendo que en el período 1961-1971 fue el departamento de San Salvador el de mayor crecimiento, con un aumento de 268.452 habitantes; siguiendo en orden, La Unión, con 71.906; y Usulután, con 86.232 habitantes.

Por otra parte, en lo concerniente a la concentración de la población, se observa que igualmente el departamento de San Salvador es el de mayor aumento de concentración, de tal manera que, en 1961, contaba con el 18.4 o/o de la población del país, y, en 1971, ese porcentaje se aumenta a 20.6.

1.6 Distribución de la población por Estado Civil.

El Censo de 1971 nos proporciona los siguientes datos:

Solteros	42.6 o/o	(42.6 en 1961)
Casados	26.8	(28.1 en 1961)
Unión libre	26.4	(22.9 en 1961)
Viudos	3.7	(4.1 en 1961)
Divorciados	0.5	(1.3 en 1961)

2. Dinámica Demográfica.

El crecimiento de la población salvadoreña, durante el período intercensal 1961-1971 (según Censo de 1971), tuvo una Tasa Anual de Crecimiento, de 3.47 o/o, estando el promedio de crecimiento latinoamericano en 2.9.

De permanecer constante esta tasa en el futuro, la población tenderá a duplicarse en un período de 20 años.

Se observan las acciones que la "política" que el factor Tiempo determina.

Esta tasa de crecimiento está en dependencia de la interrelación entre tres factores: natalidad, migraciones, mortalidad.



Natalidad y Mortalidad en El Salvador

Año	natalidad	mortalidad general	mortalidad infantil	crec. natalidad
1960	49.6	11.8	76.3	37.8
1961	49.5	11.3	70.0	38.2
1962	48.8	11.6	71.4	37.2
1963	49.5	11.0	67.7	38.5
1964	47.8	10.6	65.0	37.2
1965	47.7	10.7	70.6	37.0
1966	46.3	10.2	62.0	36.1
1967	45.4	9.4	63.1	36.0
1968	44.1	9.3	59.2	34.8
1969	43.1	10.2	63.3	32.9
1970	41.3	10.2	66.6	31.1
1971	43.4	8.1	52.4	35.3
1972	40.8	8.5		32.3

2.1. Natalidad.

Este factor de crecimiento está íntimamente en relación y dependencia del grado de fertilidad de la población expuesta al riesgo; y estimamos que en el país se mantienen tasas elevadas, debido entre varias causas a los siguientes factores:

2.1.1. Incipiente nivel de industrialización: escasa capacidad de generar empleo calificado.

2.1.2. Rigidez de la estructura socioeconómica, que determina y condiciona la existencia de grupos sociales marginados de los bienes, servicios de la sociedad.

2.1.3. Desocupación general, más acentuada en el sexo femenino.

2.1.4. Bajos niveles educativos de la población en general. Elevado índice de analfabetismo. Falta educación sexual en particular.

2.1.5. Escasa participación de la mujer en las actividades del país.

2.1.6. Patrones culturales característicos: tendencia familias numerosas, hábitos del "machismo"; Religión.

2.1.7. Relaciones sexuales a más tempranas edades; predominio de uniones libres como núcleo familiar; mayor liberalidad en las costumbres (cambios culturales).

2.1.8. Falta de confianza y de aceptación en su aplicación, de los métodos que regulan la fecundidad.

2.2. Migraciones.

En el país podemos considerar como escaso el papel que juegan las migraciones en la determinación de la problemática demográfica, ya que no se cuenta con flujos migratorios externos de carácter relevante. Al no existir factores externos, el enfoque queda limitado al rol de las corrientes migratorias internas, que consideramos como poco significativo dentro del aspecto global del problema. En cambio, es importante dentro de nuestra sociedad, porque repercute en los cambios culturales que ocasiona el paso de una cultura o sub-cultura a otra (campo/ciudad). El habitante de nuestra área rural, al no encontrar trabajo permanente que le asegure las mínimas condiciones de vida, emigra a las ciudades, a pesar de que éstas no están en condiciones de absorber con empleo las masas emigrantes; pero llevados por el efecto de demostración que la ciudad ejerce en el campo. De esta manera la ciudad se va hipertrofiando desde el punto de vista poblacional, pero no en lo concerniente a empleo y a infraestructura, condicionando así un claro desequilibrio.

Este proceso ha sido identificado por algunos estudiosos (Zubicueta) como un simple traslado de desocupación desde las áreas más desprotegidas hacia formas abiertas o disimuladas de desocupación en áreas menos desprotegidas, condicionando de esta forma, un proceso negativo caracterizado por ser selectivo para la población emisora que pierde sus elementos jóvenes, activos y constituyentes de núcleos familiares; así como para el emigrante, que pierde su rol social en su lugar de origen, para pasar a optar por algunas de las insatisfactorias y anti-financieras ocupaciones que generan nuestras estructuras económicas.

Este emigrante cambia de cultura y pasa a for-

mar parte de la reconcentración hipertrofiada de las ciudades, encontrándose, sin empleo, sin vivienda, sin servicios educativos, sin acceso al agua potable, sin servicios de salud, sin participación en la sociedad; pero con mucha sensación de injusticia, que incluso llega a crear un sentido etnocéntrico al sentirse "orgullosamente marginados", y en cuyas condiciones, la unión libre, la promiscuidad, y el desequilibrio familiar y social es lo corriente.

El problema de éstos núcleos en El Salvador, ha sido poco estudiado o por lo menos desconocemos de estudios en forma global o integral de una Política de Población Especial. No obstante, hemos tenido a mano una publicación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de 1972 y referente a los servicios de salud en comunidades marginadas de San Salvador. En dicha publicación se nota alguna preocupación por la mencionada institución y se describen catorce comunidades marginadas del área urbana de San Salvador, con un total de 32.430 habitantes. Esta población marginada representa un 8.9 o/o del total de habitantes de San Salvador; aun cuando estimamos que dicha proporción es mayor, pues en el estudio mencionado sólo se hace referencia a "comunidades marginadas organizadas", siendo obvio la existencia en proporción importante de comunidades no organizadas.

Estas poblaciones han emigrado hacia San Salvador en busca de nuevos horizontes que les permitan desarrollar su capacidad física apta para el trabajo; (en 1972, el salvadoreño rural tenía un promedio de trabajo asegurado de 92 días al año, según estudios actuariales del ISSS/CONAPLAN). En esta búsqueda de empleo, el habitante rural o suburbano ha aprovechado las coyunturas que en nuestro país le proporcionan algunos fenómenos sobrenaturales: terremotos, inundaciones, que le permiten justificar una condición de "damnificado" y asegurar con derecho ante la sociedad su emigración a la ciudad creándose y multiplicándose las comunidades marginadas.

2.3. Mortalidad.

Es otra variable que influye en el equilibrio del desarrollo poblacional, pero que solamente podemos modificar en el sentido de descenderla, con lo que indirectamente se aumenta el problema demográfico si no va asociado de modificaciones en las otras variables estudiadas.

Hemos analizado la situación demográfica del país que se caracteriza por su gran dinamismo, que incide no solo en los problemas demográficos, sino en todas las esferas del desarrollo del país.

3. Programa Demográfico en El Salvador.

Las actividades demográficas en el país, se han limitado únicamente a las acciones de la Planificación Familiar, que han sido realizadas de forma aislada, sin tener en cuenta los problemas básicos de una Política Demográfica. Este programa ha sido ejecutado por tres instituciones: Asociación Demográfica Salvadoreña; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; e Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

De todos es bien conocido la labor desarrollada por estas instituciones, de las cuales corresponde a la Asociación Demográfica Salvadoreña -institución privada- ser la pionera de estas actividades en el país, llevando hasta la fecha 12 años de labores habiéndose dedicado tanto a las actividades de atención, como la de capacitación profesional e investigación. Las otras instituciones fueron más tardías en incorporar estas actividades en sus programas respectivos; habiéndose originado muy timidamente por el año de 1968; y encubiertas bajo los programas tradicionales de Atención Materno Infantil, bajo el cual todavía se encuentran adscritas.

Todos estos programas en su ejecución se han caracterizado por ser esencialmente verticales en su lineamiento; y generalmente concentrados en la región metropolitana del país, por ser donde existen mayor proporción de servicios de salud, pero que paradójicamente, donde la población expuesta al riesgo sea la menos necesitada de sus beneficios en un orden prioritario. A continuación presentamos datos de servicios y cobertura de atención, tomados de una publicación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para 1972 (características de las Usuarías de Planificación Familiar), aun cuando hacemos notar que existe cierta discrepancia con otra publicación de A.D.S., pero que estimamos válida para dar una imagen del problema y su programa.

Servicios de Planificación y cobertura de población.

De los datos anteriores anotamos que la población femenina inscrita activa en el programa ascendió a 40.330 de un total de 754.353 mujeres expuestas al riesgo (20 o/o de la población total del país). Relacionando la población inscrita activa con la población expuesta al riesgo de embarazo, observamos que representa una cobertura real de 5.3 o/o de la población femenina en edad fértil, que estimamos sumamente bajo para la magnitud de nuestro problema, a pesar de los grandes esfuerzos realizados por la A.D.S. en lo que concierne a la motivación e información al público en general.

Programa de Planificación Familiar por Agencias.

	Ministerio de Salud	I S S S	A. D. S	Totales
Servicios	103 (78.6 o/o)	26 (19. o/o)	2 (1.5)–	131 (100)
Población Protegida	25.836 (64 o/o)	10.321 (25)–	4.146 (10)	40.330 (100)

En lo que respecta a la distribución geográfica de las usuarias, encontramos en la misma fuente, los siguientes datos:

Distribución de las usuarias de planificación familiar según región

Región	Porcentaje de Usuarias
Metropolitana	44.2
Occidental	21.1
Oriental	14.2
Paracentral	10.5
Central	10.0

Este cuadro nos ofrece un panorama similar en la distribución de bienes y servicios típico de países subdesarrollados: gran desproporción entre la capital de país, “hipertrofiada de todo y nada”, y las áreas más alejadas, “desprovistos de todo”.

Es importante hacer notar, que la región oriental del país, que cuenta con una población aproximada de un millón de habitantes (200.000 mujeres en edad fértil), apenas tiene inscritas en programa de planificación familiar en las tres agencias un total de 5.768 mujeres, demostrando la escasa penetración de un programa vertical, en una región que se encuentra desprovista de servicios de salud y de fácil acceso a sus poblaciones.

Creemos que existe una relación entre infraestructura, servicios de salud a la población y el éxito o fracaso de un programa de planificación familiar. Si tomamos en cuenta cualquiera de nuestras poblaciones de tales características, en las cuales nuestros habitantes no tienen recursos médicos ni de enfermería para la adecuada asistencia de un parto (recordamos que solo un 35 o/o de los partos del país en 1973 fueron atendidos por profesionales en centros asistenciales); si nuestra población para satisfacer sus problemas de enfermedad, en ausencia de servicios médicos, tiene que utilizar las prestaciones y servicios de la medicina folklórica (curanderismo, charlatanismo, etc.); si nuestra población carece de lo necesario en las acciones de salud y alimentación, ¿estará motivada para aceptar un programa de planificación familiar?

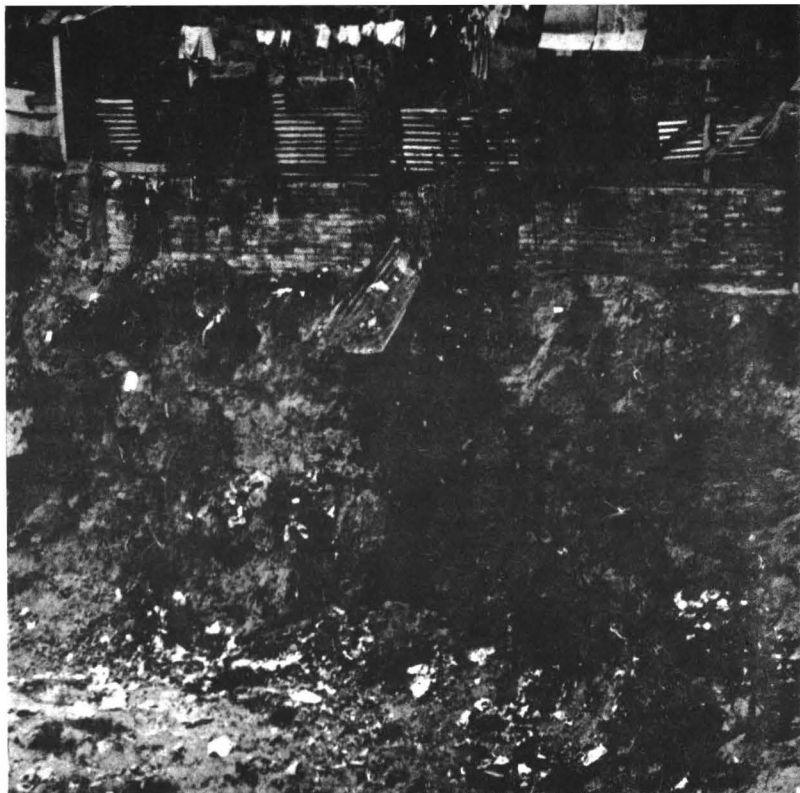
Es indispensable que nos replanteemos esta situación, puesto que si la proporción de usuarias del programa es baja, y esta baja proporción está concentrada en un 45 o/o en San Salvador, estimamos que de continuar este planteamiento, poco será el éxito del programa.

Con este objetivo, analizaremos un poco más, los obstáculos que se encuentran en la penetración de estas actividades de planificación familiar en áreas desprotegidas. Estimamos que hay que tener en cuenta, la estructura de salud, los patrones culturales y la escala de valores de los bienes de nuestra población. Trataré de identificar el razonamiento.

Nosotros generalmente creemos que la planificación familiar es necesaria para todos los habitantes del país; pero la mayor parte de los que afirmamos esto, pertenecemos a una clase “media” que, de alguna manera, venimos planificándonos. Pero válgase la pregunta: para el campesino del cantón San Juan de Chirilagua, ¿es una necesidad sentida la planificación familiar o este habitante tendrá otras necesidades que sean quizá un poco más sentidas dentro de sus problemas relacionados con sus condiciones socioeconómicas o de vida de este habitante rural?

Pero, pensemos un poco más en este habitante de Chirilagua y analicemos su posible razonamiento: él sabe por la experiencia, que de cinco a seis hijos que tenga, tres o cuatro se le van a morir por el pringa-pié, el ojo, el susto o cualquier otra clase de patología, quedándole reducida su descendencia a uno, dos o tres hijos; si a esto le agregamos que al menos uno o dos de ellos pertenezcan al sexo femenino, solamente tendrá un hijo varón (patrón cultural), y es considerada como muy poca la ayuda que un hijo puede proporcionarle para salir adelante con los quehaceres del campo.

Bajo este razonamiento, parece lógico el deseo de tener familias muy numerosas, para que el hombre en la edad adulta tenga dos o tres hijos en que apoyar su senectud, como solución individual de nuestra sociedad. De este mismo planteamiento se origina el hecho del ausentismo escolar a tempranas edades de la vida, ya que, desde esas edades, pasa el



individuo a formar parte de la fuerza laboral del país en el sector agropecuario, causando gran influencia cultural al pasar de una cultura infante juvenil a una cultura adulta, y modificando sus valores espirituales. Queremos interpretar con lo anterior que la planificación familiar no es una necesidad sentida dentro de la escala de valores que su comunidad le ha impuesto. Antes que eso, tienen que satisfacer ciertas condiciones como son la alimentación, vivienda, vestuario, educación y sus problemas de salud.

Hasta aquí hemos analizado los obstáculos inherentes a la estructura de salud, los patrones culturales y la escala de valores de las poblaciones desprotegidas. Veamos ahora los obstáculos propios de las técnicas o métodos de planificación familiar utilizadas en poblaciones rurales de nuestras características.

Creemos que hasta este momento no contamos con un método que sea viable en su aplicación en nuestras áreas rurales. Veamos y pensemos en nuestro habitante rural.

Difícilmente una usuaria tentativa, analfabeta, cumplirá con el requisito de ingerir una tableta al día de cualquier anovulatorio oral, y tener cuidado de omisiones que pudieran haber existido, cuando ni siquiera tiene facilidades de acceso al agua potable para satisfacer sus necesidades.

Difícilmente, una mujer rural de las nuestras, con ciertos hábitos de pudor, que no le permiten así por que sí situarse en posición ginecológica ante un extraño, será objeto de un dispositivo intrauterino; sin contar además con las creencias y patrones propios del "machismo" del acompañante. Pero, seamos optimistas, y pensemos que nuestra mujer, anémica, palúdica y parasitada, acepta la aplicación de un DIU. Pensemos por un instante en los efectos secundarios de estos DIU -dolor, sangrado- y veamos cómo esta mujer va a solucionar esta enfermedad que le ha llegado, debida probablemente al "ojo" de un enemigo supuesto. Recordemos que hay un 40 o/o de municipios sin servicios de salud, y que el salvadoreño tiene opción a una consulta médica cada dos años (según publicaciones oficiales del Ministerio de Salud Pública); situación que llevará a nuestra mujer, a retirarse el DIU, y/o automedicarse para evitar que sus precarias condiciones de salud se agraven un poco más.

Sobre otros métodos o técnicas de planificación familiar, igualmente creemos que no son de acceso para nuestra población rural, con la excepción hecha de los procedimientos quirúrgicos, cuyos adelantos han sido notorios en este campo.

Pensando con tristeza en la esfera de salud, observamos que la diarrea, la malnutrición, el mal saneamiento ambiental y la inadecuada distribución de los recursos, son los principales y quizás más

efectivos métodos de planificación familiar en estas áreas: condición que nos duele. Esto pone de evidencia el hecho que las acciones de salud por presencia o ausencia pueden modificar notablemente la estructura demográfica de un país.

IV. POLITICA DE POBLACION EN SALUD.

En los capítulos anteriores hemos venido describiendo un breve diagnóstico de la situación de salud del país, teniendo como marco de referencia la problemática demográfica en una forma integral.

A continuación, enunciaremos las "Áreas Problemas" de nuestra situación, para en base a ellos formular una política integral demográfica.

1. Áreas Problema.

1.1. Área de la Salud.

1.1.1. Estructura epidemiológica característica de un proceso de subdesarrollo. Las enfermedades prevalentes son generalmente evitables o disminuibles a valores mínimos.

1.1.2. Inadecuadas condiciones del saneamiento ambiental básico, especialmente lo referente al acceso al agua potable; a la eliminación de excretas, y a la disposición adecuada de desechos.

1.1.3. Deterioro de las condiciones nutricionales. Falta de una Política Nutricional.

1.1.4. Escasa atención médica, en cuanto a la cobertura de consultas médicas por habitante al año; más escasa aún en áreas rurales. Reducida cobertura de población femenina en edad fértil inscrita en Planificación Familiar.

1.1.5. En cuanto a los recursos, hacemos nuestra la frase que aparece en el Plan de Desarrollo de CONA-PLAN, cuando dice: "siguen siendo escasos y mal distribuidos y mal utilizados", a lo que agregamos que es imprescindible la formulación de una política de recursos humanos, formando parte de la política de población.

1.1.6. Poca disponibilidad de camas hospitalarias.

1.1.7. Escasa atención de partos en centros hospitalarios.

1.1.8. Mortalidad infantil elevada; y mortalidad proporcional elevada para el grupo menor de 5 años (46 o/o de los muertos son de este grupo de edad).

1.2. Área Educativa.

1.2.1. Elevado nivel de analfabetismo, más acentuado en el área rural.

1.2.2. Patrones culturales inadecuados para un desarrollo integral: machismo, hábitos nutricionales, concepción del sexo, etc.

1.2.3. Falta de educación sexual.

1.3. Área Económica.

1.3.1. Estructura económica de naturaleza primaria.

1.3.2. Ingreso per cápita de los más bajos de Latinoamérica.

1.3.3. Mala distribución del ingreso.

1.3.4. Estructura económica incapaz de absorber la mano de obra.

1.4. Área Sociopolítica.

1.4.1. Estructura sociopolítica rígida e inestable.

1.4.2. Poca participación de la población, y más específicamente de la mujer en las actividades del país.

1.5. Área Demográfica.

1.5.1. Población predominante joven y dependiente.

1.5.2. Población de preferencia rural, sin infraestructura adecuada.

1.5.3. Alta densidad demográfica.

1.5.4. Elevada tasa de crecimiento.

1.5.5. Elevada tasa de natalidad y fertilidad.

1.5.6. Vínculos familiares inestables, predominio de uniones libres.

1.5.7. Condiciones deficitarias en vivienda: hacinamiento.

1.5.8. Programa de planificación familiar dirigido al individuo, tipo vertical, con métodos no adecuados para la población rural.

En la identificación de las Áreas Problemas anteriores, hemos venido delimitando nuestra concepción de una Política de Población, como un proceso integral, individual y colectivo, que interesa al individuo desde el período de la gestación hasta el de su muerte, y que involucra a la sociedad en la consecución del mayor bienestar colectivo.

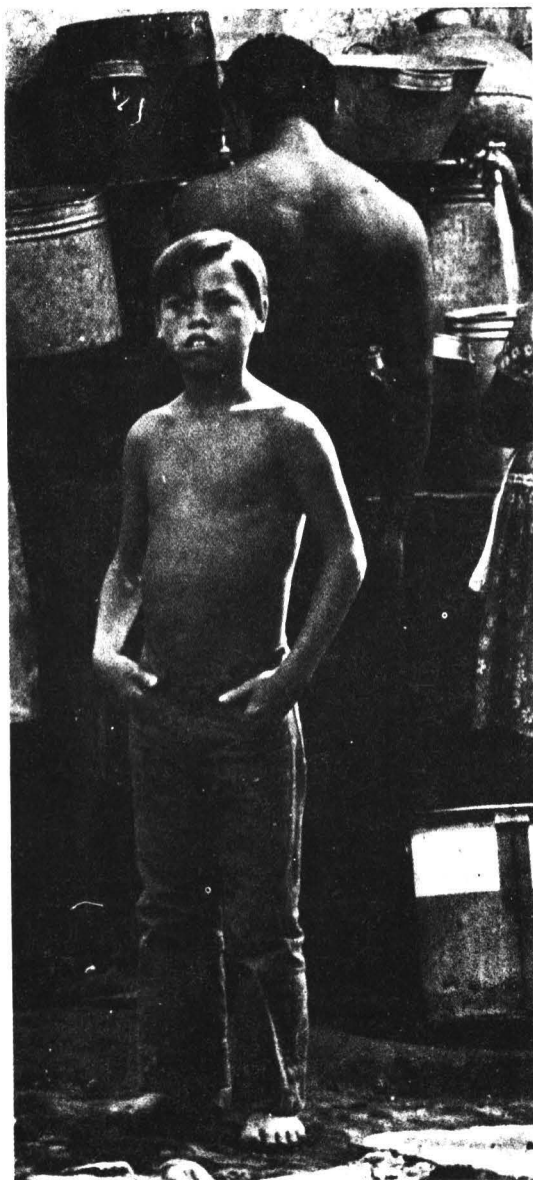
2. Política de Población.

La Política de Población generalmente se confunde en su formulación con una política de desarrollo, lo cual es razonable, por ser su principal componente, ya que el Desarrollo de un país debe tener como objeto el bienestar de la población y no de una pequeña parte de ella.

A este respecto, por parecerme edificantes, cito las palabras del Dr. Ian Alexander McGregor (Premio Darling de Malariología), cuando hablando de Malaria dice. . . "Sin embargo, las actividades antimaláricas nos han proporcionado nuestras experiencias más valiosas, aunque con grandes esfuerzos. Hemos aprendido que los problemas relativos al cuidado de la salud son extremadamente complejos y que la posesión de plaguicidas de gran actividad y medicamentos antimaláricos eficaces no es el único requisito previo para el éxito de esas actividades. Ahora comprendemos que se necesita una infraestructura de servicios básicos de salud para lograr ese éxito, pero que es indispensable a nivel de la colectividad, obtener y mantener el completo concurso de la población. Pero en todo ese proceso, nuestra tendencia ha sido olvidar lo que la eminente escuela de malariología italiana nos enseñó muchos años atrás: **Que el arma más poderosa contra la malaria consiste en asegurar un desarrollo progresivo, es decir, un mejoramiento gradual de la economía, la instrucción, la agricultura, y por supuesto el estado de salud de un país:**". Creemos que lo dicho por el Dr. McGregor, para malaria, es completamente válido en la formulación de una política de población.

Hablando de este problema, José L. Vera reconoce que una Política de Población "debe tratar de obtener el desarrollo de los hombres y mujeres que forman la sociedad nacional, agrupados en familias con más o menos hijos, sujetos de necesidades variadas y crecientes de consumo material y espiritual, y dueños de una fuerza de trabajo cuyo pleno empleo es condición indispensable para asegurar simultáneamente la satisfacción de sus necesidades, su realización como seres humanos, padres de familia y ciudadanos, y el desarrollo de la sociedad nacional".

De esta forma, una Política de Población tiene como principal objetivo alcanzar una situación óptima, en la que el embarazo ocurra en una mujer sana, cuando la pareja lo desee, y que tanto el embarazo como el parto transcurran con normalidad; así como que el niño nazca sano y se desarrolle plenamente, que llegue a alcanzar los bienes y servicios de la sociedad, que tenga capacidad de empleo y disfrute de la justicia social, contribuyendo de esta manera al bienestar de la colectividad.



2.1. Concepto.

Por política de Población identificamos un conjunto coherente de decisiones, referente a la población del país, de acuerdo a sus necesidades, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida, y con el objeto de:

2.1.1. Influir sobre la estructura de la población (composición por edades; tamaño promedio de la familia; distribución por área geográfica); y sobre la dinámica demográfica (tasa de crecimiento; corrientes migratorias, tasa de dependencia; y capacidad de empleo).

2.1.2. Formar, capacitar y lograr una utilización adecuada de los recursos humanos en el país.

2.1.3. Influir sobre la estructura económico-social del país, de manera que el equilibrio entre estructura económico-social/estructura demográfica sea favorable para la población en su carácter general.

2.1.4. Lograr la participación de la población dentro de la sociedad nacional.

2.2. Características.

2.2.1. La Política de Población debe formar parte de la Política de Desarrollo del país.

2.2.2. Debe poseer un enfoque de naturaleza integral, ofreciendo soluciones colectivas al bienestar de la sociedad.

2.2.3. Debe ser Intersectorial, queriendo decir con esto que deben estar incluidos todos los sectores de la colectividad; debiendo tener participación tanto los sectores gubernamentales como los no gubernamentales.

2.2.4. Debe poseer cobertura de aplicación universal

2.2.5. Debe realizarse por etapas, claramente delimitadas y definidas.

2.3. Componentes.

Trataremos de enumerar los componentes de una política demográfica en aquellos aspectos relacionados con la salud, bajo el entendido que la concepción de salud está en dependencia con el grado de Desarrollo del país; con el análisis de las estructuras económicas, políticas y sociales, que quedan a criterio de los entendidos en estos tópicos. Seguidamente describiremos aquellos componentes más directamente relacionados con la salud, y que a su vez puedan ser modificables por dichas actividades.

2.3.1. Política de Recursos Humanos en Salud.

Con los objetivos de:

- promover la salud en su sentido más amplio;
- poner a disposición del país, el personal capaz y en número adecuado para solucionar los problemas de salud de la población. Se tendrán en cuenta los factores relacionados con: la formación, el tipo de personal requerido, los incentivos para su distribución y su racional utilización.

2.3.2. Política de Recursos Físicos en Salud.

Con el objeto de poner a disposición de la población la infraestructura necesaria para la adecuada asistencia de la población.

2.3.3. Intensificar las acciones sobre saneamiento ambiental, en sus aspectos concernientes al agua potable y la eliminación de excretas.

2.3.4. Formulación de una Política Nutricional a nivel nacional, que comprenda entre otros, los siguientes aspectos:

- a) Producción—Tecnificación.
- b) Comercialización (transporte, almacenamiento, regulación de precios).
- c) Transformación—Industrialización (fortificación de alimentos).
- d) Distribución.
- e) Educación y empleo.

2.3.5. Formulación de una Política Nacional sobre Vivienda.

2.3.6. Orientar la participación de la comunidad organizada.

2.4. Programas.

La implementación de una Política de Población, para llevarse a cabo, necesita de una serie de programas que determinen más concretamente la naturaleza de las actividades. Una actividad operativa de este tipo contemplaría los siguientes programas:

2.4.1. Programa de Atención Médica.

Con el objeto de aumentar la cobertura de población en los niveles de atención médica, de manera que tenga opción el paciente a consultar un servicio de salud en una forma periódica adecuada.

En lo que refiere al tipo de atención médica, se especifica que ésta sea integral, es decir, que vea al núcleo familiar como un todo; y que el estable-

cimiento de salud ofrezca por igual oportunidades para una consulta médica, como para una extracción dental, como para los métodos de planificación familiar. Este programa es dependiente de la política de recursos humanos y físicos, y debe ser dirigido prioritariamente a aquellos núcleos de población más desprotegidos o más expuestos al riesgo: núcleos materno infantil; atención del parto, vacunaciones; crecimiento y desarrollo del niño; planificación familiar.

Con respecto al Sub-Programa: Planificación Familiar, creemos que estas actividades deberán ser programadas con objeto de mantener constante un porcentaje de mujeres en edad fértil inscritas y acti-

vas en el programa. Este porcentaje, que denominamos "Nivel Util", estaría previamente determinado, y sería fijado al formularse cada Plan Quinquenal.

Este nivel Util no sería fijo, sino que debería ser variable, y estimamos que debería oscilar entre el 15 y el 20 o/o de cobertura en mujeres activas en el programa de Planificación Familiar (actualmente por el orden del 6 o/o).

A título de ejemplo se presenta una programación con las dos alternativas de 15 y 20 o/o para el país, únicamente con el fin de ilustrar la magnitud del problema.

Año	Población País	Población femenina en edad fértil	Cobertura 15 o/o	Mujeres activas 20 o/o
1973	3.800.333	760.066	114.009	152.013
1974	3.932.204	786.440	117.966	157.288
1975	4.068.651	813.730	122.059	162.746
1976	4.209.833	841.966	126.294	168.393
1977	4.355.914	871.182	130.677	174.223
1978	4.507.064	901.412	135.211	180.282
1979	4.663.459	932.691	139.903	186.538
1980	4.825.281	965.056	144.758	193.011
1981	4.992.718	998.543	149.781	199.708

2.4.2. Programa Epidemiológico.

Con el objetivo de mejorar la estructura epidemiológica prevalente, evitando las enfermedades prevenibles y disminuyendo la población expuesta al riesgo de enfermar y morir.

En el desarrollo de estos dos programas, es necesaria una coordinación entre las diferentes instituciones del sector salud, pero esencialmente entre el Ministerio de Salud Pública y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. El papel de ésta última agencia es de suma importancia como mecanismo de incorporación y participación de la mujer en las actividades de la sociedad en general, y de salud en particular. Este papel será cumplido en la manera o medida que el ISSS extienda sus beneficios a mayores núcleos de población, de tal forma que se convierta en una institución dinámica que podría contribuir a mejorar la distribución del ingreso.

2.4.3 Programa Ambiental.

Con acciones tendientes a mejorar las condiciones de nuestro saneamiento básico. Para tal efecto es necesario la coordinación entre municipalidades, ANDA y Ministerio de Salud Pública.

2.4.4. Programa Educativo.

Este programa por su complejidad comprende varios subprogramas:

2.4.4.2. Subprograma de Educación al Usuario: que deberá ser realizado por el personal de las agencias que prestan servicios.

2.4.4.3. Subprograma de educación académica: llevado a cabo a través de la enseñanza secundaria, y muy especialmente a través de la Universidad, de tal manera que le permita a ésta, adquirir, transmitir y aplicar conocimientos.

2.4.5. Programa de Investigación.

Que podría ser realizado por A.D.S., en un tipo de investigación operativa, que obedecería a prioridades de la población y realizado por un equipo de profesionales multidisciplinarios.

Comprendería el análisis o estudio de:

2.4.5.1. Grado de aceptabilidad de los métodos empleados o programados.

2.4.5.2. Eficiencia del Programa.

2.4.5.3. Estudios de Fertilidad, Esterilidad.

2.4.5.4. Programa de naturaleza rural.

2.4.5.5. Estudios de seguimiento con diferentes grupos poblacionales en variadas condiciones:

Relación fertilidad/ desnutrición

Relación comunidades marginadas/fertilidad.

Relación comunidades rurales/fertilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahumada, Jorge: **Teoría y Programación del Desarrollo Económico**. Cuadernos del ILPES. Santiago Chile, 1970.
2. **Anuarios Estadísticos**:- Vol. II, 1971-1972-1973. Publicación de Dirección General de Estadística y Censos.
3. Armijo, Rolando: **Curso de Epidemiología**. Santiago de Chile.
4. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina: **Planificación Familiar y Programas de Población**.
5. **Censo Nacional de Población y Vivienda: 1971**. Publicación de la Dirección General de Estadísticas y Censos. San Salvador.
6. Cibotti, Ricardo: **Introducción al análisis del Desarrollo**: Cuadernos del ILPES, Santiago, Chile 1965.
7. **CONAPLAN: Plan de Desarrollo Económico Social: 1973-1977**.
8. Gutrie, Douglas: **Historia de la Medicina**.
9. Horwitz, Abraham: **Publicación Oficial No. 118. OPS /OMS**.
10. INCAP: **Encuesta Nutricional de la Población de Centroamérica y Panamá**. 1969.
11. ISSS: **Estadísticas: 1972**.
12. McGregor, Ian Alexander: **Publicación OPS/OMS: Gaceta No. 21: 1974, pág. 14**.
13. Miglónico, Américo: **Tipologías**. Publicación mimeografiada del CPPS. Centro Panamericano Planificación de Salud.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: **Características de las Usuarias del Programa de Planificación Familiar**. 1972.
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; **Proyecto de Unidad Móvil de Salud Comunitaria: 1972**.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: **Salud Pública en Cifras: 1973**. Depto. Estadísticas.
17. Molina, Ramiro: **Evaluación Planificación Familiar del ISSS 1972**.
18. Omram, Abdel: **Beneficios para la salud de la Planificación Familiar**. Publicación OMS. 1971.
19. **Salud y Población: Publicación OPS/OMS: 232. 1971**.
20. Vera, José L. **Población y Desarrollo: México. 1970**.
21. Zubicueta, Sergio: **Comunicación Personal**.
22. Paredes, de Querubina; Madrigal, Vernon; Rodríguez, Carlos; Franklin, Knut: **Los programas de Planificación Familiar en El Salvador. 1972**.