

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA



**EL COSTO SOCIAL DE LA CRISIS SALVADOREÑA
EN EL SECTOR SALUD Y PERSPECTIVAS**

**TRABAJO DE GRADUACION
PRESENTADO POR**

**JOSE EDGARDO BARRIENTOS
HECTOR DAVID CORDOVA ARTEAGA
MARCO ANTONIO GUTIERREZ**



**PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ECONOMIA**

JUNIO DE 1987

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

0.97284
?75c



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

LIC. LUIS ARGUETA ANTILLÓN
RECTOR

ING. RENÉ MAURICIO MEJÍA MELÉNDEZ
SECRETARIO GENERAL

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

LIC. MARÍA HORTENSIA DUEÑAS DE GARCÍA
DECANO

LIC. NOEL AMÉRICO FIGUEROA
SECRETARIO

TRIBUNAL EXAMINADOR

PRESIDENTE: LIC. LUIS ARGUETA ANTILLÓN
1ER. VOCAL: LIC. MARÍA HORTENSIA DUEÑAS DE GARCÍA
2DO. VOCAL: LIC. SALVADOR CENTENO RIVERA

I N D I C E

	No. Pág.
PRESENTACION	
1.0 INTRODUCCION	1
1.1 PLANEAMIENTO Y ENUNCIADO DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	15
1.3 OBJETIVOS	17
1.3.1 Objetivo General	17
1.3.2 Objetivos Específicos	17
1.4 SISTEMA DE HIPOTESIS	18
1.4.1 Hipótesis Principal	18
1.4.2 Hipótesis Deducidas	19
1.5 SISTEMA DE VARIABLES	19
1.5.1 Variables Determinantes	19
1.5.2. Variables Asociadas	20
1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION	20
1.7 METODOLOGIA	23
1.7.1 Procedimiento Metodológico del Estudio	23
1.7.2 Métodos y Técnicas Utilizadas	24
1.8 TERMINOS BASICOS	27
2.0 MARCO TEORICO	30
2.1 FORMACION ECONOMICA SOCIAL	30
2.1.1 Caracterización de la Formación Económica Social Salvadoreña	30
2.1.2 Formación Económica y Social Salvadoreña en la Actual Coyuntura	30

	No. Pág.
2.2 POLITICAS DE SALUD EN LOS PAISES CAPITALISTAS	42
2.2.1 El Estado Capitalista y las Políticas Económicas y Sociales	42
2.2.2 Las Políticas de Población y las Políticas de Salud	50
2.3 POLITICAS DE SALUD EN EL SALVADOR	63
2.3.1 Los Estatutos Constitucionales y las Políticas de Salud	63
2.3.2 Las Políticas de Desarrollo y de Salud	67
2.3.3 Plan de Salud 1985-1989	70
3.0 ORIENTACION DEL GASTO PUBLICO EN SALUD 1976-1985	75
3.1 ASPECTOS GENERALES DEL GASTO PUBLICO	75
3.2 ESTRUCTURA Y TENDENCIA DEL GASTO PUBLICO EN SALUD	77
3.3 EVALUACION DE PROGRAMAS DE SALUD EN INFRAESTRUCTURA	89
4.0 SITUACION DE LOS DESPLAZADOS. TRABAJO DE CAMPO	100
4.1 OBJETO DEL TRABAJO DE CAMPO	100
4.2 METODOLOGIA	100
4.2.1 Tipos de Estudio	101
4.2.2 Universo y Muestra	102
4.2.3 Instrumento para Recolección de Datos	106
4.2.4 Tabulación y Análisis de Datos	108
4.2.5 Resultados de la Encuesta	110
5.0 EVOLUCION DE LOS PRECIOS Y SALARIOS	134
5.1 COMPORTAMIENTO DE LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y SERVICIOS	134
5.2 COMPORTAMIENTO DE LOS PRECIOS DE LOS PRODUCTOS QUE FORMAN UNA DIETA ALIMENTICIA MINIMA	142
5.3 GASTOS DE LAS FAMILIAS	156

	No. Pág.	
5.4	COMPORTAMIENTO DE LOS SALARIOS MINIMOS	162
5.5	PERSPECTIVAS DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS SALVADOREÑOS	172
	6.0 DISPOSICION DE RECURSOS FISICOS Y HUMANOS Y LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	175
6.1	DISPOSICION DE RECURSOS FISICOS ~	178
6.2	DISPOSICION DE RECURSOS HUMANOS	186
6.2.1	Plazas para Servicios de Salud	186
6.2.2	Formación y Adiestramiento de Personal para Salud	191
6.3	PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	200
	7.0 EL COSTO SOCIAL DE LA CRISIS SALVADOREÑA EN EL SECTOR SALUD Y PERSPECTIVAS	204
7.1	VALIDACION DE HIPOTESIS DEDUCIDAS	206
7.2	VALIDACION DE HIPOTESIS PRINCIPAL	216
	8.0 ORIENTACIONES BASICAS PARA LA FORMULACION DE POLITICAS DE SALUD	219
	BIBLIOGRAFIA	
	ANEXOS	

PRESENTACION

Desde una perspectiva histórica y con un esfuerzo de interpretación dialéctica, se aborda un sector importante dentro del desarrollo social, cual es la salud de la población, entendida ésta como una situación cualitativa de los salvadoreños profundamente ligada a todos los aspectos económicos-sociales que conforman nuestra realidad, más aún, en el período de profundización de la crisis en donde el drama humano que se muestra es desolador tal y como se apreciará en el transcurso de la investigación.

Hay que destacar que la motivación del presente trabajo no solamente surge del equipo que lo desarrolló, sino de un decidido y entusiasta esfuerzo realizado por el Instituto de Investigaciones de Ciencias Económicas (INVE), de la Universidad de El Salvador, el que consecuente con su papel de investigador orientó a los egresados de la Facultad de Ciencias Económicas hacia el abordaje de temas de un significado social y económico como el presente.

La investigación se presenta en ocho capítulos. En el primero, se desarrolla una introducción en donde se plantean los antecedentes, justificación, objetivos, hipótesis del trabajo, sistema de variables, metodología y términos básicos utilizados.

El Marco Teórico se desarrolla en el Capítulo Dos, analizando la formación económico-social salvadoreña, así como las políticas de salud en los países capitalistas y por lo tanto, en El Salvador.

Conociendo la importancia del destino del Gasto Público, en el Capítulo Tres se analiza su estructura y tendencia a nivel general, específicamente el que corresponde a Salud Pública, así como una evaluación general de los programas de construcción de infraestructura para salud.

La necesidad de constatar en la realidad la situación socio-económica de los desplazados, condujo al diseño de una investigación de campo, cuya elaboración y resultados se presentan en el Capítulo Cuatro.

En el Capítulo Cinco, se presenta la manera de cómo han variado los precios de los bienes y servicios que constituyen la canasta básica del consumidor, así como de los alimentos que forman una dieta mínima. Asimismo, el comportamiento de los salarios mínimos es sujeto de estudio en este capítulo.

Considerando que la disposición de recursos físicos y humanos, así como la prestación de servicios de salud, es importante para la explicación del nivel de salud de los salvadoreños; se realiza un estudio de cada uno de sus elementos explicativos en el transcurso del Capítulo Seis.

Las Conclusiones que definen el costo social en el Sector Salud en que ha incurrido la sociedad salvadoreña, a causa de la profundización de la crisis, se plantea en el Capítulo Siete.

Finalmente, como resultado de la investigación se considera que no es suficiente la elaboración de un diagnóstico que muestre la precaria situación de salud de la mayoría de salvadoreños; sino que es necesario, al menos, plantear orientaciones básicas para la formulación de políticas de

de salud, las cuales se enuncian en el Capítulo Ocho.

Con este trabajo, se pretende despertar una actitud conciente y responsable por el dramatismo del problema aquí observado, y no por ello, dejar de realizar las críticas que permitan mejorar posteriores investigaciones en aras de explicarse científicamente la realidad y por lo tanto actuar urgentemente sobre ella, para beneficio de las grandes mayorías "naturalmente" marginadas del goce del Desarrollo Económico.

1. INTRODUCCION

1.1 PLANTEAMIENTO Y ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Por muchos años hasta alrededor de la década de los 60, se concebía que el crecimiento económico traería por sí mismo, efectos redistributivos que elevarían el nivel de satisfacción de las necesidades básicas de la población.

A partir de entonces, contrastado ese supuesto con la realidad preponderante, se define el Desarrollo Económico como crecimiento y cambio, lo cual indica que no se puede esperar que las "leyes" del progreso económico por sí mismas eleven el nivel de vida de la población, sino habrá que impulsar deliberadamente, a través de la dinámica de las fuerzas vivas que prevalezcan en la sociedad, medidas tendientes a la incorporación de la Población Económicamente Activa al aparato productivo, estrechamente vinculadas a medidas que permitan a la población en general, el acceso a la satisfacción de sus necesidades básicas. alimentación, vestuario, vivienda, educación y salud.

El crecimiento económico experimentado en los años 60, a la luz de la Integración Económica Centroamericana, trajo consigo un auge de la región expresado en una modernización de las economías, aceleramiento en el proceso de industrialización, mayor participación de las capas medias en la distribución del ingreso y balances comerciales favorables.

A pesar de la afirmación anterior, por el carácter de la formación económica y social de los países de la región, el crecimiento econó

mico no se reflejó en términos de la erradicación de la pobreza.

Particularmente, países capitalistas como El Salvador no han logrado adecuar sus Economías a las exigencias de los mayoritarios sectores de la población, que significa lograr un nivel de vida dignamente humano.

El Salvador es un país sub-desarrollado que se caracteriza por Capitalista, con una dependencia económico-político cada vez mayor. Su estructura productiva es eminentemente agrícola¹, con un mercado de exportación que se concentra fundamentalmente en 3 productos agrícolas como el café, algodón y azúcar², siendo su población rural de alrededor del 56% de la total y con elevados índices de pobreza que alcanza más del 76% y 57% de la población rural y urbana, respectivamente. (Ver Anexo No.1).

La desigual distribución del ingreso³, aunada a las poco efectivas medidas de política de bienestar social que plantea el Estado, contribuyen a empeorar la situación de pobreza de la población.

La atención que el Estado otorga a los diferentes sectores económicos y sociales, permite observar que a partir de 1979 se experimentó una reorientación muy sustantiva del gasto público hacia sectores no productivos y en detrimento de los sectores de desarrollo social.

-
1. Según cifras oficiales, el Sector Agrícola contribuyó para 1984 con el 30% del PIB, siguiéndole en importancia la Industria Manufacturera con el 16%.
 2. Según la CEPAL, Notas para el Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 1984, El Salvador, Del volumen de Exportaciones de Bienes (FOB) para 1984, el 67.5% correspondió al café, algodón y azúcar.
 3. Para 1980, el 20% más pobre percibía el 2% del ingreso, mientras tanto el 20% más rico el 66%. (CEPAL. IBID).

Para un análisis del destino del Gasto Público, a continuación se presenta para los años 1976, 1979, y 1985, su Clasificación Sectorial.

CUADRO No.1

CLASIFICACION SECTORIAL DE LOS GASTOS Y COMPROMISOS DEL PRESUPUESTO GENERAL						
SECTOR	(Millones de Colones)					
	1976	%	1979	%	1985	%
i. Desarrollo de Recursos Naturales: (Estudios e Investigaciones, Recursos Minerales, Recursos Naturales Renovables, Recursos Hidrológicos).	23.5	2	32.1	2	31.5	2
ii. Desarrollo Social: (Educación, Salud, Asistencia Social, Trabajo y Previsión Social, Vivienda).	381.5	37	511.4	35	692.6	29
iii. Desarrollo Infraestructural (Transportes y Almacenaje, Comunicaciones y Correspondencia, Energía, Acueductos y Alcantarillados, Desarrollo Urbano y Comunal)	189.5	19	335.3	23	219.7	9
iv. Desarrollo de Producción (Agropecuaria, Industria y Comercio, Turismo y Servicios)	131.4	13	165.0	12	155.3	7
v. Servicios Económicos y Financieros (Servicios Económicos, Fiscales y de la Deuda Externa).	154.7	15	132.9	9	427.8	18
vi. Administración y Servicios Generales: (Administración General, Poderes Públicos, Relaciones Exteriores, Gobernación, Justicia, Seguridad Pública y Defensa Nacional).	147.4	14	276.6	19	833.4	35
TOTALES	1,028.0	100	1,453.3	100	2,360.3	100

FUENTE: Informe Complementario Constitucional sobre la Hacienda Pública
Ministerio de Hacienda, Dirección de Contabilidad Central,
Años: 1976, 1979, y 1985.

Como se puede observar, para el Sector de Desarrollo Social ha disminuido su asignación del gasto total, del 36% al 29% de 1979 a 1985; no obstante que el gasto total ha experimentado un crecimiento del 229.6%, para el mismo período, es decir, creció de ₡1,028.0 a ₡2,360.3 millones. Lo adecuado sería que en la misma proporción al incremento del gasto total así aumentara la asignación para cada Sector. Sin embargo, al hacer el análisis de la variación anual, se observa que ha sido el Sector Administración y Servicios el que ha absorbido la mayor parte y más preocupante es esto si se entiende que en ese Sector se encuentra el rubro de Defensa y Seguridad Pública.

Mientras se incrementa la demanda de servicios sociales, tales como educación, vivienda y salud, los proporcionados por el Estado son cada vez * más reducidos y los salarios reales disminuyen¹, el acceso de la población a la satisfacción de sus necesidades básicas se deteriora.

Respecto a la salud de la población salvadoreña, ésta es precaria en tanto que no existe un significativo acceso a los servicios de ese sector. Considerada la salud como una interacción hombre-sistema económico-hombre, es decir, la salud como un medio determinante del Desarrollo económico y a la vez como producto del desarrollo mismo; realmente el sistema de salud de nuestro país muy poco ha desempeñado el rol que le corresponde.

La filosofía del Estado destaca la salud de los habitantes como un bien * público. Según las Constituciones Políticas de 1950 (Art.206), 1962 (Art. 205), y 1983 (Art.66), el Estado está obligado a proporcionar asisten-

1. Respecto a la disminución de los salarios reales, ver Anexo No.2

cia médica gratuita a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de enfermedades transmisibles.* La Proclama de la Fuerza Armada, manifiesto filosófico del Régimen surgido del Golpe de Estado de 1979, atribuyó la violación de derechos humanos y el desastre económico y social al Gobierno depuesto; señaló como causas de esos problemas las estructuras económicas, sociales y políticas prevalecientes del país, las cuales se caracterizaban por no ofrecer a la mayoría de habitantes las condiciones mínimas necesarias para que pudieran realizarse como seres humanos. Así mismo, entre las medidas tendientes a la distribución equitativa de la riqueza, reconocía y pretendía garantizar el derecho a la salud de la población¹.

No obstante, [a declaración de buenas intenciones a través de esa proclama, para el servicio de salud, se observa que el servicio privado está dirigido para un sector minoritario de la población y el servicio de salud estatal está conformado por una multiplicidad de Instituciones², las cuales no están estructuralmente coordinadas lo cual implica duplicación de esfuerzos y no optimización de los recursos, redundando en asistencia deficiente y consecuentemente de poco impacto en la población mayoritaria.

-
1. ECA. Estudios Centroamericanos. UCA 372/273. Octubre-Noviembre 1979. Año XXXIV, Págs. 1017 y 1018.
 2. Ministerio de Salud Pública, ISSS, Bienestar Magisterial, Hospital de Antel, Hospital Militar, Escuela de Medicina, Ministerio de Justicia, ISTA, IVU, CEL, etc.-

Generalmente, al analizar la situación del Sector Salud en los diversos países y regiones, se utilizan indicadores que permiten aproximarse y medir la importancia que se le otorga a la Salud de la población. Uno de esos indicadores es el Gasto Público para la Salud, es decir, la cantidad que el Estado asigna del monto de su Presupuesto General, específicamente para el Ramo Salud.¹ Enfocando el Gasto Público para la salud, dentro de la cuota del Desarrollo Económico y Bienestar Social, frecuentemente se relaciona este indicador con otras variables económicas como la Producción. Para conocer la importancia que se atribuye a la Salud, frecuentemente se analiza una variable compuesta: el Gasto Público para la Salud respecto al Producto Interno Bruto generado por la Economía. Esta variable indica la porción del Producto que se destina al Ramo Salud.

Tal indicador pierde su validez, en tanto que se limita a la consideración de una Economía en desarrollo "normal"; y para el caso salvadoreño, se refiere a una Economía de Guerra, en donde el PIB ha decaído constantemente¹ no a consecuencia de los precios, el mercado, rentabilidad o falta de incentivos a la producción, es decir, por variables relacionadas con las leyes del mercado de la producción; sino a consecuencia de la agudización de la crisis del orden económico-social salvadoreño. La inestabilidad política, la incertidumbre generalizada, la destrucción de la producción, inseguridad para

1. Según datos del BCR, Memoria 1984, el PIB decreció acumuladamente un 23.3% en términos reales, para el período 1980-1984. Según la Memoria del año 1985, decreció durante el período 1981-1985, un 10% acumuladamente. Págs. 27 y 26 respectivamente.

la inversión son características propias de la agudización de la crisis y como tal, ya no se refiere a la evolución "normal" de nuestra economía.

Así, en este trabajo se pone en duda el indicador del Gasto Público para la Salud respecto al Producto Interno Bruto, dado que el "numerador" está influenciado por la acelerada inflación y la "ayuda" externa, y el "denominador" por la aguda crisis socio-política nacional y regional, el sabotaje. En ese sentido, en condiciones no normales, al moverse en orden inverso las variables (gasto público en salud, crece y producto interno bruto decae), es obvio que el indicador o cociente resultante podría estar engañando.

No obstante esas consideraciones, con el ánimo de conocer la situación de la salud en El Salvador, a continuación se presentan algunos indicadores relacionados. (Ver Cuadro No.2)

EL SALVADOR. INDICADORES DE SALUD	
CONCEPTO	INDICE
Mortalidad	8.0/1000 habitantes
Esperanza de vida al nacer (1980-1985)	64.8 años
Mortalidad en niños menores de 5 años ^a :	
-Defunciones de niños de 0 a 1 año (1980-1985)	42.2/1000 niños recién nacidos
-Mortalidad de niños de 1 a 4 años (1975)	5.5/1000 niños de 4 años
Médicos (1982)	3161 Habitantes/Médicos 1607 número de Médicos
Auxiliares Médicos (1982) ^b	1249 Habitantes/Aux.Médicos 4069 número de Auxil.Médicos
Camas de Hospitales (1982)	1.2/camas de hospital/1000 habitantes
Gasto Público en Salud (1980) ^c	1.5%
Disponibilidad de calorías (1979-1981) ^d	94.1% (mínimo 100%)
Población que dispone de agua potable (1979):	
-Urbana	66.8%
- Rural	34.1%
Población Urbana servida por sistema de Alcantarillado (1979)	46.9%
Población total cubierta por seguridad social (1980)	6.3%
Población Económicamente Activa cubierta por la seguridad social (1980)	11.6%

FUENTE: CEPAL. Anuario Estadística de América Latina. Edición 1984. Junio 1985.
(Datos específicos para El Salvador).

a) Tasa Media Anual

b) Incluye enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería

c) Porcentaje del PIB a precios corrientes

d) Suministro medio de calorías como porcentaje de las necesidades nutricionales mínimas (2290 calorías) promedio trienal.

Presentado lo anterior, vale advertir un sesgo significativo de los indicadores de salud del Cuadro No.2, señalando entre sus debilidades fundamentales el supuesto de que la población está definida como homogénea, cuando la realidad misma nos señala la existencia de una desproporción entre una población pobre y otra no pobre, ésto no es posible apreciarse con los indicadores utilizados, ya que existe un sector minoritario con elevada capacidad de acceso a los servicios de salud, más que suficiente consumo de calorías, nivel de nutrición que le permite un nivel esperado de vida mayor, y existe otro sector mayoritario con escasos ingresos, alimentación deficiente, en fin una salud precaria que le conlleve a una esperanza de vida corta.

Además de las debilidades anteriores, hay que señalar también que los indicadores son sujeto de omisiones de datos y en algunos casos provenientes de fuentes de información no muy confiables.

Con el fin de minimizar la subjetividad de los indicadores de salud - para El Salvador y ubicar el sector salud en un contexto regional, se han tomado datos de alrededor 27 países de Latinoamérica, para fines comparativos.

Se presentan únicamente dos tasas, a fin de señalar el país que presenta el mejor o peor indicador de salud, además de la correspondiente a El Salvador. (Ver Cuadro No.3).

EL SALVADOR: COMPARATIVO DE INDICADORES DE SALUD RESPECTO A PAISES DE LATINOAMERICA

CONCEPTOS	INDICADORES DE SALUD		
	EL SALVADOR	PEOR INDICADOR	MEJOR INDICADOR
Mortalidad (1980-1985) Tasa media anual por cada 1,000 habitantes	8.0	BOLIVIA 15.8	COSTA RICA 4.2
Esperanza de vida al nacer (1980-1985) años	64.8	BOLIVIA 50.7	CUBA 73.5
Disponibilidad relativa de calorías (1979-1981) promedio trienal. Porcentaje de necesidades mínimas de nutrición	94.1	HAITI 84.2	ARGENTINA 127.5
Mortalidad infantil (1980-1985) Defunciones de 0 a 1 años/1000 niños nacidos vivos	42.2	BOLIVIA 124.4	CUBA 20.4
Mortalidad en niños de 1 a 4 años (1975). Defunciones/1000 niños de 1 a 4 años	5.5	GRANADA 24.2	ARGENTINA 0.9
Médicos (1982) habitantes por médico	PEOR	EL SALVADOR 3163	CUBA 579
Auxiliares Médicos (1982) habitantes por cada auxiliar médico	1249	GUATEMALA 1356	BARBADOS 227
Camas de hospital (1982) por cada 1,000 habitantes	PEOR	EL SALVADOR 1.2	BARBADOS 8.0
Gasto Público en Salud (1980) porcentaje del PIB, precios corrientes.	1.5	ARGENTINA 0.3	BARBADOS 3.6
Población total cubierta por la seguridad social (1980) porcentaje	6.3	HAITI 0.8	CUBA 99.3
Población Económicamente activa cubierta por la seguridad social (1980) porcentaje	11.6	HAITI 1.6	BRASIL 95.6

FUENTE: Elaborado con datos del Anuario Estadístico de América Latina, Edición 1984. Junio 1985. CEPAL.

- + En el Cuadro No.3, asumiendo un promedio simple entre los indicadores extremos, se concluye que el nivel de salud de la población salvadoreña a nivel regional, presenta las siguientes características:
- a) Los indicadores de mortalidad general, esperanza de vida al nacer y mortalidad en niños de 0 a 5 años se reflejan con niveles medios, como producto de campañas eventuales de vacunación y servicios médicos.
 - b) Carencia nutricional reflejado en términos que la población no alcanza a consumir ni el mínimo de calorías necesario, dado el deterioro continuo de salario real.
 - c) Escasez generalizada de recursos en tanto que la asignación al sector en salud en términos del PIB es baja y que los recursos humanos y materiales son mínimos respecto a la población, al grado que a nivel de los países Latinoamericanos, El Salvador presenta la peor disposición de médicos y camas de hospital respecto a la población total.
 - d) Mínima cobertura de la seguridad social, lo que nos lleva a pensar que las condiciones de salud de la fuerza laboral están en un alto grado de abandono, en detrimento de la capacidad productiva del trabajador.

Otros aspectos tradicionales, que condicionan el nivel de salud de la población, en el área rural son los que se refieren a higiene ambiental: disposición de excretas y de basuras y desechos, abastecimiento

de agua potable y contaminación del medio ambiente¹.

Hasta fines de 1979, los Indicadores de Salud no mejoraron, dado que las políticas de salud y los programas oficiales impulsados no produjeron el impacto positivo que se propugnaba².

De lo hasta ahora tratado, se abordaron los Indicadores de Salud en condiciones relativamente normales y en ese sentido se atribuye el deterioro del sector a la falta de voluntad e interés y de asignación de recursos, lo cual le limita la expansión de su cobertura a la población de escasos ingresos; y por otro lado, a la cada vez más baja capacidad adquisitiva de esos ingresos.

A partir de 1980, se agudizó la crisis, consecuencia de la precaria situación económica que padecía la población mayoritaria y que se acentuó en los años posteriores, con cada vez menor posibilidad de ésta, de poder adquirir su canasta básica de bienes y servicios. Tal como lo planteó la Proclama del Golpe de Estado del 15 de Octubre de 1979, el caos económico y social fue generado por las condiciones inherentes a la estructura económica prevaleciente. Estructura económica y social que trata por desigual a la población, que con sus contradicciones de acumulación y distribución, trae consigo el malestar generalizado de la población, movilización política y gremial de los -- sectores mayoritarios, lo que condujo al surgimiento del conflicto armado.

-
1. MIPLAN. Diagnóstico Global y Sectorial del 4º Plan Quinquenal del Desarrollo Económico y Social de El Salvador (1978-1982). Documento del Pre-Plan para discusión. Enero 1977. Págs. Ds-XIII-5/7.
 2. MIPLAN. Diagnóstico Global y Sectorial. IBID. Págs. Ds-XIII-9/12.

* De 1980 en adelante se presentan fenómenos nuevos para el sistema económico, propios de su crisis, tales como el sabotaje económico, protestas sistemáticas, y una confrontación violenta desenfrenada que modifican las reglas de su tradicional funcionamiento, asumiendo el carácter de Economía de Guerra. Para el caso de los efectos al Sector Salud, - surgen influencias por cierre de establecimientos, fuga de profesionales y técnicos, desplazamiento de la población. .

Planteado para antes de 1980 el deterioro de la salud de la sociedad salvadoreña, y enseguida la situación de la crisis económica, social y militar, el Estado reorienta sus medidas de política y redefine sus criterios de asignación de recursos, en momento de crisis aún más escasos, reclasificando la importancia de los diferentes sectores, experimentándose un mayor descuido en el sector salud¹, en tanto que se --
 x prioriza en el mantenimiento de la guerra (defensa y seguridad).

A partir de lo anterior, se concibe que la situación de crisis, caracterizada por el surgimiento del conflicto bélico, cierres de establecimientos de salud, fuga de profesionales y técnicos en salud, suspensión y disminución en la formación de profesionales y técnicos y el hacinamiento de la población desplazada, acompañada de los bajos

-
1. Los gastos de funcionamiento del Gobierno Central en el Sector Salud en 1983 eran inferiores a los de 1980 y la inversión física se redujo a niveles de 1975.

Véase Diagnóstico Económico Social 1978/1984. Primera Parte. Aspectos Globales. MIPLAN.

fondos orientados al sector, ha significado menos servicios de salud para la mayoría de hogares salvadoreños. Cuando se dice mayoría de hogares salvadoreños, se refiere a las familias de escasos recursos, en tanto que sus ingresos provienen, algunas veces, de salarios y al final son quienes cargan con la crisis en forma desproporcionada y en desventaja.

Con servicios de salud deficientes e incosteables, salarios que día a día pierden gradualmente su valor real y de persistir la crisis, es de esperar que la salud del pueblo será aún más crítica.

En síntesis, la baja en la formación de profesionales y técnicos en salud, la suspensión de atención médica a la población dado el cierre de establecimientos de salud en zonas afectadas por la guerra, el abandono del país de profesionales y técnicos por la inseguridad e incertidumbre generalizada, la frecuencia de enfermos y enfermedades originadas por el hacinamiento de la población desplazada de zonas conflictivas, demuestran que la salud del pueblo ha alcanzado un mayor deterioro en el período de crisis.

1.2 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Las autoridades estatales salvadoreñas reiteradamente han asumido el compromiso de lograr la meta internacional de salud para todos en el año 2000; en atención al llamado de la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, dado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud¹, motivando la urgente y eficaz acción nacional e internacional para poner en práctica la Atención Primaria de Salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo.

En su informe, la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud dice: "Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que es elemento esencial de dicho desarrollo"².

Como se describió en el apartado anterior y a lo largo de este trabajo, las condiciones de salud del salvadoreño eran de alto grado de de

1. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de Septiembre 1978. Patrocinada conjuntamente por la OMS y UNICEF. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1978.

2. IBID. Pág.6

terioro y con el agravante de la crisis y la guerra, definitivamente han llegado a niveles de tragedia de todo un pueblo.

La existencia de un gran margen de población que no tiene acceso al Servicio de Salud, principalmente en las áreas rurales y masa de pobladores de tugurios y asentamientos urbanos, la separación entre los * formuladores de política y los ejecutores; así como una descoordinación entre sectores involucrados, indica que no hay correlación entre el sistema de salud y el objetivo de desarrollo económico y social.

Aunadas a las precarias condiciones de vida de la población salvadoreña, están las relacionadas con la agudización de la crisis ocurrida a partir de 1980.

Expuesto lo anterior, se puede decir que ya no es suficiente conocer la problemática del sector salud, estudiándola únicamente con los indicadores tradicionales, sino que es necesario efectuar el análisis del Sector Salud ubicado en el momento actual en la sociedad salvadoreña, de agudización de crisis, de economía de guerra, con el nuevo * fenómeno migratorio (desalojo intempestivo), persecución, desaparecimiento y fuga de profesionales y técnicos para la salud; con el cierre de establecimientos de salud no por causas tradicionales sino por quedar "atrapados" en zonas imposibilitadas para la prestación de servicios; por el giro en la orientación del gasto público; por la caída constante de la producción nacional, y otras que le son inherentes.

Se considera que el presente trabajo es de utilidad, en tanto que permite configurar el problema del Sector Salud y deliberadamente determinar la relación estrecha que guarda con otros aspectos económicos y la pobreza misma.

Se interesa al lector en un sector vital para la población, a los responsables de la formulación de políticas a que conozcan sobre el enfoque de este trabajo y deduzcan cómo se continuará desperdiciando recursos si sólo se impulsan acciones de coyuntura, para palear o atenuar las quejas, y sin coordinación interinstitucional y fundamentalmente sin la participación de la población.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la incidencia de la agudización de la crisis sobre el nivel de salud de los salvadoreños y proponer medidas económicas tendientes a su solución.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Demostrar que la reducción del Gasto Público durante el período de 1976-1985 ha causado la paralización de Programas de Infraestructura para la Salud.

- ✎ b) Determinar que el desplazamiento de la población rural ha generado hacinamientos en el área metropolitana de San Salvador, los cuales reportan mayor número de enfermedades y enfermos.
- c) Comprobar que el congelamiento de los salarios ha disminuido la posibilidad de mejorar las condiciones de vida de la población.
- d) Determinar que el cierre de establecimientos rurales que agudizó la concentración de recursos para la salud en áreas urbanas, ha deteriorado la prestación de los servicios de salud a la población rural.
- e) Demostrar que la disminución en la formación de Profesionales y Técnicos en Salud ha deteriorado su proporción respecto a la población salvadoreña.
- f) Proponer medidas económicas relativas al Sector Salud, congruentes con la situación de crisis coyuntural que padece la sociedad salvadoreña.

1.4 SISTEMAS DE HIPOTESIS

✎ 1.4.1 HIPOTESIS PRINCIPAL

Mientras persista la crisis coyuntural de la sociedad salvadoreña, inherente a su formación económica y social, mayor será el deterioro del nivel de salud de la población.

X 1.4.2 HIPOTESIS DEDUCIDAS

- a) La reducción del Gasto Público orientado al sector salud, durante el período 1975-1985, trajo consigo la paralización de programas de infraestructura para la salud.
- b) El desplazamiento de la población rural, caracterizada por ser la de condiciones de salud más deplorables, ha generado hacinamientos en el área metropolitana de San Salvador que reportan mayor número de enfermedades y enfermos.
- c) El alza de los precios de los bienes y servicios, y la medida del congelamiento de los salarios nominales tomada en el período de crisis, ha deteriorado los salarios reales, lo que significa una menor posibilidad de mejorar las condiciones de vida de los salvadoreños.
- d) La concentración de recursos para la salud en las áreas urbanas, que se ha incrementado debido al cierre de establecimientos rurales, aunada a la disminución en la formación de recursos humanos, han significado un mayor deterioro en la prestación de servicios de salud a la población rural.

1.5 SISTEMA DE VARIABLES

1.5.1 VARIABLES DETERMINANTES

- Número de personas del área rural
- Gasto Público en Salud
- Número de establecimientos de salud

- Número de camas de hospital
- Número de profesionales y técnicos en salud
- Precios de los bienes y servicios
- Asignación de recursos para la salud en áreas urbanas.

1.5.2 VARIABLES ASOCIADAS

- Salarios nominales y reales
- Proyectos de construcción de establecimientos
- Número de enfermedades reportadas
- Número de prestaciones de servicios de salud a la población rural
- Número de matrículas y egresos en la formación de Recursos Humanos.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

El estudio sobre el Sector Salud en época de crisis se propone el enriquecimiento del marco de referencia actual, a través del análisis de "Indicadores Tradicionales", así como la implementación de "Indicadores No Tradicionales", como caracterizadores de la crisis.

No obstante que las variables interactuantes en la problemática del sector son múltiples, se ha planteado un sistema de hipótesis, las cuales estarán sujetas a comprobación. La determinación del sistema de hipótesis obedeció a tres criterios:

- a) A la factibilidad en la obtención de datos,
- b) A su utilidad; y
- c) A su novedad.

De la hipótesis planteada se establecieron relaciones de comportamiento, con énfasis en las que se refieren al Gasto Público y a la pérdida de poder adquisitivo de los salarios como variables tradicionales y las referidas al desplazamiento de la población, cierre de establecimientos de salud y a la formación de profesionales y técnicos en salud, como variables no tradicionales, ya que estas son propias de la crisis que vive la sociedad salvadoreña.

Dichas variables son susceptibles de medición y son fundamentales para abordar el tema del costo social de la crisis en el Sector Salud que requirió el estudio.

Para efectos de este estudio no se consideraron las variables del gasto privado y la fuga de profesionales de salud, dado que existe dificultad para poder cuantificarlas.

Para llevar a cabo la investigación, en gran medida hubo que elaborar y operar datos estadísticos y completar series de datos.

Fue imposible tener acceso a las Instituciones de Salud, dado el hermetismo y restricciones para permitir la entrevista y otorgar información. Respecto a la encuesta a población desplazada ubicada en asentamientos, el trabajo de campo fue efectuado; con la salvedad que se tuvo que referir a un universo ubicado más allá del Área Metropolitana de San Salvador, ya que al momento de la Investigación, los Asentamientos en esa Área prácticamente estaban cerrados. Por otro lado, dada la sistemática vigilancia y por cuestiones de seguridad propia de

la población desplazada, el acceso a los asentamientos fue postergándose en actividades de trámite y coordinación, lo que aunado al tiempo escaso, concluyó con la limitante de haberse encuestado a desplazados ubicados en dos asentamientos de Instituciones Privadas de Ayuda Humanitaria. Arzobispado Social Arquidiocesano (Refugio San José Calle Real), y PROVIDA (Centro de Desplazados BETHANIA), considerándose los más representativos y respetándose el tamaño máximo de muestra definido. Se advierte que no fue posible tener acceso a Asentamientos a cargo de Instancias del Gobierno, pero se sostiene que las condiciones de la población desplazada en términos de su nivel de vida son generalmente similares, precarias.

Respecto a la información trabajada, no obstante el compromiso original de cubrir el período 1979-1985, se mantuvo la cobertura de los períodos 1976-1979 como de crisis "normal" y 1980-1985 como de agudización de la crisis, y en la medida que se tuvo disposición, se trabajó con datos de algunos meses de 1986.

1.7 METODOLOGIA

1.7.1 PROCEDIMIENTO METODOLOGICO DEL ESTUDIO

Como se podrá observar en los siguientes apartados, dadas las diferentes hipótesis deducidas sometidas a comprobación, diversos procedimientos se utilizaron para el abordaje a cada uno de los aspectos relacionados con la salud.

En el desarrollo de cada hipótesis, se trata de explicar la metodología utilizada. De acuerdo al Plan de la Investigación, y considerando las limitaciones de la misma, en algunos casos no fue posible desarrollar las actividades propuestas, y por otro lado, que según se iba penetrando al manejo y dominio del Sector Salud, así se iban desarrollando actividades adicionales.

Lo anterior, explica el carácter dinámico de los estudios sometidos a la evaluación constante y a los ajustes necesarios correspondientes.

El método desarrollado fue el inductivo, es decir, se parte de la existencia o expresión de los fenómenos y de acuerdo a las variables que lo constituyen; y explicando la interrelación entre éstas, se ha llegado a conclusiones tales, que contrastadas con las premisas del estudio han permitido la afirmación o rechazo objetivo de ellas.

El procedimiento general del trabajo fue el siguiente, tal como se puede observar en el esquema de presentación de cada apartado relacionado a una hipótesis:

Entendido que cada hipótesis está formada al menos por 2 variables y una relación de causalidad existente entre ellas; se inició el proceso, estudiando cada variable, su dinámica, su comportamiento, a fin de conocerla lo más objetivamente posible tanto en su concepción teórica como en su forma de manifestarse en la realidad. Luego del estudio de cada variable, se efectuó el análisis explicativo, es decir, de causalidad, cuál es la influencia que una variable determinante tiene sobre la otra. Explicada esa relación de causalidad, se establecieron las conclusiones correspondientes, lo que permitió plantear las perspectivas del fenómeno.

1.7.2 METODOS Y TECNICAS UTILIZADAS

A continuación, se detallan los métodos y técnicas utilizadas para --operativizar la investigación y el análisis de cada variable relacionada a una hipótesis.

a) Gasto Público en Salud

Se efectuó análisis de documentos tales como, los Informes Complementarios de la Hacienda Pública, Planes y Diagnósticos del Ministerio de Planificación y de Salud Pública, y otros. De la información reportada en esos documentos, se elaboraron cuadros a propósito del tema de este trabajo. Con la información establecida, se efectuaron comparaciones que permitieron concluir e inferir sobre el comportamiento de las variables y su relación con la salud.

b) Personas del Area Rural Desplazada

Esta variable fue estudiada en el campo. Se utilizó el método de entrevista estructurada, y análisis documental. La tabulación de la encuesta se hizo manualmente, y con sus resultados se elaboraron cuadros que permitieron el tratamiento de la hipótesis sobre los desplazados.

Para el trabajo de campo se estableció una muestra representativa, estadísticamente válida, y se elaboró una Guía de Criterios e Indicadores para la Evaluación de la información, instrumento que constituye un aporte concreto de este estudio, el cual puede ser utilizado en investigaciones de campo similares.

El formulario inicial de la encuesta fue modificado con las recomendaciones que hiciera un médico e investigador de la Universidad de El Salvador, en una entrevista.

c) Precios y Salarios

Tomando en cuenta la información proporcionada por DIGESTYC y del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, además de otros documentos, se formularon cuadros sobre los precios de productos que constituyen la "canasta básica" del consumidor. Se construyó una dieta alimenticia mínima en base a recomendaciones especificadas en los documentos estudiados.

Así, se utilizaron los índices relacionados a precios y salarios para determinar el acceso del salvadoreño a la canasta básica.

d) Recursos Humanos y Físicos para la Salud.

Se estudiaron documentos estadísticos y anuarios que reportaban el número de establecimientos, camas de hospital, disposición de plazas, formación y adiestramiento de personal para la salud, a fin de compararlos con la atención ambulatoria otorgada a la población. Con esa información se elaboraron los cuadros y su análisis correspondiente.

1.8 TERMINOS BASICOS

En cada uno de los apartados de este trabajo se definen los diversos términos que se utilizan tanto como categorías propias o adoptadas de otros autores. No obstante, se ha considerado adecuado reunir aquellos que -- constituyen la terminología básica de este trabajo.

LA SALUD. Esta se concibe como el resultado de la interacción entre la persona y el sistema económico (hombre-sistema económico-hombre), es decir, es un medio determinante del desarrollo económico y a la vez es producto del desarrollo mismo.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER. Es el promedio de años vividos por todos los nacidos vivos de la población de que se trate. A una edad determinada, es el promedio de años vividos después de esa edad por todos los individuos que la han alcanzado.

TASA DE NATALIDAD. Representa el número de nacimientos anuales expresados por cada 1,000 habitantes de un país determinado, se considera la tasa bruta de natalidad.

TASA DE MORTALIDAD. Es el número de defunciones anuales, expresados por cada 1,000 habitantes de un país determinado, se considera la tasa bruta de mortalidad.

MORBILIDAD. Puede describirse como la incidencia y/o prevalencia de ciertas enfermedades o incapacidades.

COBERTURA DE LA SALUD. Se refiere al alcance o impacto del Sector Salud, en el nivel de salud de la población. No se limita a los servicios de

salud prestados personalmente al habitante, sino que incluye la atención dada a la sanidad ambiental, educación sanitaria, inmunización, producción y distribución de alimentos, etc.

INDICADORES TRADICIONALES. Son los parámetros que se utilizan para determinar una situación dada de una sociedad, en condiciones normales.

INDICADORES NO TRADICIONALES. Son aquellos parámetros que relacionan variables influenciadas o que surgen con la agudización de la crisis, en períodos "anormales" de una sociedad. En el caso salvadoreño, pueden mencionarse los referidos a los desplazados, cierres de establecimientos y otros.

DESPLAZADOS. Población rural que emigró como consecuencia de la agudización de la crisis y la guerra. Según su destino son dispersos o concentrados. Estos últimos en asentamientos auspiciados por Instituciones de Ayuda Humanitaria o Públicas.

ESTABLECIMIENTO DE SALUD CERRADO. Locales del Ministerio de Salud donde se prestan servicios de salud, que en el período de crisis coyuntural se reportaron sin actividad de funcionamiento o destruidos.

CRISIS SALVADOREÑA. Período al inicio del cual, el desarrollo del capitalismo en El Salvador comienza a ser mediatizado, precisamente por su propia dinámica y al final del cual se encuentra en una diferente dinámica de desarrollo social y económico.

CRISIS COYUNTURAL. Agudización de la crisis de la sociedad salvadoreña, ocurrida a partir de 1980.

INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR. Es el promedio de lo que tendría que pagar un consumidor por cierta selección de mercancías y servicios.

SALARIO EN EL CAPITALISMO. Categoría inherente al carácter que presentan las relaciones sociales de producción capitalista, en la que su magnitud responde a la reposición del conjunto de cualidades físicas y espirituales que el trabajador gasta durante el proceso productivo.

SALARIO MINIMO. Es la cantidad absolutamente indispensable para la subsistencia del trabajador y su familia, comprendiendo la educación de los hijos y el goce de los placeres honestos que tiene derecho.

ECONOMIA DE GUERRA. Aquella que experimenta un país, que padece o está involucrado en un conflicto armado, y en donde el producto de la actividad económica, y los demás recursos materiales y financieros se destinan según las exigencias de la guerra como prioridad.

COSTO SOCIAL DE LA CRISIS SALVADOREÑA. Sacrificio adicional que, en términos de reducir las posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas, la sociedad salvadoreña efectúa; debido a que además del costo de oportunidad dado por las condiciones de economía de guerra, habrá que agregar el desastre socio-económico que la guerra misma le genera.

2.0 MARCO TEORICO

2.1 FORMACION ECONOMICO SOCIAL

Comprender el concepto de Formación Económico Social es prioritario para identificar a una sociedad dentro de una perspectiva histórica y dinámica.

En ese sentido SERENI afirma que "esta categoría expresa la unidad de las diversas esferas económicas, sociales, políticas, culturales de la vida de una sociedad y también, lo que es más, lo hace dentro de la - continuidad y al mismo tiempo de la discontinuidad de su desarrollo histórico"¹.

El uso de esta categoría permite por un lado representar la realidad económica-social a través de una abstracción en la que es observable - el conjunto de elementos, funciones y relaciones esenciales que conforman esta realidad y por otro lado permite sobrepasar el límite de la - descripción de dicho conjunto por el análisis científico, es decir, - por un análisis histórico y dialéctico; con el fin de estudiar tanto lo que es común como lo que es diferente entre varias sociedades.

2.1.1 Caracterización de la Formación Económica Social Salvadoreña

La formación económica social salvadoreña es capitalista, por

1. De la Peña Sergio, "El Modo de Producción Capitalista Teoría y Método de Investigación", México. Ed. Siglo XXI, 1978. Pág. 38

cuanto que: La explotación del trabajo productivo¹, la apropiación privada de plusvalor, el carácter de las relaciones sociales de producción, la presencia histórica de clases sociales antagónicas, entre otros, constituyen sus rasgos principales. Esas características inherentes a la formación económica-social salvadoreña, son las que tipifican a las sociedades organizadas en una forma de producción capitalista de bienes materiales.

"Las sociedades esclavista, feudal y capitalista son antagónicas, descansan sobre la propiedad privada de los medios de producción, sobre relaciones de explotación de una parte de la sociedad por otra, aunque sea en distintas formas"².

En la actualidad, dentro del marco de la discusión ideológica con respecto al papel del Estado en la Economía, hay quienes afirman que en El Salvador se está desarrollando una economía socialista, basando tal afirmación en el impulso y desarrollo de las tres grandes reformas anunciadas por la Junta Revolucionaria de Gobierno en los primeros meses de 1980³.

-
- 1- "Trabajo aplicado a la producción de objetos materiales". Lange, Oscar Objeto de la Economía Política: Nociones Preliminares", P.5, Mimeo Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de El Salvador.
 - 2- Spiridonova, Atlas y Otros. "Curso Superior de la Economía Política", P.12-13, Mimeo Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de El Salvador.
 - 3- En el Simposio Nacional para el Análisis y Perspectivas del Sector Productivo de El Salvador, celebrado en Julio 23-25, 1981 El Ing. Manuel Enrique Hinds afirmó que "la ilusión de que el socialismo podría solucionar los problemas del país ha tenido mucha discusión en El Salvador, ya que las reformas antes descritas (las nacionalizaciones) obedecen a dicha ilusión...", Pág.6 "Problemática Económica. Economía Social del Mercado".

Se sostiene que esa afirmación no es cierta, en tanto que, sin entrar en una discusión profunda al respecto, es evidente que las modificaciones en las relaciones de propiedad, particularmente en la tierra, dentro de la esfera de la producción y en el Sistema Bancario y Comercio Exterior, dentro de la esfera de la distribución, no han transformado la esencia de las relaciones de explotación presentes en la formación económica-social capitalista salvadoreña, prueba de ello, es el desarrollo permanente de la lucha de clases y la profundización cada vez mayor de la crisis en toda la realidad económico-social.

En este momento es conveniente definir el término crisis, por cuanto que, es utilizado permanentemente en el desarrollo del presente trabajo.

Según el nuevo Diccionario Enciclopédico Ilustrado, crisis es "Cambio considerable que sobreviene en una enfermedad, sea para agravarse, sea mejorarse el enfermo. Momento decisivo y peligroso en la evolución de un asunto, proceso, etc."¹.

Evidentemente, crisis no es un sinónimo simple de problema ya que no todo problema significa crisis. En otras palabras, al hablar de crisis se hace referencia a un punto crucial en donde la toma de decisiones permitirá salvar o matar al enfermo,

1. Nuevo Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Editorial Sopena Argentina, S.A.- Argentina, Marzo de 1970.

es decir, que crisis no es cualquier momento en el desarrollo de un proceso, ni tampoco cualquier problema por la que atraviesa - una formación económica y social.

Lo anterior no significa que crisis es el fin mismo de un proceso, sino por el contrario, "la palabra crisis hace referencia a una época crítica durante la cual se evitará el fin, de ser posible mediante nuevas adaptaciones, sólo si éstas fracasan, el fin se torna inevitable"¹.

Se considera la crisis, así en términos generales, como un período al inicio del cual, el desarrollo del capitalismo en El Salvador comienza a ser mediatizado precisamente por su propia dinámica y al final del cual, se encuentra una diferente dinámica de desarrollo social y económico. Asimismo, se establece que dentro de ese período precisado, la formación económica y social capitalista salvadoreña asiste a una agudización profunda que inicia en 1980 y que aún se mantiene. A esa agudización profunda - de la crisis por la que atraviesa El Salvador, es a la que se denominará CRISIS COYUNTURAL.

1. Gunder Franck, André y otros, "Diccionario de la Crisis Global", México Editorial Siglo XXI, 1983. Pág. 119.

2.1.2 Formación Económica y Social Salvadoreña en la actual coyuntura

La formación económica y social capitalista salvadoreña refleja a partir de 1980, en la superestructura y base económica, una profundización de la crisis que inició con el fracaso del Mercado Común Centroamericano, con la crisis mundial del capitalismo y que vino acentuándose y estimulándose en El Salvador a través de la agudización del conflicto de clases que se desarrolló durante la década de 1970 y que ha alcanzado niveles de radicalización superior en lo que va de la década de 1980.

Esta crisis se manifiesta en la superestructura de diversas formas. Los aparatos más importantes de reproducción ideológica muestran su debilidad a partir del cuestionamiento agudo a la realidad económica-social de parte de importantes sectores vinculados a la educación -maestros y universidades, principalmente- y a la iglesia católica -sacerdotes, obispos, laicos, comunidades cristianas, etc.-, quienes incluso sufren una serie de divisiones y agresiones, productos del enfrentamiento con los distintos gobiernos que han dirigido al Estado salvadoreño.

La estructura del andamiaje jurídico-político se ha resquebrajado y rearmado en múltiples ocasiones, viéndose imposibilitado de poder estabilizarse. Es evidente la caducidad e inoperancia del Código de Trabajo en las anteriores y actuales circunstancias; así como de su ejecutor -Ministerio de Trabajo- para resolver

los irreconciliables intereses de clases que se enfrentan en la esfera de la producción. Las huelgas de hecho tanto en el área de la Administración Pública como de la Producción de Bienes y Servicios, son el fiel reflejo de esta situación.

No menos importante resulta ser la permanente necesidad de olvidar los procedimientos jurídicos vinculados a la administración de la justicia a través de los distintos Códigos Civiles y Penales que la regula, permitiendo con ello, una permanente situación de violación jurídica a los derechos de los procesados.

La derogatoria de la Constitución Política de 1962 en 1979, la inestabilidad jurídica del período 1980-1983, la incompatibilidad de la Constitución Política de 1983 con las actuales circunstancias, las crisis continuas y permanentes dentro de los partidos políticos, la politización abierta y encubierta del ejército, la evidente falta de legitimidad de los diferentes gobiernos encargados de la cosa pública, la existencia de un doble poder nacional, las contradicciones permanentes dentro del bloque en el poder, entre otras características, configuran el marco de referencia de la profunda crisis existente en el nivel político-jurídico de la superestructura¹.

-
1. La Proclama de la Fuerza Armada del 15 de Octubre de 1979, derogó la Constitución Política de 1962; durante el período 80/83 jurídicamente la Junta Revolucionaria de Gobierno realizó sus gestiones a través de decretos por ser un Gobierno de facto. En ese sentido, el Dr. Nelson García, -- Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad José Matías Delgado, en su ponencia Problemática Política "El Marco Jurídico", dictado en el SIMPOSIO NACIONAL PARA EL ANALISIS Y PERSPECTIVAS DEL SECTOR PRODUCTIVO DE EL SALVADOR, en Julio de 1981, afirma: "Sucede que en este país, a partir de 1979, se empieza a tener una expectativa de inseguridad jurídica. ¿Por qué?, porque la Constitución Política queda en suspenso en todo aquello en que pueda contrariar la proclama de un(Cont.

Es preciso insistir que la crisis presente de la superestructura hay que explicarla a través de la interacción entre los elementos que la componen y en su relación dialéctica con la base económica que la determina en última instancia, a través del auge de la lucha de clases, es decir, que no es posible analizarla y comprenderla aislada de toda la realidad económica social.

La situación de crisis en la base económica, se explica a partir de la no correspondencia entre el desarrollo de las fuerzas productivas y el estancamiento relativo de su correspondientes relaciones de producción.

sector de la comunidad (Fuerza Armada) y la línea de gobierno de un determinado partido. Entonces se sujetan los intereses de la comunidad a los intereses y proyecciones de un solo sector o de dos sectores". En 1983, la Asamblea Constituyente elaboró y aprobó un nuevo Estatuto Constitucional, que no satisfizo las expectativas del campesinado con respecto a la Reforma Agraria, ni a los obreros en relación a prestaciones socio-económicas, ni a la sociedad en general con respecto a la solución del conflicto bélico. Los partidos políticos han sufrido una serie de requebrajamientos orgánicos e ideológicos, como por ejemplo: ARENA, PATRIA LIBRE, PCN, PAISA, AD, tendencias bien diferenciadas en el PDC, etc. Las continuas denuncias a través de diferentes medios de comunicación, realizadas por los partidos políticos, en el sentido de las simpatías, de diferentes sectores en el interior del ejército hacia una opción política, reafirma lo dicho en el presente trabajo, asimismo, la legitimidad incluso del gobierno actual, ha sido permanentemente puesta en discusión en vista del nivel de decisión de Los Estados Unidos en cuanto a la imposición de proyectos políticos y sus respectivos ejecutores. A este respecto en el editorial de la revista ECA de Abril/86, en la pág.270 se advierte que "Estados Unidos debe respetar las características propias de los pueblos Centroamericanos en su estado actual de desarrollo, la soberanía nacional y el pluralismo político al cual pudiera dar lugar un correcto ejercicio de autodeterminación".

En lo concerniente al doble poder, Ignacio Ellacuría en el Artículo FMLN, EL LIMITE INSUPERABLE publicado en la revista ECA de Dic./85 en la Pág. 894 dice en letra realzada; "En las actuales circunstancias es irrealizable un diálogo total porque los intereses y los planteamientos están distanciadados y contrapuestos y porque ambas partes confían todavía en sus propias fuerzas para vencer definitivamente al adversario".

"Al llegar a una determinada fase de desarrollo, las fuerzas productivas materiales de la sociedad entran en contradicción con las relaciones de producción existentes... De formas de desarrollo de las fuerzas productivas, estas relaciones se convierten en trabas suyas"¹.

En otras palabras las fuerzas productivas de la sociedad y sus correspondientes relaciones de producción forman la unidad de dos contrarios que mediante una interdependencia e interacción continua, condicionan dialécticamente su desarrollo, es decir, que a una correspondiente expansión de las fuerzas productivas, en un primer momento, corresponden determinadas relaciones de producción que a su vez estimulan su ulterior desarrollo para el cual se vuelven obsoletas y se convierten en retrancas.

Esta unidad dialécticamente integrada, es la que define la manera en que los hombres se organizan para producir.

En el caso de El Salvador, tal y como está planteado desde el inicio, esta manera de producir corresponde a un modo de producción capitalista.

La razón de separar la explicación de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción, obedece únicamente a necesidades de presentación, ya que tal y como se ha dicho, forman una unidad dialéctica inseparable.

1. Marx. Carlos, "Prologo de la Contribución a la crítica de la Economía Política" en Carlos Marx y Federico Engels, "Obras Escogidas". Edit. Progreso. Pág.183. Citado por Win Dierckxsens y Mario E. Fernández en Economía y Población. Pág.71

Determinar el desarrollo acelerado de las fuerzas productivas en El Salvador durante los últimos 25 años, es fundamental para explicar la profundización de la crisis a partir de 1979. Al respecto, es necesario definir las fuerzas productivas como la base material de la vida social "formadas por la capacidad de producción del trabajo humano"¹, la cual "se constituye por la magnitud de la población socialmente designada para trabajar según edades, grado de fortaleza física y de habilidad, formas de organización de la producción, ingenios disponibles para potencializar el trabajo, recursos naturales accesibles, base material para la producción-caminos, sistemas de comunicaciones-, así como soporte administrativo y de la circulación -moneda, crédito, etc."²

Al referirse a la capacidad de producción del trabajo humano, no se quiere decir que ésta consiste en una simple sumatoria de capacidad psicofísica que poseen los hombres para transformar la naturaleza, sino que comprende el estado de la técnica así como el acervo del ingenio, la experiencia, la creatividad del hombre puestos en marcha durante el proceso productivo.

1. De la Peña, Sergio, "El modo de Producción Capitalista". Teoría y Método de Investigación. Editorial Siglo XXI, Pág.80

2. IBID, Pág.80

En el caso de El Salvador, es precisamente la magnitud de la población socialmente designada para trabajar la que experimentó un crecimiento, ya que en el período de 1950-1955 tuvo una tasa anual media por cada 100 personas del 2.2%, mientras que en el período 1980-1985 la misma tasa fue del 3.2%¹

Para 1950, la población en condiciones de trabajo era de 659,000 habitantes y para 1975 de 1,339,000 habitantes², representando un crecimiento de 103.2% que agregado a la experiencia y el ingenio que históricamente desarrolla el trabajo³, demuestra el grado de desarrollo alcanzado por la capacidad de producción del trabajo.

La constante acumulación de capital reflejada en el aumento del acervo de medios de producción (carreteras, presas hidroeléctricas, mejores tierras cultivables, etc.), aunado al aumento de la

1. CEPAL, Anuario Estadístico, Op. Cit. Pág. 79

2. IBID. Pág. 720

3. Según la CEPAL, para 1970 de la población económica, el 55% poseía algún nivel de instrucción. IBID. Pág. 750.

población socialmente apta para la producción y su capacidad, constituyen el notable desarrollo de las fuerzas productivas en El Salvador, estimuladas por el desarrollo capitalista tanto en las ciudades como en el campo.

El conjunto de relaciones de producción está formada de manera interdependiente e interactuante por las relaciones de propiedad que surgen del carácter privado de los medios de producción en el seno mismo de las fuerzas productivas, por las relaciones técnicas que a partir de la división del trabajo, representan los aspectos técnicos de la producción, la manera de cómo éste se organiza, es decir, que comprende los aspectos financieros, formas de acumulación, disponibilidad y calidad de los factores de la producción, procesos de distribución de bienes, y otros, así como su influencia sobre aspectos no económicos como la reproducción de las relaciones ideológicas de la formación económico-social.

En síntesis, las relaciones de producción capitalista en El Salvador, constituyen el soporte central de la apropiación de la riqueza generada y de la explotación que dan origen al desarrollo de las clases sociales y a la profundización de sus luchas.

Los últimos años son ilustrativos en este sentido, en donde el

auge de organizaciones clasistas ha alcanzado niveles sin precedentes en nuestra historia, producto del desfase de las relaciones de producción con respecto al desarrollo de las fuerzas productivas, no obstante su orientación a la permanente reproducción y maduración de la formación económica social capitalista salvadoreña.

A este respecto dice Sergio de la Peña "Las relaciones capitalistas se desarrollan dentro de la ineficiencia y desperdicio de capacidades y valor que son connaturales a la forma de acumulación y la lucha empresarial. No menos lo son los impedimentos al crecimiento en algunas ramas y actividades por dictados de los intereses privados. La forma de la explotación capitalista conduce por necesidad a crear una masa de desocupados, a generar núcleos marginales y a convertir en grave problema político y social el avance tecnológico, cuando es en realidad la base esencial del desarrollo humano"¹.

El incremento del ejército industrial de reserva, así como la tasa de desempleo en el campo durante la década de 1970 y sus posteriores niveles en lo que va de la década de 1980, muestran la tendencia normal del desarrollo capitalista en El Salvador que también se manifiesta en la concentración de la población en las áreas urbanas, formando los cordones marginales alrededor de las

1- De la Peña. Op.Cit.Pág.102

ciudades. La paradoja del capitalismo en El Salvador, como en cualquier país, es que no obstante la elevación de la producción¹ este hecho agudizó la contradicción fundamental e inmanente del capitalismo, es decir, la no correspondencia entre las estructuras productivas y distributivas de la riqueza generada, es por - ésto, que no resulta extraño el estado de pobreza de la población en general que se aprecia según datos de CEPAL en Anexo 1.

En ese sentido se concluye al igual que Spiridonova que "Aunque las fuerzas productivas y las relaciones de producción existen - como un todo, no dejan por ello de representar facetas diversas del modo de producción y puesto que son distintas, influyen de distinta manera sobre el propio modo de producción de los bienes materiales y desempeñan un papel distinto en su desarrollo..... El cambio y desarrollo de la producción comienzan siempre por el cambio y desarrollo de las fuerzas productivas"².

2.2 POLITICAS DE SALUD EN LOS PAISES CAPITALISTAS

2.2.1 El Estado Capitalista y las Políticas Económicas-Sociales

Al referirse al Estado Capitalista se debe hacerlo en una perspectiva histórica, a través de la cual, se descubre su carácter esencial que es necesario precisar, dado que, las políticas económicas-sociales responden fundamentalmente a ese carácter.

1. Para 1965/1970, el PIB crecía a una tasa anual media de 4.4% y entre 1970-1975 el 5.5%. CEPAL, Anuario Estadístico de América Latina 1984. Op. Cit. Pág. 145.

2. Spiridonova, Atlas y otros, Op. Cit. Pág.8

El estado surge con el apareamiento de las clases sociales, históricamente se ubica en la descomposición de la comunidad primitiva y en la consolidación del modo de producción esclavista en la que los amos y los esclavos representan las respectivas clases sociales antagónicas en las cuales descansa la producción de los bienes materiales.

Las relaciones sociales de producción tienen un carácter de explotación, dado que los medios de producción son privados e incluso el esclavo mismo es sujeto de propiedad privada por parte de los amos, lo que significa obtener plusproducto sobre la base de una explotación voraz.

Entonces, es importante señalar, que el Estado no surge independiente de las clases sociales, sino que surge precisamente como instrumento de dominación y sometimiento de una clase social sobre otra que le es antagónica y cuyos intereses son completamente diferentes e irreconciliables¹.

Este sometimiento es en principio económico, por cuanto que el goce de la riqueza generada es propiedad del dueño de los medios de producción y posteriormente es político cuando surge el Estado como el representante de la clase social dominante.

-
1. En el desarrollo del Tema "Desintegración del Régimen de la Comunidad Primitiva o Epoca de la Democracia Militar y Aparición del Estado", impartido en la Cátedra de Ciencias Políticas de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de El Salvador por el Lic. Max Anaya, en la Pág. 10 se lee: "El Estado apareció al agudizarse las contradicciones entre las clases en gestación.... La aparición del Estado se caracteriza por el hecho de que surge un grupo de individuos que se ocupa exclusivamente de la administración y que por ello utiliza un aparato coercitivo especial". Más adelante, en la Pág. 11 insiste en que "el Estado es producto de la disgregación del régimen de la comunidad primitiva - de la aparición de la propiedad privada y de la división de la sociedad en clases".

Entonces, el Estado en sus orígenes y en su desarrollo no es un árbitro en la escena del conflicto social, sino por el contrario, es la expresión política de los intereses de una clase dominante sobre los intereses de otra clase dominada.

La democracia a que hacían referencia los griegos es ejercida exclusivamente por los hombres libres y dentro de ellos, los nobles principalmente. Por el contrario, los esclavos eran considerados animales parlantes a los cuales se les mantenía con vida exclusivamente con el propósito de hacerlos producir sobre la base de una superexplotación. No obstante, siendo lo económico lo determinante en última instancia lo que mueve a toda sociedad, el modo de producción feudal destaca principalmente por ser un aspecto de la superestructura la que juega un papel importante en la dominación de los señores feudales sobre los siervos. La ideología y particularmente la alienación religiosa es el aspecto dominante del Estado Feudal, la que permite la explotación económica caracterizada por la separación del productor directo de la tierra, en otras palabras, el Estado, expresión de los intereses de los señores feudales reproducen la explotación de los siervos a través, principalmente del nivel ideológico de la superestructura¹.

-
1. En la Cátedra de Ciencias Políticas dictada por el Lic. Max Anaya en la facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de El Salvador, bajo el tema B-VI "Concepto de Tipo Histórico de Estado y de Derecho" en la Pág. 1, se lee: "Bajo el régimen feudal, el Estado era un mecanismo en manos de la nobleza, que ésta utilizaba para vencer la resistencia de los siervos. Servía de instrumento para mantener a los campesinos en situación de servidumbre.... El Estado y el Derecho de tipo feudal trataban de mantener por medio de la violencia, el poder de los terratenientes sobre los siervos".

En el modo de producción capitalista existen dos clases sociales claramente definidas, por un lado la propietaria de los medios de producción que constituyen la clase dominante y la cual se denomina burguesía y por el otro, la que se encuentra totalmente separada de los medios de producción, siendo la venta de su fuerza de trabajo el único medio de subsistencia, constituyéndose por lo tanto en la clase dominada y a la cual se denomina proletariado¹.

La esencia de la reproducción de las relaciones de explotación en el modo de producción capitalista se encuentra en la producción misma, tal y como se ha venido sosteniendo. Esto quiere decir, que el aspecto económico además de ser el determinante, es el aspecto dominante en el modo de producción capitalista; lo anterior, implica que el Estado burgués, modifica su participación y por lo tanto su importancia dentro de la esfera económica; de acuerdo a las necesidades planteadas por la reproducción de las relaciones sociales capitalistas.

Lo antes expuesto, concatenado con los componentes de la superestructura se modifican para darle consistencia y continuidad al desarrollo de las nuevas relaciones sociales.

1. IBID Pág.2 "Bajo el régimen burgués, el Estado, independientemente de su forma, es un instrumento de que los capitalistas se valen para defender la propiedad capitalista y de este modo, consolidar la explotación capitalista del trabajo. A diferencia del Derecho Esclavista y del Feudal, que consolidaban abiertamente el dominio de los explotadores sobre los explotados, el Derecho Capitalista proclama formalmente en el papel la igualdad de los hombres, lo que de hecho sirve para tratar de ocultar la desigualdad existente entre la clase capitalista, - que posee los medios de producción y el proletariado, privado de estos mismos medios, por lo que se ve obligado a vender su fuerza de trabajo a los capitalistas".

En los inicios del capitalismo, el Estado propugnaba por el libre comercio, posteriormente, dado que la acumulación de capital aceleró el modo de producción hacia la etapa monopolista, acentuándose de esta manera las crisis económicas de realización de la producción, el Estado burgués plantea la necesidad de su intervención directa en la actividad económica a través del impulso y desarrollo de obras de infraestructura que aminoren el de empleo o incentiven la inversión privada¹.

Es importante señalar que el paso de un modo de producción a otro no se da de una manera mecánica, más bien, el surgimiento de uno está en las raíces mismas del desarrollo del que le precede y a la vez el carácter de su ulterior desarrollo es sumamente contra dictorio entre los elementos que la conforman, iniciándose así otro ciclo dialéctico en la historia de las sociedades.

Es evidente por lo tanto, que el Estado Capitalista es expresión de dominación política-económica de una clase social sobre otra,

-
1. En el Libro "Economía y Política Fascismo Dependiente", escrito por Alvaro Briones en la Editorial Siglo XXI, en la primera edición, 1978, en la Pág.26 dice: "Como es sabido, el modo de producción capitalista reconoce, en su desarrollo, dos grandes estadios o fases, la primera de las cuales se remonta al advenimiento de la gran industria en las formaciones sociales dominantes y se extiende hasta la crisis experimentada por éstas durante el período comprendido entre los años 1873 y 1896. Esta fase corresponde al estadio de libre competencia"; en la Pág.28 dice: "La segunda etapa se extendió desde el período crítico de 1914-1945 hasta la crisis que se inició en 1967. Esta etapa representó el período de madurez del imperialismo..... articulado por medio de la corporación multinacional"; en la Pag.29 afirma que "La intervención del Estado en este caso, permite la socialización de las pérdidas por la vía del control de las actividades productivas menos rentables, sin exigir, como empresario, una tasa de ganancia equivalente a la media, a la vez que actúa como financiero directo o como respaldo indirecto del financiamiento del Sector Privado".

lo cual significa que todos sus medios de reproducción, ya sean económicos y/o políticos, van orientados hacia el mantenimiento y desarrollo del modo de producción.

Es por lo anterior, que el Derecho legitima la propiedad privada y con ello la compra de la fuerza de trabajo, por lo que la explotación se vuelve legal, convirtiéndose este hecho en una negación de la concepción del estado imparcial y sobre los intereses de las clases sociales.

Asimismo, el sistema educativo inculca una serie de valores éticos, morales, culturales, y otros, tendientes a la aceptación de la propiedad privada, al Derecho a la Constitución Política. El sistema educativo se orienta a la formación de oferta de trabajo -- "educada" en base a las necesidades de la reproducción del sistema.

La religión asume el papel de tranquilizante, dado sus principios de conformidad y explicación divina a los problemas económicos, así como brindar esperanzas pero hasta después de la muerte.

Por su lado, la legislación naturaliza la explotación a través de los Códigos de Trabajo, así como a la dominación política a través del ejercicio del poder en base a la proliferación de partidos políticos, que dentro del concepto de democracia representativa y voto popular aspiran a la conducción formal del Estado Capitalista pero en ningún momento el cuestionamiento del mismo.

Las Políticas Económicas del Estado Capitalista.

Estas son concebidas como acciones deliberadas por parte de los gobiernos con el propósito de obtener objetivos previamente determinados, los cuales, para la mayoría de economistas occidentales son:

- a) El desarrollo Económico,
- b) La Estabilidad Económica;
- c) La Eficiencia Distributiva.

Es dentro del primer objetivo que los economistas coinciden en ubicar las políticas sociales y entre ellas las políticas de salud.

En el presente trabajo se sostiene que el nivel de salud de la población dentro del modo de producción capitalista, es sujeto de una serie de medidas incorporadas en una política de salud, que responde a una política económica diseñada dentro del aspecto formal del Estado Capitalista en función de su propio desarrollo y necesidades. Dicho de otra manera, el nivel de salud

de la población de una sociedad capitalista, obedece al desarrollo mismo del capitalismo, a las necesidades de la clase dominante por restablecer la fuerza de trabajo y poder así elevar la tasa de explotación a través de su productividad.

No obstante ese nivel de salud, al igual que otras de bienestar social, es posible mejorarlos pero dentro del contexto del regateo en medio del conflicto social. Al respecto Smulevich dice: "Las medidas que se apliquen en el terreno de la salud pública en los países burgueses, dependen de la lucha de clases, de los intereses de las clases dominantes y de la organización médica, lo que históricamente se complica"¹.

El logro pleno de la salud de la población en un país capitalista, resulta entonces, un objetivo contradictorio a lo pretendido por la política económica del Estado, la cual busca garantizar a la clase dominante la acumulación necesaria del capital a partir de la obtención de plusvalía y así garantizar la existencia misma del modo de producción.

La anterior afirmación es aún más dramática para el caso de los países capitalistas del tercer mundo.

1. Smulevich, B. Ia. Crítica de las Teorías Burguesas de la Población. CELADE. Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago de Chile 1971. Pág. 396.

2.2.2 Las Políticas de Población y las Políticas de Salud

Es importante señalar que de la comprensión de las ideas planteadas en relación a la población por los diferentes economistas, - resulta posible entender los fundamentos sobre los cuales se construyen las teorías modernas sobre población y salud pública que a su vez definen las líneas de acción a seguir por parte de las instituciones encargadas de mantener y elevar los niveles de salud - de los habitantes de una sociedad.

A ese respecto, la influencia moderna que ejercen las diferentes corrientes es tratada a continuación.

a) MALTHUSIANISMO

Es una corriente de pensamiento que intenta explicar la relación que existe entre la población y la producción de alimentos, de donde se deriva una serie de medidas tendientes a controlar el crecimiento de la primera.

Malthus¹ sostenía que "Los principales impedimentos de todos los esfuerzos tendentes al mejoramiento del bienestar humano no se encontrarán en las instituciones sociales deficientes, sino en ciertas leyes de la naturaleza que en el pasado han fijado y en el futuro continuarán fijando, límites permanentes al bienestar material de las masas. La ley natural particular pertinente aquí es que la población no restringida tiene una ten-

1. Malthus, Thomas Robert (1766-1834): Economía burgués reaccionario, fundador de la economía vulgar en Inglaterra, sacerdote, por su origen, pertenecía a la clase terrateniente y fue un ideólogo de la clase feudal. Diccionario de Economía Política, varios autores Ediciones de Cultura Popular, S.A. Pág. 149.

dencia constante a igualar, y aún a superar los medios de subsistencia constantes"¹. Es decir, que según Malthus, el bienestar humano (y por lo tanto el nivel de salud de la población), no obedece a ninguna de las imperfecciones que pudiera engendrar un modo de producción determinado sino a leyes naturales que rigen ese bienestar de acuerdo a la dinámica de crecimiento de la población, en relación a los medios de subsistencia, por lo tanto, el nivel de salud de la población (por ejemplo), es una variable resultante de la abundante o escasa población. En este sentido, el modo de producción de una sociedad, se convierte en una categoría técnica, en donde se divorcia completamente los aspectos concernientes a las clases sociales que explican científicamente la relación verdadera que existe entre el modo de producción y el nivel de salud de la población de una sociedad.

Históricamente esta corriente de pensamiento ha sido prácticamente invalidada por todos los acontecimientos históricos que sucedieron posterior a Malthus. Por ejemplo, la revolución industrial primero y la tecnología después, aumentaron y diversificaron los medios de subsistencias, tanto en el siglo pasado como en el presente; asimismo los marxistas han demostrado que a cada modo de -

1. OVERBEEK, JOHANNES. Historia de las Teorías Demográficas. Pág. 63. Cita T.R. Malthus, An Essay on the Principle of Population (3a. Ed. Londres. Johnson, 1803, Cap. 1), Pág. 282.

producción le corresponden leyes de población que le son inherentes y que la existencia de una superpoblación relativa bajo el capitalismo es una consecuencia de la ley general de la acumulación capitalista tal como se explica más adelante. Por lo tanto, el nivel de salud de los miembros de una sociedad es estrictamente un problema cualitativo que pone al desnudo una de las expresiones más dramáticas del dominio de una clase social sobre otra.

Malthus en su análisis obvia completamente lo afirmado en el párrafo anterior y por el contrario insiste en su planteamiento de considerar el número de la población como una variable explicativa y es así como considera la necesidad de implementar lo que denominó "frenos" de dos clases: "Los preventivos y los positivos o represivos". Los primeros se refieren exclusivamente a la acción humana para la regulación de los nacimientos hacia bajas tasas; y los segundos, a todos aquellos "frenos" que tiendan a incrementar la tasa de mortalidad a través de la acción humana, como las guerras y a través de las acciones de la naturaleza, como las epidemias, cataclismos, etc.-

b) NEOMALTHUSIANISMO

Es una corriente moderna, que basada en los postulados principales de Malthus, intenta a través de una política de aplica-

ción de los llamados frenos preventivos y/o represivos, regular el tamaño de la población a quien consideran en última instancia responsable de la pobreza en que viven diferentes formaciones económicas sociales (fundamentalmente las del tercer mundo). Esta corriente recurre a la utilización de análisis marginalista en las que miden costos-beneficios en la natalidad y por lo tanto en la mortalidad misma. Para el caso Leibenstein afirma que "El progreso económico y la modernización generan normalmente un aumento en el ingreso per-cápita, una tasa mayor de supervivencia y un nuevo ambiente ocupacional caracterizado por el incremento de la especialización y la movilidad. Todos estos factores afectan los costos y los beneficios del hijo adicional en forma distinta"¹.

Becker señala que "Las parejas que dispongan de acceso suficiente a los anticonceptivos adquirirán hijos como adquieren sus bienes de consumo durables tales como los automóviles. En una sociedad moderna, los hijos aportan poco, si acaso al ingreso familiar. En términos económicos son una carga"².

J.E.Meade por su parte subraya a propósito de un estudio realizado por él en la Isla Mauricio³, que dado el avance sustanti-

1. IBID. Pág. 245

2. IBID. Pág. 246

3. IBID. Pág. 252

vo en el campo de la salud pública y tasas de natalidad permanente a niveles altos (característica propia de los países llamados del tercer mundo), la población de esta isla "aumenta a una tasa anual de tres por ciento"¹. Johannes Overbeek² destaca del estudio en mención que "La cantidad de la tierra fija límites precisos al número final de buscadores de empleo que pueden ser absorbidos por la agricultura, por lo tanto, es obvia la necesidad de crear industrias nuevas y ampliar las existentes pero escasean los conocimientos técnicos y gerenciales, son pocas la materias primas, los fondos de capital distan de ser abundantes, el mercado interno es pequeño... Lo único que posee Mauricio en abundancia es la mano de obra no calificada y barata. Pero hasta ese recurso se esta volviendo cada vez más caro porque la acción agresiva de los sindicatos de la industria azucarera está elevando el nivel de los salarios"³.

Las opiniones de los autores arriba señalados nos conducen a las mismas conclusiones Malthusianas: No es el problema de la existencia de clases sociales antagónicas y por ende el problema de la distribución de la riqueza generada la que se discute sino la relación directa, que a juicio de éstos existe entre la pobreza y el aumento de la población.

1. IBID, Pág. 253

2. IBID, Pág.253

3. IBID, Pág.253

El Neomalthusianismo considera imposible el desarrollo económico independiente de los países del tercer mundo, por cuanto que, el crecimiento de la población absorbe todas las acumulaciones en la economía, lo cual implica no dejar reservas para el desarrollo y por lo tanto la situación material (nivel de salud, por ejemplo), de esas poblaciones no será sujeto de ninguna mejora.

En opinión de esta corriente, la agricultura en los países pobres no genera suficientes excedentes y la industrialización de ellos absorberá, los que resultaren, pero en vista de que las poblaciones son grandes, lo esperado es de que la situación económica empeorará por lo que resulta imposible un proceso de industrialización nacional sin la ayuda económica de los países desarrollados.

Dado el círculo vicioso del aumento de la población y la pobreza, para la corriente Neomalthusiana resulta más importante el control de las tasas de natalidad en los países de Asia, América Latina y Oceanía, siempre y cuando lo que esté en juego no sea la "seguridad nacional", ya que tal y como ocurre en -- Centroamérica, pareciera que existe mayor preocupación por regular las tasas de mortalidad.

Rafael Mendoza, en un artículo publicado en un periódico vespertino¹, escribe que comentando los macabros alcances del Global 2,000 como se conoce el informe "Ciclo sin fin", C.J. Wesley²

1. "El Mundo" 9 de septiembre 1985 y 10 de Septiembre 1985.

2. Carlos Jaime Wesley/ New Solidarity International Press.

afirma que: "...no es un nuevo informe de proyecciones incompetentes. Es la política operante de por lo menos parte del gobierno de Reagan, notablemente el Secretario de Estado, Alexander Haig y el Secretario de Defensa, Gaspar Weimberger. Su objetivo -continúa Wesley- reducir la población mundial en dos mil millones de personas, de aquí al año 2,000, mediante la guerra, la peste, las enfermedades y cualquier otro medio disponible".

c) MARXISTAS

Para esta corriente de pensamiento, los elementos y relaciones fundamentales que permiten el sostenimiento y reproducción de una manera de producir determinada, son las que determinan las leyes de población, las cuales estarán en función de los fines principales que históricamente persiguen los diferentes modos de producción.

Dichos elementos y relaciones son de carácter productivo e improductivo, es decir, se encuentran presente en toda la Formación Económica y Social, tanto en la esfera de la producción material como en la superestructura y por consiguiente en las luchas de las clases sociales.

Las Leyes de Población del modo de Producción Capitalista, operan precisamente en el contexto de lo antes mencionado, los elementos y relaciones que lo sustentan y desarrollan persiguen su finalidad esencial: Obtener la máxima ganancia posible sobre la base de la explotación del trabajo humano asalariado.

Para el Diccionario de la Economía Política, la Ley Capitalis-

ta de la Población es una "Ley Económica del Capitalismo que determina la situación de la fuerza productiva fundamental de la sociedad burguesa: Los obreros asalariados"¹

En otras palabras, la Ley Capitalista de la población obedece a leyes económicas intrínsecas dentro de la dinámica de sostenimiento y reproducción del propio sistema, orientada fundamentalmente a determinar un conjunto de factores que establece la situación de las fuerzas productivas en general y la de los obreros asalariados en particular.

En opinión de Sergio de la Peña, el conjunto de factores mencionados se refieren a: "Las necesidades de trabajadores productivos, la actuación de un ejército industrial de reserva, la realización del plusvalor y las vías de transformación de estos factores en estímulos poblacionales"²

La Ley Económica principal que opera dentro del modo de producción capitalista es la que se refiere a la Ley General de Acumulación Capitalista, que como piedra angular del sistema persigue la obtención del máximo lucro a través de la acumula

-
1. Diccionario de Economía Política, Varios Autores. Ediciones de Cultura Popular, S.A. 1978. Pág.134
 2. De la Peña, Sergio. El Modo de Producción Capitalista Teoría y Método de Investigación Siglo XXI Editores, S.A. 1978. Pág.86

ción de capital, es decir, a través de la transformación de la plusvalía en capital¹.

Históricamente, el capitalismo posee una tendencia permanente hacia la acumulación de capital y a la expansión del lucro, estos hechos implican a su vez, una expansión permanente de las fuerzas productivas, entendidas éstas, no solamente como el crecimiento cuantitativo de los trabajadores asalariados, sino también, cómo el desarrollo de la tecnología que combinado con el trabajo, potencializa cada vez más su capacidad productiva.

La repetición de este proceso dialéctico, implica que históricamente el capitalismo hace menos uso del trabajo vivo, sustituyéndolo por máquinas y procesos tecnológicos permanentemente más avanzados, trayendo como consecuencia el surgimiento de una superpoblación relativa, pero necesaria e indispensable para el funcionamiento del modo de producción a través de la creación de un ejército industrial de reserva, quien actúa no solamente para fines de necesidad de contar

-
1. El Diccionario de Economía Política de Ediciones de Cultura Popular, S.A. 1978, en la Pág.146 dice en relación a la Ley General de la Acumulación Capitalista: "Ley Económica de la Sociedad Capitalista, según esta Ley cuanto mayores sean la riqueza social, el capital en funciones, el volumen y la intensidad de su incremento, y también, por tanto, la magnitud absoluta del proletariado y la capacidad productiva de trabajo, tanto mayores serían la superpoblación relativa y el grado de explotación de la clase obrera..... Estas consecuencias del proceso de acumulación del capital son un resultado inevitable del incremento de la productividad del trabajo en el régimen capitalista, dado que el aumentar dicha productividad, una masa relativamente menor de trabajo vivo acciona una cantidad cada vez mayor de medios de producción, en los que se halla plasmado el trabajo pasado, materializado".

con recursos humanos destinados a la producción y comprimir los salarios, sino para efectos de realización del plusvalor a partir de la constitución de la demanda de los bienes producidos.

Este proceso de sustitución de trabajo vivo por máquinas y tecnología, implica una mayor productividad del trabajo, por lo tanto, una desmesurada sobre explotación del trabajo, aún en el caso en donde los trabajadores logran rehacerse de un poco más de valor creado, a partir de mayores salarios.

Es importante insistir que dada la característica principal del modo de producción capitalista hacia la acumulación permanente e incesante, resulta cada vez mayor lo que constituye la riqueza social, el capital puesto a la producción y por lo tanto mucho mayor la capacidad productiva de los asalariados, pero irremediablemente mucho mayor será la superpoblación relativa y el grado de explotación de la clase obrera.

En consecuencia, las crisis que se suceden dentro del modo de producción capitalista en la esfera económica, obedecen a determinado nivel de su propia dinámica de desarrollo y están determinadas a partir de la relación dialéctica de dos elementos contradictorios dentro del proceso de acumulación capitalista: La tasa de ganancia como elemento fundamental de las relaciones sociales de producción y el desarrollo de las fuerzas productivas.

Estos elementos contradictorios se relacionan a través del aumento o disminución de la composición orgánica del capital (razón entre capital constante-trabajo pasado y capital variable-trabajo vivo)

Las crisis capitalistas operan en tres momentos o fases.

Primero: Se desarrollan las fuerzas productivas con lo que se agudiza la tendencia a la disminución de la tasa de ganancia a través del aumento de la composición orgánica del capital.

Segundo: El sistema buscará absorber este desarrollo de las fuerzas productivas en el desarrollo de nuevas ramas de producción en la economía, con el objeto de disminuir el valor unitario de la producción y por lo tanto disminuir la composición orgánica del capital, lo que permitirá restablecer e incluso mejorar la tasa de ganancia.

Tercero: El proceso se reinicia pero en una situación en que las fuerzas productivas no solamente han crecido, sino que se han expandido a otras ramas de la Economía, con el consiguiente aumento en la composición orgánica del capital y la disminución de la tasa de ganancia, lo que sitúa al modo de producción a las puertas de una nueva crisis cualitativamente diferente a la anterior, desarrollándose así la crisis cíclica que afecta al modo de producción capitalista.

Se sostiene la tesis de que existe una relación inversa entre los comportamientos de la tasa de ganancia y la composición orgánica del capital. Para Marx, la tasa de ganancia está dada por la siguiente expresión:

a) $P = \frac{PL}{C + V}$, en donde P= Tasa de ganancia; PL= Plusvalía, C= Capital constante (trabajo pasado); y V = Capital variable (trabajo presente o trabajo vivo). Al dividir la expresión algebraica de la derecha por V, resulta que.

b) $P = \frac{PL/V}{(\frac{C}{V} + 1)}$, en donde PL/V expresa la tasa de explotación y C/V la composición orgánica del capital.

De acuerdo a la teoría marxista, el desarrollo del capitalismo implica un desarrollo acelerado de las fuerzas productivas, es decir, que en los procesos productivos se incorporan magnitudes del valor constante y variable, pero dada la naturaleza misma del modo de producción, la tendencia permanente es a incorporar magnitudes mayores de capital constante con el consiguiente aumento del ejército industrial de reserva, tal y como se ha afirmado en los párrafos anteriores.

Siguiendo con b), de acuerdo con el análisis de Marx, el aumento de expresión $(\frac{C}{V} + 1)$ vía mayor aumento de C con respecto a V, hace que P disminuya y por lo tanto el sistema -

entra en crisis, ya que la obtención de la máxima ganancia es lo que genera el principio y el fin del modo de producción capitalista. Marxistas contemporáneos como Arghiri - Emmanuel¹, enriquecen el planteamiento anterior, determinando los límites entre los que la expresión de Marx b) se comporta.

Planteado lo anterior, las crisis capitalistas, entonces no resultan del crecimiento "natural", "vegetativo", "geométrico", etc., de la población, sino de su mismo desarrollo, - por lo que resultan inaceptables las conclusiones que insisten en señalar el crecimiento de la población como responsable de la situación de pobreza en que viven los países del tercer mundo, asimismo es un error histórico considerar la manipulación de las tasas de natalidad como un instrumento de desarrollo económico y social sin plantearse seriamente la esencia y el carácter de sus estructuras económicas.

1. Arghiri Emmanuel. La Ganancia y las Crisis, un nuevo enfoque de las Contradicciones del Capitalismo. Siglo XXI, 1978, Pág. 127,

2.3 POLITICAS DE SALUD EN EL SALVADOR

2.3.1 Los Estatutos Constitucionales y las Políticas de Salud

La atención de la salud de la población salvadoreña es un derecho reconocido internacionalmente, a través de la suscripción por parte de los diferentes gobiernos de múltiples tratados auspiciados por las Naciones Unidas, por medio de los Organismos creados para tal fin¹. En el orden interno los diferentes estatutos constitucionales han reconocido ese mismo derecho.

Desde la Constitución Política de 1950, formalmente se compromete al Estado como garante de la salud del pueblo (Art.2); así como al goce de la libertad, la cultura, el bienestar económico y la justicia social.

Al igual que la Constitución Política de 1950 (Art.206), la de 1962 en el Artículo 205, establece que la salud de los habitantes constituye un bien público, de cuya conservación y restablecimiento están obligados tanto el Estado como los individuos. El Artículo 206 puntualiza. que en el caso de que los enfermos carezcan de recursos, el Estado dará asistencia gratuita, así como asumirá responsabilidad en la prevención de enfermedades transmisibles.

La Constitución Política de 1983, incorpora en su Artículo 65 que el Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación. El Artículo 69 establece que el Estado -

1- Entre los más importantes documentos suscritos en la década anterior se encuentra la Declaración de Alma Ata. ATENCION PRIMARIA DE SALUD. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención primaria de Salud Alma Ata URSS, 6-12 de Septiembre de 1978. OMS/UNICEF. Ginebra 1978.

proveerá los recursos necesarios e indispensables para el control permanente de la calidad de los productos químicos, farmacéuticos y veterinarios, por medio de organismos de vigilancia. Asimismo, que el Estado controlará la calidad de los productos alimenticios y las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar. El Artículo 70 por su parte señala que el Estado tomará a su cargo a los indigentes que por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo.

Estudiando al Doctor Badía¹, se encontró evidencia de la evolución ideológica concebida por el Estado, respecto de la atención a la salud del pueblo.

Desde el año 1900, inicia la labor del Estado en atención a la salud, con la creación del Consejo Superior de Salubridad. De hecho, éste - se caracterizaba por ser la única institución relacionada con la salud; y particularmente estaba orientada a las actividades sanitarias². La institución podría decirse constituía un ente al margen del todo del Sector Público, y se financiaba a través de arbitrios especiales, sin tener atención o asignación propia y definida en los recursos globales del Estado.

Para 1930 se reformó el Código de Sanidad, el cual incorporó esfuerzos formales de organización y normas de trabajo³, manteniéndose el enfoque de salubridad efectuando campañas de vacunación, y activida-

1- Badía, Roberto de J., Dr. Apuntes de clase para Salud Pública, en una Visión Integral. Documentos mimeografiado. Págs. 450 - 461,

2- IBID. Pág. 451. Se menciona acá que el Código de Sanidad Comprendía dos partes bien diferenciadas: Sanidad terrestre y Sanidad marítima.

3- IBID. Pág. 452.

des de drenaje, manteniéndose el enfoque del asistencialismo del Estado respecto a la salud.

Es a finales de los años 40 e inicios de los años 50, constituyéndose el Ministerio y la Subsecretaría de Salud Pública y Asistencia Social (1947), Fundación del Colegio Médico (1943) y la creación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (1953), con lo cual se observaron los indicios de ajuste al enfoque capitalista de la salud.

Se abandonó el tratamiento asistencialista por parte del Estado, y dentro del "racionalismo" político ideológico, se impulsa la salud como determinante de la productividad, del desarrollo. El Estado, asume su papel de representante de los intereses que ostentan el poder económico y en consecuencia, la salud es vista como un instrumento necesario para la reproducción del modo prevaleciente de organización de la sociedad salvadoreña. Como ya se dijo en el apartado referido a "El Estado Capitalista y las Políticas Económicas-Sociales" (Ver Pág.42), el aspecto económico además de ser el determinante, es el aspecto dominante en el modo de producción capitalista, lo que a su vez induce al Estado a participar como garante de la "reparación y mantenimiento" de la fuerza de trabajo necesaria para el sostenimiento de la producción, esencia de la reproducción de las relaciones de explotación capitalista.

Así, acompañando los esfuerzos de modernización de la economía, el Estado modifica su atención a la salud de los salvadoreños, pasando del enfoque asistencialista o caritativo a un enfoque curativo, de manera que se restablezca la fuerza de trabajo y consecuentemente se incremente la tasa de explotación.

En 1950, se advierten los esfuerzos del Estado por "jugar su papel", y según Badía, se pueden considerar en tres aspectos:

- "a) El inicio del Servicio Social por parte de los estudiantes universitarios como requisito previo a la obtención del título.
- b) La campaña de vacunación contra viruela y tuberculosis.
- c) La celebración del cincuentenario de la fundación del Consejo Superior de Salubridad"¹;

esfuerzos que se concretizaron de manera formal con la incorporación en la Constitución Política el principio de la salud como derecho del pueblo, y a la vez que reconoce la obligación del Estado y de los ciudadanos de velar por su mantenimiento y perfección, tal como se enunció al inicio de este apartado.

El nuevo enfoque de la salud se puede advertir en el siguiente concepto: "La capacidad productiva del hombre depende en gran parte de su salud, la cual ha establecido plenamente que la salud es un factor importante de desarrollo económico"².

Como puede apreciarse, jurídicamente, la población salvadoreña tiene el derecho al goce de la salud, al menos al nivel de restitución de su fuerza de trabajo principalmente, condición indispensable para iniciar un nuevo proceso de producción, en el cual, la acumulación capi-

1- IBID. Pág.456

2- IBID. El Dr.Badía cita al Dr. Humberto Escapino, notándose en el concepto la caracterización del hombre como simple instrumento de desarrollo y no como fin del desarrollo, de manera interactuante.

talista fundamenta su ulterior desarrollo. Además, tal como se ha planteado, los elementos superestructurales, entre ellos el aspecto jurídico, actúan en dirección hacia el sostenimiento y reproducción de las relaciones sociales y por lo tanto al modo de producción capitalista.

Lo anterior es marco de referencia para interpretar el papel de las políticas nacionales de salud, las cuales están acorde a las concepciones Malthusianas y Neomalthusianas, quienes tal como se sostiene en el presente trabajo, colocan la variable población como explicativa de la situación de pobreza y por tanto, del bajo nivel de salud de los habitantes de un país.

2.3.2 Las Políticas de Desarrollo y de Salud

Considerando que las políticas de salud derivan de las políticas de desarrollo, se hace necesario deducir la concepción ideológica contenida en los Planes de Desarrollo con el fin de determinar las limitaciones con que se encuentran en la consecución de un digno nivel de vida para todos los salvadoreños, aún dentro del supuesto de ejecutar dichas políticas.

El Plan de Desarrollo Económico y Social 1965-1969 señala entre sus objetivos globales la necesidad de "ampliar las oportunidades de empleo, por lo menos en la cifra total en que se aumenta anualmente la fuerza laboral por razón del crecimiento natural de la población, asimismo disminuir el sub-empleo"¹

1- Citado por el Lic. Jesús Evelio Ruano en Trabajo de Graduación "La Planificación en El Salvador Período 1965-1979 (Situación y Perspectivas)" Pág. 33

El Plan de Desarrollo Económico y Social 1968-1972, en cuanto a sus objetivos globales afirma que buscará "estimular una más justa distribución del ingreso elevando el ingreso por habitante y tomando en cuenta el acelerado crecimiento de la población"¹.

El Plan de Desarrollo Económico y Social 1973-1977 contempla, al menos declarativamente, un mayor interés en el mejoramiento integral - de las condiciones de vida de los salvadoreños, es así como entre sus objetivos globales se distinguen: "Aumentar progresivamente el nivel de empleo en proporciones que permitan en lo posible, la utilización de la mano de obra desocupada, la absorción del crecimiento vegetativo de la misma y la utilización más intensiva de la fuerza laboral y sub-ocupada.

Promover la redistribución del ingreso mediante la diversificación de la producción y el empleo de mecanismos que permitan la transferencia de mayores ingresos a los estratos más bajos para fortalecer su poder de compra y aumentar la demanda de los productos básicos.

Elevar el nivel de vida de la población a través de un mejoramiento sustancial en las condiciones sociales.

Evitar el alza inmoderada de precios que pueda presionar sobre el nivel de vida"²

1- IBID Pág.43

2- IBID Pág.51

En este Plan, dentro de las políticas generales se plantea elevar las condiciones sociales de la población, mejorando lo relacionado a la medicina preventiva, aumento de la cobertura del Seguro Social, perfeccionamiento de la reforma educativa, así como programas masivos de construcción de viviendas.

Asimismo se establece como parte de las metas globales, alcanzar un crecimiento del 10.5% anual de la cobertura de los servicios de electricidad, agua y servicios sanitarios¹.

El Plan de Desarrollo Económico y Social Bienestar para Todos 1978-1982, omite mencionar alguna relación entre población y situación de pobreza de los salvadoreños dentro de sus objetivos y estrategias, más que por convicción ideológica de que no existe tal relación, es porque considera declarativamente que la situación de pobreza no se encuentra presente ya que la filosofía del Plan reconoce - que no obstante el "Apreciable nivel de progreso en todos los sectores socio-económicos"², durante quince años atrás al referido Plan, este progreso no es satisfactorio por lo cual garantizar la libertad económica, fomentar y proteger la iniciativa privada es primordial - para acrecentar la riqueza y el bienestar para todos, pretendiendo - conservar el supuesto progreso alcanzado a ese momento e incrementarlo posteriormente.

1- IBID Pág.53

2- IBID Pág.68

En resumen, es válido afirmar que en la planificación del desarrollo del país, las corrientes Malthusianas y Neomalthusianas han ejercido una influencia determinante en el diagnóstico de la realidad social salvadoreña, y por lo tanto las medidas tomadas han tenido las limitaciones establecidas por sus propias premisas.

Es suficiente mencionar la profundidad del conflicto social que presenta la formación económica y social salvadoreña a partir de 1979, para explicar lo poco sustantivo de todas las premisas y medidas asumidas por las clases dominantes a través del Estado, en materia de política económica y más aún en política social.

Después del truncado Plan de Desarrollo Económico y Social Bienestar para Todos, la profundidad de la crisis y la posibilidad inminente del establecimiento de un orden económico-político y social diferente, basado sobre premisas históricas realistas, dan como resultado que las prioridades tanto internas como externas acentúan la necesidad de salvar el sistema socio-político por lo que los recursos con que cuenta el Estado se orientan en gran medida hacia aspectos considerados como de seguridad nacional; aún a costa del sacrificio del bienestar social, de por sí, históricamente caótico.

2.3.3 Plan de Salud 1985-1989

El Plan de Salud para el Quinquenio 85/89 está estructurado sobre un intento por analizar objetivamente la realidad social en El Salvador,

sin embargo, desligado completamente de esa misma realidad al momento de establecer el Plan respectivo.

El Plan afirma en su Diagnóstico, en lo referente al Marco Histórico Estructural de la Situación de Salud en El Salvador que "tras el año de 1983, tras los cuatro años anteriores, tras las decenas de años que dieron lugar a esos últimos cuatro o cinco, la que define nuestra situación es lo que con todo rigor debe llamarse la agonía del pueblo"¹.

Es de hacer notar que no obstante la contundencia de tal afirmación, habría que agregar que dicha agonía no es exclusividad "tras el año 1983", sino que aún es válida y durante el tiempo que tarde la resolución de las causas que han originado la guerra como expresión de lucha política y social de las clases.

El Diagnóstico en mención resalta el marco jurídico que otorga la Constitución Política de 1983 en materia de Salud Pública y Asistencia Social, en el cual se cita a Rodolfo Antonio Gómez, quien sostiene que "En materia de derechos sociales, económicos y culturales, no ha habido cambios substanciales que dignifiquen la construcción de un nuevo ordenamiento jurídico constitucional, ni el apareamiento de una voluntad política eficaz para iniciar las transformaciones que nuestra sociedad necesita y exige; no obstante que las contradicciones se han profundizado y ensanchado, que la crisis permanente e insoluble que ha devenido en la guerra, es la total descomposición social, es la de

1- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección de Planificación de los Servicios de Salud, Plan de Salud 1985-1989 San Salvador, El Salvador, C.A. Septiembre 1984, Pág.1

sintegración de los valores, a tal grado que enfrentamos en este momento, la eventualidad muy probable de desaparecer como la organización social y política que hemos sido o pretendemos ser"¹.

Interesa destacar del párrafo anterior, que si bien, asume una actitud crítica con respecto al marco jurídico existente y a la naturaleza del conflicto social, tampoco esconde el temor a un nuevo ordenamiento económico y social y político que tienda a hacer desaparecer "la organización social y política que hemos sido o pretendemos ser". En otras palabras, es un querer cambiar una estructura sin cambiar su esencia a lo cual la historia socio-política de El Salvador ha demostrado su ineficacia en los últimos seis años.

El documento en cuestión sin embargo, abunda en afirmaciones objetivas de nuestra historia: "Creemos que la insoluble, permanente y temible crisis en que se debate el pueblo salvadoreño desde hace largos años", obedece a la "mala conformación de nuestra estructura económica", a una "superestructura política-ideológica instrumentalizada por un sector minoritario... cuyos intereses son contrarios con los de la mayoría"².

En el referido diagnóstico, se hacen reflexiones ideológicas con un gran sentido crítico sobre la libertad, la educación en salud, y se cuestiona de la siguiente manera: "¿De qué sirve la libertad para disponer de sus bienes si la mayoría de la población salvadoreña no los tiene, sino que sólo se le ha dado libertad para enfermarse o morir de desnutrición?"

1- IBID Pág.2

2- IBID Pág.3

¿Será entonces, la salud un derecho natural y constitucional de todos los salvadoreños?"¹

A estas últimas interrogantes se afirma categóricamente que "La salud no es un derecho natural ni constitucional para todos los salvadoreños sino que es un privilegio y un objeto de lujo que se compra como mercancía"². Para respaldar la afirmación anterior, se menciona que para el último quinquenio la consulta médica ha sido de 0.6 consultas por habitantes año, en cuanto a la consulta odontológica señala que uno de cada diez salvadoreños es considerado sujeto a los programas de salud oral.

No obstante que el diagnóstico no profundiza en las verdaderas razones que determinan la realidad salvadoreña, es innegable que realiza una descripción bastante objetiva de ella, sin embargo, cuando aborda esas razones y reflexiona sobre las causas de la morbilidad y mortalidad en El Salvador, únicamente se pregunta si esto se deriva de nuestra forma histórica de producción del sistema de estratificación social o de la superestructura, eludiendo una respuesta a profundidad.

En el documento se reconoce que los sistemas de salud varían de acuerdo al modo de producción de que se trate, pero considera la existencia de una gama de opciones intermedias entre cada modo de producción y se manifiesta por un sistema de salud que "se adapte a nuestra tra-

1- IBID Pág.4

2- IBID Pág.4

dición histórica estructural que compatibilice con nuestra organización jurídica-administrativa"¹.

En resumen, es prudente mencionar, que existe un esfuerzo en el Plan de Salud de 1985-1989, por tratar de descubrir objetivamente la realidad económica-social y política de El Salvador, que sirva de referencia para plantear una política de salud, lo cual no es lo determinante, además de ser insuficiente, si no se resuelven las causas verdaderas que han dado origen a la situación "caótica" a que hace referencia dicho documento.

Mejor dicho, las perspectivas del Plan de Salud seguirán siendo sombrías si no se resuelve el conflicto social, más aún si tal como los recursos del Estado se priorizan hacia el sostenimiento del conflicto en detrimento de la satisfacción de las necesidades sociales que padece la población salvadoreña.

1- IBID Pág. 6

3.0 ORIENTACION DEL GASTO PUBLICO EN SALUD 1976-1985

3.1 ASPECTOS GENERALES DEL GASTO PUBLICO

En este apartado, se hará un análisis del Gasto Público en general, y el asignado al Sector Salud en particular, para determinar su influencia en el mejoramiento o deterioro de la salud de la población.

Para iniciar, habrá que aclarar qué se entiende por Gasto Público. Según Fernando Sánchez¹, "el Gasto Público es la variable dinamizadora e indispensable de la economía porque impulsa el crecimiento y atiende a las grandes demandas de la educación y de la salud que el sector privado no es capaz de atender". El Estado al adquirir bienes y servicios, provee de fondos a la economía, que constituye a su vez demanda de bienes y servicios de la empresa privada.

Al contratar servicios de individuos (para el caso de los empleados públicos), se genera ingreso, es decir, capacidad de consumo. Otra cuestión es la producción de bienes y servicios por parte del Estado que repercute en renglones tales como: urbanización, vivienda, industrialización, alfabetización, etc. Se puede afirmar que el desarrollo económico y su planteamiento se concreta a través del Gasto Público, es decir, según la orientación de éste.

En ese sentido, es determinante el nivel de control que el Estado

1. Fernando Sánchez. Crisis y Política Económica Demócrata Cristiana. Revista ECA. No.453, Julio de 1986. UCA. Pág.538

tiene sobre el Gasto Público. En países de Economía Centralizada, el Estado ejerce el control tanto en la planificación del crecimiento de la economía y del bienestar social, como en su ejecución.

El Gasto Público puede ser clasificado, de acuerdo a Ortega, J.¹, de la siguiente forma: i) De acuerdo a los programas presupuestarios correspondientes; ii) Conforme al efecto que produzcan en bienes y servicios; iii) De acuerdo al impacto en la reproducción ya sea del trabajo y del capital, según el sistema, y iv) Conforme al origen de los recursos.

Lo anterior define el carácter funcional, institucional y económico que el Gasto Público tiene; sin embargo, existe una clasificación simple y comunmente utilizada: Gastos de funcionamiento o corrientes y Gastos de capital o de inversión. Esta clasificación, puede subdividirse en Gastos de Consumo y Transferencias Corrientes, para el caso de los Gastos Corrientes; y en Gastos de Inversión Real, Financiera, Amortización de la Deuda y las Transferencias de Capital, refiriéndose a los Gastos del Capital. Al hacer énfasis en el Gasto Público en el Sector Salud, se utiliza la clasificación descrita, además de la clasificación por sectores, observando particularmente el gasto para el Desarrollo Social, del cual forman parte los Gastos de Salud. Luego se enfocan los Gastos Públicos de Inversión para la Salud, es decir, se analizan los proyectos de infraestructura en el Sector y su realización.

1. Ortega Blake, J. Arturo. Diccionario de Planeación y Planificación. (Un ensayo Conceptual). Editorial, S.A. México 1982. Pág. 173.

3.2 ESTRUCTURA Y TENDENCIA DEL GASTO PUBLICO EN SALUD

"La salud es un factor determinante del desarrollo y el propósito de este Ministerio es elevar su nivel, mediante la racionalización de los recursos y la utilización de la tecnología disponible, a fin de mejorar la calidad de vida de la población"¹.

A la luz de las intenciones expresadas por el Ministerio de Salud Pública, ente rector de las políticas de salud en el país, se aborda el análisis del gasto en el mismo. Se asume que el sistema económico y por ende el Ramo de Salud están en crisis y para efectos del presente estudio se tipifican dos períodos, a saber, el período "normal" de 1976 a 1979; y el período de crisis coyuntural de 1980 a 1985, al cual se le agregan las condiciones de guerra que se padecen.-.

El análisis se hace en forma de promedios anuales en acumulaciones de ambos períodos, así como puntualmente para los años extremos de los mismos períodos, es decir, 1976-1979-1986. A manera de metodología, partiendo de lo general a lo particular, se inicia el análisis del Gasto Público Total, luego el análisis por sectores agrupando diversos ramos.

Dicho análisis sectorial se refiere a una clasificación de los gastos del Presupuesto que se utiliza en los Informes Complementarios Constitucionales sobre la Hacienda Pública, la cual se detalla a continuación:

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria 1985/1986. Pág. I. Resumen.

DESARROLLO DE LOS RECURSOS NATURALES

- Estudio de las Investigaciones Generales
- Recursos Minerales
- Recursos Naturales Renovables
- Recursos Hidrológicos

SECTORES DE DESARROLLO SOCIAL

- Educación
- Salud
- Asistencia Social
- Trabajo y Previsión Social
- Vivienda

SECTORES DE DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA

- Transporte y Almacenaje
- Comunicación y Correo
- Energía
- Desarrollo Urbano Comunal

SECTORES DE DESARROLLO DE LA PRODUCCION

- Agropecuario
- Industria y Comercio
- Turismo
- Servicios

SECTORES DE SERVICIOS ECONOMICOS Y FINANCIEROS

- Servicios Económicos
- Servicios Fiscales
- Servicios de la Deuda Pública

ADMINISTRACION Y SERVICIOS GENERALES

- Administración General
- Poderes Públicos
- Relaciones Exteriores
- Gobernación, Policía y Justicia
- Defensa Nacional.

Luego del desarrollo del análisis del gasto por sectores se profundiza en el Gasto Público en Salud, haciendo el análisis de otros ramos para elaborar las respectivas comparaciones. Todo ello conlleva a inferir sobre la situación de Salud de la Sociedad Salvadoreña.

En resumen, se establecen los siguientes indicadores:

- a) Gasto Público por Sectores con respecto al Gasto Público Total;
- b) Gasto Público en Salud con respecto al Gasto Público Total;
- c) Gasto Público Total por Habitante;
- d) Gasto Público en Salud por Habitante.

Gasto Público por Sectores

En el Cuadro No.4 se puede observar que el comportamiento del Gasto Público Total a precios corrientes siempre ha sido creciente, dicho incremento del año 1976 a 1979, tipificado como período "normal" fue del 41.4%, y del año 1979 a 1985 fue del 62.4% el cual se plantea como el período de crisis coyuntural, significando un promedio de crecimiento anual de 13.8% y 10.4% respectivamente.

Al analizar el comportamiento del Gasto Público en los diferentes sectores (Cuadro No.4), se nota que el Sector de Desarrollo Social creció en

CUADRO No 4
 CLASIFICACION SECTORIAL DE GTOS. Y COMPROMISOS DEL PRESUPUESTO GRAL. DE LA NACION (Miles de Colones)

	DESARROLLO RECURS NATS		DESARROLLO SOCIAL		DESARROLLO INFRAESTRUC		DESARROLLO DE LA PROD		SERV ECON Y FINANC.		ADMINISTR SERV GRALES		TOTALES	
		%		%		%		%		%		%		%
1976														
GS	19921.6	2.5	310478.5	38.5	148789.3	18.5	117480.3	14.6	73148.8	9.1	136176.1	16.9	805994.6	100.
COMISOS	3564.3	1.6	71012.4	32.0	48704.8	18.3	13968.4	6.3	81576.4	36.7	11255.9	5.1	222082.2	100.
UTILIZ	23465.9	2.3	381490.9	37.1	189494.1	18.4	131448.7	12.8	154725.2	15.0	147432.0	14.3	1028076.8	100.
1977														
GS	22074.4	2.4	379454.8	41.5	146558.9	16.0	108142.6	11.8	81596.1	8.9	177487.4	19.4	915314.2	100.
COMISOS	3318.3	1.0	87451.5	26.8	79916.0	24.5	12834.5	3.9	116617.0	35.7	26490.3	8.1	326627.6	100.
UTILIZ	25392.7	2.0	466906.3	37.6	226474.9	18.2	120977.1	9.7	198213.1	16.0	203977.7	16.4	1241941.8	100.
1978														
GS	22025.9	2.1	487671.7	44.5	172521.2	15.8	122926.0	11.2	99921.3	9.1	189106.0	17.3	1095032.1	100.
COMISOS	8910.1	3.7	60167.1	25.1	100602.5	42.0	22961.6	9.6	22224.0	9.3	24747.2	10.3	239612.5	100.
UTILIZ	31796.0	2.4	547838.8	41.9	273123.7	20.5	145687.6	10.9	122145.3	9.2	213853.2	16.0	1334644.6	100.
1979														
GS	27146.9	2.3	447240.1	38.2	200195.8	17.1	146471.7	12.5	107124.4	9.2	241797.9	20.7	1169920.8	100.
COMISOS	4999.7	1.8	64154.1	22.6	135124.5	47.7	18575.8	6.6	25755.0	9.1	34815.6	12.3	283424.7	100.
UTILIZ	32146.6	2.2	511394.2	35.2	335320.3	23.1	164997.5	11.4	132879.4	9.1	276613.5	19.0	1453345.5	100.
AC 76/79		36.9		34.1		77.0		25.5		-14.1		87.6		41.
1980														
GS	30956.8	2.3	537198.9	39.4	234148.3	17.2	128056.2	9.4	137150.8	10.1	256539.7	21.7	1364050.7	100.
COMISOS	4852.1	1.7	92048.2	32.7	189727.6	39.0	23261.7	8.3	9878.6	3.2	42111.8	15.0	281080.0	100.
UTILIZ	35808.9	2.2	629247.1	38.2	343875.9	20.9	151317.9	9.2	146229.4	8.9	338651.5	20.6	1645130.7	100.
1981														
GS	31661.7	2.0	531700.4	33.6	290765.7	18.4	126867.8	8.0	246279.1	15.6	354264.5	22.4	1581537.2	100.
COMISOS	6335.7	2.0	83165.4	24.7	98967.8	27.0	12658.6	3.8	99292.7	29.4	44557.8	13.2	332728.0	100.
UTILIZ	38297.4	2.0	614865.8	32.0	381731.5	19.9	139526.4	7.3	345571.8	18.0	398822.3	20.8	1918815.2	100.
1982														
GS	48542.4	3.0	520612.2	31.7	175021.6	10.6	128524.1	7.8	375844.5	22.9	396220.5	24.1	1644765.3	100.
COMISOS	4624.9	1.5	80148.0	26.6	54302.5	18.0	34186.6	11.3	73171.9	21.2	55379.6	18.3	301813.5	100.
UTILIZ	53167.3	2.7	600760.2	30.9	229324.1	11.8	162710.7	8.4	449016.4	23.1	451600.1	23.2	1946578.8	100.
1983														
GS	32067.5	1.9	550234.1	32.1	186026.9	10.8	138371.0	8.1	335818.4	19.6	471685.8	27.5	1715204.3	100.
COMISOS	1654.8	1.2	54861.1	40.4	23953.6	17.6	17981.2	13.2	16629.1	12.2	20876.5	15.4	135956.3	100.
UTILIZ	34722.3	1.9	605095.2	32.7	209980.5	11.3	156352.8	8.4	352447.5	19.0	492562.3	26.6	1851160.6	100.
1984														
GS	34972.0	1.3	667567.3	25.3	206822.6	7.8	230233.0	8.7	777634.8	29.5	720215.9	27.3	2637445.6	100.
COMISOS	1007.9	1.1	47312.6	50.2	10615.8	11.3	2414.4	2.6	21957.8	23.3	10980.6	11.6	94289.1	100.
UTILIZ	35979.9	1.3	714879.9	26.2	217438.4	8.0	232647.4	8.5	799592.6	29.3	731196.5	26.8	2731734.7	100.
1985														
GS	29898.5	1.3	645059.2	28.8	187065.9	8.3	152955.9	6.8	417097.3	18.6	810348.0	36.1	2242424.8	100.
COMISOS	1614.6	1.4	47496.7	40.3	32640.0	27.7	2316.3	2.0	10666.9	9.1	23092.1	19.6	117826.6	100.
UTILIZ	31513.1	1.3	692555.9	29.3	219705.9	9.3	155272.2	6.6	427764.2	18.1	833440.1	35.3	2360251.4	100.
AC 79/85		-2.0		35.4		-34.5		-5.9		221.9		201.3		62.

te: Informes Complementarios Constitucionales Sobre la Hacienda Publica Periodo 1976/1985.

menor proporción que el Gasto Total, pasando apenas del 34.1% al 35.4% en los mismos períodos, significando un crecimiento promedio anual de 11.4% y 5.9% respectivamente, no ocurre así con el Sector de Servicios Económicos y Financieros que decreció en 14.1% de 1976 a 1979 y tuvo un elevado crecimiento del 221.9% de 1979 a 1985. El Sector de Administración y Servicios Generales para los mismos períodos experimentó un crecimiento positivo y desproporcionado con respecto al Gasto Público Total. Para los demás Sectores luego de haber crecido de 1976 a 1979, en el período de crisis coyuntural, su crecimiento ha sido negativo.

Continuando con el Cuadro No.4, además del análisis del crecimiento del Gasto en los períodos 1976-1979 y 1979-1985, se hace referencia a la composición del Gasto Público Utilizado del Presupuesto General de la Nación, en cada Sector. Así, dentro de los sectores se precisa que, para los años extremos de los períodos base (1976-1979-1985), el Sector de Desarrollo Social pasa del 37.1% en el año 1976 al 35.2% en 1979 y de este año baja al 29.3% en 1985, o sea que, la proporción de fondos para desarrollo social en general, en cada uno de esos años, ha sufrido una baja. El Sector de Servicios Económicos y Financieros ha tenido los cambios de 15.0% en 1976 a 9.1% en 1979 hasta llegar al 18.1% en 1985, dicho incremento puede justificarse por el nivel de la Deuda Externa y el correspondiente pago de intereses y amortización de la misma, lo cual se puede corroborar en el Cuadro No.5. En el Sector de Administración y Servicios Generales se nota un cambio de 14.3% en 1976 al 19.9% en 1979 hasta llegar al 35.3% en 1985. Dentro de este Sector se encuen

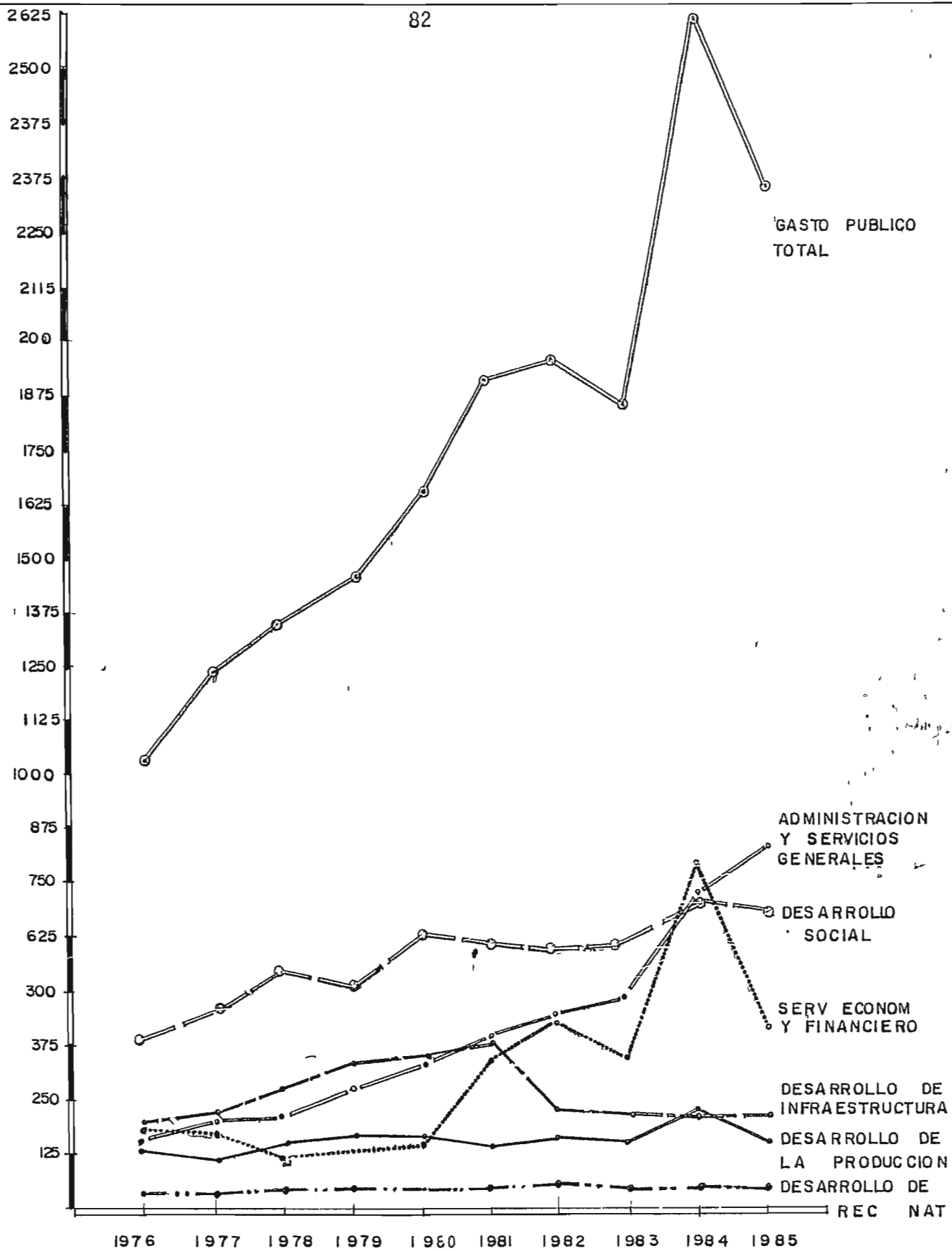


Fig N^o 1 CLASIFICACION DEL GASTO PUBLICO POR SECTORES ECONOMICOS 1976 - 1985

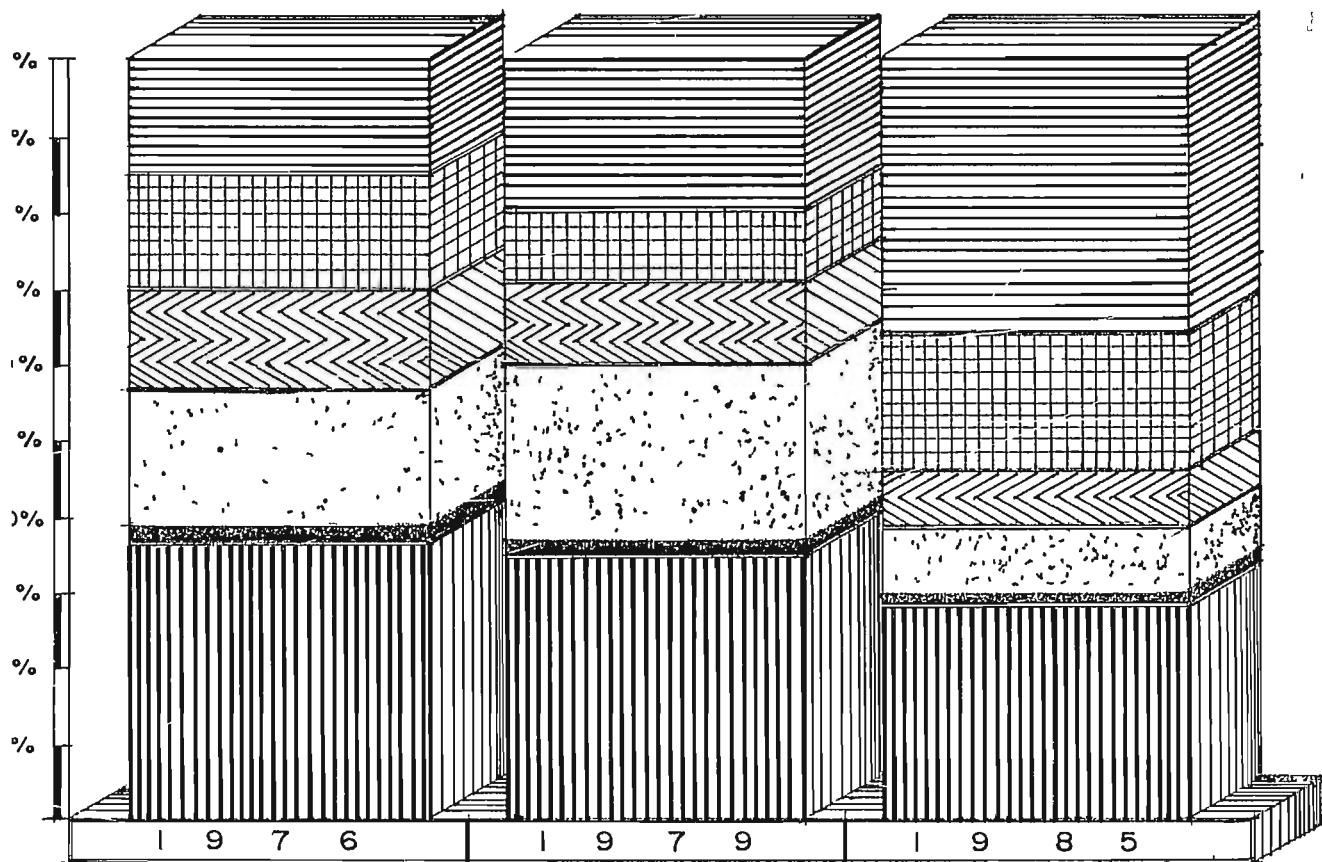


Fig. N^o 2 ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL GASTO PUBLICO
AÑO. 1976, 1979, 1985



DESARROLLO SOCIAL



DESARROLLO PRODUCCION



DESARROLLO RECURSOS NATURALES



SERVICIO ECONOMICO Y FINANCIERO



DESARROLLO INFRAESTRUCTURAL



ADMINISTRACION Y SERVICIOS GENERALES

Igual ocurre con la Deuda Pública, la cual constituía el 3.9% en 1976, el 4.3% en 1979, y el 13.3% en 1985, incluso en 1984 llegó a nivel del 26.6%.

Se puede inferir entonces que para el gobierno de El Salvador, el peso del pago de los servicios y amortizaciones de la Deuda Externa así como la carga de los gastos militares, tienen más importancia que la salud, la educación y el trabajo, o sea el bienestar del pueblo.

En el Cuadro No.6 se compara el Gasto acumulado, tanto para los años de 1976 a 1979 como de 1980 a 1985. El promedio anual de 1980 - 1985 respecto a 1976-1979 del Gasto Público en Salud aumentó en 33.7%, lo cual no es proporcional al incremento del 64.1% que se opera en el Gasto Público Total. Sin embargo, el Consejo Central de Elecciones incrementó su promedio anual en 206.0% de 1980-1985 con respecto a 1976-1979, situación que se explica por las elecciones llevadas a cabo en 1984; otra cuestión relevante con relación a estos promedios plasmados en el Cuadro No.6 se refiere a los Ramos de Defensa y Seguridad Pública, cuya suma demuestra que sus promedios de gasto anual de 1980-1985 supera en 280.2% a los promedios de 1976-1979; también la Deuda Pública como parte del Presupuesto, se incrementa en 469.9% en los promedios anuales de 1980-1985 con respecto a 1976-1979.

Al analizar el Cuadro No.7 se nota el drama que vive la sociedad salvadoreña en cuanto a la importancia que el Gobierno le da a la salud, el cual para 1976 dedicaba en el Presupuesto $\$26.00$ para cada salvadoreño, $\$30.50$ para 1979, y $\$31.80$ para 1985, cifras que son mínimas si

tra los rubros de Defensa y Seguridad Pública, lo cual explica que dicho comportamiento se debe a la prioridad del Gobierno para financiar la guerra, en desmedro de la atención a las necesidades básicas de la población. Los demás Sectores han sufrido el impacto de una asignación decreciente.

De lo anterior, se infiere que el crecimiento experimentado por el Gasto Total, para el período de crisis coyuntural, ha sido trasladado fundamentalmente a los sectores no productivos, volcándose en gran medida y en forma progresiva, al financiamiento de la confrontación bélica con el consecuente deterioro de los servicios que satisfacen las necesidades básicas de las grandes mayorías y ésto, conlleva a una crisis económica y social cada vez más profunda. (Ver Figuras Nos. 1 y 2).

Gasto Público para el Ramo de la Salud

Si se analiza el Cuadro No.5, se nota que el Gasto Público en Salud como parte del Gasto Público Total era del 10.8% en 1976, del 9.8% en 1979 y del 7.5% en 1985.

Otro Ramo de importancia y relación estrecha con el de Salud, es el de Agricultura y Ganadería, puesto que es él quien promueve la producción de alimentos para la población. En este ramo, su comportamiento fue de 11.3% para 1976, 6.9% para 1979, y de 6.7% para 1985.

Paradójicamente, al sumar los Gastos de los Ramos de Defensa y Seguridad Pública se observa un comportamiento del 6.5% en 1976, del 12.7% en 1979, y del 30.8% en 1985, lo cual da una idea clara de la reorientación que se ha adoptado en una economía de guerra.

CUADRO No 5

ESTADO DE LIQUIDACION DEL PRESUPUESTO (Miles de Colones)

###1976###	###1977###	###1978###	###1979###	###1980###	###1981###	###1982###	###1983###	###1984###	###1985###
TOT UTILIZ	X	TOT UTILIZ	Z	TOT UTILIZ	X	TOT UTILIZ	Z	TOT UTILIZ	X
2362 00	0 2	2610 10	0 2	2905 20	0 2	2649 10	0 2	877 60	0 1
11758 00	1 1	13037 00	1 1	12918 40	1 0	14603 40	1 0	17834 70	1 1
4181 00	0 4	4400 20	0 4	5020 00	0 4	7044 40	0 5	7733 90	0 5
1360 40	0 1	1612 30	0 1	1697 10	0 1	1892 70	0 1	930 40	0 1
198 70	0 0	219 10	0 0	234 70	0 0	255 40	0 0	281 10	0 0
1577 40	0 2	1811 50	0 1	2675 20	0 2	5888 30	0 4	6587 70	0 4
2 00	0 2	2641 00	0 2	3165 00	0 2	4049 00	0 3	4188 20	0 3
28936 70	2 6	33956 90	2 7	18671 80	1 4	15552 10	1 1	18449 60	1 1
9552 30	0 9	14469 90	1 2	11810 70	0 9	15952 60	1 1	23222 10	1 4
109529 00	10 7	140027 50	11 3	51654 60	3 9	55730 20	3 0	52096 50	3 2
7694 40	0 7	11027 00	1 0	10657 30	0 8	18181 90	0 7	13448 90	0 8
18464 20	1 0	36771 60	3 0	43517 60	3 3	44429 70	3 1	65526 60	4 0
47454 50	4 6	66103 90	5 3	98730 90	6 0	129223 60	0 9	161404 70	9 0
19349 90	1 5	27482 30	2 2	32564 10	2 4	55760 10	3 0	75143 30	4 6
16992 40	1 7	10504 40	1 5	28560 90	1 5	25966 00	1 0	29964 20	1 0
0 00	0 0	0 00	0 0	0 00	0 0	0 00	0 0	0 00	0 0
226314 20	22 8	278792 30	22 4	276734 10	20 7	292313 40	20 1	371555 30	22 6
110027 20	10 0	127050 70	10 2	142770 00	10 7	142090 40	9 0	178435 70	10 0
6200 20	0 6	7313 50	0 6	9414 70	0 7	12000 00	0 0	18587 20	1 1
0 00	0 0	0 00	0 0	0 00	0 0	0 00	0 0	0 00	0 0
50590 90	5 7	57572 40	4 6	112646 00	8 4	174782 30	12 0	141672 50	8 6
116882 40	11 3	184091 90	8 4	180910 90	8 2	99986 70	6 9	133934 90	8 1
164370 10	16 0	209966 00	16 9	214483 00	16 1	223776 40	15 4	217318 70	13 2
24000 10	2 3	32650 30	2 8	101555 00	7 0	35700 00	3 9	36070 50	2 2
40109 70	3 9	47017 00	3 0	59381 50	4 4	62839 90	4 3	69606 00	4 2
1020075 60	100 0	1241941 70	100 0	1338694 30	100 0	1455345 40	100 0	1645130 40	100 0

lehen
es do
ca

TOTAL UTILIZADO POR PERIODOS (Miles de Colonos)

INSTITUCIONES	ACUM 76/79 TOT UTILIZ	PROMEDIO ANUAL	ACUM 88/85 TOT UTILIZ	PROMEDIO ANUAL	VAR. PORC. PERIODO
R LEGISLATIVO	10754.40	2688.60	26737.80	4456.30	145.75%
R JUDICIAL	53117.40	13279.35	123247.40	20541.23	154.69%
DE CTAS DE LA REP	20574.40	5143.60	49133.20	8188.87	159.20%
CENTRAL DE ELECC	5770.50	1442.63	26490.20	4415.83	306.84%
DEL SERV CIVIL	907.90	226.98	1663.80	277.17	122.11%
GRAL DE LA REP	11952.40	2988.10	21417.40	3569.57	119.46%
URNO GRAL DE POBRES	12160.60	3040.15	25795.20	4299.20	141.41%
DEPENDENCIA DE LA REP.	97017.50	24254.38	105483.60	17580.60	72.48%
DE PLAZA Y COOP DEL DES EC Y SO	51785.50	12946.38	117139.30	19523.22	150.88%
DE HACIENDA	357550.10	89387.53	539780.60	89963.43	100.64%
DE RELACIONES EXTS	40361.40	10090.35	80735.20	13455.87	133.35%
DEL INTERIOR	143383.10	35845.78	276564.50	46894.88	128.59%
DE DEFENSA	333606.90	83400.23	1931997.50	321999.58	386.09%
DE SEGURIDAD PUB	135176.40	33794.10	741849.90	123641.65	365.87%
DE JUSTICIA	82124.50	20531.13	155337.90	25889.65	126.18%
DE CULT Y COMUNIC	0.00	0.00	934.30	155.72	
DE EDUCACION	1074154.00	268538.50	2218253.20	369788.87	137.67%
DE SALUD PUB Y AS SO	523259.10	130814.78	1849608.50	174954.75	133.73%
DE TRAB Y PREV SOC	34988.80	8747.20	76275.70	12712.62	145.33%
DE COMERCIO EXTERIOR	0.00	0.00	15899.40	2649.90	
DE ECONOMIA	402991.60	100747.90	552637.40	92106.23	91.42%
DE AGRIC Y GANAD	429071.90	107267.98	954389.20	159051.53	148.27%
DE OBRAS PUB	812605.30	203151.33	1268430.00	210071.67	103.41%
SF. GRALES. DE GBJNO.	215349.40	53837.35	312330.50	52055.88	96.69%
A FUBICA	209350.90	52337.73	1789628.80	298278.13	569.90%
TOTAL	5058008.00	1264502.00	12453671.70	2075611.95	164.14%

Let: Informes Complementarios Constitucionales Sobre la Hacienda Publica Periodo 1976/1985

GASTO PUBLICO Y DEUDA EXTERNA PERCAPITA					
AÑOS	POBLACION (Miles)	GASTO PUBLICO TOTAL	GASTO PUBLICO EN SALUD	GASTO PUBLICO EN DEFENSA Y SEGURIDAD	DEUDA EXTERNA SECTOR PUBLICO
1976	4.267	240.9	26.0	15.7	165.7
1977	4.393	282.7	28.9	21.3	159.5
1978	4.524	295.0	31.7	27.3	187.4
1979	4.658	312.0	30.5	39.7	213.9
1980	4.797	342.9	37.2	49.3	247.6
1981	4.939	388.5	33.8	60.6	330.4
1982	5.083	383.0	32.6	69.8	401.2
1983	5.232	354.2	32.6	75.9	475.2
1984	5.388	507.0	35.6	122.6	503.7
1985	5.552	425.1	31.8	130.7	514.2

FUENTE: Datos de población fueron tomados del Anuario Estadístico de América Latina -CEPAL-, Edición 1984.

Datos de Gasto Público Total, en Salud y en Defensa y Seguridad fueron tomados de los Informes Complementarios Constitucionales sobre la Hacienda Pública, período 1976-1985.

La información sobre la Deuda Externa del Sector Público fue tomada de Publicaciones del Banco Central de Reserva de El Salvador.-

En cuanto a los Programas y Proyectos de Infraestructura del Ramo, se hace notar la orientación de los mismos, es decir, hacia qué sectores de la población se dirigen y su localización. También se analizan su financiamiento así como el nivel de cumplimiento del plazo de ejecución.

En el Cuadro No.8 se observa que el Gasto de Capital con respecto al Gasto Público Total fue descendiendo ya que para 1976 era el 40.0%, en 1979 el 34.4% y para 1985 fue el 17.2%.

El análisis del gasto en cuestión, en forma de promedio anual de las acumulaciones, determina que hubo incremento del 15.1%, lo cual no es suficiente, si en el segundo período se acentúa la crisis con el respectivo agravamiento de los problemas de insatisfacción de necesidades básicas de la población, las cuales en alguna medida tienen que ser suplidas por el Estado.

Al entrar en detalle con respecto a los Gastos de Capital en el Ramo de Salud, éstos se clasifican, de acuerdo a publicaciones gubernamentales, en Inversión Directa y en Transferencias de Capital. La inversión Directa es la que determina básicamente la situación de incremento, mejora y reproducción del Ramo; se subdivide por programas los cuales son: a) Ampliación de la Red de Servicios de Salud; b) Construcciones, ampliaciones y mejoras a edificios del Ramo; c) Introducción de Agua Potable en áreas rurales; d) Letrinización; y e) Nutrición. Las transferencias de capital para el período estudiado, han sido utilizadas para trasladar fondos al ISRI¹, una entidad autónoma para construc

1. Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos.

comparamos que para Defensa el Gobierno ha dedicado las siguientes erogaciones per cápita: ¢15.70 para 1976, ¢39.70 para 1979, y ¢130.70 para 1985.

En resumen, nuevamente se confirma el carácter de las prioridades del Gasto Gubernamental, negando su objetivo expreso de mejorar el nivel de vida de la población.

3.3 EVALUACION DE PROGRAMAS DE SALUD EN INFRAESTRUCTURA

El Gasto Público de Capital "También llamado Gasto de Inversión comprende las erogaciones destinadas a la adquisición o creación de bienes de capital y conservación de los ya existentes. En este tipo de gasto, generalmente se incluyen los recursos transferidos a sectores que contribuyan a acrecentar el Activo Físico o Financiero de la Nación"¹.

En la definición anterior está planteado que con dichos gastos que el Estado hace, le sirven para incrementar, reproducir o mantener su capacidad de hacer llegar a la población los servicios que persigue con sus políticas formuladas.

En esta parte del estudio para el análisis del Gasto Público de Capital, se utilizan los métodos e indicadores utilizados en el numeral anterior. El análisis de este rubro del gasto se aborda a través de los Gastos de Capital Totales, como parte del Gasto Público Total. Después se analizan los Gastos de Capital en Salud en su forma general, para luego profundizar en los Programas del Ramo y puntualizar en algunos Proyectos.

1. Ortega Blake, J. Arturo. Op. Cit. Pág. 174.

CUADRO No. 8

GASTOS CORRIENTES Y DE CAPITAL - TOTAL UTILIZADO PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION (Miles de Colones)

	GASTOS CORRIENTES	GASTOS DE CAPITAL	TOTAL	GASTOS CORRIENTES	GASTOS DE CAPITAL	TOTAL	GASTOS CORRIENTES	GASTOS DE CAPITAL	TOTAL	GASTOS CORRIENTES	GASTOS DE CAPITAL	TOTAL	GASTOS CORRIENTES	GASTOS DE CAPITAL	TOTAL
S	848 38	0 00	848 38	4167 78	0 00	4167 78	6367 28	0 00	6367 28	7811 08	0 00	7811 08	7445 38	0 00	7445 38
	18891 00	1800 00	19691 00	18845 60	377 38	19222 98	18763 18	0 00	18763 18	28927 58	0 00	28927 58	26607 38	0 00	26607 38
REP	8826 80	90 00	8916 80	7789 20	0 00	7789 20	7888 38	0 00	7888 38	8539 18	0 00	8539 18	9145 90	0 00	9145 90
	2313 78	0 00	2313 78	3647 98	0 00	3647 98	4257 38	0 00	4257 38	12937 38	63 50	13000 88	2138 20	0 00	2138 20
L	784 48	0 00	784 48	279 98	0 00	279 98	267 68	0 00	267 68	268 00	0 00	268 00	282 00	0 00	282 00
r	2559 10	99 88	2658 98	2467 60	688 00	3267 60	2494 18	347 98	2842 08	2826 38	59 98	2886 28	3836 40	138 48	3174 88
COMES	1812 28	418 00	2230 28	3623 78	427 60	4051 38	4188 58	0 00	4188 58	3778 00	0 00	3778 00	4801 58	0 00	4801 58
REP	17157 98	0 00	17157 98	16626 10	0 00	16626 10	19241 58	0 00	19241 58	17283 78	0 00	17283 78	16724 68	0 00	16724 68
ORDO	3288 20	24952 10	28240 30	8435 10	12837 98	21473 08	4679 08	18467 90	15146 90	2737 50	18183 90	12921 40	2770 58	8364 98	11155 48
	58151 00	68899 50	127050 50	49979 00	63014 68	112993 68	53652 00	3881 48	57533 48	57213 08	61734 18	118947 98	64459 28	15498 00	79957 28
	13713 80	0 00	13713 80	13485 50	0 00	13485 50	12625 98	0 00	12625 98	14391 08	0 00	14391 08	13149 48	0 00	13149 48
	32183 40	11889 18	44072 58	29538 28	19482 38	49020 66	28885 28	8198 28	36883 56	38514 88	13888 28	50702 16	3543 48	0 00	3543 48
PUB	154223 48	34375 88	188599 36	218388 98	15658 00	234046 98	262129 98	13658 88	275779 98	494334 08	21882 48	516216 48	548891 38	14995 98	555887 28
	118985 38	0 00	118985 38	128764 38	0 00	128764 38	121891 98	0 00	121891 98	144384 08	0 00	144384 08	169648 38	386 58	169946 88
	2398 48	2378 88	4777 36	22614 88	822 98	23437 86	22278 58	1859 98	23318 48	24485 18	1342 08	25027 18	25988 98	0 00	25988 98
UIC	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	934 38	0 00	934 38
	351348 58	16455 78	367804 36	328941 88	24271 78	353213 66	312558 88	17664 18	330214 18	355864 88	17314 38	373179 18	484288 68	18827 68	422888 28
TRH SO	132184 18	14841 88	147026 06	149823 18	15854 88	165678 06	145515 48	28888 88	178376 88	157288 58	34262 78	191551 28	164445 48	12877 58	176522 78
V SOC	18399 88	1586 18	19985 06	9881 88	2844 38	11845 38	9588 18	1177 58	18677 68	9962 28	2182 58	12144 78	18846 88	189 18	19035 18
INTERIOR	721 78	1815 88	2537 66	2823 88	321 88	3145 68	2815 28	952 98	3368 18	2968 68	581 18	3461 78	3882 68	383 78	3386 38
	67819 28	103185 48	170985 88	181329 78	12954 48	194284 26	32997 78	13635 78	46633 48	25231 48	1474 48	26705 88	51859 48	1297 38	52956 78
IND	91381 28	57868 38	149249 66	92174 18	79558 38	171732 56	78656 48	81178 58	159826 98	78528 48	111981 78	182618 18	74568 88	83276 58	157837 48
	67391 88	187328 98	254720 86	69318 98	118588 58	187907 56	59162 78	149848 88	288218 78	67856 48	132568 98	288425 38	81485 48	188465 98	189871 38
GENO	43879 28	0 00	43879 28	48196 38	0 00	48196 38	48189 28	0 00	48189 28	88817 18	0 00	88817 18	67984 88	0 00	67984 88
	158586 98	0 00	158586 98	178648 78	82778 38	253411 88	146277 58	123151 88	269429 38	189377 58	536188 48	725477 98	176654 88	136375 78	313829 78
	1393872 98	525742 38	1918815 28	1493623 18	452955 98	1946579 08	1488294 28	458866 48	1851168 68	1786968 48	944774 78	2731735 18	1954511 38	485748 28	2368251 58

Complementarios Cons-
La Hacienda Publica

ción de edificio del Asilo Sara.

En el análisis se hace énfasis en la Inversión Directa, puesto que en ella recae la mayor afluencia de fondos, para la consecución de los objetivos primordiales de la política de salud.

El Cuadro No.8 proporciona los datos para elaborar la relación entre Gastos de Capital en Salud con respecto al total utilizado de los Gastos Públicos en Salud y se obtiene lo siguiente: Para 1976 era el 23.9%, para 1979 eran el 13.3% y para 1985, el 6.8%.

Al hacer el análisis en forma de promedio anual de las acumulaciones para los períodos tipificados demuestra que los Gastos de Capital se redujeron en 17.4%.

Cabe pues demostrar que la misma, de 1976 a 1979 sufrió un descenso del 28.8%, y de 1979 a 1985 bajó en 36.2%, situación que se puede apreciar en el Cuadro No.9

En el primer período la gestión gubernamental, de acuerdo al Cuadro No.9 hizo énfasis con respecto a la Inversión Total del Ramo, en los siguientes Programas: Ampliación de la Red de Servicios de Salud con el 61.2% de la Inversión Total, el de Construcciones, Ampliaciones y Mejoras a Edificios del Ramo con el 13.0%, y el de Introducción de Agua Potable en Areas Rurales con el 17.5%.

Dentro de la composición de los gastos acá analizados es importante mencionar el rubro "Programa Coordinado de Desarrollo Comunitario San Miguel-Morazán, dando idea que no existiesen otras áreas para llevar a cabo dicho desarrollo comunitario.

CUADRO No 9
DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSION Y TRANSFERENCIAS DE CAPITAL RAMO DE SALUD PUBLICA / ASISTENCIA SOCIAL (Miles de Colones)

	1976		1977		1978		1979		ACUMULADO	1970-1979		%
	ASIGNAC	TOT UTIL	ASIGNAC	TOT UTIL	ASIGNAC	TOT UTIL	ASIGNAC	TOT UTIL		ASIGNAC	TOT UTIL	
I TOTAL	26,722 7	26,578 1	29,556 5	28,868 3	35,625 8	34,523 5	21,468 8	18,921 3	113,364 2	188,891 2	96 85%	
II INVERSION DIRECTA	26,722 7	26,578 1	28,856 5	27,368 3	34,625 8	33,523 5	21,468 8	18,921 3	110,864 2	186,591 2	95 97%	
1) AMPLIAC DE LA PED DE SERV DE SALUD	18,857 7	18,848 6	22,611 5	22,571 8	28,858 8	28,833 6	6,448 8	5,252 5	67,959 2	60,679 5	98 14%	
Fondo General	12 6	8 3	9,611 5	9,571 8	18,118 1	18,093 7	688 8	553 2	28,334 2	28,219 8	99 59%	
Prestamos Internos	4,608 8	4,595 2	8 8	8 8	8 8	8 8	5,848 8	4,699 3	18,418 8	9,294 5	89 83%	
Prestamos Externos	13,445 1	13,445 1	13,888 8	13,888 8	2,739 9	2,739 9	8 8	8 8	29,185 8	29,185 8	100 00%	
2) CONST, AMPLIAC Y MEJORAS A EDIF DEL RAMO	4,625 3	4,588 2	2,888 8	1,882 8	5,258 8	4,636 7	4,257 1	3,318 5	16,132 4	14,145 4	87 68%	
Fondo General	3,325 3	3,292 8	2,888 8	1,882 8	5,258 8	4,636 7	847 1	731 2	11,422 4	18,261 9	89 84%	
Prestamos Internos	1,308 8	1,296 2	8 8	8 8	8 8	8 8	3,418 8	2,587 3	4,718 8	3,885 5	82 45%	
Prestamos Externos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
3) INTROD AGUA POTAB EN AREAS RURALES	3,233 2	3,288 5	2,278 8	2,137 6	4,725 8	4,518 8	9,462 9	9,198 6	19,691 1	19,846 7	96 73%	
Fondo General	2,316 5	2,285 8	2,278 8	2,137 6	2,975 8	2,768 8	782 9	614 8	8,264 4	7,798 2	94 36%	
Prestamos Internos	371 4	369 4	8 8	8 8	8 8	8 8	1,685 8	1,558 8	2,856 4	1,928 2	93 77%	
Prestamos Externos	545 3	545 3	8 8	8 8	1,758 8	1,758 8	7,875 8	7,825 8	9,378 3	9,328 3	99 47%	
4) LECTRIFICACION	287 6	256 9	588 8	466 4	758 8	562 8	588 8	369 3	2,837 6	1,654 6	81 28%	
Fondo General	287 6	256 9	588 8	466 4	758 8	562 8	315 8	214 8	1,852 6	1,588 1	88 97%	
Prestamos Internos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	185 8	154 5	185 8	154 5	83 51%	
Prestamos Externos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
5) FUNCIONAM PROG DE INV DEL RAMO	414 5	482 7	575 8	535 7	688 8	595 8	888 8	782 4	2,389 5	2,316 6	96 95%	
Fondo General	414 5	482 7	575 8	535 7	688 8	595 8	798 8	778 8	2,379 5	2,318 2	97 89%	
Prestamos Internos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	18 8	6 4	18 8	6 4	64 88%	
Prestamos Externos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
6) PROG COORD DE DES COMUNITARIO SAN	184 4	89 2	188 8	54 8	188 8	85 4	8 8	8 8	384 4	229 4	75 36%	
Fondo General	184 4	89 2	188 8	54 8	188 8	85 4	8 8	8 8	384 4	229 4	75 36%	
Prestamos Internos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
Prestamos Externos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
7) CONST Y EQUIP CTRO DE MANT Y ADIES	8 8	8 8	8 8	8 8	2,888 8	2,888 8	8 8	8 8	2,888 8	2,888 8	100 00%	
Fondo General	8 8	8 8	8 8	8 8	2,888 8	2,888 8	8 8	8 8	2,888 8	2,888 8	100 00%	
Prestamos Internos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
Prestamos Externos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
8) CONST Y EQUIP DE UNID PERI-FECTIONS	8 8	8 8	8 8	8 8	358 8	388 8	8 8	8 8	358 8	388 8	85 71%	
Fondo General	8 8	8 8	8 8	8 8	358 8	388 8	8 8	8 8	358 8	388 8	85 71%	
Prestamos Internos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
Prestamos Externos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
9) NUTRICION	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
Fondo General	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
Prestamos Internos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
Prestamos Externos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
III TRANSFERENCIA DE CAPITAL	8 8	8 8	1,588 8	1,588 8	1,888 8	1,888 8	8 8	8 8	2,588 8	2,588 8	100 00%	
Fondo General	8 8	8 8	1,588 8	1,588 8	1,888 8	1,888 8	8 8	8 8	2,588 8	2,588 8	100 00%	
Prestamos Internos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
Prestamos Externos	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	8 8	
RESUMEN												
Fondo General	6,468 9	6,328 9	16,556 5	15,868 3	31,135 1	30,833 6	3,255 8	2,898 8	57,487 5	55,118 8	96 81%	
Prestamos Internos	6,214 4	6,258 8	8 8	8 8	8 8	8 8	11,118 1	7,488 8	17,481 4	15,257 1	8 8	
Prestamos Externos	13,445 1	13,445 1	13,888 8	13,888 8	4,487 9	4,488 7	7,875 8	1,888 8	35,255 8	30,705 2	89 87%	
Total	26,722 7	26,578 1	29,556 5	28,868 3	35,625 8	34,523 5	21,468 8	18,921 3	113,364 2	188,891 2	96 85%	

CUADRO No -
DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSION Y TRANSFERENCIAS DE CAPITAL-RAMA DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (Miles de Colones)

	1990		1991		1992		1993		1994		1995		MUNICIPIO	1960/1965	%
	ASIGNAC	TOT UTIL	ASIGNAC	TOT UTIL	ASIGNAC	TOT UTIL	ASIGNAC	TOT UTIL	ASIGNAC	TOT UTIL	ASIGNAC	TOT UTIL			
TOTAL	34,917.1	30,744.7	27,013.0	14,041.9	20,079.9	15,853.9	32,001.0	26,800.0	55,926.5	34,262.6	32,931.3	12,077.3	212,000.0	134,861.0	63.59
ED DE SERV DE SALUD	19,512.6	17,092.0	9,775.3	4,046.6	10,050.0	6,059.1	15,521.0	21,300.6	41,393.5	24,507.7	27,888.1	7,266.6	145,140.8	81,480.9	56.30
nos	10,328.9	8,519.0	5,175.3	4,745.6	5,550.0	3,580.4	4,000.0	2,607.6	13,470.6	5,141.3	4,312.1	1,213.4	42,036.9	25,887.3	60.43
nos	8,475.0	8,475.0	4,600.0	101.0	12,500.0	2,479.0	21,521.0	10,621.0	30,922.9	19,366.4	23,576.3	6,053.2	101,595.2	55,095.6	54.23
MEJORA DE EDIF	5,450.2	1,950.0	2,076.0	2,009.0	2,020.0	2,013.5	1,305.0	945.5	2,991.5	1,075.1	100.0	0.0	15,311.7	12,325.5	80.50
nos	1,091.1	1,392.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1,093.1	1,092.4	99.94	
nos	1,500.1	1,500.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
AB EN AREAS RURALES	6,774.2	5,096.4	10,093.9	5,005.0	6,040.0	5,910.9	3,191.0	2,015.5	5,250.1	5,201.6	3,120.9	2,979.2	35,006.9	28,477.2	81.16
nos	952.2	946.5	4,311.0	1,075.5	3,140.0	2,463.0	3,191.0	2,015.5	3,590.0	3,550.1	3,120.9	2,979.2	10,352.7	14,657.0	79.87
nos	4,100.0	3,190.0	5,752.9	3,970.1	3,500.0	3,455.9	0.0	0.0	1,059.3	1,643.5	0.0	0.0	15,812.2	12,260.3	81.67
nos	221.1	51.1	1.5	22.0	197.0	411.4	0.0	0.0	401.0	434.0	440.0	434.0	2,844.3	2,125.9	74.74
nos	213.3	194.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	213.3	194.2	91.05
nos	57.0	56.9	761.5	222.0	493.7	411.4	409.0	372.0	461.0	434.0	440.0	434.0	2,031.0	1,931.7	73.42
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
DE INV DEL RUMO	900.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
ES COMUNITARIO SAN	0.0	0.0	0.0	0.0	330.1	330.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	330.1	330.1	100.00
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	300.0	300.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	300.0	300.0	100.00
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	30.1	30.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	30.1	30.1	100.00
TRO DE MANT Y ADIES	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E UNID PERIFERICAS	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	1,000.0	0.0	520.0	375.5	0.0	0.0	300.0	300.0	530.0	350.7	0.0	0.0	2,350.0	2,000.0	85.10
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	1,000.0	0.0	331.3	100.0	0.0	0.0	300.0	300.0	530.0	350.7	0.0	0.0	2,104.3	1,014.0	48.19
nos	0.0	0.0	194.0	174.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	194.0	174.0	89.69
E CAPITAL	500.0	500.0	2,003.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	935.6	777.6	0.0	0.0	4,110.9	1,277.0	31.02
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	1,000.0	1,000.0	12,000.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4,017.1	1,305.0	32.50
nos	1,000.0	1,000.0	10,000.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
nos	1,000.0	1,000.0	1,000.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1,000.0	1,000.0	100.00

El financiamiento para el período 1976-1979, tuvo la siguiente composición: Fondo General el 50.6%; Préstamos Internos 14.0% y Préstamos Externos 35.4%, lo que conduce a inferir que los gastos del Ramo se hicieron en su mayor parte (64.6%), con recursos propios; sin embargo, al abordar dicho financiamiento por cada año se nota que para 1977 y 1978 se utilizó en mayor proporción la cuenta del Fondo General (54.9% y 86.9%, respectivamente) que los préstamos, en este caso Externos. Para los años extremos, las necesidades de financiamiento con préstamos fueron elevadas en el orden del 76.2% en 1976 y 84.7% en 1979.

Al observar el segundo período se notan ligeros cambios en su composición, a saber: Programa de Ampliación de la Red de Servicios de Salud es 60.6%; los Programas de Construcciones, Ampliaciones y Mejoras a Edificios del Ramo es del 9.1%; los Programas de Desarrollo Comunal en el campo, es decir, Agua Potable y Letrinización, constituyen el 22.7%, todos con respecto a la Inversión Total.

Llama a la reflexión que en este último período, la gestión gubernamental utiliza 6.6 millones de colones, 4.3 millones más que el primer período, para el Programa de Funcionamiento de Programas de Inversión del Ramo, cuya finalidad principal es la supervisión de todos los proyectos de capital, o sea que, formalmente mejora la administración de los planes del Ramo. También es en este período que se implementa el Programa de Nutrición, el cual no tiene continuidad, ya que aparece en 1980, 1981, 1983, y 1984, no habiendo erogaciones en 1982 y 1985.

Si de acuerdo a dicho programa y a otros estudios¹ la sociedad salvadoreña tiene un alto grado de desnutrición, se puede inferir entonces que este programa debería ser prioritario y continuo y no ser utilizado con fines propagandísticos o de otra naturaleza.

Al calcular los promedios de las asignaciones y lo utilizado, se nota que las primeras crecieron de un período a otro en 24.7%; sin embargo, lo utilizado bajó en 17.4%. También otra cuestión relevante en relación a las intenciones y los hechos, en el Cuadro No.9 se puede ver que las inversiones programadas se concretaron en el 63.5%, siendo la partida de Ampliación de la Red de Servicios de Salud la más afectada . . . (56.2%). Sumado a lo anterior, el financiamiento de los gastos en cuestión, dependieron totalmente de los préstamos internos y externos, 46.6% y 50.1%, respectivamente; ya que solamente para el año de 1980 se utilizaron partidas del Fondo General.

Se afirma con lo anterior, el carácter deficitario del Presupuesto de la Nación, ya que no se puede cumplir con los compromisos programados. Dado ese carácter, los ajustes se hacen en contra de la satisfacción de las necesidades de salud del pueblo y peor aún en esta etapa de crisis.

Puntualizando por ejemplo, el Proyecto "Construcción y Equipamiento Hospital Regional de San Miguel", se inició en 1976 y se había programado terminarlo para Septiembre de 1981, y su costo estimado era de 42.3 millones de colones. Sin embargo, según el Anexo No.3, el valor utilizado acumulado hasta 1985 era de 50.0 millones de colones.

1. Chacón Gudiel, Carlos Dr. La Distribución y Uso de la Tierra en El Salvador y su efecto en el Sistema Alimentario y Nutricional de los Salvadoreños. Ver Conclusión No.10, Pág.58.

También, coincidiendo con época eleccionaria, en periódicos nacionales apareció publicada la inauguración de ese hospital; cuando aún a la fecha no está terminado ni equipado.

Hasta ahora, se ha hecho un análisis del Gasto Público, su orientación, en tanto que es importante porque es precisamente al Estado que le son delegadas las tareas de servicio social, tareas "no rentables". Es así como se ha logrado advertir, a partir de los informes mismos del gobierno, que la crisis en agudización no sólo afecta al combatiente de cualquiera de los dos ejércitos en contienda, sino que afecta y pesa sobre la espalda de la mayoría de la población; sobre la población que constituyen los núcleos marginales, la masa de desplazados, los desocupados, los más débiles, los más pobres.

Para percibir el impacto negativo de la vocación del hambre, pobreza, guerra y mortandad de este tipo de sociedad, basta remitirnos a manera de conclusión a los Cuadros Nos. 2 y 3 de este estudio: para 1982, El Salvador entre 27 países de Latinoamérica se "distinguió" por ser el país cuya población tenía la menor disposición de médicos y camas de hospital (habían 3163 habitantes por un médico, y 1.2 camas para 1,000 habitantes); la mortalidad infantil (defunciones de 0 a 1 año para 1980-1985) era de 42.2 niños por cada 1000 que nacían vivos y la esperanza de vida al nacer era de 64.8 años; que para 1979, sólo el 66.8% de la población urbana disponía de agua potable y apenas el 34.1% en el área rural.

Una contradicción importante de mencionar es sobre la seguridad social. Se entiende que la sociedad capitalista, dado su ánimo de optimizar ganancias, apenas se interesa por la reparación y recuperación de la fuerza de trabajo productiva; no obstante en El Salvador, el servicio del Seguro Social apenas cubría (en 1980) el 11.6% de la Población Económicamente Activa, dato más crítico si se dice que es equivalente al 6.3% de la población total.

Después de esto, resulta difícil pretender justificar el gasto hacia el sostenimiento de la guerra, en base a la soberanía nacional, si hasta ahora no se habla más que de salvadoreños muertos.

4.0 SITUACION DE LOS DESPLAZADOS. TRABAJO DE CAMPO

4.1 OBJETO DEL TRABAJO DE CAMPO

El objeto de la investigación es determinar si el desplazamiento de la población rural ha generado mayor número de enfermedades y enfermos; a través de la observación y el análisis de su situación socio-económica reportada al momento de presentarse a los diferentes asentamientos atendidos por Instituciones de Ayuda Humanitaria.

Entendido que el aspecto salud no se puede concebir aisladamente en el trabajo se recogió información sobre aspectos socio-económicos, los cuales están asociados o explican de alguna manera el estado de salud de la población.

4.2 METODOLOGIA

Además de lo importante de conocer del Objeto de la Investigación, también lo es diseñar una metodología. Si se sabe dónde se espera llegar, lo óptimo es haber definido al menos una forma de cómo llegar ahí.

El Diseño Metodológico constituye en este caso, la forma, estrategia o procedimientos utilizados para dar respuesta al problema planteado sobre la Salud de la Población Desplazada como consecuencia de la crisis coyuntural, es decir, constituye la estrategia a seguir para comprobar la hipótesis planteada sobre dicha población: "El Desplazamiento de la Población Rural, caracterizada por ser la de condiciones de salud más deplorables, ha genera

do la constitución de asentamientos que reportan mayor número de enfermedades y enfermos".

Al respecto, a continuación se explican los componentes considerados en el Diseño Metodológico: Tipo de estudio, universo y muestra, método e instrumento para recolección, tabulación y análisis de datos.

4.2.1 TIPO DE ESTUDIO

En el Diseño Metodológico de la investigación, es muy importante tener claro, definido y revisado el tipo de estudio a realizar. Según Campos, el tipo de estudio se define así: "Es el esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuesta al problema y objetivos planteados"¹.

Para el presente caso, el tipo de estudio se ha definido retrospectivo, de casos y controles, transversal y analítico:

-Es un estudio RETROSPECTIVO porque se refiere a la ocurrencia de los hechos en tiempo pasado, es decir, a las condiciones antes del desplazamiento y al momento cuando llegaron al asentamiento.

-Es de casos y controles, en tanto que se partirá del efecto hacia la causa; a partir de características propias del hacinamiento de la población, se estableció la existencia o no de relación entre esas condiciones y el desplazamiento de la población rural, como nuevo fenómeno migratorio propio de la crisis.

1. Campos, A.: Método, Plan y Proyecto en la Investigación Social. CUSUCA, 1982, Pág.105. Citado en Material Mimeo gráfico sobre Diseño Metodológico, Impreso en Universidad de El Salvador.

- Es transversal porque la muestra será abordada en una única ocasión, en lo referente a este trabajo.
- Es analítico porque además de describir el fenómeno, se explica porqué sucede éste, su origen o causa asociada al fenómeno.

4.2.2 Universo y Muestra.

Inicialmente, se delimitó el estudio a la población desplazada, hacinada en el Area Metropolitana de San Salvador. Partiendo de que existían al menos 9 lugares de concentración de desplazados en el Departamento de San Salvador¹. Al momento de la ejecución de la Investigación se encontró que alrededor de siete (7) refugios habían sido prácticamente desarticulados, por diversos motivos; algunos congruentes con la búsqueda de soluciones más permanentes al problema de los desplazados, tales como las reubicaciones, así como otros motivos de interés institucional, tales como evitar problemas de seguridad y casos extremos como que en un momento determinado, se necesitó el local para usos administrativos de la Institución. Conocido que locales como Domus Mariae en Mejicanos, San José de la Montaña y Basílica en San Salvador habían prácticamente cerrado; se amplió el universo de la Investigación. El Cuadro No.10 detalla el universo asumido.

1. Desplazados y refugiados salvadoreños, Investigación. El Salvador 1985. Instituto de Investigaciones de la Universidad Centroamericana de El Salvador "José Simeón Cañas" (UCA), Informe Preliminar 1 de Junio 1985. En el Anexo I, Pág.249, se refiere a los lugares de Desplazados (concentrados) donde se cursaron encuestas en el Departamento de San Salvador.

Como unidad muestral se tomó la Familia, siendo la Unidad de Análisis u Observación el Jefe de Familia.

Tamaño de la Muestra. Partiendo de 3,258 habitantes en 7 asentamientos, constituyendo el universo de 649 grupos familiares, se estableció el tamaño de la muestra de manera que tuviere un alto grado de probabilidad de poseer las características del universo que se estudia.

Conociendo que el universo de estudio es una población finita y que se requiere una muestra grande, se adoptó la siguiente fórmula¹:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

Donde:

E = Error muestral

Z = Valor crítico correspondiente a un coeficiente de confianza determinado.

P = Proporción poblacional de ocurrencia de un hecho (o éxito).

Q = Proporción poblacional de la No ocurrencia de ese hecho (o fracaso)

N = Tamaño de la población o universo

n = Tamaño de la muestra.

1. IBID, Págs. 11 y 12

Para fines de corroboración de lo adecuado de la fórmula adoptada, se presenta su deducción a partir del error muestral:

Se sabe que $E = Z \sigma$

y además que:

$$\sigma = \sqrt{\frac{PQ}{n}} \quad \sqrt{\frac{N-n}{n-1}}$$

Para una población finita y de muestras grandes o mayores del 5%¹

Así,

$$E = Z \sigma \sqrt{\frac{PQ}{n}} \quad \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$$

$$E^2 = Z^2 \frac{PQ}{n} \frac{N-n}{N-1}$$

$$E^2 = \frac{Z^2 PQ N - Z^2 P Q n}{n N - n}$$

$$E^2 n N - E^2 n + Z^2 P Q n = Z^2 P Q N$$

$$n (E^2 N - E^2 + Z^2 P Q) = Z^2 P Q N$$

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 N - E^2 + Z^2 P Q}$$

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q}$$

1. SHAO, STEPHEN P. Estadística para Economistas y Administradores de Empresas. Herrero Hermanos, Sucs., S.A. México. 8a. Edición, Noviembre 1973, Págs. 285, 290, y 341.

Luego, se pasó a deducir el tamaño máximo de muestra (n), de manera que fuera muy representativo del universo o población en estudio, para lo cual se tienen las correspondientes restricciones.

RESTRICCIONES:

$N = 649$ grupos familiares

$Z =$ Valor crítico para un coeficiente de confianza del 89.9% = 1.64

$P =$ Proporción poblacional de la ocurrencia de un hecho = 0.50

$Q =$ Proporción poblacional de la no ocurrencia de ese hecho
= 0.50, ó sea $Q = 1-P$

$PQ = 0.25$, máximo valor para encontrar un tamaño máximo de muestra.

$E =$ Máximo error muestral = 0.5

$n =$ Tamaño de la muestra.

ENTONCES:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N-1) E^2 + Z^2 P Q N}$$

$$n = \frac{(1.64)^2 (0.25) (649)}{(648) (0.05)^2 + (1.64)^2 (0.25)}$$

$$n = \frac{436.3876}{1.62 + 0.6724}$$

$$n = \frac{436.3876}{2.2924}$$

$$n = 190$$

El tamaño de muestra encontrada fue asignada por muestreo estratificado en cada Centro de Desplazados, según se puede observar en el Cuadro siguiente:

CUADRO No.10

POBLACION Y MUESTRA DE CENTROS DE POBLACION DESPLAZADA					
No	ASENTAMIENTO	UBICACION	TOTAL DE PERSONAS	TOTAL DE FAMILIAS	PROPORCION DE MUESTRAS
1	La Unión	Depto. Santa Ana	520	80	24
2	San José Calle Real	Ciudad Delgado	650	154	45
3	Las Mesas	Depto. La Libertad	158	25	7
4	Zapotitán	Cantón Flora María	170	30	9
5	Tres Ceibas	Apopa	110	18	5
6	Aldeíta	Depto. Chalatenango	250	42	12
7	Bethania	Depto. La Libertad	1,400	300	88
T O T A L E S			3,258	649	190

4.2.3 Instrumento para Recolección de Datos

Luego de establecido el Tamaño de la Muestra, se asignó originalmente por estratos en cada asentamiento (Ver Cuadro anterior)

Al momento de la ejecución del trabajo de campo, no fue posible mantener las proporciones debido a circunstancias propias de la población desplazada, la cual actúa con mucho hermetismo y más

aún, ante cualquier interrogatorio. Aunque formalmente fue permitido el acceso, en la práctica no fue posible penetrar a los 7 asentamientos propuestos, decidiendo trabajar con los 2 asentamientos más representativos: Centro de Desplazados Bethania y Refugio San José Calle Real, ubicados en el Departamento de La Libertad y Departamento de San Salvador, respectivamente, y cuya población constituye el 70% de familias del universo de la investigación.

Considerando la encuesta como el método de recolección de datos, la cual es proveída por los mismos elementos sujetos de estudio, se optó por la Entrevista Estructurada, consistente en una encuesta apoyada por un instrumento (cuestionario) con preguntas uniformes y generalmente cerradas. A través de la entrevista se estableció la relación interpersonal entre el investigador y el sujeto de estudio, con el fin de obtener respuestas verbales a cada una de las preguntas contenidas en el instrumento.

Vale destacar, que para tener acceso a los Centros de Desplazados, se tuvo que exponer y convencer sobre la importancia del estudio, tanto a los representantes de las Instituciones como de las Directivas de la Comunidad de Desplazados. Los formularios de la encuesta fueron previamente analizados por esas instancias, quienes posteriormente resolvieron favorablemente.

En los dos Centros en que se desarrolló la encuesta, se promovió la investigación participativa, es decir, se involucró a

membros de la Comunidad de Desplazados, quienes se constituyeron en entrevistadores directos, con la correspondiente instrucción, asesoría y apoyo combinado de los responsables de esta investigación.

Los formularios fueron dirigidos al Jefe de Familia como Unidad de Análisis y al Representante del Centro, para conocer sobre el funcionamiento de la comunidad. (Ver Anexos Nos.4 y 5).

4.2.4 Tabulación y Análisis de Datos.

Entendida la problemática del manejo y cuantificación de datos obtenidos con un instrumento de investigación social, en primer lugar, se diseñó la "Guía de Criterios e Indicadores para Evaluación de Aspectos Económicos, de Salud y Educación de la Población Desplazada" (Anexo 6), cuya sinopsis es la siguiente¹:

-AREA: Conjunto de aspectos o criterios cuya concepción en sumatoria determinan la diagnosis en lo económico, salud, educación, etc.-

-CRITERIO: Es una afirmación, cierta o falsa, que se someterá a verificación según resulten las ponderaciones de los indicadores que lo conforman.

1. La guía de Criterios e Indicadores para Evaluación de Aspectos Económicos, de Salud y Educación de la Población Desplazada", fue diseñada por el grupo de investigación, adecuando el "sistema de Evaluación, Calificación y Clasificación para las Cooperativas de Ahorro y Crédito de El Salvador", elaborado por la Confederación Latinoamericana de Cooperativas de Ahorro y Crédito -COLAC-, Marzo 1982.

-INDICADOR: Es una afirmación cuantificable, relacionada parcial o totalmente a un criterio. Cada indicador tiene una ponderación que oscila entre 0, 1, 2, y 3, según las posibilidades de respuesta y el nivel de aceptación o negación de la afirmación que se está midiendo. Por ejemplo, si un criterio está determinado por 4 indicadores, cada indicador puede obtener de 0 a 3 puntos si se niega o acepta la afirmación del indicador, existiendo entonces la posibilidad de que el criterio sea cierto o falso, según obtenga puntos entre 0 y 12.

Para la investigación efectuada, se tomó la siguiente conformación de la encuesta:

CUADRO No.11

CLASIFICACION MAXIMA INDIVIDUAL Y DE MUESTRA, SEGUN CRITERIOS Y SUS INDICADORES					
No.	A R E A	CRITERIO	NUMERO DE INDICADORES	PUNTAJE MAXIMO	
				POR CADA BOLETA	POR MUESTRA DE 190 FAMILIAS
1	Aspectos Socio-Económicos	1.1	7	21	3,990
		1.2	3	9	1,710
		1.3	2	6	1,140
2	Aspectos de Salud	2.1	4	12	2,280
		2.2	5	15	2,850
		2.3	2	6	1,140
		2.4	2	6	1,140
3	Aspectos de Educación	3.1	8	24	4,560
4	Actitud de Repoblación	4.1	1	3	570
	TOTALES		34	102	19,380

Así, el análisis de los datos estará basado en el puntaje acumulado, en la ponderación del total de respuestas obtenidas, para cada indicador.

4.2.5 Resultados de la Encuesta.

La Hipótesis relacionada al trabajo de campo afirma que "El desplazamiento de la Población Rural, caracterizada por ser la de condiciones de salud más deplorables, ha generado la constitución de Asentamientos que reportan mayor número de enfermos y enfermedades". Alrededor de ésta, se han deducido otra serie de hipótesis, llamadas Criterios de Evaluación, los que serán analizados a continuación, para determinar la validez de la hipótesis general, relacionada al trabajo de campo¹.

a) "El grupo familiar ha deteriorado su situación socio-económica en general debido al desplazamiento".

Una de las características encontradas en la población encuestada, fue el alto nivel de analfabetismo. El 62% de grupos familiares reportaron que la mayoría de adultos en edad sobre los 18 años no saben leer y escribir; y el 80% de la población en edad escolar no han logrado mejorar su nivel de escolaridad no obstante, que en los asentamientos se instalan pequeñas escuelas.

1. Para la calificación de los Indicadores y Criterios para Evaluación de los Aspectos Económicos, de Salud y Educación, ver su Resumen en los Anexos Nos. 7 y 8, respectivamente.

Al contrario de lo que se podría estar pensando, se logró observar, que una de los sentimientos que más resiente la población desplazada, es la pérdida de "la libertad" de generarse su ingreso familiar. Como consecuencia del abandono de sus lugares de origen, han reducido su nivel de ocupación y generación de ingresos: El 99% de grupos familiares no generan sus ingresos, todos ellos reciben la ayuda de las Instituciones de Asistencia Humanitaria patrocinadora del Asentamiento respectivo, a la vez que el 98% de la fuerza de trabajo hábil en su lugar de origen se encuentra subutilizada en trabajos muy eventuales y fuera de su especialización.

La población es, generalmente de escasos recursos, el 91% de familias tenía una economía de subsistencia, en tanto que en su lugar de origen su presupuesto de gastos estaba orientado a la satisfacción de necesidades vitales: más del 50% de sus gastos eran para alimentación y gastos médicos. Agravando esa condición, ahora se han convertido en población totalmente dependiente de la acción asistencialista de las Instituciones.

Así, 158 de las 190 familias reportaron haber tenido tierra propia y/o casas de habitación, las cuales fueron de hecho abandonadas y las casas en muchos casos destruidas en momentos de violencia, de combate y bombardeos.

En general, el 87% de respuestas obtenidas en relación a la situación socio-económica, confirman que ésta se ha deteriorado

debido al nuevo fenómeno migratorio asociado a la crisis, como se demuestra en el siguiente cuadro:

CUADRO No.12

FRECUENCIA DE VARIABLES SOCIO-ECONOMICAS CRITERIO 1.1.		
VARIABLE	S I	N O
50% de habitantes de 18 años o más son analfabetas	117	72
Número de grupos familiares cuya fuerza de trabajo se está subutilizando	165	3
El ingreso familiar ha decrecido	173	2
Los desplazados son personas de escasos recursos cuyo presupuesto familiar se orientaba a necesidades vitales	161	15
Número de familias propietarias de tierra y/o casas en su lugar de origen	158	32
No ha ocurrido una mejora del nivel de escolaridad:	-Ningún miembro mejoró = 101	
	-Menos del 50% del grupo mejoró = 37	
	-Más del 50% del grupo mejoró = 17	
	-Todos mejoraron = 10	
Ha aumentado el subsidio y dependencia de la familia:	-Reciben mayor ayuda = 188	
	-Reciben igual ayuda = 2	
	-Reciben menor ayuda = 0	
	-No reciben ayuda = 0	

- b) "La causa inmediata del desplazamiento es la situación socio-política, el conflicto bélico, es decir, la agudización de la crisis o crisis coyuntural".

Al respecto, tres preguntas fueron planteadas a los Jefes de Familia: Una, relacionada a su tiempo de constituirse en desplazado; una, sobre la causa inmediata por la que abandonó su lugar de origen; y otra, sobre su estado anímico.

No obstante, el carácter de solución de emergencia, provisional y transitoria de los asentamientos, éstos han tenido que servir a la población desplazada por más de 6 años. Las Instituciones ante su limitación de recursos han reubicado a la población y han optado por ensayar la diversificación hacia actividades productivas, con un enfoque de desarrollo integral, en el cual la propia comunidad procura la generación de sus alimentos. El problema estriba en que esos pequeños proyectos, en algunos casos no son más que ideas y documentos, y cuando se realizan, no tienen capacidad absorbente de la mano de obra desocupada, y en ese sentido la población se incorpora para no "aburrirse" y mantenerse ocupada.

Lo anterior se trae a cuenta, dado que se encontró que el 72% de familias tienen más de 3 años de haber salido de sus lugares de origen. Luego de 3 años no es posible pensar que el alojamiento en un Refugio es transitorio; ya adopta características de más permanencia; y en ese sentido, que las diferen

tes Instituciones tienen que pensar en una solución, ya no asistencialista, sino de promover la autogestión entre la población desplazada.

Al referirse a la causa principal que motivó el abandono de sus lugares de origen, de 189 Jefes de Familia que respondieron, 185 señalaron como causa principal el conflicto, temor a la violencia, y amenazas de que fueron objeto.

Algunas familias que se resistieron al desplazamiento, dijeron que, no obstante querían quedarse, como consecuencia de operativos militares eran obligados a desalojar las zonas, indicándoseles que si se quedaban no se les garantizaba su seguridad personal.

Sobre su estado anímico, 155 de 189 familias aceptaron considerarse en condiciones peores en relación a la ansiada "normalidad" de sus lugares de origen. El desplazado varón, resiente tener que aceptar un marco disciplinario, un ordenamiento que se ejerce en el asentamiento y no obstante lo entiende, siente que ha perdido su capacidad de decidir sobre su familia y sí mismo. La mujer por su lado, presenta una serie de inhibiciones, que aunque fueran actitudes vanidosas o ególicas, le han sido privadas por imposición.

Corroborando lo anterior, respecto a los desplazados y sobre la Salud Mental, Ignacio Martín Baró, dice: "El prototipo de la población civil afectada por la guerra lo constituyen los

grupos de desplazados y refugiados, en su mayoría ancianos, mujeres y niños..... tras la huída, el desplazado tiene que enfrentar la vida fuera de su ambiente, sin recursos de ningún tipo, a veces hacinado en asentamientos donde el alimento recibido termina generando dependencia y la falta de un trabajo autónomo puede desembocar en abulia y pasividad..... es difícil pensar que la experiencia del desplazamiento no dejará huella alguna en el psiquismo de las personas, en particular de las más débiles o inmaduras"¹.

-
1. Martín Baró, Ignacio. "Guerra y Salud Mental". Recopilación de trabajos publicados en la Revista Estudios Centroamericanos -ECA- Volumen I: Editoriales y Artículos. Instituto de Derechos Humanos (IDHUCA). San Salvador, Junio de 1986. Pág.336

En el Cuadro No.13, se puede observar la frecuencia de variables relacionadas a la guerra y el desplazamiento. El criterio aquí tratado, fue afirmado por el 90% de las respuestas obtenidas.(Ver Anexo No.8)

CUADRO No.13

FRECUENCIA DE VARIABLES ASOCIADAS AL CONFLICTO CRITERIO 1.2	
VARIABLE	CONDICION
La causa inmediata del desplazamiento es la situación de violencia:	-Por temor a violencia y amenaza = 185 -Por falta de trabajo y tierra = 3 -Otra causa = 1
La condición de desplazado se prolonga por la continuación la situación socio-política:	-Más de 3 años = 136 -De más de 1 a 3 años = 28 -De hasta un año = 25
Psíquicamente, la población se siente en peores condiciones que en su lugar de origen:	-Peor = 155 -Igual = 12 -Mejor = 12

c) "El desplazamiento de la población ha afectado negativamente el nivel de ocupación".

Un juicio equivocado sería creer que la población desplazada en muchos casos está constituida por personas que han asumido

una posición pasiva, parasitaria o cómoda de esperar que se les lleve el alimento al asentamiento. La información recabada, demuestra que por tradición, la población nunca fue dependiente. De un total de 190 Jefes de Familia cuestionados, el 93% desempeñaban trabajos de diferentes tipos en su lugar de origen y de esa porción, el 59% eran actividades productivas y no de servicios, según lo demuestra el Cuadro siguiente:

CUADRO No.14

EFFECTOS DEL DESPLAZAMIENTO SOBRE EL EMPLEO: Trabajo Productivo CRITERIO 1,3						
TIPO DE TRABAJO U OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA	CENTRO CALLE REAL		CENTRO BETHANIA		TOTALES	
	Antes	Hoy	Antes	Hoy	Antes	Hoy
Ninguno	-	47	14	55	14	102
Agricultor	51	12	36	5	87	17
Artesano	-	2	3	5	3	7
Obrero	-	-	-	1	-	1
Peón/Jornalero	10	1	4	3	14	4
Servicio Doméstico	30	21	39	24	69	45
Vendedor	-	1	2	-	2	1
Otro	-	7	1	6	1	13
TOTALES	91	91	99	99	190	190

Evidentemente, se puede destacar, cómo ha afectado el nivel de ocupación del nuevo fenómeno migratorio generado por la agudi-

zación de la crisis, asociada a la situación de guerra. En el mismo Cuadro No.14 se puede advertir como del 93% de ocupados, se ha pasado al 46%, lo que significa que un 47% de desempleados es efecto directo de la crisis y también se puede decir, que, dado el carácter asistencialista y de supuesta transitoriedad, los Centros de Desplazados, a más de 6 años no son por hoy una solución al problema socio-económico. Peor situación se deduce al observar que de 88 Jefes de Familia que trabajan, sólo 29 desarrollan actividades productivas. Esto último significa que el trabajo productivo pasó del 55% al 15% del total encuestado.

Véase también que en general, la población es campesina. Otro efecto sobre el empleo se presenta en el siguiente cuadro, donde se observa que la población en general (77%) se mantenía ocupada durante la totalidad del año (9 a 12 meses) y apenas el 12% dijo que no trabajaba, referido al lugar de origen.

CUADRO No.15

EFECTOS DEL DESPLAZAMIENTO SOBRE EL EMPLEO: Tiempo de Trabajo Efectivo CRITERIO 1.3						
MESES POR AÑO DE TRABAJO DEL JEFE DE FAMILIA	CENTRO CALLE REAL		CENTRO BETHANIA		TOTALES	
	Antes	Hoy	Antes	Hoy	Antes	Hoy
No trabaja(ba)	1	64	16	72	17	136
1 a 6 meses	10	14	6	7	16	21
6 a 9 meses	7	2	4	1	11	3
9 a 12 meses	73	11	73	19	146	30
TOTALES	91	91	99	99	190	190

Sin embargo, en condición de población desplazada, esos indicadores se han invertido prácticamente. apenas el 16% se mantiene ocupado durante todo el año (9 a 12 meses), mientras el 72% de los Jefes de Familia dicen que no trabajan en el asentamiento.

A partir de la muestra aquí estudiada, se puede inferir la situación de desempleo agravada por la gran cantidad de población desplazada en estudio.- Si alguien se conforma con que el 16% trabaje durante el año, habrá que indicar que el trabajo productivo no es permanente, en tanto que para mantener ocupado al grueso de la población, las tareas productivas se desarrollan por turnos.

Del puntaje acumulado para la afirmación aquí tratada, el 70% nos indica que la misma es cierta. (Ver Anexo No.8).

d)"El número de enfermos y enfermedades reportadas han sido mayores en condiciones de desplazados"

Para evaluar esta afirmación, se preguntó por la frecuencia de enfermos y enfermedades reportadas tanto para menores de 5 años, como para mayores de 5 años; y comparando un año de atención médica en el asentamiento con un año de atención médica en el lugar de origen en condiciones "normales".

Al hacer una afirmación apresurada, cualquiera puede decir que el desplazado ahora "vive mejor", en tanto que tiene ser-

vicio médico cerca y por las veces que quiera disponer de él. Aunque es difícil y subjetivo, hay que ser determinante; la información recogida demuestra que la posición referida no es tan cierta. Por el contrario, la situación de la población desplazada, en cuanto a salud fue afectada negativamente y en consecuencia, requirió mayor atención de carácter curativo y no como se podría creer que tiene servicio de "chequeo" o preventivo, - como se muestra en el siguiente cuadro.

CUADRO No.16

FRECUENCIA DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL NUMERO DE ENFERMOS Y ENFERMEDADES CRITERIO 2.1		
VARIABLE	SI	NO
Número de familias que reportaron mayor número de enfermos menores de 5 años	54	73
Número de familias que reportaron mayor número de enfermedades en menores de 5 años	65	48
Número de familias que reportaron mayor número de enfermos mayores de 5 años	69	104
Número de familias que reportaron mayor número de enfermedades en mayores de 5 años	101	69

De un total de 127 que respondieron, 54 Jefes de Familia indicaron que sus familias habían reportado mayor número de enfermos en niños menores de 5 años. Adicionalmente, el 58% de familias sufrieron mayor diversidad de enfermedades.

Para el caso de personas mayores de 5 años, el 40% de un total de 173 familias, reportaron mayor número de enfermos, a la vez que el 59% experimentó mayor diversidad o tipo de enfermedades.

A juicio de los encargados del Área de Salud en los Centros respectivos, el problema de enfermos y tipos de enfermedades es sumamente grave cuando la población se integra al Centro, luego de andar huyendo en el campo. El desgaste físico de correr de un lado a otro, queriendo mantenerse en sus zonas o alrededores, agregado a las condiciones de vida en la intemperie y el riesgo de quedar atrapados entre un combate de las fuerzas rebeldes y las gubernamentales, han provocado una frecuencia de enfermedades propias de las lamentables condiciones de vida de esta población. Enfermedades pulmonares, fiebres, dengue, infecciones de la piel y dolores de cabeza y de cuerpo, acompañados de trastornos mentales, son el reporte cotidiano.

La gastritis y úlcera, paludismo y la depresión, son enfermedades que se han generado por el hacinamiento, limitaciones de las Instituciones para atender la demanda de recursos y -

por la sensación experimentada al haber tenido que abandonar sus hogares, sus bienes, su tierra, en fin su medio ambiente. Mayor número de enfermos se hubieren reportado si la familia, llamada base de la sociedad, estuviere en un mismo lugar, los adolescentes y adultos, hombres y mujeres, o fueron muertos, reclutados, o se encuentran en otros lugares fuera del Centro de Desplazados; lo mismo ha ocurrido en ancianos y niños, quienes han perecido o están dispersos en otros lugares de parientes o instituciones de ayuda humanitaria. No era raro encontrar que un grupo original de 10 personas se había reducido a 2 ó 3.

El puntaje acumulado para este criterio, constituye el 50% de validación del mismo. (Ver Anexo No.8).

- e) "El desplazamiento de la población ha provocado una dispersión de la demanda de Servicios de Salud y no obstante la instalación de Clínicas en los Asentamientos, existen problemas de continuidad de los tratamientos".

Definitivamente, la población ha sido con mayor frecuencia atendida. El 63% afirma lo dicho, siendo valedero agregar que tal demanda podría ser motivada porque el servicio está en el Centro y es totalmente subsidiado, el 94% de 190 Jefes de Familia no pagan por el Servicio Médico (Ver Cuadro No.17).

Además, los servicios que ofrecen los Centros de Desplazados son prácticamente de consulta general, emergencia y curaciones.

CUADRO No.17

FRECUENCIA DE VARIABLES RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS CRITERIO 2.2		
VARIABLE	SI	NO
La oferta de Servicios Médicos es mayor	114	68
El Servicio Médico es total o parcialmente subsidiado	179	11
Quienes tuvieron tratamiento médico lo suspendieron a causa del desplazamiento.	36	18
Quien proporciona los Servicios de Salud es una fuente distinta y no coordinada con la fuente anterior	185	5
No existen medidas preventivas sistemáticas para la salud	SI = 1	NO = 10
	PARCIALMENTE	=178

De acuerdo a los datos obtenidos, en los Centros: San José Calle Real y Bethania se atiende diariamente, con una cobertura mensual de 400 y 300 consultas respectivamente. Ese servicio lo prestan a través del trabajo de un voluntario médico en ca-

da Centro significando que la población tiene acceso percápita de 7.4^a y 2.5 Consultas por año, respectivamente en San José Calle Real y Bethania.

Si ahora el servicio médico se presta en el mismo lugar y es gratuito, y aún con eso no es posible darle a la población una atención y número de consultas adecuadas; se puede inferir que esta población nunca tuvo ni antes ni ahora, un acceso real a los servicios para la prevención y/o curación de su salud.

Aunque es tema de otro apartado, hay que decir que el fenómeno migratorio generó dispersión de demandantes de Servicios Médicos y por referirnos a zonas conflictivas, eso tuvo como consecuencia el abandono, subutilización, destrucción o cierre de establecimientos de salud, lo que implica un retraso para el nivel de salud de la población. La constitución de pequeñas clínicas en los Centros de Desplazados no es ni relevante, ni la solución al problema de esa población ya que el grueso de la misma lo constituyen población dispersa, no concentrada¹.

1. "Desplazados y Refugiados Salvadoreños. Investigación. El Salvador 1985". Instituto de Investigaciones de la Universidad Centroamericana de El Salvador "José Simeón Cañas" (UCA). Informe Preliminar. 1^a de Junio de 1985. En cuadros Nos. 20 y 21 se indica que al 30 de Septiembre de 1984, la población desplazada a nivel nacional eran 427,892 personas y los concentrados 23,378 significando éstos el 5.4% de aquéllos. Pág.37

Como consecuencia del desplazamiento, se ha provocado una discontinuidad en la atención médica. De 54 familias que recibían tratamiento médico, el 67% lo han suspendido ya sea porque provienen de lugares lejanos, no existe coordinación entre la -- fuente original que inició el tratamiento y la fuente actual, o porque lo inició en un asentamiento y lo trasladaron posteriormente a otro, donde no pudo continuar su tratamiento. El 97% de familias reconoció haber cambiado de fuente de prestación de - servicios y han tenido que iniciar su expediente. (Ver Cuadro No.17)

Para el conocimiento de la implantación de medidas preventivas para la salud, se abordó la disposición de excretas y de agua potable. Resultó que la población utiliza letrinas, en tanto que constituyen la infraestructura mínima proveída en el asentamiento. Al momento de levantar la encuesta, el agua potable no era disponible en un Centro y en otro era agua de pozo. No obstante, 178 de 189 familias (94%) no hierven el agua para su consumo; lo cual también ocurre en las cocinas colectivas.

En uno de los 2 Centros no existe drenaje de aguas lluvias y en ambos se carece de tubería de aguas negras.

Se conoció que en una ocasión se impulsó una campaña de yacunación para menores, pero que el tratamiento no tuvo continuidad.

De acuerdo al puntaje acumulado para este criterio, el 71% del puntaje máximo constituye su validación (Ver Anexos Nos. 7 y 8, para Indicadores y Criterios, respectivamente). Esto nos indica, que no obstante existen clínicas de trabajo voluntario, es un servicio subsidiado, una carga social que genera dependencia en la población. Que la creación de clínicas es una solución de emergencia o transitoria, un paliativo que no contendrá el deterioro de la salud dadas las condiciones del hacinamiento poblacional.

- f) "La población desplazada mantiene problemas reiterados de carencia de mínima nutrición".

La población salvadoreña en general, carece de consumo mínimo alimenticio diario recomendado¹. La población rural tradicionalmente por su condición de pobreza, ha emigrado hacia las ciudades u otros países, en busca de trabajo, para proveerse el ingreso monetario y obtener un nivel de consumo alimenticio aceptable. El hecho que en general se esté bajo el mínimo de consumo de alimentos diarios recomendado, no es cuestión de decisión de la población, sino de su capacidad real o económica de proveerse ese nivel de consumo.

1. Chacón Gudiel, Carlos, Dr.- Op. Cit. Págs. 16-18

Para indagar sobre la situación alimenticia de la población desplazada sujeto del estudio, se determinó el consumo alimenticio diario por persona (gramos por alimento) en los 2 Centros encuestados. Los encargados de cocina, facilitaron la determinación del dato, en tanto que el consumo es uniforme en la población y se conocía el consumo semanal de grupos significativos del total de personas atendidas.

El Cuadro No.18 , permite observar la precaria situación alimentaria de la población estudiada. Mientras que la generalidad de alimentos no llegan al nivel mínimo de consumo diario recomendado, además, en los Centros encuestados, se aceptó que la población prácticamente no consumía carne de ningún tipo, agregando a esto que no obstante en el Centro Bethania existe una granja de gallina ponedora de 1,000 aves con una producción de 600 huevos diarios, el consumo por persona era de 28.35 gramos contra 48.0 gramos mínimos recomendables por día.

Durante los días de la encuesta, se pudo observar en más de una ocasión, que la población almorzó únicamente "tortilla" de maíz con sal.

Dada la precaria situación alimentaria, es obvio el grado de desnutrición de la población desplazada. De 181 Jefes de Familia que respondieron, el 78% reportó que en su grupo familiar existen síntomas que confirman el problema alimentario, tales como pelagra, hinchazón, gastritis y úlcera.

COMPARATIVO DE CONSUMO ALIMENTICIO DIARIO EN LA POBLACION DE
2 ASENTAMIENTOS, RESPECTO AL MINIMO RECOMENDADO

CONSUMO ALIMENTICIO DIARIO -GRAMOS POR PERSONA-					
No.	ALIMENTO	(3) PROMEDIO PONDERADO	(1) PROMEDIO ASENTAMIENTO	(2) PROMEDIO ASENTAMIENTO	CONSUMO MINIMO (4) REQUERIDO
1	Leche fresca de vaca				
2	Leche en polvo	24.30	18.90	28.35	250.00
3	Huevos	24.70	19.85	28.35	48.00
4	Carne	-.-	-.-	-.-	90.00
5	Frijoles	45.36	30.24	56.70	75.00
6	Vegetales	99.91	11.02	166.59	210.00
7	Fruta	113.40	113.40	113.40	100.00
8	Bananos y plátanos	86.40	-.-	151.20	150.00
9	Papas y yucas (raíces y tubérculos)	29.43	36.29	24.30	60.00
10	Maíz	136.08	151.20	124.74	228.00
11	Arroz	42.12	22.68	56.70	60.00
12	Azúcares (azúcar y panelas)	22.90	26.46	20.24	50.00
13	Grasas	35.13	44.15	28.38	15.00

FUENTE: Encuesta levantada en dos asentamientos.

- (1) Consumo alimenticio diario por persona encontrado en una población de 600. (Centro San José Calle Real)
- (2) Consumo alimenticio diario por persona encontrado en una población de 800. (Centro Bethania)
- (3) Promedio ponderado (para 1,400 personas) del consumo alimenticio diario por persona.
- (4) El Consumo Mínimo Requerido es el recomendado por INCAP, tomado de Chacón Gudiel, Carlos A.Dr. Op.Cit. Pág.17

La incidencia de enfermedades gastrointestinales, diarrea, denotan la desatención a la salud de la población, ya que éstas son enfermedades prevenibles y sin embargo le significan a la población un desgaste de reservas de nutrientes orgánicas.

Al tabular los indicadores que corresponden a la afirmación de la situación subalimentaria y de desnutrición de la población, resultó que el 72% del puntaje máximo confirmaron su validez (Ver Anexo No.8)

g) "La población desplazada resiente los efectos del desplazamiento en la crisis coyuntural".

Mejor planteada esta afirmación sería decir que el fenómeno migratorio como consecuencia de la guerra, ha afectado la salud y la estabilidad del grupo familiar. Si se quiere, en la encuesta se incluyó una pregunta de "chequeo", recogiendo en sí misma el juicio del Jefe de Familia sobre los efectos del desplazamiento sobre la salud de los miembros de la familia. A esto respondió el Jefe de Familia, que cómo no se iban a enfermar si las condiciones de vida en movimiento o huida eran de "jugarse" la vida permanentemente. El 93% afirmó que sus familiares enfermaron. El 7% restante dijo no haber enfermado "por suerte"; además que mostraban cierta conducta de querer negar su impotencia de resolver el problema en que quedaron

inmersos, reflejando los efectos psíquicos de la guerra,

Esos efectos han sido serios en la familia. Los niños se exhaltan ante un ruido que se asemeje con "tiroteos" o "bombardeos". Los adolescentes y adultos inconscientemente "esperan" que les lleguen a reclutar o a sacar de sus casas por la noche. Basta mencionar que de 159 familias que "se atrevieron" a responder, 104 de ellas (65%) habían perdido familiares por muerte violenta vinculada a la situación socio-política. Además, 33 familias (21%) tuvieron miembros fallecidos por enfermedad, ya sea directa o indirectamente vinculada al desplazamiento y apenas el 14% fueron fallecimientos por violencia de motivos comunes o muerte natural. (Ver Cuadro No.19)

CUADRO No.19

FRECUENCIA DE VARIABLES RELACIONADAS CON LA SALUD Y FALLECIMIENTOS		
CRITERIO 2.4		
VARIABLE	CONDICION	
El desplazamiento afectó directamente y negativamente la salud	SI 175	NO 13
La situación de violencia ha generado mayor número de fallecimientos por motivos políticos	-Por motivos políticos =	104
	-Por enfermedad =	33
	-Por motivos comunes =	8
	-Naturales =	14

Cuando se preguntó sobre los efectos en la salud, el Jefe de Familia respondió espontáneamente y a la vez que la respuesta le parecía obvia: los efectos sobre la salud fueron negativos. Basta imaginar que la generalidad de la población desplazada huyó por meses rondando su zona de origen, no cediendo a tener que abandonarla. Mientras tanto, se durmió a la intemperie, día y noche soportando sol, lluvia, el frío, sin alimento, y cargando sobre su ya desnutrida contextura física, a niños, ancianos, adolescentes y adultos más débiles.

Hubo unos grupos de Familia que fueron desalojados hasta recientemente en 1986, como consecuencia de la "Operación Fénix" de contrainsurgencia, impulsada por el ejército gubernamental a partir del 10 de Enero de ese mismo año, en el Cerro de Guazapa. Esas familias narraron que levantaron o reconstruyeron sus viviendas en otras ocasiones anteriores, aún con vivienda improvisada o de emergencia (lámina y paja o cartón) la cual fue incendiada y que en la época última referida, la zona fue sujeto de bombardeos y definitivamente hubo que abandonarla.

h) "La decisión de repoblación está condicionada a resolver la crisis coyuntural"

Esta afirmación es bastante cualitativa, en tanto que traslada al sujeto a una situación futura hipotética en su lugar de origen, en la cual pueda desenvolverse en el trabajo, con su vi-

vienda con los servicios de salud y educación verdaderamente accesible; y alimento para la familia, sin la presión y asedio de la violencia. En los 2 Centros observados, el 99% de Jefes de Familia dijeron que deseaban regresar a sus lugares de origen. Importante es mencionar que tal decisión no es mero sentimiento o emotividad; el 79% de la población entrevistada condicionó su regreso a una paz definitiva, es decir, a una solución a la guerra y en lo personal a que se le provea a la familia la seguridad de su vida.

CUADRO No.20

CONDICIONANTES DE LA DECISION DE LA REPOBLACION CRITERIO 4.1				
DECISION	CONDICION	NUMERO DE FAMILIAS		
		CENTRO CALLE REAL	CENTRO BETHANIA	TOTAL
Desean regresar	Solución a la guerra y seguridad personal	79	71	150
Desean regresar	Solución a la guerra y se le provea recursos	10	22	32
Desean regresar	Si se le provee recursos	-	6	6
No desean regresar	Ninguna	2	-	2
TOTALES		91	99	190

Dado que se podría pensar que el problema del desplazado es estrictamente económico, que no tiene medios para regresar, se consultó si regresarían al tener los recursos: 17% de Jefes de Familia consideraron necesarios los recursos, pero indicaron que lo fundamental era que hubiera paz; que no aceptarían que les diera dinero para "ir a buscar la muerte". Apenas 6 de 190 familias (3%) dijeron que regresarían con sólo tener los recursos. (Ver Cuadro No.20)

Como conclusión, luego de haber analizado la información colectada en el trabajo de campo, se puede sostener en forma fehaciente que el nuevo fenómeno migratorio, característico de la crisis coyuntural de 1980 a la fecha, ha afectado la salud de la población. Que vista la salud como variable interrelacionada al ingreso familiar, al empleo, la vivienda, la educación y otras variables, el hacinamiento de la población desplazada en asentamientos no es la solución. Es claro que por sus limitados recursos, las Instituciones de Ayuda Humanitaria no tienen posibilidades de proveer ni las condiciones mínimas para una forma de vida digna para la población.

De acuerdo a la "Guía de Criterios e Indicadores para Evaluación de Aspectos Económicos, de Salud, y Educación de la Población Desplazada" (Anexo No.6), integrando el puntaje acumulado por los criterios y sus indicadores, se valida también cuantitativamente la hipótesis de campo, con el 75% de la puntuación máxima posible. (Ver Anexos Nos.7 y 8).

5.0 EVOLUCION DE LOS PRECIOS Y SALARIOS

En el presente capítulo se demostrará como en el período de agudización de la crisis, dos factores entre muchos otros, han incidido en las condiciones de vida de los salvadoreños.

Estos factores se refieren al comportamiento de los precios de los bienes y servicios y a la evolución de los salarios nominales.- Se analizan el comportamiento de los precios de los productos alimenticios que forman parte de una dieta mínima de requerimientos calóricos-protéicos necesaria para mantener niveles indispensables de nutrición y también la tendencia del gasto familiar en el período 1976-1982.

Considerando que el Decreto 544¹ ha tenido, tiene y tendrá (si no es derogado), un papel fundamental en el comportamiento de los salarios nominales, se hace necesario una evaluación sobre sus alcances, la cual se realiza en un apartado.

Finalmente, se esbozan las perspectivas en las condiciones de vida de la mayoría de los salvadoreños, de mantenerse las tendencias actuales sobre la inaccesibilidad cada vez mayor a la canasta de consumo básico por los factores anteriormente descritos.

5.1 COMPORTAMIENTO DE LOS PRECIOS DE LOS BIENES Y SERVICIOS

De acuerdo con la Dirección General de Estadísticas y Censos, a partir de la encuesta de presupuestos familiares, realizada a nivel nacional entre los meses de Agosto y Julio de 1976 y 1977, respectivamente, se investigó un número total de 1,300 bienes y

1. Decreto de Estabilización Económica, por el cual se suponía que se controlaría la Inflación a través del congelamiento de los salarios y simultáneamente de los precios de los Productos Básicos.

servicios, de los cuales la Unidad de Investigaciones Muestrales del Ministerio de Planificación y Coordinación de Desarrollo Económico, determinó que un conjunto de 158 bienes y servicios conformarían lo que se denomina "la canasta de mercado del índice de precios al consumidor"¹.

La canasta de mercado está clasificada en grupos y subgrupos, tal y como se detallan en Anexo No.9.

El año base que se tomará en el análisis será 1978, en vista de que para los años 1976 y 1977 la estructura de la canasta de mercado era diferente y por lo tanto dificulta las comparaciones entre grupos y subgrupos de bienes y servicios. Es evidente que el costo de la Canasta de Mercado ha tenido una tendencia creciente a todo lo largo del período analizado, tal y como se aprecia en el Cuadro No.21, en donde el IPC (Índice de Precios al Consumidor) se ha elevado de 108.69 a 333.64 de 1979 a 1986; es decir, que en un período de 7 años (1979-1986), el IPC ha tenido un incremento del 207% lo cual demuestra la dificultad de la obtención de la canasta básica, por parte de los sectores populares, si aunamos a lo anterior, el comportamiento de los salarios nominales, como se analiza más adelante.

1. Una definición más amplia se encuentra en CEPAL, "Satisfacción de las necesidades básicas de la población del Istmo Centroamericano, donde se afirma que es "el conjunto de productos básicos que constituyen la dieta usual de una población en cantidades suficientes para cubrir adecuadamente las necesidades energéticas de todo individuo". E/CEPAL/México 1983/L.32, Pág.7

A este respecto, Francisco Javier Ibisate comenta que "si de 1957 a 1969 el incremento de precios al consumidor fue sólo de un 9%,... en el período 1972-1977 el índice general de precios experimenta un incremento del 77% (siendo superado por el índice de 90% para la vivienda)....., a partir de 1978 la canasta de consumo familiar de tipo urbano que en 1979 tenía un valor de $\text{Q}486.70$, pasa a costar $\text{Q}770.70$ en mayo de 1983 y de continuar así la tendencia inflacionaria costaría $\text{Q}861.94$ a finales de año"¹.

Continuando con el Cuadro No.21, de los cuatro grupos que forman la canasta de mercado, es el correspondiente al "vestuario y servicio relacionados", el que muestra una variación mayor, ya que de un índice de 108.65 se ha elevado a 364.16, lo cual significa que los precios de los artículos que forman el grupo en mención, han crecido en una tasa de 235% asimismo, la vivienda ha crecido en una tasa de 212.% los alimentos en el 216.% y lo que constituye el grupo de misceláneos muestra la tasa de crecimiento de 163.% lo cual se reafirma aún más si se obtienen las tasas de variación anual, las que nunca han sido negativas.

Resulta interesante observar que los bienes y servicios agrupados en alimento, vestuario y vivienda presentan tasas de variación mayor que la del índice general, lo cual significa que el conjunto de bienes y servicios que en gran medida determinan el nivel de

1. Ibisate, Francisco Javier. 1983. Evaluaciones Económicas. Artículo Publicado en Boletín de Ciencias Económicas y Sociales. Año VI. No.6 Noviembre-Diciembre 1983. UCA. Pág.447.

CUADRO No.21

INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR SEGUN GRUPOS						
BASE DICIEMBRE 1978 = 100						
GRUPOS	1979 ¹	1980 ¹	1981 ¹	1982 ¹	1985 ²	1986 ²
ALIMENTOS	108.87	130.28	153.28	169.65	260.94	343.98
VESTUARIO Y SERVICIOS RELACIONADOS	108.65	123.94	150.31	175.09	269.77	364.16
VIVIENDAS	108.37	127.26	138.99	155.27	259.11	338.44
MISCELANEOS	108.25	122.07	135.41	152.49	214.71	284.91
GENERAL	108.69	127.55	146.44	163.60	252.86	333.64

1. Tomado de Anuario Estadístico 1982. Tomos: VI, VII. Editado por DIGESTYC.
2. Tomado de Índice de Precios al Consumidor. Noviembre-Diciembre 1986. Situación Económica. Sección 351. Precios Pág.14. Editado por DIGESTYC.

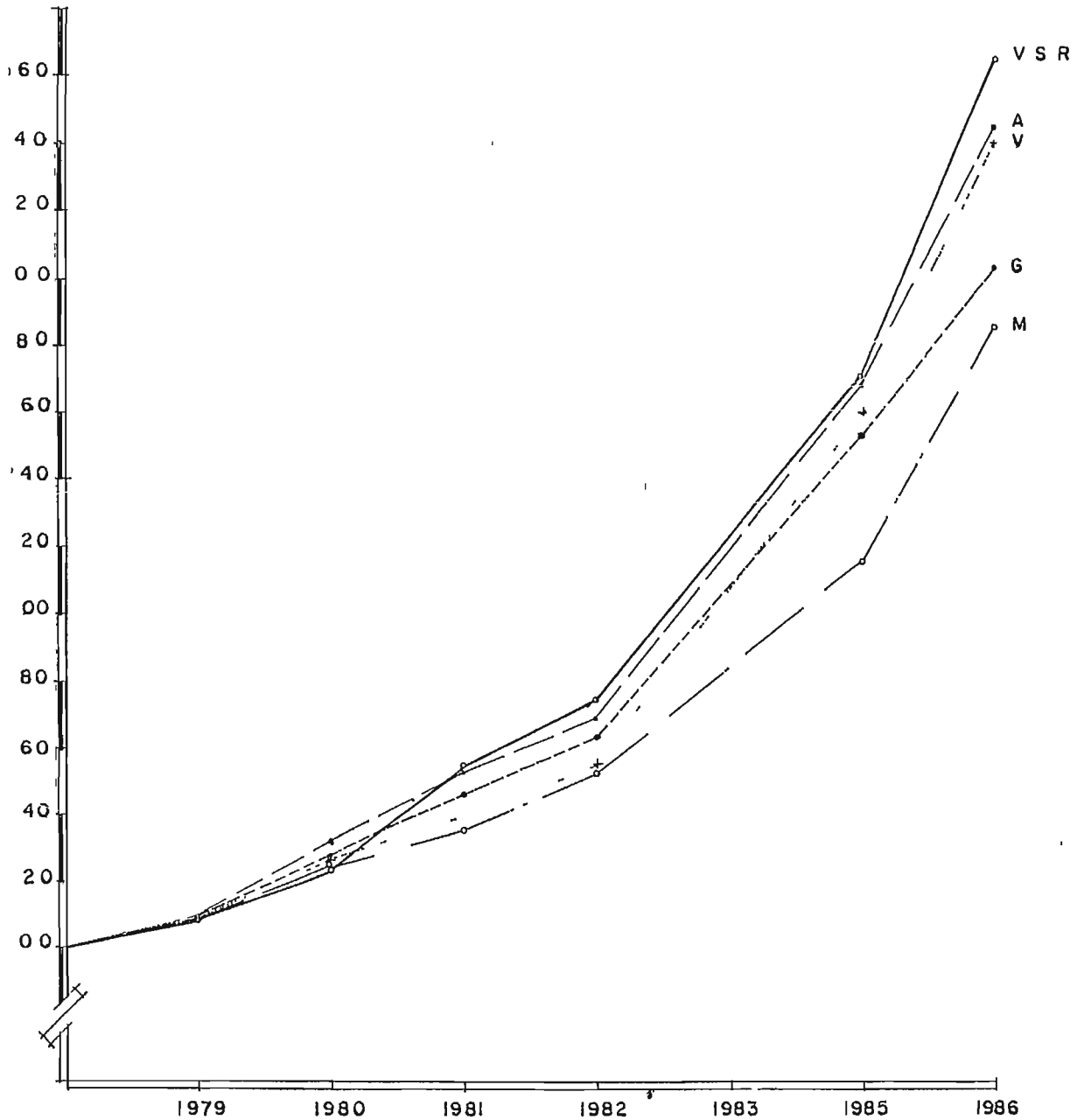


Fig. N° 3 INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR
SEGUN GRUPOS
ANOS 1979-1983 Y 1985-1986
ANO BASE 1978 = 100

A	ALIMENTOS	V	VIVIENDAS
VSR	VESTUARIO Y SERVICIOS RELACIONADOS	M	MISCELANEAS
G	GENERAL		

(DATOS DE CUADRO N° 21)

vida de la población, son los que de manera acelerada han crecido en el período analizado.

En el Cuadro No.22 se presenta el comportamiento del índice de precios al consumidor en forma comparativa con el índice que se refiere al precio de los alimentos, ya que éstos constituyen la conformación nutricional de la población sin la cual no es posible imaginarse el desarrollo social y económico de una nación.¹ Durante todo el período analizado, los índices muestran una tendencia creciente en base a 1978, registrándose alzas y bajas debido a diferentes circunstancias, para el caso, al comparar 1980 con respecto a 1979 la tasa anual del índice de precios al consumidor se duplica, mientras que la correspondiente a los alimentos aumentó en un 121%, esto se explica debido a que fue precisamente de 1979 a 1980 que la crisis comenzó a agudizarse en toda su dimensión.

A partir de 1980 la variación anual del índice de precios al consumidor comienza a bajar hasta 11.7% en 1982 y 1984, así como el índice de precios de los alimentos que muestra una variación anual más baja del período de 10.7% en 1982. Lo anterior podría explicarse como un efecto de las medidas tomadas por la Junta Revolucionaria de Gobierno con respecto al intento de controlar los precios, que a su vez también muestra su poco alcance cuando para 1986 las

1. "La pobreza ha sido calificada como un fenómeno multidimensional en el que destacan por su importancia las deficiencias alimenticias. Dichas deficiencias influyen en la potencialidad que tienen los individuos para desarrollar un esfuerzo tanto físico como intelectual, en el tipo de participación en la vida económica".
CEPAL. Satisfacción de las necesidades básicas de la población del Istmo Centroamericano. OP. CIT. Pág.38

variaciones anuales alcanzan sus niveles mayores, correspondiendo el 31.9% y 31.8% para el índice de precios al consumidor y el índice de alimentos respectivamente. Este fenómeno posiblemente sea producto de la política del "deslizamiento" puesta en boga por el actual gobierno, la cual para Agosto de 1985 tenía a casi todos los productos importados en el "mercado paralelo de divisas" a excepción de las medicinas, petróleo, semillas, abonos, fertilizantes y otros.

La práctica de esta política incrementó sustancialmente las especulaciones en el mercado de los bienes, provocando con ello cambios bruscos en el precio de los bienes y servicios que forman parte de la canasta de mercado, como puede verse en los Cuadros No.21 y No.22.

A este respecto, la CEPAL afirma que "las medidas cambiarias adoptadas desde fines de 1984 fueron probablemente el factor primordial del alza de precios..... También otros fenómenos imprimieron fuerza adicional a la inflación..... el valor de las divisas aumentó de manera inusitada en los mercados extrabancarios, que proveían fondos para las importaciones del sector comercial.... La abundante liquidez, al traducirse en crédito accesible, junto con la tasa de interés real negativa, acentuaron colateralmente la inflación"¹

1. Notas para el Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 1985 El Salvador. CEPAL 19 de Junio de 1986. Pág.31.

CUADRO No.22

EVOLUCION DE LOS PRECIOS INTERNOS - PERIODO 1979-1986 - AÑO BASE 1978 = 100								
C O N C E P T O	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR	108.69	127.55	146.44	163.60	185.10	206.70	252.86	333.64
ALIMENTOS	108.87	130.28	153.28	169.65	192.30	219.50	260.94	343.98
VARIACION ANUAL DE INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR	8.7%	17.4%	14.8%	11.7%	13.1%	11.7%	22.3%	31.9%
ALIMENTOS	8.9%	19.7%	17.7%	10.7%	13.4%	14.3%	18.9%	31.8%

FUENTE: Datos de 1979 a 1982, tomados de Anuario Estadístico 1982, Tomo VI y VII, Pág.70, Editado por la DIGESTYC, datos de 1983 y 1984, de CEPAL, Notas para el Estudio Económico América Latina y el Caribe, 1985. El Salvador. Pág. 32 y datos de 1985 y 1986 tomados de Índice de Precios al Consumidor, Noviembre-Diciembre 1986, Pág. 14, Editado por la DIGESTYC.

5.2 Comportamiento de los precios de los productos que forman una Dieta Alimenticia Mínima.

Existen diversas opiniones con respecto a definir qué es una dieta alimenticia mínima, que garantice la obtención de un nivel calórico-protéico indispensable, para desarrollar toda una serie de actividades económicas-sociales, por parte de los individuos que conforman una sociedad.

Para el caso, CEPAL sostiene que la confección de canastas alimentarias "permite establecer un paradigma nutricional en la medida en que plantea un objetivo no sólo calórico y protéico, sino una composición dietética equilibrada y acorde con los hábitos culturales de consumo local"¹ En la compilación de estudios presentados ante el Primer Seminario Nacional sobre Alimentación y Nutrición, realizado en 1977 se afirma que la satisfacción de la dieta alimenticia "se vincula con un flujo de bienes y servicios que se producen y se consumen, o sea aquéllos que al llenar las necesidades desaparecen..... En consecuencia, la pobreza constituye la insatisfacción de una serie de recursos fundamentales que el ser humano requiere para existir y desarrollar su persona física y espiritual"².

-
1. CEPAL. Satisfacción de las necesidades básicas de la población del Istmo Centroamericano, Pág. 41
 2. Nutrición Humana y Sistema Alimentario en El Salvador. Editorial Universitaria, 1977 Pag.81

El Dr. Carlos A. Chacón Gudiel, comenta que "aún cuando organismos internacionales y grupos de expertos han señalado los requerimientos necesarios para tener un balance nutricional adecuado que permita llevar una vida más saludable, es de notar que hay otros condicionantes, en la que la pobreza es el factor de mayor peso, que neutralizan estos esfuerzos"¹.

Es obvio que los tres comentarios descritos advierten la presencia de un elemento determinante: la pobreza; y otro que le es inherente: la desnutrición.

En el transcurso de este trabajo se ha sostenido que esta situación de pobreza en la que se encuentra gran parte de la población es el resultado de la misma dinámica de desarrollo de la sociedad capitalista, tan es así, que la pobreza es un estado presente en la sociedad salvadoreña mucho antes de agudizada la crisis en 1979 y por consiguiente agravada con el desarrollo de la misma.

En la compilación de estudios del Primer Seminario Nacional sobre Alimentación y Nutrición desarrollado en 1977, se afirma con relación a la desnutrición que "La subalimentación y la desnutrición endémicos afectan en distintos grados de severidad a más de la mitad de la población salvadoreña...La subalimentación y la desnutrición están relacionados de manera íntima y constante con los ingresos muy bajos"², más adelante en las conclusiones reafirma

-
1. Chacón Gudiel, Carlos A., Dr. La distribución y uso de la tierra en El Salvador y su efecto en el sistema alimentario y nutricional de los salvadoreños. Capítulo VIII "Consideraciones sobre Nutrición". Pág.39
 2. Nutrición Humana y Sistema Alimentario en El Salvador. Op.Cit. Pág.19

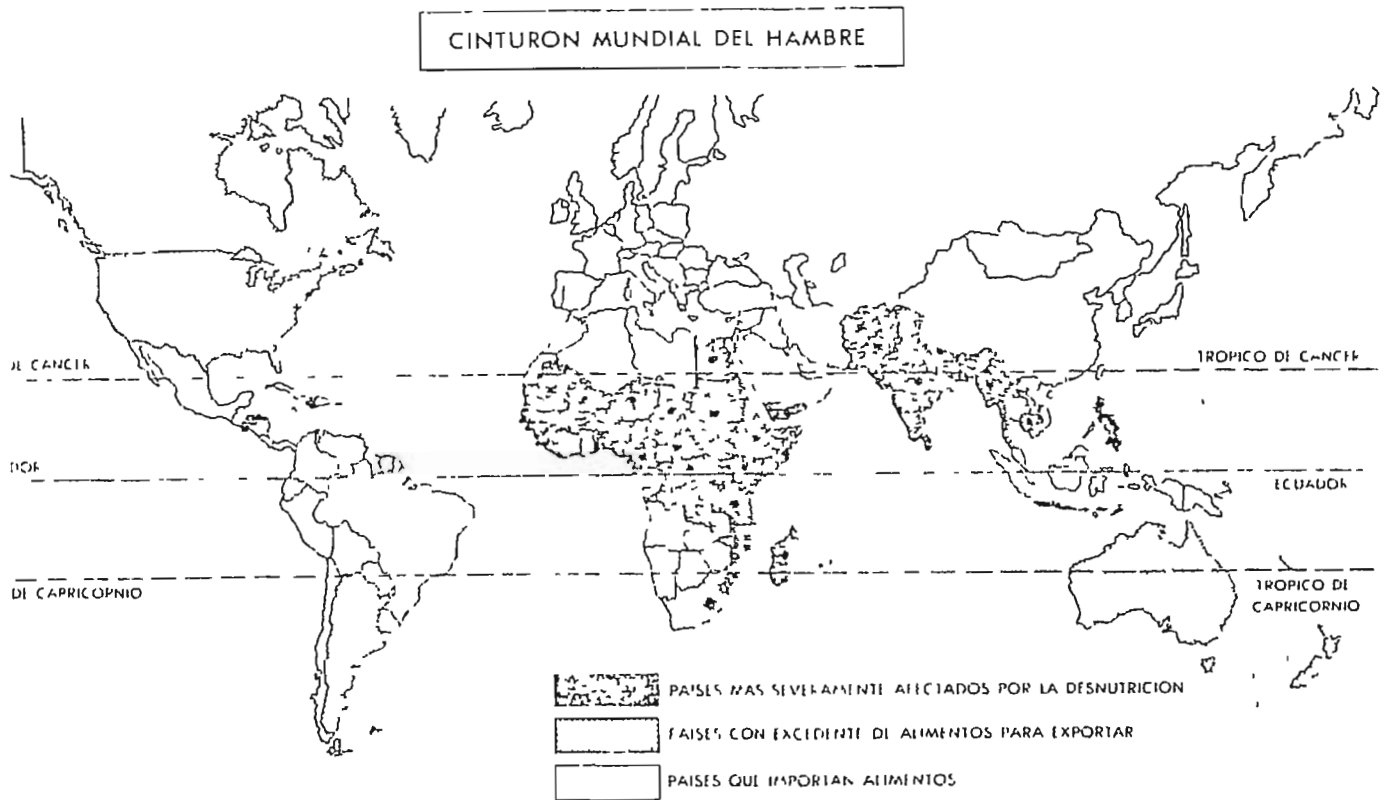
que: "reconoce que existe, desde hace muchos años, problemas en la alimentación y nutrición que dañan a una elevada proporción de la población salvadoreña.

Advierte que El Salvador, "a causa de su situación alimentaria., ha sido clasificado por organismos internacionales entre los países del mundo más severamente afectados por la desnutrición"¹. (Ver Figura No.4)

Por su parte, el Dr. Chacón Gudiel comenta que "para 1977 se estimó que cerca del 38% de las familias salvadoreñas, se encontraban en condiciones de extrema pobreza y que sus ingresos eran inferiores al costo de la canasta básica, estas condiciones eran aún más severas en las Regiones Oriental y Paracentral, considerándose a un 53% de su población en tales condiciones. La submuestra de la encuesta de hogares realizada en 1978 -la más reciente- encontró que el 53% de los niños estudiados, padecían de desnutrición, calculándose entonces que, cerca de 507,713 niños menores de 5 años acusaban signos y síntomas de desnutrición y que de éstos 84,000 (10.5%) presentan un riesgo bastante elevado de morir"².

1. IBID. Pág. 155

2. Chacón Gudiel, Carlos A. Dr., OP.CIT. Pág.39



FUENTE. Nutrición Humana y Sistema Alimentario en El Salvador.
 Compilación de Estudios presentados ante el Primer Seminario
 Nacional sobre Alimentación y Nutrición, Septiembre 12-14 de
 1977. Editorial Universitaria. UES, 1978. Pág.No.17

FIGURA No.4

CUADRO No.23

ISTMO CENTROAMERICANO: NUTRICION						
	DISPONIBILIDAD DIARIA DE CALORIAS POR HABITANTE (Unidades)			DISPONIBILIDAD DIARIA DE PROTEINAS POR HABITANTE (Gramos)		
	1960	1970	1978	1960	1970	1978
ISTMO CENTRO AMERICANO	1,983	2,217	2,213	54.1	59.7	58.1
COSTA RICA	2,153	2,400	2,477	52.1	58.2	58.4
EL SALVADOR	1,805	1,845	2,075	51.6	49.8	54.4
GUATEMALA	1,903	2,233	2,166	52.6	61.8	57.8
HONDURAS	1,936	2,216	2,074	52.1	58.4	53.5
NICARAGUA	2,185	2,471	2,453	64.1	73.5	70.4
PANAMA	2,312	2,517	2,357	57.3	62.3	59.5

FUENTE: CEPAL. Sobre la Base de Cifras Oficiales. "Satisfacción de las Necesidades Básicas de la Población del Istmo Centroamericano".

Al observar el Cuadro No.23 es obvio que incluso a nivel Centroamericano, El Salvador presenta los más bajos niveles en la disponibilidad diaria de calorías y proteínas en las dos décadas anteriores a la profundización de la crisis; a excepción de 1978 en donde ligeramente la disponibilidad diaria de calorías y proteínas es menor en el caso de Honduras.

En cuanto al déficit calórico, el Cuadro No.24 explica por sí mismo la situación de El Salvador con respecto a porcentajes (100%)

del suministro mínimo de calorías y en comparación a los demás países del área, Tanto para 1960, 1970 y 1975-1977 El Salvador no alcanza las mínimas necesidades (100%) y a nivel regional presenta los más bajos: 78.9%; 80.6%; y 90.7% para los años referidos.

CUADRO No.24

ISTMO CENTROAMERICANO: DEFICIT CALORICO			
SUMINISTRO MEDIO DE CALORIAS COMO PORCENTAJE DE LAS NECESIDADES MINIMAS PROMEDIO			
	1960	1970	1975-1977
	%	%	%
Istmo Centroamericano	88.0	98.5	93.5
Costa Rica	93.2	103.9	107.2
El Salvador	78.9	80.6	90.7
Guatemala	82.5	96.8	93.9
Honduras	95.6	109.4	102.4
Nicaragua	95.8	108.4	107.6
Panamá	100.3	109.2	102.2

FUENTE: CEPAL. Anuario Estadístico 1979.(E/CEPAL/G. 1125)

Con todos los antecedentes mencionados y aunando el fenómeno de la guerra como expresión máxima de la agudización de la crisis a partir de 1979, resulta comprensible que la mayoría de la población salvadoreña se encuentra en niveles de desnutrición y pobreza tan

to o más graves que como lo afirma un diagnóstico del Subsector Salud: "Según datos gubernamentales, un 60% de la población salvadoreña vive en pobreza y en extrema pobreza; en la Zona Oriental y Paracentral un 51% de la población vive en extrema pobreza. Una de las características de estas personas es su desnutrición y subalimentación (en 1986 el deterioro se supone es mayor, dada la profundización del conflicto)"¹.

Asimismo, los Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá, comentan que "La disponibilidad de alimentos resulta insuficiente en Centroamérica y Panamá. Esto implica que las calorías disponibles per cápita están por debajo de las mínimas diarias recomendables. En estas circunstancias, la cantidad de proteínas - también es insuficiente, sobre todo desde un punto de vista cualitativo, debido a que la dieta de mayor parte de la población - está compuesta de maíz, arroz y pequeñas cantidades de frijoles. La atención sanitaria y el consumo de alimentos están desigualmente repartidos, lo que origina elevados niveles de infección en las zonas rurales y en las urbanas marginadas. Estos factores conducen a un consumo insuficiente de energías proteicas, a la desnutrición y a altos índices de enfermedad y mortalidad en los grupos más débiles: niños, mujeres en edad reproductora, etc.- Atención especial requieren asimismo, las personas desplazadas cuyas

1. Aproximación a un diagnóstico del Subsector Salud en El Salvador. Agosto de 1986. Pág.5. Mimeo UES.

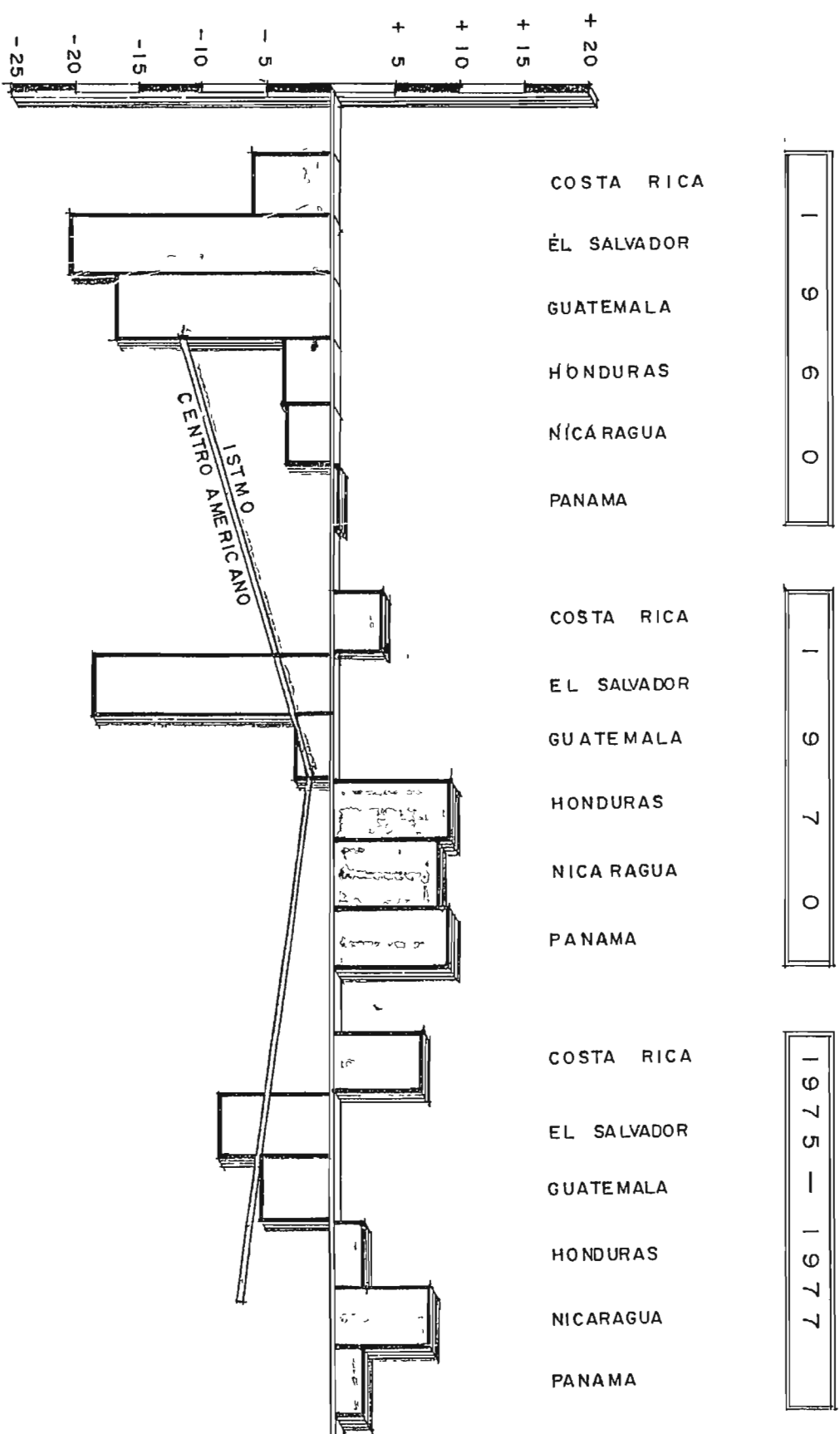


Fig. N.º 5 ISTMO CENTROAMERICANO DÉFICIT CALÓRICO

SUMINISTRO MEDIO COMO PORCENTAJE DE LAS NECESIDADES MÍNIMAS PROMEDIO

DATOS DE CUADRO N.º 24

necesidades alimentarias y médicas no son a menudo satisfechas, lo que acarrea agudas dosis de sufrimiento"¹

En el capítulo anterior se analizó con detenimiento lo relacionado a los desplazados; en esta oportunidad ha interesado destacar inicialmente la relación estrecha entre pobreza y nutrición, lo histórico de esta relación (no surge en la agudización de la crisis) y a continuación se aborda la tendencia creciente de los -- precios de una selección de alimentos que conforman una dieta mínima de requerimientos calóricos-protéicos, dado que, la accesibilidad económica hacia ella determina el nivel de nutrición de la población².

En el Cuadro No.25 aparecen los productos que forman la dieta mínima³, con sus respectivos precios e índices durante el período 1976-1986.

-
1. Necesidades Prioritarias en materia de Salud en América Central y Panamá. Pág.23. Declaración de los Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá, firmada en San José, Costa Rica. 16 de Marzo de 1984.
 2. Está relacionada al comportamiento de los precios de los alimentos y de los salarios nominales, cosa que se analiza más adelante.
 3. De acuerdo a estudios realizados en el Primer Seminario Nacional sobre Alimentación y Nutrición. 1977 (Op.Cit.) se estudiaron 4 dietas señaladas en los Anexos 11, 12, 13, y 14, en donde la primera es vegetariana, la segunda incorpora leche, la tercera carne y la cuarta huevo. De acuerdo a los resultados, el Dr.Chacón Gudiel señala que: "a) Las cuatro dietas presentaban un aporte energético de 1,000 calorías; b)El contenido proteico fue de 30 gms.; c) El calcio resultó insuficiente en todas las dietas; d)La dieta con carne mejora el aporte de hierro que resultó insuficiente, etc." (Op.Cit.) Considerando que en términos generales esas dietas presentan deficiencias en opinión del Dr.Chacón Gudiel, en el presente trabajo se establece una dieta que integra a los vegetales, huevos, leche y carne.

CUADRO No 25

PRECIOS PROMEDIO AL POR MENOR DE PRINCIPALES ARTICULOS ALIMENTICIOS QUE FORJAN LA DIETA MINIMA ^a																								
1979 - 1986		AÑO BASE 1976 = 100														PRECIO Colones								
UNIDAD	1976		1977		1978		1979		1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986			
	Prec	Ind	Prec	Ind	Prec	Ind	Prec	Ind	Prec	Ind	Prec	Ind	Prec	Ind	Prec	Ind	Prec	Ind	Prec	Ind	Prec	Ind		
Lba	0 20	100	0 26	130	0 23	115	0 23	115	0 25	125	0 28	140	0 28	140	0 35	175	0 40	200	0 35	175	0 35	175	0 35	175
Lba	0 61	100	0 69	113	0 67	110	0 64	105	1 09	179	1 13	185	1 00	161	0 07	143	0 80	131	1 24	203	1 00	164	1 00	164
Lba	0 63	100	0 69	110	0 75	119	0 75	119	0 76	121	0 84	131	0 92	146	1 05	167	1 20	191	1 24	197	1 13	179	1 13	179
Lba	0 28	100	0 41	146	0 42	150	0 44	157	0 51	182	0 51	182	0 61	218	0 68	243	0 75	268	0 75	268	0 75	268	0 75	268
Lba	1 05	100	1 05	100	1 03	98	1 18	112	1 32	126	1 39	132	1 40	133	1 42	135	1 44	137	1 90	152	1 88	177	1 88	177
Lba	0 10	100	0 10	100	0 10	100	0 11	110	0 25	250	0 30	300	0 28	280	0 30	300	0 36	360	0 30	300	0 28	280	0 28	280
Lba	0 52	100	0 80	154	0 84	162	0 96	185	1 14	219	1 19	229	1 32	254	1 05	202	1 28	246	2 25	413	3 35	644	3 35	644
Lba	1 25	100	1 39	111	1 51	121	2 03	162	1 95	156	1 91	153	2 11	169	N D.	N D.	N D.	N D.	2 65	212	2 63	210	2 63	210
Lba	2 60	100	3 28	126	3 21	124	3 78	145	4 22	162	4 57	176	5 29	204	6 31	243	7 15	275	7 88	303	8 27	316	8 27	316
Unid	0 15	100	0 15	100	0 14	93	0 15	100	0 19	127	0 22	147	0 23	153	0 27 ^e	180	0 28 ^c	187	0 30	200	0 28	187	0 28	187
Bot	0 68	100	0 69	102	0 80	118	0 84	124	0 92	135	1 07	157	1 17	172	N D.	N D.	N D.	N D.	1 76	259	1 67	246	1 67	246
Lba	3 11	100	3 20	103	2 88	93	2 87	92	2 96	95	3 61	116	3 71	119	6 43	207	9 89	318	8 30	267	8 12	261	8 12	261

a) Determinación de precios de la Dieta Mínima, ver Anexo No 10 de 1976, tomados de Anuario Estadístico 1976, Volumen IV, DIGESTYC, Octubre de 1977, Pág 106-111, efectuando conversión de precios de Kgs. a libras y se estableció precios promedio de 9 meses, Datos de 1978 a 1980, tomados de Anuario Estadístico 1980, Tomos III, V, y VII, o por DIGESTYC, Págs 162-165, Datos de 1981 y 1982 de Anuario Estadístico 1982, Tomos VI y VII, DIGESTYC, Págs 56-59, de 1983 y 1984 de Boletín Estadístico No 126, II Epoca Enero-Junio/84, editado por DIGESTYC, Págs 36-39, se hizo conversión de Kgs a Libras de 1985 y 1986 de Índice de Precios al Consumidor, Enero-Febrero/86, Situación Económica, Sección 351 Precios, Págs 7-9 - Para 1986 se tomó de Septiembre a Diciembre y para 1986, promedio de bimestre Enero-Febrero/86

e) naranjas, guineos de seda y plátanos

e) tomates, cebollas y papas

nde un promedio del precio de una libra de carne (lomo rollizo, lomo de aguja, posta angelina, posta pocha e hígado Excepto en 1982 y ue sólo incluye lomo rollizo y posta angelina)

de kg de huevos es 4 84 Se estiman 18 huevos equivalentes a 1,000 gramos de peso

Disponible

Hasta 1979 a excepción del azúcar, las frutas y los vegetales, el comportamiento de los precios de los alimentos no sobrepasaron del 50% de incremento en relación a los precios de 1976 (año base) e incluso el precio de la leche en polvo disminuyó en un 8% y los huevos no experimentaron cambio alguno.

Siempre en el Cuadro No.25, para 1982 los precios del frijol, azúcar, la sal, las frutas, la carne de res, los huevos, la leche pasteurizada, reflejan aumentos de más del 50% en relación al año base y ningún alimento de los restantes disminuyó con respecto al mismo año.

En 1986 todos los alimentos que forman parte de la dieta mínima han aumentado sus precios arriba del 50% respecto al año base, descánndose los precios de las frutas que presentan un aumento del - 544%, la carne de res en un 218%, la leche pasteurizada y en polvo, los vegetales, la sal común, el azúcar arriba del 100% y solamente los precios del maíz, el frijol, el arroz, la manteca y los huevos están entre los porcentajes de 64% y 87%.

El caso de los precios del maíz, el frijol y el arroz muestran variaciones de alzas y bajas al comparar por año, dado que, la oferta de esos alimentos se ve afectada positiva o negativamente por razones climatológicas, así como por razones crediticias y en muchos casos por razones bélicas (zonas de combates), sin embargo, su tendencia promedio durante el período 76/86 es creciente.

Es interesante destacar que la dieta vegetariana es la que refleja el nivel de proteína más bajo¹, y por consiguiente, las dietas que incorporan carne aminoran esta deficiencia, lo cual significa que para el caso de El Salvador la solución a esa deficiencia es cada vez más difícil, ya que la carne de res es cada vez más inaccesible, dado el comportamiento de su precio. Como se observa en el Cuadro No.25, de ₡2.60 el promedio de una libra en 1976 pasa a ₡8.27 para 1986, es decir, un incremento del 218%.

En el Cuadro No.26 se indican los 12 alimentos que se han considerado como dieta mínima, asimismo se establecen tres períodos con sus respectivos índices generales y por alimento.

En el período No.1 correspondiente a 1977-1979, es decir, antes de iniciada la profundización de la crisis, el 16.7% de los alimentos experimentaron alzas superiores al 50%, el mismo porcentaje corresponde a los alimentos que presentan índices inferiores al año base, mientras que el 66.7% se mantuvieron entre 3% y 32%. El promedio general de los índices del conjunto de los alimentos se incrementó en un 20%.

Las cifras del período No.1 se muestran agravadas en el período No.2, ya que el 58.3% de los alimentos experimentaron alzas superiores al 50%, mientras que ningún alimento refleja promedio de índices inferior al año base y el 41.7% de los productos están entre 10% y 42%.

1. Chacón Gudiel, Carlos A. Dr.- Op. Cit. Pág.41

CUADRO No.26

INDICES PROMEDIOS 1977-1986 DE PRECIOS MEDIOS AL POR MENOR DE
PRINCIPALES ARTICULOS ALIMENTICIOS QUE FORMAN LA DIETA MINIMA.

AÑO BASE: 1976 = 100

PRODUCTOS	Período 1	Período 2	Período 3
	1977 - 1979	1980 - 1982	1983 - 1986
café	120	135	181
cajón	109	176	160
arroz	116	133	184
azúcar	151	194	262
leche Vegetal	103	130	150
leche Común	103	277	310
grasas	167	234	381
verduras	131	159	211
carne de Res	132	181	285
huevos	98	142	189
leche Pasteurizada	115	155	253
leche en Polvo	96	110	263
INDICE GENERAL	120	169	236

NOTA: Datos tomados de Cuadro No.25 de este trabajo.

Evidentemente, el grupo de alimentos que sufrieron alzas superiores al 50% durante el período No.1, se observa incrementado en un 41.6% en el período No.2

El promedio general se incrementó en un 69% con relación al año base y en 49 puntos en relación al período No.1

Si en los períodos 1 y 2 es preocupante el comportamiento de los índices de los precios de los alimentos, en el período 3 la situación es alarmante. El total de los productos experimentaron alzas superiores al 50% en relación a 1976, el 16.7% presenta alzas superiores al 200%, el 41.7% refleja alzas mayores al 100%, es decir, que el 58.4% de los alimentos al menos duplicaron sus precios en relación al año base, solamente los huevos, la manteca, el arroz, el frijol y el maíz reflejaron variaciones entre el 50% y 89%, en otras palabras, los alimentos de mayor capacidad y calidad protéica-energética, se encarecieron hasta en un 163% y 185% como el caso de la leche en polvo y la carne de res, respectivamente.

El índice general promedio de 1983/86 se incrementó en 136% en relación al año base y en 67 puntos en relación al período 2 que en comparación a los 49 puntos en que varió el índice general del período 1 al 2, se observa lo acelerado de la tendencia alcista que experimentan los precios de los alimentos y peor aún, los indicios de 1987 que amenazan con agravar más la tendencia descrita.

5.3 GASTO DE LAS FAMILIAS

Se debe entender como gasto del consumidor "Los gastos totales efectuados en toda la economía en bienes y servicios para consumo inmediato"¹. La definición es bastante general, por lo que podría entenderse que incluye los bienes y servicios de consumo inmediato de las empresas, dado que, se refiere a los gastos totales en toda la economía.

Interesa destacar que el Gasto del Consumidor que se abordará, es el que se refiere exclusivamente al efectuado por las familias, es decir, el costo en que incurren las unidades familiares para obtener la canasta básica de mercado a que hemos hecho referencia en el Anexo No.9.

En la construcción del Cuadro No.27, es oportuno advertir que las cifras o porcentajes correspondientes a 1976 han sido tomados para --- efectos de inferir y destacar el hecho de que construir el "Gasto de la Familia Urbana Nacional" en base al índice de precios específicos para la clase obrera, refleja un comportamiento sustancialmente distinto en cuanto a la asignación de recursos para la obtención de alimentos del gasto familiar total.

En el mismo orden interesa destacar, que es precisamente en los sectores de la clase trabajadores en donde la "Ley Temporal de Estabilización Económica" ha logrado obtener, al menos uno de sus objetivos: La congelación de salarios, es decir, la imposibilidad cada vez mayor de adquirir la canasta básica.

1. DICCIONARIO de las Ciencias Económicas y Administrativas.
Salvador Osvaldo Brand; Pág.150

CUADRO No 27

GASTO DE LA FAMILIA PROMEDIO MENSUAL - PERIODO 1978 - 1986																			
GRUPOS Y SUBGRUPOS DE BIENES Y SERVICIOS																			
1		2		2		2		2		2		3		3		3		3	
1976		1978		1979		1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986	
ℓ	%	ℓ	%	ℓ	%	ℓ	%	ℓ	%	ℓ	%	ℓ	%	ℓ	%	ℓ	%	ℓ	%
348 97	100	447 78	100	486 69	100	571 12	100	655 70	100	732 56	100	816 80	100	907 46	100	1,059 00	100	1,217 85	100
204 87	58 71	224 45	50 13	244 41	50 22	292 41	51 20	344 02	52 47	380 74	51 97	424 52	51 97	471 64	51 97	550 40	51 97	632 96	51 97
35 05	10 05	36 93	8 25	40 13	8 25	45 83	8 02	55 51	8 47	64 66	8 83	72 10	8 83	80 10	8 83	93 48	8 83	107 50	8 83
55 68	15 95	105 25	23 50	114 06	23 44	133 83	23 43	146 29	22 31	163 42	22 31	182 20	22 31	202 42	22 31	236 22	22 31	171 65	22 31
53 37	15 29	81 15	18 12	87 85	18 05	98 97	17 33	109 88	16 76	123 75	16 89	137 98	16 89	153 30	16 89	178 90	16 89	205 74	16 89

I Anuario Estadístico 1976, Volumen IV Pág 105 Editado por la DIGESTYC

I Anuario Estadístico 1982, Tomos VI, VII Pág 68 Editado por DGE

terminado a partir del Cuadro No 28, en donde se establece tasa de variaciones con respecto a la pérdida de valor adquisitivo del colón.

Asimismo, es preciso subrayar, que no obstante considerar a partir de 1978 que el ingreso familiar mensual que serviría de base para el cálculo del índice de precios al consumidor, comprende los límites de ₡141.12 y ₡714.00¹; a partir de Diciembre de 1982, el costo de la canasta básica rebasó su límite superior. Finalmente, es de advertir que para los años 1983, 1984, 1985, y 1986 se calcularon las cifras en base a la determinación de tasas de variación del comportamiento del valor adquisitivo del colón para esos mismos años, tal y como se detalla en el Cuadro No.28.

En el Cuadro No.27 al observar en 1976 las cifras y porcentajes del Gasto Familiar de la clase obrera, es obvio que el grupo de bienes que absorbe una mayor cantidad de su ingreso, es el que corresponde a los alimentos que constituyen el 58.71% del costo de la canasta básica. El grupo de bienes y servicios correspondiente a vivienda es el segundo en el presupuesto familiar con el 15.95%.

A partir de 1978, no obstante la notable proporción del ingreso destinado a los alimentos, se presentan las cifras y porcentajes en una contradicción evidente al compararlos con los datos de 1976. Por ejemplo, la proporción media del período 78/82 del grupo de bienes denominados alimentos en relación al Gasto Total Familiar es de 51.4%², que

1. Índice de precios al consumidor. Enero-Febrero/86. DGEC. Pág.3. Se afirma que la base para construcción del gasto de familia se ha modificado a partir de 1978, dado que se abandonó como base la familia obrera y se adoptó, prácticamente la base de una familia de estrato medio.

2. Se obtiene:
$$\frac{\sum_{78}^{82} \text{Gasto en alimentos}}{\sum_{78}^{82} \text{Gasto total}} \times 100$$

comparada con la de 1976 refleja una disminución del 12.45%; por el contrario, el grupo de bienes y servicios correspondiente a vivienda presenta una proporción para el mismo período 78/82 de 22.9%, superior en 43.57% a la de 1976.

Evidentemente, lo anterior se vincula con el principio utilizado en la construcción del gasto familiar para 1976 y el utilizado a partir de 1978, es decir que para el primer año se utilizó como base el gasto de la familia obrera y de 1978 en adelante se amplió hasta la determinación de un rango de un ingreso familiar mensual entre ₡141.12 y ₡714.00

En otras palabras, el comportamiento de consumo de las familias trabajadoras (obreros, jornaleros, empleados, etc.), está reducido a la adquisición de alimentos para la subsistencia, en una proporción mayor que a la adquisición de cualquier otro bien, esto es así, más que por patrones de conducta, por lo reducido de su ingreso.

Pero a partir de 1978 en donde se incorpora un segmento de la población muy arriba de los salarios de los trabajadores¹, la tendencia expresada en el párrafo anterior pareciera ser que se contrae con respecto a los alimentos y se expande a un ritmo acelerado en lo que se refiere a vivienda, dado que los presupuestos de las familias incorporadas al gasto familiar presentan, hasta 1980, una tendencia creciente hacia los bienes y servicios comprendidos en el grupo de vivienda.

1. El promedio de salarios mínimos para ese año era de ₡194.65
Ver Cuadro No.29

De haberse mantenido el principio para la construcción del gasto de la familia, que se utilizó en 1976, no existe la menor duda que para los años correspondientes a la agudización de la crisis una proporción sumamente superior al 58.71% del gasto familiar fue destinado a la adquisición de alimentos, si consideramos el comportamiento de los índices al consumidor y de alimentos (Ver Cuadro No.22), para ese período y aunamos a lo anterior el comportamiento de los salarios nominales y reales que se analizan más adelante.

De 1976 a 1979 la tasa de variación del Gasto de la Familia creció en 39.5%, de 1979 a 1982 en 50.5%, y de 1982 a 1986 en 66.3%. Esto significa que en la medida en que ha venido desarrollándose y profundizándose la crisis, el costo de adquisición de la canasta básica ha venido elevándose a niveles cada vez más difíciles de adquirir por parte de la mayoría de la población, con el consiguiente deterioro de sus niveles de vida, solamente en el período 80/86, el gasto de la familia se elevó al 250.2%, mientras que, se insiste, los ingresos han permanecido congelados durante gran parte del período.

Finalmente, es de observar que a partir de 1978, aunque no en proporciones significativas, la tendencia del Gasto Familiar es creciente en lo que se refiere a los alimentos y el vestuario, mientras que es decreciente a los bienes y servicios clasificados como vivienda y misceláneos, así podemos observar que de 1978 a 1983 la proporción del Gasto Total destinado a los alimentos varió positivamente en -- 1.84 puntos, la de vestuario en 0.6 puntos, la de vivienda varió en

-1.19 puntos y la de misceláneos en -1.23 puntos. Esta tendencia reafirma el planteamiento principal de que las familias en general y la de los trabajadores en particular, destinan cada vez mayor parte de sus ingresos a la adquisición de alimentos no cubriendo las necesidades de su formación cultural, recreación, cuidados personales, gastos relacionados con la salud, y otros.

5.4 COMPORTAMIENTO DE LOS SALARIOS MINIMOS

Existen diferentes conceptualizaciones de salario: "Estipendio o retribución en dinero, especie u otro provecho que recibe una persona a cambio de la realización de un servicio o trabajo ejecutado por cuenta y subordinación de otro"¹.

El Código de Trabajo, en el Art.119 define el salario como "la retribución en dinero que el patrono está obligado a pagar al trabajador por los servicios que le presta en virtud de un contrato de trabajo"².

Para los autores del Diccionario de Economía Política, salario en el capitalismo, es "expresión monetaria del valor (del precio) de la fuerza de trabajo vendida por el obrero asalariado al capitalista"³.

Según Carlos Marx, "en el plano de la sociedad burguesa, el salario percibido por el obrero se presenta como el precio del trabajo, como una determinada suma de dinero que se paga por una determinada cantidad de trabajo. Se habla del valor del trabajo, llamando precio necesario o natural de éste a su expresión en dinero, y se habla también de los precios comerciales del trabajo, es decir, de los precios que oscilan por encima o por debajo de su precio necesario.

Pero veamos, ¿Qué es el valor de una mercancía?. La forma material-

-
1. Diccionario de las Ciencias Económicas y Administrativas. Salvador Osvaldo Brand. Pág. 279
 2. Citado por: Salarios Mínimos Decretados en El Salvador 1965-1986. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Pág.3
 3. BorISOV, SHANIN, MAKAROVA, y otros. Diccionario de Economía Política. Editorial Grijalbo, S.A. 1983, Tercera Edición. Pág.213.

zada del trabajo social invertido para su producción? ¿Y cómo se mide la magnitud de su valor?, Por la magnitud del trabajo que encierra"¹. Lo común en los conceptos es de que salario, es una expresión materializada en dinero y en este capítulo se demostrará la evolución de este salario en sus términos nominales y reales, no obstante, que salario es una categoría inherente al carácter que presentan las relaciones sociales de producción capitalista, en la que su magnitud responde a la reposición del conjunto de cualidades físicas y espirituales que el trabajador gasta durante el proceso productivo. En ese sentido habrá que advertir que el resultado del análisis a la evolución de los llamados salarios reales y nominales quedará corto, en tanto que esta denominación es propia del salario en el capitalismo y en consecuencia ignora la plusvalía generada.

Durante el período de agudización de crisis, es muy difícil referirse al comportamiento de los salarios mínimos nominales y reales, sin remitirnos constantemente a la "Ley Temporal de Estabilización Económica" conocida como Decreto 544, por lo que el análisis del comportamiento señalado se desarrolla dentro del contexto de la evaluación de dicho Decreto.

La Ley Temporal de Estabilización Económica se promulgó el 22 de Diciembre de 1980, y en ella se plantea dentro de los considerandos que "debido a un deber constitucional del Estado, como es establecer un régimen económico que responda esencialmente a principios de justicia social y que tienda a asegurar a todos los habitantes del país una existencia digna del ser humano y en vista de que la espiral inflacio

1. Carlos Marx. El Capital Tomo I. Pág. 448. Fondo de Cultura Económica.

naria que afecta muchos países, en el mundo, ha incidido de tal manera en El Salvador"..... "Que los bienes y servicios de consumo que satisfacen las necesidades básicas de la población, han sufrido un incremento en los precios, afectando con ello la economía familiar"... y "en vista de la necesidad de regular los precios de esos bienes y servicios para garantizar el bienestar económico de todos los habitantes del país se decreta la Ley Temporal de Estabilización Económica"

Es oportuno destacar que los considerandos de la Ley reflejan a esas alturas, los síntomas de una enfermedad que definitivamente no se resolvería por el solo reconocimiento expreso de ella, particularmente en los subrayados, tal y como veremos más adelante.

La Ley expresa tener por objeto "Establecer las medidas necesarias para evitar el alza de los precios de determinados bienes y servicios importantes en la satisfacción de las necesidades básicas de la población, así como otras medidas tendientes a detener la espiral inflacionaria y establecer sanciones correspondientes, para todos aquellos que infrinjan las regulaciones declaradas"

La Ley en cuestión, tomando en cuenta los considerandos y objetivos descritos, establece que "el precio para los consumidores de los productos básicos alimenticios como el arroz, frijol, azúcar, maíz, maicillo, no deberán exceder a los señalados por el Instituto Regulador de Abastecimientos".

En relación a los gastos relacionados con la salud, el Decreto 544 establece que "el valor de los servicios médicos, odontológicos y hospitalarios, quedan sujetos a la tarifa máxima de ₡20.00 por consulta general y de ₡30.00 por consulta especializada" y que además, "el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debía elaborar tarifas máximas a ser aplicadas a servicios complementarios, tales como: análisis clínico de laboratorio, radiografías, exámenes especiales, etc."

Asimismo, la Ley de Estabilización Económica congela los precios oficiales de las medicinas en existencias, así como anuncia establecer un sistema de licitación pública internacional para los productos farmacéuticos extranjeros, que tengan representación en el mercado interno.

Luego en el Art.11 de la mencionada Ley, se plantea que "no podrán incrementarse los salarios, sueldos y prestaciones sociales que a la fecha de vigencia del Decreto en cuestión, paguen a sus trabajadores, el Estado, las Instituciones Oficiales Autónomas y Semiautónomas, así como la Empresa Privada".

Al final del Decreto, se hace un recuento del monto de las multas en que podían incurrir todos aquellos que contrarían las disposiciones señaladas en la referida Ley.

En los Cuadros Nos.: 22, 25, 26, y 28 se observa que el Decreto 544 no ha logrado "asegurar a todos los habitantes del país una existencia digna del ser humano", como lo declara en sus considerandos. El

CUADRO No 28

DETERMINACION DE TASAS DE VARIACION DEL COLON POR AÑO BASE DICIEMBRE 1978 = 100													
PODER ADQUISITIVO DEL COLON POR MES													
NERO	FEBRER	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM	OCTUBR	NOVIEM	DICIEMB	PROMEDIOS ANUALES	TASAS DE VARIACION
1 651	0 647	0 634	0 626	0 18	0 609	0 607	0 606	0 592	0 589	0 585	0 580	0 61	-
1 576	0 573	0 566	0 565	0 558	0 547	0 539	0 525	0 516	0 515	0 512	0 505	0 54	- 11 5 %
1 502	0 501	0 493	0 488	0 487	0 486	0 484	0 481	0 479	0 478	0 468	0 460	0 48	- 11 1 %
1 451	0 441	0 429	0 420	0 412	0 399	0 391	0 385	0 376	0 367	0,356	0 349	0 40	- 16 7 %
1 343	0 331	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	0 34	- 15 0 %

Indice de Precios al Consumidor Enero-Febrero 1986
Situación Económica Sección 351 Precios Editado por la DGEC

establecen a partir de $P = \left(\frac{t_n}{t_{n-1}} \times 100 \right) - 100$

donde P = Tasa de variación

t_n = Valor adquisitivo del cólon para el año

t_{n-1} = Valor adquisitivo del cólon para el año anterior.

comportamiento del índice de precios del consumidor, el comportamiento del índice de precios de los alimentos, el comportamiento de los precios de los alimentos que forman la dieta mínima, la composición y tendencia del Gasto en Familia y la tendencia del valor adquisitivo del colón; son suficientes para demostrar que la Ley Temporal de Estabilización Económica no ha logrado, desde su vigencia, a esta fecha "evitar el alza de los precios", "detener la espiral inflacionaria", "congelar el precio de las medicinas"¹, etc.

Las razones del fracaso en el logro de esos objetivos, si bien es cierto hay que buscarlas en la total inoperancia de las sanciones a infractores, a la falta de una adecuada organización e infraestructura administrativa (recursos humanos, financieros, etc.), a la ausencia de mecanismos idóneos para la vigilancia del cumplimiento de las disposiciones (organización social de los trabajadores); es mucho más cierto que hay que buscarlas al interior de las consecuencias mismas de la guerra: acelerado endeudamiento público externo e interno para financiar la guerra, baja productividad agrícola en amplias zonas sujetas de combates, etc.

En resumen, la terquedad de continuar impulsando una serie de medidas y planes de estabilización y reactivación económica, obviando la piedra angular de la problemática: la solución de la guerra y

1. En este caso, como en el de los precios regulados por el IRA, si bien es cierto que oficialmente las medicinas y los alimentos no cambian de precio, en el mercado o no se encuentran esos productos o se consiguen a precios sustancialmente mayores.

CUADRO No 29

SALARIO MINIMO DIARIO PARA TRABAJADORES - 1976-1986																						Unidad Colones		
EDAD	1976		1977		1978		1979		1980		1981		1982		1983		1984		1985		1986		1986 (A) SALARIO REAL	
	₡	Ind %	₡	Ind %	₡	Ind %	₡	Ind %	₡	Ind %	₡	Ind %	₡	Ind %	₡	Ind %	₡	Ind %	₡	Ind %	₡	Ind %		
de Cosecha																								
car		8 40	N D	9 25	10 1	9 75	5 4	14 25	46 2	14 25	-	14 25	-	14 25	-	14 25	-	14 25	-	14 25	-	14 25	-	₡ 4 85
		5 50	N D	5 50	-	5 50	-	9 00	63 6	11 50	27 8	11 50	-	11 50	-	11 50	-	11 50	-	11 50	-	11 50	-	3 91
		6 00	N D	6 00	-	6 50	8 3	8 00	23.1	10 50	31 3	10 50	-	10 50	-	10 50	-	10 50	-	10 50	-	10 50	-	3 57
s Agropecuarios																								
16 años		3 75	N D	3 75	-	4 25	13 3	5 20	22 4	5 20	-	5 20	-	5 20	-	5 20	-	5 20	-	5 20	-	8 00	-	2 72
16 años		3 15	N D	3 15	-	3 65	15 9	4,60	26 0	4 60	-	4 60	-	4 60	-	4 60	-	4 60	-	4 60	-	7 00	52 2	2 38
r de Temporada																								
de Café		5 50	N D	7 00	27 3	7 00	-	14 00	100	14 00	-	14 00	-	14 00	-	14 00	-	14 00	-	14 00	-	14 00	-	4 76
de Algodón		5 50	N D	6 25	13 6	6 25	-	8 00	28 0	8 00	-	8 00	-	8 00	-	8 00	-	8 00	-	8 00	-	8 00	-	2 72
ña de Azúcar		5 50	N D	6 00	9 1	6 00	-	8 00	33 3	8 00	-	8 00	-	8 00	-	8 00	-	8 00	-	8 00	-	8 00	-	2 72
ndus y Servíc																								
ol;tana ^d		6 20	N D	7 00	12 9	7 00	-	9 00	28 6	11 00	22 2	11 00	-	11 00	-	11 00	-	13 00	18 2	13 00	-	15 00	15 4	5 10
ipios		5 50	N D	6 10	10 9	6 10	-	8 00	31 2	10 00	25 0	10 00	-	10 00	-	10 00	-	11 90	19 0	11 90	-	14 00	17 7	4 76
s del Comercio																								
an Salvador		6 50	N D	7 20	10 8	7 20	-	9 00	25 0	11 00	22 2	11 00	-	11 00	-	11 00	-	13 00	18 2	13 00	-	15 00	15 4	5 10
ipios		5 60	N D	6 20	10 7	6 20	-	8 00	29 0	10 00	25 0	10 00	-	10 00	-	10 00	-	11 90	19 0	11 90	-	14 00	17 7	4 76
tal		5 59	N D	6 12	9 5	6 28	2 6	8 75	39 3	9 84	12 5	9 84	-	9 84	-	9 84	-	10 49	6 6	10 49	-	11 60	10 6	3 95

Salarios mínimos Decretados en El Salvador 1965-1986 Ministerio de Trabajo y Previsión Social

han obtenido a partir de utilizar el promedio determinado del valor del colón para el año 1986 (Ver Cuadro no 28) multiplicado por los salarios nominales correspondientes al mismo año.

prende los establecimientos de los Municipios de San Salvador, Ayutuxtepeque, Cuscatancingo, Delgado, Soyapango, Ilopango, Marcos, Antiguo Cuscatlán, Nueva San Salvador, Mejicanos y Apcpa

No Disponible

todos los problemas económicos-sociales-políticos que le dieron origen, es lo que estimula la profundización de todos los males que pretendía curar el Decreto 544.

Paradójicamente, la Ley Temporal de Estabilización Económica logró únicamente uno de sus objetivos principales como era la congelación de salarios (aunque no se detuvo la inflación por ello).

Al observar el Cuadro No.29 se obtiene la certeza de lo último afirmado. Desde 1980 hasta 1983 los salarios mínimos no se modificaron en absoluto; hasta 1984 se incrementaron solamente a los trabajadores de la industria, los servicios y el comercio de la zona metropolitana y de otros municipios, luego en 1986 estos mismos trabajadores lograron otro incremento modesto, agregándoseles los trabajadores agropecuarios menores de 16 años que no recibían incremento en sus salarios desde 1979.

Los trabajadores dedicados a la recolección de cosechas, los mayores de 16 años dedicados a trabajos agropecuarios, los de industrias agrícolas de temporadas, durante todo el período 1980-1986 no lograron ni siquiera el más insignificante de los incrementos en sus respectivos salarios, incluso los trabajadores dedicados a la recolección del café, no obstante los mejores precios alcanzados por el producto en el mercado internacional durante los últimos 3 años, no han percibido ningún incremento sobre los \$14.25 diarios fijados desde 1979.

El salario promedio mínimo diario para 1976 era de ₡5.59 y para 1980 de ₡9.84, es decir, se había incrementado en un 76%, en cambio hasta 1985 el salario promedio diario fue de ₡10.49 que comparado con el de 1980 aumentó en un 6.6%, que de haberse mantenido la variación del período anterior (1976-1980), puede afirmarse que su tendencia disminuyó en 69.4 puntos.

Estos porcentajes del 76% y 6.6% responden paradójicamente a dos situaciones cualitativamente diferentes, el primero se determina en el período 76-79, es decir, antes de que la crisis se profundizara y sin embargo la accesibilidad a la canasta básica ya era crítica para ese período en donde las luchas de los trabajadores por sus mejoras económicas y sociales se acentuaban con más fuerza, el segundo porcentaje responde a la tasa de variación de 1980 a 1985, es decir, al período en donde la inflación se eleva y por consiguiente los índices del consumidor y particularmente el de los alimentos alcanzan cifras sin precedente, la guerra se profundiza, el colón pierde su capacidad adquisitiva; en otras palabras, mientras las tendencias del costo de la vida son aceleradamente hacia niveles cada vez mayores, los salarios nominales de los trabajadores permanecen congelados tal y como se --, ilustra en el Cuadro No.29.

Para tener una idea de la difícil situación de los trabajadores, basta observar la última columna del Cuadro No.29 en donde se determinan los salarios reales para 1986, y comparados con el año base utilizado para determinar el poder adquisitivo del Colón (1978).

El salario mínimo real promedio para 1986 es de $\text{C}3.95$, que comparado con el $\text{C}6.28$ correspondiente al año base de 1978, simplifica una reducción del 37.1% de su capacidad adquisitiva, lo cual significa haber retrocedido más de 10 años en el nivel de vida de los trabajadores ya que para 1976 el salario mínimo nominal promedio era de $\text{C}5.59$.

Evidentemente, el Decreto 544 sí logró congelar los salarios nominales y no podía ser de otra manera, dados los intereses e instancias utilizados por la Ley: Las empresas privadas, el gobierno y las instituciones autónomas y semiautónomas.

Francisco J. Ibisate comenta respecto al Decreto 544 que "En el país no se ha controlado el "enemigo público número uno, la inflación", ni se ha solucionado el problema del empleo, lo único que se ha podido controlar han sido los salarios"¹.

1. Boletín de Ciencias Económicas y Sociales. UCA. Año VI, No.6
Noviembre-Diciembre 1983. Pág.448

5.5 PERSPECTIVAS DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS SALVADOREÑOS

En el transcurso del presente trabajo se ha sostenido que la pobreza es generadora de desnutrición, de condiciones insalubres, de ignorancia, de elevadas tasas de mortalidad y morbilidad; asimismo se ha sostenido que la pobreza es un producto lógico sobre el que se sustenta la dinámica del desarrollo capitalista, basado en la propiedad privada sobre los medios de producción, y que su dramatismo es más patente durante el período de profundización de la crisis (1980 en adelante).

Escribir sobre las perspectivas de las condiciones de vida de los Salvadoreños, no puede ser menos que preocupante si se considera que en 1987 la Cámara de Comercio e Industria de El Salvador, afirma la gravedad del deterioro de las condiciones socio-económicas de la población; caracterizándolo de la siguiente manera: "-Desempleo abierto superior al 50%, es decir de cada dos salvadoreños en edad de trabajo, uno está desempleado; -Crecimiento alarmante de enfermedades infecto-contagiosas, debido al pésimo servicio de recolección de basura, desagües, agua potable, etc.; -Crecimiento de analfabetismo debido a que cada vez se atiende a un porcentaje menor de la creciente población en edad escolar; -Aumento de los niveles de desnutrición al haber menor disponibilidad económica para compra de alimentos; -Crecimiento de las necesidades de vivienda sin atender, agravado por el alto costo de los intereses; -Aumento del precio de los artículos y servicios de pri

mera necesidad a un ritmo inflacionario del 40% para 1986"¹

Si aunamos a lo anterior que el Decreto 544 aún tiene vigencia en lo que se refiere a la congelación de salarios nominales y que el conflicto bélico muestra una tendencia hacia una mayor profundización y además de que la crisis política entre las clases dominantes tiende a acentuarse, es de esperar que las condiciones de vida de los salvadoreños se deterioren en mayor escala, de no disponer cada uno de los sectores que conforman la sociedad salvadoreña, de la voluntad real de atacar las causas hasta aquí expuestas. (Ver Figura No.6)

Visto que el Decreto 544 solamente impactó en el congelamiento de los salarios, no así en el control de los precios de los productos básicos; se puede advertir acá, que el objetivo subyacente económico-político del Decreto 544; como instrumento jurídico del Estado capitalista, ha sido la de garantizar un nivel mayor de explotación de la población asalariada por un lado, y consecuentemente por otro, la de acumulación de riqueza por parte de los sectores económicos - dominantes.

1. Comunicado de la Cámara de Comercio e Industria de El Salvador publicado el lunes 12 de Enero/87 en la Prensa Gráfica.

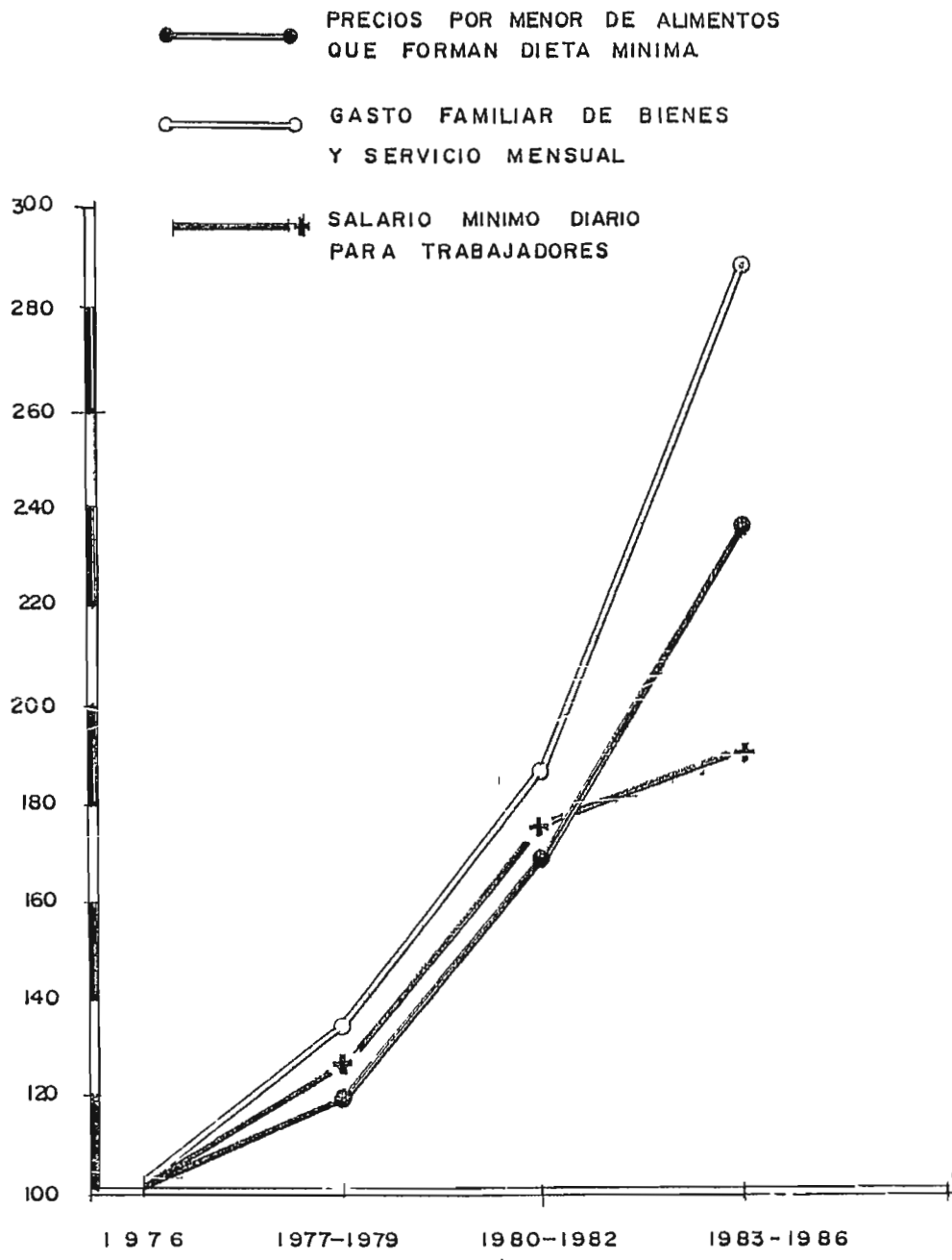


Fig - N° 6 COMPARATIVO INDICE PROMEDIO
AÑOS 1976-1986 AÑO BASE 1976=100

ELABORADO CON DATOS DE CUADROS
(N° 26, 27 Y 29)

6.0 DISPOSICION DE RECURSOS FISICOS Y HUMANOS Y LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

Tradicionalmente, en el país, ha ocurrido el fenómeno migratorio de la población rural hacia los centros urbanos, propio de los países capitalistas, en busca de oportunidades de trabajo estable y poder generarse el ingreso monetario necesario para satisfacer sus necesidades básicas familiares. Para 1971, del total de 14 Departamentos del país, 3 Departamentos (San Salvador, La Libertad y Sonsonate) eran los lugares de atracción, uno era flujo de equilibrio (La Unión) y el resto (10) eran rechazo de población. (Ver Cuadro No.21).

CUADRO No.30

EL SALVADOR. NUMERO DE MIGRANTES Y SALDO MIGRATORIO POR DEPARTAMENTO 1971			
DEPARTAMENTOS	INMIGRANTES	EMIGRANTES	SALDO MIGRATORIO
TOTAL	523,221	523,221	
<u>ATRACCION</u>			
San Salvador	217,217	51,834	165,383
La Libertad	68,196	42,476	25,720
Sonsonate	45,463	34,619	10,844
<u>RECHAZO</u>			
Chalatenango	6,544	40,090	-33,546
Cabañas	4,826	29,287	-24,461
San Vicente	13,222	36,088	-22,866
Morazán	4,217	23,113	-18,896
La Paz	20,516	37,615	-17,099
Cuscatlán	15,876	28,119	-12,243
Santa Ana	32,257	56,588	-24,331
San Miguel	31,054	50,886	-19,832
Usulután	28,882	46,423	-17,541
Ahuachapán	17,055	24,277	- 7,222
<u>EQUILIBRIO</u>			
La Unión	17,896	21,806	- 3,910

FUENTE: Datos tomados de Cuadro No.4 Pág.23 de Investigación "Desplazados y Refugiados Salvadoreños". El Salvador 1985. Instituto de Investigaciones de la Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas" (UCA). Informe Preliminar. 1º de Junio 1985.

En el Cuadro No.30, puede verse en términos del saldo migratorio, como San Salvador y La Libertad, y en menor escala Sonsonate, son los absorbentes del flujo poblacional. Dadas las características de esos tres Departamentos, es de asumir que el flujo es hacia las zonas urbanas¹.

A partir de la agudización de la crisis, con la guerra, surge el nuevo fenómeno migratorio: Los desplazados.

Ante las expresiones de protesta, por la insatisfacción de las necesidades vitales y básicas de la población rural, ocurrió la correspondiente represión, como medida de control a las supuestas posiciones políticas adoptadas por la población y contrarias al Gobierno de turno. Como respuesta a esa acción, el campesino opta por abandonar sus lugares de origen; como primera opción cambia de casa, luego de caserío y cantón, ambulando por los alrededores, día y noche; hasta que tuvo que salir de su zona, con su familia y sin sus pertenencias. El nuevo fenómeno migratorio tiene como característica el desplazamiento de la población rural, que residía en zonas afectadas por la convulsión política que posteriormente se convirtió en el conflicto bélico. El punto es que esta población no decide trasladarse con fines económicos, sino para poner a salvo su vida; constituyéndose así un grave problema social, dado que ha alcanzado cifras alarmantes²; y que significan mayor desempleo, viviendas insalubres, servicios de salud deficientes, zozobra política, etc.

-
1. Desplazados y Refugiados Salvadoreños. El Salvador 1985. Op.Cit. En el Cuadro No.5, Pág.24 se presentan datos sobre el destino de las migraciones en 1971; observándose que 325,515 inmigrantes del país (62%) se han ubicado en áreas urbanas, fundamentalmente en San Salvador, La Libertad y Sonsonate.
 2. IBID, En la Pág.35 afirma que existen alrededor del 25% de la población salvadoreña entre desplazados internos, México y C.A. en Los Estados Unidos.

Es de ese agravamiento de los problemas sociales que este acápite se ocupa y específicamente los relativos al deterioro de la salud de la población rural, debido al cierre de establecimientos para la prestación de servicios de salud.

Para llevar a cabo este trabajo se analizan el comportamiento de las variables involucradas o asociadas a dicho fenómeno, durante el período 1976-1985.

Para la comprobación de la validez de la hipótesis planteada, se hace el análisis a través del comportamiento de los recursos para la salud (humanos y físicos) en cuanto a su disposición. Ello, asociado a la concentración de recursos en zonas no afectadas directamente por el conflicto bélico y la consecuente desatención a la población rural, constituirán el impacto generado por haberse tenido que cerrar los establecimientos de salud, durante los años de 1979 a la fecha.

Luego se hace énfasis en la prestación de los servicios de salud a través del comportamiento de la Asistencia Ambulatoria, para el período de 1976-1985, a nivel nacional. A nivel de Regiones, se presenta el análisis para el período 1980-1983.

La Asistencia Ambulatoria está compuesta por los siguientes servicios: Consultas médicas, consultas odontológicas, atenciones por enfermera o auxiliar o ayudante rural de salud o parteras o colaboradores voluntarios de salud y urgencias atendidas. De acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la asistencia ambulatoria es la que se otorga en los establecimientos de salud y en la comunidad¹, pretendiendo con ella favorecer a la totalidad de la población con la participación de la misma.

1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria 1985-1986. Pág. 60

Por el nivel de cobertura de la población, se aborda la Asistencia Ambulatoria, a fin de determinar su alcance en la prestación de servicios de salud en las zonas rurales.

6.1 DISPOSICION DE RECURSOS FISICOS

Al referirse a los establecimientos de salud, el Ministerio no da una definición en sí, pero los identifica por su funciones de la siguiente manera¹:

Hospital

- Consulta²
- Hospitalización
- Asistencia de partos
- Odontología³
- Epidemiología:
 - a) Reporte Epidemiológico
 - b) Vacunación (no en todos)
- Educación en salud.

Centro de Salud y Hospital Integrados. (Unidad funcional y en ocasiones físicas del hospital con la Unidad de Salud).

- Consulta
- Hospitalización
- Asistencia de Partos
- Cuidados a Embarazadas

-
1. Salud Pública en Cifras, Depto. de Estadística de Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
 2. El Hospital de Neumología (especializado) no tiene consulta externa.
 3. El Hospital de Maternidad no tiene Clínica Dental.

- Cuidados a infantes y preescolares
- Servicios de Odontología.
- Epidemiología:
 - a) Reporte Epidemiológico
 - b) Atención de brotes epidemiológicos
 - c) Descubrimiento, tratamiento y control de contactos de enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra, paludismo y otros.
 - d) Vacunación.
- Saneamiento ambiental
- Educación en salud.

Unidad de Salud. (No cuenta con camas de hospital, aunque disponen de camas para -hospitalarias: De tránsito)

- Consulta
- Cuidados a embarazadas, infantes y preescolares
- Servicio de Odontología
- Epidemiología:
 - a) Reporte Epidemiológico
 - b) Atención a brotes epidémicos
 - c) Descubrimiento, tratamiento y control de enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra, paludismo y otros
 - d) Vacunación
- Saneamiento ambiental
- Educación en salud.

Puestos de Salud.

Es el establecimiento más simple y tiene funciones iguales que las Unidades de Salud, pero no cuenta con médico permanente, sino que son

visitados una o dos veces por semana, por un equipo formado por médico, enfermera y en ocasiones por inspector de saneamiento y secretaria; en el puesto permanece una auxiliar de enfermería.

Puesto Comunitario

Es el establecimiento visitado una o dos veces por semana por un equipo formado por médico, auxiliar de enfermería, inspector de saneamiento. Se da la siguiente asistencia:

- Consulta
- Atenciones especiales por auxiliar de enfermería
- Vacunación.
- Planificación familiar (únicamente distribución de método oral y condones)
- Saneamiento ambiental
- Educación en salud.

Dispensario de Salud

Son los establecimientos atendidos únicamente por auxiliar de enfermería, permanente; dando la siguiente asistencia:

- Vacunación
- Alimentación complementaria
- Atenciones especiales y urgencia
- Educación en Salud.

La existencia y la puesta en funcionamiento de los establecimientos de salud, es un indicador de la expansión de servicios en términos

de su cobertura poblacional. En el Cuadro No.31, se presentan los números de establecimientos disponibles durante el período 1975-1985 por Regiones¹, excepto los años 1976 a 1978, para los cuales no se obtuvo información.

A nivel del país, se observa que para el período "normal" (1975-1979), el número de establecimientos aumentó en 81, particularmente en Unidades de Salud (28), Puestos de Salud (45) y Puestos Comunitarios (8).

Durante los 6 años subsiguientes, período 1980-1985 de agudización de la crisis, aumentó el número de establecimientos en 52, lo cual denota un crecimiento más lento respecto al período anterior.

A nivel de las Regiones de Salud, se tiene que el crecimiento durante el período "normal" fue mayormente efectuado en la Región Oriental (28 establecimientos); lo mismo ocurre en el período 1980-1985, en el que creció para la Región Oriental en 22 establecimientos; no obstante este último período es más largo, lo cual confirma que en términos de promedio anual, su variación fue negativa respecto al período anterior. Entendiendo que no es suficiente con la instalación de los establecimientos, si éstos no funcionan, se presenta en el Cuadro No.32, el total de establecimientos que han sido cerrados como consecuencia de las dificultades que trae la guerra civil que se libra en diversas zonas del país².

-
1. Según los Anuarios Estadísticos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las Regiones de Salud se refieren a los Departamentos, así:
Occidental: Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate (con sede en Santa Ana)
Central: Chalatenango y La Libertad (con sede en Santa Tecla).
Metropolitana: San Salvador (con sede en San Salvador).
Para Central: Cuscatlán, Cabañas, La Paz y San Vicente (con sede en San Vicente). Oriental: Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión (con sede en San Miguel).
 2. Según la Memoria 1985-1986 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a pesar de las dificultades de la guerra civil, se pusieron en servicio 7 nuevos establecimientos, llegando a 342 en total. De éstos, 50 permanecieron cerrados. Pág.75

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PAIS POR REGIONES - PERIODO 1975 - 1979/1985

REGION/TIPO DE ESTABLECIMIENTO	1975	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
REGION OCCIDENTAL	38	51	51	60	64	64	66	67
Hospitales	3	3	3	3	3	3	3	3
Centros de Salud	2	2	2	2	2	2	2	2
Unidad de Salud	19	20	20	21	21	21	21	21
Centros de Salud	14	26	26	27	29	29	31	31
Centros Comunitarios	-	-	-	7	9	9	9	10
Hospensarios de salud	-	-	-	-	-	-	-	-
REGION CENTRAL	39	55	55	62	62	63	63	63
Hospitales	2	2	2	2	2	2	2	2
Centros de Salud	-	-	-	1	1	1	1	1
Unidad de Salud	7	15	15	14	14	14	14	14
Centros de Salud	30	38	38	38	38	39	39	39
Centros Comunitarios	-	-	-	7	7	7	7	7
REGION METROPOLITANA	32	43	43	43	44	44	42	42
Hospitales	5	5	5	5	5	5	5	5
Centros de Salud	-	1	1	1	1	1	1	1
Unidad de Salud	20	23	23	23	23	23	23	23
Centros de Salud	4	4	4	4	4	4	4	4
Centros Comunitarios	-	10	10	10	8	8	6	6
Hospensarios de Salud	1	-	-	-	3	3	3	3
REGION PARACENTRAL	38	51	51	54	54	58	58	58
Hospitales	2	2	2	2	2	2	2	2
Centros de Salud	3	3	3	3	3	3	3	3
Unidad de Salud	9	12	12	12	12	12	14	14
Centros de Salud	24	34	34	35	35	39	37	37
Centros Comunitarios	-	-	-	2	2	2	2	2
REGION ORIENTAL	62	90	91	102	102	102	106	112
Hospitales	2	2	2	2	2	2	2	2
Centros de Salud	3	3	3	5	5	5	5	5
Unidad de Salud	15	28	27	27	28	28	28	28
Centros de Salud	42	57	53	54	53	53	57	63
Centros Comunitarios	-	-	-	8	8	8	8	8
Hospensarios de Salud	-	-	6	6	6	6	6	6
TOTAL DEL PAIS	209	290	291	321	326	331	335	342
Hospitales	14	14	14	14	14	14	14	14
Centros de Salud	8	9	9	12	12	12	12	12
Unidad de Salud	70	98	97	97	98	98	100	100
Centros de Salud	114	159	155	158	159	164	168	174
Centros Comunitarios	2	10	10	34	34	34	32	33
Hospensarios de Salud	1	-	6	6	9	9	9	9

ENTE: Anuarios Nos.9/1975, 12/1979, 13/1979, 13/1980, 14/1981, 15/1982, 16/1983 Salud Pública en Cifras, Depto. de Estadísticas de Salud; y Memoria 85/86 Planificación de los Servicios de Salud, MSPAS.

Como se puede ver para 1985, el número de establecimientos cerrados (50) relacionado a lo dicho anteriormente, prácticamente anula el esfuerzo de crecimiento (52) que se experimentó durante el período --- 1980-1985; significando que la disposición de los mismos ha retrocedido a niveles de 1980. El número de Unidades de Salud y Puestos de Salud en funcionamiento prácticamente han bajado a niveles inferiores de 1979 (95 y 137, respectivamente).

A nivel Regional, se puede afirmar que para 1985, las más afectadas con cierres han sido: La Región Central (16 establecimientos) y la Región Oriental (27 establecimientos). Ambas Regiones han reducido sus establecimientos funcionales a 47 y 85 respectivamente, cifras por debajo de las reportadas para 1979.

Nótese que los datos ajustados por el número de cierres afectan las Regiones que agrupan los Departamentos de constante acción militar: Chalatenango, Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión.

En ese Cuadro No.32 puede verse la continuidad de la agudización de la crisis y particularmente la guerra; para 1982 se reportaban 39 - establecimientos cerrados, fenómeno que continuó dándose, ya que al año 1985 ascendieron a 50.

Continuando con el análisis de los Recursos Físicos, en el Cuadro No.33 se presentan por Regiones y a nivel del país, la disponibilidad de camas para los años 1975 y de 1979 a 1985.

En ese cuadro, se puede observar que a nivel nacional, de 1975 a 1979, se redujeron en 51 unidades afectándose su disposición en los hospitales (62).

CUADRO No 32

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CERRADOS, SEGUN TIPO, REGION Y PAIS A DICIEMBRE DE 1982 Y DICIEMBRE DE 1985														
REGIONES	TOTAL		HOSPITALES		CENTROS DE SALUD		UNIDADES DE SALUD		PUESTOS DE SALUD		PUESTOS COMUNITARIOS		DISPENSARIOS DE SALUD	
	1982	1985	1982	1985	1982	1985	1982	1985	1982	1985	1982	1985	1982	1985
TOTAL	39	50	-	-	-	-	5	5	29	37	4	6	1	2
OCCIDENTAL	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
CENTRAL	12	16	-	-	-	-	-	-	12	15	-	1	-	-
METROPOLITANA	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
PARACENTRAL	5	4	-	-	-	-	-	-	5	4	-	-	-	-
ORIENTAL	21	27	-	-	-	-	5	5	11	18	4	2	1	2

FUENTE Datos de 1985 tomados de Memoria 1985-1986,
y datos de 1982 del Plan de Salud 1985-1986
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Para 1983, los cambios de relevancia se dieron en las Regiones Occidental, bajando a 1,285 camas (13% respecto a 1975), y Oriental en la que ascendieron a 916 (20% respecto a 1975).

Para 1985, solamente se encontró de información el total por país (5,686 camas), dato inferior a cada uno de los años aquí analizados.

CUADRO No.33

CAMAS POR REGIONES Y ESTABLECIMIENTOS 1975 Y PERIODO 1979-1982								
REGIONES/ESTABLECIMIENTOS	1975	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
TOTAL REGION OCCIDENTAL	1469	1377	1416	1423	1426	1285	*	*
Hospitales	1372	1280	1313	1320	1306	1178	*	*
Centros de Salud	97	97	103	103	120	107	*	*
TOTAL REGION CENTRAL	305	321	322	323	351	348	*	*
Hospitales	305	321	322	323	321	318	*	*
Centros de Salud	-	-	-	-	30	30	*	*
TOTAL REGION METROPOLITANA	2801	2829	2868	2867	2862	2862	*	*
Hospitales	2801	2758	2804	2800	2797	2797	*	*
Centros de Salud	-	71	64	67	65	65	*	*
TOTAL REGION PARACENTRAL	620	665	659	664	667	676	*	*
Hospitales	419	455	439	443	448	457	*	*
Centros de Salud	201	210	220	221	219	219	*	*
TOTAL REGION ORIENTAL	765	717	722	900	896	916	*	*
Hospitales	535	556	521	561	546	566	*	*
Centros de Salud	230	161	201	339	350	350	*	*
TOTAL PAIS	5960	5909	5987	6177	6202	6087	*	5686
Hospitales	5432	5370	5399	5447	5418	5316	*	*
Centros de Salud	528	539	588	730	784	771	*	*

FUENTE: Anuario Nos. 9/1975, 12/1979, 13/1980, 14/1981, 15/1982, 16/1983.
Salud Pública en Cifras. Depto. de Estadísticas en Salud; y
Memoria 85/86. Planificación de los Servicios de Salud. MSPAS.

(*) No existen datos

6.2 DISPOSICION DE RECURSOS HUMANOS

Para conocer la situación de los recursos humanos en el sector, se analiza a continuación las plazas ocupadas por el Ministerio de Sa lud Pública y Asistencia Social, durante el período 1975-1985. Se distinguen las plazas por su nivel de especialización en médicos, odontólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería, tanto a nivel del país como por región.

Puesto que en el presente acápite se analiza el comportamiento de la prestación del servicio de salud en la población rural, es el auxiliar de enfermería, de acuerdo a la definición de Puestos de Sa lud anteriormente descrita, el recurso humano de mayor impacto en dicho sector de la población, ya que constituye el personal permanente en dicho establecimiento.

6.2.1 Plazas Para Servicios de Salud

Al analizar el Cuadro No.34 se puede observar que del año 1975 a 1979 el número de plazas utilizadas por el Ministerio de Sa lud Pública y Asistencia Social, se incrementó en 1,191 plazas, de las cuales 372 eran médicos, 58 odontólogos, 380 enfermeras y 381 auxiliares de enfermería. A nivel regional, el comportamiento fue el siguiente: Región Occidental se incrementó en 145 plazas (66 médicos, 10 odontólogos, 67 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería); Región Central se incrementó en 252 plazas (71 médicos, 8 odontólogos, 75 enfermeras y 98 auxiliares de

enfermería); Región Metropolitana; se incrementó en 220 (65 médicos, 22 odontólogos, 47 enfermeras y 86 auxiliares de enfermería); Región Paracentral incrementada en 168 plazas (62 médicos, 6 odontólogos, 51 enfermeras y 49 auxiliares de enfermería); y la Región Oriental se incrementó en 406 plazas (108 médicos, 12 odontólogos, 140 enfermeras y 146 auxiliares de enfermería). Se nota que las Regiones que en este período fueron las más favorecidas con el incremento del número de plazas, fueron la Oriental con 406 y la Central con 252; acumulando el 55% del crecimiento total del país. Si a estas Regiones se agrega la variación dada en la Zona Paracentral, se tiene en esas tres zonas, de mayor -- efecto por el conflicto-- una acumulación del 69% del total de crecimiento del país en ese período tipificado como "normal".

Continuando con ese análisis, en el período 1980-1985, se observa que el crecimiento de un total de 386 plazas a nivel del país, impactó con mayor énfasis en las Regiones Occidental y Metropolitana --de menor efecto por el conflicto--, acumulando un 73% del total de plazas para la Salud.

Caracterizando las Regiones Central, Paracentral y Oriental, como las de mayor presencia bélica, dado que realmente no hubo reducción de plazas durante los períodos analizados y entendidos del desplazamiento significativo de la población, se puede inferir que el recurso humano para la salud, ha sido igualmente desplazado a las zonas "fuera de peligro", con la consecuente concentración de recursos y el abandono de la población rural que aún permanece en las zonas rurales del país.

PLAZAS PARA MEDICOS, ODONTOLOGOS, ENFERMERAS Y AUXILIARES DE ENFERMERIA						
POR REGIONES						
AÑOS/PLAZA	TOTAL	OCCIDENT	CENTRAL	METROPOL.	PARACENT	ORIENTAL
TOTAL 1975:	4117	843	300	1892	472	610
-Médicos	955	194	62	483	94	122
-Odontólogos	120	24	11	46	19	20
-Enfermeras	927	179	71	410	122	145
-Auxil.de enfermería	2115	446	156	953	237	323
TOTAL 1979:	5308	988	522	2112	640	1016
-Médicos	1327	260	133	548	156	230
-Odontólogos	178	34	19	68	25	32
-Enfermeras	1307	246	146	457	173	285
-Auxiliares de Enfer.	2496	448	254	1039	286	469
TOTAL 1980:	5655	1084	585	2257	661	1068
-Médicos	1562	299	158	678	168	259
-Odontólogos	181	34	19	69	26	33
-Enfermeras	1328	249	151	472	172	284
-Auxil.de enfermería	2584	502	257	1038	295	492
TOTAL 1981:	5676	1088	588	2219	663	1118
-Médicos	1537	300	158	640	169	270
-Odontólogos	181	34	19	69	26	33
-Enfermeras	1341	250	151	472	173	295
-Auxil.de enfermería	2617	504	260	1038	295	520
TOTAL 1982:	5653	1089	583	2230	650	1101
-Médicos	1541	301	159	640	172	269
-Odontólogos	181	34	19	69	26	33
-Enfermeras	1295	250	145	469	158	273
-Auxil.de enfermería	2636	504	260	1052	294	526
TOTAL 1983:	5654	1093	585	2222	650	1104
-Médicos	1553	303	161	642	177	270
-Odontólogos	181	34	19	69	26	33
-Enfermeras	1281	250	145	460	153	273
-Auxiliares de Enfer.	2636	506	260	1051	294	528
TOTAL 1985:	5694	1135	561	2246	658	1094
-Médicos	1531	303	158	661	163	246
-Odontólogos	179	34	19	71	22	33
-Enfermeras	1343	280	159	458	172	274
-Auxil.de enfermería	2641	518	225	1056	301	541

FUENTE: Anuarios Nos. 9/1975, 12/1979, 13/1980, 14/1981, 15/1982, 16/1983.
Salud Pública en cifras, Departamento de Estadísticas de Salud y
Memoria 85-86, Planificación de los Servicios de Salud. MSPAS.

Lo anterior se puede evidenciar aún más, si tal como lo muestra el Cuadro No.35 se deducen los establecimientos para la salud que han sido cerrados durante el período de guerra. En ese Cuadro No. 35 se presentan únicamente la disposición de los Puestos de Salud y Auxiliares de Enfermería, por constituir idoneamente y según definición del Ministerio de Salud Pública¹, los recursos asignados al sector rural.

En el referido Cuadro se puede observar que con datos ajustados a 1985, definitivamente las Regiones Occidental y Metropolitana pasan de acumular el 16% de Puestos de Salud en 1975 y 19% en 1979, al 26% en 1985. Respecto a los Auxiliares de Enfermería, bajan esas mismas Regiones -menos afectadas por la guerra-, del 66% en 1975 al 60% en 1979, manteniéndose en el 60% en 1985; indicando esto, que las Regiones afectadas por la guerra -Central, Paracentral y Oriental- han sufrido una reducción en el número de Puestos de Salud en funcionamiento, conservando un leve crecimiento en las Plazas de Auxiliares de Enfermería, lo que demuestra que existe concentración de recurso humano en el menor número de establecimientos disponibles.

1. Ver definición de Puestos de Salud, según sus funciones, en página No. anterior.

Respecto a los Auxiliares de Enfermería, según el Ministerio de Salud de Nicaragua, se le reconoce como el elemento fundamental en la fase de expansión de la cobertura de los Servicios de Salud. Informe 1980, Pág.22

CUADRO No 35

ASIGNACION DE PUESTOS DE SALUD Y AUXILIARES DE ENFERMERIA POR REGIONES - AÑOS 1975, 1979-1985																	
REGION		1975		1979		1980		1981		1982		1983		1985		1985 ¹ Ajustado	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
OCCIDENTAL	Puestos de Salud	14	12	26	16	26	17	27	17	29	18	29	18	31	18	31	23
	Aux de enfermer	446	21	448	18	502	20	504	19	504	19	506	19	518	20	518	20
CENTRAL	Puestos de Salud	30	26	38	24	38	25	38	24	38	24	39	24	29	23	24	18
	Aux de enfermer	156	8	254	10	257	10	260	10	260	10	260	10	225	9	225	9
METROPOLITANA	Puestos de Salud	4	4	4	3	4	2	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3
	Aux de enfermer	953	45	1039	42	1038	40	1038	40	1052	40	1051	40	1056	40	1056	40
PARACENTRAL	Puestos de Salud	24	21	34	21	34	22	35	22	35	22	39	24	37	21	33	24
	Aux de enfermer	237	11	286	11	295	11	295	11	294	11	294	11	301	11	301	11
ORIENTAL	Puestos de Salud	42	37	57	36	53	34	54	34	53	33	53	32	63	36	45	33
	Aux de enfermer	323	15	469	19	492	19	520	20	526	20	528	20	541	20	541	20
TOTAL PAIS	Puestos de Salud	114	100	159	100	155	100	158	100	159	100	164	100	174	100	137	100
	Aux de enfermer	2115	100	2496	100	2584	100	2617	100	2636	100	2639	100	2641	100	2641	100

FUENTE Elaborado con Datos de Cuadros Nos. 31, 32 y 34 de este trabajo

(1) Excluyen los puestos de salud que se reportaron cerrados en 1985

6.2.2 FORMACION Y ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL PARA SALUD

Es importante destacar que la graduación de profesionales para la salud, así como su capacitación, son factores coadyuvantes en el logro de un nivel de salud aceptable para una sociedad.

En el caso de El Salvador, la tendencia mostrada por estos factores durante los años de profundización de la crisis, es evidente que apunta hacia una proporción menor, en relación a la población total, cuando se analizan los períodos 1976-1980 y 1981-1985. Para el caso, si se toma el total de doctores en medicina graduados (685) para el primer período (Ver Cuadro No.36) y lo relacionamos con la población total de 1980 (4,797,000 habitantes según Cuadro No.7), se establece que, para los años anteriores a que la crisis se profundizara, por cada 7,000 salvadoreños se graduaba un médico, en cambio, para el período 81/85 se graduaron 751 médicos generales y la población total para 1985 que es de 5,552,000 habitantes resulta que durante los años de crisis profunda, por cada 7,400 salvadoreños se graduó un médico.

Si siguiendo con el análisis, se observa que en el caso de los odontólogos, la relación es aún más deplorable; para el primer período se graduaron 123 cirujanos dentales, es decir, que para los años anteriores a 1980 se graduó un odontólogo por cada 39,000 habitantes, mientras que para el segundo período corresponde un odontólogo por cada 55,500 salvadoreños.

Resulta obvio entonces, que la profundización de la crisis ha repre

CUADRO No 36

GRADUACION DE PERSONAL PARA LA SALUD DE LAS UNIVERSIDADES NACIONAL Y PRIVADAS - 1974-1983													
CARRERAS	A Ñ O S											TOTAL	%
	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986		
Doctor en Medicina - UES	94	211	29	98	253	159	274	22	239	57	236	1672	74.2
Doctor en Cirujía Dental-UES	12 ^a	49 ^a	42 ^a	16	4	45	12	39	2	2	-	223	9.8
Lic en Laboratorio Clínico ^b -UES	2	2	6	5	16	33	13	45	21	24	7	174	7.7
Lic en Educ para la salud-UES	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	0.1
Lic en Ecotecnología-UES	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	3	0.1
Tecnólogo en Labor Clínico-UES	-	-	-	1	-	-	-	-	6	1	-	8	0.4
Tecnólogo en Fisioterapia -UES	-	-	10	-	18	5	-	10	3	16	1	63	2.8
Tecnólogo en Anestesiología-UES	-	-	-	1	11	7	1	6	20	21	4	71	3.1
Tecnólogo en Radiotecnología-UES	-	-	-	-	2	1	-	-	-	6	-	9	0.4
Tecnólogo en Higiene Materna-UES	-	-	-	-	3	3	-	3	3	1	1	14	0.6
Tecnólogo en Higiene Infantil-UES	-	-	-	-	2	2	-	-	1	1	2	8	0.4
Lic en Dietología y Nutrición-UES	-	1	-	-	-	-	-	-	-	6	1	8	0.4
TOTAL												2255	

(a) Tomado de Plan de Salud 1985-1989 (Versión Revisada) MSPAS

(b) Hasta 1976 existía la Carrera de Tecnólogo Médico, la cual se convirtió en Licenciatura en Laboratorio Clínico

FUENTE Departamento de Egresos e Incorporaciones de la Secretaría de Asuntos Académicos UES
Ciudad Universitaria 9 de Junio de 1986

cutido grandemente en la formación de profesionales capacitados para atender las necesidades urgentes en salud de la mayoría de la población. El cierre de la Universidad de El Salvador por más de 2 años es un factor determinante en la explicación de la tendencia arriba descrita¹.

Al observar el Cuadro No.36 se aprecia que para una década completa 76/86, se graduaron en total de 2,255 profesionales a nivel universitario, es decir, un promedio de un profesional por cada 24,600 habitantes (tomando la población de 1985), lo cual es insuficiente para cubrir la magnitud de necesidades que se padecen. Del total de profesionales graduados el 74.2% corresponde a doctores en medicina general, 9.8% a cirujanos dentales, 7.7% a Licenciados en Laboratorio Clínico, 3.1% a Tecnólogo en Anestesiología, y 2.8% a Tecnólogo en Fisioterapia, al resto de carreras corresponden porcentajes inferiores al 1%, lo cual refuerza la apreciación de que la ausencia de una planificación integradora entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación da como resultado, no solamente graduaciones mínimas de estas carreras, sino una subutilización de los profesionales graduados; para el caso, en el Plan de Salud 1985-1989 se afirma con relación a estas carreras que "han tenido gradua

-
1. En el Plan de Salud 1985-1989 en la Pág.139 se afirma que "El cierre de la Universidad de El Salvador ha producido, en dos ocasiones, desajustes al Ministerio de Salud, ya que la prestación de Servicios en los puestos de salud y en otros establecimientos, es brindada a través de estudiantes de medicina en Servicio Social"

ciones mínimas y el producto ha sido pobremente utilizado, a pesar que podría ser recurso valioso en muchas áreas. Un ejemplo es la atención del parto, que es atendido en la mayoría de los hospitales por auxiliares de enfermería y a veces por enfermera graduada, estando mejor capacitado el tecnólogo materno. Igual sucede con el tecnólogo infantil, el cual tiene los elementos técnicos para brindar atención en el control del crecimiento y desarrollo del infante, sin embargo, el Ministerio emplea el recurso enfermera para tal fin¹.

En cuanto a la intención del Ministerio de Educación de dotar al sistema de salud, de técnicos a nivel intermedio para atender necesidades en este campo, basta citar el diagnóstico del Plan de Salud -- 85/89, para darse cuenta de la falta de coordinación y planificación a que se ha hecho referencia².

En cuanto al adiestramiento de médicos a través de becas al exterior, se observa prioridades interesantes, así como discontinuaciones sustanciales de su uso durante los años posteriores a 1982, es decir, durante los años de mayor profundización de la crisis generalizada que padece El Salvador.

-
1. Plan de Salud 1985-1989 MSPAS, Pág.139
 2. IBID. En la pág. 143 se afirma que: "A nivel de bachillerato, el Ministerio de Educación implementó el bachillerato en salud, recurso que no ha podido ser empleado por salud porque carecía de los elementos para considerarse como carrera terminal o no se ha empleado como auxiliar de enfermería, porque carece de los componentes prácticos que se exigen a este personal. Igual ha sucedido en lo que corresponde a saneamiento y auxiliares de odontología que son las otras diversificaciones dentro del mismo bachillerato.

En el Cuadro No.37 se aprecia que de 181 médicos becados al exterior durante el período 78/85 el 30.9% corresponde a 1980, mientras que para los años 1983, 1984 y 1985 corresponden porcentajes del 1.1%, 1.1%, y 0.6% respectivamente; lo cual demuestra el impacto negativo que la reducción real, en términos cuantitativos y cualitativos del presupuesto asignado al Ministerio de Salud, ha producido en menoscabo de los procesos de adiestramiento necesario para los médicos.

Sin embargo hay que señalar, que si bien es cierto que las becas al exterior son importantes, también deben serlo el área hacia donde se capacita. En el mismo Cuadro No.37 se observa que el 30.4% de las becas fueron destinadas al rubro de "especialidades", con el consiguiente inconveniente de que dada la ausencia de objetivos y mecanismos adecuados, estas especialidades no se traducen en prestaciones de servicio para los más necesitados, sino que, redundan en beneficios particulares de los becados, quienes aprovechan la especialización en el ejercicio privado de su profesión.

Asimismo, se observa en el Cuadro No.37 que el 18.2% de las becas al exterior para médicos, se destinó al área de la planificación familiar. Esto demuestra el interés por parte de los gobiernos en los programas destinados al control de la natalidad en menoscabo de los programas de prevención de enfermedades infectocontagiosas y de nutrición infantil, que son las causantes "normales" de las altas tasas de mortalidad y morbilidad infantil en El Salvador. A este respecto se afirma en un diagnóstico del Subsector salud, hecho por la

CUADRO NO 37

BECAS EN EL EXTERIOR PARA MEDICOS POR AREA DE CAPACITACION(*)								1978 - 1982		
AREA DE CAPACITACION	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	TOTAL	%
Salud Pública	1	4	5	3	7	1	1	-	22	12.2
Admón Hospitales	1	-	1	-	-	1	1	1	5	2.8
Estadísticas de Salud	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0.6
Planificación Familiar	12	3	10	3	5	-	-	-	33	18.2
Materno Infantil	1	3	8	2	1	-	-	-	15	8.3
Saneamiento Ambiental	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0.6
Planif de Recursos Humanos	1	-	2	1	-	-	-	-	4	2.2
Atención Primaria	1	1	8	3	3	-	-	-	16	8.8
Otros Cursos de Admón	6	-	3	2	-	-	-	-	11	6.1
Especialidades	13	8	16	7	11	-	-	-	55	30.4
Otros Cursos	4	-	3	3	8	-	-	-	18	9.8
TOTAL	42	19	56	24	35	2	2	1	181	100.0
%	23.2	10.5	30.9	13.3	19.3	1.1	1.1	0.6	100	

FUENTE Plan de Salud 1985-1989 (Versión Revisada) MSPAS .

(*) No incluye reuniones, congresos, etc.

Universidad de El Salvador, que "la mortalidad infantil pre-escolar es alta..... por lo que..... puede atribuirse estas muertes a la mal nutrición infantil"¹. Más adelante en el mismo diagnóstico se afirma que: "Las enfermedades más consultadas en el sistema del Ministerio de Salud son de tipo infeccioso o prevenible. Tales enfermedades son. las del aparato bucal, faríngeo, digestivo y respiratorio, como las dentales, enteritis y otras enfermedades diarreicas, parasitarias, bronquitis, efisema, etc.

La tendencia de estas enfermedades a través de las décadas anteriores es la de permanecer o aumentar"²

Siempre en el Cuadro No.37 se aprecia que al área de capacitación denominada Salud Pública, se destinaron 12.2% del total de becas para el período analizado; el 9.8% corresponde a un rubro no especificado y 8.8% al área de Atención Primaria.

El caso de las enfermeras becadas es aún más deplorable que el de los médicos, ya que tal y como se aprecia en el Cuadro No.38, en un período de 8 años fueron becadas 42 enfermeras, de las cuales asistieron el 85.6% a cursos de adiestramiento al exterior de dos meses máximo de duración y apenas 2 enfermeras asistieron a cursos mayores de un año de duración, lo cual indica la baja cobertura en el adiestramiento efectivo al personal de enfermería.

1. Aproximación a un Diagnóstico del Subsector Salud en El Salvador. San Salvador, El Salvador, C.A, Agosto de 1986. Mimeo UES. Pág.7

2. Op. Cit. Pág.12

CUADRO No 38

ENFERMERAS BECADAS EN EL EXTERIOR, POR ESPECIALIDAD Y TIEMPO DE REALIZACION - 1975-1982(*)									
AREA DE ADIESTRAMIENTO	TOTAL (1)		D U R A C I O N						
	No	%	1 mes	1 mes a 2 meses	2 meses a 4 meses	4 meses a 6 meses	6 meses a 1 año	1 año a 2 años	2 y más años
Materno Infantil	6	14.3	2	3	-	-	1	-	-
Atención Primaria	9	21.4	6	2	-	1	-	-	-
Administración	4	9.5	1	3	-	-	-	-	-
Salud Pública (Licenciatura)	2	4.8	-	-	-	-	-	2	-
Planificación Familiar	12	28.6	5	6	1	-	-	-	-
Recursos Humanos	1	2.3	1	-	-	-	-	-	-
Otros	8	19.1	4	3	1	-	-	-	-
TOTAL	42		19	17	2	1	1	2	-
%		100.0	45.2	40.4	4.8	2.4	2.4	4.8	-

FUENTE: Plan de Salud 1985-1989 (Versión revisada) MSPAS.-

(*) No incluye asistencia a reuniones, congresos, etc

(1) El total incluye 2 enfermeras que han utilizado 2 becas y una que ha utilizado 4 becas durante el período.

Al igual que en el caso de los médicos los cursos de adiestramiento en el exterior para enfermeras están orientados al control de la natalidad, ya que el 28.6% de las becas están destinadas hacia ese rubro, mientras que a la atención primaria se le dedicó el 21.4% y a materno infantil el 14.3%

En síntesis, se puede afirmar que la formación de profesionales para la salud, ha sido afectada durante la profundización de la crisis con el consiguiente deterioro en la prestación de servicios vitales de salud para la mayoría de la población; que la falta de una planificación y coordinación entre los ejecutores de las políticas de salud y el Ministerio de Educación ha provocado que técnicos en salud de nivel intermedio no hayan sido absorbidos por el sistema respectivo, que el adiestramiento otorgado a médicos y enfermeras al exterior ha sido orientado a fortalecer las creencias neomalthusianas de que impulsando mecanismos para el control de la natalidad, los males que aquejan a El Salvador desaparecerán y finalmente, es obvio, que el cierre de la Universidad de El Salvador y consiguientemente de las Facultades de Medicina y Odontología, han significado un retraso aún mayor en la dotación de profesionales para salud e incluso en las perspectivas a corto y mediano plazo, ya que durante el cierre, no hubo matrículas para dichas facultades.

6.3 PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Entendida la relación existente entre la disposición de los Recursos Físicos y Humanos para la Salud y el nivel de prestación de los servicios, en este espacio, se abordan las Atenciones o Consultas Médicas otorgadas durante los años de 1976 a 1985. Las atenciones médicas se refieren al Programa de Asistencia Ambulatoria, ya que se define como "la que se otorga en los establecimientos de salud y en la comunidad"¹, porque es a través de la Asistencia Médica Ambulatoria que "se pretende... favorecer a la totalidad de la población,.....con la participación de la misma..... que les permite llevar las acciones de la atención primaria a las zonas menos accesibles"².

En este apartado se expone la relación entre los recursos y los servicios para la salud, es decir, cómo el cierre de establecimientos y la concentración de los recursos en Regiones menos afectadas por la guerra, han incidido en la prestación de servicios de salud a la población rural.

En el Cuadro No. 39 se tienen datos de 1976 a 1985, relacionados con la atención médica ambulatoria, denotándose un crecimiento sostenido hasta 1979, congruente con las condiciones de períodos "normal", en el cual existían posibilidades relativas de expansión en la cobertura de atenciones médicas. En 1980, se sufre una baja del 10% respecto al año anterior y a pesar de producirse crecimiento para

1. Memoria 1985-1986. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág.60

2. IBID. Pág.60

los años de 1981 a 1983, estos son insensibles, oscilando entre el 0.8% y el 5.2% y manteniéndose aún por debajo del nivel de asistencia ambulatoria lograda en 1979.

CUADRO No. 39

COBERTURA DE LA ASISTENCIA AMBULATORIA		1976-1985
AÑOS	TOTAL ATENCIONES	VARIACION ANUAL
1976	2,958,666	N.D.
1977	3,403,263	15.0
1978	3,662,531	7.6
1979	4,259,313	16.3
1980	3,834,809	- 10.0
1981	4,036,311	5.2
1982	4,068,365	0.8
1983	4,162,822	2.3
1984	4,580,324	10.0
1985	4,124,829	- 9.9

FUENTE: Anuario Salud Pública en Cifras Nos. 12/1979, 13/1980, 14/1981, 15/1982, y 16/1983. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Para 1984 existe una recuperación del nivel de asistencia, significando un crecimiento del 10% respecto a 1983 y del 7.5% sobre lo logrado en 1979. Un año más tarde, confirmando la agudización de la crisis, con el sostenimiento de la guerra, se experimenta una caída del número de asistencia ambulatoria del 9.9% sobre 1984 y del 3.1% respecto a 1979.

En el Cuadro No.40 se presentan datos de la atención médica ambulatoria por Regiones y el tipo de personal (%) que la otorgó, durante el período 1979-1983. En el mismo, se observa que a excepción de la Región Metropolitana, en todas las regiones, el número de atenciones bajó en 1983 respecto a 1979. Se nota también que hubo puntos de menor nivel de atención en los años 1980 y 1981 donde se acentuó la guerra y los organismos públicos tuvieron menor presencia en el campo.- En el caso de la Región Oriental, su comportamiento es deprimente, -prácticamente año con año se van reduciendo el nivel de cobertura. . En términos cualitativos, sobre la calidad del servicio de atención médica, se puede decir, que la misma se ha deteriorado en tanto que la cobertura de médicos y odontólogos presenta un comportamiento porcentual decreciente para todas las regiones del país.

Adicionalmente se puede advertir que las Regiones que menor acceso tienen al servicio de este tipo de profesionales, son las que padecen en mayor grado los efectos de la guerra.

Otra evidencia se observa en el comportamiento de la atención ambulatoria otorgada por los Ayudantes Rurales de Salud, la que tanto a nivel nacional como regional es decreciente, lo cual niega la estrategia de participación comunal que sostiene el Ministerio de Salud Pública¹.

1. Memoria 85-86, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág.60

ATENCION MEDICA AMBULATORIA POR REGIONES Y TIPO DE PERSONAL					
PERIODO 1979 - 1983					
	1979	1980	1981	1982	1983
REGION OCCIDENTAL					
Total Atenciones	856,150	645,320	689,266	728,615	720,699
% de Atenciones por Méd.y Odont.	78.9	73.8	79.4	79.6	78.1
% de Atenciones por Enfermería	13.3	16.5	14.7	15.0	4.1
% de atenciones por ARS	7.7	9.7	5.9	5.5	4.8
REGION CENTRAL					
TOTAL ATENCIONES	583,671	542,636	551,551	587,933	570,954
% de atenciones por Méd.y Odon	68.9	70.9	76.9	71.6	65.7
% de atenciones por Enfermería	16.6	16.2	14.0	18.3	22.4
% de atenciones por ARS	14.5	12.8	9.1	10.1	11.9
REGION METROPOLITANA					
TOTAL DE ATENCIONES	1,106,377	1,113,921	1,206,711	1,218,944	1,288,663
% de atenc. por Médicos y Odont.	91.6	91.3	90.1	89.5	89.1
% de atenciones por Enfermería	8.4	8.7	9.9	10.0	9.6
% de atencionres por ARS	-	-	-	-	-
REGION PARACENTRAL					
TOTAL DE ATENCIONES	657,618	543,508	518,116	560,620	538,892
% de aten. por Médicos y Odontó.	66.8	67.9	76.9	70.8	65.9
% de atenciones por Enfermería	13.4	18.5	17.1	21.3	27.2
% de atenciones por ARS	19.8	13.6	5.9	7.9	6.9
REGION ORIENTAL					
TOTAL DE ATENCIONES	1,055,497	984,460	1,060,823	972,253	901,068
% de atenc.por Médicos y Odontó.	63.2	63.0	71.9	60.5	55.6
% de atenciones por enfermería	22.2	26.0	21.8	31.7	36.2
% de atenciones por ARS	14.6	10.7	6.3	7.8	8.2
TOTAL PAIS					
TOTAL DE ATENCIONES	4,259,313	3,829,845	4,026,467	4,068,365	4,020,276
% de Atenc.por Médicos y Odontó.	75.0	74.9	80.0	75.6	73.2
% de atenciones por Enfermería	14.7	16.9	15.3	18.8	21.1
% de atenciones por ARS	10.2	8.1	4.7	5.6	5.7

FUENTE: Anuarios Salud en Cifras 12/1979, 13/1980, 14/1981, 15/1982, y 16/1983, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

7.0 EL COSTO SOCIAL DE LA CRISIS SALVADOREÑA EN EL SECTOR SALUD Y PERSPECTIVAS

Durante el desarrollo de la presente investigación, se ha sostenido que la Formación Económico-Social Salvadoreña entró a partir de 1980 en una fase de evolución sumamente distinta a las anteriores. Entendido el concepto de Formación Económico-Social, se abordó una serie de esferas relacionadas con los aspectos económicos, sociales, políticos y culturales, con el fin de no ignorar (no obstante se estudia el sector salud) que la sociedad, su forma de organización es dinámica, históricamente continua y cambiante, característica a propósito que determina la discontinuidad de un tipo de sociedad específica.

La sociedad capitalista salvadoreña ha pasado en crisis constante y para la última década se presenta una agudización de esa situación; al grado que amplios sectores de la población tomaron la opción (agotadas las demás) de manifestarse política y militarmente contra el tipo de régimen imperante. Etimológicamente hablando, se optó por subvertir el orden público considerándosele fuera de vigencia.

Al analizar el Sector Salud, se conocía que el mismo, aún antes de la coyuntura, no respondía a las necesidades de la población salvadoreña.- En época de agudización de la crisis, era lógico esperar que el sector salud saldría más afectado, con el consecuente deterioro, aún más de la salud de la población.

En este trabajo, se partió de un sistema de hipótesis, conformado por afirmaciones en las que se asumía una relación existente entre variables no solo propias del sector salud, sino además con variables de

otros sectores económicos. Así se analizó la orientación del gasto público total y de otros ramos; el comportamiento de los precios de diversos productos de la canasta básica y la composición de la dieta mínima; el comportamiento de los salarios mínimos de los trabajadores; el desplazamiento de la población rural hacia otras áreas; así como la disposición de recursos físicos y humanos que tiene el sector salud.

Cuando se habla de costo social, en términos generales se refiere al sacrificio en que incurre la sociedad en conjunto ante un fenómeno y, que puede en un momento determinado ser mayor que los costos precisados si el fenómeno estuviera bajo control.

En ese sentido, el costo social de la crisis salvadoreña en el Sector Salud se entiende como el sacrificio adicional que, en términos de retrasar las posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas, esta sociedad efectúa, debido a que en circunstancias de guerra, le es aún más difícil que en crisis "normal", lograr una correspondencia entre el sistema de salud y las necesidades de atención médica tanto preventiva como curativa de la población.

El hecho de caer en un "déficit" mayor de la cobertura en los servicios de salud, es el sacrificio social del pueblo salvadoreño. La agudización de la crisis, con la confrontación bélica, causan esa tragedia.

Para un mejor ordenamiento en la determinación del costo social de la crisis, se traerán a cuenta, las conclusiones obtenidas para cada hi-

pótesis deducidas, lo que a su vez resumirá el nivel de validación de las mismas y el de la hipótesis principal.

7.1 VALIDACION DE HIPOTESIS DEDUCIDAS

- a) "La reducción del gasto público orientado al Sector Salud, durante el período 1975-1985, trajo consigo la paralización de programas de infraestructura para la salud".

Al analizar las políticas sobre el gasto público y específicamente en el Ramo de Salud y Previsión Social, se han encontrado declaraciones de buena intención, al considerar la mejora de calidad de vida de la población como un aspecto muy importante, en tanto que una población saludable es también un factor determinante del desarrollo. Partiendo de esta afirmación, a nivel institucional han habido definiciones de política en las cuales se pretende racionalizar los recursos y la utilización de tecnología disponible para mejorar el nivel de salud.

- En el desarrollo del estudio del gasto público, se encontró una contradicción substancial entre los planteamientos de política del Sector Salud y la asignación de recursos para el mismo.

En el apartado correspondiente, se demostró como el nivel del gasto público total ha crecido constantemente (tasa anual promedio de 13.8% de 1976 a 1979 y de 10.4% de 1980 a 1985) y la asignación al Sector de Desarrollo Social, determinante para la rehabilitación de

la fuerza de trabajo que permita la reproducción del tipo de formación social, contradictoriamente ha decrecido (pasó de una tasa -- anual promedio del 11,3% en los años 1976-1979 al 5,9% en los años 1980-1985),

En el ramo específico de salud, se contrajo igualmente la asignación presupuestaria pasando del 10,8% en 1976 al 7,5% en 1985.

Paradójicamente, respecto a las políticas de desarrollo social, a los sectores relacionados con la guerra se les ha asignado una cada vez mayor porción del gasto público total (6,5% en 1976; 12,7% en 1979; y 30,8% en 1985, para Defensa y Seguridad Pública).

i- La agudización de la crisis social, ha traído como consecuencia la desnaturalización de las Políticas de Desarrollo Social. La caída constante de la producción, y las exigencias financieras de la guerra, han provocado también un endeudamiento externo de alto nivel; al grado que en el análisis del gasto público por sectores se pudo determinar que los que incluyen la deuda externa (servicios económicos y financieros) y la defensa y seguridad pública (administración y servicios generales), suman una asignación sustancial (29,3% en 1976; 28,1% en 1979; y 53,4% en 1985), siendo específicamente los rubros de defensa y seguridad pública el 30,8% en 1985.

En el período estudiado, no se ha incrementado la capacidad física instalada necesaria para facilitar el logro de los objetivos de las políticas de bienestar social. En el sector salud, los gastos de capital bajaron un 19,7% en el período 1976-1979 y un 36,2% de 1979 a 1985.

Otra cuestión importante de destacar, respecto a los Gastos de Capital en el Ramo de Salud, es la forma de financiamiento. Este depende cada vez más de préstamos internos y externos, lo cual denota la incapacidad endógena de la economía, de generar su sostenimiento.

Lo anterior indica que con la caída de la producción, dada la situación de guerra imperante, se ha tenido que recurrir al financiamiento externo, siendo lo crítico de esta situación, que estos recursos en una significativa proporción, se orientan al sostenimiento de la estructura política (aparato burocrático del Estado) y de la guerra. Alarmante es esto, ya que constituyen sectores parásito y de destrucción de la economía respectivamente. Es decir que debido a la situación de guerra, los gobernantes de los últimos años han reorientado la política de priorización del gasto público hacia el sostenimiento de su forma de régimen y en consecuencia, a la definición de la crisis socio-política, a través de ganar la guerra; con el consecuente desmedro de las condiciones de vida de la población y sacrificios de vidas humanas.

- b) "El desplazamiento de la población rural, caracterizada por ser la de condiciones de salud más deplorables, ha generado hacinamientos... que reportan mayor número de enfermedades y enfermos".

Esta hipótesis se constituyó en el objeto del trabajo de campo en la investigación.

Entendido que la salud no puede concebirse aisladamente de las demás condiciones de vida de la población, en la encuesta se captó informa

ción de otros aspectos socio-económicos determinantes o asociados a la salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos con la encuesta muestral de 190 Jefes de familia, en dos Centros de Desplazados, se logró caracterizar la población y determinar algunos rasgos de las condiciones de vida lamentables que padecen.

La migración de desplazados por la guerra, definitivamente ha venido a convertirse en un grave problema social, en tanto que significa el abandono de tierra con alguna capacidad de producir; y abandono de propiedad en bienes muebles e inmuebles de la población por la persecución indiscriminada.

En general, la población asentada es de origen rural y se encuentra en una situación de abandono intempestivo de su forma de vida, sometido a una urbanización impuesta contra su voluntad. Es población de escasos recursos, de economía familiar de subsistencia. El 98% de la fuerza de trabajo está ocioso, el 88% de la población en edad escolar no ha mejorado su nivel educativo; condiciones que obligan a un subsidio permanente (problemáticamente cubierto por las instituciones) y a altos niveles de dependencia en la población.

La generalidad de familias salieron de sus hogares a consecuencia del conflicto, por temor a la violencia y por amenazas; pudiendo advertirse la gravedad del problema al conocerse que el 72% tiene más de 3 años de haber salido. Esto indica que el carácter provisional de los Centros de Desplazados no existe en la práctica; las causas del fenómeno migra-

torio no son aún resueltas y consecuentemente la población prefiere la protección o inmunidad relativa que les provee la institución patrocinadora.

Aspectos importantes de señalar son los relacionados con la dependencia, acomodamiento y parasitismo de la población. En principio, se aclaró que la población tiene una trayectoria que corresponde a personas muy laboriosas, lo que descarta la posibilidad que originalmente fueran desocupados voluntarios. Se encontró precisamente que la gente desea trabajar preferentemente y en su orden, en el lugar de origen o en el asentamiento, siempre bajo protección de las instituciones, que a su juicio es lo único que le garantiza su vida. Que el motivo de su desocupación es el carácter asistencialista de los asentamientos, en tanto que no existen proyectos productivos y rentables que le permita a la población desplazada su autosostenimiento colectivo; es decir que existe escasa capacidad de generar empleo en esos Centros.

Respecto a la salud de la población desplazada, se concluye que la misma es deplorable, en tanto que previo a incorporarse al Refugio, la población ha ambulado a la intemperie, huyendo del combate entre las fuerzas rebeldes y gubernamentales. No obstante que la familia ha sido desarticulada y sus miembros se encuentran dispersos, una gran proporción de familias han reportado mayor frecuencia de enfermos.

Se agrega a esto, que dada la prolongación del conflicto, que obliga a extender el período de "transitoriedad" de los centros, el sostenimiento de los mismos es complejo, lo cual redundará en la insatisfacción

de necesidades básicas de la población. No obstante las buenas intenciones y la identidad de las instituciones con el problema, la población padece condiciones subalimentarias y de desnutrición, falta de higiene y control de la contaminación del medio ambiente, lo que provoca mayor número de enfermedades.

La presencia "rutinaria" de los trastornos mentales, se puede asociar directamente al fenómeno de la violencia. ¿Qué se podía esperar de una persona que si no fue lesionada, estuvo a punto de morir, o perdió - uno o varios de los miembros de su familia, otros parientes o amigos? ¿Cuál será el impacto de retardo psíquico, crecimiento, peso, educación y en nutrición que padecerá la niñez que ha mal vivido esta crisis? ¿Qué se hace además de propaganda,... por la vida de los niños, si 2 de cada 3 familias reportaron fallecimientos violentos asociados al conflicto político-militar?

En resumen, sobre los desplazados, se mencionaron efectos negativos, tales como el abandono de tierras fértiles y otras propiedades, incremento del desempleo, mayores niveles de dependencia, subalimentación y desnutrición, trastornos mentales y de la salud en general. Todo ésto, propio del desplazamiento de la población rural, fenómeno que constituye íntegramente, parte del costo social de la crisis salvadoreña, ya que ese fenómeno es inmanente a la crisis misma.

c) "El alza de los precios de los bienes y servicios, aunado a la medida del congelamiento de los salarios nominales, adoptada en el período de crisis, ha deteriorado los salarios reales, lo que significa una menor posibilidad de mejorar las condiciones de vida de los salvadoreños".

Luego del trabajo de campo efectuado, donde se conocieron las condiciones precarias de vida de la población desplazada, se puede decir que la actual situación social y económica realmente "golpea" a una gran proporción de los habitantes del país.

Para la hipótesis aquí tratada, se observó como el fenómeno inflacionario "golpea" las frágiles economías de la mayoría de los salvadoreños. Peor es aún en el período de agudización de la crisis, donde la inflación se vuelve galopante, lo cual quedó demostrado al comparar los índices de precios al consumidor durante los años 1979-1980 y 1981-1986. De 1979 a 1980 creció un 17% y en el período posterior con la Ley Temporal de Estabilización Económica, creció a una tasa anual promedio del 58%.

El comportamiento de esas variables determinan el difícil acceso a la adquisición de la canasta de consumo básico; en tanto que la referida Ley no sólo no logró su objetivo de controlar la inflación, sino que deterioró aún más las condiciones de vida de la población asalariada, al congelar los salarios y permitir la especulación con los artículos de consumo básico y la correspondiente alza immoderada de los precios, tal cual "incentivo" a la iniciativa privada.

Por lo dicho hasta ahora, ya no es posible vincular la variable población con la situación de pobreza del salvadoreño. Recuérdese que al desarrollar esta investigación, se decía que la pobreza en sí es la insatisfacción de las necesidades vitales y básicas que la persona requiere para su existencia y desarrollo físico y mental. De ahí, que sí es posible vincular el hambre y desnutrición con la pobreza, con la desigual distribución del ingreso y la atención sanitaria, y en consecuencia con niveles elevados de infección en las zonas rurales y marginales, y al déficit en el consumo de energías protéicas. Todo esto provoca y ubica a El Salvador con altos índices de morbilidad y mortalidad en la población más desprotegida.

Quedó así demostrado, que agregado a las ya precarias condiciones de vida, la agudización de la crisis condujo y conducirá aún más a una gran proporción de la población a una posición más distante de lograr satisfacer sus necesidades básicas, de adquirir su dieta alimenticia mínima.

En conclusión, se puede decir que además de la población marginal y desocupada, también la población asalariada ha sido castigada por la coyuntura actual, ya que el congelamiento de los salarios (deterioro mayor del salario real) le ha reducido la posibilidad de enfrentar las exigencias del presupuesto para el gasto familiar; de satisfacer sus necesidades de salud, alimentación, vestuario, educación; de bienestar social.

d) "La concentración de recursos para la salud en las áreas urbanas, que se ha incrementado debido al cierre de establecimientos rurales, aunada a la disminución en la formación de recursos humanos, han significado un mayor deterioro en la prestación de servicios de salud a la población rural".

Alrededor del desarrollo de esta hipótesis, quedaron destacados al menos 3 fenómenos, constituyentes de un mayor sacrificio social, un costo social:

- 1) Los desplazados,
- 11) El cierre de establecimientos,
- 111) Deterioro e indisposición de mayor número de camas.

La población desplazada, en sí misma constituye un sector desatendido en las áreas rurales, además de ejercer una presión sobre los ya saturados establecimientos de salud urbanos o semirurbanos.

Fue posible también observar que es en vano hacer esfuerzos por "inaugurar" nuevos establecimientos, si la continuidad de la crisis y particularmente la guerra, provocan su anulación dado el cierre de otros establecimientos.

Ya en otras ocasiones se dijo, que es insignificante efectuar campañas de vacunación, si la producción de bienes alimenticios ha decaído y la población padece síntomas de desnutrición. El sistema (institucional) de salud no puede aislarse de la grave situación que presenta el contexto en que se desenvuelve la sociedad salvadoreña.

Se hace una exigencia imprescindible que el sistema de salud deje de ser utilizado con un enfoque político reformista, y que se manifieste por la conservación de la vida de los jóvenes combatientes y la protección de los civiles que residen en las áreas rurales.

El hecho que la mayor proporción del recurso humano se encuentre ubicado en las regiones "fuera de peligro," es el sacrificio que tiene que sufrir la población que ha tenido la "suerte" de permanecer en las zonas rurales afectadas eventual o permanentemente por el conflicto. Respecto a la disposición de camas de hospital, se puede decir que debido a la crisis coyuntural, El Salvador está dispuesto a continuar siendo el país que a nivel Latinoamericano, posee el menor número de camas por habitantes. Ya en 1982 disponía apenas de 1.2 camas por cada 1,000 habitantes; y para 1985, se presenta el mismo indicador, a la vez que el número de camas en términos absolutos (5686) fue el más bajo reportado entre los años de 1975 a 1985.

Se observó de igual manera, que el número de médicos (plazas) de que se disponía en el Ministerio de Salud Pública para el año 1985 (1531) era inferior a los reportados desde 1980; y en 1982 era el país de Latinoamérica (entre 27 países) que mayor número de habitantes por un médico tenía (3161 habitantes por un médico).

Concluyendo, se puede afirmar que la contracción experimentada en los recursos físicos y humanos, aunado al desplazamiento de la población, atribuibles a la situación imperante en nuestro país, han significado un mayor deterioro en la prestación de servicios de salud. Esto es sostenido

ble, al observar datos de la asistencia ambulatoria, cuyo total de atenciones reportadas para el año 1985 (4,124,829) aún son inferiores a las otorgadas en el año 1979 (4,259,313), cosa que se amplió en el apartado correspondiente.

7.2 VALIDACION DE HIPOTESIS PRINCIPAL

De más está entrar en detalles cuantitativos resultantes de la Investigación. A lo largo del presente trabajo se ha analizado la incidencia de la crisis coyuntural, iniciada a partir de 1980, sobre el nivel de salud de la población salvadoreña.

Indicadores tradicionales fueron objeto de análisis, aclarando los casos en que, precisamente por la condición de crisis, han perdido su relevancia; no por eso dejando de ser aplicables en situación "normal". Adicionalmente, se han abordado fenómenos aparecidos con la crisis, propios de ella, tal con los desplazados, cuya condición de vida permite ver claramente cuan distantes estamos cada vez más de lograr un estado de bienestar para la población salvadoreña.

Ya se ha dicho que el sector salud promueve el desarrollo social y económico, y a la vez este desarrollo se expresa en términos del nivel que alcanza la salud misma de los individuos que forman la sociedad. En ese sentido, a continuación se presentan algunos enunciados, los que interrelacionados y asociados a la agudización de la crisis, constituyen la conclusión general y en consecuencia la aceptación de la hipótesis principal de este trabajo.

- 1) Mientras persista la situación conflictiva, no es ni será posible extender la cobertura de asistencia sanitaria hacia las zonas rurales del país.
- 2) No existe una coordinación inter-institucional en el sector público ni mucho menos entre éste y el sector privado, para procurar llevar la atención médica al mayor número de habitantes del país. Es más, dada la politicidad de los programas sociales, existe desconfianza recíproca entre los sectores mencionados.
- 3) Esa descoordinación, fuerza al desgaste de recursos en eventos aislados que no impactan positivamente en el nivel de salud de la población.
- 4) La polarización de los sectores en conflicto no permite incorporar a la comunidad, ni identificar y aprovechar el uso de sus recursos tradicionales para atender la salud, de tecnología apropiada a la cultura propia de la misma comunidad.
- 5) El desplazamiento de la población anula continuidad o seguimiento y evaluación de la prestación de servicios de salud; a la vez que se constituye en "foco de presión" sobre los recursos urbanos o semiurbanos, obligando a la baja en la calidad de servicios.
- 6) El cierre de establecimientos de salud en zonas de actividad militar significa un retraso en la oferta de servicios de salud, en tanto - que se convierte en capital ocioso o pérdida por destrucción y a la vez provocan una menor cobertura, por la suspensión de atenciones a la población cercana.

- 7) La reorientación del Gasto Público, priorizado en el sostenimiento y el ganar la guerra, en detrimento del soporte de sectores de desarrollo social, constituye un error, en tanto que no es la guerra la causa fundamental de la pobreza, sino por el contrario, el nivel de pobreza, inherente a la formación económico-social capitalista de la sociedad salvadoreña, fue lo que condujo a grandes sectores de la población a plantear opciones que permitan la implantación de una sociedad justa que responda a las aspiraciones populares.
- 8) Por hoy, y de no buscarse una solución política de la crisis, las instancias públicas se verán imposibilitadas para realizar la coordinación horizontal con otras instituciones privadas y demás fuerzas vivas, lo que es muy determinante para desempeñar las funciones de desarrollo y bienestar social.
- 9) Entendido que el desarrollo social depende del desarrollo económico, para que aquel se extienda hasta los más necesitados, es necesario afianzar mecanismos que aseguren de igual manera una equitativa distribución del desarrollo económico.
- 10) En síntesis, no basta con humanizar la guerra, habrá que humanizar (entendiéndose como necesariamente transformar) el tipo de sociedad imperante, en tanto que la naturaleza de la misma conduce obligadamente a la acumulación de riqueza en unos pocos a expensas de la pobreza de unos muchos, lo que a su vez provoca malestar, descontento, denuncia, repudio y violencia; y tarde o temprano a la humanización sugerida.

8.0 ORIENTACIONES BASICAS PARA LA FORMULACION DE POLITICAS DE SALUD

El nivel de salud de los salvadoreños, evidentemente, no puede explicarse por sí mismo, es una situación cualitativa profundamente inherente a la Formación Económica Social

Mientras la forma en que la sociedad salvadoreña se organice para producir, se fundamente sobre la base exclusiva de la propiedad privada sobre los medios de producción, la salud de la mayoría del pueblo, será sujeto en términos generales de la restitución de su fuerza de trabajo, dada la necesidad de desarrollo de los procesos productivos que dinamizan el sistema, en el mejor de los casos.

La historia de El Salvador demuestra, que las mejores intenciones -- (aún dentro del mismo sistema) en el campo social en general y en salud en particular, plasmados en diagnósticos, planes globales, sectoriales y otros, nunca fueron cumplidos porque nacieron para adornar proyectos políticos, para venta al exterior o para arrastrar votos en períodos electorales.

Los años siguientes a 1979, caracterizados por una profundización de la crisis del sistema capitalista dependiente sin precedentes posteriores a 1932, destacan por la migración de la población rural y urbana, bajo el triste concepto de Refugiados y/o Desplazados con la consiguiente secuela de sufrimientos que configuran el terror, la destrucción de campos fértiles sujetos de bombardeos en los que transcurrirán años para que nazca una milpa; un elevado costo de la vida que convierte la subsistencia en una meta para la mayoría de los salvado-

reños; una entrega de la soberanía nacional a través del chantaje económico y político en el que los Centroamericanos en general y los salvadoreños en particular, sacrifican sus vidas en aras de la supuesta "seguridad" de otras naciones; un irrespeto por los tratados suscritos a nivel mundial sobre derechos del hombre, en síntesis una tendencia permanente a mantener una guerra que divide a la familia, que destruye los pocos recursos con que se cuenta, y sobre todo, en la que sus elevados costos son distribuidos "democráticamente" sobre la mayoría de la población.

Evidentemente es difícil, sino imposible, que mientras persista la tragedia antes descrita y no desaparezcan las causas que le dieron origen, no es realista plantearse una solución, aunque sea paliativa a la situación del nivel de salud de la mayoría de los salvadoreños.

Sin embargo, es necesario dejar las premisas que configuren la posibilidad de plantearse políticas, cuyas estrategias incorporen a la población como elemento central y dinámico de un Plan de Salud, conducente a la expansión de la cobertura que le asegure su acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones.

En ese sentido y luego de enunciado el costo social de la crisis salvadoreña en el sector salud, se presentan a continuación las pautas referidas, las que deberían considerarse en la conformación de un nuevo sistema de salud por y para el pueblo.

1) A nivel de Objetivos;

Concebir como objetivo básico, lograr que la población en general, y las mayorías marginadas en particular, tengan acceso a la salud.

Que tal acceso se caracterice por la igualdad de oportunidades para que toda la población reciba la atención médica.

Esto sería afirmar la política de la atención Primaria de Salud, acordada por todos los gobiernos comprometidos con la meta de lograr la salud para todos en el año 2000 (Alma-Ata, URSS, 6-12/9/78)

Lo anterior supone la asunción de la responsabilidad del Estado, y de la incorporación de la población al desarrollo de acciones concretas para el establecimiento de un sistema de salud nacional que responda a las necesidades del pueblo.

2) Sobre la Organización

La regionalización de la salud debe ser confirmada y sostenida. Habrá que tomarse en cuenta, que la regionalización debe darse respondiendo a las demandas de la población, asignando los recursos físicos, financieros y humanos en la proporción correspondiente. También, la regionalización no debe limitarse a la asignación, sino al trabajo concreto e interactuante de los elementos del sistema formal de salud y fundamentalmente incorporando dentro de sus autoridades, a representantes miembros de la comunidad.

Los miembros representantes de la comunidad deben participar en la expresión de sus problemas, priorización de sus necesidades, en la

- planificación de las acciones a tomar y fundamentalmente en la toma de decisiones y ejecución de las mismas.

La descentralización de los recursos, debe acompañarse por la centralización de las normas, a fin de que de los servicios se extiendan a las regiones de acuerdo a sus condiciones geográficas y económicas. Dadas las limitaciones de recursos, deben considerarse los tradicionales o culturales que la población ha utilizado como tecnología apropiada ante las condiciones de abandono en que se encuentra.

El esquema del sistema de salud debe organizarse desde un Consejo Nacional de Salud hasta los Consejos Locales de Salud, con una comunicación de doble vía y con representación tanto del Estado como de la población en los Organismos a todo nivel

3) Sobre los Servicios de Salud

Los servicios de salud deben ser integrales. En este sentido, los mismos deben ser preventivos y a la vez atender los curativos. La salud preventiva debe alcanzar a la persona y al medio ambiente en que se desenvuelve. Las acciones preventivas se orientarán al fomento y protección de la salud, y los curativos a la rehabilitación y recuperación de la misma.

4) Sobre Disposición de Recursos Humanos y Físicos.

El Recurso Humano formaría equipo multidisciplinario y se destaca-

ría en forma permanente en todas las Regionales, Unidades y Puestos de Salud. El personal voluntario, comunal, deberá incorporarse en los diferentes establecimientos de salud, según sus especialidades, al igual que brigadistas de la población.

Las necesidades del momento y las futuras exigen la formación del recurso humano, en todas las áreas, que responda a las necesidades de la población. Que se le forme en áreas de sanidad ambiental y atención patológica, de igual manera, que se fomente la formación de personal generalista y no hacia especialidades ya que éstos se limitan a los centros urbanos, con la consecuente concentración.

Para la formación del recurso humano, el contenido de la educación es determinante. Un profesional o técnico para la salud con proyección social es importante para la puesta en marcha de acciones específicas en coordinación con la comunidad. Tanto el personal académico como el comunitario deberán tener responsabilidades individuales y de equipo, desarrollando un trabajo colectivo, para mayor comprensión de la realidad y actuar en ese sentido.

La utilización de la tecnología comunitaria, permitirá bajar los costos de la atención en salud, y a la vez ampliar su cobertura a otras comunidades.

Lo mismo se sugiere para los recursos físicos, que éstos se asignen según lo demanda la ubicación de la población y sus necesidades. Que

los establecimientos se acompañen del recurso humano y material que le permita un normal funcionamiento; y que no se aisle de la Regional de Salud

Congruente con la atención primaria, habrá que fomentar la instalación y reapertura de establecimientos que conlleven a la expansión de la cobertura de los servicios de salud a la totalidad del territorio nacional. Para optimización de recursos, la comunidad misma deberá participar en la identificación de los recursos locales y en definir sus aportes de contraparte a los dispuestos por el Estado.

5) Sobre los Recursos Financieros

Para el funcionamiento de cualquier sector, es vital que se le asignen los recursos financieros necesarios. El Estado deberá corregir sus males del déficit fiscal, minimizando aquellos gastos "improductivos" que no beneficien a la población. La priorización de los sectores obliga a adoptar una actitud a no continuar financiando la guerra.

Habrà que paralizar progresivamente el endeudamiento externo, que implica además de dependencia económica, dependencia política comprometiendo la soberanía y derecho de autodeterminación del futuro del pueblo salvadoreño. Con dignidad habrá que procurar el apoyo de pueblos democráticos y solidarios, para el impulso de sectores que conduzcan a la reconstrucción y al desarrollo económico y social.

6) Coordinación Intersectorial

Ya se ha dicho que la salud es un aspecto que no puede separarse de lo económico y de otras variables con las cuales está estrechamente vinculada.

Si se espera abordar la salud en forma integral, habrá que hacer esfuerzos para que la planificación, ejecución, control y evaluación, sobre salud la efectúe un equipo multidisciplinario. Cada uno de los sectores debe jugar el papel que le corresponde.

El Ministerio de Educación deberá enfrentar las necesidades actuales y futuras en la formación de recursos humanos para la salud. Estos, además de adquirir formación académica, deberán desarrollar una práctica tal que les permita desempeñarse adecuadamente.

Los responsables de la programación de la producción de alimentos deberán coordinar sus planes con los requerimientos nutricionales de los habitantes.

El presupuesto general de la nación deberá incorporar los recursos necesarios para la ejecución del plan que se espere ejecutar.

7) Restricciones Necesarias

Lo dicho hasta aquí, no dejará de ser otro diagnóstico y una serie de ideas de "letra muerta", si no se cumplen las restricciones o condiciones mínimas a tomarse en cuenta, para que las pautas enunciadas sean viables:



- Tanto las fuerzas gubernamentales como las fuerzas rebeldes deben convenir en que la guerra no se profundice más; permitiendo la repoblación de las zonas desalojadas, y reinstalar la actividad económica y social, acorde con los intereses no de pocos, sino de la generalidad de la población, sobreponiendo los intereses nacionales a los intereses foráneos.
- La recuperación de la economía debe fundamentarse en el fomento de todas aquellas actividades tendientes a la producción de bienes y servicios necesarios y básicos para la población y los de exportación, de manera que ésto último no signifique el sacrificio de la satisfacción de las necesidades de la población. Para lograr la armonía y la recuperación económica es una exigencia analizar, y más aún, mejorar de inmediato las condiciones de vida de los salvadoreños para iniciar ese proceso.
- Y finalmente como se entenderá, no basta con enunciar lo anterior, la solución en sí, no debe constituir un proyecto exclusivo de las partes beligerantes, es una necesidad inalienable del pueblo salvavadoreño, quien tomando conciencia y conocedor de los problemas - que padece, debe igualmente disponerse activa y organizadamente a exigir que se revierta la crisis en beneficio del pueblo mismo quien es el que hasta ahora continúa pagando sus costos.

BIBLIOGRAFIA

- LANGE, OSCAR. Objeto de la Economía Política: Nociones Preliminares. El Salvador, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de El Salvador. (Mimeografiado)
- SPIRIDONOVA, ATLAS Y OTROS. Curso superior de Economía Política. El Salvador, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de El Salvador (Mimeografiado)
- GUNDER FRANCK, ANDRE Y OTROS. Diccionario de la Crisis Global. México, Editorial Siglo XXI, 1983.
- PEÑA, SERGIO DE LA. El modo de producción capitalista. Teoría y método de investigación. México, Editorial Siglo XXI, 1978.
- ELLACURIA, IGNACIO. FMLN, el límite insuperable. Artículo publicado en la Revista ECA. El Salvador, Universidad Católica (UCA), Estudios Centroamericanos (ECA), No.446, Diciembre 1985, Año XL.
- DIERCKXSENS, WIN Y FERNANDEZ, MARIO E. Economía y Población.
- ANAYA, MAX. Documento para cátedra de ciencias políticas. El Salvador. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de El Salvador. (Mimeografiado)
- BRIONES, ALVARO. Economía y política fascismo dependiente. México, Editorial Siglo XXI, Primera Edición, 1978.
- SMULEVICH, B. Ia. Crítica de las teorías burguesas de la población. Santiago de Chile, CELADE, 1971.
- BADIA, ROBERTO DE J.,Dr.- Apuntes de clase para Salud Pública, en una Visión Integral. Documento Mimeografiado.

- BORISOV, E.F. Y OTROS. Diccionario de Economía Política. Ediciones Cultura Popular, S.A., 1978.
- OVERBEEK, JOHANNES. Historia de las teorías demográficas.
- EMMANUEL, ARGHIRI. La ganancia y las crisis, un nuevo enfoque de las contradicciones del capitalismo. México, Editorial Siglo XXI, 1978.
- RUANO, JESUS EVELIO. La planificación en El Salvador, período 1965-1979, Situación y perspectivas. Trabajo de Graduación, El Salvador, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de El Salvador.
- SANCHEZ, FERNANDO. Crisis y política económica democrata cristiana. El Salvador, Universidad Católica (UCA), Revista ECA No.453, Julio de 1986.
- ORTEGA BLAKE, J. ARTURO. Diccionario de planeación y planificación (Un ensayo conceptual). México, Editorial S A., 1982.
- CHACON GUDIEL, CARLOS A. La distribución y uso de la tierra en El Salvador y su efecto en el sistema alimentario y nutricional de los salvadoreños.
- SHAO, STEPHEN P. Estadística para economistas y administradores de empresas. México, Herrero Hnos., Sucs, S.A , 8a. Edición, Noviembre 1973.
- IBISATE, FRANCISCO JAVIER. Evaluaciones económicas. Artículo publicado en el Boletín de Ciencias Económicas y Sociales.- El Salvador, Universidad Católica, Año VI, No.6 Noviembre-Diciembre/83

BRAND, SALVADOR O. Diccionario de las ciencias económicas y administrativas.

MARX, CARLOS. El Capital, Tomo I. México, Fondo de Cultura Económica.

MOHS, EDGAR. La salud en Costa Rica. Costa Rica, Editorial Universitaria Estatal a Distancia, San José, 1983.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DE LA UCA. El Salvador. Desplazados y Refugiados Salvadoreños. Investigación. El Salvador 1985. Informe Preliminar, 1 de Junio de 1985.

INSTITUTO DE DERECHOS HUMANOS (IDHUCA). El Salvador. Recopilación de Trabajos publicados en la Revista ECA, Volumen I. Editoriales y Artículos. San Salvador, Junio de 1986.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DE LA UCA. El Salvador. En busca de soluciones para los desplazados. Informe preliminar. 15 de Septiembre de 1986.

CONFEDERACION LATINOAMERICANA DE COOPERATIVAS DE AHORRO Y CREDITO (COLAC). Sistema de Evaluación, Calificación y Clasificación para las Cooperativas de Ahorro y Crédito de El Salvador. Marzo de 1982.

CEPAL. Notas para el estudio económico de América Latina y el Caribe, El Salvador. 1984.

- CEPAL. Notas para el estudio económico de América Latina y el Caribe, El Salvador, 1985, 19 de Junio de 1986.
- CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina. 1979. (E/CEPAL/G.1125)
- CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina. Edición 1984. Junio de 1985.
- CEPAL. Satisfacción de las necesidades básicas de la población del Istmo Centroamericano. (E/CEPAL/México 1983).
- OMS. Atención Primaria de Salud. Informe de la Confederación Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12 Septiembre 1978, Patrocinada conjuntamente por la OMS y UNICEF Ginebra 1978.
- OMS. Preparación de Indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra 1981
- SIMPOSIO NACIONAL PARA EL ANALISIS Y PERSPECTIVAS DEL SECTOR PRODUCTIVO DE EL SALVADOR. Celebrado en Julio 23-25 de 1981. Documento Mimeografiado.
- DECLARACION DE LOS MINISTROS DE SALUD EN AMERICA CENTRAL Y PANAMA. San José, Costa Rica. Necesidades prioritarias en Materia de Salud en América Central y Panamá. 16 de Marzo de 1984.
- EL SALVADOR. Ministerio de Hacienda. Informes Complementarios Constitucionales sobre la Hacienda Pública, años 1976 a 1985. Dirección de Contabilidad Central.

- EL SALVADOR. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de Salud 1985-1986.
- EL SALVADOR. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan de Salud 1985-1989. San Salvador, Septiembre de 1984.
- EL SALVADOR. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria 1985-1986. Dirección de Planificación de los Servicios de Salud.
- EL SALVADOR. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Anuarios Estadísticos Nos.: 9/1975, 11/1978, 12/1979, 13/1980, 14/1981, 15/1982, y 16/1983, Salud Pública en cifras.
- EL SALVADOR. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Salarios Mínimos decretados en El Salvador. 1985-1986. Junio de 1986.
- EL SALVADOR. Banco Central de Reserva. Memoria de los años 1984 y 1985.
- EL SALVADOR. Dirección General de Estadísticas y Censos. Anuario Estadístico 1982, Tomos VI y VII
- EL SALVADOR. Dirección General de Estadísticas y Censos. Índices de Precios al Consumidor, Enero-Febrero 1986.
- EL SALVADOR. Dirección General de Estadísticas y Censos. Anuarios 1976, Volumen IV, Octubre 1977, Anuario 1980, Tomos III, V, y VII.
- EL SALVADOR. Ministerio de Planificación. Diagnóstico Global y Sectorial del 4º Plan Quinquenal de Desarrollo Económico y Social de El Salvador (1978-1982). Documento de Pre-Plan para Discusión. Enero 1977.

EL SALVADOR. DIGESTYC. Boletines estadísticos No. 115 Julio-Septiembre 1977, y No.128, Enero-Junio 1984. Epoca II

GUATEMALA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Memoria de Labores, año 1985. Abril de 1986.

NICARAGUA. Ministerio de Salud. Informe 1980

HONDURAS. Ministerio de Salud Pública. Plan Operativo Anual. División de Planificación.

ESTUDIOS CENTROAMERICANOS (ECA). El Salvador, Universidad Católica (UCA) 372/273, octubre-noviembre 1979, año XXXIV.

ESTUDIOS CENTROAMERICANOS (ECA). El Salvador, Universidad Católica (UCA) Editorial de la Revista. Abril de 1986.

EDITORIAL UNIVERSITARIA. El Salvador, Universidad de El Salvador. Nutrición Humana y Sistema Alimentario en El Salvador 1977.

NUEVO DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO ILUSTRADO. Argentina. Editorial Sopena Argentina, S.A. Marzo de 1970.

CONSTITUCION POLITICA DE EL SALVADOR. 1950

CONSTITUCION POLITICA DE EL SALVADOR. 1962.

CONSTITUCION POLITICA DE EL SALVADOR. 1983

DIARIO EL MUNDO. El Salvador. Publicaciones de los días 9 y 10 de Septiembre de 1985.

LA PRENSA GRAFICA. El Salvador. Comunicado de la Cámara de Comercio e Industria de El Salvador. Publicación del 12 de Enero de 1987.

DISEÑO METODOLOGICO. El Salvador, Universidad de El Salvador. Documento de Consulta utilizado en Seminario sobre Metodología de Investigación, impartido a egresados de la Facultad de Economía en Febrero de 1985. Mimeografiado.

APROXIMACION A UN DIAGNOSTICO DEL SUBSECTOR SALUD EN EL SALVADOR. Universidad de El Salvador, Agosto de 1986. Mimeografiado.

BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ANEXOS

ESTIMACION DE LA INCIDENCIA DE LA POBREZA HACIA 1980
EL SALVADOR

CONCEPTO	MILES DE PERSONAS			ESTRUCTURA PORCENTUAL		
	TOTAL	URBANO	RURAL	TOTAL	URBANO	RURAL
Estado de Pobreza	3267	1221	2046	68.1	57.6	76.4
Extrema Pobreza	2427	943	1484	50.6	44.5	55.4
No satisfacción de necesidades básicas.	840	278	562	17.5	13.1	21.0
El pobre	1530	898	632	31.9	42.4	23.6
TOTAL	4707	2119	2678	100.0	100.0	100.0

FUENTE: CEPAL. Satisfacción de Necesidades Básicas de la Población del Istmo Centroamericano. 1983. Elaborado con datos de Cuadros 2 y 3 Pgs. 9-10.

EL SALVADOR: EVOLUCION DE LAS REMUNERACIONES

SALARIOS MINIMOS REALES (INDICES 1970 = 100)

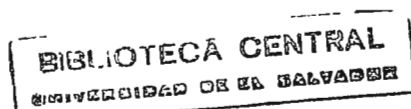
	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Trabajadores Agropecuarios	76,6	71,3	62,9	54,8	49,9	38,2
Recolección de cosecha.						
- Café	181,8	162,9	143,7	125,1	114,0	87,1
- Caña Azúcar	120,0	131,5	115,9	101,0	92,0	70,3
- Algodón	101,8	127,6	112,5	98,0	89,3	68,2
Industrias Agrícolas de Temporada:						
- Beneficios de café	193,0	172,9	152,5	132,8	121,0	92,5
- Ingenios azucareros	110,3	98,8	87,1	75,9	69,1	52,8
- Beneficios de algodón	110,3	98,8	87,1	75,9	69,10	52,8
Otras Actividades de San Salvador:						
- Industrias y Servicios	106,7	106,1	93,6	81,5	83,5	67,1
- Otros	101,7	97,0	85,6	74,5	76,1	61,3

FUENTE: CEPAL. Notas para el Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 1985. El Salvador. Elaborado con datos del Cuadro 16, Pág.34.

(MILES DE COLONES)

	Asignac	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
	26.722.6	6 049 6	20.527.8	26 577.4
ION DIRECTA	26.722.6	6.049.6	20.527.8	26.577.4
o. de la Red de Serv. de Salud				
ecto BID *	18.057.7	1.297.5	16.742.5	18.040.0
General	12 6	(0.3)	-	(0.3)
ucción y Equip. de Puestos, --				
es y Centros de Salud	7.0	(0.3)	-	(0.3)
Regional de San Miguel	5.6	-	-	-
nos Internos	4.600.0	1 297.8	3 297.4	4.595.2
uc. y Equip. de Puestos, Unidades				
ros de Salud	2.411.1	960.2	1.446.0	2.406.3
Regional de San Miguel	2.188.9	337 6	1.851.3	2.188.9
nos Externos	13.445.1	-	13.445.1	13.445.1
uc. y Equip. de Puestos, Unida-				
Centros de Salud	6.304.3	=	6.304.3	6.304.3
al Regional de San Miguel	7.140.8	-	7.140.8	7.140.8
uc., Ampliac. y Mejoras a Edif.				
no.	4.625.3	2.428.3	2.159.9	4.588.2
General	3.325.3	1.738.3	1 553.7	3.292.0
nos Internos	1.300.0	690.0	606.3	1.296.2
uc. Agua Potable en Areas Rura				
oyecto BID	2.196.6	998.4	1.173.9	2.172.3
General	1.280.0	821.9	435.7	1.257.6
nos Internos	371.4	176.5	192.9	369.4
nos Externos	545.3	-	545.3	545.3
uc. de Agua Potable en Areas Rura				
colaboración con UNICEF, OPS,OMS	1.036.5	708.2	319 9	1.028.2
General	1.036.5	708 2	319.9	1.028.2
ización	287.6	204.9	52.0	256.9
General	287.6	204.9	52.0	256.9
nam. Progr. de Inver. del Ramo	414.5	369.1	33.5	402.7
General	414 5	369.1	33.5	402.7
na Coordinado de Des. Comun.				
uel - Morázan	104.4	43.2	45.9	89.2
General	104.4	43.2	45.9	89.2

: Informes Complementarios Constitucionales Sobre la Hda Pública
Períodos 1976/1985.



RAMO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSION Y TRANSFERENCIAS DE CAP. -

EJERCICIO FISCAL 1977 - AL 31 DE DICIEMBRE DE 1977.

CONT. ANEXO N° 3

(MILES DE COLONES)

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
	29.556.5	11.901.6	16.966.7	28.868.3
SION DIRECTA	28.056.5	11.901.6	15.466.7	27.368.3
ac. de la Red. de Serv. de Salud				
cto BID	22.611.5	7.874.8	14.697.0	22.571.8
General	9.611.5	6.435.9	3.135.8	9.571.8
ruc. y Equip. de Puestos, Unida-				
Centros de Salud.	5.800.0	3.678.1	2.083.2	5.761.2
ruc. y Equip. Hosp. Regional de				
Miguel	3.811.5	2.757.9	1.052.6	3.810.5
Proyectos Externos	13.000.0	1.438.8	11.561.2	13.000.0
ruc. y Equip. de Puestos, Unida				
Centros de Salud	3.500.0	1.438.8	2.061.2	3.500.0
ruc. y Equip. Hospital Regional				
San Miguel.	9.500.0	-	9.500.0	9.500.0
ruc., Ampliac. y Mejoras a Edif.				
San Miguel	2.000.0	1.481.7	120.3	1.602.0
General	2.000.0	1.481.7	120.3	1.602.0
duc. de Agua Potable en Areas Ru				
San Miguel - Proyectos BID - CIDA	1.750.0	1.451.0	172.2	1.623.1
General	1.750.0	1.451.0	172.2	1.623.1
duc. de Agua Potable en Areas Ru				
San Miguel	520.0	347.2	167.4	514.5
General	520.0	347.2	167.4	514.5
Organización	500.0	230.2	236.2	466.4
General	500.0	230.2	236.2	466.4
Planam. Prog. de Inv. del Ramo	575.0	462.0	73.7	535.7
General	575.0	462.0	73.7	535.7
Planam. Coord. de Des. Comunal San Miguel				
San Miguel	100.0	54.8	-	54.8
General	100.0	54.8	-	54.8
TRANSFERENCIA DE CAPITAL	1.500.0	-	1.500.0	1.500.0
General	1.500.0	-	1.500.0	1.500.0
de Rehab. de Inválidos	1.500.0	-	1.500.0	1.500.0

RAMO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSION Y TRANSFERENCIAS DE CAP. -

EJERCICIO FISCAL 1978 - AL 31 DE DICIEMBRE DE 1978.

CONT'. ANEXO N°3

(MILES DE COLONES)

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
	35.625.0	15.358.2	19.165.3	34 523.5
SION DIRECTA	34.625.0	15.358.2	19.165.3	34.523.5
ac. de la Red. de Serv de Salud				
sto BID.	20.850.0	10.689.9	10.143.7	20.833.6
General	18.110.1	10.689.9	7.403.8	18.093.7
ruc. y Equip. de Puestos, Unida-				
Centros de Salud	8.000.0	6.247.8	1.745.8	7.993.6
ruc. y Equip. Regional de San M <u>l</u>				
amos Externos	10.110.1	4.442.1	5.658.0	10.100.1
ruc. y Equip de Hosp. Regional	2.739.9	-	2.739.9	2.739.9
n Miguel	2.739.9	-	2.739.9	2.739.9
ruc. Ampliac. y Mejoras del Edi-				
del Ramo.	4.700.0	1.063.8	3.072.9	4.136.7
General	4.700.0	1.063.8	3.072.9	4.136.7
ruc. Edif. en Hosp. de San Vicente	700.0	10.0	690.0	700.0
ruc. Edif. en Hosp. de Santa Ana	1.000.0	23.2	775.0	798.2
ruc. Ddif. en Hosp. de Maternidad	1.000.0	95.0	705.0	800.0
ruc. Ddif. en Hosp. Rosales	500.0	243.1	256.2	499.3
ruc. Edif. Secretaría de Estado	300.0	-	300.0	300.0
ruc. Edif. en Ctr. de Salud de Coju				
ue.	300.0	116.6	115.7	232.3
ruc. Edif. en Ctr. de Salud de La				
.	200.0	101.2	44.3	145.5
elaciones y Ampliaciones Varias	700.0	474.7	186.7	661.4
duc. de Agua Potable en Areas Ru-				
Proyectos BID - CIDA - GOES	2.725.0	1.321.9	1.367.0	2.688.9
General	975.0	610.4	328.5	938.9
amos Externos	1.750.0	711.5	1.038.5	1.750.0
duc. de Agua Potable en Areas Rura				
General	2.000.0	1.345.7	475.4	1.821.1
General	2.000.0	1.345.7	475.4	1.821.1
nización	750.0	299.5	262.5	562.0
General	750.0	299.5	262.5	562.0
onam. de Progr. de Inv. del Ramo	600.0	562.4	33.4	595.8
General	600.0	562.4	33.4	595.8
. Coord. de Des. Comunal San Miguel				
án.	100.0	74.4	11.0	85.4
General	100.0	74.4	11.0	85.4

* 1978 *

	Asignac.	Gastos	Comprom	Total Utiliz.
Truc. y Equip. Centro de Mant. y Abastecimiento	2.000.0	0.6	1.999.4	2.000.0
) General	2.000.0	0.6	1.999.4	2.000.0
Truc. y Equip. del Hosp. de Son te.	550.0	-	500.0	500.0
) General	550.0	-	500.0	500.0
Truc. y Equip. de Unidades Perif. Salud.	350.0	-	300.0	300.0
) General	350.0	-	300.0	300.0
DIFERENCIAS DE CAPITAL	1.000.0	-	1.000.0	1.000.0
) General	1.000.0	-	1.000.0	1.000.0
Salvadoreño de Rehabilitación Inválidos.	1.000.0	-	1.000.0	1.000.0

RAMO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSION Y TRANSFERENCIAS DE CAP. -

EJERCICIO FISCAL 1979 - AL 31 DE DICIEMBRE DE 1979.

(MILES DE COLONES)

CONT. ANEXO N° 3

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
	21.460.0	7.841.2	11.080.3	18.921.5
INVERSION DIRECTA	21.460.0	7.841.2	11.080.3	18.921.5
Proyecto de la Red de Serv. de Salud General	6.440.0	2.936.6	2.315.9	5.252.5
. y Equip. del Hosp. Regional - Miguel.	600.0	481.2	72.0	553.2
Proyectos Internos	5.840.0	2.455.4	2.243.9	4.699.3
. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud.	4.140.0	2.098.8	960.7	3.059.5
. y Equip. de Hosp. Reg. de San Miguel.	1.700.0	356.6	1.283.2	1.639.8
. Ampliac. y Mejoras a Edif. del Hosp. General	3.557.1	1.386.8	1.531.7	2.918.5
. Edif. en Hospital Rosales	697.1	369.4	211.8	581.2
. Edif. en Hospital Rosales	200.0	78.4	121.5	199.9
Proyecto de Puestos y Unidad de Salud en Centros Central y Oriente.	200.0	-	90.0	90.0
Relaciones y Ampliaciones Varias	297.1	291.0	0.3	291.3
Proyectos Internos	2.860.0	1.017.4	1.319.9	2.337.3
. Edif. en Hosp. de San Vicente	185.0	149.8	35.2	185.0
. Edif. en Hosp. de Santa Ana	150.0	-	150.0	150.0
. Edif. en Hosp. de Maternidad	1.000.0	356.5	643.5	1.000.0
. Edif. en Hosp. Rosales	335.0	-	335.0	335.0
. Edif. en Ctr. de Salud Cojutepe	90.0	39.9	50.0	89.9
Proyecto de Puestos y Unidades de Salud en Centros Central y Oriente	600.0	55.7	35.1	90.8
Relaciones y Ampliaciones Varias	500.0	415.6	71.0	486.6
Proyecto de Agua Potable en Areas Rurales				
Proyecto BID - CIDA - GOES	7.962.9	1.470.8	6.294.8	7.765.6
General	502.9	295.0	180.4	475.4
Proyectos Internos	385.0	100.8	164.4	265.2
Proyectos Externos	7.075.0	1.075.0	5.950.0	7.025.0
Proyecto de Agua Potable en Areas Rurales				
General	1.500.0	1.146.2	286.9	1.433.1
General	200.0	133.2	6.2	139.4
Proyectos Internos	1.300.0	1.013.0	280.6	1.293.6
Relaciones y Ampliaciones Varias	500.0	213.5	155.8	369.3
General	315.0	196.2	18.6	214.8
Proyectos Internos	185.0	17.2	137.3	154.5

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
ionam. de Prog. de Inv. del Ramo	800.0	687.3	95.1	782.4
o General	790.0	680.9	95.1	776.0
tamos Internos	10 0	6.4	-	6.4
tr. y Equip. del Centro Nac. de matología.	200 0	-	200.0	200.0
o General	100 0	-	100 0	100.0
tamos Internos	100 0	-	100.0	100.0
tr. y Equip. del Hosp. de Sonso-	200.0	-	200.0	200.0
o General	50.0	-	50.0	50.0
tamos Internos	150.0	-	150.0	150.0
tr. y Eq del Hosp. de Ahuachapán	300.0	-	-	-
tamos Internos	300.0	-	-	-

RAMO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSION Y TRANSFERENCIAS DE CAP. -

EJERCICIO FISCAL 1980 - AL 31 DE DICIEMBRE DE 1980.

CONT. ANEXO N°3

(MILES DE COLONES)

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
	34.917.0	12.071.4	18.873.1	30.944.6
SION DIRECTA	34.417.0	12.071.4	18.373.1	30.444.6
ac. de la Red de Serv. de Salud General	19.512.6	5.145.9	12.546.1	17.692.0
r. y Equip. de Establ. de Salud	708.7	638.7	59.3	698.0
r. y Equip. de Hosp. Reg. de San l.	459.4	421.2	27.8	449.0
r. y Equip. de Puestos, Unidades tros de Salud	150.0	149.7	-	149.7
amos Internos	99.3	67.8	31.5	99.3
r. y Equip. de Establ. de Salud	10.328.9	4.507.2	4.011.8	8.519.0
r. y Equip. de Hosp. Reg. de - iguel	2.799.3	1.858.6	702.6	2.561.2
r. y Equip. de Puestos, Unidades tros de Salud	5.428.9	2.345.8	2.179.1	4.524.9
amos Externos	2.100.7	302.8	1.130.1	1.432.9
r. y Equip. de Puestos, Unidades tros de Salud	8.475.0	-	8.475.0	8.475.0
r. Ampliac. y Mejoras de Edif. amo. General	8.475.0	-	8.475.0	8.475.0
r. y Equip. del Hosp. de San - - te.	5.959.1	2.923.9	2.028.7	4.952.6
r. de Edif. en Hosp. Rosales	1.093.1	997.1	95.3	1.092.4
r. y Equip. de Centro de Salud - jutepeque	138.1	137.5	-	137.5
ac. de Puestos y Unidades, Reg. al y Oriental	100.0	99.9	0.1	100.0
elaciones y Ampliaciones Varias	25.0	24.4	0.6	25.0
amos Internos	12.0	12.0	-	12.0
r. y Equip. Hosp. de San Vicente	818.0	723.3	94.7	818.0
r. y Equip. Clin. Ginec. Hosp. de nidad.	4.866.1	1.926.8	1.933.4	3.860.2
r. de Edif. de Hosp. Rosales	50.0	49.9	-	49.9
r. y Equip. Centro de Salud de Co eque.	2.500.0	335.8	1.603.0	1.938.9
r. y Equip. Hosp. de Ahuachapán	100.0	32.2	62.3	94.5
ac. de Puestos y Unidades de Salud Central y Oriente.	75.0	32.9	1.2	34.1
elaciones y Ampliaciones Varias	100.0	-	-	-
	150.0	0.8	27.3	28.1
	1.891.1	1.475.2	239.5	1.714.7

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
Producción de Agua Potable en Areas Rurales				
Proyecto BID - CIDA - GOES	4 733.4	807.7	2.855.7	3.663.4
General	633.4	462.2	10.4	472.6
Recursos Externos	4.100.0	345.4	2.845.3	3.190.8
Producción de Agua Potable en Areas Rurales				
General	2.040.8	1.704.0	329.0	2.033.0
Recursos Internos	1.088.6	1.084.9	1.6	1.086.5
Organización	952.2	619.1	327.4	946.5
General	271.1	213.3	37.7	251.0
Recursos Internos	213.3	167.8	26.4	194.2
Organización	57.8	45.5	11.4	56.9
Operación de los Prog. de Inv. del Ramo	900.0	823.8	45.6	869.4
General	880.0	807.0	44.3	851.3
Recursos Internos	20.0	16.8	1.3	18.1
Operación	1.000.0	452.9	530.3	983.2
Recursos Internos	1.000.0	452.9	530.3	983.2
RESERVIAS DE CAPITAL	500.0	-	500.0	500.0
Reservadas para Gtos. de Inv. de Instituciones y Otras Entidades	500.0	-	500.0	500.0
Recursos Internos	500.0	-	500.0	500.0

RAMO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y TRANSFERENCIA DE CAP. -
EJERCICIO FISCAL 1981 - AL 31 DE DICIEMBRE DE 1981.

(MILES DE COLONES)

CONT. ANEXO N°3

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
TOTAL	27.612.9	6.348.0	8.493.7	14.841.7
I INVERSIÓN DIRECTA	24.929.6	6.348.0	8.493.7	14.841.7
1) Ampliac. de la RED. de Serv. de Salud	9.775.3	2.399.1	2.447.5	4.846.6
Préstamos Internos	5.175.3	2.399.1	2.346.5	4.745.6
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud	1.722.4	1.594.5	121.2	1.715.7
Constr. y Equip. de Hosp. Reg. de San Miguel	2.760.6	409.0	2.139.6	2.548.6
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	692.3	395.6	85.7	481.3
Préstamos Externos	4.600.0	-	101.0	101.0
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	4.600.0	-	101.0	101.0
2) Constr. Ampliac. y Mejoras a Edf. del Ramo.	2.876.0	900.8	1.768.2	2.669.0
Préstamos Internos	2.876.0	900.8	1.768.2	2.669.0
Constr. y Equip. de Clin. Ginec. de - Hosp. de Maternidad	857.5	163.2	649.3	812.5
Constr. y Equip. del Centro de Salud de Cojutepeque.	200.0	-	200.0	200.0
Constr. y Equip. del Hosp. de Ahuachapán	500.0	5.0	420.0	425.0
Remodelaciones y Ampliaciones Varias	1.318.5	732.6	498.8	1.231.4
3) Saneamiento Básico Rural	10.255.4	2.054.7	3.811.7	5.866.4
Préstamos Internos	4.502.5	1.840.7	55.6	1.896.3
Admón. Preinversión, Invest. y Perforac. de Pozos del Plansabar	2.148.8	1.222.4	41.4	1.263.8
Introd. de Agua Potable en Areas Rura- les (BID - GOES)	299.6	-	-	-
Ampliac. y Constr. de Acueductos Rurales	595.3	125.9	-	125.9
Oprac. y Mant. de Acueductos Rurales	812.3	408.8	1.9	410.7
Introd. de Agua Potable en Areas Rurales (UNICEF - PNUD - GOES)	252.7	71.2	12.2	83.4
Introd. de Agua Potable en Comunidades - de la Reforma Agraria	232.2	11.7	-	11.7
Letrinización Rural	161.5	0.8	-	0.8
Préstamos Externos	5.752.9	214.0	3.756.1	3.970.1
Introd. de Agua Potable en Areas Rura- les (BID - GOES)	3.970.1	214.0	3.756.1	3.970.1
Introd. de Agua Potable en Comunidades de la Reforma Agraria.	1.782.8	-	-	-

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
4) Letrinización	600.0	182.6	38.6	221.2
Préstamos Internos	600.0	182.6	38.6	221.2
5) Funcionam. de los Progr. de Inv. del Ramo	894.1	803.5	59.7	863.2
Préstamos Internos	894.1	803.5	59.7	863.2
6) Nutrición	528.9	7.4	368.0	375.4
Préstamos Internos	334.3	7.4	173.5	180.9
Préstamos Externos	194.6	-	194.6	194.6
II TRANSFERENCIAS DE CAPITAL	2.683.3	-	-	-
Financ. para Gtos. de Inv. Inst. Autó y Otras Entidades	2.683.3	-	-	-
Préstamos Internos	2.683.3	-	-	-
Inst. Salvadoreño de Rehabilita ción de Inválidos	2.683.3	-	-	-

RAMO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSIÓN Y TRANSFERENCIA DE CAP. -

EJERCICIO FISCAL 1982 - AL 31 DE DICIEMBRE DE 1982.

CONT. ANEXO N°3

(MILES DE COLONES)

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
TOTAL	28.699.9	5.751.1	10.102.9	15.854.0
INVERSION DIRECTA	28.699.9	5.751.1	10.102.9	15.854.0
1) Ampliac. de la Red de Serv. de Salud	18.050.0	1.604.1	4.455.3	6.059.4
Préstamos Internos	5.550.0	1.604.1	1.976.3	3.580.4
Constr. y Equip. del Hosp. Reg. de - San Miguel.	2.300.0	405.0	1.845.0	2.250.0
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	3.250.0	1.199.1	131.3	1.330.4
Préstamos Externos	12.500.0	-	2.479.0	2.479.0
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	12.500.0	-	2.479.0	2.479.0
2) Constr. Ampliac. y Mejoras a Edif. del Ramo	2.020.0	298.1	1.715.4	2.013.5
Préstamos Internos	2.020.0	298.1	1.715.4	2.013.5
Constr. y Equip. Clin. Ginec. del Hosp. de Maternidad	400.0	8.4	388.7	397.1
Constr. y Equip. del Centro de Salud de Cojutepeque.	120.0	-	120.0	120.0
Constr. y Equip. del Hosp. de Ahuachapán	500.0	-	500.0	500.0
Remodelaciones y Ampliaciones Varias	1.000.0	289.7	706.7	996.4
3) Saneamiento Básico Rural	6.734.5	2.377.4	3.635.2	6.012.6
Préstamos Internos	3.234.5	2.321.3	235.4	2.556.7
Admón. Preinversión, Invest. y Perfora ción de Pozos del Plansabar	2.040.8	1.358.4	55.3	1.413.7
Introd. de Agua Potable en Areas Rura- les (BID - GOES)	200.0	192.7	1.5	194.2
Operac. y Mant. de Acueductos Rurales	643.0	614.1	4.7	618.8
Introd. de Agua Potable en Areas Rurales (UNICEF - PNUD - GOES)	257.0	156.0	80.2	236.2
Letrinización Rural	93.7	-	93.7	93.7
Préstamos Externos	3.500.0	56.1	3.399.8	3.455.9
Introd. de Agua Potable en Comunidad de la Reforma Agraria	3.500.0	56.1	3.399.8	3.455.9
4) Letrinización	400.0	297.2	20.5	317.7
Préstamos Internos	400.0	297.2	20.5	317.7
5) Funcionam. de los Progr. de Inver. del Ramo.	1.165.0	1.021.8	98.5	1.120.3
Préstamos Internos	1.165.0	1.021.8	98.5	1.120.3
6) Nutrición	330.4	152.4	178.0	330.4
Préstamos Internos	300.0	152.4	147.6	300.0
Préstamos Externos	30.4	-	30.4	30.4

BIBLIOTECA CENTRAL

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RAMO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSION Y TRANSFERENCIAS DE CAP.-

EJERCICIO FISCAL 1983 - AL 31 DE DICIEMBRE DE 1983.

CONT. ANEXO N°3

(MILES DE COLONES)

	Asignac.	Gastos	Comprom	Total Utiliz.
I TOTAL	32 001.0	17.276.3	9.604.2	26.880.6
II INVERSION DIRECTA	32.001.0	17.276.3	9 604.2	26.880.6
1) Ampliac. de la Red de Serv. de Salud	25.521.0	11.988.3	9.320.2	21.308.6
Préstamos Internos	4.000.0	1.900.7	786.9	2.687.6
Constr. y Equip. del Hosp. de San -- Miguel.	1.000.0	19.2	7.5	26.7
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	3.000.0	1.881.5	779.4	2.660.9
Préstamos Externos	21.521.0	10.087.6	8.533.4	18.621.0
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	21.521.0	10.087.6	8.533.4	18.621.0
2) Constr., Ampliac. y Mejoras a Edif. del Ramo.	1.365.0	923.5	22.0	945.5
Préstamos Internos	1.365.0	923.5	22.0	945.5
Constr. y Equip. del Centro de Salud de Cojutepeque.	100.0	41.6	-	41.6
Remodelaciones y Ampliaciones Varias	1.265.0	881.9	22.0	903.9
3) Saneamiento Básico Rural	3.250.0	2.723.9	117.2	2.841.1
Préstamos Internos	3.250.0	2.723.9	117.2	2.841.1
Admón Preinversión, Investg. y Perforación de Pozos del Plansabar	1.800.0	1.440.0	90.1	1.530.1
Introd. de Agua Potable en Areas Rurales (BID - GOES - CIDA)	256.8	243.7	2.4	246.1
Operac. y Mant. de Acueductos Rurales	737.4	674.2	0.8	675.0
Introd. de Agua Potable en Areas Rurales (UNICEF PNUD - GOES)	196.9	163.6	15.7	179.3
Introd. de Agua Potable en Comunidades de la Reforma Agraria.	200.0	177.6	7.6	185.0
Letramización Rural	59.0	25.1	0.5	25.6
4) Letramización	350.0	335.0	11.4	346.4
Préstamos Internos	350.0	335.0	11.4	346.4
5) Funcionam. de los Progr. de Inv. del Ramo.	1.215.0	1.082.5	56.5	1.139.0
Préstamos Internos	1.215.0	1.082.5	56.5	1.139.0
6) Nutrición	300.0	223.1	76.9	300.0
Préstamos Internos	300.0	223.1	76.9	300.0

RAMO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSION Y TRANSFERENCIAS DE CAP. -

EJERCICIO FISCAL 1984 - AL 31 DE DICIEMBRE DE 1984.

CONT. ANEXO N°3

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
TOTAL	55.926.5	34.034.1	228.6	34.262.7
INVERSION DIRECTA	55.926.5	34.034.1	228.6	34.262.7
1) Ampliac. de la Red de Serv. de Salud	44.393.5	24.445.5	62.2	24.507.7
Préstamos Internos	13.470.6	5.079.1	62.2	5.141.3
Contr. y Equip. del Hosp. Reg. de -- San Miguel.	6.884.9	1.782.7	16.7	1.799.4
Contr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	6.000.0	3.230.9	45.5	3.276.4
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud I Etapa	585.7	65.5	-	65.5
Préstamos Externos	30.922.9	19.366.4	-	19.366.4
Constr. y Equip. del Hosp. Reg. de -- San Miguel	1.026.4	-	-	-
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	29.371.6	19.366.4	-	19.366.0
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud I Etapa	524.9	-	-	-
2) Constr. Ampliac. y Mejoras a Edfi. del Ramo.	2.991.5	1.667.9	7.2	1.675.1
Préstamos Internos	2.991.5	1.667.9	7.2	1.675.1
Constr. y Equip. del Centro de Salud de Cojutepeque	218.2	100.5	0.3	100.8
Remodelaciones y Ampliaciones Varias	2.044.1	931.5	6.7	938.2
Constr. y Equip. del Hosp. de Ahuachapán	429.2	380.9	0.3	381.2
Constr. de Area de Emergencia en Hosp. de Maternidad	300.0	254.9	-	254.9
3) Saneamiento Básico Rural	5.316.2	5.176.0	59.1	5.235.1
Préstamos Internos	3.656.8	3.536.8	54.8	3.591.6
Admón. Preinversión, Investg. y Perfora- ción de Pozos del Plansabar	1.768.3	1.702.3	53.4	1.755.7
Introd. de Agua Potable en Areas Rura- les (BID - GOES - CIDA)	309.3	302.9	0.4	303.2
Operac. y Mant. de Acueductos Rurales	683.1	676.4	0.6	677.0
Introd. de Agua Potable en Areas Rura- les (UNICEF - PNUD - GOES)	130.1	125.3	0.1	125.4
Introd. de Agua Potable en Comunidades de la Reforma Agraria.	707.9	696.4	0.2	696.6
Letrinización Rural	58.0	33.5	-	33.5
Préstamos Externos	1.659.3	1.639.3	4.2	1.643.5
Introd. de Agua Potable en Areas Rura- les (BID - GOES - CIDA)	900.0	898.0	-	898.0
Introd. de Agua Potable en Comunidades de la Reforma Agraria.	759.3	741.2	4.2	745.5

* 1984 *

CONT. ANEXO N°3

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
4) Letrinización	403.0	390.1	11.2	401.3
Préstamos Internos	403.0	390.1	11.2	401.3
5) Funcionam. de los Progr. de Inv. dcl				
Ramo.	1.356.8	1.226.0	88.9	1.314.9
Préstamos Internos	1.356.8	1.226.0	88.9	1.314.9
6) Nutrición	530.0	350.7	-	350.7
Préstamos Internos	530.0	350.7	-	350.7
7) Constr. Edif. para Centro Sara Zaldivar	935.6	777.8	-	777.8
Préstamos Internos	935.6	777.8	-	777.8

RAMO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
 DETALLE DE LOS PROYECTOS DE INVERSION Y TRANSFERENCIAS DE CAP. -
 EJERCICIO FISCAL 1985 - AL 31 DE DICIEMBRE DE 1985.

CONT. ANEXO N°3

(MILES DE COLONES)

	Asignac.	Gastos	Comprom.	Total Utiliz.
I TOTAL	32.931.3	11.802.5	274.8	12.077.3
II INVERSION DIRECTA	32.931.3	11.802.5	274.8	12.077.3
1) Ampliac de la Red de Serv. de Salud Préstamos Internos	27.888.3	7.253.3	13.3	7.266.6
Constr. y Equip. de Hosp. Regional de San Miguel	4.312.1	1.200.1	13.3	1.213.4
Const. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	2.076.4	539.6	-	539.6
Préstamos Externos	2.235.7	660.6	13.3	673.9
Constr. y Equip. del Hosp. Regional de San Miguel	23.576.3	6.053.2	-	6.053.2
Constr. y Equip. de Puestos, Unidades y Centros de Salud II Etapa	726.3	537.8	-	537.8
2) Constr. Ampliac. y Mejoras a Edif. del Ramo.	22.850.0	5.515.4	-	5.515.4
Préstamos Internos	100.0	69.8	-	69.8
Préstamos Internos	100.0	69.8	-	69.8
3) Plan Nacional de Saneamiento Rural	3.128.9	2.883.5	95.7	2.979.2
Préstamos Internos	3.128.9	2.883.5	95.7	2.979.2
Dirección y Admón.	1.644.9	1.479.8	50.7	1.530.5
Introd. y Agua Potable en Areas Rura- les.	301.7	265.8	30.5	296.3
Operac. y Mant. de Acueductos Rurales	818.1	801.4	-	801.4
Preinversión Invest. y Perforación de Pozos.	164.3	148.5	7.2	155.7
Introd. de Agua Potable en Comunidades de la Reforma Agraria	200.0	187.9	7.3	195.2
4) Letrinización	448.0	432.8	1.8	434.6
Préstamos Internos	448.0	432.8	1.8	434.6
5) Funcionam. de los Progr. de Inv. del Ramo.	1.366.0	1.163.2	163.9	1.327.1
Préstamos Internos	1.366.0	1.163.2	163.9	1.327.1

ENCUESTA SOBRE ASPECTOS
ECONOMICOS, DE SALUD Y EDUCACION

JEFE DE FAMILIA

001 _____
No. de Entrevista

002 FECHA ___/___/___

=====

LUGAR DE ENTREVISTA

003 DEPARTAMENTO _____

004 MUNICIPIO _____

005 ASENTAMIENTO _____

=====

DATOS DEL ENTREVISTADO

006 JEFE DE FAMILIA: PADRE ___ MADRE ___ OTRO ___

007 SEXO M ___ F ___

008 EDAD _____ AÑOS

009 ESTADO CIVIL: CASADO _____ ACOMPAÑADO _____

VIUDO _____ DIVORCIADO _____

SOLTERO _____

No.	CONCEPTO	Valor en ¢ antes del desplazamiento	Valor en ¢ actual
1	Alimentación		
2	Vestuario (zapatos, ropa, etc.)		
3	Vivienda (mensualidad, alquiler, agua, luz, etc.)		
4	Educación (cuotas, útiles y materiales, etc.)		
5	Gastos Médicos (consultas, medicinas, etc.)		
6	Otros		
7	TOTALES		

012 Como cuánto valen las ayudas recibidas de Instituciones?

Antes ¢ _____

Ahora ¢ _____

013 Es propietario de alguna tierra en su lugar de origen? Si _____ No _____

014 Es propietario de alguna casa en su lugar de origen? Si _____ No _____

=====

DATOS DEL DESPLAZAMIENTO

015 Departamento de dónde se desplazó _____

016 Municipio de dónde se desplazó _____

017 Cuánto tiempo tiene de estar de desplazado? _____ Meses

018 Por qué se desplazó de su lugar de origen?

_____ Falta de trabajo _____ Temor de la violencia, amenaza

_____ Escasez de servicios _____ Falta de tierra para sembrar

_____ Otro _____

019 En relación a su situación anterior, cómo se sintió durante los primeros 3 meses que estuvo en el asentamiento?

Mejor _____ Igual _____ Peor _____

=====

DATOS DE TRABAJO

020 A qué trabajo se dedicaba antes de desplazarse?

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| _____ Ningún trabajo | _____ Peón/Jornalero |
| _____ Agricultor | _____ Servicio doméstico |
| _____ Artesano | _____ Vendedor |
| _____ Obrero | _____ Otro |

021 A qué trabajo se dedica ahora?

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| _____ Ningún trabajo | _____ Peón/Jornalero |
| _____ Agricultor | _____ Servicio doméstico |
| _____ Artesano | _____ Vendedor |
| _____ Obrero | _____ Otro |

022 Cuántos meses por año trabajaba antes?

- | | |
|--------------------|--------------------|
| _____ No trabajaba | _____ 6 a 9 meses |
| _____ 1 a 6 meses | _____ 9 a 12 meses |

023 Cuántos meses por año trabaja ahora?

- | | |
|-------------------|--------------------|
| _____ No trabaja | _____ 6 a 9 meses |
| _____ 1 a 6 meses | _____ 9 a 12 meses |
- =====

=====

DATOS DE SALUD

024 Enfermaron algunos de los miembros de la familia durante los últimos 12 meses antes de desplazarse? SI _____ NO _____.

025 Cuántos menores de 5 años enfermaron? _____

026 Qué tipo de enfermedad tuvieron?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Disentería o amibiasis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Parasitismo intestinal | <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Gripe | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis hemorrágica |
| <input type="checkbox"/> Paludismo | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Intoxicación |
| | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

027 Cuántos mayores de 5 años enfermaron? _____

028 Qué tipo de enfermedad tuvieron?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Disentería o amibiasis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Parasitismo intestinal | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Gripe | <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Paludismo | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Intoxicación |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivitis hemorrágica | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

029 Enfermaron algunos de los miembros de la familia durante los primeros 12 meses después de desplazarse? SI _____ NO _____

030 Cuántos menores de 5 años enfermaron? _____

031 Qué tipo de enfermedad tuvieron?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Disentería o amibiasis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Parasitismo intestinal | <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Gripe | <input type="checkbox"/> Conjuntivitis hemorrágica |
| <input type="checkbox"/> Paludismo | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Intoxicación |
| | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

032 Cuántos mayores de 5 años enfermaron? _____

033 Qué tipo de enfermedad tuvieron?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Sarampión |
| <input type="checkbox"/> Disentería o amibiasis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Parasitismo intestinal | <input type="checkbox"/> Sífilis |
| <input type="checkbox"/> Gripe | <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Paludismo | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Dengue | <input type="checkbox"/> Intoxicación |
| <input type="checkbox"/> Conjuntivitis hemorrágica | <input type="checkbox"/> Otras _____ |

034 En su lugar de origen, cuántas veces su familia recibió atención médica durante el año?

_____ Veces al año

035 Cuánto pagaba por consulta y medicina?

036 Recibió tratamiento médico? Si _____ No _____

037 Siguió bajo control? Si _____ No _____

038 Si no siguió bajo control, diga por qué motivo?

039 Quién proporcionaba los servicios médicos en su lugar de origen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Médico particular |
| <input type="checkbox"/> Clínica, Centro de Salud | <input type="checkbox"/> Curandero |
| <input type="checkbox"/> Cruz Roja/Verde | <input type="checkbox"/> Promotores de Salud |
| <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Otros. |

040 Durante los últimos 12 meses, cuántas veces ha recibido la familia atención médica por consulta para curar enfermedades, atender accidentes y otros casos?

_____ Veces

041 Cuánto paga por consulta?

042 Recibió tratamiento Médico? Si _____ No _____

043 Sigue bajo control? Si _____ No _____

044 Si no sigue bajo control, diga por qué motivo?

045 Quién presta los servicios médicos en el Asentamiento?

_____ Ninguno	_____ Médico Particular
_____ Clínica, Centro de Salud	_____ Curandero
_____ Cruz Roja/Verde	_____ Personal de la Asentamiento
_____ Farmacia	_____ Promotores de Salud
_____ Otros _____	

046 De dónde obtenía el agua que usaba la familia?

_____ Pozo	_____ Ojo de agua
_____ Pila pública	_____ Compra el agua
_____ Otros _____	

047 Acostumbra usted hervir el agua que toma la familia? Si _____ No _____

048 Dónde hace sus necesidades? (Disposición de excretas)

049 Describa la alimentación diaria por persona

No.	ALIMENTO	CANTIDAD CONSUMIDA
1	Leche fresca de vaca	tazas
2	Leche en polvo	tazas
3	Huevos	unidades cada uno
4	Carne	onzas
5	Frijoles	onzas
6	Vegetales	onzas
7	Fruta	onzas
8	Bananos y plátanos	onzas
9	Papas, yuca (Tubérculos y raíces)	onzas
10	Mafz	onzas
11	Arroz	onzas
12	Azúcares (azúcar y panela)	onzas
13	Grasas	onzas

050 Presenta alguno de los miembros del grupo familiar los síntomas siguientes:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hinchazón | <input type="checkbox"/> Olvidadizo |
| <input type="checkbox"/> Mucho sueño | <input type="checkbox"/> Falta de entendimiento |
| <input type="checkbox"/> Poco ejercicio | <input type="checkbox"/> Se le pela la piel |
| <input type="checkbox"/> Sangramiento de nariz | |

051 A su juicio, existieron problemas de salud debido al desplazamiento?

Si No

052 Han fallecido miembros del grupo familiar? Si No

053 Cuáles fueron las causas y cuando fallecieron?

CAUSA DEL FALLECIMIENTO	ANTES DE DESPLAZARSE		DESPLAZADO	
	Menores de 5 años	Mayores de 5 años	Menores de 5 años	Mayores de 5 años
Muerte natural				
Muerte por enfermedad				
Accidente o asesinato común				
Asesinato Político				

=====

DATOS DE EDUCACION

054 Existían escuelas en su lugar de origen antes del desplazamiento?

NO _____

SI _____

055 Cuántos grados tenía la escuela (Instituto) donde estudiaban antes del desplazamiento?

Parvularia _____,

7º a 9º _____,

1º a 3º _____,

Bachillerato _____,

4º a 6º _____,

Otro _____(especificar)

056 Quién prestaba los servicios educativos en la escuela de su Comunidad antes del desplazamiento?

Ministerio de Educación _____

Instituciones Privadas _____

Instituciones Religiosas _____

057 Hubo algún cierre de escuelas en su lugar de origen antes del desplazamiento?

NO _____

SI _____

058 Cuáles fueron las causas del cierre de la escuela?

_____ Falta de profesores

_____ Por la situación de conflicto

_____ Falta de material didáctico (yeso, pupitres, pizarras, otros)

059 Hubo algunas suspensiones en las clases impartidas en la escuela de su lugar de origen?

NO _____

SI _____

060 Con qué frecuencia?

1 a 5 días por mes _____

11 a 15 días por mes _____

6 a 10 días por mes _____

Un mes _____

061 Existían escuelas en construcción en su comunidad antes del desplazamiento?

NO _____

SI _____

062 Cuál era el mayor problema de sus niños en el aspecto educativos antes del desplazamiento?

_____ Inasistencia a clases _____ (especificar)

_____ Falta de útiles _____

_____ Repetición de grados _____

063 Tenía la escuela de su lugar de origen las condiciones siguientes?

a) Profesor por grado SI _____ NO _____

b) Materiales básicos (yeso, pizarra, pupitres, otros) SI _____ NO _____

c) Local ventilado e iluminado SI _____ NO _____

d) Zona de recreo (juegos mecánicos, zona verde, cancha, otros) SI _____ NO _____

064 Hubo alguna interrupción en las clases impartidas en la escuela de su asentamiento?

NO _____

SI _____

065 Con qué frecuencia?

_____ 1 a 5 días por mes _____ 11 a 15 días por mes

_____ 6 a 10 días por mes _____ Un mes

066 Cuál fue el motivo de la suspensión de clases?

-Falta de profesores _____

-Falta de material didáctico
(yeso, pupitres, pizarras, otros) _____

- Deterioro del local _____

067 Existen actualmente escuelas en construcción en su asentamiento?

NO _____

SI _____

068 En el aspecto educativo, cuál es el mayor problema que sus hijos enfrentan en el asentamiento?

Inasistencia a clases _____ (especificar)

Falta de útiles _____

Repetición de grados _____

=====

ACTITUD DE REPOBLAR

069 Desea regresar a su lugar de origen o cree que no es posible regresar?

_____ No desea reingresar

_____ Si desea regresar

_____ Regresaría si se solucionan los problemas que ocasionaron el desplazamiento.

070 Si tuviera los recursos, estaría dispuesto a regresar a su lugar de origen?

SI _____

NO _____

Si se provee seguridad personal _____

ENCUESTA SOBRE ASPECTOS
ECONOMICOS, DE SALUD Y EDUCACION

REPRESENTANTE DE ASENTAMIENTO

001 No. DE ENTREVISTA _____

002 FECHA ____/____/____/

=====

UBICACION

003 DEPARTAMENTO _____

004 MUNICIPIO _____

005 ASENTAMIENTO _____

=====

CARACTERISTICAS DEL ASENTAMIENTO

006 POBLACION ATENDIDA _____ AL _____ DE 1986

007 No. DE FAMILIAS _____

008 AREA TOTAL DEL ASENTAMIENTO _____ Mts² (Vrs²)

009 AREA CONSTRUIDA DEL ASENTAMIENTO _____ Mts² (Vrs²)

010 DE QUE MATERIAL ESTA CONSTRUIDO EL TECHO DEL ASENTAMIENTO?

_____ Ninguno

_____ Teja

_____ Cartón

_____ Duralita/Lámina

_____ Plástico

_____ Otros

_____ Paja o Palma

011 DE QUE MATERIAL ESTAN CONSTRUIDAS LAS PAREDES DEL ASENTAMIENTO?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cartón | <input type="checkbox"/> Bahareque |
| <input type="checkbox"/> Paja o Palma | <input type="checkbox"/> Madera |
| <input type="checkbox"/> Plástico | <input type="checkbox"/> Adobe |
| <input type="checkbox"/> Ladrillo | <input type="checkbox"/> Otros |

012 DE QUE MATERIAL ESTA CONSTRUIDO EL PISO DEL ASENTAMIENTO?

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tierra | <input type="checkbox"/> Madera |
| <input type="checkbox"/> Ladrillo | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cemento | |

013 DISPONE EL ASENTAMIENTO DE LAS SIGUIENTES FACILIDADES?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agua Potable | <input type="checkbox"/> Drenaje de aguas lluvias |
| <input type="checkbox"/> Alumbrado eléctrico | <input type="checkbox"/> Servicios Sanitarios o Letrinas |
| <input type="checkbox"/> Lavaderos | |

014 EL ASENTAMIENTO PROVEE LOS SIGUIENTES SERVICIOS GENERALES:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Médica | <input type="checkbox"/> Cursos de Capacitación |
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Deportes o Recreación |
| <input type="checkbox"/> Manualidades | <input type="checkbox"/> Otros |

015 EL ASENTAMIENTO PROVEE LA SIGUIENTE ASISTENCIA MEDICA:

- Consulta General
- Consulta de Especialidad
- Hospitalización
- Campaña de Saneamiento Ambiental
- Campaña de Medicina Preventiva

016 CON QUE FRECUENCIA DE DIAS POR MES PROVEE EL SERVICIO DE ASISTENCIA MEDICA?

017 A CUANTAS PERSONAS SE ATIENDE POR MES? _____

018 COMO Y EN QUE PROPORCION SE FINANCIAN LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA?

- _____ % Ayuda Internacional
- _____ % Subvenciones Estatales
- _____ % Cuotas de los mismos desplazados
- _____ % Instituciones Privadas Locales
- _____ % Institución Patrocinadora del Asentamiento
- _____ % Otros (especifique) _____

019 CUALES SON, SEGUN SUS REGISTROS, LAS DIEZ PRIMERAS ENFERMEDADES Y FRECUENCIA REPORTADAS EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS?

ENFERMEDAD	CONSULTAS, ATENCIONES, REPORTES		
	1983	1984	1985
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

020 HAY ESCUELAS EN ESTE ASENTAMIENTO?

SI _____ NO _____

021 CUANTOS GRADOS TIENE?

PARVULARIA _____

7º a 9º _____

1º a 3º _____

BACHILLERATO _____

4º a 6º _____

OTROS _____ (especificar)

022 QUIEN PRESTA LOS SERVICIOS EDUCATIVOS EN LA ESCUELA DEL ASENTAMIENTO?

Ministerio de Educación _____

Instituciones Privadas _____

Instituciones Religiosas _____

023 TIENE LA ESCUELA DEL ASENTAMIENTO LAS CONDICIONES SIGUIENTES?

a) Profesor por grado SI _____ NO _____

b) Materiales básicos (yeso, pizarras, pupitres, otros) SI _____ NO _____

c) Local ventilado, iluminado. SI _____ NO _____

d) Zona de recreo (Juegos mecánicos, zona verde, canchas, otros) SI _____ NO _____

e) Otros SI _____ NO _____

024 EXISTEN ACTUALMENTE ESCUELAS EN CONSTRUCCION EN ESTE ASENTAMIENTO?

SI _____

NO _____

025 OTRAS CARACTERISTICAS NO CONSIDERADAS ANTERIORMENTE:

GUIA DE CRITERIOS E INDICADORES PARA EVALUACION DE ASPECTOS ECONOMICOS,
DE SALUD Y EDUCACION DE LA POBLACION DESPLAZADA

1. AREA. ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS

1.1 Criterio. (Preguntas 010 - 014)

El grupo familiar ha deteriorado su situación socio-económica en general debido a su desplazamiento.

INDICADORES:

- 1.1.1 El 50% o más de adultos son analfabetos : Si=3, No=0
- 1.1.2 El ingreso familiar mensual ha decrecido : Si=3, No=0
- 1.1.3 Actualmente se está subutilizando la fuerza de trabajo familiar. Ha bajado el número de personas que trabajaban : Si=3, No=0
- 1.1.4 No obstante la posibilidad de acceso a la educación, el grupo familiar no ha modificado sustancialmente su nivel educativo.
- Ninguno varió su nivel educativo . 3
 - Menos del 50% del grupo mejoró : 2
 - Más del 50% del grupo mejoró . 1
 - Todos mejoraron su nivel educativo . 0
- 1.1.5 La estructura del gasto familiar está orientado a necesidades vitales
- Gastos de alimentación y médicos son más del 50% : 3
 - Gastos de alimentación, médicos y vestuario más del 50% : 2
 - No son más del 50% : 0
- 1.1.6 El gasto familiar constituye ahora una carga económica y mantiene o eleva el nivel de dependencia de la familia.
- El nivel de ayuda que recibe es mayor : 3
 - El nivel de ayuda que recibe es igual : 2
 - El nivel de ayuda que recibe es menor : 1
 - No recibe ayuda : 0
- 1.1.7 El grupo familiar sufrió pérdidas en sus bienes inmuebles : Si=3, No=0

1.2 Criterio: (Preguntas 015 - 019)

La causa inmediata del desplazamiento es la situación socio-política el conflicto bélico, es decir, la agudización de la crisis o crisis coyuntural.

INDICADORES

1.2.1 La situación socio-política generalizada obliga a que los asentamientos no sean transitorios.

- El grupo familiar son desplazados de más de 3 años : 3
- El grupo familiar son desplazados de más de 1 a 3 años : 2
- El grupo familiar son desplazados de menos de 1 año : 1

1.2.2 La causa inmediata del desplazamiento es la incertidumbre por la situación de violencia.

- Desplazados por temor a la violencia y amenaza : 3
- Desplazados por falta de trabajo o tierra para sembrar : 2
- Desplazados por escasez de servicios u otros : 0

1.2.3 La sensación de desplazado afectó negativamente el estado anímico de las personas

- Se sintió mejor : 0
- Se sintió igual : 2
- Se sintió peor : 3

1.3 Criterio: (Preguntas 020 - 023)

El desplazamiento de la población ha afectado negativamente el nivel de ocupación.

INDICADORES

1.3.1 Se ha tenido que abandonar la especialidad en el tipo de trabajo : Si=3 No=0

1.3.2 El tiempo de trabajo ha bajado . Si=3 No=0

2. AREA. ASPECTOS DE SALUD

2.1 Criterio: (Preguntas 024 - 033)

El número de enfermos y enfermedades reportadas han sido mayores en condiciones de desplazados.

INDICADORES:

2.1.1 Aumentó el número de enfermos menores de 5 años : S1=3 No=0

2.1.2 Aumentó el número de enfermedades de menores de 5 años: S1=3 No=0

2.1.3 Aumentó el número de enfermos mayores de 5 años : S1=3 No=0

2.1 4 Aumentó el número de enfermedades de mayores de 5 años: S1=3 No=0

2.2 Criterio: (Preguntas 034 - 048)

El desplazamiento de la población ha provocado una dispersión de la demanda de servicios de salud y no obstante la instalación de clínicas en los asentamientos, existen problemas de continuidad de los tratamientos.

INDICADORES.

2.2.1 La oferta de servicios de atención médica es mayor : S1=3 No=0

2.2.2 Ahora el servicio de atención médica es total o parcialmente subsidiado : S1=3 No=0

2.2.3 Quienes recibieron tratamiento médico los suspendieron por el desplazamiento : S1=3 No=0

2.2.4 Quien proporciona los servicios de salud, ahora es una fuente distinta y no coordinada con la fuente anterior: S1=3 No=0

2.2.5 En relación al uso de agua y disposición de excretas,
no se toman medidas preventivas sistemáticas : S1 se toman = 0
Una de ambas = 1
No se toman = 3

2.3 Criterio (Preguntas 049 - 050)

La población desplazada mantiene problemas reiterados de carencia de mínima nutrición

INDICADORES:

2.3.1 El consumo diario de alimentos no satisface los requisitos mínimos.

- Consumo general por debajo del mínimo : 3
- La mayoría de alimentos por debajo del mínimo : 2
- La mayoría de alimentos por arriba del mínimo : 1
- Consumo general por arriba del mínimo : 0

2.3.2 La población desplazada presenta síntomas de desnutrición:

-Si=3 -No=0

2.4 Criterio (Preguntas 051 - 053)

La población desplazada resiente los efectos del desplazamiento en la crisis coyuntural

INDICADORES:

2.4.1 A juicio del jefe de familia, el desplazamiento generó otros problemas de salud: Si=3 No=0

2.4.2 Debido a la situación de inseguridad generalizada se han presentado mayores casos de muerte violenta o por enfermedad

- La mayor cantidad de fallecimientos son por motivos políticos : 3
- La mayor cantidad de fallecimientos son por enfermedad: 2
- La mayor cantidad de fallecimientos son por motivos comunes : 1
- La mayor cantidad de fallecimientos son naturales : 0

3. AREA. ASPECTOS DE EDUCACION

3.1 Criterio (Preguntas 054 - 068)

El desplazamiento de la población ha provocado un abandono de la actividad educativa en general

INDICADORES:

3.1.1. Existían escuelas en el lugar de origen :S1=3 No=0

3.1.2 La escuela en el lugar de origen atendía más grados .S1=3 No=0

3.1.3 Hubo cierre de escuelas en el lugar de origen :S1=3 No=0

3.1.4 El cierre de escuelas fue motivado por la situación socio-política

- Falta de profesores y el conflicto : 3
- Falta de materiales . 2
- No se cerró : 1

3.1.5 Hubo suspensiones de clases en la escuela del lugar de origen :S1=3 No=0

3.1.6 Las suspensiones de clases en la escuela del lugar de origen eran de larga duración:

- Más de 15 días por mes : 3
- 11 a 15 días por mes : 2
- 6 a 10 días por mes . 1
- 1 a 5 días por mes . 0

3.1.7 Se abandonaron escuelas en proceso de construcción: S1=3 No=0

3.1.8 La escuela en el lugar de origen era más adecuada:
-S1=3 -No=0

4. AREA: ACTITUD DE REPOBLACION

4.1 Criterio: (Preguntas 069 - 070)

La decisión de repoblación está condicionada a resolver la crisis coyuntural.

INDICADORES.

4.1.1 La decisión de repoblar es positiva y condicionada a la solución de los problemas que originaron el desalojo

- Desea regresar previa solución de la situación y se le provea de seguridad personal : 3
- Regresaría previa solución de la situación y si tuviera los recursos : 2
- Regresaría con sólo que tuviera los recursos . 1
- No regresaría . 0

INDICADOR	INDICADORES DE ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS	
	CONDICION	CALIFICACION
1.1.1 Pregunta 010	<u>No. de personas de 18 años o más que no saben leer y escribir</u> No. total de personas de 18 años o más	- Mayor o igual a 0.50 = 3 puntos - Menor a 0.50 = 0 puntos
1.1.2 Pregunta 010	<u>Total de Ingreso familiar mensual actual</u> <u>Total de ingreso familiar mensual anterior</u>	- Menor o igual a 1.00 = 3 puntos - Mayor a 1.00 = 0 puntos
1.1.3 Pregunta 010	<u>Número de miembros de la familia que trabajan</u> <u>Número de miembros de la familia que trabajaban</u>	- Menor o igual a 1.00 = 3 puntos - Mayor que 1.00 = 0 puntos
1.1.4 Pregunta 010	<u>Número de miembros de la familia que mejoraron su nivel educativo</u> Número total de miembros de la familia mayores de 6 años.	- Igual a 0.00 = 3 puntos - Menor o igual a 0.50 = 2 puntos - Mayor a 0.50 = 1 punto - Igual a 1,00 = 0 puntos
1.1.5 Pregunta 011	<u>Gasto familiar mensual para alimentación y médicos</u> Gasto familiar mensual total <u>Gasto familiar mensual para alimentación, médicos y vestuario</u> Gasto familiar mensual total	= Mayor a 0.50 . 3 puntos = Mayor a 0.50 . 2 puntos Menor o igual a 0.50 : 0 puntos

INDICADOR	INDICADORES DE ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS	
	CONDICION	CALIFICACION
1.1.6 Pregunta 012	Ayuda recibida anteriormente es menor que ayuda recibida actualmente	- Menor = 3 puntos - Igual = 2 puntos - Mayor = 1 punto
1.1.7 Preguntas 013 y 014	Abandonó propiedades inmuebles	Si = 3 puntos No = 0 puntos
1.2.1 Pregunta 017	El grupo familiar son desplazados de largo tiempo	-Más de 3 años = 3 puntos -Más de 1 hasta 3 años = 2 puntos -Menos de 1 año = 1 punto
1.2.2 Pregunta 018	El desplazamiento es efecto directo o indirecto de la violencia	-Por temor a la violencia y amenaza = 3 puntos -Por falta de trabajo o tierra para sembrar = 2 puntos -Por escasez de servicios u otros = 0 puntos
1.2.3. Pregunta 019	Se sintió peor al comparar el asentamiento con su situación original	-Se sintió peor = 3 puntos -Se sintió igual = 2 puntos -Se sintió mejor = 0 puntos
1.3.1 Preguntas 020 y 021	Ha cambiado su ocupación en detrimento de su productividad	- Distintos = 3 puntos - Iguales = 0 puntos
1.3.2 Preguntas 022 y 023	Meses por año de trabajo actual es menor que meses por año de trabajo anterior	-Menor = 3 puntos -Igual o mayor = 0 puntos

INDICADOR	C O N D I C I O N		C A L I F I C A C I O N	
2.1.1 Preguntas 025 y 030	Número de menores de 5 años que enfermaron después de desplazarse es mayor que el número de menores de 5 años que enfermaron antes de desplazarse		- Mayor	= 3 puntos
			- Menor o igual	= 0 puntos
2.1.2 Preguntas 026 y 031	Número de enfermedades de menores de 5 años ocurridas después de desplazarse es mayor que el número de enfermedades de menores de 5 años antes de desplazarse		-Mayor	= 3 puntos
			-Menor o igual	= 0 puntos
2.1.3 Preguntas 027 y 032	Número de mayores de 5 años que enfermaron después de desplazarse es mayor que el número de mayores de 5 años que enfermaron antes de desplazarse		-Mayor	= 3 puntos
			-Menor o igual	= 0 puntos
2.1.4 Preguntas 028 y 033	Número de enfermedades de mayores de 5 años ocurridas después de desplazarse es mayor que el número de enfermedades de mayores de 5 años ocurridas antes de desplazarse		-Mayor	= 3 puntos
			-Menor o igual	= 0 puntos
2.2.1 Preguntas 034 y 040	Número de veces que recibió atención médica en el asentamiento en el último año es mayor que el número de veces que recibió atención médica en su lugar de origen durante un año		-Mayor	= 3 puntos
			-Menor o igual	= 0 puntos
2.2.2 Preguntas 035 y 041	Valor que paga por consulta médica en el asentamiento es menor que el valor que pagaba por consulta médica en su lugar de origen		-Menor	= 3 puntos
			-Mayor o igual	= 0 puntos

INDICADOR	INDICADORES DE ASPECTOS DE SALUD	
	CONDICION	CALIFICACION
2.2.3 Preguntas 038 y 044	Tratamiento médico suspendido por causa del desplazamiento, violencia y limitación de recursos del asentamiento	<p>Si = 3 puntos</p> <p>No = 0 puntos</p>
2.2.4 Preguntas 039 y 045	Comparación de las Instituciones que ofrecían el servicio de salud antes y después de desplazarse	<p>-Fuentes distintas = 3 puntos</p> <p>-Fuentes iguales = 0 puntos</p>
2.2.5 Preguntas 047 y 048	El uso de letrinas y hervir el agua son medidas preventivas	<p>-No hierve el agua ni usa letrinas = 3 puntos</p> <p>-Sólo hace una de ambas = 1 punto</p> <p>-Hace ambas = 0 puntos</p>
2.3.1 Pregunta 049	El consumo diario de alimentos se compara con los requerimientos mínimos	<p>-100% bajo el mínimo = 3 puntos</p> <p>-Más 75% bajo el mínimo = 2 puntos</p> <p>-Más 50% sobre el mínimo = 1 punto</p> <p>-100% sobre el mínimo = 0 puntos</p>
2.3.2 Pregunta 050	La población presenta síntomas de desnutrición	<p>-Si = 3 puntos</p> <p>-No = 0 puntos</p>
2.4.1 Pregunta 051	El desplazamiento generó directamente problemas de enfermedades	<p>-Si = 3 puntos</p> <p>-No = 0 puntos</p>
2.4.2 Pregunta 053	La mayor causa por muertes han sido la situación de violencia y el desplazamiento	<p>Mayor cantidad son:</p> <p>-Fallecimientos por motivos políticos = 3 puntos</p> <p>-Fallecimientos por enfermedad = 2 puntos</p> <p>-Fallecimientos por motivos comunes = 1 punto</p> <p>-Fallecimientos naturales = 0 puntos</p>

INDICADOR	CONDICION	CALIFICACION
3.1.1. Pregunta 0 54	Se abandonaron escuelas	SI = 3 puntos NO = 0 puntos
3.1.2 Preguntas 055 de Jefe de Familia y 021 de Representante de Asentamiento	La escuela de su lugar de origen atendía más grados	- Mayor o igual = 3 puntos - Menor = 0 puntos
3.1.3 Pregunta 057	Se cerraron escuelas	SI = 3 puntos NO = 0 puntos
3.1.4 Pregunta 058	La causa principal del cierre de escuelas fue el conflicto bélico	Si la causa es: -El conflicto y falta de profesores = 3 puntos -Falta de materiales = 0 puntos
3.1.5 Pregunta 059	Hubo suspensión de clases	SI = 3 puntos NO = 0 puntos
3.1.6 Pregunta 060	Las suspensiones de clases fueron de larga duración	-Más de 15 días por mes = 3 puntos -Más de 11 a 15 días por mes = 2 puntos -De 6 a 10 días por mes = 1 punto - de 1 a 15 días por mes = 0 puntos

INDICADORES	INDICADORES DE ASPECTOS DE EDUCACION	
	C O N D I C I O N	C A L I F I C A C I O N
3.1.7 Pregunta 061	Se abandonaron escuelas en proceso de Construccion.	Si = 3 puntos No = 0 puntos
3.1.8 Preguntas 063 de Jefe de Familia y 023 del Representante de asentamiento	Condiciones o facilidades de la escuela de su lugar de origen eran mayores que las condiciones o facilidades de la escuela del asentamiento	- Mayor o igual = 3 puntos - Menor = 0 puntos

INDICADOR	C O N D I C I O N	C A L I F I C A C I O N
4.1.1 Preguntas 069 y 070	Se desea regresar al lugar de origen, condicionado a una solución verdadera de los problemas	<ul style="list-style-type: none"> -Previa solución a problemas y seguridad personal = 3 puntos -Si tuviera los recursos y se solucionan los problemas = 2 puntos - Regresa con sólo tener los recursos = 1 punto -No regresaría = 0 puntos

ANEXO No.7

RESUMEN DE CALIFICACION DE INDICADORES PARA EVALUACION DE ASPECTOS ECONOMICOS, DE SALUD Y EDUCACION DE LA POBLACION DESPLAZADA

ADORES	REFUGIO 2 (99 Familias)				REFUGIO 1 (91 Familias)				MUESTRAS TOTAL (190)			
	Respuestas obtenidas	PUNTAJE			Respuestas obtenidas	PUNTAJE			Respuestas obtenidas	PUNTAJE		
		Obtenido	Máximo	%		Obtenido	Máximo	%		Obtenido	Máximo	%
1	99	198	297	67	90	153	270	57	189	351	567	62
2	99	291	297	98	76	228	228	100	175	519	525	99
3	99	291	297	98	69	204	207	99	168	495	504	98
4	99	240	297	81	66	154	198	78	165	394	495	80
5	98	278	294	95	78	205	234	88	176	483	528	91
6	99	297	297	100	91	271	273	99	190	568	570	99
7	99	243	297	82	91	231	273	85	190	474	570	83
1	99	262	297	88	90	226	270	84	189	488	567	86
2	99	294	297	99	90	267	270	99	189	561	567	99
3	99	231	297	78	90	258	270	96	189	489	567	86
3 1	99	162	297	55	91	165	273	60	190	327	570	57
2	99	240	297	81	91	228	273	84	190	468	570	82
1 1	67	87	201	43	60	75	180	42	127	162	381	43
2	54	117	162	72	59	78	177	44	113	195	339	58
3	89	126	267	47	84	81	252	32	173	207	519	40
4	88	165	264	63	82	138	246	65	170	303	510	59
2 1	99	210	297	71	83	132	249	53	182	342	546	63
2	99	279	297	94	91	258	273	95	190	537	570	94
3	7	18	21	88	47	90	141	64	54	108	162	67
4	99	285	297	96	91	270	273	99	190	555	570	97
5	99	98	297	33	91	83	273	30	190	181	570	32
3 1	99	198	297	67	91	182	273	67	190	380	570	67
2	90	183	270	68	91	243	273	89	181	426	543	78
4 1	98	264	294	90	90	261	270	97	188	525	564	93
2	81	196	243	81	78	190	234	81	159	386	477	81
1 1	95	234	285	82	89	255	267	96	184	489	552	89
2	92	165	276	60	85	165	255	65	177	330	531	62
3	90	201	270	74	85	222	255	87	175	423	525	81
4	69	204	207	99	74	219	222	99	143	423	429	99
5	84	171	252	68	79	174	237	73	163	345	489	71
6	49	121	147	82	57	62	171	36	106	183	318	58
7	99	30	297	10	90	57	270	21	189	87	567	15
8	90	192	270	71	82	111	246	45	172	303	516	59
1 1	99	263	297	89	91	257	273	94	190	520	570	91
ALLES	3023	6834	9069	75	2783	6193	8349	74	5806	13027	17418	75

ANEXO No.8

RESUMEN DE CALIFICACION DE CRITERIOS PARA EVALUACION DE ASPECTOS ECONOMICOS, DE SALUD Y EDUCACION DE LA POBLACION DESPLAZADA

IO	C O N T E N I D O	REFUGIO 2 (99 Familias)			REFUGIO 1 (91 Familias)			MUESTRA			TOTAL		
		Respuestas obtenidas	P U N T A J E			Respuestas obtenidas	P U N T A J E			Respuestas obtenidas	P U N T A J E		
			Obtenido	Máximo	%		Obtenido	Máximo	%		Obtenido	Máximo	%
	ASPECTOS SOCIO-ECONOMICOS												
	- Indicadores 1 1 1 a l 1 1 7	692	1838	2076	89	561	1446	1683	86	1253	3284	3759	87
	- Indicadores 1 2 1 a l 1 2 3	297	787	891	88	270	751	810	93	567	1538	1701	90
	- Indicadores 1 3 1 a l 1 3 2	198	402	594	68	182	393	546	72	380	795	1140	70
	ASPECTOS DE SALUD												
	- Indicadores 2 1 1 a l 2 1 4	298	495	894	55	285	372	855	44	583	867	1749	50
	- Indicadores 2 2 1 a l 2 2 5	403	890	1209	74	403	833	1209	69	806	1723	2418	71
	- Indicadores 2 3 1 a l 2 3 2	189	381	567	67	182	425	546	78	371	806	1113	72
	- Indicadores 2 4 1 a l 2 4 2	179	460	537	86	168	451	504	89	347	911	1041	88
	ASPECTOS DE EDUCACION												
	- Indicadores 3 1 1 a l 3 1 8	668	1318	2004	66	641	1265	1923	66	1309	2583	3927	66
	ACTITUD DE REPOBLACION												
	- Indicador 4 1 1	99	263	297	89	91	257	273	94	190	520	570	91
	T O T A L E S	3023	6834	9069	75	2783	6193	8349	74	5806	13027	17418	75

COMPOSICION DE LA CANASTA DE MERCADO POR NUMERO DE ARTICULOS, SEGUN GRUPOS Y SUBGRUPOS	
GRUPOS Y SUBGRUPOS	CANASTA DE MERCADO (Número de Artículos)
TOTAL	158
<u>ALIMENTOS</u>	<u>56</u>
1- Cereales y derivados	6
2- Carne y derivados	12
3- Pescado, mariscos y derivados	3
4- Leche, huevos y derivados	6
5- Aceite, grasas y derivados	3
6- Frutas y vegetales	13
7- Azúcar, sal y condimentos	5
8- Alimentos varios	3
9- Bebidas	5
<u>VESTUARIO Y SERVICIOS RELACIONADOS</u>	<u>30</u>
1- Ropa y calzado para hombre y niño	11
2- Ropa y calzado para mujer y niña	11
3- Ropa y calzado para niños (menores de 2 años)	5
4- Confección, reparación y limpieza de ropa y calzado	3
<u>VIVIENDA</u>	<u>35</u>
1- Vivienda y sus servicios	4
2- Combustible y alumbrado	7
3- Utensilios del hogar	5
4- Artículos textiles para el hogar	4
5- Equipo del hogar	11
6- Materiales de limpieza	4
<u>MISCELANEOS</u>	<u>37</u>
1- Gastos relacionados con la salud	7
2- Cuidados personales	12
3- Instrucción y cultura	4
4- Recreación (distracción y diversiones)	6
5- Transporte y comunicaciones	7
6- Tabaco	1

FUENTE. "Índice de Precios al Consumidor, Enero-Febrero 1986"
Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía.

DETERMINACION DE PRECIOS PROMEDIOS DE PRINCIPALES ARTICULOS
ALIMENTICIOS QUE FORMAN LA DIETA MINIMA

PRECIOS MEDIOS AL POR MENOS DE FRUTAS					
AÑO: 1977					Colones
FRUTA	UNIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	PROMEDIO
Naranjas	Kg	0.80	1.08	1.18	1.02 = 0.47
Guineos de Seda	Kg	0.82	0.66	0.65	0.71 = 0.33
Plátanos	Kg	NO	HAY	DATOS	
TOTAL					1.73 = 0.80

FUENTE Boletín Estadístico No.115, II Epoca Julio-Septiembre/77
Editado por DGEC.

PRECIOS MEDIOS AL POR MENOR DE VEGETALES					
AÑO: 1977					Colones
VEGETALES	UNIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	PROMEDIO
Tomates	Kg	1.26	1.06	1.07	1.13 = 0.52
Cebollas	Kg	1.27	1.09	1.02	1.13 = 0.52
Papas	Kg	0.91	0.69	0.66	0.75 = 0.35
TOTAL					3.01 = 1.39

FUENTE. Idem.

PRECIOS MEDIOS AL POR MENOR DE CARNE DE GANADO BOVINO					
AÑO: 1977					Colones
CLASE DE CARNES	UNIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	PROMEDIO
Lomo rollizo	Kg	7.56	7.66	7.88	7.70 = 3.54
Lomo de aguja	Kg	9.57	9.81	9.87	9.75 = 4.49
Posta angelina	Kg	7.26	7.42	7.32	7.33 = 3.37
Posta pacha	Kg	5.44	5.43	5.42	5.43 = 2.50
Hígado	Kg	5.34	5.42	5.39	5.38 = 2.48
TOTAL					35.59 = 16.38
PROMEDIO PRECIO LIBRA					3.28

FUENTE: Idem.

Continúa....

Cont.

PRECIOS MEDIOS AL POR MENOR DE CARNE DE GANADO BOVINO						
AÑO. 1985				Colones		
CLASE DE CARNES	UNIDAD	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBR	PROMEDIO
Lomo rollizo	Lba	8.04	8.05	8.08	8.09	8.07
Lomo de aguja	Lba	9.54	9.84	9.63	10.13	9.79
Posta angelina	Lba	7.93	7.98	8.02	8.05	8.00
Posta pacha	Lba	7.09	7.11	7.16	7.19	7.14
Hígado	Lba	6.32	6.41	6.44	6.44	6.40
TOTAL						7.88 = 39.40

FUENTE: Índice de Precios al Consumidor Enero-Febrero 1986
Dirección General de Estadística y Censos

PRECIOS MEDIOS AL POR MENOS DE CARNE DE GANADO BOVINO				
Enero-Febrero 1986				Colones
CLASE DE CARNES	UNIDAD	ENERO	FEBRERO	PROMEDIO
Lomo rollizo	Lba	8.44	8.54	8.49
Lomo de aguja	Lba	10.36	10.54	10.45
Posta angelina	Lba	8.30	8.50	8.40
Posta pacha	Lba	7.28	7.53	7.41
Hígado	Lba	6.49	6.68	6.59
TOTAL				8.27 = 41.34

FUENTE: Idem.

PRECIOS MEDIOS AL POR MENOR DE FRUTAS - AÑO 1985 - Colones						
CLASE DE FRUTAS	UNIDAD	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Naranjas	Lba	0.72	0.66	0.67	0.58	0.66
Guineos de seda	Lba	0.83	0.81	0.87	0.79	0.83
Plátanos	Lba	0.78	0.78	0.76	0.71	0.76
TOTAL						2.25

FUENTE. Idem.

Continúa...

Cont.

PRECIOS MEDIOS AL POR MENOR DE FRUTAS - AÑO 1986 - Colones				
FRUTAS	UNIDAD	ENERO	FEBRERO	PROMEDIO
Naranjas	Lba	0.55	0.56	0.56
Guineos de Seda	Lba	2.11	2.03	2.07
Plátanos	Lba	0.68	0.76	0.72
TOTAL				3.35

FUENTE: Índice de Precios al Consumidor Enero-Febrero/86
Dirección de Estadística y Censos

PRECIOS MEDIOS AL POR MENOR DE VEGETALES - AÑO 1985 - Colones						
VEGETALES	UNIDAD	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	PROMEDIO
Tomates	Lba	0.97	0.84	0.98	1.09	0.97
Cebollas	Lba	1.16	1.04	1.17	1.36	1.18
Papas	Lba	0.48	0.50	0.49	0.51	0.50
TOTAL						2.65

FUENTE: Idem.

PRECIOS MEDIOS AL POR MENOR DE VEGETALES - AÑO 1986 - Colones				
VEGETALES	UNIDAD	ENERO	FEBRERO	PROMEDIO
Tomates	Lba	0.88	0.92	0.90
Cebollas	Lba	1.14	1.01	1.08
Papas	Lba	0.57	0.73	0.65
TOTAL				2.63

FUENTE: Idem.

ANALISIS DEL VALOR NUTRITIVO TOTALMENTE VEGETARIANO														
ALIMENTO	PORCION	PESO NETO	CALORIAS	PROTEINAS	GRASA	CHO	MINERALES			VITAMINAS				
							CALCIO	FOSFORO	HIERRO	RETINOL	TIAMINA	RIBOFLAMINA	NIACINA	ACIDO ASCORBICO
							mg	mg	mg	mcg	mg	mg	mg	mg
ORTILLAS	3 U	100	203	5 40	1 03	44 90	124	123	0 23	0 00	0 10	0 03	1 00	0 00
RIJOLES COCIDOS	1/2 T	80	181	11 80	1 00	32 50	47	134	4 02	0 00	0 30	0 10	1 01	0 00
ARROZ COCIDO	1/2 T	110	133	2 68	0 24	29 20	4	37	0 48	0 00	0 02	0 01	0 60	0 00
MORTALIZAS	1/2 T	100	34	2 00	0 26	9 50	56	49	1,03	65 40	0 07	0 15	0 54	25 70
MORUTAS	1 T	220	160	2 20	1 40	36 00	50	54	2 00	106 00	0 14	0 22	1 42	96 20
AZUCAR	3 C	15	57	0 00	0 00	5 00	00	00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
ACEITE	7 C	27	240	0 00	27 00	0 00	00	00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
TOTALES		652	1,008	23 98	30 94	157 00	281	397	7 76	171 40	0 63	0 51	4 57	121 90

U= Unidades, T=Tazas, C=Cucharadas

FUENTE Nutrición Humana y Sistema Alimentario en El Salvador
 Compilación de estudios presentados ante el Primer Seminario Nacional
 sobre Alimentación y Nutrición 1977

ANEXO No 12

ANALISIS DEL VALOR NUTRITIVO CON LECHE														
ELEMENTO	PORCION	PESO MLTO	CALORIAS	PROTEINAS	GRASA	CHO	MINERALES			VITAMINAS				
							CALCIO	FOSFORO	HIERRO	RETINOL	TIAMINA	RIBOFLAVINA	NIACINA	ACIDO ASCORBICO
							g	g	g	mg	mg	mg	mcg	mg
AS	3 U	100	203	5 40	1 03	44 90	123	124	0 23	0 00	0 10	0 03	1 00	0 00
S COCIDOS	1/2 T	80	181	11 80	1 01	32 50	132	47	4 02	0 00	0 30	0 10	1 01	0 00
OCIDO	1/2 T	110	133	2 68	0 24	29 20	37	4	0 48	0 00	0 02	0 01	0 60	0 00
IZAS	1/2 T	100	34	2 00	0 26	9 50	49	56	1 03	65 40	0 07	0 15	0 54	25 70
	1 T	220	160	2 10	1 40	36 00	54	50	2 00	106 00	0 14	0 22	1 42	96 20
	1 T	212	138	7 20	7 40	11 00	182	322	0 60	59 00	0 08	0 42	0 20	0 00
	3 C	15	57	0 00	0 00	5 00	00	00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
	5 C	15	171	0 00	15 00	0 00	00	00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
S		852	1,077	30 98	26 36	168 00	579	603	8 36	230 40	0 71	0 93	4 59	121 90

adcs, T=Tazas, C=Cucharadas

Nutrición Humana y Sistema Alimentario en El Salvador
 Compilación de Estudios presentados ante el Primer Seminario Nacional
 sobre Alimentación y Nutrición 1977

ANALISIS DEL VALOR NUTRITIVO CON CARNE														
ELEMENTO	PORCION	PESO NETO g	CALORIAS	PROTEINAS g	GRASA g	CHO g	MINERALES			VITAMINAS				
							CALCIO mg	FOSFORO mg	HIERRO mg	RETINOL mcg	TIAMINA mg	RIBOFLAVINA mg	NIACINA mg	ACIDO ASCORBICO mg
LAS	3 U	100	203	5 40	1 03	44 90	124	123	0 23	0 00	0 10	0 03	1 00	0 00
ES COCIDOS	1/2 T	80	181	11 80	1 01	32 50	47	134	4 02	0 00	0 30	0 10	1 01	0 00
COCIDO	1/2 T	110	133	2 68	0 24	29 20	4	37	0 48	0 00	0 02	0 01	0 60	0 00
LIZAS	1/2 T	100	34	2 00	0 26	9 50	56	49	1 03	65 40	0 07	0 15	0 54	25 70
S	1 T	220	160	2 10	1 40	36 00	50	54	2 00	106 00	0 14	0 22	1 42	96 20
	1 Oz	30	81	8 80	6 22	0 37	30	98	1 95	6 57	0 18	0 18	2 25	0 60
	3 C	15	57	0 00	0 00	5 00	00	00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
E	6 C	18	105	0 00	18 00	0 00	00	00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00
ES		673	1054	35 78	28 16	157 00	311	495	9 71	177 91	0 81	0 69	6 82	122 50

TE Nutrición Humana y Sistema Alimentario en El Salvador
 Compilación de Estudios presentados ante el Primer Seminario Nacional
 Sobre Alimentación y Nutrición 1977

ANALISIS DEL VALOR NUTRITIVO CON HUEVO

ITEMENTO	PORCION	PESO NETO	CALORIAS	PROTEINAS	GRASA	CIBO	MINERALES			VITAMINAS				
							CALCIO	FOSFORO	HIERRO	RETINOL	TIAMINA	RIBOFLAVINA	NIACINA	ACIDO ASCORBICO
							g	g	g	mcg	mg	mg	mcg	mg
LAS	3 U	100	203	5.40	1.03	44.90	124	123	0.23	0.00	0.10	0.03	1.00	0.00
ES COCIDOS	1/2 T	80	181	11.80	1.01	32.50	47	134	4.02	0.00	0.30	0.10	1.01	0.00
COCIDO	1/2 T	110	133	2.68	0.24	29.20	4	37	0.48	0.00	0.02	0.01	0.60	0.00
IZAS	1/2 T	100	34	2.00	0.26	9.50	56	49	1.03	65.40	0.07	0.15	0.54	25.70
	1 T	220	160	2.10	1.40	36.00	50	54	2.00	106.00	0.14	0.22	1.42	96.20
	1 U	50	70	5.30	4.60	1.30	25	96	1.20	47.00	0.07	0.17	0.00	0.00
	3 C	15	57	0.00	0.00	5.00	00	00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	6 C	18	205	0.00	18.00	0.00	00	00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
5		693	1,043	29.30	26.60	158.00	306	493	8.96	218.40	0.70	0.95	4.57	121.90

FUENTE: Nutrición Humana y Sistema Alimentario en El Salvador
 Compilación de Estudios presentados ante el Primer Seminario Nacional
 sobre Alimentación y Nutrición 1977