

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

PLANTEAMIENTO PARA INCORPORAR AL TRABAJADOR AGRICOLA DE EL SALVADOR
A UN SISTEMA DE SEGURO SOCIAL

TRABAJO DE TESIS PRESENTADO POR
EDGAR ALONSO MENJIVAR ALEGRIA
PREVIO A LA OPCION DEL TITULO DE
LICENCIADO EN ECONOMIA

JULIO 14 DE 1984



T
368.4
M545p

T-VES
368.4
M545P
Ej. 1

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

DOCTOR MIGUEL ANGEL PARADA
Rector

DOCTORA ANA GLORIA CASTANEDA DE MONTOYA
Secretaria General

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS

LIC. CARLOS HUMBERTO HENRIQUEZ
Decano

LIC. JOSE FERNANDO FLORES
Secretario

TRIBUNAL EXAMINADOR:

Presidente: Lic. Rogelio Soto Aparicio
Primer Vocal: Lic. José Ernesto Soto Gómez
Segundo Vocal: Lic. Ana Guadalupe Ortiz

- A mis padres : Eduardo Soto López y Juana Enma Menjívar, quienes se sacrificaron para mi formación.

- A mi esposa : María del Carmen, cuyo amor y apoyo fue decisivo para el logro de mi objetivo profesional.

- A mi hijo : Edgar Fabrizzio, como una muestra de mi amor y cariño.

- A mi asesor : Lic. José Ernesto Soto Gómez, por su acertada y desinteresada orientación.

- A mis amigos : Por el apoyo moral que me brindaron durante este proceso.

I N D I C E

	Página
Glosario	i
Introducción	iii
CAPITULO I	
DIAGNOSTICO SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL SALVADOR	1
1. Marco Conceptual	1
2. Antecedentes	4
2.1 La Protección del Trabajador antes del Aparecimiento del Seguro Social en El Salvador	6
2.2 Establecimiento del Seguro Social en El Salvador	10
3. Campo de Aplicación del Seguro Social	12
3.1 Dinámica del Seguro Social	12
3.2 Limitaciones	16
CAPITULO II	
DETERMINACION Y ESTUDIO DE LA POBLACION A PROTEGER	19
1. Aspectos Generales de la Población de El Salvador	19
1.1 Evolución y Composición de la Población	19
1.2 Población Económicamente Activa	24
1.2.1 Población Económicamente Activa por Actividad Económica	28
2. Aspectos Económicos y Condiciones de Salud y Sanidad Ambiental en el Campo	31
2.1 Importancia del Sector Agrícola en la Economía del País	31
2.1.1 Distribución y Uso de la Tierra	35
2.1.2 Tenencia de la Tierra	37

2.2	Oferta y Demanda de Mano de Obra en el Sector Agrícola	48
2.2.1	Oferta de Mano de Obra	48
2.2.2	Demanda de Mano de Obra	51
2.3	Salarios	56
2.4	Condiciones de Salud y Sanidad Ambiental en el Campo	61

CAPITULO III

	RECURSOS FISICOS FINANCIEROS Y HUMANOS ACTUALES Y POTENCIALES, CON QUE CUENTA EL PAIS PARA LA ATENCION DE LA SALUD	69
1.	Recursos Actuales	69
1.1	Recursos Físicos	69
1.2	Recursos Humanos	80
1.2.1	Médicos	81
1.2.2	Odontólogos	85
1.2.3	Enfermeras	87
1.2.4	Auxiliares de Enfermería	91
1.2.5	Inspectores de Saneamiento Ambiental	92
1.2.6	Ayudante Rural de Salud	92
1.3	Recursos Financieros	95
2.	Recursos Potenciales	99
2.1	Recursos Físicos	100
2.2	Recursos Humanos	101
2.2.1	Médicos	101
2.2.2	Odontólogos	103
2.2.3	Enfermeras	104
2.3	Recursos Financieros	105

CAPITULO IV

DISEÑO DEL ESQUEMA DEL SEGURO SOCIAL PARA EL TRABAJADOR AGRICOLA	106
1. Justificación	106
2. Objetivos	108
3. La Protección del Trabajador Agrícola en Otros Países	108
4. Organización y Administración	114
4.1 Estructura Organizativa Actual del Instituto Salvadoreño del Seguro Social	114
4.2 Organización y Administración Propuesta para el Seguro Social para el Trabajador Agrícola	115
5. Marco de Aplicación del Seguro Social para el Trabajador Agrícola	120
6. Estructura del Grupo Familiar y sus Características Demográficas	127
6.1 Estructura del Grupo Familiar	128
7. Diseño del Sistema de Prestaciones	136
8. Estimación del Volumen de Prestaciones	140
8.1 Metodología	140
8.2 Cálculo de los Indices de Demanda de Servicios Médicos	140
8.3 Volumen de Prestaciones	153
9. Estimación de la Necesidad de Recursos	155
10. Estimación del Costo de las Prestaciones	157
11. Alternativas de Establecimiento	160
11.1 Volumen de Prestaciones	167
11.2 Estimación del Costo de las Prestaciones	168
12. Alternativas de Financiamiento	169
12.1 La Contribución de los Trabajadores	172
12.2 La Contribución de los Patronos	174
12.3 La Contribución del Estado	181
12.4 Otras Fuentes de Financiamiento	183
12.5 Régimen Financiero	193

13. Efectos Económicos y Sociales del Sistema Propuesto	194
13.1 Como Mecanismo de Redistribución del Ingreso	194
13.1.1 Redistribución del Ingreso a través de las Prestaciones	194
13.1.2 Redistribución del Ingreso a través de las Cotizaciones de los trabajadores	195
13.1.3 Redistribución del Ingreso a través de las Cotizaciones de los Patronos	195
13.1.4 Redistribución del Ingreso a través de la Contribución del Estado	196
13.2 Efecto sobre el Nivel de Empleo	196
13.3 Efectos en el Crecimiento y el Desarrollo Económico y Social del País	197
13.4 Beneficios del Sistema sobre la Salud y Restauración de la Capacidad de Trabajo	198

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	199
--------------------------------	-----

Anexos

Bibliografía

GLOSARIO DE TERMINOS Y SIGLAS

- SEGURIDAD SOCIAL

Es el conjunto de acciones que la sociedad realiza especialmente a través del Estado, encaminadas a mantener la salud física, mental y espiritual del ser humano, lo mismo que los ingresos económicos adecuados que le permitan llevar una existencia digna en comunidad, mediante programas de medicina social, asistencia social, seguros sociales, etc.

- SEGURO SOCIAL

Institución que tiene por objeto cubrir al hombre que trabaja y a su familia de los riesgos naturales y sociales que constantemente amenazan su salud, su integridad física y su vida y como consecuencia su capacidad de ganancia.

- SALARIO

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.

- SALARIO COTIZABLE

Es la cantidad del salario devengado por el trabajador sobre la cual se calculan las aportaciones al Seguro Social.

- POBLACION ASEGURADA

Total de personas que tienen acceso a los beneficios del Seguro Social siempre y cuando se cumplan los requisitos legales establecidos para tal fin. Comprende los trabajadores cotizantes, los pensionados directos y los dependientes de ambos grupos.

- TRABAJADOR COTIZANTE (Asegurado directo)

Es toda persona natural que se obliga a prestar sus servicios a otra natural o jurídica mediante un salario y que contribuye directamente al sostenimiento del Régimen del Seguro Social.

- BENEFICIARIOS (Dependientes con derecho)

Personas dependientes económicamente del trabajador cotizante que adquieren el derecho a los beneficios del Régimen del Seguro Social en la cuantía y los términos establecidos por la Ley y los reglamentos.

- CONSULTA EXTERNA

Es la atención médica u odontológica servida en un consultorio por un profesional calificado, a una persona protegida no hospitalizada.

- DIAS DE HOSPITALIZACION

Es el número días calendario transcurrido desde la admisión o ingreso al hospital, hasta el egreso o alta. Se obtiene restando de la fecha de alta la fecha de ingreso, pero cuando un paciente ingresa y es dado de alta el mismo día, se registra como un día de hospitalización.

- CAMA HOSPITALARIA

Es aquella que está instalada con la instrumentalización necesaria, es decir, que cuenta con servicios médicos, de enfermería, de mantenimiento, de lavandería, de alimentación y dietas, etc.; para ser ocupada por un paciente en cualquier momento.

- CATASTRO

Censo y/o padrón estadístico de las fincas rústicas y urbanas, y sus características.

- AREA URBANA (criterio administrativo)

Es aquella donde residen las autoridades municipales siendo sus límites, las que las mismas autoridades determinan.

- AREA RURAL (criterio administrativo)

Es la superficie formada por los cantones de un municipio.

- M.S.P.A.S.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- I.S.S.S.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

- A.N.T.E.L.

Administración Nacional de Telecomunicaciones

- I.M.S.S.

Instituto Mexicano de Seguridad Social

I N T R O D U C C I O N

Si el desarrollo económico se define en términos generales como el aumento del nivel de vida, entre otras cosas por la elevación del ingreso real de las personas por medio de una justa distribución del ingreso nacional y la tendencia sostenida al pleno empleo de los factores productivos, entonces la meta final de todo proceso de desarrollo es el ser humano.

Existe por tanto una elevada correlación entre el desarrollo económico y las acciones de Seguridad Social; ya que estas últimas se constituyen en un objetivo del desarrollo económico y al mismo tiempo en un instrumento para lograrlo.

La declaración Iberoamericana de Seguridad Social 1/ establece: "Que el hombre por el solo hecho de serlo tiene derecho a la Seguridad Social, cuyas exigencias conceptuales en el tiempo actual deben extenderse no solo a la protección de las contingencias tradicionales; sino a la instrumentación de servicios de acción formativa, empleo, vivienda, ahorro, crédito, recreación y demás servicios sociales necesarios para la promoción y desarrollo del ser humano".

Considerando la amplitud del concepto de seguridad social, resulta -- prácticamente imposible que un solo trabajo puede analizar todos los -

1/ Revista Iberoamericana de Seguridad Social. Año XXIV. Núm.5-1975

aspectos que ésta implica; por tanto es comprensible que este esfuerzo esté orientado a un aspecto en especial, en este caso la salud y sus implicaciones económico sociales.

Este trabajo constituye un modesto aporte a los esfuerzos realizados en busca de las reivindicaciones del trabajador agrícola, al definir los elementos básicos de lo que pudiese ser un programa especial de salud para el trabajador del campo y su grupo familiar; el cual cubrirá los riesgos a que están expuestos por causa de enfermedad, accidente común, accidente de trabajo, enfermedad profesional, maternidad.

En la actualidad esta cobertura es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el cual debido a lo limitado de sus reursos (físicos, humanos y financieros) le es imposible lograr una cobertura integral y efectiva de este amplio sector de la población.

El Seguro Social por su parte, es hasta la fecha un privilegio de ciertos sectores de la población; ya que desde el inicio de sus operaciones en 1954 está referido exclusivamente a los trabajadores de la industria, comercio y servicios en las áreas urbanas.

Esto implica que no se están haciendo efectivos en buena medida los -- principios doctrinarios de la seguridad social, especialmente la solidaridad, su fundamento económico; siendo esto un indicador de que para -- efecto de nuevas incorporaciones ha privado el criterio de capacidad -- económica para el pago de las cotizaciones sobre las necesidades mas ur

gentes de la población asegurable, lo cual se considera una acción discriminante.

En el primer Capítulo se presentan algunos conceptos y principios doctrinarios de la Seguridad Social, destacándose el innegable derecho del campesino a los beneficios de ésta; se trata además lo referente a la protección del trabajador antes del apareamiento del seguro social, los antecedentes legales para el establecimiento de éste y una síntesis de la dinámica que ha presentado, su cobertura actual y sus limitaciones.

En el segundo Capítulo se analizan aspectos demográficos de la población del país en general, las condiciones económicas y de salud; ya que éstos aspectos se consideran básicos para el establecimiento del sistema.

El tercer Capítulo es una revisión de los recursos físicos, humanos y financieros actuales y potenciales con que cuenta el país para la atención de la salud, analizándose además el gasto del gobierno en la atención de la salud de la población.

El cuarto Capítulo contiene la propuesta concreta del sistema de atención para el trabajador agrícola, se definen sus objetivos, se analizan las alternativas de organización y los problemas de administración que esta incorporación presenta. Se calcula la demanda esperada de prestaciones y se estima la necesidad de recursos físicos, humanos y financie

ros para su atención, se analizan las alternativas para la puesta en marcha del sistema, se definen las fuentes y el régimen de financiamiento; destacando a la vez las repercusiones económicas y sociales del sistema propuesto.

En el quinto Capítulo se resumen las conclusiones y recomendaciones que se consideran de mayor importancia de acuerdo a la naturaleza de este trabajo.

Se piensa que el tema desarrollado es de gran interés económico social y se espera que de alguna manera este esfuerzo constituya un aporte a la planificación y desarrollo de la seguridad social en el país.

CAPITULO I

DIAGNOSTICO SOBRE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL SALVADOR

1. Marco Conceptual

La Seguridad Social entendida como tal puede ser definida como el conjunto de acciones tendientes a garantizar al ser humano, condiciones y prestaciones que le permitan desarrollarse íntegramente y compartir -- los beneficios del desarrollo y el progreso.

La Seguridad Social incluye por tanto la protección de la salud física y mental, la instrumentación de servicios de acción formativa, empleo, vivienda, ahorro, crédito, recreación y demás servicios sociales necesarios para la promoción y desarrollo del ser humano; 1/ de acuerdo con ello el cumplimiento de los fines que ésta persigue implica el uso de diversos mecanismos de acción por parte del Estado, entre los cuales podemos mencionar:

Las leyes que regulan los Contratos de Trabajo, las Instituciones que manejan Regímenes de Pensiones y Jubilaciones, las que están a cargo de la Recreación Popular, las encargadas de la Salud Pública, aquellas

1/ Tomado de la Revista Iberoamericana de Seguridad Social.
Año XXIV. Número 5-1975.

cuyas acciones están encaminadas a Democratizar el Crédito, el Seguro-Social, etc.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), señala también los principales objetivos de la Seguridad Social, así: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes a su voluntad". 2/

La Seguridad Social tiene su fundamento en principios doctrinales tales como:

Universalidad: En el sentido que debe beneficiar a toda la población del país.

Solidaridad: Que constituye su fundamento económico y que se manifiesta a través de la participación de sectores que ya alcanzaron una mayor estabilidad económica en beneficio de los sectores desprotegidos.

Equidad: Que propugna por un trato igualitario en cuanto a la concesión de beneficios para los diferentes sectores.

2/ Tomado del Glosario "Términos de uso frecuente en el ISSS, IV Reunión de la Comisión de Planificación, Asociación de Instituciones de Seguridad Social de Centro América y Panamá, 1976"

1.1 Derecho del Campesino a la Seguridad Social

La llamada "Declaración Iberoamericana de Seguridad Social de Buenos Aires" 3/, la cual surge del V Congreso de Seguridad Social, que tuvo lugar en Buenos Aires en el mes de abril de 1972, en sín tesis dice: "El hombre, por el solo hecho de serlo, tiene derecho a la Seguridad Social, cuyas exigencias conceptuales en el tiempo actual deben extenderse no sólo a la protección de las contingencias tradicionales, sino a la instrumentación de servicios de acción formativa, empleo, vivienda, ahorro, crédito, recreación y demás servicios sociales necesarios para la promoción y desarrollo del ser humano".

En base a esta declaración podemos decir que en países como el nuestro con economías básicamente agroexportadoras, si un trabajador y su familia deben formar parte del campo de aplicación de la Seguridad Social, es precisamente aquél que labora en inferio ridad de condiciones, aquél cuyos ingresos son tan bajos, que no alcanzan para cubrir ni las necesidades básicas de todo ser huma no y que como si esto fuera poco, no gozan en su totalidad de un trabajo permanente, es decir, el trabajador del campo.

Debe por tanto hacer efectivo el principio de solidaridad en la sociedad, fundamento económico de la Seguridad Social; el cual -

3/ Revista Iberoamericana de Seguridad Social, Número 4. (Julio-Agosto de 1972, Pág. 891.

se manifiesta en la participación de sectores que ya alcanzaron mejores niveles de vida y seguridad económica, en beneficio de los sectores desprotegidos o marginados.

El cumplimiento de este principio exige la participación del Estado, creando o utilizando los mecanismos adecuados para ello.

2. Antecedentes

De acuerdo con el contenido de la definición de Seguridad Social expuesto al inicio de este Capítulo, podemos decir que el hombre desde tiempos inmemorables ha buscado una protección para él y su grupo familiar, y así, encontramos en la época romana, la Collegias y las Sodalitias, manifestaciones esencialmente espirituales y solidarias -- que consistía en acompañar al muerto en los funerales, exaltar sus virtudes nueve días después y colocar ofrendas florales en su tumba cada año. 4/

El aparecimiento del trabajo artesanal trajo consigo la formación de gremios solidarios, encaminados a proteger en forma moral y económica al trabajador y a su familia, cuando padecían infortunio. La protección se hacía efectiva a través de las sociedades de socorro mutuo, las cofradías y las gildas.

4/ Tomado de la Revista Iberoamericana de Seguridad Social, año XXIV. Número 5, 1975, Pág. 989.

Estas manifestaciones humanas y solidarias de la sociedad desaparecieron con la Revolución Industrial, en donde la máquina relega a la fuerza de trabajo a un segundo plano y en donde la legislación, estaba -- orientada a la protección de la producción y no a la del trabajador, a quien de acuerdo a la ley debía remunerarse con un salario mínimo de subsistencia y no mayor ya que esto además de elevar los costos de la producción, tenderían a hacerlo sustituir ocio por renta, lo cual iba en detrimento de la producción.

Existía por tanto, un enorme vacío en cuanto a la protección del trabajador y su familia tanto en los aspectos preventivos y curativos de la medicina, como de invalidez para el trabajo producto de accidente.

Es hasta 1873 que Alemania, uno de los primeros países industrializados en el mundo, crea el Sistema de Seguro Social Obligatorio, el cual vendría a cumplir tal función.

Este sistema contributivo de protección ha sido adoptado por casi todos los países en el mundo y, el nuestro no es la excepción, pero no en todos se ha logrado cumplir el principio de universalidad de la Seguridad Social en cuanto a su aplicación y así tenemos que con algunas excepciones, en los países considerados subdesarrollados el Régimen del Seguro Social Obligatorio es aún un privilegio de ciertos sectores de la población y en la mayoría, no se haya protegido el trabajador del campo. Debe considerarse que en países como El Salvador -- aproximadamente entre un cuarenta y cincuenta por ciento de la pobla-

ción, se dedican a labores agrícolas para su subsistencia, quedando fuera del alcance del Seguro Social y en muchos casos al margen de la política general de seguridad social.

En El Salvador la Seguridad Social, es una obligación del Estado, tal como lo señala el Art. 2 de la Constitución Política: "Es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social". Por tanto, debe considerarse como un deber del Estado y un derecho de todo ciudadano salvadoreño.

2.1 La Protección del Trabajador antes del Aparecimiento del Seguro Social en El Salvador

Antes del aparecimiento del Seguro Social en El Salvador, la protección del trabajador estaba reglamentada principalmente por la "Ley sobre Accidentes de Trabajo", decretada el 7 de septiembre de 1911 y la "Ley de Botiquines", decretada el 12 de noviembre de 1950. 5/

Ley sobre Accidentes de Trabajo

En casos de Accidentes de Trabajo, esta Ley protegía al trabajador mediante prestaciones médicas, farmacéuticas y monetarias, de la forma siguiente: En el caso de incapacidad temporal para

5/ Recopilación de Leyes y Reglamentos sobre Trabajo y Seguridad Social. Publicación del Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

el trabajo, el patrono estaba en la obligación de proporcionar al trabajador asistencia médica y farmacéutica; cuando existía incapacidad parcial permanente el patrono estaba comprometido a incorporar al incapacitado a otro trabajo dentro de la empresa, compatible con su estado, sin disminuir su salario.

Con respecto a las prestaciones monetarias, establecía indemnizaciones en favor del trabajador que por causa de accidente de trabajo sufría incapacidad, ya fuese ésta absoluta, parcial, temporal o permanente, así:

1. La mitad del jornal diario durante el primer año de incapacidad.
2. Después de transcurrido el primer año de indemnización, esta sería igual a dos años de salario incluyendo los días festivos, reduciéndose a dieciocho meses, cuando la incapacidad no le imposibilitaba dedicarse a otro trabajo.
3. En caso de muerte del trabajador a consecuencia de accidente de trabajo, el patrono cubriría los gastos del sepelio hasta -- por una suma no mayor de cuarenta colones, así como una indemnización a sus beneficiarios. El campo de aplicación de esta ley estaba referida a las diferentes actividades económicas a excepción de aquellas propias de la agricultura.

Ley de Botiquines

Mediante esta ley se establecía una protección para el trabajador, cuando padeciese infortunio por causa de accidente de trabajo o enfermedad profesional, 6/ limitándose las prestaciones a medicamentos y a la atención de primeros auxilios.

La Ley establecía para empresas con más de cincuenta trabajadores, la contratación de personal capacitado para la atención de los botiquines y de un médico profesional para el servicio de atención cuando el número de trabajadores excediese los cien. La Ley de Botiquines era aplicable a todas las empresas de diez o más trabajadores, independientemente de que estuviesen establecidas en el área urbana o en el área rural. 7/

Además de las antes descritas, existieron antes del establecimiento del Seguro Social otras leyes orientadas de alguna manera a la protección del trabajador, entre las cuales podemos mencionar: 8/

Ley de Protección de los Empleados de Comercio

Decretada el 9 de julio de 1927 y que mediante Decreto Legislati-

6/ Enfermedad Profesional: Estado patológico sobrevenido por la acción mantenida, repetida o progresiva de una causa que provenga directamente de la clase de trabajo o de las condiciones del medio en donde se desarrollen las labores. Tomado del Documento "Términos de Uso frecuente en el ISSS, pág. 40".

7/ Recopilación de Leyes y Reglamentos sobre Trabajadores y Seguridad Sócial.

8/ Idem.

vo del 29 de julio de 1942, amplió sus beneficios a los trabajadores intelectuales de las Empresas Periódicas.

Ley de Contratación Individual de Trabajo

Decretada en el año de 1953 y la cual era aplicable a las relaciones entre patronos y trabajadores del Sector Privado, exceptuando:

1. Las relaciones laborales que tienen lugar en el campo, en labores propias de la agricultura y ganadería.
2. Las relaciones laborales que emanaren de trabajos verificados en el propio hogar del trabajador o en lugar libremente elegido por él; fuera de la vigilancia o dirección inmediata del patrono, cuando éste proporcione las materias primas en todo o en parte.
3. Las relaciones emanadas del servicio doméstico, y
4. Las relaciones del aprendizaje.

En base a lo antes descrito, se puede afirmar que antes del establecimiento del Seguro Social en El Salvador, la protección del trabajador que padecía infortunio era bastante limitada o prácticamente nula, ya que además de las restricciones impuestas por -- las leyes, muchos patronos ante la falta de control, no cumplían con las disposiciones laborales en beneficio del trabajador.

Este vacío existente alrededor de la fuerza de trabajo y su protección ante las enfermedades y otros infortunios, justificaba --

de por sí, la creación de un Organismo que asumiera la responsabilidad de proporcionar a los trabajadores en forma equitativa, solidaria y progresiva, las prestaciones que dentro del marco de la Seguridad Social le correspondían.

2.2 Establecimiento del Seguro Social en El Salvador

En el año de 1923, El Salvador al igual que el resto de países -- del continente americano asistieron a una reunión de alto nivel, celebrada en Washington, en la cual todos los representantes se comprometieron a realizar gestiones para establecer a corto plazo, el Seguro Social Obligatorio, en cada uno de sus países.

No fue sino hasta después de veintidós años en 1945, que en cumplimiento al compromiso internacionalmente adquirido y mediante reformas introducidas a la Constitución Política de 1886, se fija una norma constitucional obligatoria sobre el Seguro Social así: "Art. 57. Una ley establecerá el Seguro Social Obligatorio con el concurso del Estado, de los Patronos y los Trabajadores".

En 1948 el Gobierno designó a una Comisión encargada de elaborar el Proyecto de Ley del Seguro Social y, en mayo de ese mismo año, esta Comisión se convirtió en el Consejo Nacional de Planificación de Seguridad Social. El 28 de septiembre de 1949, se decretó la primera Ley del Seguro Social y el 23 de diciembre de ese mismo año, de acuerdo con esta ley se creó el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Organismo que tiene a su cargo el planeamiento, la dirección y administración del Seguro Social.

El Ministro de Trabajo y Previsión Social o en su defecto el -- Subsecretario del Ramo, es el Presidente de dicho Consejo y el -- Director General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social o en su defecto el Subdirector General, el Secretario.

Como organismo ejecutivo superior, está la Dirección General, la cual está a cargo de la administración conjunta de los regímenes de Salud y de Invalidez, Vejez y Muerte.

Con el objeto de mantener la indispensable correlación entre los fines de Seguridad Social que cubre esta Institución y los que -- integralmente corresponden al Estado, ésta se relaciona con los - Poderes Públicos a través del Ministerio de Trabajo y Previsión - Social. 9/

3. Campo de Aplicación del Seguro Social

El campo de aplicación del Seguro Social está referido específicamente a la protección gradual y progresiva, de los trabajadores y sus dependientes.

3.1 Dinámica del Seguro Social

La dinámica del Seguro Social se puede ver desde tres puntos de vista que son: expansión geográfica, expansión poblacional y expansión de las prestaciones.

9/ Ver documento "Síntesis y Desarrollo del Seguro Social, Agosto 1981".
Publicación del ISSS.

Expansión Geográfica

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, inició sus actividades de protección al trabajador en el mes de mayo de 1954, su cobertura estaba referida inicialmente a las empresas de la industria, comercio y servicios de la Zona Metropolitana de San Salvador y algunos municipios adyacentes (ver anexos Nos. 1 y 2).

En el período comprendido entre 1955 y 1965 se incorporaron entre otros, algunos municipios importantes como: Ilopango y Acajutla.

A partir de 1966, se observa un mayor dinamismo en la expansión geográfica del país acción que culmina en noviembre de 1973. (ver anexos Nos. 1 y 2).

Expansión Poblacional

Al inicio de sus funciones en 1954, el Seguro Social únicamente era aplicable a las empresas que contaban con cinco trabajadores o más; pero menos de doscientos cincuenta y que a la vez percibían un salario no superior a quinientos colones mensuales con un solo patrono.

En 1955, en cumplimiento a lo que establece el Capítulo III de la Ley del Seguro Social se marca el inicio del proceso de extensión gradual, con la incorporación de las empresas con más de -- doscientos cuarenta y nueve trabajadores.

Durante los años siguientes se observa un estancamiento en cuanto a incorporación de nuevas categorías poblacionales, hasta el año de 1979 que mediante decretos ejecutivos se introducen reformas a la Ley y Reglamentos del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, y se incorporan al Seguro Social los trabajadores al servicio del Estado. 10/

Expansión de las Prestaciones

A partir de 1954, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social otorga tres tipos de prestaciones: 11/

Prestaciones

Médicas : Consulta externa médica, consulta odontológica y hospitalización y, los servicios de apoyo que -- éstas requieren.

Prestaciones

en Especie : Medicamentos, aparatos de prótesis y ortopedia, canastilla maternal y ayuda de lactancia en caso de maternidad.

Prestaciones

en Dinero : Subsidios por incapacidad temporal por enfermedad, accidente o maternidad; auxilios de sepelio a los familiares en caso de muerte del asegurado y pensiones por invalidez y de sobrevivientes -- por muerte del asegurado a causa de accidente en el trabajo o enfermedad profesional.

10/ Se plantea una incorporación geográfica gradual, hasta 1982, únicamente se encuentran cubiertas la Zona Occidental y Oriental del país.

11/ Régimen de Salud (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales).

En el mes de enero de 1969, se establece un nuevo régimen de beneficios conocido como Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el -- cual otorga pensiones por esas causas a los asegurados directos o sus sobrevivientes por muerte del asegurado, a consecuencia de enfermedad o accidente común.

A partir de enero de 1979 se establece un régimen especial de salud, el cual únicamente otorga prestaciones médicas y en especie y es exclusivo para los trabajadores del Estado. 12/

Además de los asegurados directos desde 1954 y únicamente en los casos de maternidad, las prestaciones eran extensivas a sus esposas o compañeras de vida. En 1974 se les concede el derecho a -- tratamiento por padecimiento de carcinoma cérvico uterino y, a -- partir de octubre de 1980, mediante el Decreto Oficial No.42 del 21 de agosto del mismo año adquieren el derecho a los beneficios por enfermedad común y accidente común, todo lo anterior sin costo adicional para el cotizante. 13/

Financiamiento

Los recursos necesarios para el financiamiento del Seguro Social, provienen fundamentalmente de las cotizaciones y aportaciones de

12/ Gobierno Central, Instituciones Autónomas y Municipales, a excepción de los que por disposición especial ya se encontraban incorporados al Régimen General de Salud.

13/ Las beneficiarias (esposas o compañeras de vida) no gozan de prestaciones monetarias.

los patronos, trabajadores y el Estado (ver anexos Nos. 3 y 4).

Constituyen también fuente de financiamiento las rentas e intereses provenientes de inversiones de las reservas, el producto de multas y otras sanciones legales.

Las contribuciones al financiamiento del Seguro Social son calculadas en base a los salarios devengados por los trabajadores, estableciéndose límites mínimo y máximo para tales efectos; un mayor detalle sobre este aspecto puede verse en el Anexo N° 5.

3.2 Limitaciones

La Asociación Internacional de la Seguridad Social, establece que los beneficios del Seguro Social, deben extenderse a las ramas si guientes:

- a) Enfermedad y Maternidad
- b) Riesgos Profesionales
- c) Vejez, Invalidez y Sobrevivientes
- d) Desempleo

En la actualidad el Seguro Social Salvadoreño, no concede ningún beneficio por el literal (d).

Referente a las prestaciones estas son otorgadas al trabajador co tizante, más cuando está cesante. Debe acreditar un número mínimo de semanas cotizadas en un período determinado de acuerdo a -- los reglamentos.

De acuerdo con el Reglamento para la Aplicación del Régimen del Seguro Social, este no es todavía aplicable a los trabajadores -- del servicio doméstico, a los trabajadores eventuales y a los trabajadores agrícolas; esta disposición priva de los beneficios del Seguro Social a un amplio sector de la población.

El cuadro a continuación, nos permitirá tener una idea global sobre esta aseveración.

CUADRO No.1
POBLACION CUBIERTA POR EL REGIMEN DE SALUD
DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
1972 - 1982

AÑO	POBLACION TOTAL DEL PAIS	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA	POBLACION ASEGURADA <u>1/</u>	% COBERTURA EN RELACION A LA PEA	% COBERTURA EN RELACION A LA POBLACION DEL PAIS
1972	3.598.961	1.184.110	178.171	15.0	4.9
1973	3.704.844	1.220.462	196.159	16.1	5.3
1974	3.812.209	1.257.931	223.899	17.8	5.9
1975	3.924.095	1.296.576	244.113	18.8	6.2
1976	4.040.248	1.336.511	264.341	19.8	6.5
1977	4.159.840	1.377.675	298.585	21.7	7.2
1978	4.282.971	1.420.107	317.538	22.4	7.4
1979	4.409.747	1.463.847	336.974	23.0	7.6
1980	4.539.516	1.509.981	306.639	20.3	6.8
1981	4.670.916	1.556.639	306.126	19.7	6.6
1982	4.805.691	1.604.740	305.941	19.1	6.4

Fuente: Boletín de Estadísticas del ISSS.

1/ Incluye trabajadores cotizantes y sus beneficiarias

Como puede observarse, después de diez años, el porcentaje de cobertura sigue siendo bajo, tanto a nivel nacional como a nivel de Población Económicamente Activa, lo que es explicable dado que -- estas relaciones dependen del grado de actividad económica del -- país y de la incorporación de nuevos y significativos sectores -- poblacionales.

CAPITULO II

DETERMINACION Y ESTUDIO DE LA POBLACION A PROTEGER

1. Aspectos Generales de la Población de El Salvador

Es innegable la importancia económico-social que tiene el conocimiento de la población de un país, su crecimiento y composición, sobre todo cuando se refiere a regiones o países subdesarrollados en donde esta variable y sus características frenan o nulifican el crecimiento económico, a través de una elevada relación de dependencia y enormes cargas sociales.

1.1 Evolución y Composición de la Población

Uno de los problemas que generalmente afrontan los países subdesarrollados es la explosión demográfica, la escasez de recursos y la presión creciente sobre los mismos.

El Salvador no es la excepción y presenta la situación que se detalla a continuación:

Las características demográficas y territoriales de El Salvador con sus aproximadamente 21.000 km^2 , lo colocan como el país latinoamericano con la más alta densidad de población con 214 habitantes por Km^2 .

Como puede observarse en el Cuadro N° 2 en un período de aproximadamente veinte años, la población se ha duplicado. De acuerdo con las proyecciones de mantenerse este ritmo de crecimiento se estima para el año dos mil una población de más de ocho millones de habitantes.

CUADRO No.2
POBLACION DE EL SALVADOR SEGUN FUENTES OFICIALES

AÑO	P O B L A C I O N			Tasa de Crecimiento Geométrico	Población Rural en % de la Población Total
	URBANO	RURAL	TOTAL		
1961	966.899	1.544.085	2.510.984	2.9%	61 %
1971	1.205.532	2.149.116	3.354.648		64.1 %
1980	1.887.251	2.610.006	4.497.257	3.3%	53 %

FUENTE: - Censos Nacionales de Población 1961, 1971
Dirección General de Estadística y Censos.
- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV
(Enero-Junio 1980). Unidad de Investigaciones Muestrales, del Ministerio de Planificación del Desarrollo Económico y Social

En el cuadro anterior se observa que la tasa media anual de crecimiento de la población, durante el período intercensal 1961-1971, ascendió a 2.9% elevándose a 3.3% durante el período 1971-1980. Este ritmo de crecimiento se considera acelerado ya que si bien es característico de países subdesarrollados, pocos son los países que alcanzan estas tasas.

En base a estudios demográficos podemos decir que la tasa de crecimiento está influenciada por la estructura de edad que presenta la población del país, la que a su vez es consecuencia directa de los niveles y tendencias que reflejan las tasas de natalidad, mortalidad y los movimientos migratorios del pasado.^{1/}

CUADRO No.3
TASAS VITALES EN EL SALVADOR
(1971 - 1980)

AÑOS	TASA DE NATALIDAD	TASAS DE MORTALIDAD	
	GENERAL	General	Infantil
1971	49.4	11.3	70
1977	41.7	7.8	59.3
1978	39.7	6.9	49.5
1979	39.7	7.4	53
1980	37	8.6	42

FUENTE: Anuario Estadístico 1980, Tomo II.
Dirección General de Estadística y Censos.

NOTA: Las tasas están expresadas por cada mil personas.

El cuadro nos muestra un descenso en la tasa bruta de natalidad de 25.1% en los últimos 10 años; por su parte las tasas de mortalidad general e infantil han experimentado durante el mismo período un descenso de 23.9% y 40%, respectivamente.

^{1/} Estudio sobre Población No.17
Factores Determinantes y Consecuencia de las Tendencias Demográficas
Naciones Unidas

Aceptando el subregistro de que adolece la información estadística en nuestro medio, sobre todo en lo referente a hechos vitales y tratando de enmarcar las tendencias observadas en un plano más técnico, se utilizan los preceptos contenidos en una de las teorías de población muy en boga en los últimos años. La "Teoría Empírica o de la Transición Demográfica" 2/, la cual -- a base de estudiar la evolución de la población Europea y Norteamericana, ha encontrado cierta regularidad en las tendencias -- seguidas por la natalidad y la mortalidad, distinguiendo tres etapas.

Las tendencias de nuestras tasas vitales nos ubican en la segunda etapa en donde al inicio, tenemos una natalidad y mortalidad elevadas, lo que condiciona un ritmo lento de crecimiento de la población; a medida que transcurre el tiempo la mortalidad tiende a disminuir y la natalidad mantiene su nivel alto, propiciando un crecimiento acelerado de la población.

De acuerdo con cifras del Censo Nacional de Población de 1971 y la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV (Enero-Junio 1980) 3/, la importancia relativa de los grupos etáreos compren

2/ Apuntes sobre Demografía.

Dr. Carlos A. Rodríguez, Sr. Alex Antonio Alens, Universidad de El Salvador.

3/ Unidad de Investigaciones Muestrales del Ministerio de Planificación.

dados entre los (0-14 años) asciende a 43% y 44%, respectivamente, lo cual permite clasificar la población de El Salvador como de tipo joven. 4/

Como se expuso anteriormente, existe una relación directa entre la estructura por edad y lo que se ha dado en llamar "Indice Vital de la Historia Biológica de una Nación".5/ Si las tasas de natalidad son elevadas, se tendrá una población joven, es decir, una población con un porcentaje superior al 40% en las edades comprendidas entre (0 y 14 años).

Las cifras sobre población denotan además el predominio de la población rural en la composición de la población total, ya que el Censo de la Población de 1961 arroja un 61% de población rural y un 39% de población urbana; para 1971 la población rural representa un 64.1% de la población total y en 1980 esta relación disminuye a 58%.

En términos generales se puede decir, que en los últimos años ha existido un fenómeno migratorio interno reflejado en el desplazamiento de muchas personas del campo hacia los centros ur-

4/ Elizaga, Juan C., Composición de las Poblaciones. CELADE, Serie B, #8.

5/ Estudio sobre Población N°17, "Factores Determinantes y Consecuencia de las Tendencias Demográficas". Naciones Unidas

banos; quienes con la esperanza de alcanzar mejores niveles de vida vienen a engrosar en su mayoría una creciente población subempleada.

La fórmula utilizada para el cálculo de la tasa de crecimiento es la siguiente:

$$N_t = N_o E^{rt}$$

en donde:

N_t = Población Final

N_o = Población Inicial

r = Tasa de crecimiento

t = Tiempo

1.2 Población Económicamente Activa (PEA)

La Población Económicamente Activa está constituida por todas las personas de uno y otro sexo, que suministran la mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios. ^{6/} La gran masa de la población económicamente activa la forman las personas en edades comprendidas entre 15 y 64 años, sin embargo en países subdesarrollados con estructura económica predominantemente agrícola como el nuestro, una buena parte de la

^{6/} "Principios y Recomendaciones para el Levantamiento de los Censos Nacionales de Población", Naciones Unidas

población en edades tempranas y mayores de 64 años toman parte activa en el proceso productivo.

No existiendo un criterio uniforme entre los países para determinar la Población Económicamente Activa; en El Salvador se considera como población económicamente activa a la población de diez años y más, exceptuando aquellos grupos que por la naturaleza misma de sus actividades no participan en la producción de bienes y servicios económicos, 7/ entre los cuales se mencionan: amas de casa, estudiantes, jubilados, rentistas, incapacitados, etc.

CUADRO No.4
DINAMICA Y COMPOSICION DE LA
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA

AÑO	P O B L A C I O N			Tasa de Crecimiento Geométrico	Población Rural en % de la PEA
	URBANO	RURAL	TOTAL		
1961	326.781	480.311	807.092	3.7 %	59.5 %
1971	495.298	671.181	1.166.479	3.5 %	57.5 %
1980	742.953	850.400	1.593.353		53.4 %

FUENTE: - Censos Nacionales de Población 1961, 1971, Dirección General de Estadística y Censos.
- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV (Enero-Junio/82). Unidad de Investigaciones Muestrales del Ministerio de Planificación del Desarrollo Económico y Social.

7/ Cuarto Censo Nacional de Población 1971, Volumen II.

La tasa de incorporación a la población económicamente activa, se mantiene arriba del 3% durante el período de referencia, lo cual es congruente con una población joven como la de El Salvador en donde la población entre 0-14 años, representa más del 40% de la población total del país.

Al igual que se observa en la población global del país, la Población Económicamente Activa se encuentra radicada predominantemente en el área rural y muestra la misma tendencia decreciente en esta relación, producto probablemente de la migración interna de las áreas rurales a los centros urbanos.

Debemos considerar que el proceso de industrialización requiere de un continuo aumento de mano de obra no agrícola y, por otro lado, una mayor tecnificación de la agricultura permite incrementar la producción agrícola, sin aumentar necesariamente la demanda de mano de obra.

De este modo el desplazamiento de parte de la población rural a la ciudad, es un proceso evolutivo natural.^{8/}

En nuestro país dicho desplazamiento ha alcanzado dimensiones que conducen a situaciones indeseables, la afluencia de mano de

^{8/} Organización Internacional del Trabajo, "La Seguridad Social en la Agricultura". Pág. 24, 1960.

obra del campo a las ciudades es superior a la que la industria, el comercio y los servicios pueden absorber, generando una creciente masa de subempleados y por ende cinturones de miseria con sus problemas sociales concomitantes.

Un hecho de significativa relevancia, por sus consecuencias negativas en la formación educativa de la población, lo constituye la elevada participación de menores en las actividades de producción; ya que a nadie escapa que el proceso de educación media en nuestro país concluye normalmente a la edad de 19 años.

CUADRO No.5
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN POTENCIAL DEMANDANTE
DE LOS SERVICIOS DE EDUCACION MEDIA EN EL SALVADOR

AÑOS	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA		RELACION PORCENTUAL
	TOTAL	ENTRE 10-19 AÑOS	
1971	1.166.479	262.384	22.5 %
1980	1.593.353	317.065	20 %

FUENTE: - Censo Nacional de Población 1971, Dirección General de Estadística y Censos.
- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV (Enero-Junio/80), Unidad de Investigaciones Muestrales, MIPLAN.

De acuerdo con las cifras presentadas en el Cuadro No.5 la participación en mención era para 1971, del 22.5% y del 20% para 1980, lo cual en términos de un desarrollo integral de la población es elevada, colocando a una buena parte de la misma, en desventaja en el mercado de trabajo y constituyéndose además, -

en un obstáculo para el proceso de desarrollo ya que éste requiere de una población de mayor calidad.

1.2.1 Población Económicamente Activa por Actividad Económica

Otra de las características de la Población Económicamente Activa, que tiene singular importancia, es su distribución entre las diferentes actividades económicas, ya que con ello se puede tener una visión objetiva de la estructura productiva de un país.

CUADRO No.6
POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DE EL SALVADOR
CLASIFICADA POR ACTIVIDAD ECONOMICA

ACTIVIDAD ECONOMICA	POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA			
	1971	%	1980	%
TOTAL	1.166.479	100	1.593.353	100
- Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca	632.054	54.18	636.729	39.96
- Explotación de Minas y Canteras	1.013	0.09	4.394	0.28
- Industria Manufacturera	113.983	9.77	247.621	15.54
- Electricidad, Gas y Agua	3.538	0.3	9.681	0.60
- Construcción	32.555	2.79	80.089	5.03
- Comercio al por Mayor y al por Menor y Restaurantes y Hoteles	82.466	7.06	256.086	16.07
- Transporte, almacenaje y comunicaciones	24.701	2.12	65.593	4.12
- Establecimientos Financieros, Seguros, Bienes Inmuebles y Servicios prestados a la Empresa	12.105	1.04	15.863	1
- Servicios Comunales, Sociales y Personales	207.509	17.79	250.159	15.70
- Actividades no bien especificadas	56.55	4.86	27.138	1.70

FUENTE: - Censos Nacionales de Población 1961, 1971, Dirección General de Estadística y Censos.
- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV (Enero-Junio/80). Unidad de Investigaciones Muestrales, MIPLAN.

En el cuadro N° 6 se destacan por su importancia las actividades siguientes: Agricultura, Silvicultura, Caza y Pesca que es donde se observa la mayor concentración de la población, con un leve incremento en el período en -- términos absolutos de 4.675 y, una disminución en térmi- nos relativos dentro de la estructura productiva de -- 54.18% en 1971 a 39.96% a 1980; al margen de que la in- formación proviene de fuentes diferentes esta situación es congruente con el fenómeno migratorio a que se hizo mención anteriormente, y cabe destacar que esta disminu- ción relativa no altera el orden de importancia de esta actividad en la estructura productiva del país.

La actividad Servicios Comunes, Sociales y Personales, que se constituyen en 1971 como la segunda actividad de mayor concentración, cedió lugar en 1980 al Comercio al por Mayor y al por Menor y Restaurantes y Hoteles, que durante el período de referencia ha sido la actividad -- que muestra un mayor dinamismo en la absorción de pobla- ción. Le siguen en importancia la Industria Manufacture ra; la Construcción y el Transporte, siendo la de menor peso la explotación de Minas y Canteras, actividad esta última de un desarrollo incipiente en nuestro medio.

2. Aspectos Económicos y Condiciones de Salud y Sanidad Ambiental en el Campo

2.1 Importancia del Sector Agrícola en la Economía del País

Para obtener alguna medida de la importancia del sector agrícola en la economía de un país, se -- suele utilizar la proporción que corresponde a la agricultura en la conformación de producto territorial. 9/ Es obvio que esta relación por sí -- sola no refleja toda la importancia de esta actividad económica, pero como podemos observar en el cuadro siguiente, proporciona una idea general de la misma.

9/ Informe de la OIT "La Seguridad Social en la Agricultura". Documento V, Pág. 15.

CUADRO No. 7
PARTICIPACION DEL SECTOR AGROPECUARIO
EN LA CONFORMACION DEL PTB

AÑO	PTB	PARTICIPACION PORCENTUAL %	
		SECTOR AGROPECUARIO	AGRICULTURA
1971	2.703.9	27.0 %	20.1 %
1972	2.881.9	25.3 %	19 %
1973	3.331.6	28.0 %	21.4 %
1974	3.943.6	25.3 %	19.7 %
1975	4.477.7	23.0 %	17.5 %
1976	5.705.9	28.3 %	23.4 %
1977	7.167.0	33.1 %	29.3 %
1978	7.692.2	27.4 %	23.4 %
1979	8.618.7	30.0 %	26.1 %
1980	8.468.7	26.6 %	22.0 %

Fuente: Indicadores Económicos y Sociales. Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social

Las cifras del cuadro anterior nos muestran, que durante la última década la participación del sector agrícola en la formación del producto territorial, ha oscilado entre el veinte y el treinta por ciento aproximadamente, por otra parte, es importante destacar que el sector agropecuario en su conjunto, refleja durante el período una participación que varía entre el veinte y tres y el treinta y tres por ciento, convirtiéndose en el sector de mayor peso en la economía del país (ver anexo N°12).

En países insuficientemente desarrollados como el nuestro; las exportaciones del sector primario juegan un papel estratégico dado que constituyen la principal fuente de divisas necesarias para la importación de bienes y servicios, destinados a satisfacer las necesidades del desarrollo económico.

A continuación, se presenta un detalle de la participación del sector agrícola en las exportaciones del país:

CUADRO No. 8
ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL VALOR DE LAS
EXPORTACIONES DE EL SALVADOR

PRODUCTOS DE EXPORTACION	A Ñ O S				
	1976	1977	1978	1979	1980
- Café	54.4%	62.3%	48.1%	59.1%	57.3%
- Algodón	8.6	8.3	12.5	7.7	8.1
- Azúcar	5.5	2.7	2.3	2.4	1.2
- Otros	31.5	26.7	37.1	30.8	33.4

Fuente: - Dirección General de Estadística y Censos.
- Banco Central de Reserva

Como puede observarse, aproximadamente entre un sesenta y cinco y setenta por ciento del valor de las exportaciones, proviene de los productos tradicionales a pesar de que éstos se han visto castigados por las fluctuaciones de precios en el mercado internacional y los efectos derivados de la crisis hegemónica por la que atraviesa el país.

El Café, nuestro principal producto de exportación, es uno de los más afectados por la inestabilidad del mercado internacional y otros problemas durante el período de recolección. 10/

El Algodón por su parte, manifiesta los efectos de la reducción en la superficie cultivada, aproximadamente un 26.6% durante el período de referencia aunque por otra parte ha tenido compensación por el alza de precios en el mercado internacional, resultante del incremento en la demanda ante el encarecimiento de un producto altamente competitivo como la fibra sintética. 10/

El valor de las exportaciones de azúcar se redujo considerablemente durante el período, principalmente por el compromiso de las cosechas en venta a futuro, imposibilitando el aprovechamiento del alza en los precios en el mercado internacional. Por otra parte, se manifiesta durante el período, una reducción en la superficie de caña rozada de aproximadamente un 23.3%, -- además de una baja en la productividad tanto de las plantaciones como de los ingenios. La menor productividad tanto de caña como de azúcar, se debió principalmente, a los incendios provocados en las plantaciones y la imposibilidad de que en las áreas afectadas el producto pudiera ser cortado y procesado dentro de las setenta y dos horas, que como máximo tarda la sacarosa en

10/ Tomado de la Memoria del Banco Central de Reserva, 1980, Pág.17.

Dentro de los recursos físicos del área médica, la cama hospitalaria constituye el más crítico; por su alto costo y el tiempo necesario para habitarlo, entendiéndose como tal, aquella que está instalada y que además cuenta con los recursos de enfermería, mantenimiento, lavandería, alimentación y dietas, para ser ocupada por un paciente en cualquier momento.

A continuación se presenta un detalle de las camas hospitalarias con que cuenta actualmente el país.

CUADRO No. 25
 EL SALVADOR: RECURSO-CAMA HOSPITALARIA POR DEPARTAMENTO
 Y REGION
 1 9 8 3

REGION	CAMAS HOSPITALARIAS				TOTAL
	MSPAS	ISSS	ANTEL	PARTICULARES	
<u>Occidental</u>					<u>1.725</u>
Ahuachapán	221	15	--	--	236
Santa Ana	963	147	--	67	1.177
Sonsonate	242	70	--	--	312
<u>Central</u>					<u>371</u>
Chalatenango	147	--	--	--	147
La Libertad	204	--	--	20	224
<u>Paracentral</u>					<u>699</u>
Cuscatlán	135	--	--	23	158
La Paz	244	--	--	--	244
Cabañas	84	--	--	--	84
San Vicente	204	9	--	--	213
<u>Oriental</u>					<u>1.075</u>
Usulután	326	38	--	10	374
San Miguel	364	54	--	64	482
Morazán	73	--	--	--	73
La Unión	133	13	--	--	146
<u>Metropolitana</u>					<u>4.162</u>
San Salvador	2.862	692	67	533	4.162
Total	6.202	1.038	67	717	8.001

FUENTE: Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS),
 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
 Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL)

Para obtener la información sobre el total de camas hospitalarias en el país, se procedió de la manera siguiente:

Los Organismos Oficiales MSPAS, ISSS y ANTEL, mantienen un registro estadístico actualizado sobre sus recursos, lo cual facilitó la obtención de la información.

En el Hospital Militar, a pesar de dar amplias explicaciones sobre la naturaleza del trabajo, no fue posible obtener la información.

El mayor esfuerzo se realizó con los servicios de hospitalización particulares, para ello se utilizó el Archivo de Patronos Cotizantes al ISSS, en donde mediante un programa de computador, se obtuvo un listado de todos aquellos patronos que de acuerdo con la -- Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU II), se encontraban clasificados como - "Servicios Médicos y Odontológicos y Otros Servicios de Sanidad" Código 9331; luego a través de comunicación directa con los propietarios se estableció si se trataba de clínica médica o servicio de hospitalización, con el número de camas en servicio.

CUADRO No. 26
CAMAS HOSPITALARIAS POR CADA 10.000 HABITANTES EN EL SALVADOR

1 9 8 3

REGION	CAMAS x 10.000 HABITANTES	Nº DE HABITANTES POR CAMA
<u>Occidental</u>	17.0	587
Ahuachapán	9.5	1.056
Santa Ana	27.3	366
Sonsonate	9.4	1.065
<u>Central</u>	6.0	1.678
Chalatenango	6.6	1.516
La Libertad	5.6	1.784
<u>Paracentral</u>	8.4	1.184
Cuscatlán	7.9	1.271
La Paz	9.8	1.022
Cabañas	4.9	2.062
San Vicente	10.5	957
<u>Oriental</u>	7.9	1.261
Usulután	9.3	1.074
San Miguel	11.0	909
Morazán	3.7	2.728
La Unión	4.6	2.171
San Salvador	37.4	271
Total	16.2	618

FUENTE: Anuario Estadístico 1980
Dirección General de Estadística y Censos
Cuadro sobre Población 211-31.

Como puede observarse, existe un marcado desequilibrio en cuanto a la distribución del recurso cama hospitalaria, ya que éste se encuentra concentrado en la región metropolitana de San Salvador con 37.4 camas hospitalarias por cada diez mil habitantes, indicador que duplica el promedio nacional de 16.3. En contraste con esto algunos departamentos apenas si cuentan con este recurso, tal es el caso de Morazán, La Unión y otros en donde existe enorme presión sobre el recurso; más de dos mil personas por cada cama hospitalaria.

El promedio general de camas por habitantes está muy por debajo de la situación presentada por otros países, como puede verse a continuación:

CUADRO No. 27
CAMAS HOSPITALARIAS POR CADA 10.000
HABITANTES EN ALGUNOS PAISES
1960

PAISES	CAMAS POR 10.000 HABITANTES
Argentina	58
Canadá	98
Cuba	43
USA	73
Uruguay	57
Venezuela	31

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Estadísticas de Salud. 1973

1.2 Recursos Humanos

El conocimiento de los recursos humanos del área médica, constituye uno de los aspectos importantes en la planificación de actividades para la atención de la salud de la población, a pesar de ello, en nuestro país, no existen a nivel nacional ni -- sectorial, políticas bien definidas sobre administración y control de éstos; de ahí que no se cuente con un sistema de inventario permanente de tipo sectorial que permita conocer con exactitud con cuánto y qué tipo de recurso se cuenta, su capacitación, distribución geográfica, labores que desempeña, nivel de salario, etc.

Por tanto, a efecto de poder estimar el recurso humano de que dispone el sector salud, se han utilizado los registros de personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y -- del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, así como estudios que sobre el tema han realizado algunos profesionales.

El Equipo de Salud cuenta con los siguientes recursos principales:

- Médicos
- Odontólogos
- Enfermeras
- Auxiliares de Enfermería
- Inspectores de Saneamiento Ambiental
- Ayudantes Rurales de Salud

Existen otros recursos humanos complementarios, tales como:

- Técnico de Laboratorio
- Técnico de Rayos "X"
- Otros Auxiliares

1.2.1 Médicos

De acuerdo con información proporcionada por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM) y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, actualmente existen en el país aproximadamente un total de 1943 médicos, es decir, que se tiene un índice nacional de --- 2.545 habitantes por cada médico, relación que está por debajo del promedio para los países Latinoamericanos de 2.800 habitantes por médico. De acuerdo con ello, aparentemente El Salvador está en una mejor situación que muchos países en relación a este recurso, a continuación se presenta una visión comparativa más amplia de esta situación.

CUADRO No. 28
SITUACION QUE PRESENTAN ALGUNOS PAISES
EN LA RELACION HABITANTES POR MEDICO

P A I S	HABITANTES POR MEDICO
Ecuador	2.800
Colombia	2.000
Guatemala	3.600
Jamaica	2.200
Nigeria	50.000
Latinoamérica	2.800
Suecia	960
El Salvador	2.545

FUENTE: Organización Mundial de la Salud
Informe Estadístico Anual

El análisis de cualquier situación a través de índices globales, lleva generalmente a conclusiones erróneas, en este caso específico de acuerdo con las cifras, se estima que aparte de Suecia país altamente desarrollado, los índices no reflejan la verdadera situación que atraviesan los países los cuales, se ven afectados por el fenómeno de concentración del recurso profesional en la capital y las principales ciudades del país.

La distribución geográfica de los médicos en El Salvador, se refleja en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 29
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL RECURSO
PROFESIONAL MEDICO EN EL SALVADOR
1982

DEPARTAMENTOS POR REGION	NUMERO DE MEDICOS	Nº DE HABITANTES POR MEDICO
<u>Región Occidental</u>		
Ahuachapán	37	6.735
Santa Ana	169	2.552
Sonsonate	60	5.539
<u>Región Central</u>		
Chalatenango	9	24.756
La Libertad	52	7.685
<u>Región Paracentral</u>		
Cuscatlán	10	20.088
La Paz	23	10.845
Cabañas	8	21.648
San Vicente	33	6.176
<u>Región Oriental</u>		
Usulután	51	7.876
San Miguel	93	4.709
Morazán	14	14.224
La Unión	14	22.641
San Salvador	1.370	822
Total	1.943	2.545

FUENTE: - Junta de Vigilancia de la Profesión Médica
 - Instituto Salvadoreño del Seguro Social
 - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - Documento: "La Profesión Médica de El Salvador, cuántos somos, en dónde trabajamos y otros datos de interés". Dr. Taufik Esmahan Granados y Carlos Díaz del Pinal, Diciembre 1976.

Las cifras del cuadro anterior, permiten corroborar la aseveración inicial referente a la elevada concentración de recurso médico. En San Salvador, ejercen aproximadamente el 70.5% de todos los médicos, es además la única ciudad cuya relación de habitantes por médico está por debajo del promedio nacional establecido con lo cual se comprueba que dicha relación, está afectada por los valores extremos y por tanto carece de validez como indicador de la situación real del recurso.

Santa Ana, Sonsonate, Usulután y San Miguel, principales ciudades después de la capital del país, cuentan con el 10.2% del recurso médico, dejando apenas el 10.3% para el resto de los departamentos.

En contraste con la situación que presentan las principales ciudades, nos encontramos que Departamentos tales como Chalatenango, Cuscatlán, Cabañas, La Unión, arrojan cifras arriba de los 20.000 habitantes por médico.

El fenómeno de concentración del recurso médico no es un hecho independiente, es mas bien uno más provocado por el desarrollo desequilibrado o fragmentado que experimenta nuestro país; la ciudad capital se ha convertido prácticamente en la única opción para que los individuos traten de satisfacer sus aspiraciones profesionales y econó

micas de ahí lo delicado de la situación.

Del total de médicos del país, aproximadamente un 45% (874 médicos) ejercen como especialistas, los cuales en un elevado porcentaje se encuentran radicados en San Salvador, agudizando aún más el fenómeno de concentración.

Debido a las circunstancias anormales por las que atraviesa la Universidad Nacional desde 1980, es de suponer que la producción de profesionales sobre todo en el área médica, tienda a disminuir provocando un mayor deterioro en la relación por habitante.

1.2.2 Odontólogos

De acuerdo con información proporcionada por la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica y la Facultad de Odontología, a 1982 hay aproximadamente 515 Odontólogos.

En el cuadro que a continuación se presenta, se encuentra un detalle sobre la distribución geográfica del recurso.

CUADRO No. 30
RECURSO ODONTOLÓGICO EN EL SALVADOR
CLASIFICADO POR DEPARTAMENTO 1982

DEPARTAMENTO POR REGION	NUMERO DE ODONTOLOGOS	Nº DE HABITANTES POR ODONTOLOGO
<u>Región Occidental</u>		
Ahuachapán	11	22.653
Santa Ana	46	9.376
Sonsonate	10	33.231
<u>Región Central</u>		
Chalatenango	4	55.702
La Libertad	11	36.331
<u>Región Paracental</u>		
Cuscatlán	4	50.219
La Paz	6	41.574
Cabañas	6	28.864
San Vicente	4	50.954
<u>Región Oriental</u>		
Usulután	11	36.515
San Miguel	14	31.283
Morazán	1	199.130
La Unión	1	316.969
<u>Región Metropolitana</u>		
San Salvador	386	2.917
	515	9.601

FUENTE: - Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Como puede observarse, existe una elevada concentración del recurso en la Zona Metropolitana (aproximadamente el 75% del total de Odontólogos), al igual que con el recurso médico, el promedio nacional de habitantes por Odontólogo no refleja la verdadera situación de este recurso en el país.

Las cifras indican que la relación en San Salvador es de 2.917 habitantes por Odontólogos, en contraste con ello los Departamentos de Morazán y La Unión arrojan cifras arriba de los cien mil y trescientos mil habitantes por Odontólogo, respectivamente, lo cual da una idea clara sobre el desequilibrio en la distribución del recurso.

1.2.3 Enfermeras

Ante la escasez de recurso profesional médico para atender las demandas de salud de la población, los expertos recomiendan la delegación de ciertas funciones en el personal auxiliar, el cual con un tiempo mínimo de adiestramiento, se considera apto para la realización de tareas básicas en la atención de la salud; entre este grupo se encuentran las enfermeras, auxiliares de enfermería y otros.

La capacitación de las enfermeras en nuestro país, está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Escuela Nacional de Enfermería; aunque en los últimos años han surgido Instituciones Particulares dedicadas a la preparación de este recurso. El período de estudio es de cuatro años incluyendo el año social, de acuerdo con los registros estadísticos a 1982 el número de enfermeras graduadas ascendía aproximadamente a 1.687, de las cuales más o menos un 90% prestan sus servicios en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, principales organismos del Estado que generan acciones de salud.

Es importante destacar que al igual que el recurso médico, en algunos casos las enfermeras prestan sus servicios a más de un patrono, es decir, que trabajan en alguna de las Instituciones del Estado y además prestan sus servicios en Instituciones particulares.

Este recurso no escapa al fenómeno de concentración a que se ha hecho referencia en el presente Capítulo. Tenemos entonces que el 42% del recurso está radicado en la ciudad capital y el 58% restante, se distribuye entre el resto de zonas del país como podrá verse en el cuadro siguiente:

CUADRO No.31
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL RECURSO
ENFERMERAS GRADUADAS EN EL SALVADOR
1982

REGIONES	NUMERO DE ENFERMERAS
Occidental	303
Central	168
Metropolitana	709
Paracentral	188
Oriental	319
Total del País	1.687

Fuente: Departamento de Formación de Personal de Enfermería. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

La principal fuente de trabajo para este recurso, son las Instituciones de Salud del Estado y, en menor medida, los Servicios Particulares.

A continuación se presenta un detalle del recurso enfermeras que laboran para el MSPAS e ISSS.

CUADRO No. 32
 RECURSO ENFERMERA GRADUADA CON QUE CUENTA EL MINISTERIO DE
 SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y EL INSTITUTO SALVADORE-
 ÑO DEL SEGURO SOCIAL, CLASIFICADAS POR TIPO DE SERVICIO
 1 9 8 2

CENTRO DE TRABAJO	HOSPITAL	CONSULTA EXTERNA	ADMINIS TRACION	TOTAL
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	601	523	215	1.339
Instituto Salvadore- ño del Seguro Social	140	38	49	227
T O T A L	741	561	264	1.566

Fuente: - Inventario de Recursos Humanos del ISSS.
 - Documento de Trabajo: "Análisis de la Situación
 de los Recursos Humanos del Sector Salud, en El
 Salvador", MSPAS, 1982.

De acuerdo con las cifras, en el MSPAS el 45% de las enfermeras trabajan en hospitales; el 38% en consulta externa y el resto desarrolla labores de administración y supervisión.

Las enfermeras del Seguro Social trabajan principalmente en los servicios de hospitalización (61%), un buen número se dedica a labores de administración y supervisión (22%) y el resto, en los servicios de consulta externa.

1.2.4 Auxiliares de Enfermería

De acuerdo con las estadísticas del MSPAS y la Escuela Nacional de Enfermería, hay aproximadamente un total de 3.609 Auxiliares de Enfermería. A diferencia de las enfermeras graduadas, su adiestramiento se limita a dos -- años incluyendo el año de Servicio Social que fue instituido a partir de 1977.

Al igual que con las enfermeras graduadas, las Instituciones de Salud del Estado constituyen la principal fuente de trabajo para este recurso, como podrá observarse a continuación:

CUADRO No. 33

AUXILIARES DE ENFERMERIA CON QUE CUENTA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, CLASIFICADAS POR TIPO DE SERVICIO
1 9 8 2

CENTRO DE TRABAJO	HOSPITAL	CONSULTA EXTERNA	TOTAL
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	1.667	956	2.623
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	530	228	758
T O T A L	2.197	1.184	3.381

Fuente: - Inventario de Recursos Humanos del ISSS
- Documento de Trabajo: Análisis de la Situación de los Recursos Humanos del Sector Salud en El Salvador, MSPAS, 1982.

1.2.5 Inspectores de Saneamiento Ambiental

A pesar de que tradicionalmente se ha reconocido el papel estratégico del saneamiento ambiental, en el marco de la salud y del Inspector como su personaje clave, la demanda de este tipo de recursos es bastante limitada. El Ministerio de Salud y las Alcaldías, se pueden identificar como los principales Organismos que contratan este tipo de servicio. A 1982, se tiene un total de 288 Inspectores.

1.2.6 Ayudante Rural de Salud (A.R.S.)

Este es un personal auxiliar nuevo en el equipo de salud en nuestro país, sus acciones están orientadas a los servicios de atención primaria de las comunidades rurales.

De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, hay en la actualidad 274 A.R.S. de los cuales aproximadamente 90 se encuentran trabajando en el Sector Reformado del Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria (ISTA). El resto, trabaja dentro del Programa Regular del Ministerio.

De acuerdo con lo descrito al inicio del Capítulo, los recursos contabilizables para el planteamiento que aquí se desarrolla, son los del ISSS y el MSPAS. Por tal razón, se considera necesario presentar un cuadro resumen

de los principales recursos humanos que ambos organismos tienen contratados a 1982, para la atención de la salud.

La contratación del recurso médico y odontológico se realiza por horas y, en la mayoría de los casos, por menos de las ocho horas que constituyen una jornada completa de trabajo, de ahí que esto les permita mantener la costumbre generalizada de prestar sus servicios en más de una Institución y ejercer particularmente.

CUADRO No. 34
 RECURSO HUMANO CONTRATADO POR EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL Y
 EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

1 9 8 2

Institución	Horas Contratadas		Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Inspectores Saneamiento Ambiental	Ayudante Rural de Salud	Técnicos	
	Médico	Odontólogo					Laborat.	Rayos "X"
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	1.765	220	227	758	---	---	92	27
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	7.057	818	1.339	2.623	288	274	251	99
T O T A L	8.822	1.038	1.566	3.381	288	274	343	126

Fuente: - Inventario de Recursos Humanos del ISSS.
 - Documento de Trabajo: Análisis de la Situación de los Recursos Humanos del Sector Salud en El Salvador, MSPAS, 1982.
 - Memoria de Labores del MSPAS, 1982.

1.3 Recursos Financieros

A continuación se procede a determinar la inversión financiera que realiza el Estado en acciones de salud, para ello se utiliza la Ley de Presupuesto General de la Nación.

CUADRO No.35
INVERSION DEL GOBIERNO EN ACCIONES DE SALUD

AÑO	PRESUPUESTO NACIONAL ₡	ASIGNACIONES DE SALUD ₡	RELACION %
1979	1.451.925.310	196.501.850	13.5 %
1980	1.676.063.760	239.615.750	14.3 %
1981	1.988.518.090	261.301.990	13.0 %
1982	2.111.069.050	265.617.410	12.0 %
1983	2.058.802.990	265.499.480	12.0 %

Fuente: Ley de Presupuesto General de la Nación.

Las cifras del cuadro anterior nos indican que el país está invirtiendo aproximadamente, un 13% del Presupuesto Nacional en atender la salud de la población, lo que equivale a una asignación per cápita que oscila entre ₡44.30 y ₡53.69 durante el período observado.

CUADRO No. 36
INVERSION PERCAPITA DEL GOBIERNO EN ACCIONES DE SALUD

AÑO	ASIGNACION PRESUPUESTARIA DE SALUD	POBLACION DE EL SALVADOR	PERCAPITA EN SALUD
1979	₡ 196.501.850	₡ 4.435.499	₡ 44.30
1980	239.615.750	4.539.516	52.78
1981	261.301.990	4.670.917	55.94
1982	265.617.410	4.806.121	55.27
1983	265.499.480	4.945.239	53.69

Fuente: - Ley de Presupuesto General de la Nación
- DIGESTIC y MIPLAN. Estudios de Población, Tomo I, Proyecciones de Población.

Como puede observarse mientras la población del país ha crecido aceleradamente, los recursos financieros asignados para la atención de la salud, lo han hecho menos que proporcionalmente, ocasionando un mayor deterioro en la relación per cápita de los mismos, la cual ha descendido de ₡55.94, su punto más alto alcanzado en 1981, a ₡53.69 en 1983, cifra que si bien es mayor que la de otros países subdesarrollados está muy por debajo de los -- ₡600.00 per cápita, que aproximadamente invierten en salud los países considerados desarrollados, 2/ sin tomar en cuenta los efectos del proceso inflacionario sobre el poder adquisitivo de nuestra moneda.

2/ John Bryant. "Mejoramiento Mundial de la Salud Pública".

A continuación se presenta en detalle, las asignaciones presupuestarias para la atención de la salud en las Instituciones y Organismos Oficiales a excepción de la correspondiente al Ministerio de Defensa a través del Hospital Militar, del Ministerio de Educación (Bienestar Magisterial) y del Ministerio del Interior por no aparecer la partida desglosada en el Presupuesto.

CUADRO No. 37
ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS EN ACCIONES DE SALUD
(1978-1983)

INSTITUCIONES	AÑO				
	1979	1980	1981	1982	1983
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	147.617.960	171.167.680	176.139.270	179.168.670	178.694.550
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	45.822.340	65.042.290	81.558.070	82.741.810	82.565.140
Administración Nacional de Telecomunicaciones	3.061.350	3.405.780	3.604.650	3.706.930	4.239.790

Fuente: Ley de Presupuesto General de la Nación

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social administra un sistema de atención que beneficia aproximadamente a un 6% de la población del país, con lo cual el per cápita presupuestado para la atención de la salud de este sector privilegiado, alcanza en promedio la suma de ¢250.00. El Régimen de la Administración Nacional de Telecomunicaciones, arroja un per cápita promedio de ¢245.00 durante el período de referencia.

Por su parte el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuya cobertura teórica representa el 85% de la población, arroja una asignación per cápita promedio de ¢43.43, aproximadamente un 17% del per cápita de la población cubierta por el ISSS y ANTEL con lo cual se establece una marcada diferencia en cuanto a la calidad de la atención. El ISSS y ANTEL utilizan únicamente recurso profesional para la atención de los pacientes, mientras que el MSPAS hace uso en gran medida de personal paramédico.

2. Recursos Potenciales

El problema de proporcionar salud a la población, se agudiza ante la carencia de recursos porque es un reto que exige una verdadera planificación.

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud requiere de más establecimientos de atención, de un incremento considerable de camas hospitalarias, un mayor número de profesionales médicos y auxi

2.4 Condiciones de Salud y Sanidad Ambiental en el Campo

El problema de la salud está ligado al nivel y tendencias del desarrollo económico y social de los países y, determinado en última instancia por los recursos financieros, materiales y humanos que se asignen para proveer servicios de salud a la población.

En nuestro país, al menos, teóricamente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (M.S.P.A.S.) es el responsable de la protección de aproximadamente un 85% de la población; el resto es cubierto por otros organismos que producen acciones de salud:

1. Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
2. Servicios de Salud del Ministerio de Defensa y Seguridad Pública.
3. Servicios de Salud del Ministerio del Interior, a través de ANTEL, DIDECO y PRIDECO.
4. Servicios de Salud del Ministerio de Educación, a través de Bienestar Estudiantil.
5. Servicios de Salud del Sector Privado.

Ninguno de los organismos enumerados, contempla hasta la fecha un régimen de protección para la salud del trabajador agrícola, por tanto se debe suponer que dicha acción le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de ahí que a

partir de sus registros estadísticos sobre morbilidad, mortalidad y otras fuentes adicionales se procede a determinar las condiciones de salud y sanidad ambiental, en el campo.

CUADRO No. 21
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DEL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
1 9 7 5

CAUSAS	NUMERO	(%) SOBRE TOTAL DE CONSULTAS
TOTAL	1.766.418	100
1. Enfermedades de los dientes y de su estructura de sostén	237.066	13.4
2. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	144.996	8.2
3. Infecciones respiratorias agudas	118.230	6.7
4. Bronquitis, enfisema y asma	90.970	5.1
5. Influenza	47.574	2.7
6. Anemias	40.584	2.3
7. Laceraciones y heridas	32.628	1.8
8. Infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo	29.616	1.7
9. Tuberculosis del aparato respiratorio	24.264	1.4
10. Enfermedades inflamatorias de los ojos	22.518	1.3
Las demás causas	977.972	55.4

Fuente: Departamento de Estadística de Salud, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
 Clasificación Internacional de Enfermedades Octava Conferencia, Revisión 1965.

De acuerdo con los registros de Consulta Externa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dentro de las diez primeras causas de la demanda de atención, se destacan las enfermedades de los dientes y las enteritis, asimismo otras enfermedades diarreicas, estas últimas atribuibles fundamentalmente al medio ambiente en que vive la población.

Dentro de las principales enfermedades transmisibles, reportadas por la División de Epidemiología durante el período 1969-1979, tenemos:

CUADRO No. 22
DIEZ PRIMERAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
1972 - 1979

1 9 6 9		1 9 7 9			
ENFERMEDAD	NUMERO DE CASOS	%	ENFERMEDAD	NUMERO DE CASOS	%
TOTAL	359.048	100	TOTAL	558.334	100
1. Enfermedades Diarréicas	122.878	34.2	1. Enfermedades Diarréicas	158.091	28.3
2. Helmintiasis Intestinal	66.519	18.5	2. Helmintiasis Intestinal	140.449	25.2
3. Influenza o Gripe	60.318	16.8	3. Influenza o Gripe	108.314	19.4
4. Amibiasis y Disenterías no especificadas	28.627	8.0	4. Amibiasis y Disenterías no especificadas	75.657	13.6
5. Paludismo	29.299	7.0	5. Dengue	23.207	4.2
6. Neumonía y Bronco Neumonía	12.929	3.6	6. Amibiasis y Desintería no especificada	12.092	2.2
7. Sarampión	8.747	2.4	7. Sarampión	10.371	1.9
8. Sífilis	8.202	2.3	8. Sífilis	6.639	1.2
9. Infección Gonocócica Aguda del Aparato Genito Urinario	5.041	1.4	9. Infección Gonocócica Aguda del Aparato Genito Urinario	5.588	1.0
10. Tuberculosis Aparato Respiratorio	4.249	1.2	10. Parotiditis Epidémica	3.241	0.6
Demás causas	16.232	4.5	Demás causas	14.685	2.6

Fuente: Departamento de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

De acuerdo con las cifras del cuadro anterior durante el período de referencia, no hubo cambios significativos en la estructura de las principales enfermedades infecciosas y parasitarias que atacan a la población. Las enfermedades diarreicas, el parasitismo intestinal, paludismo, etc. siguen destacándose dentro del grupo aunque también se detecta alguna disminución en los casos de sarampión, sífiles, etc. la cual podría ser producto de las acciones de prevención realizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Dentro de las principales causas de defunción al igual que en la morbilidad, las enfermedades diarreicas son las que más estragos siguen causando a la población, seguido por homicidios y lesiones causa que adolece de un enorme sub-registro, ya que existen razones para pensar que en muchas de las defunciones ocurridas en los últimos años producto del recrudecimiento de la violencia y el conflicto armado en el país, no ha habido intervención legal. Además, se observa que se ha logrado disminuir de las diez primeras causas de defunción las provocadas por avitaminosis y otras enfermedades nutricionales -consideración un tanto dudosa- cuando nos referimos al campesino salvadoreño.

CUADRO No. 23
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCION EN EL SALVADOR 1969-1979

1 9 6 9		1 9 7 9			
C A U S A S	Nº DE DEFUNCIONES	%	C A U S A S	Nº DE DEFUNCIONES	%
TOTAL	33.630	100	TOTAL	32.936	100
1. Otras enfermedades del Aparato Digestivo	3.485	10.3	1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	3.395	10.3
2. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	3.133	9.3	2. Homicidios y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas, intervencion legal	2.637	8.1
3. Accidentes y violencia	1.478	4.4	3. Bronquitis, enfisema y asma	1.349	4.1
4. Bronquitis, enfisema y asma	1.065	3.2	4. Otras enfermedades del corazon	1.154	3.5
5. Otras neumonias	1.037	3.1	5. Accidentes por vehiculo de motor	1.002	3.0
6. Influenza	937	2.8	6. Tumores malignos	1.001	3.0
7. Sarampión	673	2.0	7. Neumonias	915	2.8
8. Otras causas de mortalidad perinatales	631	1.9	8. Enfermedades cerebro vasculares	902	2.7
9. Avitaminosis y otras enfermedades nutricionales	622	1.8	9. Otras causas de mortalidad perinatales	896	2.7
10. Disenteria bacilar y amibiasis	594	1.8	10. Otras enfermedades del aparato digestivo	756	2.3
Demás causas	19.975	59.4	Demás causas	18.929	57.5

Fuente: Departamento de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

En términos generales los patrones de morbilidad y mortalidad existentes, pueden identificarse a través de la clasificación siguiente: 16/

- a) Enfermedades que se pueden prevenir por medio de acciones tales como la vacunación, ej.: difteria, tétano, tosferina, sarampión, poliomielitis y otras;
- b) Aquellas en que su control depende de modificaciones en las condiciones de vida y del medio ambiente en que vive la población, a través de acciones tales como: instalación de -- acueductos, letrización, etc. ejm: infecciones, parasitismo, paludismo;
- c) Enfermedades degenerativas como el cáncer, problemas cardiovasculares y metabólicos, para los que se conocen pocos métodos de prevención y curación, y
- d) Otros, tales como el resfriado común, etc.

Debemos ser realistas y pensar que la cobertura de la salud del campesino salvadoreño, por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es más una aspiración que una realidad, ya que éste no cuenta con una infraestructura tal que se lo permita ni la capacidad económica, que se lo facilite.

Por tanto, los patrones de morbilidad y mortalidad aquí establecidos, pueden considerarse como extraídos de una muestra representativa y, a pesar del sub-registro valederos para los fines de este trabajo.

A priori puede decirse que en el campo, principalmente, la estrategia para mejorar la salud de la población está en atacar las causas descritas en los literales a) y b) anotados anteriormente.

CAPITULO III

RECURSOS FISICOS, FINANCIEROS Y HUMANOS ACTUALES Y POTENCIALES, CON QUE CUENTA EL PAIS PARA LA ATENCION DE LA SALUD

1. Recursos Actuales

Entre los aspectos de gran importancia en el desarrollo de este trabajo, está el relativo al conocimiento de los recursos físicos, humanos y financieros con que cuenta el país para la atención de la salud. Partiendo de ello y tomando en consideración la demanda esperada de prestaciones, que generará el sistema de protección para el trabajador agrícola que aquí se plantea, se podrá determinar la necesidad de recursos que demandará el sistema y la disponibilidad de los mismos.

1.1 Recursos Físicos

En el Capítulo anterior, se hizo referencia a los Organismos del Estado que realizan acciones de salud. Algunos de ellos no poseen infraestructura médico-hospitalaria pues los servicios los contratan con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, o a través de referencia con profesionales que ejercen privadamente.

Las Instituciones del Estado que poseen infraestructura médico-hospitalaria, son los siguientes: Ministerio de Salud Pública

y Asistencia Social; Instituto Salvadoreño del Seguro Social; Administración Nacional de Telecomunicaciones y el Ministerio de Defensa y de Seguridad Pública.

El Ministerio de Defensa y de Seguridad Pública y la Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), administran regímenes específicos de atención, exclusivos para su personal. Cuentan con una infraestructura básica concentrada en la capital -- del país, la cual dada su naturaleza y ubicación, no se considera contabilizable como disponible para nuestro planteamiento, aunque de alguna manera haremos referencia a ella.

A continuación presentamos el detalle de la infraestructura médico-hospitalaria del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social e Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

CUADRO No. 24
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y DEL
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, POR REGION, SEGUN NIVELES DE ATENCION

	NIVEL I		NIVEL II		NIVEL III		NIVEL IV		NIVEL V					
	MSPAS	ISSS	MSPAS	ISSS	MSPAS	ISSS	MSPAS	ISSS	MSPAS	ISSS				
OCCIDENTAL	7	--	8	2	48	50	2	2	4	3	2	5	--	--
CENTRAL	7	--	7	4	52	56	1	1	2	2	--	2	--	--
PARACENTRAL	2	--	2	2	47	49	3	4	7	2	2	2	--	--
ORIENTAL	14	2	16	4	81	85	5	4	9	2	2	3	--	--
METROPOLITANA	10	--	10	3	27	30	1	5	6	2	2	4	3	2
TOTAL	40	2	42	15	255	270	12	16	28	11	5	16	3	2
														5

FUENTE: Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Los criterios utilizados para regionalizar el país son diferentes en las dos Instituciones consideradas, ya que responden básicamente a necesidades propias de supervisión y administración.

Con el objeto de homogenizar la información, se adopta la regionalización utilizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la cual se detalla a continuación:

REGIONALIZACION DEL PAIS UTILIZADA POR EL
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

- | | |
|-----------------------|----------------|
| Región Occidental: | - Ahuachapán |
| | - Santa Ana |
| | - Sonsonate |
| Región Central: | - Chalatenango |
| | - La Libertad |
| Región Paracentral: | - Cuscatlán |
| | - La Paz |
| | - Cabañas |
| | - San Vicente |
| Región Oriental: | - Usulután |
| | - San Miguel |
| | - Morazán |
| | - La Unión |
| Región Metropolitana: | - San Salvador |

Los establecimientos están clasificados por niveles de atención, de acuerdo a la clase de servicios que prestan y los recursos -- con que cuentan. Desde el de menor complejidad (Nivel I), como los dispensarios de salud, que son atendidos únicamente por un auxiliar de enfermería que proporciona primeros auxilios, inyecta, orienta, suministra medicamentos y refiere a los pacientes que lo necesitan a centros de un nivel superior.

El puesto de salud (Nivel II) con funciones similares a la unidad médica (Nivel III), pero que no cuenta con recurso médico permanente hasta el de mayor complejidad tecnológica, el hospital, ya sea este de concentración de especialidades (Nivel IV) o especializados (Nivel V), como en el caso de los hospitales: Psiquiátrico, Neumológico y Benjamín Bloom, exclusivo para niños menores de 12 años. 1/

Deberá tomarse en cuenta que el presentar en un solo cuadro los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia -- Social e Instituto Salvadoreño del Seguro Social, no implica que ambas Instituciones presten exactamente los mismos servicios de atención; el régimen de salud del ISSS protege únicamente al trabajador de la industria, comercio y servicios, a sus esposas o compañeras de vida y no cuenta con programas de atención infan-

1/ De acuerdo con los conceptos de atención por Lavell y Clark

til, tampoco desarrolla labores de saneamiento ambiental.

El MSPAS ha establecido en la actualidad, algún tipo de infraestructura para la atención médica en aproximadamente el 90% de los 261 municipios del país.

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, por su parte, desarrolla su infraestructura de acuerdo con las necesidades que le impone la ampliación gradual de su cobertura, hacia los diferentes grupos de trabajadores. En la actualidad, cuenta con infraestructura propia en las principales ciudades y algunos municipios del país; en aquellas localidades en donde la demanda de servicios es tal que no justifica la construcción de instalaciones, el ISSS alquila locales o contrata los servicios a través del MSPAS o en Clínicas Particulares.

Los establecimientos con servicios más especializados como por ejemplo, los hospitales, se encuentran ubicados en las cabecezas departamentales del país y concentrados principalmente, en la región metropolitana. Por demás está decir que los hospitales del interior del país distan mucho de compararse con los de la región metropolitana, en cuanto a la diversidad de equipo y servicios que prestan; los establecimientos clasificados en los niveles inferiores de atención, se encuentran diseminados principalmente en los municipios y cantones y algunos, en las zonas marginales de la capital del país.

Dentro de los recursos físicos del área médica, la cama hospitalaria constituye el más crítico; por su alto costo y el tiempo necesario para habitarlo, entendiéndose como tal, aquella que está instalada y que además cuenta con los recursos de enfermería, mantenimiento, lavandería, alimentación y dietas, para ser ocupada por un paciente en cualquier momento.

A continuación se presenta un detalle de las camas hospitalarias con que cuenta actualmente el país.

CUADRO No. 25
EL SALVADOR: RECURSO-CAMA HOSPITALARIA POR DEPARTAMENTO
Y REGION
1 9 8 3

REGION	CAMAS HOSPITALARIAS				TOTAL
	MSPAS	ISSS	ANTEL	PARTICULARES	
<u>Occidental</u>					<u>1.725</u>
Ahuachapán	221	15	--	--	236
Santa Ana	963	147	--	67	1.177
Sonsonate	242	70	--	--	312
<u>Central</u>					<u>371</u>
Chalatenango	147	--	--	--	147
La Libertad	204	--	--	20	224
<u>Paracentral</u>					<u>699</u>
Cuscatlán	135	--	--	23	158
La Paz	244	--	--	--	244
Cabañas	84	--	--	--	84
San Vicente	204	9	--	--	213
<u>Oriental</u>					<u>1.075</u>
Usulután	326	38	--	10	374
San Miguel	364	54	--	64	482
Morazán	73	--	--	--	73
La Unión	133	13	--	--	146
<u>Metropolitana</u>					<u>4.162</u>
San Salvador	2.862	692	67	533	4.162
Total	6.202	1.038	67	717	8.001

FUENTE: Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS),
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL)

Para obtener la información sobre el total de camas hospitalarias en el país, se procedió de la manera siguiente:

Los Organismos Oficiales MSPAS, ISSS y ANTEL, mantienen un registro estadístico actualizado sobre sus recursos, lo cual facilitó la obtención de la información.

En el Hospital Militar, a pesar de dar amplias explicaciones sobre la naturaleza del trabajo, no fue posible obtener la información.

El mayor esfuerzo se realizó con los servicios de hospitalización particulares, para ello se utilizó el Archivo de Patronos Cotizantes al ISSS, en donde mediante un programa de computador, se obtuvo un listado de todos aquellos patronos que de acuerdo con la -- Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU II), se encontraban clasificados como "Servicios Médicos y Odontológicos y Otros Servicios de Sanidad" Código 9331; luego a través de comunicación directa con los propietarios se estableció si se trataba de clínica médica o servicio de hospitalización, con el número de camas en servicio.

CUADRO No. 26
CAMAS HOSPITALARIAS POR CADA 10.000 HABITANTES EN EL SALVADOR

1 9 8 3

REGION	CAMAS x 10.000 HABITANTES	Nº DE HABITANTES POR CAMA
<u>Occidental</u>	17.0	587
Ahuachapán	9.5	1.056
Santa Ana	27.3	366
Sonsonate	9.4	1.065
<u>Central</u>	6.0	1.678
Chalatenango	6.6	1.516
La Libertad	5.6	1.784
<u>Paracentral</u>	8.4	1.184
Cuscatlán	7.9	1.271
La Paz	9.8	1.022
Cabañas	4.9	2.062
San Vicente	10.5	957
<u>Oriental</u>	7.9	1.261
Usulután	9.3	1.074
San Miguel	11.0	909
Morazán	3.7	2.728
La Unión	4.6	2.171
San Salvador	37.4	271
Total	16.2	618

FUENTE: Anuario Estadístico 1980
Dirección General de Estadística y Censos
Cuadro sobre Población 211-31.

Como puede observarse, existe un marcado desequilibrio en cuanto a la distribución del recurso cama hospitalaria, ya que éste se encuentra concentrado en la región metropolitana de San Salvador con 37.4 camas hospitalarias por cada diez mil habitantes, indicador que duplica el promedio nacional de 16.3. En contraste con esto algunos departamentos apenas si cuentan con este recurso, tal es el caso de Morazán, La Unión y otros en donde existe enorme presión sobre el recurso; más de dos mil personas por cada cama hospitalaria.

El promedio general de camas por habitantes está muy por debajo de la situación presentada por otros países, como puede verse a continuación:

CUADRO No. 27
CAMAS HOSPITALARIAS POR CADA 10.000
HABITANTES EN ALGUNOS PAISES
1960

PAISES	CAMAS POR 10.000 HABITANTES
Argentina	58
Canadá	98
Cuba	43
USA	73
Uruguay	57
Venezuela	31

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Estadísticas de Salud. 1973

1.2 Recursos Humanos

El conocimiento de los recursos humanos del área médica, constituye uno de los aspectos importantes en la planificación de actividades para la atención de la salud de la población, a pesar de ello, en nuestro país, no existen a nivel nacional ni -- sectorial, políticas bien definidas sobre administración y control de éstos; de ahí que no se cuente con un sistema de inventario permanente de tipo sectorial que permita conocer con exactitud con cuánto y qué tipo de recurso se cuenta, su capacitación, distribución geográfica, labores que desempeña, nivel de salario, etc.

Por tanto, a efecto de poder estimar el recurso humano de que dispone el sector salud, se han utilizado los registros de personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y -- del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, así como estudios que sobre el tema han realizado algunos profesionales.

El Equipo de Salud cuenta con los siguientes recursos principales:

- Médicos
- Odontólogos
- Enfermeras
- Auxiliares de Enfermería
- Inspectores de Saneamiento Ambiental
- Ayudantes Rurales de Salud

Existen otros recursos humanos complementarios, tales como:

- Técnico de Laboratorio
- Técnico de Rayos "X"
- Otros Auxiliares

1.2.1 Médicos

De acuerdo con información proporcionada por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM) y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, actualmente existen en el país aproximadamente un total de 1943 médicos, es decir, que se tiene un índice nacional de --- 2.545 habitantes por cada médico, relación que está por debajo del promedio para los países Latinoamericanos de 2.800 habitantes por médico. De acuerdo con ello, aparentemente El Salvador está en una mejor situación que muchos países en relación a este recurso, a continuación se presenta una visión comparativa más amplia de esta situación.

CUADRO No. 28
SITUACION QUE PRESENTAN ALGUNOS PAISES
EN LA RELACION HABITANTES POR MEDICO

P A I S	HABITANTES POR MEDICO
Ecuador	2.800
Colombia	2.000
Guatemala	3.600
Jamaica	2.200
Nigeria	50.000
Latinoamérica	2.800
Suecia	960
El Salvador	2.545

FUENTE: Organización Mundial de la Salud
Informe Estadístico Anual

El análisis de cualquier situación a través de índices globales, lleva generalmente a conclusiones erróneas, en este caso específico de acuerdo con las cifras, se estima que aparte de Suecia país altamente desarrollado, los índices no reflejan la verdadera situación que atraviesan los países los cuales, se ven afectados por el fenómeno de concentración del recurso profesional en la capital y las principales ciudades del país.

La distribución geográfica de los médicos en El Salvador, se refleja en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 29
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL RECURSO
PROFESIONAL MEDICO EN EL SALVADOR
1982

DEPARTAMENTOS POR REGION	NUMERO DE MEDICOS	Nº DE HABITANTES POR MEDICO
<u>Región Occidental</u>		
Ahuachapán	37	6.735
Santa Ana	169	2.552
Sonsonate	60	5.539
<u>Región Central</u>		
Chalatenango	9	24.756
La Libertad	52	7.685
<u>Región Paracentral</u>		
Cuscatlán	10	20.088
La Paz	23	10.845
Cabañas	8	21.648
San Vicente	33	6.176
<u>Región Oriental</u>		
Usulután	51	7.876
San Miguel	93	4.709
Morazán	14	14.224
La Unión	14	22.641
San Salvador	1.370	822
Total	1.943	2.545

FUENTE: - Junta de Vigilancia de la Profesión Médica
 - Instituto Salvadoreño del Seguro Social
 - Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - Documento: "La Profesión Médica de El Salvador, cuántos somos, en dónde trabajamos y otros datos de interés". Dr. Taufik Esmahan Granados y Carlos Díaz del Pinal, Diciembre 1976.

Las cifras del cuadro anterior, permiten corroborar la aseveración inicial referente a la elevada concentración de recurso médico. En San Salvador, ejercen aproximadamente el 70.5% de todos los médicos, es además la única ciudad cuya relación de habitantes por médico está por debajo del promedio nacional establecido con lo cual se comprueba que dicha relación, está afectada por los valores extremos y por tanto carece de validez como indicador de la situación real del recurso.

Santa Ana, Sonsonate, Usulután y San Miguel, principales ciudades después de la capital del país, cuentan con el 10.2% del recurso médico, dejando apenas el 10.3% para el resto de los departamentos.

En contraste con la situación que presentan las principales ciudades, nos encontramos que Departamentos tales como Chalatenango, Cuscatlán, Cabañas, La Unión, arrojan cifras arriba de los 20.000 habitantes por médico.

El fenómeno de concentración del recurso médico no es un hecho independiente, es mas bien uno más provocado por el desarrollo desequilibrado o fragmentado que experimenta nuestro país; la ciudad capital se ha convertido prácticamente en la única opción para que los individuos traten de satisfacer sus aspiraciones profesionales y econó

micas de ahí lo delicado de la situación.

Del total de médicos del país, aproximadamente un 45% (874 médicos) ejercen como especialistas, los cuales en un elevado porcentaje se encuentran radicados en San Salvador, agudizando aún más el fenómeno de concentración.

Debido a las circunstancias anormales por las que atraviesa la Universidad Nacional desde 1980, es de suponer que la producción de profesionales sobre todo en el área médica, tienda a disminuir provocando un mayor deterioro en la relación por habitante.

1.2.2 Odontólogos

De acuerdo con información proporcionada por la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica y la Facultad de Odontología, a 1982 hay aproximadamente 515 Odontólogos.

En el cuadro que a continuación se presenta, se encuentra un detalle sobre la distribución geográfica del recurso.

CUADRO No. 30
RECURSO ODONTOLÓGICO EN EL SALVADOR
CLASIFICADO POR DEPARTAMENTO 1982

DEPARTAMENTO POR REGION	NUMERO DE ODONTOLOGOS	Nº DE HABITANTES POR ODONTOLOGO
<u>Región Occidental</u>		
Ahuachapán	11	22.653
Santa Ana	46	9.376
Sonsonate	10	33.231
<u>Región Central</u>		
Chalatenango	4	55.702
La Libertad	11	36.331
<u>Región Paracental</u>		
Cuscatlán	4	50.219
La Paz	6	41.574
Cabañas	6	28.864
San Vicente	4	50.954
<u>Región Oriental</u>		
Usulután	11	36.515
San Miguel	14	31.283
Morazán	1	199.130
La Unión	1	316.969
<u>Región Metropolitana</u>		
San Salvador	386	2.917
	515	9.601

FUENTE: - Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica.
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Como puede observarse, existe una elevada concentración del recurso en la Zona Metropolitana (aproximadamente el 75% del total de Odontólogos), al igual que con el recurso médico, el promedio nacional de habitantes por Odontólogo no refleja la verdadera situación de este recurso en el país.

Las cifras indican que la relación en San Salvador es de 2.917 habitantes por Odontólogos, en contraste con ello los Departamentos de Morazán y La Unión arrojan cifras arriba de los cien mil y trescientos mil habitantes por Odontólogo, respectivamente, lo cual da una idea clara sobre el desequilibrio en la distribución del recurso.

1.2.3 Enfermeras

Ante la escasez de recurso profesional médico para atender las demandas de salud de la población, los expertos recomiendan la delegación de ciertas funciones en el personal auxiliar, el cual con un tiempo mínimo de adiestramiento, se considera apto para la realización de tareas básicas en la atención de la salud; entre este grupo se encuentran las enfermeras, auxiliares de enfermería y otros.

La capacitación de las enfermeras en nuestro país, está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Escuela Nacional de Enfermería; aunque en los últimos años han surgido Instituciones Particulares dedicadas a la preparación de este recurso. El período de estudio es de cuatro años incluyendo el año social, de acuerdo con los registros estadísticos a 1982 el número de enfermeras graduadas ascendía aproximadamente a 1.687, de las cuales más o menos un 90% prestan sus servicios en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, principales organismos del Estado que generan acciones de salud.

Es importante destacar que al igual que el recurso médico, en algunos casos las enfermeras prestan sus servicios a más de un patrono, es decir, que trabajan en alguna de las Instituciones del Estado y además prestan sus servicios en Instituciones particulares.

Este recurso no escapa al fenómeno de concentración a que se ha hecho referencia en el presente Capítulo. Tenemos entonces que el 42% del recurso está radicado en la ciudad capital y el 58% restante, se distribuye entre el resto de zonas del país como podrá verse en el cuadro siguiente:

CUADRO No. 31
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DEL RECURSO
ENFERMERAS GRADUADAS EN EL SALVADOR
1982

REGIONES	NUMERO DE ENFERMERAS
Occidental	303
Central	168
Metropolitana	709
Paracentral	188
Oriental	319
Total del País	1.687

Fuente: Departamento de Formación de Personal de Enfermería. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

La principal fuente de trabajo para este recurso, son las Instituciones de Salud del Estado y, en menor medida, los Servicios Particulares.

A continuación se presenta un detalle del recurso enfermeras que laboran para el MSPAS e ISSS.

CUADRO No. 32
 RECURSO ENFERMERA GRADUADA CON QUE CUENTA EL MINISTERIO DE
 SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y EL INSTITUTO SALVADORE-
 ÑO DEL SEGURO SOCIAL, CLASIFICADAS POR TIPO DE SERVICIO
 1 9 8 2

CENTRO DE TRABAJO	HOSPITAL	CONSULTA EXTERNA	ADMINIS TRACION	TOTAL
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	601	523	215	1.339
Instituto Salvadore- ño del Seguro Social	140	38	49	227
T O T A L	741	561	264	1.566

Fuente: - Inventario de Recursos Humanos del ISSS.
 - Documento de Trabajo: "Análisis de la Situación
 de los Recursos Humanos del Sector Salud, en El
 Salvador", MSPAS, 1982.

De acuerdo con las cifras, en el MSPAS el 45% de las enfermeras trabajan en hospitales; el 38% en consulta externa y el resto desarrolla labores de administración y supervisión.

Las enfermeras del Seguro Social trabajan principalmente en los servicios de hospitalización (61%), un buen número se dedica a labores de administración y supervisión (22%) y el resto, en los servicios de consulta externa.

1.2.4 Auxiliares de Enfermería

De acuerdo con las estadísticas del MSPAS y la Escuela Nacional de Enfermería, hay aproximadamente un total de 3.609 Auxiliares de Enfermería. A diferencia de las enfermeras graduadas, su adiestramiento se limita a dos años incluyendo el año de Servicio Social que fue instituido a partir de 1977.

Al igual que con las enfermeras graduadas, las Instituciones de Salud del Estado constituyen la principal fuente de trabajo para este recurso, como podrá observarse a continuación:

CUADRO No. 33
AUXILIARES DE ENFERMERIA CON QUE CUENTA EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, CLASIFICADAS POR TIPO DE SERVICIO
1 9 8 2

CENTRO DE TRABAJO	HOSPITAL	CONSULTA EXTERNA	TOTAL
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	1.667	956	2.623
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	530	228	758
T O T A L	2.197	1.184	3.381

Fuente: - Inventario de Recursos Humanos del ISSS
- Documento de Trabajo: Análisis de la Situación de los Recursos Humanos del Sector Salud en El Salvador, MSPAS, 1982.

1.2.5 Inspectores de Saneamiento Ambiental

A pesar de que tradicionalmente se ha reconocido el papel estratégico del saneamiento ambiental, en el marco de la salud y del Inspector como su personaje clave, la demanda de este tipo de recursos es bastante limitada. El Ministerio de Salud y las Alcaldías, se pueden identificar como los principales Organismos que contratan este tipo de servicio. A 1982, se tiene un total de 288 Inspectores.

1.2.6 Ayudante Rural de Salud (A.R.S.)

Este es un personal auxiliar nuevo en el equipo de salud en nuestro país, sus acciones están orientadas a los servicios de atención primaria de las comunidades rurales.

De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, hay en la actualidad 274 A.R.S. de los cuales aproximadamente 90 se encuentran trabajando en el Sector Reformado del Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria (ISTA). El resto, trabaja dentro del Programa Regular del Ministerio.

De acuerdo con lo descrito al inicio del Capítulo, los recursos contabilizables para el planteamiento que aquí se desarrolla, son los del ISSS y el MSPAS. Por tal razón, se considera necesario presentar un cuadro resumen

de los principales recursos humanos que ambos organismos tienen contratados a 1982, para la atención de la salud.

La contratación del recurso médico y odontológico se realiza por horas y, en la mayoría de los casos, por menos de las ocho horas que constituyen una jornada completa de trabajo, de ahí que esto les permita mantener la costumbre generalizada de prestar sus servicios en más de una Institución y ejercer particularmente.

CUADRO No. 34
 RECURSO HUMANO CONTRATADO POR EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL Y
 EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

1 9 8 2

Institución	Horas Contratadas		Enfermeras	Auxiliares de Enfermería	Inspectores Saneamiento Ambiental	Ayudante Rural de Salud	Técnicos	
	Médico	Odonólogo					Laborat.	Rayos "X"
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	1.765	220	227	758	---	---	92	27
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	7.057	818	1.339	2.623	288	274	251	99
T O T A L	8.822	1.038	1.566	3.381	288	274	343	126

Fuente: - Inventario de Recursos Humanos del ISSS.
 - Documento de Trabajo: Análisis de la Situación de los Recursos Humanos del Sector Salud en El Salvador, MSPAS, 1982.
 - Memoria de Labores del MSPAS, 1982.

1.3 Recursos Financieros

A continuación se procede a determinar la inversión financiera que realiza el Estado en acciones de salud, para ello se utiliza la Ley de Presupuesto General de la Nación.

CUADRO No.35
INVERSION DEL GOBIERNO EN ACCIONES DE SALUD

AÑO	PRESUPUESTO NACIONAL ₡	ASIGNACIONES DE SALUD ₡	RELACION %
1979	1.451.925.310	196.501.850	13.5 %
1980	1.676.063.760	239.615.750	14.3 %
1981	1.988.518.090	261.301.990	13.0 %
1982	2.111.069.050	265.617.410	12.0 %
1983	2.058.802.990	265.499.480	12.0 %

Fuente: Ley de Presupuesto General de la Nación.

Las cifras del cuadro anterior nos indican que el país está invirtiendo aproximadamente, un 13% del Presupuesto Nacional en atender la salud de la población, lo que equivale a una asignación per cápita que oscila entre ₡44.30 y ₡53.69 durante el período observado.

CUADRO No. 36
INVERSION PERCAPITA DEL GOBIERNO EN ACCIONES DE SALUD

AÑO	ASIGNACION PRESUPUESTARIA DE SALUD	POBLACION DE EL SALVADOR	PERCAPITA EN SALUD
1979	₡ 196.501.850	₡ 4.435.499	₡ 44.30
1980	239.615.750	4.539.516	52.78
1981	261.301.990	4.670.917	55.94
1982	265.617.410	4.806.121	55.27
1983	265.499.480	4.945.239	53.69

Fuente: - Ley de Presupuesto General de la Nación
- DIGESTIC y MIPLAN. Estudios de Población, Tomo I, Proyecciones de Población.

Como puede observarse mientras la población del país ha crecido aceleradamente, los recursos financieros asignados para la atención de la salud, lo han hecho menos que proporcionalmente, ocasionando un mayor deterioro en la relación per cápita de los mismos, la cual ha descendido de ₡55.94, su punto más alto alcanzado en 1981, a ₡53.69 en 1983, cifra que si bien es mayor que la de otros países subdesarrollados está muy por debajo de los -- ₡600.00 per cápita, que aproximadamente invierten en salud los países considerados desarrollados, 2/ sin tomar en cuenta los efectos del proceso inflacionario sobre el poder adquisitivo de nuestra moneda.

2/ John Bryant. "Mejoramiento Mundial de la Salud Pública".

A continuación se presenta en detalle, las asignaciones presupuestarias para la atención de la salud en las Instituciones y Organismos Oficiales a excepción de la correspondiente al Ministerio de Defensa a través del Hospital Militar, del Ministerio de Educación (Bienestar Magisterial) y del Ministerio del Interior por no aparecer la partida desglosada en el Presupuesto.

CUADRO No. 37
ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS EN ACCIONES DE SALUD
(1978 - 1983)

INSTITUCIONES	AÑO				
	1979	1980	1981	1982	1983
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	147.617.960	171.167.680	176.139.270	179.168.670	178.694.550
Instituto Salvadoreño del Seguro Social	45.822.340	65.042.290	81.558.070	82.741.810	82.565.140
Administración Nacional de Telecomunicaciones	3.061.350	3.405.780	3.604.650	3.706.930	4.239.790

Fuente: Ley de Presupuesto General de la Nación

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social administra un sistema de atención que beneficia aproximadamente a un 6% de la población del país, con lo cual el per cápita presupuestado para la atención de la salud de este sector privilegiado, alcanza en promedio la suma de ¢250.00. El Régimen de la Administración Nacional de Telecomunicaciones, arroja un per cápita promedio de ¢245.00 durante el período de referencia.

Por su parte el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cuya cobertura teórica representa el 85% de la población, arroja una asignación per cápita promedio de ¢43.43, aproximadamente un 17% del per cápita de la población cubierta por el ISSS y ANTEL con lo cual se establece una marcada diferencia en cuanto a la calidad de la atención. El ISSS y ANTEL utilizan únicamente recurso profesional para la atención de los pacientes, mientras que el MSPAS hace uso en gran medida de personal paramédico.

2. Recursos Potenciales

El problema de proporcionar salud a la población, se agudiza ante la carencia de recursos porque es un reto que exige una verdadera planificación.

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud requiere de más establecimientos de atención, de un incremento considerable de camas hospitalarias, un mayor número de profesionales médicos y auxi

liares de salud y, entre otras cosas, de una mayor inversión monetaria.

2.1 Recursos Físicos

De acuerdo con la Dirección de Planificación de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ese Ministerio tiene en su programa de construcción y equipamiento lo siguiente: 81 puestos y 15 unidades de salud que estarán terminadas a finales de 1985, esto elevaría el número de puestos de salud a 336 y a 27 las unidades de salud. 3/ Se instalarán además, 225 dispensarios de salud, los cuales no requieren local y su número se elevará a 265.

De acuerdo con la política del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en su programa "Salud para Todos en el Año 2000", se deberán construir y equipar durante ese período un total de 7.287 nuevas camas hospitalarias, de las cuales 3.790 serán en hospitales rurales. A pesar de la buena intención, esto no deja de ser más que todo una aspiración.

En lo que respecta al Seguro Social, el panorama es aún más incierto, ya que debido al déficit económico que atraviesa el RÉ

3/ "Política y Estrategia para Alcanzar Salud para Todos en el Año 2000". Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Marzo 1981.

gimen de Salud desde 1980 y la descapitalización de sus reservas, este organismo no cuenta con reserva para infraestructura.

A pesar de ello mediante información proporcionada por el Departamento de Ingeniería y Arquitectura de la Unidad de Planificación de la mencionada Institución, sabemos que con algunas remodelaciones y ampliaciones se pretende incrementar en 463 el número de camas hospitalarias de la Zona Metropolitana. Por otra parte, el Hospital Regional de Sonsonate tiene capacidad para 104 camas de las cuales solo 70 están en servicio. Por tanto sin mayores problemas podrían instalarse 34 camas adicionales.

Algunos proyectos de gran envergadura como el Hospital Médico Quirúrgico a construirse en San Salvador, con capacidad para 800 camas han tenido que ser pospuestos para mejores épocas.

Como puede desligarse, no existe a corto plazo un plan sólido sobre el desarrollo de la Infraestructura del Sector Salud.

2.2 Recursos Humanos

2.2.1 Médicos

CUADRO No. 38
MATRICULA Y GRADUACION DE MEDICOS
EN LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

M A T R I C U L A					G R A D U A C I O N			
1973	1974	1975	1976	1977	1980	1981	1982	1983
2.905	3.246	3.242	--	3.313	290	210	279	9

Fuente: - Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina, Administración Académica.
- Indicadores Económicos y Sociales, Enero-Junio/83

De acuerdo con el plan de estudios de la Facultad de Medicina se requiere de un mínimo de siete años para poder graduarse de médico, como puede observarse en el cuadro, menos de un 10% de los matriculados lograron culminar su carrera en el período estipulado; las causas son muchas y de diferente índole, la mayoría de tipo económico; a éstas debemos agregar las generadas por la crisis socio política por las que atraviesa el país, es decir: el cierre del campus universitario que impide una atención adecuada a la población estudiantil, la emigración de estudiantes hacia otras universidades del área o fuera de ella, la fuga de profesionales a otros países en busca de una mayor estabilidad económica y seguridad familiar, etc. Además de la Universidad Nacional de El Salvador existen dos universidades particulares que iniciaron en 1981, la preparación de este tipo de profesionales; la Universidad "Alberto Masferrer" con una matrícula inicial de 224 alumnos y la Universidad "Evangélica" con

397 alumnos, a raíz de las dificultades técnicas que afrontan estas instituciones para la formación de este tipo de recurso, es de esperar un alto índice de deserción.

Con todo esto se preve a corto y mediano plazo, una escasez del recurso médico en nuestro país y por tanto mayores dificultades para atender la salud de la población.

2.2.2 Odontólogos

CUADRO No.39
MATRICULA Y GRADUACION DE ODONTOLOGOS EN
LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR

M A T R I C U L A					G R A D U A C I O N			
1973	1974	1975	1976	1977	1980	1981	1982	1983
608	673	655	--	678	4	47	13	23

Fuente: - Universidad de El Salvador, Facultad de Odontología, Decanato.
- Indicadores Económicos y Sociales. Enero-Junio 1981.

Este recurso profesional atraviesa las mismas dificultades descritas en el numeral anterior, por tanto, a pesar de que las universidades privadas iniciaron en 1981 --- la formación de este tipo de recurso con una matrícula -- inicial de 182 alumnos, es de esperar igual situación a corto y mediano plazo.

2.2.3 Enfermeras

CUADRO No.40
MATRICULA Y GRADUACION EN LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA

M A T R I C U L A					G R A D U A C I O N				
1974	1975	1976	1977	1978	1977	1978	1979	1980	1981
329	328	275	268	313	86	66	56	73	99

Fuente: Indicadores Económicos y Sociales. Julio-Diciembre 1981.

Como puede observarse, la capacidad de absorción de estudiantes por parte de la Escuela Nacional de Enfermería es bastante limitada, aunada a esto, existe un alto índice de deserción o retiro del orden del 49% ^{4/} de ahí -- que el número de egresos sea bastante reducido con respecto a la matrícula.

Lógicamente será necesario que las autoridades responsables, analicen a fondo las causas de deserción y se tomen las medidas previsorias que el caso amerite.

Por el momento, se ha dado un paso más en la solución de los problemas de esta profesión con la inauguración en 1982, de una Escuela de Enfermería en la Región Oriental

^{4/} "Construyendo Juntos un Mundo Mejor". Documento publicado por la Asociación Nacional de Enfermería, Marzo de 1981.

específicamente en la ciudad de San Miguel, la cual ini
ció sus labores con 70 alumnas. Se espera en el futuro
incrementar la formación de este recurso.

2.3 Recursos Financieros

Todo parece indicar al menos a corto plazo, que el país no -
estará en condiciones de incrementar sustancialmente los recurso
s financieros destinados al Sector Salud, por tanto será ne-
cesario que de alguna manera se elimine el sentido paternalis-
ta del Estado e ir induciendo a los diferentes grupos sociales,
a participar solidariamente en el financiamiento de los Programa
s de Salud.

CAPITULO IV

DISEÑO DEL ESQUEMA DEL SEGURO SOCIAL PARA EL TRABAJADOR AGRICOLA

1. Justificación

De acuerdo con la experiencia de algunos países, cada vez que se ha tratado de llevar la protección del Seguro Social a los trabajadores agrícolas mediante el sistema tradicional, los resultados no -- han sido del todo satisfactorios.

La extensión de la Seguridad Social a este grupo de trabajadores -- plantea una serie de dificultades relacionadas principalmente con la identificación, afiliación, financiamiento, recaudación, otorgamiento y control de las prestaciones.

El Salvador, al igual que muchos países subdesarrollados no escapa al problema que plantea la incorporación de los trabajadores agrícolas al sistema de atención del Seguro Social; el grado de dispersión de la población, aunada a la carencia de buenas vías de comunicación, dificulta enormemente la labor de afiliación y otorgamiento de prestaciones.

El financiamiento tradicional basado en contribuciones sobre los salarios parece no ser el más adecuado, ya que además de los bajos nil

veles de ingreso, en muchos casos la relación laboral en el campo es difícil de establecer, debido a la movilidad de la mano de obra.

De acuerdo con esto, se hace necesario analizar algunas fuentes probables de financiamiento y establecer un mecanismo que garantice al sistema la percepción de los ingresos necesarios para su funcionamiento y desarrollo.

El actual sistema de atención del Seguro Social está orientado -- principalmente, hacia la aplicación de la medicina curativa, es decir, hacia la recuperación de la salud de los asegurados y muy poco hacia la prevención de las enfermedades, lo cual es congruente con el tipo de población que protege.

Las condiciones de salud y saneamiento ambiental, en las zonas rurales, son significativamente inferiores a las que experimentan las áreas urbanas y los patrones de morbilidad y mortalidad están seriamente influidos por las condiciones ambientales.

Esto hace necesario un sistema de atención que responda a las condiciones de salud del medio rural y que por tanto, diferirá en algunos aspectos, del sistema de atención actual.

Las características especiales del sector rural en cuanto a ingreso, empleo, salud, grado de analfabetismo, etc. justifican por tanto, la proposición de un esquema de Seguro Social para el trabajador agrícola, con bases jurídicas, administrativas, médicas y financieras, --

acordes a su realidad socio-económica y que por tanto diferirán en alguna medida de las que actualmente rigen los regímenes administrados por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

2. Objetivos

- General

Desarrollar un esquema básico para la implantación y funcionamiento del Seguro Social para el trabajador agrícola.

- Específicos

- . Presentar el esquema de organización y administración del Seguro Social para el trabajador agrícola.
- . Diseñar un sistema de atención o prestaciones que respondan a las necesidades básicas de la población a proteger.
- . Identificar y analizar las fuentes probables de financiamiento con que podría contar el sistema.
- . Plantear alternativas viables para el establecimiento del Seguro Social para el trabajador agrícola.

3. La Protección del Trabajador Agrícola en Otros Países

Antes de seguir adelante con el desarrollo del esquema, se considera de importancia dar a conocer las experiencias de algunos países que han realizado esfuerzos tendientes a incorporar a los trabajadores del campo a sus regímenes de Seguro Social.

Chile. En Latinoamérica, éste fue el primer país que realizó esfuerzos para extender la atención médica del Seguro Social a las poblaciones rurales, en la actualidad cuenta con un servicio nacional de salud que concentra todos los esfuerzos destinados a ese fin y que -- por su universalidad, simplifica los requisitos en que se basa la -- comprobación de los derechos y el otorgamiento de las prestaciones de un sistema clásico de Seguro Social.

Perú. Este país inició un Plan Piloto Campesino en 1967, incorporán-- do tres comunas campesinas: Muquiyanyo, Acolla y San Pedro de Ca-- jas.

Posteriormente, basados en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo 1971-1975, se plantea la extensión del Seguro Social a la población rural, con prioridad en las prestaciones de salud; en -- coordinación con el proceso de Reforma Agraria.

El financiamiento está basado en el principio de solidaridad y parti-- cipan el Estado, el Seguro Social General, los campesinos (mediante una cuota diferenciada por zonas y nivel de ingreso) y las empresas agrícolas.

México. 1/ En este país, se han dado pasos importantes para la in--

1/ Documento Resumen de Reglamentos y Decretos relativos al Seguro Social Campesino. I.M.S.S.

corporación gradual de los trabajadores del campo al Seguro Social, la tarea se inició con aquellos grupos más organizados ya que presentaban menos dificultades administrativas, posteriormente el sistema ha continuado extendiéndose a grupos menos organizados.

1. Incorporación al Régimen del Seguro Social Obligatorio para grupos campesinos organizados en asociaciones solidarias, sociedades comprendidas en la Ley de Crédito Agrícola, cuya capacidad económica les permite cubrir cuotas de mayor magnitud.
2. El mismo sistema con ciertas modalidades de aseguramiento, para ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados, de capacidad económica regular, pero que no les permite contribuir en la cuantía que lo hacen los sectores urbanos.
3. Sistema voluntario de aseguramiento para otros grupos menos favorecidos.
4. Incorporación de grupos campesinos con mínima o nula capacidad contributiva, las cuales son sujetos de la solidaridad y por tanto gozan gratuitamente de los servicios de asistencia médica, -- farmacéutica y hospitalaria.

El sistema de protección comprende dos esquemas:

- Esquema Modificado de Seguridad Social: Este esquema tiene un -- sistema de financiamiento bipartito a cargo de las agrupaciones de trabajadores y el Gobierno Federal, cada uno aporta la cantidad de \$720.72 pesos mexicanos anuales por cada asegurado.' Las cuotas aumentan de acuerdo a la variación del salario mínimo en

cada región.

- Esquema de Solidaridad: Este esquema protege a los derechohabiente a cambio de jornadas de trabajo en favor de su propia comunidad.

La incorporación es realizada gradualmente en determinadas áreas y/o cultivos, así tenemos:

- Ejidatarios del Estado de Yucatán (Decreto Presidencial del 25.2.72)
- Comuneros, ejidatarios o pequeños propietarios, dedicados al cultivo de tabaco, en los municipios de: Acajoneta, Campostela, Rosamorada, Ruiz, San Blas, Santiago Ixcuintla, Tecuala, Tepic y Tuxpan, del estado de Nayarit (Decreto Presidencial 3.11, Diario Oficial 23-1-73)
- Plan Chontalpa, en los municipios de Cárdenas y Humanguillo, del estado de Tabasco (Decreto Presidencial 18-8-73).
- Etc.

La incorporación al Seguro Social de los grupos desprotegidos está aún en proceso, pero es obvio que este país está realizando esfuerzos significativos para corregir el déficit de salud en la población.

Brasil. Este país ha desarrollado un sistema especial para la protección de los trabajadores rurales, bajo la responsabilidad del "Fondo de Asistencia al Trabajador Rural" dependencia del Ministerio

de Trabajo y Previsión Social. Los beneficios que otorgan son:

- Pensión de vejez equivalente a un porcentaje del salario mínimo vital que esté vigente en el país, siempre que el trabajador rural halla cumplido los setenta y cinco años de edad y sea jefe de familia.
- Pensión por invalidez total permanente al jefe de familia de cualquier edad.
- Pensión a sobrevivientes en caso de muerte del jefe de familia.
- Auxilio de sepelio.
- Servicios de salud.

El financiamiento del sistema, se hace en base a contribuciones fiscales a la producción agrícola y un porcentaje adicional sobre el monto de las planillas pagadas al Seguro Social por las empresas urbanas, el cual recae totalmente sobre los patrones.

Ecuador. Con el objeto de recoger experiencias propias, este país inició sus esfuerzos para proteger al trabajador del campo, implementando en 1968, lo que se conoció como " Plan Piloto para el Seguro Social Campesino ", a cargo de la Caja Nacional del Seguro Social.

Los sujetos de protección fueron las comunas campesinas cuya conformación jurídica, circunscripción de tierras y organización formal facilitaba la labor.

Después de un período de estancamiento, se reactivó dicho plan en -- 1973, no sin antes hacer una evaluación del mismo y establecer los -- nuevos mecanismos jurídico administrativos para su buena marcha.

Aprovechando básicamente las estructuras naturales de las comunidades campesinas, se ha llevado a cabo una incorporación gradual de las mis mas.

El financiamiento está a cargo de los jefes de familia de cada comuna y el Fondo del Seguro Campesino establecido a base de aportaciones -- del Estado y de los propietarios de las explotaciones agrícolas.

Argentina y Uruguay son otros de los países que están realizando ac- ciones sobre este campo.

Como se puede ver, son muchos los países que están dando pasos posi- tivos, para corregir en todo o en parte el déficit en la protección de la salud de los trabajadores del campo.

Podemos decir que en los países subdesarrollados los obstáculos a la ampliación de los beneficios del Seguro Social a los trabajadores -- agrícolas son similares pero las condiciones sócio económicas y polí ticas de estos difieren, por tanto difícilmente puede pensarse en -- una solución única que pueda ser adoptada por todos los países, pero sí en aprovechar las experiencias y en base a ellas buscar una solu- ción congruente con las características laborales, organización o -- idiosincracia prevaleciente en su medio rural.

4. Organización y Administración

4.1 Estructura Organizativa Actual del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Como se expuso en el Capítulo I, el Consejo Directivo es la autoridad máxima en el Instituto, la Dirección General, el organismo ejecutivo encargado de la administración de los regímenes (ver anexo No.17) y la Sub Dirección General, que asiste y colabora estrechamente con la Dirección General. El resto de la estructura organizativa está compuesta por la Unidad de Planificación y tres grandes divisiones.

Unidad de Planificación: Que cumple una labor de asesoría en los aspectos relacionados con el desarrollo institucional y de los programas de extensión del I.S.S.S.

División de Prestaciones Económicas: A cargo de la planificación y control del otorgamiento de prestaciones monetarias a los asegurados cotizantes o sus beneficiarias.

División Administrativa: A cargo de la planificación, organización y control de las actividades relativas a la racionalización en la contratación, adquisición y uso de los recursos humanos, financieros y materiales en el Instituto.

División Médica: Encargada de la planificación y otorgamiento de las prestaciones médicas a los asegurados.

4.2 Organización y Administración Propuesta para el Seguro Social para el Trabajador Agrícola

Uno de los aspectos administrativos básicos en el desarrollo de este esquema, se refiere a la Unidad o pluralidad institucional, es decir: si el régimen debe ser administrado por el organismo ya establecido que dirige el Seguro Social, algún organismo afín o si su gestión, debe encomendarse a un nuevo ente burocrático.

- 1) Creación de un Nuevo Ente Burocrático. De acuerdo con ello, la dirección y administración del Seguro Social para el trabajador agrícola estaría a cargo de una nueva institución -- especializada, autónoma o dependiente de alguno de los organismos del Estado vinculados con el sector agrícola o de salud.

Desde el punto de vista económico, ésto no es recomendable, ya que una buena parte de los recursos del régimen serían - destinados a los gastos de administración.

Los países subdesarrollados tienden a desaprovechar el principio de unidad de gestión, creando un gran aparato burocrático con funciones superpuestas que genera un gasto administrativo elevado.

2) Administración a Través del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. De acuerdo con la experiencia vivida en América Latina la mayoría de los países que han establecido el Seguro Social Agrícola se han inclinado por la Unidad Institucional o de gestión, a través del organismo que administra el Seguro Social.

Ante el problema económico que afecta a este tipo de regímenes, es razonable admitir el principio de unidad en la dirección, organización y control del Seguro Social y el aprovechamiento de los servicios locales o regionales que puedan contribuir a la mejor aplicación del sistema, de ahí que se considere esta opción como la más recomendable.

De acuerdo con ello, se propone la creación dentro de la estructura organizativa actual del ISSS de una nueva división o departamento a cargo de coordinar la gestión administrativa y otorgamiento de las prestaciones del Seguro Social para el trabajador agrícola con el resto de la estructura organizativa de la Institución, así como de participar conjuntamente con la Unidad de Planificación en la realización de los estudios técnicos que fueren necesarios para desarrollar o mejorar el funcionamiento del sistema; a su vez este departamento constará de tres secciones así:

Sección de Promoción: La cual deberá realizar las funciones siguientes:

- Divulgación y concientización de la población a **incorporar**.
- Colaborar con los beneficiarios del sistema en todo **lo re-**lativo a la obtención de las prestaciones.
- Colaborar en las campañas de educación para la salud.

Sección de Registro y Control: La cual tendrá a su cargo:

- Controlar el pago oportuno de las cuotas de aportación.
- Tramitar y distribuir los correspondientes carnet de identificación a los beneficiarios del sistema.
- Colaborar en la labor de inscripción (censo) de los beneficiarios del sistema.
- Coordinar acciones con las divisiones o departamentos correspondientes para corregir cualquier problema relativo a cotización, afiliación, etc.
- Recopilar la información estadística correspondiente y remitirla al departamento respectivo.

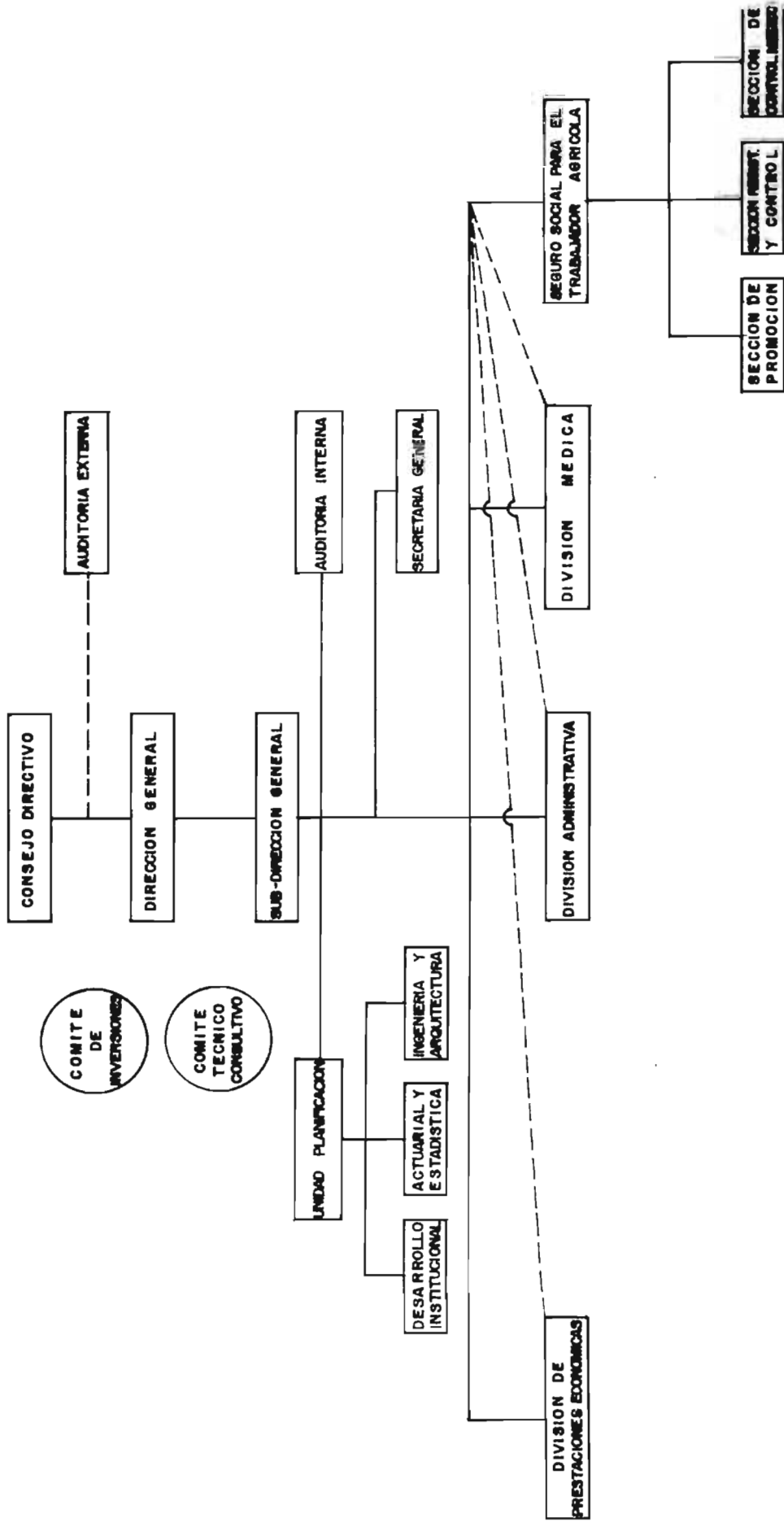
Sección de Control Médico: Cuyas funciones serán:

- En coordinación con la División Médica, se encargará de la supervisión del cuidado y promoción de la salud del Seguro Social para el trabajador agrícola.
- De la misma manera controlará el consumo de medicamentos así como velará por el otorgamiento oportuno de las presta-ciones a los beneficiarios del sistema.

- Colaborar con la División Médica en la elaboración, revisión y control de los programas de atención médica de esta rama del seguro.
- Velar por la efectividad del sistema de referencias médicas a los beneficiarios del sistema, de los centros de nivel inferior a los centros de mayor complejidad de atención.
- Coordinar las acciones de salud para los miembros afiliados al Seguro Social para el trabajador agrícola, por parte de la Institución gestora con otras instituciones públicas o privadas.

ORGANIGRAMA INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

(MODIFICADO)



5. Marco de Aplicación del Seguro Social para el Trabajador Agrícola

El sistema de protección que aquí se plantea, está referido específicamente a los trabajadores del Agro que se dedican a labores de siembra y cosecha y a su grupo familiar (esposa o compañera de vida é hijos), por lo tanto la planificación de la concesión de los beneficios de un Seguro Social a este grupo poblacional, exige previamente el conocimiento del total de la población a proteger, es decir, los trabajadores y las personas que forman su grupo familiar.

En este sentido se hace necesario definir las diferentes categorías de trabajadores del campo que por su condición, pueden ser sujetos del Seguro Social Agrícola.

En la VI Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social,^{2/} se estableció una clasificación y una descripción somera de las diferentes categorías de trabajadores del campo, la que se detalla a continuación en el entendido de que no todas ellas pueden considerarse sujetas del Seguro Social aquí propuesto.

1. Propietario: persona que explota terrenos de su propiedad.
2. Arrendatario: persona que cultiva tierras propiedad de otro, con usufructo de las mismas, pagando un arriendo fijo en dinero o en especie.
3. Aparcero: persona que cultiva tierras propiedad de otro, contra la entrega de un porcentaje preestableci

^{2/} La Seguridad Social en la Agricultura. Documento V de la VI Reunión de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. O.I.T. 1960.

- do de la cosecha.
4. Mediero: persona que participa en una forma especial de aparcería, en donde la distribución de los productos entre el dueño de la tierra y él, se hace por partes iguales.
5. Peón: persona que trabaja y vive en la propiedad y recibe como retribución por su trabajo, vivienda y parcela para cultivar y, a menudo una remuneración adicional en dinero o en especie.
6. Trabajador Agrícola Asalariado : persona que trabaja generalmente en las grandes haciendas y plantaciones, por una retribución mo netaria y cuya relación laboral puede tener carácter permanente o temporal, esta última de --- acuerdo a la estacionalidad de los cultivos.

Después de haber consultado las Instituciones y Publicaciones Oficiales, se ha detectado que no existen datos estadísticos sobre el trabajador agrícola, que se ajusten totalmente a la clasificación expuesta, razón por la cual se adopta otra clasificación, alternativa que satisface las necesidades de este trabajo.

Tomando como base el Cuadro N° 11 del Volumen II del Censo Nacional de Población de 1971, se tiene la clasificación siguiente:

CUADRO No.41
 POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN LA AGRICULTURA,
 CLASIFICACION POR CATEGORIA OCUPACIONAL Y OCUPACION

1 9 7 1

OCUPACION	PATRONOS	TRABAJ. POR CTA. PROPIA	ASALARIADOS	FAMILIAR	OTROS	IGNORADOS	TOTAL
- Directores y Jefes de Explotaciones Agrícolas	568	104	4.998	18	2	2	5.692
- Explotadores Agrícolas	9.235	182.157	1.167	1.153	8	43	193.763
- Obreros Agrícolas	341	9.725	312.060	102.712	923	274	426.035
- Trabajadores Foresta- les	9	232	1.488	49	3	2	1.783
T O T A L	10.153	192.218	319.713	103.932	936	321	627.273

FUENTE: Censo Nacional de Población 1971. Dirección General de Estadística y Censos

El siguiente paso consiste en determinar qué parte de esta población, estaría sujeta directamente 3/ al Seguro Social Agrícola.

Partiendo de la hipótesis de que este sistema de protección cubrirá directamente a los trabajadores asalariados temporales y permanentes, la población a proteger puede estimarse a través de las categorías de trabajadores por cuenta propia, adoptando el supuesto de que en alguna época del año se convierten en asalariados y los trabajadores asalariados identificados específicamente, con lo cual la población directamente sujeta al Seguro Social Agrícola asciende para 1971 a 511.931 trabajadores.

La encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV (Enero-Junio 1980), Cuadros "E" (PEA), permite establecer la clasificación siguiente:

3/ Asegurado directo: persona protegida por derecho propio, por el hecho de pagar cotizaciones.

CUADRO No.42
 TRABAJADORES AGRICOLAS CLASIFICADOS POR CATEGORIA OCUPACIONAL

CATEGORIA OCUPACIONAL	TRABAJADORES AGRICOLAS
Patrón	1.807
Trabajadores por Cuenta Propia	150.506
Empleados Sueldo Fijo	13.639
Obreros Sueldo Fijo	151.810
Empleados Pago a Destajo	432
Obreros Pago a Destajo	184.933
Trabajadores Familiares	126.218
T O T A L	629.345

FUENTE: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV
 (Enero-Junio/80).
 Unidad de Investigaciones Muestrales, MIPLAN

Como puede observarse esta clasificación no corresponde exactamente a la extraída del Censo de Población, pero permite establecer una cifra de trabajadores agrícolas congruente con la cifra censal.

De acuerdo con las definiciones del Volumen I, de la Encuesta "Metodología y Realización de la Encuesta", se tienen las categorías ocupacionales siguientes:

1. Empleador o Patrón

Es la persona que explota su propia empresa o negocio, o que ejerce por su propia cuenta una profesión u oficio y tiene tres o más trabajadores remunerados.

2. Trabajador por Cuenta Propia

Es la persona que tiene una actividad o negocio y en ellos trabaja sola o ayudada hasta por dos personas con remuneración, o por familiares sin remuneración, siendo éstos sin límites de número.

3. Empleado a Sueldo Fijo

Es la persona que tiene un empleador o patrón en su trabajo, su remuneración es estable y cancelada regularmente, en su trabajo es considerado como empleado.

4. Obrero a Sueldo Fijo

Es la persona que tiene un patrón en su trabajo, su remuneración es estable y se paga regularmente, en su trabajo es catalogado como obrero. Si existe duda para su clasificación, se tomará en cuenta si predomina el esfuerzo físico sobre el mental.

5. Empleado por Pago a Destajo

Es la persona que tiene un patrón en su trabajo y la remuneración que recibe fluctúa de acuerdo a la magnitud del trabajo realizado y en su trabajo es considerado como empleado.

6. Obrero por Pago a Destajo

Es la persona que tiene un patrón en su trabajo y la remuneración que recibe fluctúa de acuerdo a la obra realizada y en su trabajo es considerado como obrero.

7. Trabajador Familiar sin Remuneración

Es aquella persona que ejerce una ocupación sin remuneración en una empresa o negocio de un pariente.

Siguiendo la hipótesis sobre la cobertura de este sistema de protección de la salud y el supuesto adoptado, para determinar el total de trabajadores agrícolas asalariados temporal o permanentemente, se considera como población directamente sujeta al Seguro Social Agrícola a los trabajadores comprendidos dentro de las categorías siguientes:

Trabajadores por cuenta propia	150.506
Obreros a sueldo fijo	151.810
Obreros pago a destajo	<u>184.933</u>
TOTAL	487.249 =====

Comparando esta cifra con la extraída del Censo de Población de 1971, se observa una disminución en términos absolutos de 24.682 trabajadores; es importante destacar que mientras la categoría de obreros agrícolas ha mantenido una tendencia creciente durante el período incrementándose en 17.030 obreros, el número de trabajadores por cuenta propia ha disminuido de 192,218 en 1971 a 150.506 en 1980; de acuerdo con cifras presentadas por la Unidad de Investigaciones Muestrales en 1975, 4/ esta categoría comprendía un total de 177.003 trabaja-

4/ Encuesta Nacional de Mano de Obra y Aspectos Demográficos Abril-Julio 1975, Volumen II. Unidad de Investigaciones Muestrales, MIPLAN.

dores, cifra superior a la que arroja el Censo de Población de 1971, por tanto, todo parece indicar que el cambio en la tendencia de esta categoría ocupacional ha sido producto de los acontecimientos económicos, políticos y sociales que han tenido lugar en nuestro país en los últimos años, los cuales en alguna medida se abordarán en el desarrollo de este trabajo.

A efecto de actualizar la cifra de 487.249 asalariados agrícolas que se obtuvo para 1980, se adopta el supuesto de que en el corto plazo se mantendrá la situación actual y por tanto no se altera la tendencia establecida en el período observado, así tenemos que mediante la fórmula $N_t = N_0 E^{rt}$ en donde:

N_t = Población final

N_0 = Población inicial

r = Tasa de crecimiento

t = Tiempo

La cifra estimada de población sujeta directamente al Seguro Social para el trabajador agrícola para 1983, asciende a 480.080 trabajadores (ver anexo No.9).

6. Estructura del Grupo Familiar y sus Características Demográficas

Como se expresó en el numeral anterior, el sistema de protección estará orientado al Jefe del Hogar y su Grupo Familiar entendiéndose como tal, a su esposa o compañera de vida y sus hijos hasta deter-

minada edad, por tanto, es necesario conocer la composición de la familia en el Sector Agrícola del país.

6.1 Estructura del Grupo Familiar

Para tales efectos se consultó con los Organismos Oficiales correspondientes, 5/ sobre la realización de alguna investigación orientada específicamente hacia el trabajador del campo, que incluyera entre sus productos la determinación de la estructura familiar.

A continuación se presenta un resumen de los resultados obtenidos en dos investigaciones socio-económicas, realizadas por el Ministerio de Agricultura y Ganadería.

a) Investigación Socio-Económica. Distrito de Riego y Avenamiento, Zapotitán

De acuerdo con la información; el marco geográfico de la investigación estuvo referida a la totalidad de las familias residentes en las 4.580 hectáreas que forman el distrito ubicado en los Municipios de Ciudad Arce, Sacacoyo, San Juan -- Opico y Colón, en el Departamento de La Libertad; Armenia, -

5/ Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Agricultura y Ganadería. Banco de Fomento Agropecuario. Unidad de Investigaciones Muestrales (MIPLAN). Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria.

en el Departamento de Sonsonate y el Congo, en el Departamen
to de Santa Ana, es decir, que se censó a toda la población
del Distrito.

CUADRO No.43
INDICE DE COMPOSICION FAMILIAR EN EL
DISTRITO DE "ZAPOTITAN"

Jefe del Hogar y Grupo Familiar	Número de Personas	Indice de Composición Familiar
Jefes del Hogar	598	
Esposas o Compañeras de Vida	470	0.7859
Hijos:		
0 - 4 años	596	0.9967
0 - 9 años	1.231	2.0585
0 - 14 años	1.742	2.9130
0 - 19 años	2.124	3.5518

FUENTE: Investigación Socio-Económica. Distrito de Riego y Avenamiento N°1, Zapotitán, Feb. 1971. Ministerio de Agricultura y Ganadería, Dirección General de Obras de Riego y Drenaje 1, pág. 10.

b) Investigación Agro-Socio-Económica, Proyecto Atiocoyo.

El marco de la investigación estuvo referido a la totalidad de la población, residente dentro del área del proyecto y los resultados se detallan a continuación:

CUADRO No.44
INDICES DE COMPOSICION FAMILIAR EN EL
PROYECTO "ATIOCOYO"

Jefes del Hogar y Grupo Familiar	Número de Personas	Indice de Composición Familiar
Jefes del Hogar	619	
Esposas o Compañeras de Vida	534	0.8626
Hijos:		
0 - 4 años	715	1.1551
0 - 9 años	1.384	2.2359
0 - 14 años	1.964	3.1729
0 - 19 años	2.311	3.7334

Fuente: Investigación Agro-Socio-Económica Proyecto Atiocoyo. Ministerio de Agricultura y Ganadería, Dirección General de Obras de Riego y Drenaje, Julio 1972.

Los resultados sobre composición familiar que se obtuvieron en el Distrito de Riego de Zapotitán, son ligeramente inferiores a los que arrojó el Proyecto de Atiocoyo, sin que esta diferencia sea significativa.

Con el objeto de ampliar la gama de alternativas de solución al problema, se consultó el Cuarto Censo de Población 1971 y la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (Enero-Junio 1980), de donde se obtuvieron los resultados siguientes:

CUADRO No. 45
ESTRUCTURA FAMILIAR EN EL SALVADOR
SEGUN CENSO DE POBLACION

1971

Jefes del Hogar y Grupo Familiar	U R B A N O		R U R A L	
	Número de Personas	Indice de Compos.Fam.	Número de Personas	Indice de Compos.Fam.
Jefes del Hogar	271.470		385.558	
Esposas o Compañeras de Vida	160.744	0.5921		0.7238
Hijos:				
0 - 4 años	197.317	0.7268	399.990	1.0374
0 - 9 años	399.119	1.4702	779.785	2.0225
0 - 14 años	580.132	2.1369	1.070.559	2.7766
0 - 19 años	740.303	2.7269	1.269.976	3.2939

Fuente: Censo Nacional de Población 1971, Dirección General de Estadística y Censos.

CUADRO No.46
 ESTRUCTURA FAMILIAR EN EL SALVADOR
 SEGUN ENCUESTA DE HOGARES
 1980

Jefes del Hogar y Grupo Familiar	AREA URBANA		AREA RURAL	
	Número de Personas	Indice de Compos.Fam.	Número de Personas	Indice de Compos.Fam.
Jefes del Hogar	391.034		451.871	
Esposas o Compañeras de vida	240.926	0.6161	332.233	0.7352
Hijos:				
0 - 4 años	167.087	0.4273	318.975	0.7059
0 - 9 años	342.281	0.8753	676.535	1.4972
0 - 14 años	534.116	1.3659	1.003.333	2.2204
0 - 19 años	692.522	1.7710	1.224.202	2.7092

Fuente: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV (Enero-Junio 1980). Unidad de Investigaciones Muestrales, MIPLAN.

Las cifras publicadas por las fuentes oficiales nos indican que la densidad familiar en las áreas rurales, es mayor que en las áreas urbanas, o sea que el problema de familias numerosas es más acentuado en el campo que en las ciudades.

De acuerdo con los resultados expuestos, los índices de composición familiar más elevados son los que arrojó la investigación socio-económica del Proyecto Atiocoyo y los más bajos

son los calculados a partir de la información de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (Enero-Junio/80). Es to es lógico si se toma en consideración que las investigaciones socio-económicas realizadas en Zapotitán y Atioco, están referidas a la familia típica campesina de áreas específicas, mientras que en la Encuesta de Hogares lo mismo -- que en el Censo de Población, los índices de composición familiar están referidos a los habitantes del área rural del país, 6/ en donde no necesariamente todos, son campesinos.

Con el objeto de lograr una mayor representatividad en los cálculos, se adoptan para este trabajo los índices de composición familiar estimados, a partir de los datos del Censo de Población de 1971; ya que teóricamente cubre a toda la población del país y se consideran los resultados un pun to intermedio entre los valores de los índices que se obtuvieron en las otras investigaciones.

Aplicando estos índices a la población de trabajadores agrícolas estimada en el numeral anterior, obtenemos la población potencial sujeta de ser incorporada al Sistema de Seguro Social para el Trabajador Agrícola, cuyos resultados se detallan a continuación:

6/ Criterio Censal.

Area rural: Es aquella que está fuera de los límites de residencia de las autoridades municipales, sin tomar en cuenta la carencia de servicios o número de habitantes.

CUADRO No.47
POBLACION POTENCIAL A CUBRIR POR EL SEGURO SOCIAL AGRICOLA
(1983)

CATEGORIAS DE POBLACION	GRUPO FAMILIAR (hijos hasta la edad 4 años)	GRUPO FAMILIAR (hijos hasta la edad 9 años)	GRUPO FAMILIAR (hijos hasta la edad 14 años)	GRUPO FAMILIAR (hijos hasta la edad 19 años)
Jefes de Familia	480.080	480.080	480.080	480.080
Cónyuges (esposas o compañeras de vida)	347.482	347.482	347.482	347.482
Hijos:				
De 0 a 4 años	498.035			
De 0 a 9 años		970.962		
De 0 a 14 años			1.332.990	
De 0 a 19 años				1.581.336
	1.325.597	1.798.524	2.160.552	2.408.898

Fuente: Censo Población 1971.
 Dirección General de Estadística y Censos.

La aplicación de los índices de composición a la población de trabajadores agrícolas, genera cuatro alternativas. Todas incluyen el binomio familiar pero difieren en cuanto a la edad límite para cobertura de los hijos.

Como quedó planteado en el Capítulo II, en países como el nuestro, la entrada a la vida económicamente activa es prematura con relación a la de países desarrollados. Respetando este criterio y el hecho de que al percibir remuneración por la realización de faenas agrícolas, las personas se convierten en aseguradas directas, las alternativas que contienen hijos de 10 años o más se excluyen por sí mismas.

7. Diseño del Sistema de Prestaciones

Uno de los obstáculos a la ampliación de los beneficios del Seguro Social a los trabajadores agrícolas, es la idea de que éstos deberán gozar desde un principio, de todas las prestaciones que se otorgan a la población actualmente cubierta.

Los antecedentes económicos y las condiciones de salud y sanidad ambiental en el campo tratados en el Capítulo II, nos indican que esto es prácticamente imposible sin poner en peligro el equilibrio financiero de todo el sistema.

Como se describió en el primer Capítulo, el Instituto Salvadoreño -- del Seguro Social administra dos regímenes de atención, uno de salud y otro conocido como de pensiones o invalidez, vejez y muerte.

Para determinar las prestaciones que se otorgarán al nuevo grupo -- poblacional a incorporar, se debe tomar en cuenta algunas caracterís ticas especiales de los regímenes de atención.

El goce de las prestaciones que otorga el régimen de salud no requie re de un período previo de calificación, es decir; que el trabajador asegurado tiene derecho a ellas, a partir del momento en que es inscrito como tal y comienza a contribuir al financiamiento de las mismas.

Por su parte el derecho a las pensiones que se otorgan a través del régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, depende fundamentalmente de un

número de cotizaciones previas a la demanda de la prestación y su monto es determinado como un promedio de los salarios devengados por el trabajador en un determinado período anterior a la concesión de la pensión.

Se ha hecho mención anteriormente que uno de los problemas agudos que afectan a los trabajadores agrícolas es su discontinuidad laboral, de ahí que una buena parte de ellos a pesar de contribuir al financiamiento del régimen, probablemente no podrían cumplir el requisito de cotizaciones previas para tener derecho a una pensión, por otra parte los bajos salarios que se pagan en el sector darían como resultado pensiones de montos reducidos que no compensarían el sacrificio del trabajador. Esta situación obliga a pensar, de que al menos por el momento el actual sistema de pensiones no es prioritario para los trabajadores agrícolas.

El bajo nivel de ingresos prevaleciente en el sector agrícola, así como las dificultades para determinar la relación laboral; condiciones básicas en el financiamiento de los Seguros Sociales, induce a pensar que la protección de los trabajadores agrícolas por el Seguro Social, debe llevarse a cabo a través de un sistema reducido de prestaciones que si bien responda a las necesidades básicas de salud de la población a incorporar, su costo no sea tan elevado que nulifique la viabilidad del esquema.

De acuerdo con ello se considera la protección de la salud como prioridad básica del trabajador agrícola con lo cual se elimina del sistema de prestaciones al menos en una primera fase, las prestaciones monetarias en concepto de pensiones por cualquier causa.

Esto implica, que el otorgamiento de prestaciones en favor del trabajador agrícola, estaría a cargo del Régimen de Salud del I.S.S.S., el cual de acuerdo a lo expuesto en el primer Capítulo, se divide -- en:

- 1) Régimen General: Que otorga prestaciones médicas, monetarias y en especie.
- 2) Régimen Especial: Que otorga únicamente prestaciones médicas y en especie.

Esta situación permite desarrollar dos alternativas sobre el sistema de prestaciones.

ALTERNATIVA 1

Plan de Prestaciones

Prestaciones Médicas y en Especie:

- Consulta Médica
- Consulta Odontológica
- Prescripciones de medicamentos
- Exámenes de laboratorio
- Radiografías

- Hospitalización
- Ayuda de lactancias
- Canastilla maternal
- Aparatos de prótesis y ortopedia

Prestaciones Económicas

Subsidios:

- Por enfermedad
- Por accidente común
- Por riesgos del trabajo
- Maternidad

ALTERNATIVA 2

El plan de prestaciones incluye únicamente las prestaciones médicas y en especie.

Con la finalidad de lograr resultados positivos en la protección fomento y recuperación de la salud de los trabajadores agrícolas, se deberán buscar los mecanismos de coordinación adecuados con el M.S.P.A.S. y otros organismos ajenos al sector salud, para reforzar en el área rural la ejecución de programas tales como:

- Control de la contaminación del medio ambiente
- Saneamiento ambiental
- Agua potable
- Disposición de escretas
- Vivienda

- Promoción de la salud por educación
- Protección de la salud a través de inmunización, nutrición

Los cuales contribuyen en la reducción de enfermedades y muertes ocasionadas por factores ambientales.

8. Estimación del Volumen de Prestaciones

La estimación de la demanda esperada de prestaciones es de gran importancia en el desarrollo de este esquema, ya que en función de ésta se determinarán los requerimientos de recursos físicos, humanos y financieros necesarios para el funcionamiento del sistema.

8.1 Metodología

El volumen de prestaciones se obtiene, relacionando la población a incorporar con el índice anual de frecuencia en la demanda de servicios médicos.

8.2 Cálculo de los Índices de Demanda de Servicios Médicos

El índice de demanda de servicios médicos podemos definirlo, como el número promedio de veces que la población protegida demanda servicios médicos en un período determinado, y se obtiene relacionando el volumen anual de prestaciones médicas con la población protegida en ese mismo año.

Actualmente no se cuenta en el país con registros estadísticos que permitan determinar los índices de prestaciones médicas de la población rural y más específicamente la agrícola; por tanto se procedió a observar la frecuencia en la demanda de prestaciones de algunas instituciones de salud y en base a ello se determinó que índices se ajustaban más a nuestro planteamiento.

De acuerdo con el criterio del M.S.P.A.S. este organismo tiene una cobertura aproximada del 85% de la población del país, como se expuso anteriormente ésta es una cobertura teórica ya que una buena parte de esa población no tiene acceso a los servicios de salud, los cuales resultan insuficientes para atender la demanda de atención generada.

CUADRO No. 48
INDICES DE DEMANDA DE SERVICIOS MEDICOS
DE LA POBLACION CUBIERTA POR EL MSPAS
(1977 - 1981)

CLASE DE SERVICIO	INDICE DE PRESTACIONES					INDICES PROMEDIO
	1977	1978	1979	1980	1981	
- Consulta Médica	0.62	0.61	0.64	0.58	0.64	0.62
- Consulta Odontológica	0.09	0.09	0.09	0.09	0.08	0.09
- Exam.de Laboratorio	0.65	0.64	0.64	0.64	0.62	0.64
- Recetas despachadas	2.43	2.60	2.70	2.45	2.92	2.62
- Radiografías	0.07	0.06	0.06	0.06	0.05	0.06
- Días de hospitaliz.	0.46	0.46	0.40	0.38	0.38	0.42

FUENTE: Salud Pública en cifras. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los índices del cuadro anterior reflejan de alguna manera la situación deficitaria en cuanto a la protección de la salud del grueso de la población del país, los cuales, no alcanzan a gozar en promedio una consulta médica u odontológica en el año, esa misma magnitud se observa en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento tales como los exámenes de laboratorio y las radiografías, exceptuando las recetas despachadas cuyo índice arroja aproximadamente tres recetas por persona en el año, la atención hospitalaria no presenta mejor situación.

Los registros sobre estadísticas médicas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, indican que la frecuencia en la demanda de prestaciones por parte de los trabajadores cotizantes, es mayor que la de sus beneficiarias (esposas o compañeras de vida), lo cual se explica por el hecho de que siendo éstas parte de la población económicamente inactiva, no desarrollan labores económicas y por tanto no se ven expuestas a los riesgos del trabajo (accidente de trabajo y enfermedad profesional).

En el cuadro a continuación se presentan los índices de prestaciones médicas de la población cubierta por el ISSS entre 1978-1982; la heterogeneidad en la estructura del cuadro se debe a que hasta octubre 1980, las beneficiarias únicamente gozaban de atención médica en caso de maternidad o padecimiento de carcinoma cérvico uterino y no fue hasta después de esa fecha, que se les ampliaron los beneficios en caso de enfermedad y ac-

cidente, exceptuando como ya se dijo lo relativo a los riesgos del trabajo. El boletín de estadísticas del ISSS, presenta a partir de 1981, información separada sobre la demanda de ambos grupos, pero de acuerdo con los encargados, en el primer año se tuvieron que solucionar una serie de dificultades técnicas que afectaban el registro estadístico de las prestaciones otorgadas a las beneficiarias y por tanto, consideran de mayor confiabilidad las correspondientes a 1982.

CUADRO No. 49
INDICES DE DEMANDA DE SERVICIOS MEDICOS DE LA
POBLACION CUBIERTA POR EL ISSS
1978-1982

CLASE DE SERVICIO	1978	1979	1980	1981	1 9 8 2		PROMEDIO	
					ASEGURADOS DIRECTOS	BENEFICIARIAS	ASEGURADOS DIRECTOS	BENEFICIARIAS
Consulta médica	4.58	4.34	4.57	4.18	4.54	3.09	4.44	3.09
Consulta odontológica	0.53	0.53	0.62	0.53	0.58	0.34	0.56	0.34
Prescripción de medicamentos	12.01	12.11	13.19	11.68	12.59	8.56	12.32	8.56
Exámenes de Laboratorio	3.00	3.23	3.10	2.37	3.84	1.20	3.11	1.20
Radiografías	0.61	0.63	0.63	0.50	0.57	0.39	0.59	0.39
Días de hospitalización	0.99	1.04	0.98	0.83	0.85	0.65	0.94	0.65

FUENTE: Boletín Anual de Estadísticas del ISSS.

Los índices muestran que la población cotizante y la dependiente demanda alrededor de cinco y tres consultas médicas en el año respectivamente, recibiendo aproximadamente tres prescripciones de medicamentos por cada consulta; puede decirse en términos -- generales, que los índices de atención médica de la población -- cubierta por el ISSS, reflejan una mejor situación que la presentada a partir de los registros estadísticos del MSPAS.

Como ya se expuso anteriormente, algunos países latinoamericanos están realizando esfuerzos tendientes a mejorar la situación deficitaria de la salud de los trabajadores del campo. Con el objeto de conocer alguna experiencia al respecto, se consultó la publicación del Instituto Mexicano del Seguro Social "Índices de Demanda de Servicios Médicos 1974".

CUADRO No. 50
INDICES DE DEMANDA DE SERVICIOS MEDICOS DE LA POBLACION
CUBIERTA POR EL INSTITUTO MEXICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

1 9 7 4

CLASE DE SERVICIO REGIMEN	CONSULTA EXTERNA MEDICA	CONSULTA EXTERNA ODONTOLOGICA	ANALISIS CLINICOS	ESTUDIOS RADIOLOGICOS	DIAS DE HOPITAL.	RECETAS EXPEDIDAS
Todo el sistema	3.98	0.19	1.97	0.20	0.57	2.88
- Régimen Urbano	4.00	0.20	2.01	0.20	0.58	2.90
- Esquema Modificado	3.09	0.13	0.45	0.08	0.16	2.27

FUENTE: Instituto Mexicano del Seguro Social
"Indices de Demanda de Servicios Médicos 1974"

A pesar de que no se pudo contar con una publicación más actualizada, el cuadro nos permite tener una visión general de las diferencias entre las frecuencias en la demanda de servicios médicos por parte de los trabajadores cubiertos por el régimen tradicional, que en el cuadro se refleja como régimen urbano y los -- trabajadores agrícolas o esquema modificado.

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los índices de demanda investigados.

CUADRO No. 51

INDICES DE DEMANDA DE SERVICIOS MEDICOS
 EN EL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
 EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE EL SALVADOR
 Y EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CLASE DE SERVICIO	INDICES DE DEMANDA DE SERVICIOS MEDICOS				
	M.S.P.A.S.	I. S. S. S.			I.M.S.S.
		ASEGURADOS DIRECTOS	BENEFICIARIAS	SISTEMA URBANO	SISTEMA MODIFICADO
CONSULTA MEDICA	0.62	4.44	3.09	4.00	3.00
CONSULTA ODONTOLOGICA	0.09	0.56	0.34	0.20	0.15
PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS	0.64	12.32	8.56	2.88	2.27
EXAMENES DE LABORATORIO	2.62	3.11	1.20	1.97	0.45
RADIOGRAFIAS	0.06	0.59	0.39	0.20	0.08
DIAS DE HOSPITALIZACION	0.42	0.94	0.65	0.57	0.16

FUENTE: - Salud Pública en cifras. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
 - Boletín Anual de Estadísticas del ISSS 1982
 - Indices de Demanda de Servicios Médicos 1974
 Instituto Mexicano del Seguro Social

Se sabe por experiencia que la consulta médica es la que genera las otras prestaciones, la cobertura a través de la consulta médica en el ISSS asciende a un promedio anual de 4.44 para asegurados directos y 3.09 para sus beneficiarias, en contraste con ello el M.S.P.A.S., no está en condiciones de ofrecer al menos una consulta médica en el año por persona protegida.

Como puede observarse, la atención de la salud en la población asegurada es más ventajosa que la del grueso de la población, - por lo cual los encargados de la política de salud en el país, consideran deseable que el Seguro Social amplíe su cobertura a mayor número de habitantes. 7/

La estimación de los índices de demanda nacionales está referida a un período diferente al utilizado por el Seguro Social Mexicano, por tal razón no se considera de mucha validez una comparación directa sobre la situación de la atención de la salud entre ambos, pero si el reflejo de las diferencias que se dan entre los índices de demanda de los trabajadores de las áreas urbanas y los trabajadores agrícolas.

Uno de los objetivos de este trabajo es el mejoramiento del nivel de la salud entre los trabajadores agrícolas, si acepta-

7/ Diagnóstico del Sector Salud 1978-1982; Dirección de Planificación de los Servicios de Salud. M.S.P.A.S.

mos que los índices del M.S.P.A.S. reflejan una situación deficitaria en cuanto a la salud del grueso de la población y considerando que en ese grupo está incluido el trabajador objeto de este planteamiento, cualquier mejora de esa situación deberá hacerse a partir de los mismos.

Como se ha observado la frecuencia en la demanda de prestaciones por parte de los trabajadores agrícolas, es ligeramente inferior a la que presentan los trabajadores de las áreas urbanas; esta situación puede estar influenciada por el patrón cultural de la población rural y el hecho de que las enfermedades que más atacan a esta población son susceptibles de ser eliminadas principalmente mediante medidas preventivas de salud, las cuales no requieren de consulta con profesionales médicos.

En base a lo antes descrito adoptaremos para nuestro planteamiento los índices de frecuencia en la demanda de prestaciones médicas que se obtuvieron en el I.S.S.S., ajustados con la relación existente entre el sistema urbano y el modificado (trabajadores agrícolas) del I.M.S.S.. Con lo cual se satisface el objetivo de mejorar las condiciones de salud de los trabajadores agrícolas de El Salvador, ya que si bien los índices de prestaciones médicas serán menores que los del sistema tradicional, serán -- significativamente mayores que los del M.S.P.A.S.

De acuerdo con lo expuesto en el desarrollo de este Capítulo, el plan de prestaciones incluye además de los servicios de atención médica, las prestaciones en especie y las prestaciones monetarias en caso de subsidio por incapacidad temporal; según se trate del régimen general o especial de salud.

CUADRO No. 52
 INDICES DE FRECUENCIA EN LA DEMANDA DE PRESTACIONES DEL
 SISTEMA DE SEGURO SOCIAL PARA EL TRABAJADOR AGRICOLA
 (1978-1982)

TIPO DE PRESTACION	POBLACION ASEGURADA	
	ASEGURADOS DIRECTOS	BENEFICIARIAS
<u>Prestaciones Médicas</u>		
Consulta Médica	3.43	2.39
Consulta Odontológica	0.36	0.22
Prescripciones de Medicamentos	9.71	6.75
Exámenes de Laboratorio	0.71	0.27
Radiografías	0.24	0.16
Días de Hospitalización	0.26	0.18
<u>Prestaciones en Especie</u>		
Canastilla Maternal	0.0914	0.0780
Ayuda de Lactancia (lbs.de leche)	0.4454	0.4354
<u>Prestaciones Monetarias</u>		
Subsidios por Incapacidad Temporal		
- Riesgos Comunes	3.19	--
- Riesgos del Trabajo	1.15	--
- Maternidad	2.73	--

FUENTE: - Boletín Anual de Estadísticas del ISSS
 - Indices de Demanda de Servicios Médicos 1984.
 I.M.S.S.

8.3 Volumen de Prestaciones

Como se expuso anteriormente, la demanda esperada de prestaciones vendrá dada por la relación de los índices promedio de prestaciones calculados para este planteamiento con la población -- estimada a proteger. De acuerdo con las alternativas del plan de prestaciones, la segunda de ellas, no incluye lo relativo a prestaciones monetarias.

Los resultados pueden verse en el cuadro a continuación:

CUADRO No. 53
ESTIMACION DEL VOLUMEN DE PRESTACIONES QUE DEMANDARA LA POBLACION
AGRICOLA A INCORPORAR AL REGIMEN DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL

TIPO DE PRESTACION	INDICE DE FREC. EN LA DEMANDA		POBLACION ASEGURADA		VOLUMEN DE PRESTACIONES		VOLUMEN TOTAL DE PRESTACIONES
	ASEGURADOS COTIZANTES	BENEFICIARIAS	ASEGURADO COTIZANTE	BENEFICIARIAS	ASEGURADO COTIZANTE	BENEFICIARIAS	
PRESTACIONES MEDICAS							
Consulta Externa Médica	3.43	2.39	480.080	347.482	1.646.674	830.482	2.477.156
Consulta Externa Odont.	0.36	0.22	480.080	347.482	172.829	76.446	249.275
Prescrip. de Medicamentos	9.71	6.75	480.080	347.482	4.661.577	2.345.504	7.007.081
Exámenes de Laboratorio	0.71	0.27	480.080	347.482	340.857	93.820	434.677
Radiografías	0.24	0.16	480.080	347.482	115.219	55.597	170.816
Días de Hospitalización	0.26	0.18	480.080	347.482	124.821	62.547	187.368
PRESTACIONES EN ESPECIE							
Canastilla Maternal	0.0914	0.0780	480.080	347.482	43.879	27.104	70.983
Ayuda de Lactancia (lbs. de leche)	0.4454	0.4354	480.080	347.482	213.828	151.294	365.122
PRESTACIONES MONETARIAS							
Días Subsidiados por incapacidad temporal							
- Riestos Comunes	3.19	--	480.080	347.482	1.531.455	--	1.531.455
- Riesgos de Trabajo	1.15	--	480.080	347.482	552.092	--	552.092
- Maternidad	2.73	--	480.080	347.482	1.310.618	--	1.310.618

FUENTE: Boletín Anual de Estadística del I.S.S.S.
Indices de Demanda de Servicios Médicos 1974, I.M.S.S.

9. Estimación de la Necesidad de Recursos

Conociendo la demanda esperada de prestaciones, el siguiente paso consiste en estimar los recursos necesarios para su atención tomando en cuenta para ello, las normas de rendimiento establecidas mediante observación directa por personal técnico del ISSS, así como también otras de aceptación internacional recomendadas por estudiosos de la materia (la metodología y los cálculos pueden verse en el anexo No.18).

Los requerimientos de recursos tales como: enfermeras, auxiliares de enfermería, infraestructura, etc. variarán según la forma que se adopte para suministrar los cuidados de la salud; ya sea que los beneficiarios del sistema tengan que acudir a las clínicas ubicadas en los centros urbanos de las diferentes poblaciones, o que la atención les sea proporcionada en el lugar donde residen o trabajan.

Bajo las actuales condiciones en que opera el ISSS, los recursos necesarios para atender la demanda esperada de prestaciones serán:

1. Recursos Humanos

Horas médico	2.232
Horas odontólogo	272
Laboratoristas	47
Técnicos de radiología	19
Auxiliar de farmacia	109
Enfermeras graduadas	62
Auxiliares de enfermería	390

2. Recursos Materiales

Clínicas médicas	223
Clínicas odontológicas	31
Camas hospitalarias	604

Desde el punto de vista de la disponibilidad, se consideran como recursos críticos para nuestro planteamiento, los médicos y las camas hospitalarias.

Del total de 2.232 horas médicos el 88.1% corresponden a la consulta externa y el resto al servicio de hospitalización, si tomamos como base ocho horas laborales por jornada de trabajo, tendríamos un requerimiento total de 279 médicos a tiempo completo.

De acuerdo con la revisión de la situación de este recurso que se hizo en el Capítulo anterior, actualmente es imposible disponer de este número de facultativos a tiempo completo y menos aún para laborar en el área rural.

Las camas hospitalarias por su parte requieren de una gama de servicios para ser consideradas como tal, de ahí que constituyen un recurso costoso que requiere de un período más o menos largo para su habilitación, por tanto; bajo las actuales circunstancias, resulta ilusorio pensar que a corto plazo se pueda disponer en el área rural de seiscientas camas hospitalarias adicionales para la atención de los trabajadores agrícolas.

El resto de recurso a pesar de algunos problemas no se encontrará en situación deficitaria en nuestro país y por tanto, no se considera que constituya un obstáculo insalvable para la puesta en marcha del sistema.

10. Estimación del Costo de las Prestaciones

Como se ha descrito en los Capítulos anteriores, uno de los problemas para llevar la seguridad social al agro, ha sido la poca o nula capacidad de los trabajadores agrícolas para financiar en buena medida el plan de prestaciones; de ahí la importancia que tiene para nuestro planteamiento la estimación preliminar del costo del programa ya que de ello depende en buena medida la viabilidad del esquema.

Para ello se hace necesario por una parte, tener alguna idea de cuál es el costo de los servicios médicos en nuestro país; a priori se sabe que a nivel de profesionales de la medicina e instituciones particulares, tales costos son tan elevados que pueden considerarse en algunos casos hasta prohibitivos y fuera del marco de un planteamiento como el que aquí se desarrolla; el M.S.P.A.S. organismo rector de la salud en el país, no tiene un sistema contable que le permita llevar un control eficiente sobre el costo de las prestaciones e igual sucede con otras instituciones de salud.

De acuerdo con la investigación realizada, parece ser que solo el I.S.S.S. ha logrado desarrollar un sistema más o menos aceptable para la estimación periódica del costo total y unitario de las pres-

taciones que otorga.

Si tomamos en cuenta que la propuesta de la gestión administrativa del Seguro Social para el trabajador agrícola, está a cargo de esta misma institución y el principio doctrinario de igualdad en la concesión de las prestaciones de la Seguridad Social, podemos considerar como válido para nuestro planteamiento, el costo unitario de -- las prestaciones médicas establecido por el I.S.S.S.

Para que la estimación preliminar del costo total del programa, -- tenga un mayor margen de seguridad se utilizarán los costos unitarios más actualizados de que se disponga (1982), por considerar que de esta manera se incorporan a la estimación los efectos del proceso inflacionario sobre el material y equipo médico, los salarios, etc.

La metodología consiste en relacionar el costo de cada prestación con la demanda esperada de la misma al incorporar este nuevo grupo poblacional.

De acuerdo con la estimación la alternativa II que excluye del plan de prestaciones las concedidas en concepto de subsidios en dinero en caso de incapacidad temporal, arroja un costo inferior al de la alternativa I en trece millones doscientos treinta y siete mil doscientos cuarenta y tres colones cincuenta centavos (¢13.237.243.50) cantidad apreciable que puede incidir al momento de tomar una decisión sobre el plan de prestaciones.

CUADRO No. 54
ESTIMACION PRELIMINAR DEL COSTO ANUAL INICIAL DEL
SEGURO SOCIAL PARA EL TRABAJADOR AGRICOLA

TIPO DE PRESTACION	Costo Unitario	Alternativa I	Alternativa II
PRESTACIONES MEDICAS			
Consulta Externa Médica	16.02	39.684.039.12	39.684.039.12
Consulta Externa Odontológica	16.57	4.130.486.75	4.130.486.75
Prescripción de Medicamentos	3.62	25.365.633.22	25.365.633.22
Examen de Laboratorio	3.66	1.590.917.82	1.590.917.82
Radiografías	9.96	1.701.327.36	1.701.327.36
Días de Hospitalización	118.56	22.214.350.08	22.214.350.08
PRESTACIONES EN ESPECIE			
Canastilla Maternal	19.56	1.388.427.48	1.388.427.48
Ayuda Lactancia (lbs.leche)	2.39	872.641.58	872.641.58
PRESTACIONES MONETARIAS			
Días Subsidiados Incapac.Temporal			
- Riesgos comunes	3.90	5.972.674.50	---
- Riesgos profesionales	3.90	2.153.158.80	---
- Maternidad	3.90	5.111.410.20	---
T O T A L		110.185.066.91	96.947.823.41

FUENTE: Documento Costo Unitario de las Prestaciones Médicas en el I.S.S.S. 1982

- Inversión en Infraestructura

Siguiendo el criterio de los recursos críticos, tenemos que de acuerdo con el Departamento de Ingeniería y Arquitectura del Seguro Social, el costo de una cama hospitalaria oscila entre los cuarenta mil y setenta mil colones, dependiendo del tipo de hospital que se construya. Si adoptamos para nuestro planteamiento el valor medio de ambas cantidades, se tiene que para habilitar 604 -- camas hospitalarias, se requiere invertir alrededor de treinta y tres millones de colones (Ø33.000.000).

11. Alternativas de Establecimiento

Como se ha podido comprobar, existe una serie de obstáculos de tipo económico, físico y humano que dificultan de alguna manera, la puesta en marcha del programa del Seguro Social para el trabajador agrícola; el panorama general sobre la necesidad y disponibilidad de recursos, indica que el sistema de atención no estaría en capacidad de atender desde su inicio al total de la población agrícola. Esta situación plantea dos alternativas: 1a.) que se retrase la incorporación hasta que se disponga de la totalidad de recursos para hacer a andar el sistema, 2a.) que se establezca un proceso de incorporación gradual y progresivo que compatibilice la disponibilidad de recursos con el programa de incorporación.

Todo parece indicar que la política prudente y realista a seguir es la contemplada en la segunda alternativa y por tanto es la que se acoge para este planteamiento.

La incorporación gradual puede hacerse efectiva de diferentes maneras: por zona geográfica, por categoría de trabajadores, por tamaño de las explotaciones, por tipo de cultivos, o por una mezcla de estas formas. La ampliación de la cobertura del Seguro Social a determinada categoría de trabajadores agrícolas podrá crear situaciones conflictivas, ya que en una misma explotación se conjugan diferentes categorías de trabajadores y no será bien visto que únicamente cierto grupo gozara de los beneficios del sistema, en el caso que se hiciera por tipo de cultivo la situación es similar, en una explotación pueden encontrarse diversos cultivos y esto implicaría que unos fuesen sujetos del seguro y otros no.

La implantación del sistema de protección únicamente a las grandes explotaciones (500 hectáreas y más) presenta el problema del grado de dispersión de las mismas en todo el territorio nacional, lo cual podría generar una subutilización de recursos.

Bajo estas circunstancias, se hace necesario capitalizar las experiencias de otros países sobre este campo; en base a lo descrito al inicio de este Capítulo, a diferencia de aquellos países que cuentan con un sistema nacional de salud, el cual por su universalidad minimiza los problemas; se recomienda que este tipo de incorporaciones se realice gradualmente, partiendo de los grupos de trabajadores más organizados a los menos organizados, ya que con ello se simplifican las dificultades administrativas que presenta el sistema.

De acuerdo con ello, en nuestro caso se considera que la incorporación gradual de los trabajadores agrícolas al Seguro Social debe -- iniciarse aprovechando la situación asociativa en las haciendas -- afectadas por el proceso de Reforma Agraria, lo cual no necesariamente implica que el desarrollo del sistema se asocie al avance de ésta, como en el caso del Perú.

Como se expuso anteriormente, no existe una fórmula precisa que -- elimine de una sola vez los problemas que plantea la incorporación del trabajador agrícola al Seguro Social; por tanto se hace necesario recoger experiencias propias, que permitan conocer los problemas particulares que afrontará el sistema en nuestro país y buscar las soluciones adecuadas para lograr el buen funcionamiento y desarrollo del mismo.

La decisión sobre cuáles haciendas o grupos organizados pueden tomarse en cuenta para iniciar la cobertura, está íntimamente relacionada con el grado de organización alcanzado por éstas, la existencia de buenas vías de comunicación, la disponibilidad de recursos para la atención y un ambiente propicio que favorezca el normal funcionamiento del sistema.

De acuerdo con ello todo parece indicar que la región occidental del país es la que más se adapta a este planteamiento, ya que entre otras cosas tenemos:

1. La densidad promedio de carreteras en esta región es de 67.1 kms. por cada 100 km² de superficie, relación que está por encima del promedio nacional (ver anexo No. 19).
2. La red vial en esta región del país presenta una buena distribución y calidad, ya que existe comunicación entre los tres departamentos que la conforman.
3. Existe una red de servicios médicos desarrollada, la cual está siendo subutilizada; un total de cinco hospitales en los tres departamentos, dos del ISSS y tres de Salud Pública.
4. Esta región no ha sido mayormente afectada por el conflicto armado como en el caso de la región central y nor-oriental del país, en donde se observa un deterioro en las vías de comunicación y los servicios públicos elementales, así como un entorpecimiento sensible en el desarrollo de las actividades productivas.

La necesidad de recoger experiencias sobre el funcionamiento del sistema antes de seguir adelante con el proceso de incorporación, es -- condición suficiente para que en su inicio este se circunscriba a un área más específica dentro de la región occidental, ya que de esta manera se podrá hacer una observación a fondo de todos los aspectos relacionados con el mismo.

De acuerdo con la división política administrativa de El Salvador, la región occidental comprende los departamentos de Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate, siguiendo los criterios de selección adoptados, el departamento de Sonsonate es el que presenta las mejores venta-

jas para echar a andar el sistema dado que:

1. La densidad promedio de carreteras de este departamento es de 72.2 kms. por cada 100 km^2 de superficie, relación que está por encima del promedio nacional.
2. En cuanto a la densidad promedio de carreteras ocupa el segundo lugar, después de Ahuachapán, pero la calidad y distribución com pensan esta situación.
3. La ubicación geográfica de la cabecera departamental, permite un radio de acción prácticamente igual en todas direcciones lo que facilitaría el funcionamiento del sistema de referencias médicas tanto para consultas con especialistas como para hospitalización.
4. Existen dos Hospitales Regionales, uno propiedad del ISSS y el otro de Salud Pública; el primero de ellos con una capacidad para 104 camas hospitalarias de las cuales únicamente están en ser vicio 70, este hospital opera con un porcentaje de ocupación -- aproximado del 55 al 60%, el cual está muy por debajo del porcen taje de ocupación recomendado como aceptable para hospitales -- (80 u 85%). En caso de ser necesario se pueden comprar servicios de hospitalización a Salud Pública.

En resumen, se propone que la cobertura del trabajador agrícola por el seguro social se lleve a cabo gradual y progresivamente, inician do el proceso de incorporación en la región occidental del país con el departamento de Sonsonate, aprovechando el grado de organización alcanzado por los grupos de trabajadores beneficiados por el proce-

so de Reforma Agraria. Con respecto al plan de prestaciones se considera que para no encarecer el sistema, se adapte al menos al inicio el contemplado en la segunda alternativa, en la cual se excluye el otorgamiento de prestaciones monetarias por cualquier concepto.

CUADRO No. 55
SITUACION ASOCIATIVA DE LAS HACIENDAS DEL
SECTOR REFORMADO EN EL DEPARTAMENTO DE SONSONATE

	EXTENSION DE HECTAREAS	U B I C A C I O N		MODELO DE ORGANIZAC.	NUMERO DE ASOCIADOS
		MUNICIPIO	CANTON O CASERIO		
1 El Balsamar	1.070	Quisnahuat	El Balsamar	COOP	80
2 Santa Cruz Tazulatl	2.482.8	Ishuatán	Ishuatán	COOP	389
3 San Isidro	2.327.2	Armenia	El Guayabo	COOP	642
4 La Aguja	562	Acajutla	Miravalle	COOP	45
5 El Eden	646	Nahuilingo	El Eden	COOP	170
6 Barra Ciega	532	Acajutla	Tonalá	COOP	105
7 Las Victorias	666	Caluco	El Zapote	COOP	103
8 Plan de Amayo	674.1	Caluco	Plan de Amayo	COOP	91
9 San Carlos	563	Acajutla	Morro Grande	COOP	62
10 San José Miramar	982	Nahuizalco	El Chaparrón	COOP	
11 San Jorge Kilo 5	1.200	Acajutla	Kilo 5	COOP	122
12 Las Lajas	1.554	Izalco	Las Lajas		191
13 Los Lagartos	2.525.7	San Julián	Los Lagartos	AC.C.	351
14 Tonalá	538.4	Acajutla	Tonalá		76
15 Copapayo	597	Armenia	Tres Ceibas	COOP	80
16 Chiquileca	869.5	Ishuatán	Corazal		180
17 Las Victorias	597	Armenia	La Puerta		
18 San Luis	417.6	Izalco	El Zunzal		82
19 Miravalles	575.6	Acajutla	Miravalles	AC.C.	85
20 El Peñón	500	Acajutla	Metalío	COOP	180
21 Palo Cambo	683.9	Acajutla	Palo Cambo	COOP	70
22 Santa Clara	700.3	Sonsonate	Santa Emilia	COOP	54
23 Liberia	139.2	Sto. Domin. G	El Zarzal	COOP	80
24 El Zope	672.2	Acajutla	Punto Remedios	COOP	89
25 La Chapina	457.1	Izalco	La Chapina	COOP	44
26 San Rafael	144.9	Juayúa	Los Naranjos	AC.C.	35
27 El Carmen	196.7	Caluco	Villa Las Hig.	AC.C.	30
28 San Pedro Tazulatl	321.4	Quisnahuat	Las Higueras	COOP	45
29 Santa Magdalena	137.1	Izalco	El Presidio		20
30 San Luis Tawil	400	Acajutla			
31 La Bolsona	191.6	Nahuilingo	Alemán		

FUENTE: Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria

De acuerdo con el cuadro, en una primera fase se incorporarán un total de 3.501 trabajadores agrícolas (socios directos de las distintas cooperativas del sector reformado en el departamento de Sonsonate) y sus correspondientes beneficiarias (esposas o compañeras de vida).

- Trabajadores agrícolas	3.501
- Beneficiarias <u>8/</u>	2.534
Población Inicial a Proteger	6.035

A continuación se procederá a efectuar las estimaciones correspondientes a volumen y costo de las prestaciones.

11.1 Volumen de Prestaciones

CUADRO No. 56
ESTIMACION DEL VOLUMEN ANUAL DE PRESTACIONES QUE
DEMANDA LA POBLACION AGRICOLA A INCORPORAR
AL SEGURO SOCIAL,
EN EL DEPARTAMENTO DE SONSONATE

TIPO DE PRESTACION	VOLUMEN DE PRESTACIONES		TOTAL
	Trab. Agríc.	Beneficiarias	
Prestaciones Médicas:			
Consulta Ext.Médica	12.008	6.056	18.064
Consulta Ext.Odont.	1.260	557	1.817
Prescripc.de Medic.	33.995	17.105	51.100
Exámenes de Laborat.	2.486	684	3.170
Radiografías	840	405	1.245
Días de Hospitaliz.	910	456	1.366
Prestaciones en Especie:			
Canastilla Maternal	320	198	518
Ayuda de Lactancia (lb.leche)	1.559	1.103	3.180

FUENTE: Boletín Anual de Estadística del I.S.S.S.
Indices de Demanda de Servicios Médicos 1974 I.M.S.S.
Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria

8/ Esposa o compañera de vida del asegurado o cotizante.

11.2 Estimación del Costo de las Prestaciones

Siguiendo la metodología utilizada para la estimación del costo total del sistema tenemos:

CUADRO No. 57
ESTIMACION PRELIMINAR DEL COSTO ANUAL DE LA PRIMERA ETAPA
DE INCORPORACION GRADUAL DEL TRABAJADOR AGRICOLA
AL SECTOR SEGURO SOCIAL

TIPO DE PRESTACION	COSTO DE LAS PRESTACIONES
Prestaciones Médicas	
Consulta Externa Médica	₡ 289.385
Consulta Externa Odontológica	30.108
Prescripciones de Medicamentos	184.982
Exámenes de Laboratorio	11.602
Radiografías	12.400
Días de Hospitalización	161.953
Prestaciones en Especie	
Canastilla Maternal	10.132
Ayuda de Lactancia (lbs.de leche)	7.600
T O T A L	₡ 708.162

FUENTE: Documento Costo Unitario de las Prestaciones Médicas en el IS.S.S.

De acuerdo con las estimaciones realizadas, el costo inicial global del Seguro Social para el trabajador agrícola es de aproximadamente los cien millones de colones, sin incluir lo -- relativo a inversión en infraestructura; de momento resulta imposible pensar que se pueda disponer de tal cantidad sin ocasionar desajustes en la economía del país.

Siguiendo la estrategia de incorporación gradual, el costo inicial del sistema de prestaciones en la primera fase se reduce a Q708.162, sin contar con la formación de reserva para la inversión en infraestructura.

12. Alternativas de Financiamiento

Como ya se expuso anteriormente, los recursos financieros de las -- instituciones de Seguridad Social provienen fundamentalmente de las contribuciones de tipo unipartito, bipartito o tripartito, según -- la participación de los trabajadores, los patronos y el Estado.

En los países con economía de mercado la Seguridad Social se financia, principalmente, a base de regímenes contributivos de carácter tripartito (patrono, trabajadores y Estado). Por su parte en los países de economía centralizada, el costo de las prestaciones sociales corre a cargo exclusivamente del Estado.

El régimen financiero del plan de beneficios de los Seguros Sociales, está en función del tipo de riesgo que se protege y de su comportamiento en el tiempo.

Al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, el Seguro Social de El Salvador tiene a su cargo la gestión de dos tipos de riesgos, los cuales se pueden clasificar como de corto y de largo plazo; los primeros comprenden la atención médica por los riesgos de enfermedad, maternidad y riesgos del trabajo.

Los segundos o riesgos de largo plazo, comprenden la concesión de pensiones por invalidez, vejez y muerte por enfermedad o accidente común.

El régimen financiero de la primera categoría de riesgos es de dos tipos:

1. Reparto Anual Simple

Que consiste en nivelar en cada ejercicio el monto de ingresos corrientes por cotizaciones, con el monto de egresos corrientes por prestaciones. El sistema requiere solamente la formación de una reserva de emergencia, destinada a cubrir eventuales desequilibrios financieros del sistema.

2. Reparto de Capitales de Cobertura

Que se aplica a las pensiones por riesgos del trabajo y consiste en nivelar en cada ejercicio, los ingresos por cotizaciones con el valor capital de las pensiones concedidas durante el ejercicio. Dicho valor capital es destinado a un fondo de reserva técnica del cual se toman las cantidades necesarias para el pago de las rentas a los pensionados.

Los excedentes de cada ejercicio son destinados a la construcción de la infraestructura física necesaria y al mejoramiento de la calidad de las prestaciones.

La segunda categoría o riesgo de largo plazo están administrados bajo el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y su sistema de financiamiento es el conocido como de prima escalonada.

Prima Escalonada: Que se aplica al régimen de pensiones por Invalidez, Vejez y Muerte, consiste en determinar el valor de la prima (o tasa) de cotización que en cada período (o escalón) será suficiente para obtener los ingresos por cotizaciones; a fin de que esto y los provenientes de la rentabilidad de la reserva técnica que se va formando gradualmente, cubran los egresos por prestaciones y gastos de administración que se originan en dicho período (o escalón). La reserva no debe nunca decrecer, por tanto a partir del año en que se preve la igualdad entre egresos por prestaciones y gastos de administración; con los ingresos y cotizaciones y rentabilidad de la reserva, la prima (o tasa de cotización) deberá incrementarse a fin de que sea suficiente para otro período (o escalón); y así sucesivamente hasta la estabilización del sistema.

El problema financiero que representa la extensión de los beneficios y prestaciones de la Seguridad Social a los amplios sectores de la población hasta ahora desprotegidos, como en el caso de los trabajadores agrícolas, exige el estudio y adopción de nuevos medios y fuentes de ingreso así como de modalidades de financiamiento acordes con la situación socio económica del sector agrícola en -- nuestro país.

12.1 La Contribución de los Trabajadores

Tradicionalmente los Seguros Sociales Latinoamericanos y el de El Salvador no es la excepción, han adoptado un sistema contributivo a base de los salarios devengados por los trabajadores, estableciendo además ciertos límites salariales (mínimo y máximo) para efectos de cotización (ver anexo No. 5).

En los Capítulos anteriores se han destacado las características predominantes del sector agrícola de El Salvador principalmente en lo relativo a nivel de salarios y discontinuidad laboral; de acuerdo con ello, la contribución de los trabajadores agrícolas al sistema de protección que aquí se plantea, deberá ser de forma y magnitud tal, que no afecte aún más la ya maltrecha economía de las familias campesinas.

De ahí que, mientras no mejoren sustancialmente las condiciones económicas de los trabajadores agrícolas, su aporte no podrá ser de mucha significación en el equilibrio financiero -- del sistema. A pesar de ello, el hecho de aportar económicamente, será de gran ayuda en la educación del trabajador del campo, en el sentido de ir eliminando paulatinamente, la mentalidad asistencial para la obtención de beneficios, sustituyéndola por una contributiva de solidaridad social.

A cuánto ascenderá la contribución de los trabajadores agrícolas? En el Capítulo II de este trabajo se realizó una estimación

ción global de los salarios pagados en el sector agrícola, - para lo cual hubo que pasar por alto algunas realidades que - sobreestiman las cifras. Se sabe que las actividades agríco- las, al igual que el resto de actividades productivas se ri- gen por un salario mínimo, pero en el campo ante la falta de un control efectivo en la aplicación del mismo, muchos patro- nos fácilmente evaden tal obligación fijando salarios arbitra- rios en su propio beneficio; por otra parte de acuerdo con en- tendidos en la materia la producción de granos básicos es rea- lizada principalmente por pequeños propietarios y aparceros - (trabajadores independientes) quienes se auxilian fundamental mente de mano de obra familiar, la cual no percibe ninguna re muneración.

Tomando en cuenta el plan de prestaciones del sistema, la ta- sa de cotización sobre los salarios de los trabajadores agrí- colas, deberá ser igual a la que pagan los actuales cotizan- tes al régimen general de salud, menos la parte de ésta desti- nada al financiamiento de las prestaciones monetarias por --- cualquier concepto, ya que estas por las razones ya expues- tas, no están incluidas dentro del plan de prestaciones; 9/ la tasa de cotización será de 1.95% sobre los salarios deven-

9/ Resumen de costos. Pag.88 del Informe sobre Revisión Actuarial del Régimen Salvadoreño del Seguro Social. Preparado por Peter Thullen actuario consultor de la Oficina Regional del Trabajo - Ginebra Agosto 1957.

gados (el cálculo puede verse en el anexo No.21) que en la mayoría de los casos no será mayor que el mínimo establecido.

Resumiendo tenemos que en una primera etapa, los cotizantes al sistema serán los trabajadores agrícolas del sector afectado por la Reforma Agraria en el departamento de Sonsonate, que de acuerdo al Ministerio de Agricultura y Ganadería perciben efectivamente el salario mínimo por labor realizada.

Tomando en cuenta el poco peso que la contribución de los trabajadores agrícolas tendría en el financiamiento del sistema, no se considera necesario al menos en un principio, desarrollar un sistema especial para la recaudación de las cotizaciones, cuyo costo de operación no será compensado, dada la poca relevancia de las aportaciones. De ahí que el actual sistema de recaudación a través de planillas se considere temporalmente adecuado, responsabilizando a cada una de las cooperativas o asociaciones comunitarias de la recaudación de las cotizaciones así como de enterarlas al organismo encargado de la gestión del sistema.

12.2 La Contribución de los Patronos

Los patronos en este planteamiento están representados por las cooperativas y asociaciones comunitarias del sector sujeto de reforma agraria, así como otras personas naturales o jurídicas que contratan mano de obra para desarrollar labores

agrícolas; como es lógico pensar estos deberán absorber una parte significativa del costo del sistema.

Por razones de tipo puramente económico se considera que la contribución de los patronos, no debe estar ligada a los salarios pagados a los trabajadores como tradicionalmente sucede, ya que esto podría generar un mayor desempleo en el sector -- agrícola, si la aportación de los patronos está en relación directa a los salarios pagados en cada explotación o explotaciones agrícolas éstos se verán tentados a reducir sus costos de producción incorporando tecnología de capital intensivo, reduciendo de esta manera la demanda de mano de obra y provocando un mayor desempleo.

Como ya se expuso anteriormente la contribución de los trabajadores será de poca relevancia en el financiamiento del sistema, de ahí que el costo de este deberá ser absorbido fundamentalmente por los patronos, el Estado y otras fuentes alternativas de financiamiento que se describirán mas adelante; de acuerdo con ello se piensa que en un inicio los patronos financien al menos el 50% del costo del sistema.

A continuación se analizarán algunas formas posibles de obtener la contribución de los patronos al sistema del Seguro Social para el trabajador agrícola.

Contribución en Base al Valor de la Producción Agrícola

Este sistema requiere para su efectividad de un conocimiento exacto del valor de la producción agrícola de cada explotación, esto implicará el manejo de información actualizada sobre los cultivos, áreas cultivadas, rendimiento, precios de venta, lo cual vuelve al sistema muy difícil de administrar.

La alternativa de utilizar la declaración de impuesto sobre la renta como fuente de información presenta algunos problemas tales como:

- Por experiencia no se puede confiar totalmente en la declaración del patrono.
- Se corre el riesgo que la contribución sea vista como un nuevo impuesto, lo cual podrá generar resistencia.
- Para no duplicar esfuerzos la recaudación del aporte tendrá que asociarse a la recaudación impositiva por tanto se requeriría una estrecha coordinación con la Dirección General de Contribuciones Directas lo cual en la práctica puede resultar muy difícil.

Contribución en Base al Valor de la Propiedad

Para ello se hace necesario contar con un catastro fiscal actualizado, de acuerdo con información proporcionada por la oficina de Catastro Fiscal del Ministerio de Hacienda, las actividades del catastro fiscal se iniciaron en el año

de 1964, después de algunas altas y bajas a julio de 1982 se ha inventariado el 67.2% de los 500.000 predios estimados según información del Instituto Geográfico Nacional.

El 32.8% restante constituye la zona no catastrada que incluye los departamentos de Morazán, La Unión, la zona metropolitana de San Salvador y la zona fronteriza con la República de Honduras (ver anexo No.22).

A partir de 1980 se lleva a cabo un proceso de actualización de la valuación realizada en el levantamiento original, dicho proceso se ha iniciado en la zona occidental y central del país, una vez actualizados los valores de las propiedades se piensa darles validez por un lapso de 2 a 3 años, después de los cuales se revisarán y actualizarán los valores en las áreas catastrales, de acuerdo con el estado de avance ya se completó la revaluación en el departamento de Ahuachapán y se encuentran en proceso Santa Ana, Sonsonate y La Libertad. Se espera por tanto que a corto plazo se pueda disponer de información catastral completa de la zona occidental y central, con un poco más de tiempo de la zona paracentral y más a largo plazo la zona oriental ya que el conflicto armado que se desarrolla principalmente en esa zona del país imposibilita el avance de los procesos catastrales.

Como puede observarse el proceso de actualización coincide con el programa de incorporación gradual de los trabajadores agrícolas de la zona occidental por tanto se estima que no habrá problemas para disponer de la información básica para el cálculo del aporte patronal.

A continuación se presenta una estimación preliminar de la contribución de los empleadores agrícolas al Seguro Social, tomando como base el valor catastral de los predios rurales y aplicándoles una tasa de aportación del 2%.

CUADRO No.58
ESTIMACION PRELIMINAR DE LA CONTRIBUCION DE LOS PATRONOS.
AL SISTEMA DE SEGURO SOCIAL PARA EL TRABAJADOR AGRICOLA

Departamento	Total Predios Rurales	Valor Catastral (Miles ₡)	2% Contribución (miles) al S.Social
Ahuachapán	210	114.350	2.287
Santa Ana	402	310.600	6.212
Sonsonate	315	230.150	4.603
Chalatenango	138	100.000	2.000
La Libertad	405	292.050	5.841
San Salvador	400	289.200	5.784
Cuscatlán	395	285.500	5.710
La Paz	382	275.800	5.516
Cabañas	168	118.700	2.374
San Vicente	262	189.200	3.784
Usulután	443	321.850	6.437
San Miguel	427	310.550	6.211
Morazán	249	178.650	3.573
T O T A L	4.196	3.016.600	60.332

FUENTE: Departamento de Catastro Fiscal. Ministerio de Hacienda, noviembre 1982.
Tabulación en base a fichas catastrales.

Sobre esta primera estimación debe tenerse en cuenta que únicamente se pudo disponer de información de aquellas propiedades con un valor catastral superior a los ₡400.000; sin embar

go la oficina de catastro fiscal informó que está trabajando en un proyecto de mecanización de la información, para agilizar la obtención de resultados; la cual permitirá ajustar las cifras.

La tasa de contribución del 2% sobre el valor catastral de -- las propiedades se considera razonable si tomamos en cuenta -- que la carga tributaria directa sobre la tierra en nuestro -- país es mínima 10/ y de recaudación deficiente; por otra parte el objetivo fundamental de este sistema es el de resolver el problema de la salud del trabajador agrícola y su familia para lo cual se hace necesaria la participación directa del sector en mención.

La recaudación del aporte puede hacerse directamente con los patronos (mensual, trimestral, anual, etc.) o a través del -- organismo encargado de la recaudación impositiva directa.

Esta forma de obtener el aporte patronal se ha examinado con mayor detención por considerar que presenta mejores posibilidades de resolver el problema.

10/ Impuesto territorial agropecuario 1% sobre el valor de los bienes que exceden de ¢200.000.

12.3 La Contribución del Estado

De acuerdo con la norma constitucional el Estado al igual que los patronos y trabajadores debe contribuir al financiamiento de los programas del Seguro Social.

Esta transferencia de fondos del erario nacional hacia el sistema de protección del trabajador agrícola, puede considerarse como una acción redistributiva de ingreso ya que con ello se pretende ayudar a un sector cuyo bajo nivel de ingresos no le permite financiar prestaciones sociales similares a las que gozan los habitantes de las áreas urbanas, generando un desequilibrio que estimula la migración del campo a las ciudades hasta niveles no deseados.

Al margen de las razones técnicas para calcular el aporte del Estado, este dependerá fundamentalmente de la capacidad de financiamiento que le permitan los ingresos tributarios y de las prioridades que se establezcan para la asignación de recursos a los diferentes programas, lo cual constituye una decisión de alto nivel político.

Normalmente se sostiene que en las economías agrarias y subdesarrolladas el rendimiento fiscal (capacidad de contribución) es insignificante, difícil de administrar y muy poco --

aceptado; 11/ en nuestro país la carga tributaria es del orden aproximado del 12%, la que se considera baja con relación a economías industrializadas en donde este coeficiente alcanza un promedio de 30%. Esta situación puede ser atribuida entre otras cosas a:

- El bajo nivel de la renta nacional y su desigual distribución lo cual no permite el mejoramiento de los niveles de vida de la mayor parte de la población.
- Deficiencias administrativas en la función fiscalizadora, lo cual permite la evasión de impuestos.
- Las deficiencias de los instrumentos de apoyo como en el caso de los registros catastrales, etc.

Como ya se expuso anteriormente con el objeto de hacer viable el sistema, la incorporación de los trabajadores agrícolas al Seguro Social se plantea de forma gradual y progresiva, esto implica que el Estado no se verá obligado a realizar un desembolso masivo de fondos que podría afectar el desarrollo de -- otros programas.

El Estado como tal deberá financiar el veinticinco por ciento del costo total del sistema tal como lo hacía con el Régimen General de Salud hasta 1968, lo que en la actualidad le repre-

11/ Pierre Beltrane Obra citada pag.20.

sentaría un desembolso anual de aproximadamente los veinte y cinco millones de colones, en lugar de la cuota fija anual de cinco millones de colones a que redujo su participación a partir de 1978.

Las características económicas de los actuales asegurados han permitido al Seguro Social en El Salvador operar solventemente. Esta situación ha servido de base para que el Estado redujera su participación en el financiamiento de los regímenes administrados por el ISSS, obstaculizando la ampliación de la cobertura hacia grupos de trabajadores menos favorecidos como en el caso de los trabajadores agrícolas. De acuerdo con la tasa de aportación propuesta la contribución del Estado ascenderá aproximadamente a veinticinco millones de colones anuales; el desembolso inicial atendiendo el proceso de incorporación gradual será de ciento setenta y siete mil cuarenta colones (¢177.040) como puede desligarse a medida que se incorporen al sistema un mayor número de trabajadores agrícolas el compromiso del Estado será mayor.

12.4 Otras Fuentes de Financiamiento

Régimen Tradicional de Salud

Como ya se mencionó anteriormente la solidaridad, principio doctrinario y fundamento económico de la Seguridad Social juega un papel importante en el financiamiento del sistema pro-

puesto; el apoyo económico de los que gozan de un mejor nivel de vida, en beneficio de los menos favorecidos como en el caso de los trabajadores agrícolas se considera social y económicamente justo.

De acuerdo con ello tanto patronos como trabajadores en las diferentes actividades económicas cubiertas por el régimen tradicional del Seguro Social, deben contribuir al establecimiento y desarrollo del sistema propuesto.

Para la obtención de financiamiento adicional al sistema será necesario adoptar dos medidas complementarias, la primera de ellas con el objeto de preparar el camino para hacer efectiva la solidaridad financiera a que nos hemos referido, eliminando un aspecto regresivo de nuestro actual sistema de Seguro Social y que a la vez permitirá financiar en parte las primeras fases de la incorporación.

1. Eliminación del Tope Salarial de Cotización

La Ley del Seguro Social establece los salarios máximos sujetos de cotización así:

Régimen de Salud	¢700.00 colones mensuales
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte	El mayor salario que se pague en la Administración Pública ^{12/}

^{12/} Para 1982 alcanza la suma de ¢ 5450.00

De acuerdo con información estadística el 70% de los trabajadores cotizantes tienen un salario menor o igual a los Q500.00. Esto implica que la carga del financiamiento del régimen de sa lud recae principalmente en los trabajadores de bajos salarios, es decir; los que menos aportan son los que devengan los mejores salarios.

El caso del régimen de I.V.M., es diferente, a partir de 1979 el salario máximo de cotización está asociado al mayor salario devengado en la administración pública de conformidad con la ley de salarios (excluyendo las cuotas compensatorias).

Tomando en cuenta que el monto de la pensión depende de los sa larios devengados y sobre los cuales se cotiza, esta medida be neficia únicamente aquellos cuyo salario está por encima de los Q700.00 que como se comprobó anteriormente representan la minoría de los trabajadores cotizantes.

Se puede decir por tanto, que la existencia de límites salaria les para efectos de cotización activa un mecanismo regresivo en la acción redistributiva del ingreso que se atribuye al Seguro Social; como ya se mencionó en este caso, el financiamiento directo del régimen recae en los niveles bajos de la es tructura salarial.

La eliminación del tope salarial de cotización se considera una medida social y económicamente justa y la misma puede hacerse efectiva de una sola vez a gradualmente en un período determinado como por ejemplo:

- I. Elevación del tope salarial de ¢700.00 a ¢1.500.00
- II. Elevación del tope salarial de ¢1.500.00 a ¢3.000.00
- III. Elevación del tope salarial de ¢3.000.00 a más

A continuación se presenta una estimación de los recursos económicos que generarían la aplicación de tal medida:

CUADRO No. 59
 ESTIMACION DE LOS INGRESOS MENSUALES ADICIONALES QUE SE GENERARIAN
 CON LA ELIMINACION DEL LIMITE SALARIAL DE COTIZACION
 AL REGIMEN GENERAL DE SALUD DEL SEGURO SOCIAL

ESCALA DE SALARIOS	I		II		III	
	PATRONOS TRABAJAD.	TOTAL	PATRONOS TRABAJAD.	TOTAL	PATRONOS TRABAJAD.	TOTAL
De 700.00 a 1.500	480.108	192.043	672.151			
De 1.500.01 a 3.000.00	---	---	---	937.043	374.817	1.311.860
De 3.000.01 y más	---	---	---	---	---	---
				1.340.669	536.267	1.876.936

FUENTE: Departamento de Actuario y Estadística del Seguro Social

De acuerdo con datos proporcionados por el departamento de Actuariado y Estadística del Seguro Social, hay aproximadamente 34.263 trabajadores de los actualmente cubiertos por el régimen general de salud con salarios superiores a los Ø700.00 colones mensuales (ver anexo No.23) que en conjunto devengan - salarios por un monto mensual de Ø45.434.792; de no existir - el límite de Ø700.00 colones mensuales, las cotizaciones de este grupo de trabajadores ascendería a Ø3.975.554.00 colones mensuales, ésto implica un ingreso adicional de Ø1.876.945 colones mensuales sobre la cotización que generan actualmente - alrededor de los veinte y dos millones anuales.

Como se expuso en el primer Capítulo la incorporación de los trabajadores del sector público al Seguro Social aún no ha sido completada, en ello han tenido mucho que ver los acontecimientos económicos y políticos que han afectado a nuestro -- país en los últimos años, los cuales han repercutido negativamente en la captación de los ingresos necesarios para el financiamiento y desarrollo global de los regímenes administrados por el Seguro Social así como la mora creciente tanto de patronos como del Estado en su doble calidad que a 1982 alcanzaba la cifra de noventa millones de colones aproximadamente 13/

Mora contabilizada a diciembre de 1982

Estado (como Patrono y como Estado)	₡ 54.659.629
Patronos	35.539.913
T o t a l	₡ 90.199.542

La investigación de campo previa a la incorporación de los empleados públicos al Seguro Social en 1978 arrojó las cifras siguientes: el 87.9% de los trabajadores devengan salarios por debajo de los ₡700.00 colones mensuales el 9.8% oscilan entre los ₡700.00 y ₡1.500.00 colones mensuales y apenas el 2.5% alcanzan salarios por encima de esta última cifra. De acuerdo con la investigación el monto mensual de salarios devengados ascendía a ₡30.713.746 colones mensuales, tomando en consideración las medidas de austeridad decretadas por el gobierno central especialmente la relativa al mantenimiento de los niveles de salario. Actualizamos dicha cifra aplicándole un recargo del 10% por el aumento general decretado por el gobierno para sus empleados en 1979, el nuevo monto de salarios será de ₡33.785.121 distribuidos así:

CUADRO No. 60

ESCALA DE SALARIOS MENSUALES	MONTO MENSUAL DE SALARIOS	%
Hasta 700	22.333.686	66
De 700 y más	11.451.435	34
TOTAL	33.785.121	100

FUENTE: Investigación de campo previa a la incorporación de los Empleados Públicos al Seguro Social. I.S.S.S. 1978.

Los ingresos adicionales que se generarían con la eliminación del tope salarial en este régimen ascenderían a $\text{Q}419.721$ colones mensuales, de acuerdo con las tasas de cotización vigentes los trabajadores aportarían $\text{Q}119.998$ colones y el resto correría a cargo del Estado en su calidad de patrono ----
($\text{Q}299.723$ colones).

Resumiendo tenemos, que la eliminación del tope salarial de cotización en el Régimen de Salud del Seguro Social generaría un monto adicional de ingresos por este concepto de aproximadamente $\text{Q}2.296.657$ colones mensuales así:

Régimen General (Sector Privado)	$\text{Q} 1.876.945$
Régimen Especial (Sector Público)	$\text{Q} 419.721$

CUADRO No. 61
EMPLEADOS PUBLICOS Y MONTO MENSUAL Y ANUAL DE SALARIOS

ESCALA DE SALARIOS MENSUALES (Colones)	EMPLEADOS		SALARIOS			MEDIO MENSUAL ¢
	NUMERO	%	MENSUAL ¢	ANUAL ¢	%	
Hasta 700	63,292	87.9	20,303,351	243,640,212	66.1	320.79
701 - 1000	3,879	5.4	3,137,906	37,654,877	10.2	808.95
1001 - 1500	3,008	4.2	3,722,008	44,664,096	12.1	1,237.37
1501 - 2000	1,156	1.6	2,029,364	24,352,368	6.6	1,755.51
2001 - 2500	486	0.7	1,083,505	13,002,060	3.6	2,229.43
2501 y más	143	0.2	437,612	5,251,344	1.4	3,060.22
TOTAL	71,964	100.0	30,713,746	368,564,952	100.0	426.79

FUENTE: PLANILLAS DE COTIZACIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PUBLICOS (INPEP).

2. Elevación de la Tasa Global de Cotización

Una vez eliminado el efecto regresivo de los topes salariales, se procederá a la implementación de la segunda medida, la cual consiste en elevar el 1% las tasas actuales de cotización en el Régimen General y Especial de Salud.

Hasta el año de 1977 la contribución tripartita porcentual al financiamiento del Régimen General era del 10% sobre los salarios cotizables, hasta un límite máximo de ₡700.00 colones mensuales, a partir de 1978 el Estado se eximió de su participación porcentual, sustituyendola por una cuota fija anual no menor de ₡5.000.000.00 de colones; esto redujo la tasa global de cotización a 8.75% sobre los salarios en mención.

El aumento propuesto en las tasas de cotización deberá ser absorbido equitativamente por patronos y trabajadores.

CUADRO No.62
ESTRUCTURA ACTUAL Y MODIFICADA DE LAS
TASAS DE COTIZACION DEL REGIMEN DE SALUD DEL ISSS

COTIZANTES	TASAS ACTUALES		TASAS INCREMENTADAS 1%	
	REGIMEN GRAL. (SEC.PRIVADO)	REGIMEN ESPEC. (SEC.PUBLICO)	REGIMEN GRAL. (SEC.PRIVADO)	REGIMEN ESPEC. (SEC.PUBLICO)
Patrono	6.25 %	5.57 %	6.75 %	6.07 %
Trabajadores	2.50 %	2.23 %	3.00 %	2.73 %
Estado	14/	14/	14/	14/
TOTAL	8.75 %	7.80 %	9.75 %	8.80 %

14/ El Estado aporta una cuota fija anual de ₡5.000.000 ajustable cada cinco años.

El ejemplo a continuación nos dará una idea general de los ingresos adicionales que se generarán con la aplicación de esta medida.

Ejemplo:

A) Régimen General

Monto Anual de Salarios cotizables a 1982 (Límite ₡700.00)	Tasa Global de Cotización	Monto Anual de las cotizaciones
₡ 1.005.721.191	8.75%	₡ 88.000.604

Monto Anual de Salarios cotizables a 1982 (Sin límite salarial)	Tasa Global de Cotización	Monto Anual de las cotizaciones
₡ 1.263.129.495	9.75%	₡ 123.155.126

B) Régimen Especial

Monto Anual de Salarios cotizables (Límite ₡700.00)	Tasa Global de Cotización	Monto Anual de las cotizaciones
₡ 268.004.232	7.80%	₡ 20.904.330

Monto Anual de Salarios cotizables (Sin límite salarial)	Tasa Global de Cotización	Monto Anual de las cotizaciones
₡ 405.421.447	8.80%	₡ 35.677.087

De acuerdo con los cálculos la cotización potencial a obtener en el régimen general de salud superaría en aproximadamente treinta y cinco millones de colones las actuales re-

caudaciones. Al completarse la incorporación de los trabajadores del sector público al régimen especial esa suma se verá aumentada en poco más de quince millones de colones anuales.

Las estimaciones realizadas indican que mediante esta fuente adicional, es factible financiar el veinte y cinco por ciento restante del sistema de atención de la salud para el trabajador agrícola e inclusive la formación de un excedente que permita la incorporación de otros grupos poblacionales actualmente desprotegidos, como es el caso de las domésticas, los trabajadores independientes, etc.

- Intereses, donaciones, etc.

Constituyen además otras fuentes de financiamiento los intereses provenientes de la inversión de los excedentes que tomando en cuenta la estrategia de incorporación gradual adoptada serán significativas en las primeras etapas; así como también las donaciones o ayuda que a cualquier título se haga al sistema de atención propuesto.

12.5 Régimen Financiero

De acuerdo con el tipo de riesgos a cubrir, se adopta para nuestro planteamiento el régimen financiero conocido como de "Reparto Anual Simple", que consiste en nivelar el monto de ingresos corrientes por cotizaciones, con el monto de egresos

corrientes por prestaciones. Los excedentes de cada ejercicio son destinados a la formación de una reserva destinadas a cubrir eventuales desequilibrios del sistema a la construcción de la infraestructura física necesaria y al mejoramiento en la calidad de las prestaciones.

13. Efectos Económicos y Sociales del Sistema Propuesto

13.1 Como Mecanismo de Redistribución del Ingreso

Teóricamente al tiempo que los regímenes de seguridad social protegen al asegurado se constituyen en un vehículo de redistribución de ingresos, los esquemas de prestaciones, la cobertura y el financiamiento determinan en qué medida y por qué medios se lleva a cabo dicha transferencia.

La distribución de la carga financiera propuesta para el sistema de protección del trabajador agrícola activará una importante forma de transferencia de las categorías de trabajadores que gozan de un mejor nivel de vida, hacia los menos favorecidos, haciendo efectivo el principio de solidaridad a que ya se ha hecho referencia en el desarrollo de este trabajo.

13.1.1 Redistribución del Ingreso a Través de las Prestaciones

Tomando en consideración que las prestaciones médicas de que gozará el trabajador agrícola no son proporcio-

nales a sus aportes al financiamiento del régimen, existe una redistribución del ingreso activada por la equidad en el otorgamiento de las mismas.

13.1.2 Redistribución del Ingreso a Través de las Cotizaciones de los Trabajadores

Con la eliminación del tope máximo de salario sujeto de cotización, la carga financiera del régimen estará mejor distribuida, es decir que; los trabajadores con mayores salarios aportarán más con la cual estarán financiando parcialmente la incorporación de grupos hasta ahora marginados, en este caso al trabajador agrícola. Además es de esperar que como hasta hoy, una parte de estas personas con altos ingresos que les permiten algunas ventajas no hagan uso de su derecho a las prestaciones que otorga el Seguro Social (a no ser las monetarias) y utilicen los servicios médicos privados.

13.1.3 Redistribución del Ingreso a Través de las Cotizaciones de los Patronos

En cuanto a la redistribución del ingreso derivado de las cotizaciones patronales, se puede decir que existe una marcada tendencia a trasladar las cargas de la Seguridad Social vía precios de bienes y servicios, por lo que en última instancia es la población demandante quien costea en todo o en parte la aportación patronal; en nuestro caso, con la ampliación significativa de la

cobertura a los trabajadores agrícolas se estaría reduciendo el efecto regresivo en la distribución del ingreso que ha estado operando debido a la baja cobertura del Seguro Social y en la medida que se universalice el sistema se revertirá totalmente este efecto.

13.1.4 Redistribución del Ingreso a Través de la Contribución del Estado

Como ya es conocido los recursos financieros del Estado provienen fundamentalmente de los ingresos fiscales, de acuerdo con la estructura que éstos presentan más del cincuenta por ciento de los ingresos tributarios son producto de los impuestos indirectos, esto implica que en definitiva la población demandante de bienes y servicios contribuye indirectamente al financiamiento del Seguro Social, que hasta la fecha constituye un sistema de atención para un pequeño grupo privilegiado, por tanto el tipo de incorporaciones masivas como el que aquí se plantea implica una mejora en la redistribución de este aporte.

13.2 Efecto sobre el Nivel de Empleo

Existe una marcada tendencia a pensar que las cargas financieras de la Seguridad Social a base de planillas de salarios, incide negativamente sobre el nivel de empleo, aunque no existen estudios formales al respecto, en este caso especial podemos -

decir que tal situación no se presentará, si tomamos en cuenta que la contribución patronal se ha hecho depender del factor tierra, que en todo caso no tiene una relación directa con los salarios pagados a los trabajadores agrícolas desapareciendo por tanto el fantasma de un mayor desempleo en el campo.

13.3 Efectos en el Crecimiento y el Desarrollo Económico y Social del País

El problema de la salud está ligado al nivel y tendencias del desarrollo económico y social de los pueblos.

La producción es ante todo el resultado del esfuerzo de los trabajadores, las prestaciones de seguridad social contribuyen a proporcionar y sostener la fuerza de trabajo de la economía, por tanto garantizando al trabajador agrícola los cuidados médicos que les permitirán recuperar su capacidad de trabajo en caso de enfermedad o accidente, al participar en la prevención de las enfermedades o accidentes, se está evitando una reducción en la productividad de este estratégico sector de la población y por tanto favoreciendo el crecimiento de nuestra economía, ya que éste solamente es posible mediante el esfuerzo de los trabajadores como un todo. Por otra parte si el objetivo del desarrollo puede definirse en términos generales, como el aumento del nivel de vida, mediante la elevación del ingreso real de las personas y la ocupación plena de los factores productivos, los objetivos de esta importante ampliación de la

cobertura del Seguro Social están en perfecta correspondencia con los del desarrollo económico y social.

13.4 Beneficios del Sistema sobre la Salud y Restauración de la Capacidad de Trabajo

El cuidado de la salud (preventiva, curativa y restaurativa) del trabajador agrícola contribuirá de alguna manera a la reducción paulatina de ciertos hábitos de nuestro medio rural que van en contra de la salud de quienes los practican.

Si el trabajador agrícola se atiende mejor se repondrá con mayor rapidez y por lo tanto podrá volver antes a sus actividades, si se atiende mejor las secuelas de las enfermedades no existirán o serán menos importante, por lo que puede decirse que el sistema propuesto influirá positivamente en el mejoramiento de la capacidad de trabajo del campesino. A largo plazo es de esperar una reducción sensible en la mortalidad y ganancia en años de vida así como también algún efecto sobre el alto índice de crecimiento demográfico.

Las medidas tendientes a mejorar las condiciones de vida del trabajador del campo, sobre principios de solidaridad, equidad y universalidad reducen la brecha existente entre sectores urbanos y rurales y coadyudan de alguna forma a lograr la integración nacional.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

Después del panorama planteado se concluye que: haciendo efectivos los principios doctrinarios de la Seguridad Social, es factible incorporar a los trabajadores del sector agrícola al Seguro Social, dando un paso firme en la reducción del déficit estructural de protección social sobre todo en el área rural y propiciando a la vez efectos económicos y sociales deseables para nuestro país.

Como se ha podido comprobar, el M.S.P.A.S. organismo responsable de la salud de la población campesina, enfrenta una serie de limitaciones de tipo económico, físico y humano que le imposibilitan cumplir adecuadamente con esta función.

De acuerdo con ello, el sistema propuesto basado en el principio de solidaridad, constituye una forma efectiva de solucionar el problema; el panorama general sobre necesidades y disponibilidad de recursos indica que el sistema no estaría en capacidad de atender desde su inicio al total de población agrícola, por tanto se impone una estrategia de incorporación gradual y progresiva que compatibilice la disponibilidad de recursos con el programa de incorporación.

El financiamiento del Seguro Social para el trabajador agrícola basado en el principio de solidaridad, contribuye a una mejor distribución de la carga financiera del sistema y la estrategia de incorporación adoptada, garantiza que el estado no se verá precisado a realizar un desembolso masivo de fondos que no pueda ser cubierto con los ingresos corrientes del gobierno sin poner en peligro el desarrollo de otros programas también prioritarios.

La ampliación de la cobertura del Seguro Social a este significativo sector de la población, la distribución de la carga financiera del sistema propuesto y la eliminación de los límites salariales para efectos de cotización, activarán una importante forma de transferencia de las categorías de trabajadores que gozan de un mejor nivel de vida hacia los menos favorecidos generándose un efecto redistributivo en el ingreso nacional.

Al captar parte de los ingresos de las personas y las empresas se está promoviendo el ahorro interno si tomamos en cuenta que una vez deducidos los costos del programa los excedentes serán utilizados en la formación de reservas (emergencia o infraestructura) las cuales serán colocadas dentro del sistema financiero.

A más largo plazo en la medida que al plan inicial de prestaciones propuesto para los trabajadores agrícolas se agreguen las prestaciones necesarias por subsidios o pensiones el efecto será mayor. Como se expuso en el desarrollo de este trabajo atendiendo la condi-

ción diferida de los riesgos que protegen, los seguros de pensiones adoptan esquemas de financiamiento que les permiten la formación de reservas significativas las cuales se colocan dentro del mercado financiero y de capitales, prioritariamente para el desarrollo de proyectos de inversión de beneficio para el país.

Desde el punto de vista económico, a pesar que la participación directa de los programas de seguridad social en la formación de la renta nacional no es muy significativa, su funcionamiento genera modificaciones en la distribución de la misma al propiciar una transferencia de recursos -- hacia los grupos menos favorecidos como en el caso de los trabajadores agrícolas.

Todo parece indicar que hasta la fecha no ha existido en nuestro medio la decisión política de utilizar al Seguro Social como un instrumento efectivo de política económica que a la vez promueve el desarrollo económico y social.

Finalmente se puede afirmar que la Seguridad Social aporta a nivel socio económico una contribución indiscutible, aunque matemáticamente añade poco al producto nacional y actúe únicamente como catalizador. No obstante es necesario que nuestro régimen de Seguridad Social se armonice con su época para responder mejor a las necesidades de la mayor parte de la población cuyas condiciones económicas y sociales son inferiores a las de una minoría privilegiada.

2. Recomendaciones

Para contribuir efectivamente en la reducción del déficit estructural de nuestro país en materia de Seguridad Social, el Instituto -- Salvadoreño del Seguro Social debe ampliar sus beneficios no únicamente al trabajador agrícola, sino a todos los trabajadores de área rural y urbana actualmente desprotegidos.

Debe por tanto hacerse efectivo el principio doctrinario de universalidad de la Seguridad Social, evitando de esta manera la acumulación de sus beneficios por el pequeño grupo ya protegido que se ha constituido en un sector privilegiado.

Una vez completada la incorporación de los trabajadores agrícolas deberán efectuarse los ajustes correspondientes para hacer efectivo el principio de equidad de la Seguridad Social, homogenizando el -- plan de prestaciones con el de los actuales asegurados, con lo cual se estará garantizando un mayor efecto de las ventajas del sistema; ya que además de preservar la salud de los trabajadores, se restituirá la capacidad de compra en los casos en que ésta se reduce o se anula a consecuencia de enfermedad, accidente o la causa natural de vejez.

Dentro de la planificación de actividades para la atención de la salud deben establecerse tanto a nivel nacional como sectorial, políticas bien definidas sobre administración y control de los recursos

del sector salud, no es posible planificar efectivamente sin contar con un inventario sectorial de tipo permanente que permita conocer con exactitud con cuánto y qué tipo de recursos se cuenta, su capacitación, distribución geográfica, labor que desempeña, nivel de salario, etc.

Una vez puesto en marcha el sistema, deberán efectuarse evaluaciones periódicas para que de acuerdo con las necesidades y de las experiencias obtenidas se puedan diseñar e implementar mecanismos y programas adecuados para efecto de recaudación de las cotizaciones, otorgamiento de prestaciones, aspectos legales del sistema, etc. de tal forma que éstos respondan realmente a las características y necesidades de la población protegida.

De acuerdo con los patrones de morbi-mortalidad de la población rural, los programas de atención de la salud del trabajador agrícola deberán tener un fuerte contenido de medicina preventiva y educación para la salud y dentro de ellos un especial énfasis en la planificación familiar; con lo cual a largo plazo se puede obtener ganancia en la reducción del fenómeno demográfico de familias numerosas en las áreas rurales.

El gobierno de turno y el organismo técnico del Ministerio de Planificación deben mostrar más interés por la actividad que desarrolla el Seguro Social, a fin de que sus programas estén en perfecta concordancia con la planificación del desarrollo global de la nación.

Deben establecerse los mecanismos adecuados para garantizar a esta institución la percepción completa y oportuna de los recursos financieros, reduciendo y evitando el incumplimiento en las cotizaciones tanto por los patronos como por el estado, los primeros mencionados incurrirán además en una apropiación indebida de las cotizaciones de los trabajadores quienes en última instancia son quienes afrontan dificultades para la obtención de las prestaciones.

A N E X O S

TRABAJADORES COTIZANTES AL REGIMEN GENERAL DE SALUD DEL ISSS
CLASIFICADOS POR ACTIVIDAD ECONOMICA

ACTIVIDAD	NUMERO DE TRABAJADORES COTIZANTES						
	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
TOTAL	169.026	182.798	206.299	219.384	225.489	191.863	182.115
Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca	16.125	15.816	5.256	5.704	6.296	5.488	5.754
Explotación de Minas y Canteras	1.280	1.345	1.197	1.142	1.183	1.176	1.064
Industrias Manufactureras	56.519	61.421	80.638	85.053	87.323	76.669	70.465
Electricidad, Gas y Agua	3.322	3.309	3.459	3.810	4.963	4.046	4.575
Construcción	23.954	27.666	33.412	34.990	30.430	14.073	13.617
Comercio por Mayor y por Menor y Restaurantes y Hoteles	30.027	32.138	35.976	39.354	42.018	37.652	34.827
Transportes, Almacenamiento y Comunicaciones	10.053	10.800	11.394	11.351	10.833	10.122	9.280
Establecimientos Financieros, Seguros, Bienes Inmuebles y Servicios Prestados a las Empresas	11.366	12.958	15.540	17.653	20.136	18.850	18.895
Servicios Comunales, Sociales y Personales	16.380	17.345	19.427	20.327	22.307	23.787	23.638
Actividad no bien especificada	--	--	--	--	--	--	--

FUENTE: Planilla Mensual de Cotizaciones

NOTAS : 1. Durante los años 1975 y 1976 se clasificaron los Beneficios de Café en la Actividad: Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca; que realmente corresponden a la Industria Manufacturera, a partir de 1977 se ha hecho la transferencia correspondiente, siendo esa la razón del cambio en la tendencia.
2. El Instituto no cubre actualmente el Sector Agropecuario, de tal manera que en la Actividad Económica: Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca, se incluyen solamente los trabajadores de Servicios Administrativos de las empresas dedicadas a la Agricultura.

TRABAJADORES COTIZANTES
DEL SECTOR PUBLICO

A Ñ O	NUMERO DE TRABAJADORES COTIZANTES
1979	7.120
1980	15.306
1981	27.829

FUENTE: Planilla Mensual de Cotizaciones

DINAMICA DEL CAMPO DE APLICACION DEL
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

(EN LA RAMA DE ENFERMEDAD, MATERNIDAD Y RIESGOS PROFESIONALES)

En abril de 1954, se inició la inscripción de los patronos y trabajadores del Sector Privado correspondiente a las Empresas Industriales, Comerciales y de Servicios de los Municipios de San Salvador, Soyapango, Cuscatancingo, Mejicanos, Villa Delgado, Ayutuxtepeque, San Marcos, Nueva San Salvador y Antiguo Cuscatlán.

Quedaron excluidos del régimen, las empresas con menos de cinco dependientes y más de 249, los trabajadores con un salario mayor de ₡500.00 mensuales, al servicio de un solo patrono, los del Sector Público y Municipal, los Agrícolas, Domésticos y Eventuales.

En 1955, se inicia el proceso de extensión gradual de que habla el Capítulo III de la Ley del Seguro Social, el cual se ha dado conforme al siguiente cuadro:

Junio/55	Empresas con más de 249 trabajadores
Enero/58	Municipio de Ilopango y trabajadores al servicio del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Mayo/ 61	Municipios de Sonsonate, Acajutla y Apopa; trabajadores de la Comisión Ejecutiva Portuaria Autónoma
Nov/ 61	Trabajadores del Banco Central de Reserva de El Salvador
Enero/65	Empresas que laboran con menos de 5 trabajadores
Mayo/ 66	Municipios de Santo Tomás, Santiago Texacuangos, Panchi-

- malco, Rosario de Mora, San Martín, Guazapa, Nejapa, Tonacatepeque, Aguilares, El Paisnal y Quezaltepeque
- Mayo/ 67 Municipio de La Libertad
- Julio/68 Municipios de Usulután, Jiquilisco
- Ago/ 68 Municipio de Puerto El Triunfo
- Sep/ 68 Municipio de Zacatecoluca
- Nov/ 68 Municipio de San Miguel
- Feb/ 69 Municipio de Moncagua y La Unión
- Enero/70 Municipios de San Vicente, Cojutepeque, Sacacoyo, Colón, Juayúa, Izalco, Sonzacate, Nahuizalco y San Antonio del Monte
- Junio/70 Trabajadores de la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados y del Instituto Salvadoreño de Fomento Industrial
- Julio/70 Municipios de Santa Ana y Chalchuapa
- Nov/ 70 Municipios de Ahuachapán, Atiquizaya y Metapán
- Mayo/ 71 Municipios de: Turín, El Refugio, San Juan Opico, Tamanique, Jayaque, Comasagua, Nuevo Cuscatlán, San Sebastián, Guadalupe, Apastepeque, Nuevo Tepetitán, Tecoluca, San Cayetano Istepeque, Conchagua, El Carmen, Coatepeque, Candelaria de la Frontera, Texistepeque, San Sebastián Salitrillo, El Congo, Santa María, Santa Elena, Concepción Batres, Nahuilingo, San Rafael Cedros, San Juan Nonualco, Santiago Nonualco, San Rafael Obrajuelo, El Rosario de La Paz, Olocuilta, Chapeltique, El Tránsito y El Divisadero.
- Oct/ 71 Municipios de: Ataco, Apaneca, Jujutla, Tacuba, Talnique, Santo Domingo, Yayantique, Santa Rosa de Lima, Jucuapa, Santiago de María, California, Berlín, Mercedes Umaña, Alegría, Tecapán, El Triunfo, Tenancingo, Santa Cruz Michapa, El Carmen, San Pedro Nonualco, Chinameca, Quelepa, Nueva Guadalupe, San Francisco Gotera y Jocoro.
- Enero/72 Municipios de Masahuat, Armenia, San Julián, Ciudad Arce, Suchitoto y San José Guayabal.

Ago/ 73 Trabajadores del Banco de Fomento Agropecuario
Nov/ 73 151 Municipios restantes, con lo que se completa la extensión geográfica del territorio nacional.
Feb/ 75 Trabajadores del Fondo Social para la Vivienda.
Marzo/75 Trabajadores del Instituto Regulador de Abastecimientos.
Enero/79 Trabajadores del Sector Público de la Zona Occidental del país.
Sep/ 80 Trabajadores del Sector Público de la Zona Oriental del país.

ESTRUCTURA DE LA TASA GLOBAL DE COTIZACION
DEL REGIMEN DE SALUD DEL ISSS

SECTORES	REGIMEN GENERAL			REGIMEN ESPECIAL
	De 1954 a 1968	De 1969 a 1977	De 1978 a la fecha	De 1979 a la fecha
PATRONOS	5.00 %	6.25 %	6.25 %	5.57 % <u>2/</u>
TRABAJADORES	2.50 %	2.50 %	2.50 %	2.23 %
ESTADO	2.50 %	1.25 %	-- <u>1/</u>	--

FUENTE: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

1/ A partir de ese año el Estado se exime de su participación tripartita porcentual, la cual sustituye por una cuota fija anual no menor de ¢5.000.000.00, que será ajustada cada cinco años de acuerdo con los estudios actuariales correspondientes; esta cuota incluye su aportación al Régimen Especial.

2/ Contribución del Estado en su calidad de Patrono

ESTRUCTURA DE LA TASA GLOBAL DE
COTIZACION DEL REGIMEN DE PENSIONES
(INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE DEL ISSS)

SECTORES	DE 1969 a 1977	DE 1978 a la fecha
PATRONOS	2.00 %	2.00 %
TRABAJADORES	1.00 %	1.00 %
ESTADO	1.00 %	0.50 %
TOTAL	4.00 %	3.50 %

FUENTE: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SALARIOS MINIMOS Y MAXIMOS SUJETOS
A COTIZACIONES EN EL REGIMEN DE
SALUD DEL ISSS

LIMITES SALARIALES	DE 1954 A JUNIO DE 1973	DE JULIO DE 1973 A LA FECHA
MINIMO	¢ 65.00 <u>1/</u>	¢ 85.00 <u>1/</u>
MAXIMO	¢ 500.00	¢ 700.00

FUENTE: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SALARIOS MINIMOS Y MAXIMOS SUJETOS
A COTIZACIONES EN EL REGIMEN DE
INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

LIMITES SALARIALES	DE 1954 A JUNIO DE 1973	DE JULIO DE 1973 A LA FECHA
MINIMO	¢ 65.00 <u>1/</u>	¢ 85.00 <u>1/</u>
MAXIMO	¢ 500.00	¢5.450.00 <u>2/</u>

FUENTE: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

1/ Este es el salario menor por el que se puede cotizar cuando se trabaja a tiempo parcial al servicio de un patrono, cuando se trabaja jornadas completas este se registrará por los salarios mínimos establecidos por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

2/ El tope salarial estará representado por la mayor remuneración que se otorgue en el Sector Público. Para 1982 alcanza la suma de ¢5.450.00.

POBLACION DE EL SALVADOR CLASIFICADA POR EDAD
Y AREA URBANA O RURAL
1971-1980

GRUPOS DE EDAD	1 9 7 1		1 9 8 0	
	URBANA	RURAL	TOTAL	TOTAL
TOTAL	1.405.532	2.149.116	3.554.648	4.497.257
Hasta 4 años	197.317	399.990	597.307	688.408
5 a 9 años	201.802	379.795	581.597	676.455
10 a 14 años	181.013	290.774	471.787	630.937
15 a 19 años	160.171	199.417	359.588	503.952
20 a 24 años	131.972	164.240	296.212	348.896
25 a 29 años	95.948	134.177	230.125	279.905
30 a 34 años	82.126	117.585	199.711	214.425
35 a 39 años	74.283	111.826	186.109	216.528
40 a 44 años	63.679	87.436	151.115	188.253
45 a 49 años	52.380	69.391	121.771	166.060
50 a 54 años	43.682	54.604	98.286	147.035
55 a 59 años	31.384	38.625	70.009	124.713
60 a 64 años	30.517	37.407	67.924	99.121
65 y más	59.246	63.776	123.022	212.569

Fuente: - Censo Nacional de Población 1971
- Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV (Enero-Junio 1980)

DENSIDAD DE POBLACION EN LOS
PAISES LATINOAMERICANOS 1980

P A I S	PERSONAS POR Km ²
Bolivia	6
Paraguay	8
Argentina	12
Perú	14
Brasil	14
Chile	15
Venezuela	15
Uruguay	16
Nicaragua	17
Colombia	24
Panamá	27
Honduras	28
Ecuador	31
México	36
Costa Rica	44
Guatemala	64
Cuba	88
República Dominicana	112
Haití	185
El Salvador	214

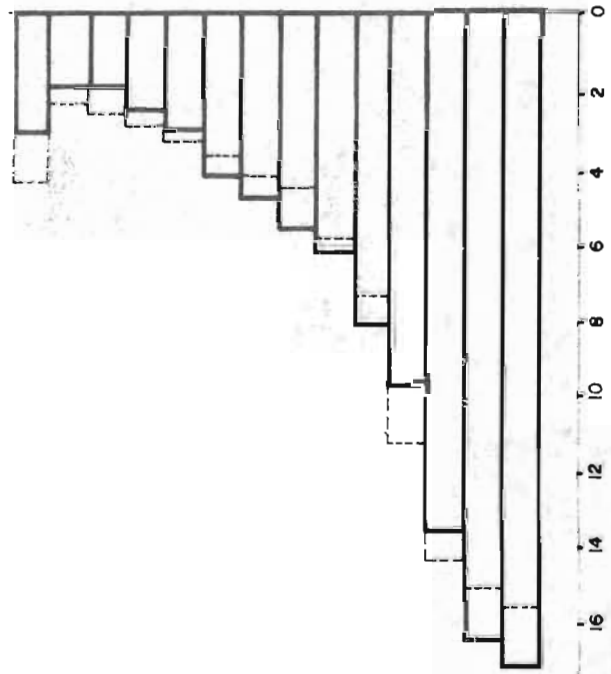
Fuente: Agenda Demográfica de El Salvador, 2a. Edición
Actualizada. Abril 1980.
Asociación Demográfica Salvadoreña

ESTRUCTURA DE LA PÓBLACION DE LA REPUBLICA DE EL SALVADOR POR GRUPOS DE
 EDAD (EN AÑOS CUMPLIDOS) Y SEXO

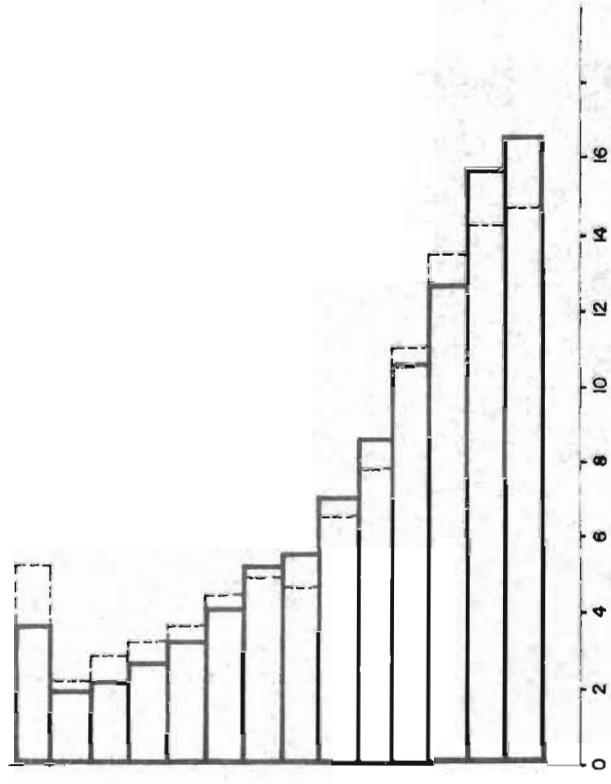
1971 - 1980

— 1971
 - - - 1980

HOMBRES



MUJERES



Estimación de la población de trabajadores agrícolas a 1983

Fórmula:

$$N_t = N_0 e^{rt}$$

en donde:

N_t = Población finalN₀ = Población inicial

r = Tasa de crecimiento

t = Tiempo en años

Desarrollo:

$$N_{80} = N_{71} e^{r \cdot 10}$$

$$487.931 = 511.931 e^{r \cdot 10}$$

en

$$\frac{487.249}{511.931} = e^{r \cdot 10} \quad \ln e$$

$$r = \frac{\ln \left(\frac{487.249}{511.931} \right)}{10 \cdot \ln e}$$

$$r = -0.004941$$

$$N_{83} = N_{80} 3 \times (-0.004941)$$

$$N_{83} = 480.080$$

INVESTIGACION SOCIO ECONOMICA
 PROYECTO DISTRITO DE RIEGO Y AVENAMIENTO ZAPOTITAN
 FEBRERO 1971

POBLACION RESIDENTE CLASIFICADA POR SEXOS Y GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD AÑOS	T O T A L		MASCULINO		FEMENINO	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
T O T A L	3.579	100.00	1.896	100.00	1.683	100.00
0 - 4	596	16.65	311	16.40	285	16.94
5 - 9	635	17.75	346	18.25	289	17.18
10 - 14	511	14.28	256	13.50	255	15.15
15 - 19	382	10.68	216	11.39	166	9.86
20 - 24	277	7.74	133	7.02	144	8.56
25 - 29	201	5.62	103	5.43	98	5.82
30 - 34	174	4.86	82	4.33	92	5.47
35 - 39	201	5.61	99	5.22	102	6.06
40 - 44	134	3.75	67	3.53	67	3.98
45 - 49	159	4.44	95	5.01	64	3.80
50 - 54	99	2.77	63	3.32	36	2.14
55 - 59	72	2.01	39	2.06	33	1.96
60 - 64	56	1.55	36	1.90	20	1.19
65 - 69	35	0.98	25	1.32	10	0.59
70 y más	47	1.31	25	1.32	22	1.30

Fuente: Ministerio de Agricultura y Ganadería
 Dirección General de Obras de Riego y Drenaje
 Departamento de Estudios.

INVESTIGACION SOCIO ECONOMICA
PROYECTO ATIACOYO JULIO 1972

POBLACION RESIDENTE CLASIFICADA POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD AÑOS	T O T A L		MASCULINO		FEMENINO	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
T O T A L	3696	100.00	1961	100.00	1735	100.00
0 - 4	715	19.35	380	19.38	335	19.31
5 - 9	669	18.10	357	18.20	312	17.98
10 - 14	580	15.69	296	15.09	284	16.37
15 - 19	347	9.39	187	9.54	160	9.22
20 - 24	273	7.39	142	7.24	131	7.55
25 - 29	194	5.25	95	4.84	99	5.71
30 - 34	193	5.22	103	5.25	90	5.19
35 - 39	180	4.87	90	4.59	90	5.19
40 - 44	134	3.63	75	3.82	59	3.40
45 - 49	137	3.71	80	4.08	57	3.29
50 - 54	79	2.14	49	2.50	30	1.73
55 - 59	56	1.52	29	1.48	27	1.56
60 - 64	60	1.62	30	1.53	30	1.73
65 - 69	39	1.06	22	1.12	17	0.97
70 y más	40	1.06	26	1.34	14	0.80

Fuente: Ministerio de Agricultura y Ganadería
Dirección General de Obras de Riego y Drenaje
Departamento de Estudios

PRODUCTO TERRITORIAL
POR SECTORES ECONOMICOS DE ORIGEN

A Precios Corrientes en Millones de Colones

SECTORES DE ORIGEN	1971 (R)	1972 (R)	1973 (R)	1974 (R)	1975 (R)
1. Sector Agropecuario	729.0	728.0	922.4	999.0	1.028
2. Minería y Cantera	4.3	4.4	5.6	7.3	8.3
3. Industria Manufacturera	519.3	562.6	610.5	706.6	83
4. Construcción Pública y Privada	80.1	102.1	104.0	146.4	21
5. Electricidad, Agua y Servicios Sanitarios	40.3	43.1	48.5	54.3	5
6. Transporte, Almacenaje y Comunicación	131.6	139.6	146.4	173.4	18
7. Comercio	587.1	643.8	742.0	964.6	1.11
8. Financiero	62.1	65.5	85.1	103.9	12
9. Propiedad de Viviendas	100.3	107.0	118.0	142.2	17
10. Administración Pública	219.0	238.6	278.6	338.1	38
11. Servicios Personales	230.8	247.2	270.5	307.7	35
Producto Territorial Bruto a Precios de Mercado-Valor Agregado	2.703.9	2.881.9	3.331.6	3.943.6	4.47

Fuente: Indicadores Económicos y Sociales
Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social

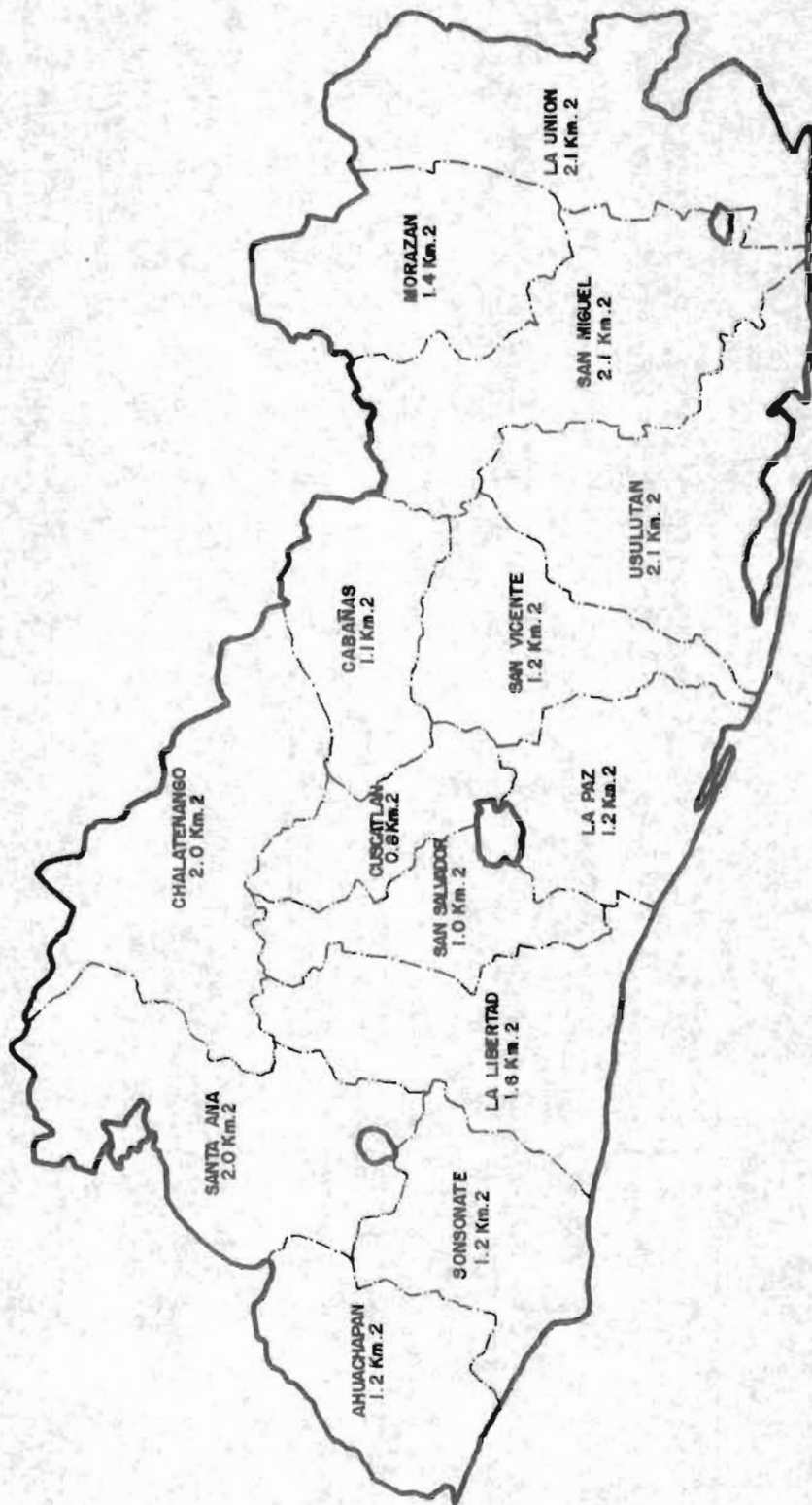
EL SALVADOR: VALOR DE LAS EXPORTACIONES
(MILLONES DE COLONES)

PRODUCTOS	AÑO				
	1976	1977	1978	1979	1980
Café	1.011.1	1.514.0	964.1	1.688.0	1.538.0
Algodón	160.4	202.7	251.2	217.5	217.9
Azúcar	101.3	66.1	47.3	67.1	33.4
Otros	580.5	648.1	739.8	885.7	894.6
T o t a l	1.858.2	2.430.9	2.002.4	2.858.3	2.683.9

Fuente: Banco Central de Reserva (Revista mensual)

EL SALVADOR

DIVISION POLITICA Y DISTRIBUCION GEOGRAFICA (EN MILES DE Km. 2)



EL SALVADOR: USO ACTUAL Y POTENCIAL DE LOS SUELOS 1975
(En Miles de Hectáreas)

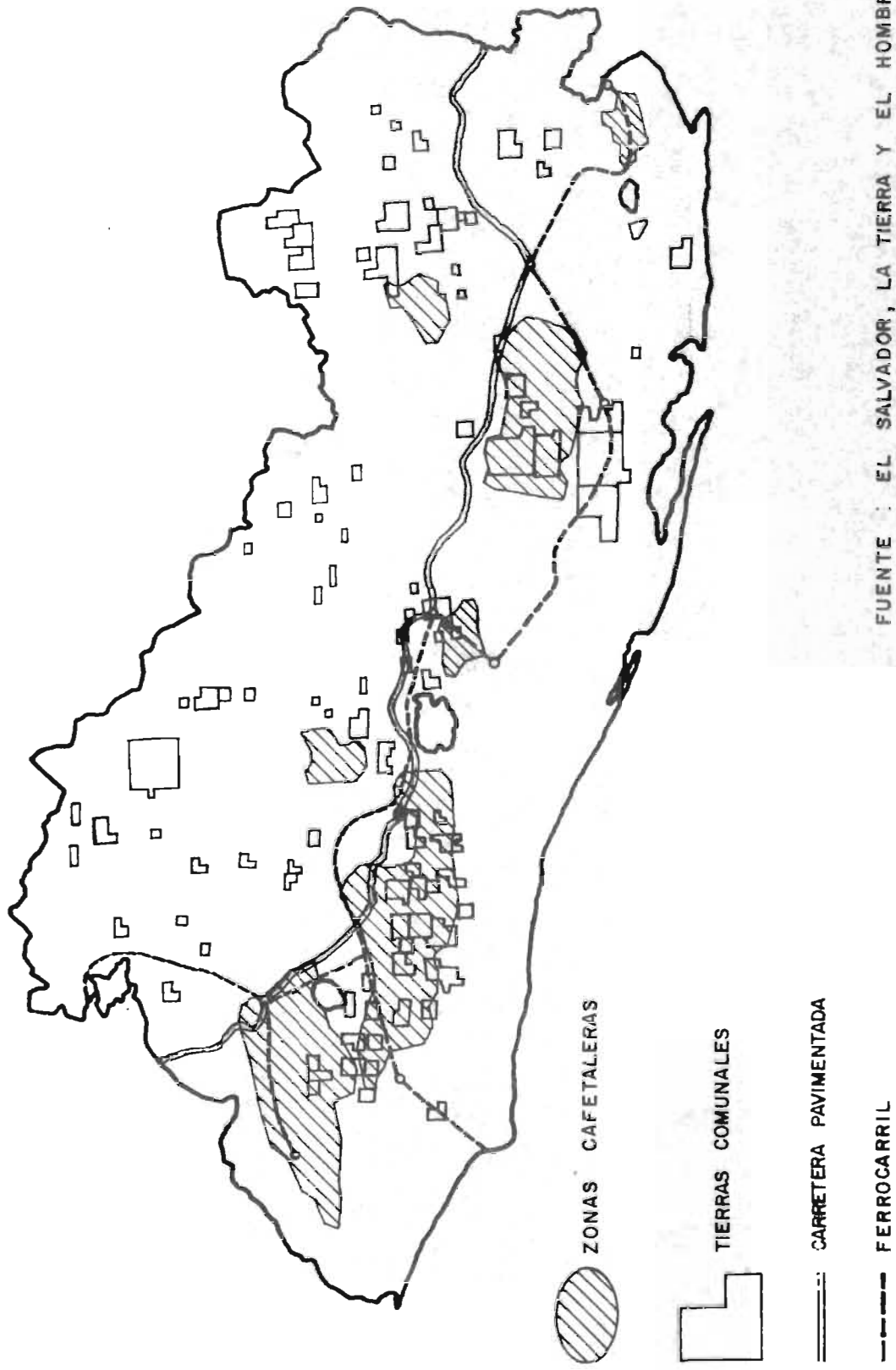
	Uso Actual <u>1/</u>	Uso Potencial <u>2/</u>
A. AGRICULTURA	<u>623.4</u>	<u>856.7</u>
1. Cultivos Anuales	399.9	515.7
a. Uso sin restricciones		113.2
b. Uso con restricciones		402.5
2. Cultivos Permanentes	223.5	341.0
B. GANADERIA	<u>465.4</u>	<u>450.6</u>
1. Pastos sembrados	45.9	127.1
2. Pastos mejorados	72.2	323.5
3. Pastos naturales	347.3	
C. SUELOS FORESTALES	<u>184.8</u>	<u>600.0</u>
1. Coníferas	48.6	
2. Latifoliadas	90.9	
3. Bosques Salados	45.3	
D. ARBUSTOS Y MATORRALES	<u>633.7</u>	
E. SUELOS SIN POSIBILIDADES AGRICOLAS	<u>196.8</u>	<u>196.8</u>
1. Areas urbanas y rurales	66.0	
2. Ríos, lagos y áreas inundadas	39.0	
3. Zonas áridas y escarpadas	91.8	
F. TOTAL DEL PAIS	<u>2.104.1</u>	<u>2.104.1</u>

Fuente: 1/ En base al uso actual de los suelos, de la Dirección General de Recursos Naturales Renovables, ajustado con cifras de Economía Agropecuaria y Segunda Encuesta sobre Ganado Bovino 1974.

2/ Cifras preliminares. Avance sobre el uso potencial de los suelos. Dirección General de Recursos Naturales Renovables

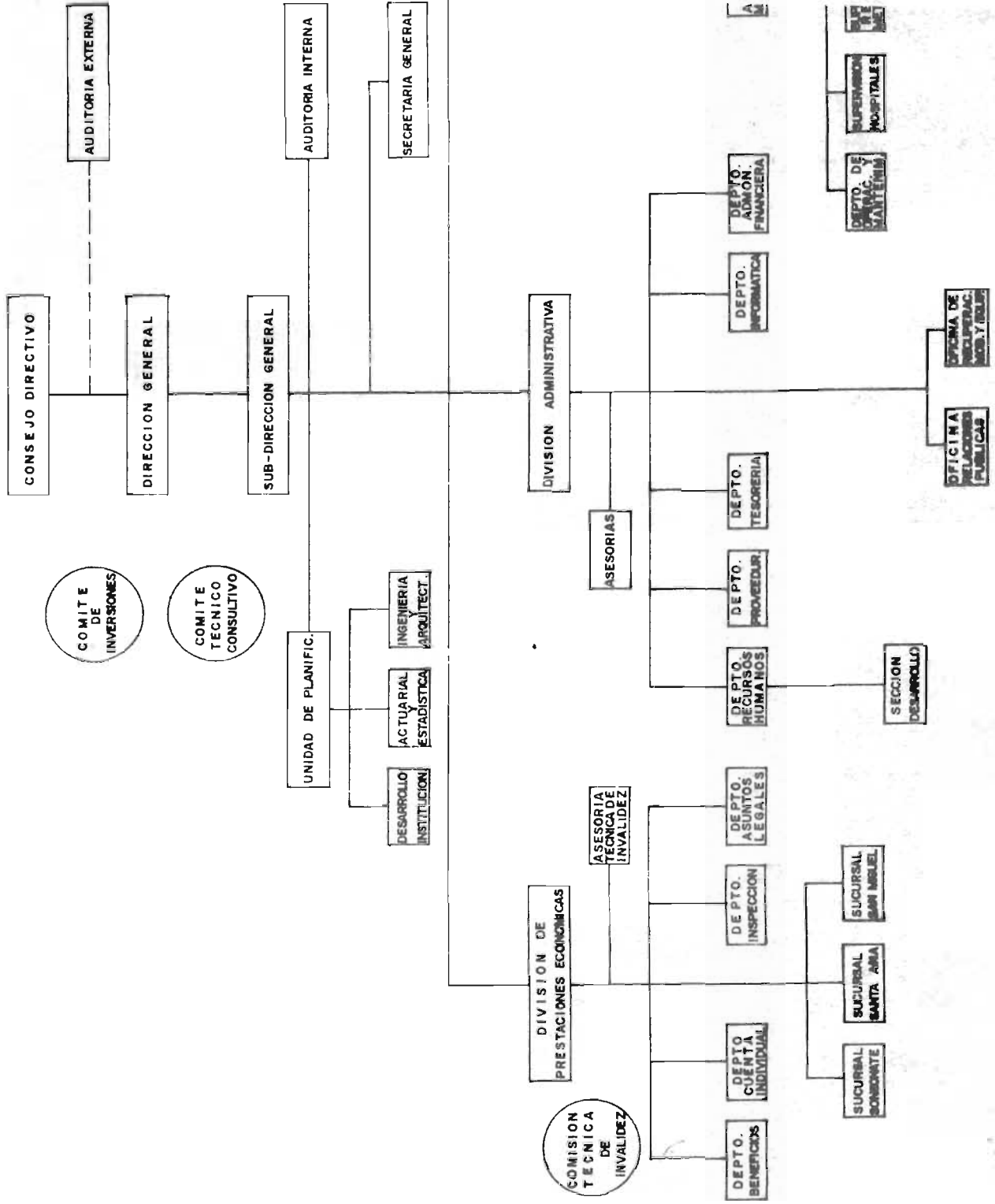
EL SALVADOR

ZONAS CAFETALERAS, MEDICION DE TIERRAS COMUNALES 1879, CARRETERA PAVIMENTADA Y FERROCARRIL, 1940



FUENTE : EL SALVADOR, LA TIERRA Y EL HOMBRE
DAVID BROWNING, MAPAS 16, 19, 22

ORGANIGRAMA INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO



**ESTIMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS Y FISICOS NECESARIOS
PARA LA ATENCION DE LOS TRABAJADORES AGRICOLAS**

CONSULTA EXTERNA

Tipo de Recurso:

Horas-Médico

Volumen Prestaciones (anual)		2.477.156
Consultas diarias	$2.477.156 \div 252 =$	9.380
Horas-Médico diarias	$9.830 \div 5.5 =$	1.787
10% Superv. y Admón.		179
Cantidad necesaria		1.966

Horas Odontólogo

Volumen Prestaciones (anual)		249.275
Consultas diarias	$249.275 \div 252 =$	989
Horas-Odontólogo diarias	$989 \div 4 =$	247
10% Superv. y Admón.		25
Cantidad necesaria		272

Auxiliares Enfermería

Horas Médico y Odontólogo (diarias) (excluye 10% Superv. y Admón.)		2.034
Auxiliares Enfermería	$2.034 \div 8 =$	254
10% Personal supletorio		25
Cantidad necesaria		279

Enfermeras Graduadas

Auxiliares de enfermería		279
Enfermeras graduadas	$279 \div 7 =$	40
10% Personal supletorio		4
Cantidad necesaria		44

Laboratoristas

Volumen Prestaciones (anual)		434.677
Exámenes por día	$434 \div 252 =$	1.725
Exámenes por hora	$1.725 \div 8 =$	216
Laboratoristas	$216 \div 5 =$	43
10% Personal supletorio		4
Cantidad necesaria		47

Tipo de Recurso:

Técnicos en Radiología

Volumen Prestaciones (anual)		170.816
Radiografías por día	$170.816 \div 252 =$	678
Radiografías por hora	$678 \div 8 =$	85
Técnicos en radiología	$85 \div 5 =$	17
10% Personal supletorio		<u>2</u>
Cantidad necesaria		19

Auxiliar de Farmacia

Volumen Prestaciones (anual)		7.007.081
Prescripciones por día	$7.007.081 \div 252 =$	27.806
Prescripciones por hora	$27.806 \div 8 =$	3.476
Auxiliares de farmacia	$3.476 \div 35 =$	99
10% Personal supletorio		<u>10</u>
Cantidad necesaria		109

Observación: Se consideran los siguientes rendimientos y equivalencias

1 hora-médico	= 5.5	consultas
1 hora-odontólogo	= 4	consultas
1 enfermera graduada	= 7	auxiliares enferm.
1 auxiliar enfermera	= 8	horas-médico y odontólogo

HOSPITALIZACION

Tipo de Recurso:

Horas-Médico

Volumen de Prestaciones	Nº de camas hosp.	=	$\frac{\text{Días de hospital.}}{\% \text{ ocup.}} \times 365$
Número de camas hospitalarias			
Total camas hospitalarias			604
Horas-Médico por día	604 ÷ 2.5	=	242
10% horas médico para Supervisión y Admón.			24
Total horas-médico necesarias			<u>266</u>
Auxiliares de Enfermería			
Número Camas hospitalarias			604
Auxiliares enfermería	604 ÷ 6	=	101
10% Personal supletorio			10
Cantidad necesaria			<u>111</u>
Enfermeras Graduadas			
Auxiliares de enfermería			111
Enfermeras graduadas	101 ÷ 7	=	14
10% Personal supletorio			1
Cantidad necesaria			<u>15</u>

El margen de seguridad se calculó asumiendo que el área hospitalaria opera a un 85% de su capacidad máxima.

Observación: Se consideran los siguientes rendimientos y equivalencias:

- 1 hora-médico = 2.5 camas hospitalarias
- 1 enfermera graduada = 7 auxiliares enferm.
- 1 auxiliar enfermería = 6 camas hospitalarias

Clínicas Médicas

Horas-médico diarias
(excluye 10% superv. y
admón.

1.787

Clínicas necesarias

$$1.787 \div 8 = 223$$

Clínicas Odontológicas

Horas-odontólogo diarias
(excluye 10% superv. y
admón.)

247

Clínicas necesarias

$$247 \div 8 = 31$$

HOSPITALIZACION

Tipo de Recurso

Camas hospitalarias

$$\text{No.de camas} = \frac{\text{Días de Hospital}}{\% \text{ ocup.} \times 365} =$$

604

Observación: Para la hospitalización se consideran 365 días hábiles al año y 24 horas diarias de servicio.

LONGITUD DE LA RED VIAL Y DENSIDAD POR KM²
 POR ZONA Y DEPARTAMENTO, CLASE CONSTRUCCION Y CLASIFICACION

En Kilómetros-Año 1981

ZONA Y DEPARTAMENTO	Total	PAVIMENTADA			REVESTIDA			DE TIERRA		Densidad Kms. por 100 Km ²
		Especiales	Primarias	Secundarias	Terciarias	Rural "A"	No Revestidas Rural "B"	Transibles en Verano Vecinales		
T O T A L	12.269.4	99.3	549.1	1.013.6	1.595.9	1.680.3	4.397.9	2.933.5	58.3	
Occidental:	3.011.4	24.8	186.9	214.8	286.6	387.9	889.8	1.020.6	67.1	
Ahuachapán	979.8		39.2	41.2	150.4	129.5	337.6	281.9	79.0	
Santa Ana	1.145.4	24.8	59.9	104.3	52.1	172.8	312.7	418.8	56.6	
Sonsonate	886.2		87.8	69.3	84.1	85.6	239.5	319.9	72.2	
Central:	2.568.7	54.5	141.0	226.9	323.7	314.7	872.9	635.0	56.4	
Chalatenango	1.035.9		37.0	59.8	98.5	199.8	363.8	277.0	51.4	
La Libertad	889.9	35.0	104.0	38.0	175.0	69.2	202.0	266.7	53.8	
San Salvador	642.9	19.5		129.1	50.2	45.7	307.1	91.3	72.6	
Para Central	3.163.3	20.0	25.8	247.1	492.9	349.3	1.377.2	651.0	74.1	
Cuscatlán	732.5			51.7	83.6	68.1	375.8	153.3	96.9	
La Paz	945.6	20.0	11.4	70.4	124.2	127.6	463.5	128.5	77.3	
Cabañas	851.3			42.5	130.7	76.9	362.7	238.5	77.1	
San Vicente	633.9		14.4	82.5	154.4	76.7	175.2	130.7	53.5	
Oriental	3.526.0		195.4	324.8	492.7	628.4	1.258.0	626.7	45.6	
Usulután	1.078.0		42.0	114.1	165.9	173.6	375.7	206.7	50.6	
San Miguel	943.7		42.3	133.7	77.2	342.5	272.5	75.5	45.4	
Morazán	557.8		14.0	57.2	81.2	48.7	263.2	93.5	38.5	
La Unión	946.5		97.1	19.8	168.4	63.6	346.6	251.0	45.6	

Fuente: Dirección General de Caminos

ESTIMACION DE LOS RECURSOS HUMANOS Y FISICOS NECESARIOS
EN LA PRIMERA ETAPA DE LA INCORPORACION GRADUAL DE LOS
TRABAJADORES AGRICOLAS AL SEGURO SOCIAL

CONSULTA EXTERNA

Tipo de Recurso:

Horas-Médico

Volumen Prestaciones (anual)	18.064
Consultas diarias (18.064 ÷ 252)	72
Horas médico diarias 72 ÷ 5.5	13
10% Supervisión y Admón.	1
	14
Cantidad necesaria	14

Horas-Odontólogo

Volumen Prestaciones (anual)	1.817
Consultas diarias (1.817 ÷ 252)	7
Horas odontólogo diarias 7 ÷ 4	2
10% Supervisión y Admón.	--
	2
Cantidad necesaria	2

Auxiliares Enfermería

Horas médico y odontólogo (diarias) (excluye 10% superv. y admón.)	15
Auxiliares de enfermería (15 ÷ 8)	2
10% Personal supletorio	--
	2
Cantidad necesaria	2

Enfermeras Graduadas

Auxiliares de enfermería	2
Enfermeras graduadas 2 ÷ 7	1
10% Personal supletorio	--
	1
Cantidad necesaria	1

Laboratoristas

Volumen Prestaciones (anual)	3.170
Exámenes por día 3.170 ÷ 252	13
Exámenes por hora 13 ÷ 8	2
Laboratoristas 2 ÷ 5	1
10% Personal supletorio	--
	1
Cantidad necesaria	1

Tipo de Recurso:

Técnicos en Radiología

Volumen de Prestaciones (anual)		1.245
Radiografías por día	1.245 ÷ 252	5
Radiografías por hora	5 ÷ 8	1
Técnicos en radiología	1 ÷ 5	1
10% Personal supletorio		--
Cantidad necesaria		<hr/> 1

Auxiliar de Farmacia

Volumen de Prestaciones (anual)		51.100
Prescripciones por día	51.100 ÷ 252	203
Prescripciones por hora	203 ÷ 8	25
Auxiliares de farmacia	25 ÷ 35	1
10% Personal supletorio		--
Cantidad necesaria		<hr/> 1

HOSPITALIZACION

Horas-Médico

Volumen de Prestaciones (anual)		1.366
Número camas hospitalarias		
a/ $\frac{\text{Días Hospitalizac.}}{0.85 \times 365}$		4
Horas médico por día	4 ÷ 2.5	2
10% Horas médico para Supervisión y Administración		--
Total horas médico necesarias		<hr/> 2

Auxiliares de Enfermería

Número camas hospitalarias		4
Auxiliares enfermería	4 ÷ 6	1
10% Personal supletorio		--
Cantidad necesaria		<hr/> 1

Enfermeras Graduadas

Auxiliares de enfermería		1
Enfermeras graduadas	1 ÷ 7	1
10% Personal supletorio		--
Cantidad necesaria		<hr/> 1

a/ Se considera un índice de ocupación del 85%

ESTIMACION DE RECURSOS MATERIALES

CONSULTA EXTERNA

Tipo de Recurso:

Clínicas Médicas

Horas Médico-Diarias (excluye 10% superv. y admón.)		13
Clínicas necesarias	13 ÷ 8	2

Clínicas Odontológicas

Horas Odontólogo-Diarias (excluye 10% superv. y admón)		2
Clínicas necesarias	2 ÷ 8	1

HOSPITALIZACION

Camas Hospitalarias

Total camas necesarias		4
------------------------	--	---

**CALCULO DE LA TASA DE COTIZACION DE LOS TRABAJADORES
SUJETOS AL SEGURO SOCIAL PARA EL TRABAJADOR AGRICOLA**

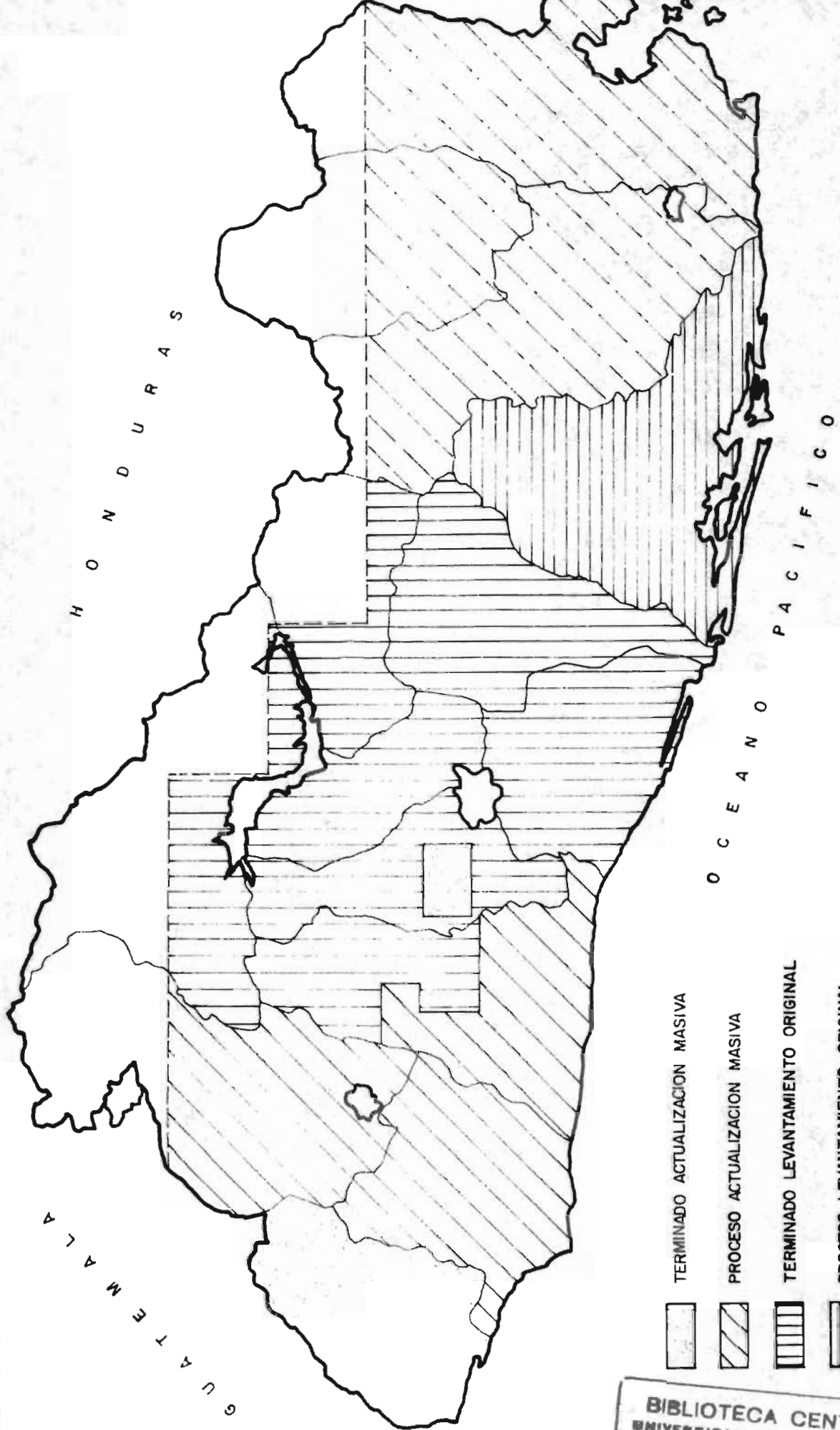
De acuerdo con las técnicas actuariales las tasas de cotización están calculadas en porcentajes de los salarios cotizables.

Tasa de cotizaciones de los
trabajadores cubiertos por
el Régimen General de Salud
del ISSS = 2.5 %

Parte de la tasa de cotización
destinada al financiamiento de
las prestaciones monetarias = 0.55%

Tasa de cotización de los
trabajadores agrícolas = 1.95%







SITUACION DEL CATASTRO (Julio 1982)



GUATEMALA

HONDURAS

OCEANO PACIFICO

-  TERMINADO ACTUALIZACION MASIVA
-  PROCESO ACTUALIZACION MASIVA
-  TERMINADO LEVANTAMIENTO ORIGINAL
-  PROCESO LEVANTAMIENTO ORIGINAL
-  ZONAS NO CATASTRADAS
-  ZONAS NO PROGRAMADAS

BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

TRABAJADORES COTIZANTES AL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL
SEGURO SOCIAL CLASIFICADOS POR ESCALA DE SALARIOS 1982

ESCALA DE SALARIO	NUMERO DE TRABAJADORES	MONTO MENSUAL DE SALARIOS (En Colones)	SALARIO PROMEDIO (En Colones)
Hasta 700	150.313	59.825.999	398.01
De 700.01 a 800	7.804	5.855.530	750.32
De 800.01 a 900	5.662	4.815.803	850.54
De 900.01 a 1.000	4.072	3.893.622	956.19
De 1.000.01 a 1.500	9.808	12.258.981	1.249.89
De 1.500.01 a 3.000	5.044	10.841.775	2.149.44
De 3.000.01 y más	1.873	7.769.082	4.147.93
Total	184.576	105.260.792	570.28

Fuente: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

- (1) : No incluye ingresos por concepto de multas
- (2) : Incluye alcabla
- (3) : Incluye ingresos por concepto de multas
- (p) : Cifras preliminares

FUENTE: Ministerio de Hacienda-Dirección de Contabilidad Central

B I B L I O G R A F I A

- Asociación Internacional de la Seguridad Social (A.I.S.S.) La Protección del Trabajo en la Agricultura. Varsovia 1963.
- Olga Palmero
Manuel Miller
Margarita Elizondo Financiamiento y Extensión de la Seguridad Social en América Latina. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Primera edición 1981
- H.E. Hilleboe, A. Barkhuus y W.C. Thomas, Jr. Métodos de Planificación Sanitaria Nacional. Cuaderno No.46 de Salud Pública. Ginebra 1973.
- Oficina Internacional del Trabajo (O.I.T.) La Seguridad Social en la Agricultura. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, documento V, 1960.
- Congreso Nacional de Reforma Agraria en El Salvador Situación Agraria en El Salvador 5-10-70
- Taufik Esmahan Granados y Carlos Díaz del Pinal La Profesión Médica en El Salvador Cuántos Somos, en Dónde Trabajamos y Otros Datos de Interés. XII Congreso Médico Nacional y XI Congreso Médico de Salud Pública. Dic/76
- Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria Recopilación y Decretos de la Reforma Agraria. Secretaría de Comunicaciones: 1980.
- Caja Costarricense de Seguro Social Programas de Asistencia Médica para la Población Rural en la Seguridad Social. VII Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social. Quito, Ecuador. Junio 1981.
- Instituto Mexicano de Seguridad Social La Ampliación de la Cobertura de la Seguridad Social a los Trabajadores Estacionales del Campo. México, D.F., Julio 1975.

- Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos

El Financiamiento de la Seguridad Social, su Relación con la Redistribución de Ingresos y con la Política de Impuestos en la Región Americana. UP/Ser. H/VII-93
Washington, D.C. 1973
- Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Importancia de la Seguridad Social en el Desarrollo de la Sociedad. Año XV Num. 41. Epoca III
México, D.F. 1966
- Asociación Internacional de la Seguridad Social

Aspectos Administrativos de la Seguridad Social en las Areas Rurales. Publicación No.18. Ginebra, Buenos Aires. 1976
- Asociación Internacional de la Seguridad Social

Contribución de la Seguridad Social a los Objetivos del Desarrollo: Papel de las Medidas Tendientes al Mantenimiento del Ingreso. Publicación No.2. Ginebra, Buenos Aires 1981.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social

Revista Iberoamericana de Seguridad Social. Año XXIV. Núm. 5-1975
- Naciones Unidas

Factores Determinantes y Consecuencias de las Tendencias Demográficas ST/SOA/SER.A/17. Enero de 1953
- Carlos A. Rodríguez
Alex Antonio Alens

Apuntes de Demografía
Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias Económicas
No.XX-1, Marzo 1975
- Estudios Centroamericanos
Universidad Centroamericana
José Simeón Cañas

Revista E.C.A. 335/336. Septiembre-
Octubre 1976. Año XXXI
- Bert F. Hoselitz
Joseph J. Spengler, J.M.
Letiche, Erskine McKinley,
John Buttrick y Henry Bruton

Teorías del Crecimiento Económico
Herrero Hnos., Sucs., S.C.
de Comfort. No.44, México, D.F.
Primera Edición, Marzo 1974.

- Instituto Salvadoreño del Seguro Social Boletín de Estadísticas del ISSS 1982
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social Síntesis y Desarrollo del ISSS Agosto 1981
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social Términos de Uso Frecuente en el ISSS 1976
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social Inventario de Recursos Físicos de los Centros de Atención Médica. 1983
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social Recopilación de Leyes y Reglamentos sobre Trabajo y Seguridad Social
- Ministerio de Planificación del Desarrollo Económico y Social Indicadores Económicos
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Anuarios Estadísticos
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Política y Estrategias para Alcanzar Salud para Todos en el Año 2000. Marzo 1981
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Análisis de la Situación de los Recursos Humanos del Sector Salud de la República de El Salvador. XXVII Reunión de Ministros de Salud Pública y XII de Directores Generales de Salud de C.A. y Panamá San José, Costa Rica. Agosto 1982
- Unidad de Investigaciones Muestrales. Ministerio de Planificación del Desarrollo Económico y Social. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples IV (Enero-Junio 1980)
- Dirección General de Estadística y Censos. Censos Nacionales de Población 1961-1971
- Misión de Asistencia Técnica de PNUD-OIT en el ISSS Seguro Social para el Sector Agropecuario. Diciembre 1971-1973

- Ministerio de Agricultura y
Ganadería

- Salvador Oswaldo Brand

Diagnóstico del Sistema Agropecua-
rio. 1960-1975

Diccionario de las Ciencias Econó-
micas y Administrativas