

Situación de la salud infantil en El Salvador

José Antonio Alvarado

Introducción

La desnutrición, la insalubridad, la prevalencia de enfermedades y causas de muerte, constituyen las formas más dramáticas e inmediatas en que se manifiesta la pobreza que somete a la mayoría de la población salvadoreña.

Los bajos niveles de ingreso de la mayor parte de familias conducen a una alimentación insuficiente y desbalanceada, cuyos efectos inmediatos se reflejan en la prevalencia de la desnutrición, que constituyen la puerta de entrada a la morbilidad y mortalidad. Las condiciones de hacinamiento e insalubridad y la ausencia de programas y servicios públicos adecuados para enfrentar el problema en toda su dimensión, potencian la incidencia de las enfermedades y causas de muerte entre los pobres de El Salvador.

Las características estructurales y la dinámica de funcionamiento de la economía masifica la pobreza, profundizándose en aquellos sectores y grupos poblacionales en los que se ha sustentado el proceso de generación de excedentes y acumulación de capital implementado en nuestro país. Ciertamente, la pobreza caracteriza al menos al 70% de la población salvadoreña, pero se vuelve más aguda en ciertos grupos marginados urbanos y principalmente entre las familias rurales. Más del 90% de los pobres rurales presentan graves deficiencias calóricas y nutricionales; su dieta básica está constituida fundamentalmente por maíz y frijoles. Estas familias presentan las mayores tasas de morbilidad y mortalidad, así como los mayores porcentajes de población enferma no atendida.

La naturaleza de las faenas agrícolas derivada del sistema de explotación en el campo, termina de cerrar el círculo mortal que enfrentan las familias rurales. Efectivamente, se estima que para poder ejecutar adecuadamente las faenas agrícolas se requiere un consumo de 3.600 calorías diarias¹, mientras no más de un 3% de estas familias logra apenas alcanzar un consumo de 2.260 calorías; en otras palabras, casi la totalidad de las familias rurales estarían desempeñando un trabajo por encima de su capacidad y, por lo tanto, en detrimento de su salud.

El niño salvadoreño se inserta en esa realidad fundamentalmente injusta y mortal. Los déficits alimentarios inciden más negativamente sobre los niños, que requieren mayores defensas orgánicas para enfrentarse al medio ambiente y desarrollarse adecuadamente; obviamente, la ausencia de nutrientes adecuados debilita al niño volviéndolo más susceptible a las enfermedades y a su mortal desenlace.

La situación de la infancia es fundamental en cualquier sociedad y no sólo por razones humanitarias. En múltiples ocasiones se ha señalado que en países como el nuestro el mejor factor con el que contamos es el recurso humano, que para su adecuado funcionamiento en el proceso productivo requiere ciertas condiciones físicas y técnicas; obviamente, la provisión de bienes y servicios y la creación de las condiciones necesarias para reproducir adecuadamente el "capital" humano, comienzan desde la niñez. Ciertamente, no podemos esperar alguna contribución económica futura de una niñez mayoritariamente desnutrida, enferma y con gran riesgo de muerte.

En este trabajo abordaremos, precisamente, la situación de la salud infantil. Trataremos de mostrar como la prevalencia de la desnutrición, enfermedad y muerte en la niñez salvadoreña, es resultado natural de las características estructurales antes mencionadas, cuyo perverso efecto ha sido potenciado por la ausencia de programas y servicios públicos adecuados a la dimensión del problema. Además, mostraremos como la crisis actual ha contribuido a acelerar el deterioro de la situación de los niños en El Salvador.

1. La nutrición y la morbi-mortalidad Infantil

Los condicionamientos estructurales que reproducen la pobreza en nuestro país, impactan mayoritaria y dramáticamente a la población infantil. Ciertamente, la niñez en El Salvador transcurre en medio de la desnutrición, insalubridad, enfermedades y gran riesgo de muerte. Las manifestaciones de la pobreza sobre la situación de la niñez ejercen su mayor impacto sobre los niños marginados urbanos y principalmente sobre los pertenecientes a familias rurales.

La esperanza de vida de estos niños es muy corta ya que no sólo

atraviezan una infancia desdichada sino que, además, los que logran sobrevivir se incorporan rápidamente a la "economía familiar", muchas veces desde los 7 años de edad. Las deficiencias nutricionales y el daño por las enfermedades sufridas por estos niños, aunado al esfuerzo físico adicional requerido por su pronta incorporación al trabajo, principalmente en actividades agrícolas, desgastan rápidamente la vida de los pobres en El Salvador.

Trataremos de mostrar con más detalle esas manifestaciones de la pobreza sobre la salud infantil en las siguientes secciones.

1.1. Situación nutricional

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el 50% de los niños menores de 5 años padecían algún grado de desnutrición. Para evaluar la gravedad del problema sólo se cuenta con algunos estudios antropométricos realizados por el Ministerio de Planificación y el INCAP, que se fundamentan en los casos registrados por los servicios de salud pública. A pesar del subregistro implícito en estos estudios, nos permiten una aproximación a la dimensión del problema.

a) Algunos Indicadores de la situación nutricional de la infancia

Según los datos del cuadro 1 y de acuerdo con la clasificación de Gómez, adecuación del peso para la edad, el 10.5% de los niños menores de 5 años presentarían un déficit mayor al 25% (desnutrición grado II y III), el 25.9% de los niños presentaban deficiencias superiores al 10%. Más grave aún, el 9.5% de los menores de 5 años presentaban déficits del peso respecto a la talla (APT) superiores al 10%, es decir, un estado nutricional sumamente delicado.

Los tres indicadores coinciden en señalar que la desnutrición prevalece en las diferentes regiones del país, principalmente en los departamentos de la región oriental y paracentral, así como en Chalatenango y Sonsonate; en su mayoría, estas son las zonas tradicionalmente más atrasadas del país.

Comparando la incidencia de la desnutrición entre los niños más pobres del campo y la ciudad, resulta evidente la mayor prevalencia del problema en la zona rural, principalmente en la región más pobre: la agrícola marginal norte. (Ver cuadro 2).

El déficit nutricional adquiere mayor gravedad a medida que aumenta la edad del niño; así, en 1978 el 42% de los niños entre 6 y 14 años presentaban un déficit de talla para la edad (ATE) superior al 10%. Es decir, muchos de estos niños adolecen de una desnutrición crónica, mantenida desde la infancia.

Cuadro 1
Prevalencia de desnutrición de niños de 6 a 59 meses
de edad según déficit de peso y talla para edad
y déficit de peso para talla, por departamento, 1978

Departamento	Clasificación de Gómez ¹ II y III	ATE menos de ² 90.0	APT menos de ³ 90.0
Total país	10.5	25.9	9.5
Ahuachapán	2.9	22.1	0.0
Santa Ana	6.4	21.5	2.2
Sonsonate	10.8	25.8	5.8
Chalatenango	6.2	32.1	7.4
La Libertad	5.9	18.8	7.1
San Salvador	2.9	11.4	5.7
Cuscatlán	21.2	46.2	9.6
La Paz	13.3	36.7	11.7
Cabañas	7.3	39.0	4.9
San Vicente	20.0	40.0	20.0
Usulután	20.3	50.0	17.4
San Miguel	10.4	48.5	12.7
Morazán	13.2	42.2	9.6
La Unión	10.1	43.1	14.7

Fuente: Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social. Encuesta de pobreza rural. El Salvador 1978.

1. Según déficit de peso para edad.
2. Según déficit de talla para edad. Para adecuaciones menores de 90.
3. Según déficit de peso para talla actual. Para adecuaciones menores de 90.

Cuadro 2
Prevalencia de desnutrición de niños de 6 a 59 meses según
déficit de peso y talla para edad y déficit de peso para talla
por grupo de población

Grupos de población	Clasificación de Gómez (II y III grados)	ATE < 90.0	APT < 90.0
	1978	1978	1978
Marginal Urbano	8.1	25.6	7.2
Agrícola intensivo	13.0	26.6	10.6
Agrícola marginal centro	13.1	31.5	8.0
Agrícola marginal norte	17.2	35.3	8.6
Total	13.0	29.9	8.5

Fuente: 1978. encuestas nutricionales de El Salvador

Los daños para la salud derivados de esta situación se magnifican si tomamos en cuenta los mayores requerimientos a que se ve sometido este grupo poblacional; por un lado, son niños en edad escolar lo que les exige un mayor esfuerzo físico y mental; por otro lado, muchos de estos niños forman parte de la fuerza de trabajo activa en el país. Efectivamente, en 1978 el 16.3% de los niños entre 10 y 14 años formaban parte de la población económicamente activa (PEA); mientras el 70% de la PEA declaró haberse incorporado al trabajo antes de los 15 años de edad².

Obviamente, la incidencia de la desnutrición en este grupo poblacional es mayor en los estratos de menores ingresos. Tomando como indicador del nivel de ingreso la naturaleza del centro escolar al que el niño asistía, el Ministerio de Educación elaboró en 1978 una evaluación antropométrica según la cual la prevalencia de la desnutrición resultaba significativamente mayor entre los niños de 5 a 14 años que asistían a escuelas públicas, es decir, los de menores ingresos. (ver cuadro 3).

Cuadro 3
Estado nutricional de niños de 5 a 14 años de edad
de escuelas de educación primaria, según categorías
de talla para edad (ATE) por estrato escolar 1978

Estrato escolar	Menos de 85.0	85.0-89.9	90.0-94.9	95.0 y más
Público urbano	1.7	12.0	36.5	49.8
Privado urbano	0.5	3.6	19.0	76.9
Público rural	2.2	12.5	39.3	46.0
Total	1.5	9.3	31.3	57.9

Fuente: Medidas antropométricas de los estudiantes de educación básica de El Salvador, 1978. Ministerio de Educación. El Salvador.

Aunque de acuerdo con los datos de este cuadro el estado nutricional de los niños que asisten a escuelas públicas urbanas y rurales no presenta diferencias significativas, no cabe la menor duda que el déficit en el campo es mayor que en la ciudad.

Por otro lado, si tomamos en cuenta que según el Ministerio de Planificación el 78% de los niños entre 10 y 14 años que trabajan desempeñan actividades agrícolas, que en las zonas rurales el niño se incorpora al trabajo a más temprana edad, que los requerimientos físicos del trabajo agrícola son mayores que en las ocupaciones urbanas y que la prevalencia de la desnutrición es mayor en el campo que en la ciudad, no cabe

la menor duda sobre la incidencia negativa que todo ello ocasiona sobre la salud y condiciones de vida de los niños que habitan en las zonas rurales.

Por último, en el "Diagnóstico alimentario nutricional de El Salvador" elaborado por el INCAP en 1983, se presentan algunos otros indicadores relacionados con el estado nutricional de los niños menores de 5 años y que en última instancia apuntan a señalar la estrecha vinculación existente entre estado nutricional y nivel de ingreso. Así, los niños con mayor grado de desnutrición viven frecuentemente en ranchos y tugurios y sin ningún tipo de acceso a agua potable y servicios sanitarios; los padres de estos niños presentan niveles educativos muy bajos y el promedio de visitas a servicios médicos es mucho menor que en el caso de niños bien nutridos. En fin, a menor nivel de ingreso mayor grado de desnutrición.

b) Lactancia natural

Un factor importante a tomar en cuenta para evaluar el estado nutricional de la infancia es la lactancia natural. Según encuestas realizadas en 1976 y 1977, el 90% de las madres reportaron que dan de lactar, con una duración media de lactancia entre 12 y 18 meses, que presenta diferencias sustanciales según la región considerada; así, las madres de la región urbana marginal suspendían la lactancia a los tres o cuatro meses mientras que en la región de explotación agrícola marginal la duración media de la lactancia natural es entre 12 y 24 meses³. Una explicación de esta situación se encuentra en la mayor urgencia del trabajo fuera del hogar que enfrentan las madres de las zonas marginales urbanas, a diferencia de las que habitan en regiones agrícolas marginales en las que no existe suficiente trabajo ni siquiera para el hombre, por lo que la madre se dedica fundamentalmente al cuidado de sus hijos y a los quehaceres del hogar.

En la mayoría de los casos y principalmente a partir del segundo o tercer mes, se acostumbra combinar la lactancia natural agregando "atol" a la dieta alimenticia del infante, que es un preparado de bajo contenido calórico y que sacia rápidamente al niño, afectando negativamente su estado nutricional. Habría que tener en cuenta que esta práctica no obedece simplemente a "costumbres erróneas", sino en la mayoría de los casos es resultado de que la madre por una alimentación deficiente no logra producir la leche suficiente para saciar al infante, o no puede permanecer con el niño el tiempo necesario para alimentarlo y no cuenta con ingresos suficientes para sustituir la lactancia natural por una lactancia artificial adecuada.

Por otro lado, resulta preocupante que según estudios realizados por el Centro de Apoyo de Lactancia Materna (CALMA) en 1981, la lactancia natural muestra una tendencia a disminuir. En este sentido, el INCAP

concluye que "existe una tendencia a que la lactancia materna disminuya en prevalencia y duración, siendo los grupos más afectados los que están en proceso de urbanización y con mayores oportunidades laborales. en este sentido es interesante destacar que la alimentación artificial, en forma de biberón, se introdujo antes de tres meses de edad en un 66% de los penúltimos hijos y en el 82% de los últimos hijos⁴". Esta tendencia conduciría a una mayor vulnerabilidad de la infancia respecto a las enfermedades diarreicas y parasitarias, y en el peor de los casos a mayores tasas de mortalidad infantil.

c) Situación nutricional de las madres

El estado nutricional de la madre juega un importante papel para explicar los problemas de la infancia. Por todo lo antes expuesto podría inferirse que la situación nutricional de las madres pobres presenta características similares a los demás grupos poblacionales señalados. Lamentablemente en el país no contamos con información suficiente al respecto; los únicos datos disponibles provienen de una encuesta realizada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1978, según la cual el 42.7% de las mujeres embarazadas padecían de anemia en diferentes grados, al igual que el 16% de madres lactantes (ver cuadro 4).

Cuadro 4
Niveles de hemoglobina* en madres por estado fisiológico
1978 (menor de 12: estado anémico) %

	Menos de 10	10.0-10.9	11.0-11.9	12.0 ó más
Embarazada	6.7	7.1	28.9	57.3
Lactante no embarazada	5.0	2.6	8.4	84.0
No lactante ni embarazada	2.5	1.4	7.1	89.0
Total	4.4	3.3	13.3	79.0

*g/100 ml.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador. Encuestas nutricionales de El Salvador, 1978 (muestral)

1.2. La morbilidad

Hemos visto como la desnutrición es el "estado normal" de la mayoría de salvadoreños, y como ésta deficiencia alcanza niveles elevados en la niñez aumentando su vulnerabilidad a las enfermedades.

A esta situación habría que agregar la prevalencia de un medio ambiente insalubre. Tomando como indicador la disponibilidad de agua y

servicios sanitarios, a finales de la década del setenta se estimaba que sólo el 15.7% de las viviendas del país disponían de agua y servicio sanitario privado, mientras un 70% no contaba con ningún tipo de acceso a estos servicios. Las diferencias regionales son aún más alarmantes: mientras el 48% de las viviendas del área metropolitana de San Salvador contaban con baño y servicio sanitario privado, sólo el 0.7% de las viviendas rurales tenían acceso a estos servicios; todo ésto además del hacinamiento, promiscuidad y la ausencia de otros servicios habitacionales necesarios. Estas condiciones potencian la propagación e incidencia de las enfermedades.

a) Principales causas de morbilidad

Las enfermedades más comunes son aquellas derivadas de una deficiente alimentación y un medio ambiente insalubre: enfermedades diarréicas, parasitismo intestinal, influenza y paludismo, que constituían el 90% de los casos notificados de enfermedades transmisibles en 1978 (ver cuadro 5). Precisamente son estas enfermedades las que más inciden sobre la niñez, como lo veremos más adelante.

Observando los datos del cuadro 5 se puede apreciar el acelerado crecimiento experimentado por esas 4 enfermedades en la década del setenta, especialmente las enfermedades diarréicas en que los casos notificados se multiplican 7 veces entre 1970 y 1978. Asimismo es interesante observar como aquellas enfermedades que pueden ser prevenidas y disminuidas a través de la vacunación, son las que experimentaron una disminución significativa de su incidencia en esos años; es el caso del sarampión, tosferina, difteria, poliomielitis, tétanos y tuberculosis.

Esta situación podría estar señalando parte de los límites a que se enfrentan las campañas públicas encaminadas a combatir las enfermedades y mejorar la salud de la población. La efectividad de estas campañas se restringe a aliviar aquellas enfermedades que por el desarrollo alcanzado por la ciencia médica mundial resulta factible combatir, en la mayoría de los casos como resultado de campañas impulsadas por organismos internacionales; mientras que las enfermedades diarréicas y parasitarias, derivadas de una alimentación deficiente y un medio ambiente insalubre, acrecientan su impacto y se convierten en las principales e irreversibles causas de morbilidad y mortalidad en El Salvador. En otras palabras, acá parecen manifestarse los factores estructurales condicionantes de la morbilidad.

b) Morbilidad por grupos de edad y sexo

Dividiendo a la población por grupos de edad y sexo tenemos que las enfermedades se concentran en tres grandes grupos poblacionales, que

Cuadro No. 5
Casos notificados de enfermedades transmisibles
El Salvador 1970 - 1978

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Enfermedades Diarreicas	22.131	153.267	153.407	130.799	135.280	135.565	144.764	162.677	165.197
Tifoideas y Paratifoideas	294	439	804	297	2.394	1.287	1.263	1.690	3.109
Parasitismo Intestinal	72.396	72.122	90.188	98.116	104.509	112.453	125.104	124.019	129.927
Ambiasis sin acceso hepático	11.422	4.474	4.184	4.105	4.243	3.662	3.165	3.257	3.906
Hepatitis Infecciosa	3.686	4.164	3.993	2.735	3.186	3.164	2.909	2.879	2.768
Influenza o Gripe	69.050	367.049	82.362	58.393	88.806	88.805	90.923	101.267	96.353
Parotiditis epidémica	1.736	1.249	1.229	2.381	1.312	1.332	2.423	1.775	2.761
Sífilis en todas formas	8.440	8.296	9.730	9.835	7.740	7.527	7.243	7.625	8.775
Infección Gonocócica A.G.U.	5.787	8.365	8.175	8.626	6.375	4.248	4.380	4.640	5.075
Chanacro Blando	1.707	2.320	2.050	1.580	2.025	2.475	2.237	2.063	2.420
Paludismo	45.436	46.858	38.335	35.095	66.988	83.100	83.289	32.243	49.936
Variola	2.540	3.376	1.502	1.549	1.889	2.135	2.429	1.525	11.770
Sarampión	9.122	6.743	9.936	5.015	469	511	7.294	7.573	1.585
Tosterina	4.023	4.321	2.999	1.578	951	1.675	1.357	1.828	2.360
Difteria	351	91	176	40	14	4	—	—	1
Poliomielitis Aguda	80	72	75	46	29	31	89	9	10
Tétanos	238	201	189	156	163	146	126	147	122
Tuberculosis Aparato Respiratorio	4.470	4.418	3.889	3.358	2.882	2.875	3.181	2.658	2.449

Fuente: Informe de Enfermedades de Notificación Obligatoria. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social El Salvador, años correspondientes.

— Cero casos.

son en su orden; los mayores de 50 años de ambos sexos, los menores de 5 años y las mujeres en edad fértil (ver cuadro 6). Nos interesan estos dos últimos grupos.

Casi la mitad de los niños menores de 5 años padecen algún tipo de enfermedad; las enfermedades infecciosas y parasitarias y las relacionadas con el aparato respiratorio explican el 64% de los casos. La probabilidad de enfermarse disminuye con la edad hasta los 15 años; precisamente los menos afectados son los niños entre 10 y 14 años, es en este estrato donde menos inciden las enfermedades infecciosas y parasitarias y del aparato respiratorio.

Por otro lado, el 41.5% de las mujeres en edad fértil adolece de algún tipo de enfermedad; este dato es importante ya que nos estaría indicando que las madres o las que están por serlo, es un estrato poblacional con elevada prevalencia de morbilidad.

Cuadro No. 6
Tasas de morbilidad general y específica, por grupos de edad y sexo
octubre 87-marzo 79 (%)

	Ambos sexos			Masculino (años)		Femenino	
	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 49	50 y más	15 a 49	49 y mas
Población total	695.769	664.580	604.623	867.306	249.122	975.722	299.005
Población enferma	47.4	35.0	32.5	39.2	58.1	41.5	63.1
Infecciosas y parasitarias	14.1	9.2	8.7	10.9	11.2	11.0	11.9
Aparato respiratorio	16.8	12.0	9.7	11.0	14.4	10.4	12.4
Otras enfermedades	16.5	13.9	14.2	17.3	32.5	20.1	38.8

Fuente: Encuesta de Hogares, Oct. 1978. Marzo 1979 SIECA/IPROS/MIPLAN.

Por último, resulta alarmante la elevada prevalencia de la morbilidad en El Salvador. Aproximadamente el 45% de la población padece algún tipo de enfermedad, siendo las más frecuentes las infecciosas y parasitarias y las relacionadas con el aparato respiratorio.

c) Principales causas de morbilidad Infantil y en menores de 5 años

La sección anterior nos permitió una primera aproximación a la morbilidad por grupos de edad. Trataremos ahora de desagregar un poco más el grupo poblacional que nos interesa (menores de 5 años) y detallar las enfermedades específicas que muestran mayor prevalencia.

Atendiendo a los motivos más frecuentes de consulta a los servicios

de salud, las principales causas de morbilidad infantil (menores de 1 año), en orden de mayor a menor incidencia son: enfermedades diarreicas, infecciones agudas en vías respiratorias, bronquitis crónica, infecciones de la piel y celular y bronquitis aguda. (Ver cuadro 7).

Como puede observarse en este cuadro, las infecciones agudas en

Cuadro No. 7
Cinco primeras causas de morbilidad en niños menores de un año,
ambos sexos El Salvador 1965 - 1978

	1965	1966	1967	1971	1972	1974	1975	1976	1978
1. Enfermedades Diarreicas %	27.2	27.2	26.0	34.5	35.9	35.8	17.7	32.7	33.5
2. Infecciones agudas en vías respiratorias	15.5	14.9	17.1	17.4	8.3	10.8	14.4	10.4	3.4
3. Bronquitis crónica	12.4	11.9	10.9	8.6	7.7	9.8	12.6	7.9	2.5
4. Infecciones de la piel y celular	3.4	4.1	5.3	5.3	4.3	5.6	11.0	5.8	1.9
5. Bronquitis aguda	3.0	3.8	3.7	4.2	2.9	3.1	7.1	3.6	1.0
Consulta totales	120755	108950	119319	127899	115773	121821	258180	192166	244813

Fuente: 1965 al 67: Anuario Estadístico, Vo.I. II Demografía y Salud
1971 al 74: Dept. de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud.
72, 74, 76 y 78: Consulta externa.

las vías respiratorias, bronquitis e infecciones de la piel, experimentaron disminuciones sustanciales en su incidencia; por el contrario, las enfermedades diarreicas se mantienen e incluso incrementan su prevalencia, llegando a explicar la tercera parte de los casos de morbilidad infantil en 1978.

Las principales causas de morbilidad en niños de 1 a 4 años son también de naturaleza gastrointestinal y respiratorias, aunque su incidencia es menor que en la población infantil.

La ausencia de información sistemática nos impide formular comentarios adicionales sobre este grupo poblacional, aunque aparentemente, de acuerdo con los datos disponibles, la prevalencia de las diferentes enfermedades ha disminuido sustancialmente (ver cuadro 8).

1.3. La mortalidad

Se ha visto como la "injusticia estructural" se refleja en bajos niveles de ingreso para la mayoría de la población, lo cual se traduce en una alimentación insuficiente en cantidad y calidad; de esto resulta la pre-

Cuadro No. 8
Primeras causas de morbilidad en niños de 1 a 4 años.
Ambos sexos 1975-1978 por orden de apareamiento

	1975	1976	1978
1. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	17.7	19.5	13.2
2. Infecciones agudas de las vías respiratorias	14.1	—	—
3. Bronquitis	12.6	8.4	6.7
4. Otras enfermedades infecciosas parasitarias	7.1	9.3	3.8
5. Rinofaringitis aguda	—	5.1	4.7
6. Otras enfermedades debidas a helmintos	11.0	—	—
7. Amigdalitis aguda	—	5.3	—
8. Influenza o gripe	—	—	2.6
9. Bronconeumonía no especificada	—	—	—

Fuente: IBID.

valencia de la desnutrición como el "estado normal" de la mayoría de salvadoreños, que aunado a un medio ambiente insalubre, también resultado de la marginación económica, conduce a elevadas tasas de morbilidad principalmente de naturaleza gastrointestinal y respiratorias. Se ha mostrado como todas estas deficiencias inciden más sobre la niñez, y principalmente sobre la población infantil.

Resulta fácil deducir entonces la existencia de elevadas tasas de mortalidad infantil, cuyas causas fundamentales se derivan de una deficiente alimentación y un medio ambiente inadecuado.

a) La mortalidad infantil y en menores de 5 años

Si bien la tasa de mortalidad ha experimentado disminuciones sustanciales en las últimas décadas⁵, los menores de 5 años continúan aportando la mayor cuota de muertes en El Salvador. Efectivamente, según el Ministerio de Salud Pública, aproximadamente un 40% del total de defunciones en la década del setenta correspondió a niños menores de 5 años de edad, siendo la población infantil (menores de 1 año) la más afectada; del total de muertes ocurridas en ese período, aproximadamente el 29% ha correspondido a menores de 1 año de edad (ver cuadro 9). Aún más, según los datos de este cuadro, podría decirse que las muertes infantiles mostraron una leve tendencia a aumentar su participación en el total de defunciones en los años setenta.

Otra forma de presentar la magnitud de la mortalidad infantil es com-

Cuadro No. 9
Mortalidad pre-escolar. El Salvador 1970 - 1978

Años	Defunciones de todas las edades	Defunciones en menores de 5 años					
		Total 5 años		Menores de 1 año		De 1 a 4 años	
		Número	%	Numero	%	Número	%
1970	—	—	—	—	—	—	—
1971	28.722	12.175	42.4	8.093	28.2	4.082	14.2
1972	32.283	13.946	43.2	8.950	27.7	4.996	15.5
1973	31.865	13.931	43.7	9.194	28.9	4.737	14.9
1974	30.494	11.777	38.6	8.493	27.9	3.284	18.8
1975	31.986	12.718	39.8	9.363	29.3	3.355	10.5
1976	30.807	12.676	41.2	9.154	29.7	3.522	11.4
1977	33.009	13.958	42.3	10.529	31.9	3.429	10.4
1978	30.086	11.283	31.4	3.729	29.0	2.534	8.4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Salud Pública en Cifras 1970-1981
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

parándola con la mortalidad general. En 1978 la tasa de mortalidad general fue de 6.9 y la infantil de 50.8; es decir, mientras por cada mil salvadoreños mueren 7, por cada mil niños nacidos vivos mueren 50 antes de cumplir el primer año de vida.

b) Mortalidad neonatal y post-natal

De cada 100 niños que mueren antes de cumplir un año de edad, 33 de ellos fallecen antes de los 28 días de nacidos (mortalidad neonatal), como resultado de complicaciones derivadas de la atención final del embarazo y del parto. Según los datos del cuadro 10, un promedio aproximado de 67% de las muertes infantiles ocurren entre los 28 días y el final del primer año (mortalidad post-neonatal), reflejando la vulnerabilidad del niño en su enfrentamiento inicial con el medio ambiente.

c) Mortalidad en menores de 5 años, según edad sexo y región.

Lamentablemente hasta la década del setenta no existían estudios confiables que exploraran más detalladamente la mortalidad en la niñez. Es hasta 1986, con la "Encuesta Nacional de Salud Familiar"⁶, que se cuenta con información que permite apreciar algunas características adicionales de la mortalidad en niños menores de 5 años. Para desarrollar esta sección nos apoyaremos en ese documento.

Cuadro No. 10
Porcentaje de participación de la mortalidad neonatal
y post-neonatal en el total de la mortalidad infantil
El Salvador, 1971-1978

Año	Mortalidad neonatal		Mortalidad post-neonatal	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
1970*	—	—	—	—
1971	2.839	35%	5.254	65%
1972	2.829	32%	6.121	68%
1973	2.959	32%	6.235	68%
1974	3.171	37%	5.362	63%
1975	3.395	36%	5.968	64%
1976	3.236	35%	5.918	65%
1977	3.036	29%	7.493	71%
1978	2.908	33%	5.882	67%

* No existe información para estos años.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos.

Según esta encuesta realizada en 1985, la mortalidad en la niñez presenta diferencias sustanciales según la edad, el sexo y la región considerada. Así, más de la mitad de las defunciones en niños menores de 5 años ocurre antes de cumplir los 6 meses de edad y el 28% se produce antes del primer mes de vida. La mortalidad neonatal es mucho mayor para los hombres que para las mujeres, con una tasa de 34.3 y 23.4 por mil respectivamente; estas tasas disminuyen conforme aumenta la edad del niño, pero manteniéndose en general, con ligeras excepciones, la superioridad de la mortalidad masculina sobre la femenina (ver cuadro 11).

Este mismo estudio revela las enormes diferencias de mortalidad según área de residencia: la tasa de mortalidad infantil en la zona metropolitana sería de 47.8 por mil nacimientos, mientras que en el área rural ascendería a 80.9 por mil⁷.

d) Mortalidad materna

Según los registros del Ministerio de Salud Pública, entre 1970 y 1978 moría un promedio anual de 148.8 mujeres a causa de problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio (mortalidad materna); probablemente esta cifra subiría mucho más si contáramos con informa-

Cuadro No. 11
Tasas de mortalidad infantil y en la niñez según sexo
y edad del niño (nacimientos en los últimos 5 años)

Sexo y edad	Muertes según edad.	Niños- meses de exposición	Tasas de mortalidad	Mortalidad acumulada
Hombres				
0-1 mes	48	1.395	34.3	33.7
1-3 meses	21	2.667	8.0	49.1
3-6 meses	22	3.717	5.8	65.6
6-12 meses	12	6.596	1.8	75.4
1-2 años	20	10.644	1.9	96.5
2-5 años	3	14.344	0.2	103.5
Mujeres				
0-1 mes	33	1.418	23.4	23.1
1-3 meses	21	2.738	7.5	37.6
3-6 meses	10	3.888	2.7	45.3
6-12 meses	23	7.005	3.3	64.0
1-2 años	11	11.404	0.9	74.3
2-5 años	6	15.910	0.4	87.2
Total				
0-1 mes	81	2.790	29.0	28.6
1-3 meses	42	5.335	7.9	43.8
3-6 meses	32	7.433	4.3	56.0
6-12 meses	35	13.192	2.6	70.8
1-2 años	31	21.289	1.5	86.9
2-5 años	9	28.689	0.3	97.5

Fuente: UNICEF. Encuesta Nacional de Salud familiar. FESAL-85 Tabla 6.1

mación de las muertes ocurridas por la atención de madres fuera del sistema de salud y que muchas veces no son registradas adecuadamente. Atendiendo a las estadísticas oficiales tendríamos que la tasa de mortalidad materna disminuyó de 1.0 a 0.8 por mil nacidos vivos entre 1970 y 1978⁸.

e) Principales causas de mortalidad

Dentro de las diez principales causas de defunciones notificadas en 1978, la "enteritis y otras enfermedades diarreicas" ocupa el primer lugar con 11.6% de defunciones, que representa el doble de las muertes debidas a homicidios y lesiones provocadas intencionalmente. Si al porcentaje anterior le agregamos las causas de muerte clasificadas como

"otras enfermedades del aparato digestivo", la proporción de muertes de naturaleza gastrointestinal se elevaría a 14%. Le sigue en importancia la muerte debidas a trastornos del aparato respiratorio. (Ver cuadro 12).

Cuadro No. 12
Diez primeras casuas de defunciones en El Salvador, 1978

No.	Código lista Intermd. "A"	Grupos de causas	Código lista detallada	No. de Defunc.	%s/Total Defunc.
	A1 - A150	Total de defunciones	00 - 999	30.086	100.0
	A136 - A137	Síntomas y estados morbosos mal Def.	780 - 796	8.562	28.5
		Las demás causas		9.340	31.0
		Sub-total		12.184	40.5
1	A	5			
		Enteritis y otras enf. diarreicas	008 - 009	3.485	11.6
2	AE	148			
		Homicidios y lesiones provocadas intenc. por otras pers. Intervención legal	E960 - E978	1.550	5.1
3	A	93			
		Bronquitis, Enfisema y Asma	490 - 493	1.126	3.7
4	AE	138			
		Accidentes de vehículos de motor	E810 - E823	981	3.4
5	A	84			
		Otras enfermedades del corazón	420 - 429	974	3.2
6	A	92			
		Otras neumonías	481 - 486	956	3.2
7	A45	A60			
		Tumores malignos todas localizac.	140 - 209	880	2.9
8	A	85			
		Enfermedades cerebrovasculares	430 - 438	773	2.6
9	A	135			
		Otras causas de morb. y mort. perinatales	760 - 763		
			769 - 773	739	2.4
			777 - 779		
10	A	104			
		Otras enfer. del Aparato digestivo		720	2.4

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Causas seleccionadas según lista "A" de 150 rubros con agrup. de tumores malignos en un rubro. 8a. Rev. 1965.

Desde otro punto de vista, las "enfermedades infecciosas y parasitarias" presentan la mayor tasa de mortalidad por grupos de causas definidas con un índice de 124 por 100.000 habitantes para 1978⁹.

Son estas mismas causas de naturaleza gastrointestinal y respiratorias las que más inciden en la mortalidad de los niños. Aunque no existe información sistemática sobre las principales causas de mortalidad en la

niñez, la información disponible parece ser suficiente para confirmar esta aseveración.

En este sentido, creemos conveniente retomar las principales conclusiones a que llega el INCAP sobre este problema, que textualmente dicen: "Para el grupo específico de 1 a 4 años de edad, la tasa de mortalidad por diarrea fue 576 por 100.000 (NU, 1982). De acuerdo a la Dirección General de Estadísticas y Censos, Dirección de Estadística en 1973, el 37.5 por ciento de las muertes en menores de 5 años fue causada por enfermedades infecciosas, la mayor parte atribuible a procesos diarreicos... (De acuerdo con un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud en 1968-1970) se encontró también que el 55 por ciento de las muertes en menores de un año en el área urbana y el 64 por ciento en el área rural se debieron a enfermedades infecciosas. Además, que la deficiencia nutricional era causa básica o asociada en el 37 por ciento de las defunciones totales en menores de 5 años en el área urbana (se refiere al área urbana de San Salvador) y en el 47 por ciento en los tres municipios rurales (estudiados)¹⁰.

Otro problema señalado por el INCAP para evaluar adecuadamente la mortalidad infantil es el elevado subregistro existente: "estudios efectuados por CELADE han estimado la omisión de defunciones de menores de un año entre 35 y 40 por ciento a nivel nacional, variando de 10 por ciento en algunos departamentos (Cuscatlán y La Libertad) hasta casi 75 por ciento en los de La Unión y Cabañas. Por otra parte, en base a las estimaciones de las Naciones Unidas, únicamente el 45 por ciento de las causas de mortalidad son identificadas por personal profesional"¹¹.

Por último, presentamos el cuadro 13 que muestra la incidencia de la mortalidad por diarrea en la mortalidad general de niños menores de 5 años en la década del setenta, dividida en quinquenios. Según estos datos, se experimentó una disminución de la incidencia de la diarrea como causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años, mientras mantiene su prevalencia como causa fundamental de mortalidad infantil. Por otro lado, no se aprecian diferencias sustanciales en la incidencia de esta enfermedad como causa de muerte por sexo.

1.4. Oferta Institucional de servicio de salud

La elevada prevalencia de enfermedades y su mortal desenlace en la niñez salvadoreña, resulta potenciada por la insuficiencia de recursos orientados a enfrentar el problema. Si bien se reconoce formalmente la grave situación de la niñez y se plantean "buenos deseos" por mejorarla, la implementación de políticas y programas adecuados no ha constituido una prioridad efectiva en la asignación de los recursos estatales disponibles.

Cuadro No. 13
Contribución porcentual de la mortalidad específica por diarrea
a la mortalidad general, en niños menores de cinco años
por grupo de edad y sexo

Grupos de edad (meses)	1971-1975			1976-1980		
	ambos sexos	Masculino	Femenino	Ambos sexos	Masculino	Femenino
0 - 11	23.4	23.3	23.6	23.5	23.5	23.6
12 - 23	31.6	31.8	31.3	27.9	28.7	27.0
24 - 35	26.7	27.2	26.2	20.2	21.0	19.3
36 - 47	24.7	23.0	26.4	16.5	18.7	14.4
48 - 59	21.5	21.0	21.9	17.2	18.3	16.1
Total						
0 - 59	25.0	24.9	25.2	23.6	23.8	23.4

Fuente: Anuario Estadístico Demográfico - Salud 1971 - 1980. MIPLAN, El Salvador

Ciertamente, en una economía como la nuestra, con grandes necesidades sociales que satisfacer y con graves problemas para posibilitar un proceso continuado de acumulación de capital, los recursos y capacidades del Estado resultan insuficientes tan siquiera para paliar la gravedad del problema. En estas sociedades se impone el criterio de asignación de recursos estatales y sociales en función de las necesidades del proceso de acumulación de capital, que constituye la prioridad y absorbe la mayor parte de los recursos disponibles. Existen múltiples evidencias en nuestro país de la subordinación de los recursos y capacidades del Estado, y de la economía en su conjunto, a los intereses del proceso de acumulación de capital; la evidencia más dramática y elocuente la constituye, precisamente, la situación de la infancia en El Salvador, la elevada prevalencia de la desnutrición, enfermedad, muerte y todo un conjunto de factores que se encargan de someter a la mayor parte de niños salvadoreños a unas condiciones de vida totalmente inhumanas.

Muchas causas de enfermedad y muerte podrían evitarse o atenuar su incidencia reorientando una parte de los recursos disponibles hacia su prevención y tratamiento. Por ejemplo, la prevalencia de la diarrea como causa de muerte se debe, en muchos casos, al desconocimiento del tratamiento adecuado y a la incapacidad económica de las familias pobres para tener acceso a un medicamento que aún es relativamente barato en El Salvador y que podría ser provisto por las autoridades de salud, como lo es el suero oral. Así como éste, existen otros casos de morbi-mor-

talidad cuya prevención y tratamiento no requiere gran cantidad de recursos, aunque para las familias pobres de nuestro país resultan incosteables. Sin embargo, este tipo de enfermedades continúan aportando la mayor cuota de muertes infantiles en El Salvador.

a) Infraestructura pública dedicada a la prestación de servicios de salud

Al igual que en otros países, en El Salvador existe una oferta privada de servicios de salud, a los que, obviamente, no tiene acceso la mayoría de la población. Para tratar de paliar esta necesidad vital, el Estado salvadoreño dedica una parte de sus recursos conformando un sector público de salud que está integrado por un conjunto de instituciones: Ministerio de Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Hospital de ANTEL, Hospital Militar y otras, que reciben financiamiento total o parcial del Estado. La más importante de las instituciones que integran este sector es el Ministerio de Salud, que al menos en teoría debería cubrir al 85% de la población salvadoreña; su funcionamiento es financiado en su totalidad por el Estado. En lo que sigue nos ocuparemos fundamentalmente de esta institución.

La infraestructura pública de salud en El Salvador, está compuesta por un conjunto de establecimientos de diferente dimensión y capacidad, concentrándose los más grandes y completos en las 3 ciudades más importantes, principalmente en San Salvador. En 1978, el Ministerio de Salud Pública contaba con 14 hospitales, que son los establecimientos de mayor capacidad, distribuidos en las ciudades más importantes del país; se tenían 8 centros de salud, que son establecimientos con menor capacidad que los primeros (75-150 camas) pero que ofrecen los servicios básicos de salud; 92 unidades de salud, que son pequeños hospitales con un equipo médico y paramédico; además, se contaba con 146 puestos de salud atendidos por auxiliar de enfermería y visitados una o dos veces por semana por médico, enfermera e inspector de saneamiento; por último, se disponía de 10 unidades comunitarias, que en su totalidad funcionaban en la capital.

Como puede observarse, más de la mitad de los establecimientos públicos de salud son unidades muy pequeñas, que ni siquiera cuentan con un médico o enfermera permanente, por lo que resulta lógico deducir que los servicios ofrecidos son muy reducidos y totalmente insuficientes ante la grave problemática de salud de la población que tiene acceso a estos establecimientos. Precisamente, con estos establecimientos (puestos de salud) son los únicos con los que se cuenta para atender las necesidades de la población más necesitada y numerosa, como lo son las familias de las zonas urbanas y rurales más apartadas y atrasadas del país.

El cuadro 14, nos muestra la distribución y cobertura de esos establecimientos en las diferentes regiones del país. Como era de esperarse, la zona metropolitana concentra los establecimientos más grandes y completos (hospitales) y cubre la totalidad de sus municipios con algún tipo de establecimiento. Los mayores déficits en cobertura de municipios se presentan en las regiones occidental, paracentral y oriental; el menor porcentaje de población accesible corresponde a la región paracentral.

Cuadro No. 14
Establecimientos de salud, cobertura de municipios y de población accesible por regiones. 1978

Tipo de Establecimiento	Región Occidental	Central	Metropolitana	Para-Central	Oriental
Total de establec.	46	55	40	48	81
Hospitales	3	2	5	2	2
Centros de Salud	2	—	—	3	3
Unidades de Salud	20	14	21	12	25
Puestos de Salud	21	39	4	31	51
Unidades móviles comunitarias	—	—	10	—	—
Dispensarios de salud	—	—	—	—	—
Total de municipios	41	55	19	59	87
Municipios cubiertos	32	52	19	47	73
% cobertura	78.1	94.6	100.0	79.7	83.9
Población total	928.815	572.581	1.011.645	743.907	1.246.224
Población accesible	878.522	555.009	1.011.645	673.952	1.166.346
% población accesible	94.6	96.9	100.0	88.2	93.6

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Salud Pública en cifras.*

Es importante destacar el caso de la región oriental en cuanto a que es la más poblada y la que cuenta con los establecimientos de menor tamaño y menos completos (puestos de salud), lo que estaría reflejando la precariedad de los servicios de salud en esta región; esta situación se vuelve más grave si consideramos que la población de la zona oriental es la más vulnerable a las enfermedades como resultado de la elevada prevalencia de desnutrición. Esto último se aplica también a la región paracentral en la que además los establecimientos de salud son menos accesibles a la población.

En general, podemos afirmar que los elevados niveles de cobertura que aparentemente se logran, están excesivamente sobreestimados si tomamos en cuenta la reducida capacidad de los establecimientos disponibles (puestos y unidades de salud).

Según DIGESTYC, en 1985, la capacidad instalada del Ministerio de Salud cubría apenas el 40% de los requerimientos en materia de salud.

b) Recursos humanos

En 1978 el Ministerio de Salud Pública disponía de 5.322 médicos, odontólogos, enfermeras y auxiliares de enfermería; de manera que por cada 10.000 habitantes se disponía de 3.1 médicos, 0.4 odontólogos, 3.1 enfermeras y 7.3 auxiliares de enfermería¹². La situación es aún más grave al considerar la distribución regional de este personal.

El cuadro 15, nos muestra que, nuevamente es la zona metropolitana la más afortunada y la región oriental la más castigada.

Cuadro No. 15
Tasas de plazas según tipo de personal en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social por regiones. 1978

Personal	Región Occidental	Central	Metropolitana	Para-Central	Oriental
Médicos	2.7	2.2	5.3	1.9	1.7
Odontólogos	0.3	0.3	0.7	0.3	0.2
Enfermeras	2.5	2.3	4.3	2.1	2.1
Aux. Enfermera	5.5	4.5	10.1	4.1	4.0
Total	11.4	9.2	20.2	9.0	8.3

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

Obviamente, con esta escasa disponibilidad de recursos humanos, la cobertura efectiva del Ministerio de Salud es muy limitada. Según los registros de este Ministerio en 1978, la consulta médica por habitante fue de sólo 0.61 anual, la odontológica de 0.09 y la atención de enfermeras 0.16.

c) Recursos financieros

El financiamiento al sector salud tuvo una participación promedio del 17% en el presupuesto de la nación en la década del setenta, equivalente a unos 112 millones de colones anuales (ver cuadro 16). Estos recursos no sólo se destinan al Ministerio de Salud Pública, aunque a él le corresponde la mayor parte, sino que incluyen al aporte estatal al Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Entre 1979 y 1970, el Ministerio de Salud Pública dispuso de un pro-

Cuadro No. 16

Presupuesto nacional y de las instituciones de salud (MSPYAS - ISSS) relación porcentual y asignaciones según funcionamiento e inversión institucional y per-cápita El Salvador 1970 - 1978 (miles de colones)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Presupuesto Nac.	312.480.2	387.197.6	367.171.6	421.536.0	557.887.2	678.731.2	845.176.7	1.068.816.	1.251.365.0
Presupuesto sector salud	69.900.1	60.084.4	60.398.3	81.211.5	93.905.5	117.696.9	153.788.6	173.957.0	192.827.4
% S/presupuesto Ministerio de S.P. y A.S.	22.4	15.5	16.4	19.3	16.8	17.3	18.2	16.3	11.5
% S/Pres. Nac.	39.394.1	42.502.1	41.301.9	55.100.7	65.712.1	85.364.7	109.302.7	128.290.9	144.160.4
Regimen salud ISSS	12.6	11.0	11.2	13.1	11.8	12.6	12.9	12.0	11.5
% S/Pres. Nac. Funcionam.	30.501.0	17.582.3	19.096.4	26.110.8	28.193.4	32.331.2	44.485.9	45.666.1	48.667.0
	9.8	4.5	5.2	6.2	5.1	4.8	5.3	4.3	3.9
Sect/salud	48.682.0	55.963.2	58.600.3	71.844.9	85.211.9	102.422.9	122.378.3	143.444.3	156.113.6
Per-cápita sectorial M.S.P. y A.S.	14.3	16.0	16.3	19.4	22.4	26.1	30.3	34.5	36.5
Per-cápita ministerial	35.173.1	39.345.4	40.114.8	51.400.7	60.242.1	71.853.2	86.805.3	102.620.9	108.235.4
Regimen salud ISSS	12.2	13.2	13.1	16.3	18.6	21.5	25.3	29.0	29.7
Per-cápita ISSS	13.509.8	16.617.3	18.485.5	20.444.2	24.696.8	30.569.7	35.568.0	40.823.8	47.878.2
Inversión Sect/Salud	107.3	113.4	110.4	111.4	118.1	126.6	136.3	138.5	150.8
Per-cápita sectorial M.S.P. y A.S.	21.227.2	4.121.2	1.798.0	9.366.6	8.693.6	15.273.0	31.415.3	29.012.3	36.713.8
Per-cápita ministerial	6.2	1.2	0.5	2.5	2.3	3.9	7.8	7.0	8.6
Regimen salud ISSS	4.221.0	3.156.2	1.187.1	3.700.0	5.470.0	13.511.5	22.497.4	25.670.0	35.925.0
Per-cápita ISSS	1.5	1.1	0.4	1.2	1.7	4.1	6.6	7.3	9.9
	17.006.2	965.0	610.9	5.666.6	3.223.6	1.761.5	8.917.9	4.842.3	788.8
	135.1	6.6	3.6	30.9	15.4	7.3	34.2	16.4	2.5

Los cálculos per-cápita se basan en poblaciones asignadas a c/institución.

Fuente: Ley de presupuesto general y de presupuestos especiales de instituciones oficiales autonomas.

medio anual de aproximadamente 80 millones de colones, manteniendo más o menos constante su participación en el presupuesto nacional.

Aunque la mayor parte de los recursos del Ministerio se destinan a gastos de funcionamiento, se nota durante toda la década una creciente preocupación por ampliar la infraestructura física; efectivamente, el gasto per cápita en inversión aumentó de 1.5 a 9.9 entre 1970 y 1978, concretizándose en la construcción de 90 nuevos establecimientos de salud en esos años, fundamentalmente unidades y puestos de salud.

Resulta obvio a todas luces que los recursos financieros de que dispone el Ministerio no son suficientes ante la dimensión de los déficits de salud de la población. En 1978, este Ministerio sólo disponía de 9 centavos de colón diarios por habitante para atender las necesidades de salud.

2. Impacto de la crisis

Si la prevalencia de la desnutrición, la morbilidad y mortalidad, son explicadas fundamentalmente por los bajos niveles de ingreso y la insuficiencia de una atención pública adecuada a la dimensión del problema, resulta lógico inferir que la crisis socio-política que vive El Salvador desde 1979 ha agudizado estos problemas. La guerra, la contracción económica, la expansión del desempleo y subempleo y el acelerado deterioro de los ingresos reales, dificulta aún más las posibilidades de sobrevivencia de la mayoría de salvadoreños.

La ausencia de estadísticas confiables y suficientes ha sido una constante en El Salvador; pero se ha agudizado en la presente década principalmente como resultado de que la guerra ha imposibilitado la realización de censos o encuestas en las zonas conflictivas y que el subregistro de hechos vitales se ha vuelto más frecuente, en parte por las mismas dificultades derivadas de la guerra y por la desconfianza de la población a suministrar información.

Habría que tomar en cuenta estas consideraciones para evaluar la calidad y confiabilidad de la información disponible y que a continuación detallaremos.

2.1. La morbi-mortalidad infantil

En lo que va de la guerra se estima que han muerto más de 65.000 personas como resultado directo del conflicto, concentrándose el mayor número de defunciones en los primeros años de la década; esto se reflejan parcialmente en el comportamiento de la mortalidad general, cuya tasa aumentó de 6.9 en 1978 a 8.6 y 8.2 por mil habitantes en 1980 y 1981 respectivamente. De acuerdo con las estadísticas oficiales, esta tasa se redujo a 6.7 en 1983.

Como puede observarse en el cuadro 17, las menores tasas de mortalidad reportadas provienen de la región oriental y paracentral. Estos resultados ponen en duda la confiabilidad de la información, ya que además de ser estas zonas las de mayor atraso relativo y con servicios precarios de salud pública, constituyen también regiones fundamentalmente conflictivas, donde más se concentran los efectos directos de la guerra.

Resulta interesante observar que es la región occidental la que presenta mayor tasa de mortalidad promedio, a pesar de ser la menos afectada por la guerra. Esto nos estaría indicando que precisamente por estar menos afectada por el conflicto, es posible llevar un registro más adecuado de la mortalidad.

Por otro lado, la mortalidad materna ha continuado mostrando una tasa de 0.8 por mil en 1982, elevándose a 1.2 por mil en la región oriental y occidental¹³, lo que los estaría indicando que la atención materna continúa deficiente principalmente en estas dos regiones.

a) Mortalidad infantil

En cuanto a la participación de los menores de 5 años en el total de defunciones, las estadísticas oficiales muestran una constante disminución, llegando a 24.3% en 1984. Igual comportamiento refleja la tasa de mortalidad infantil, que desciende a 35.1 por mil en 1984. Sin embargo, estas cifras difieren notablemente de los resultados planteados en FESAL-85, según los cuales la tasa de mortalidad infantil habría ascendido a 71 por mil en los últimos 5 años. Asimismo, otras estimaciones hechas por el Ministerio de Planificación señalan una tasa de mortalidad infantil de 86 por mil nacidos vivos en 1983.

b) Principales causas de mortalidad

Las principales causas de mortalidad varían según el departamento considerado, estableciéndose claramente dos regiones: las que son escenario directo de la guerra y las que no lo son (o son afectadas en menor grado).

Obviamente, en las zonas más conflictivas, las primeras causas de mortalidad son las de naturaleza violenta y en segundo lugar, las infecciones intestinales y las originadas en el período perinatal (ver cuadro 18).

En los departamentos de San Salvador, La Libertad, Santa Ana y otros que no son escenarios directos de la guerra, las afecciones originadas en el período perinatal constituyen la principal causa de muerte, siguiéndole en importancia las infecciones intestinales.

Resulta importante observar el apareamiento de la mortalidad perinatal (defunciones fetales tardías más las ocurridas antes de 7 días de nacido)

Cuadro No. 17
Mortalidad, 1979 - 1983

A ño	Total país	Regiones											
		Occidente		Central		Metropolitana		Paracentral		Oriental			
		Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa	Número	Tasa		
1979	32.936	7.4	8.308	8.6	4.586	7.7	7.223	7.7	5.288	6.6	7.531	5.8	
1980	38.967	8.6	9.600	9.5	5.387	8.2	9.122	10.0	6.568	7.6	8.290	6.2	
1981	37.468	8.2	9.296	9.1	5.436	8.6	8.818	8.9	5.761	6.8	8.157	5.9	
1982R	33.284	7.1	8.241	7.8	4.766	7.3	8.273	8.1	4.731	5.4	7.273	5.1	
1983P	31.826	6.7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos

Excluye las defunciones de residentes en el extranjero

Tasa por 1.000 habitantes en base a la población estimada por Dirección General de Estadísticas y Censos.

R Cifras revisadas

P Cifras provisionales

... No hay información

Cuadro No. 18
Cinco primeras causas de mortalidad por departamento, 1983

Principales causas de muerte					
Departamento	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.
Ahuachapán	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Enfermedades intestinales	Bronquitis, enfisema y asma	Suicidio	Homicidio
Santa Ana	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Enfermedades intestinales	Homicidio	Bronquitis, enfisema y asma	Suicidio
Sonsonate	Ciertas afecciones originadas en el período	Enfermedades intestinales	Bronquitis, enfisema y asma	Homicidio	Suicidio
Chalatenango	Otra violencia	Homicidio	Enfermedades intestinales	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Infarto agudo miocárdico
La Libertad	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Enfermedades intestinales	Homicidio	Bronquitis, enfisema y asma.	Enfermedad cerebrovascular
San Salvador	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Enfermedades intestinales	Homicidio	Enfermedad cerebrovasculares	Infarto agudo del miocardio
Cuscatlán	Otra violencia	Enfermedades intestinales	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Homicidio	Bronquitis, enfisema y asma

Principales causas de muerte

Departamento	1a.	2a.	3a.	4a.	5a.
Cabañas	Homicidio	Enfermedades intestinales	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Infarto agudo del miocardio.	Bronquitis, enfisema y asma
La Paz	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Homicidio	Enfermedades intestinales	Infarto agudo del miocardio	Enfermedad cerebrovascular
San Vicente	Homicidio	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Enfermedades intestinales	Enfermedad cerebrovasculares	Infarto agudo del miocardio.
Usulután	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Homicidio	Enfermedades intestinales	Enfermedad cerebrovasculares	Bronquitis, enfisema
Morazán	Homicidio	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Bronquitis, enfisema y asma	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedades intestinales
San Miguel	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	Homicidio	Enfermedades intestinales	Infarto agudo del miocardio	Enfermedad cerebrovascular
La Unión	Homicidio	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.	Infarto agudo del miocardio	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedades intestinales

como principal causa de muerte; su tasa se incrementó de 4.27 en 1978 a 25.0 por mil nacidos vivos en 1983, lo que estaría reflejando un deterioro de la atención materna y el parto.

Como lo muestra el cuadro 19, las afecciones originadas en el período perinatal explican el 57% de las muertes infantiles en 1983, siguiéndole en importancia las infecciones intestinales y del aparato respiratorio.

Cuadro No. 19
Principales causas de mortalidad infantil. 1983

Causa	Defunciones	%	Tasa x 1000 NV
Total	6.313	100.0	43.8
Demás causas	596	9.5	9.4
Mal definidas	32	0.5	0.2
Sub-total	5.685	90.0	39.4
1. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal.	3.606	57.1	25.0
2. Enfermedades infecciosas intestinales.	1.258	19.9	8.7
3. Bronquitis, enfisema y asma.	471	7.5	3.3
4. Neumonía	197	3.1	1.4
5. Anomalías congénitas	153	2.4	1.1

Fuente: Ministerio de Salud Pública. *Salud Pública en cifras*, 1983, pag. XII.

En 1982, el 68% de los niños menores de 1 año que murieron, no contaron con asistencia médica; es decir, algunas de estas muertes pudieron haberse evitado con atención adecuada de salud.

c) Morbilidad

El parasitismo intestinal, la diarrea, influenza y paludismo, continuaban siendo, en ese orden, las enfermedades transmisibles más comunes en 1983, constituyendo el 88% de los casos notificados (ver cuadro 20). Esto refleja la prevalencia de graves problemas nutricionales y el empeoramiento del medio ambiente en general; los casos notificados de paludismo aumentaron de 49.836 en 1978 a 65.407 en 1983.

Según la encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-85 la diarrea

Cuadro No. 20
Diez primeras enfermedades infecciosas y parasitarias

1983		P/		
No. de Orden	Enfermedad	Casos		
		Número	%	Tasas ¹
	Total	438.055	100.0	8.377.3
	Demás causas	18.216	4.2	—.—
	Sub-total	419.839	94.4	—.—
1	Parasitismo intestinal	120.483	27.5	2.304.1
2	Enfermedades diarreicas (No incluye disentería no especificada)	115.958	26.5	2.217.6
3	Influenza o gripe	83.214	19.0	1.591.4
4	Paludismo	65.407	14.9	1.250.8
5	Amibiasis y disentería no especificada (no incluye el acceso hepático)	13.739	3.1	262.7
6	Infección gonococica aguda del aparato genitourinario	5.957	1.4	113.9
7	Varicela	4.289	1.0	82.0
9	Sífilis	4.025	0.9	77.0
9	Dengue	3.814	0.9	72.9
10	Conjuntivitis hemorrágica	2.953	0.7	56.5

Fuente: Reporte epidemiológico semanal.

1. Tasa por 100.000 habitantes

2. Cifras provisionales.

afectaba al 36% de los niños menores de 5 años, aumentando su prevalencia en los de menor edad; el 50% de los menores de 1 año padecían de diarrea. Casi el 38% de los niños menores de 5 años en el área rural padecían de diarrea, mientras que este porcentaje se reducía a 30.4 en la zona metropolitana (ver cuadro 21).

2 La guerra y los desplazados

La extensión y profundización de la guerra ha agudizado los desequilibrios estructurales y ha generado nuevas manifestaciones de la pobreza que somete a la mayoría de la población. Los efectos directos de la guerra y de su financiamiento que recae sobre las mayorías, no sólo ha vuelto más difícil la sobrevivencia en nuestro país y agudizado el deterioro de salud, también ha provocado grandes desplazamientos de fa-

Cuadro No. 21
Porcentaje de niños menores de 5 años
que han tenido diarrea en las últimas dos semanas (1985),
según región y edad del niño.

Región	Edad del niño					Total
	0	1	2	3	4	
Area metropolitana	33.4	44.8	31.0	24.2	19.1	30.4
Resto Urbano	43.7	49.3	50.0	29.5	22.0	39.0
Zona rural	48.6	53.3	35.0	26.7	24.3	37.7
Total	43.3	49.9	37.6	26.7	22.5	36.1
(N)	718	604	652	642	619	3235

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-895. Tabla 6.8.

milias de áreas rurales conflictivas hacia otras zonas del país y fuera de él, provocando graves trastornos sociales y agudizando aún más las condiciones de vida de los desplazados. A pesar que la mayoría de estas familias están dispuestas a regresar a su lugar de origen, la misma situación de guerra dificulta el retorno y en la medida que el conflicto se extiende y alargue, los desplazados continuarán constituyendo un grave problema económico y social.

a) Características de las familias desplazadas

La mayor parte de estas familias provienen de las zonas rurales más pobres del país y que son escenario directo de la guerra; el 60% de estas familias rurales proviene de los departamentos de Morazán, San Vicente y Usulután. a pesar de proceder de zonas muy pobres, las condiciones de vida de estas familias son aún peores en los campamentos de desplazados; si bien la dieta básica continúa siendo la misma, es decir, maíz y frijoles, las condiciones de hacinamiento (que en sus lugares de origen no eran tan graves por la dispersión de las viviendas en el campo) e insalubridad han empeorado dramáticamente.

En un estudio muestral realizado por la AID¹⁴ en 1985 entre las familias desplazadas ubicadas en campamentos, más del 80% de ellas señalaron que su medio ambiente actual era peor que el de su lugar de origen; el 75% de estas familias utilizaba agua contaminada y enfrentaban serios problemas para recolectar la basura. La situación es aún más grave si tomamos en cuenta que la mayor parte de estas personas se reubicar

dos o cuatro veces, lo que dificulta aún más las posibilidades de encontrar alguna fuente de ingresos, mientras que su carga familiar es muy grande ya que la familia desplazada promedio está integrada por 6 miembros, 3 de ellos menores de 15 años. Todavía más, un gran porcentaje de estas familias, principalmente las que provienen de zonas altamente conflictivas, están dirigidas por mujeres, dificultando aún más las posibilidades de conseguir algún empleo que contribuya a sobrellevar estas inhumanas condiciones de vida. En el 70% de las familias desplazadas encuestadas, ningún miembro de la familia tenía empleo permanente.

b) La morbi-mortalidad infantil

Mientras a nivel nacional la tasa de desnutrición en menores de 5 años es de 50%, entre las familias desplazadas alcanza al 70% de los niños. La ausencia de servicios adecuados, el hacinamiento y el medio ambiente insalubre en que viven estas familias condicionan la prevalencia de enfermedades diarréicas y respiratorias como principal causa de muerte; las tasas de mortalidad entre los desplazados superan en 50% los promedios nacionales¹⁵.

La incidencia de la desnutrición es mayor entre las familias provenientes de zonas altamente conflictivas, en aquellos niños que fueron desplazados cuando tenían un año ó menos y en los hogares dirigidos por mujeres.

La prevalencia de las enfermedades diarréicas y respiratorias es mayor entre las familias ubicadas en campamentos, donde el hacinamiento y la insalubridad alcanzan niveles alarmantes. A pesar de que la mayoría de estas familias conoce las ventajas del suero oral para el tratamiento de la diarrea, sólo un 14% de las madres lo utilizan. Asimismo, las menores coberturas de vacunación se presentan entre las familias desplazadas.

2.3. Oferta institucional de servicios de salud

La situación de crisis generalizada y guerra ha acelerado el deterioro de los servicios públicos de salud en El Salvador. Los requerimientos de la guerra y el agudizamiento de las dificultades para garantizar la continuación del proceso de valorización del capital, absorben los recursos del Estado y de la economía en su conjunto. El deterioro de los servicios públicos de salud ha resultado agudizado por los efectos directos de la guerra que ha llevado al cierre de unos 40 establecimientos de salud en las zonas fuertemente conflictivas, así como por las menores asignaciones presupuestarias que aunadas al proceso inflacionario han conducido a una disminución real de los recursos orientados a este sector.

El deterioro de los servicios de salud se presenta al mismo tiempo que

aumenta su necesidad por la proliferación de las enfermedades y causas de muerte que resultan de la profundización de la pobreza y la guerra; como hemos señalado antes, este deterioro impacta más fuertemente a la población infantil; así, el deterioro de la atención del embarazo y el parto, explica el 57% de las muertes infantiles de los últimos años. La prevalencia de la diarrea y enfermedades transmisibles se potencia por el agudizamiento de las condiciones de hacinamiento e insalubridad, derivadas de la profundización de la crisis.

a) Recursos públicos dedicados a la salud

El Ministerio de Salud cuenta con 340 establecimientos de salud, pero como señalábamos antes, unos 40 no funcionan por las condiciones de guerra prevalecientes; sólo en la región oriental dejaron de funcionar 22 establecimientos, empeorando aún más las condiciones de salud en esta zona. Se estima que la región oriental disponía de sólo 0.69 camas por 1.000 habitantes, mientras que esta tasa era de 2.97 para la zona metropolitana¹⁶.

Se estima que para 1985, se disponía de 3.0 médicos, 0.4 odontólogos, 2.5 enfermeras y 5.2 auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes¹⁷, lo que estaría reflejando una disminución en la disponibilidad de recursos humanos con respecto a 1978, principalmente en cuanto a enfermeras y auxiliares de enfermería. Casi la mitad de todo este personal se concentraba en la zona metropolitana.

Si bien el monto de recursos financieros asignados al ramo de Salud Pública, en millones de colones, ha aumentado en los últimos años, su participación en el presupuesto general de la nación ha disminuido constantemente, llegando sólo a 6.5% en 1986, mientras que en 1979 absorbía casi el 10%. Sin embargo, en 1987 experimenta una sensible recuperación, absorbiendo el 8% del presupuesto nacional (ver cuadro 22); este aumento en las asignaciones a Salud Pública se debe fundamentalmente al intento por tratar de recuperar los daños producidos por el terremoto recién pasado sobre la infraestructura de salud, que se estiman en unos 400 millones de colones.

La insuficiencia de los recursos financieros asignados a Salud Pública se agudiza si consideramos el acelerado proceso inflacionario en los últimos años.

b) La ayuda internacional

El deterioro secular de las condiciones de vida y salud de la mayoría de salvadoreños, ha motivado desde hace varios años a las instituciones internacionales humanitarias y algunos gobiernos a prestar ayuda a los grupos poblacionales más afectados por la pobreza. Tradicionalmente

Cuadro No. 22
Asignaciones presupuestarias a los ramos de salud y defensa y
seguridad pública, en millones de colones y porcentaje entre parentesis

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Ramo de Salud Pública	142.1 (9.8%)	178.4 (10.8)	167.0 (8.7)	165.7 (8.5)	170.4 (9.2)	191.6 (7.0)	176.5 (7.5)	235.4 (6.5)	287.1 (8.1)
Ramo de Defensa y Seguridad Pública	185.0 (12.7)	236.6 (14.4)	299.5 (15.6)	354.8 (18.2)	396.9 (21.4)	660.5 (24.2)	725.5 (30.7)	963.6 (26.8)	894.0 (25.4)
Total Presupuestos General Nación	1.453.3	1.645.1	1.918.8	1.946.6	1.851.2	2.731.7	2.360.2	3.601.4	3.519.6

Fuente: Ministerio de Hacienda. Informe Complementario Constitucional de la Hacienda Pública. (varios años) y Presupuesto General de la Nación 1986 y 1987.

esta ayuda internacional se ha orientado a paliar las manifestaciones más dramáticas de la pobreza, como la desnutrición y enfermedad. Obviamente esta ayuda internacional ha resultado insuficiente ante la gravedad y dimensión del problema.

La profundización de la crisis económica y política en los últimos años y su mayor impacto sobre las mayorías marginadas y empobrecidas del país, ha generado mayores flujos de ayuda internacional para El Salvador, que si bien en su mayor parte se dedica al financiamiento de la guerra, también se han incrementado los programas orientados a la atención de las necesidades prioritarias de salud y nutrición de los grupos poblacionales más necesitados, con especial énfasis en las familias desplazadas y en la niñez.

Aunque los recursos disponibles siguen siendo insuficientes ante la mayor gravedad alcanzada por el problema, esta ayuda internacional humanitaria trata de atenuar los efectos más dramáticos de la crisis orientándose hacia dos áreas principales: el desarrollo de acciones preventivas de salud y la ayuda alimentaria. Dentro del primer grupo de acciones se han realizado nueve jornadas nacionales de vacunación en los últimos tres años, ampliando las coberturas de la DPT y Antipolio-mielítica de 55% a 70% entre 1984 y 1986¹⁸; asimismo, la mayoría de los niños ha recibido inmunización para la tuberculosis y contra el sarampión. Actualmente se desarrollan programas piloto de atención primaria de salud en comunidades marginadas del área urbana y rural, con el propósito que sirvan de base para el diseño de una política nacional de salud; sin embargo, a pesar del patrocinio internacional, estos programas se enfrentan a serias dificultades derivadas de la situación de guerra prevaleciente y de la falta de un adecuado apoyo gubernamental ya que los recursos y atención del Estado se orientan prioritariamente a los

requerimientos de la guerra. Efectivamente, a excepción de las campañas de vacunación, los logros en el área de salud son muy precarios, como lo evidencia la continuada prevalencia de enfermedades y causas de muerte.

Los mayores montos de ayuda internacional humanitaria han consistido en la provisión de alimentos básicos, donados fundamentalmente por la AID y el Programa Mundial de Alimentos; entre 1981 y 1986 se recibieron más de 1 millón 300 mil toneladas métricas de alimentos básicos, el 85% de los cuales se comercializó internamente¹⁹ y sus fondos se han utilizado para el financiamiento de otros proyectos; sólo un 15% de la ayuda alimentaria se canalizó a los sectores más necesitados y afectados directamente por la guerra, como lo es la población desplazada. Esta provisión gratuita de alimentos a los grupos más necesitados adopta varias modalidades: programas de asistencia a grupos materno-infantiles, programas de asistencia para escolares, alimentos por trabajo, programas para desplazados y programas de asistencia alimentaria en situaciones de emergencia; la mayor parte de los recursos de estos programas se destinan a la atención alimentaria de las familias desplazadas.

Aunque en la distribución de la ayuda alimentaria gratuita participan instituciones gubernamentales y no gubernamentales, el mayor peso de las primeras en muchos casos ha subordinado la distribución de alimentos a las necesidades del proyecto contrainsurgente del gobierno. Ciertamente, los programas gubernamentales de acción cívica y rehabilitación de áreas, tipo CONARA, utilizan la ayuda alimentaria externa para tratar de ganar adeptos a la estrategia contrainsurgente en aquellas áreas mayormente conflictivas y en disputa; efectivamente, más del 60% de la ayuda alimentaria se ha canalizado a los departamentos de Cuscatlán, San Vicente y Usulután²⁰, que son precisamente las zonas donde se han implementado en mayor medida los programas gubernamentales de acción cívica antes referidos y que constituyen zonas importantes en disputa con la guerrilla. Por el contrario, las regiones tradicionalmente más atradasadas, de mayor pobreza, con los índices más elevados de desnutrición y enfermedad, y también muy fuertemente afectados por la guerra, como Chalatenango y Morazán, no reciben ni el 20% de los alimentos distribuidos²¹.

3. A manera de conclusión

La mitad de todas las muertes en El Salvador corresponden a niños menores de 5 años de edad; la tercera parte de las muertes ocurridas en este estrato de edad se producen en el primer mes de vida (mortalidad neonatal). La probabilidad de morir al final del primer año se eleva a 70.8 por mil siendo mayor en las zonas rurales en donde alcanza una tasa de 80.9 por mil nacidos vivos, que es aproximadamente el doble de la del

área metropolitana (47.8).

Las principales causas de esta mortalidad infantil han estado tradicionalmente asociadas al parasitismo intestinal, la diarrea, la influenza y el paludismo, que constituyeron el 88% de los casos notificados de enfermedades transmisibles en 1983. Sin embargo, en la década actual adquieren prevalencia, como causa de mortalidad infantil, las enfermedades originadas en el período perinatal que, según las estadísticas disponibles, contribuían con el 57% de las muertes infantiles en 1982; obviamente, la mayor incidencia de estas enfermedades ha sido acelerada por la situación de guerra imperante en el país que aumenta las dificultades para una atención adecuada del embarazo y el parto. La prevalencia de estos trastornos se refleja también en la mortalidad materna, donde casi la totalidad de muertes se deben a problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio.

Los factores condicionantes fundamentales de la morbi-mortalidad infantil son de naturaleza estructural, pero han sido profundizados por la crisis actual. La incidencia de las enfermedades infecto-contagiosas se sustenta en la desnutrición y el medio ambiente insalubre, derivados de la desigual distribución del ingreso, de la reducida oferta de alimentos básicos y de un aparato institucional que ha marginado a los grupos más pobres del país. La reducida oferta institucional de servicios básicos y medicina preventiva orientado a los hogares de bajos ingresos, han vuelto inevitables muchas causas de muerte y enfermedad; y en la medida que la deficiente oferta institucional se agrava con la crisis actual, adquieren prevalencia como causa de muerte los trastornos originados en el período perinatal, que podrían ser evitados mediante una atención adecuada del embarazo y el parto.

Estos condicionamientos estructurales de la morbi-mortalidad infantil se reflejan con mayor dimensión en las zonas rurales y áreas más atrasadas del país. Según datos de FESAL-85, más de la tercera parte de los niños menores de cinco años sufren de diarrea, concentrándose la prevalencia de esta enfermedad en los menores de un año y en las áreas rurales (que constituyen la mitad de los casos encontrados). Por otra parte, la población rural presenta otra desventaja, y es que tienen menos acceso a consultas y atención adecuada; no más de una tercera parte de la población rural pide consejo para el tratamiento de la diarrea y sólo el 21% utiliza suero oral. Este desequilibrio en el acceso a los servicios de salud es más grave cuando se considera que en el área metropolitana el 81% de los partos es atendido por médicos; mientras que en el campo sólo una cuarta parte es atendida por un médico, la mitad recurre a una partera y un 13% no recibe ningún tipo de atención especializada. Ciertamente, la población infantil de las zonas rurales debe constituir un objetivo prioritario de cualquier programa que trate de suavizar los efectos

de la pobreza en nuestro país.

La situación de guerra imperante ha generado además otra consecuencia grave para la sociedad salvadoreña: el fenómeno de los desplazados. Mientras a nivel nacional la tasa de desnutrición en menores de cinco años es de 50%, entre las familias desplazadas alcanza al 70% de los niños. La ausencia de servicios adecuados, la deficiente alimentación y el medio ambiente insalubre en que viven estas familias, condicionan la prevalencia de las enfermedades diarreicas y respiratorias como principal causa de muerte.

Si bien la ayuda internacional se ha incrementado en los últimos años, la mayor parte de ella se dedica directa o indirectamente a la guerra, mientras el escaso margen disponible para asistencia humanitaria resulta desde todo punto de vista insuficiente ante la ampliación y profundización del problema; aún más, la alta prioridad que representa la guerra para la asignación de los recursos y atención del Estado, lleva en muchos casos a subordinar los escasos esfuerzos humanitarios a los requerimientos del proyecto contrainsurgente, descuidando y agravando los desequilibrios estructurales y sus manifestaciones más dramáticas: la extrema pobreza la desnutrición, la insalubridad, las altas tasas de morbilidad y mortalidad, y el mayor impacto que todo ello ocasiona sobre la niñez salvadoreña.

NOTAS

1. Lino de Mejía, Violeta. *El mercado de la mano de obra agrícola en El Salvador*, tabla No. 4. Citado por el INCAP en *Diagnóstico Alimentario Nutricional de El Salvador*. 1983.
2. MIPLAN. *Encuesta de hogares de propósitos múltiples*. 1978.
3. INCAP. *Diagnóstico Alimentario Nutricional de El Salvador*. 1983. Pág. 37.
4. *Ibid.* Pág. 38.
5. Algunos estudios señalan que la tasa bruta de mortalidad se redujo de 19.7 a 10.8 por mil, entre 1950 y 1970.
6. UNICEF. *Encuesta nacional de salud familiar*. FESAL-85. Informe final.
7. *Ibid.* Tabla 6.2.
8. Dirección General de Estadística y Censos. *Anuarios Estadísticos*.
9. *Ibid.*
10. INCAP. *Op. cit.* Págs. 42 y 43.
11. *Ibid.* Págs. 43 y 44.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Salud Pública en cifras*.
13. Ministerio de Salud. *Salud Pública en cifras*, 1983. Cuadro No. 5.
14. AID. *Encuesta de base de la población desplazada*. 1985 (mimeo).
15. *Ibid.*
16. Ministerio de Salud. *Salud Pública en cifras*. 1983. Págs. XIV y XV.
17. Estimado en base a Ley de Salarios, 1985.
18. Fuente: Misión AID en El Salvador y Programa Mundial de Alimentos.
20. UNICEF. *Análisis de la situación de nutrición y salud en El Salvador*. Tabla No. 14.
21. *Ibid.*