

T 63

XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA.
UNIDAD XOCHIMILCO.
MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL.

LINEAMIENTOS DE POLITICA SANITARIA
PARA UN GOBIERNO DE AMPLIA
PARTICIPACION EN EL SALVADOR.

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL
QUE PRESENTAN :

ANA GLADYS MABEL DÍAZ FIALLOS,

MARIO ANTONIO MORALES VELADO.

N.S.
38955

124667

MARZO 1987

MÉXICO D.F.

MÉXICO.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

ASESOR DE TESIS :

MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL
HÉCTOR SALAZAR OLGUÍN.

SINODALES EXAMINADORES:

Maestra en Med. Social Catalina Eibenchutz

Maestro en Med. Social Héctor Salazar Olguín

Maestro en Med. Social Edgar Jarillo.

Dr. en Ciencias Políticas Edgar Jiménez.

Maestra en Med. Social Jeaneth Ulate.

INDICE GENERAL

	Página
<u>INTRODUCCION</u>	1
Cap. I <u>"CONSIDERACIONES EN TORNO AL PROBLEMA PLANTEADO"</u>	
1.1 Planteamiento del Problema.....	3
1.2 Consideraciones principales relacionadas a lineamientos en Política Sanitaria de varios países.	
1.2.1 Política Sanitaria Gubernamental según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador.....	5
1.2.2 Política Sanitaria de Otros Países.....	8
1.3 Objetivos de la Tesis.....	25
1.3.1 Objetivo General.....	25
1.3.2 Objetivos Específicos.....	25
1.4 Hipótesis.....	25
1.4.1 Hipótesis General.....	25
1.5 Objeto de Estudio	26
1.5.1 Desglose de Objeto de Estudio.....	26
1.6 Metodología de la Investigación.....	26
BIBLIOGRAFIA DEL PRIMER CAPITULO.....	29
Cap. II "ASPECTOS REFERENCIALES DEL PROCESO SOCIAL SALVADOREÑO"	
2.1 Descripción General sobre El Salvador.....	30
2.1.1 Ubicación Geográfica y Límites.....	30

2.1.2 División Política.....	30
2.1.3 Principales Características Geográficas.....	31
2.1.4 Distribución de Principales Cultivos.....	33
2.2 Surgimiento de la Formación Económico Social de El Salvador, en su proceso histórico	
2.2.1 Primer Período: El Estado Oligárquico Liberal.....	34
2.2.2 Período de 1950-1978.....	37
2.3 Proceso de Formación del Movimiento Popular.....	43
2.3.1 Del año 1970 a 1979.....	43
2.4.1 Del año 1979 a 1980.....	43
2.4.1 Análisis de la Situación Salvadoreña Actual.....	55
BIBLIOGRAFIA DEL SEGUNDO CAPITULO.....	69

Cap. III "CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LA POBLACION SALVADOREÑA"

3.1 Introducción.....	71
3.2 La Economía Salvadoreña 1970-1985.....	71
3.2.1 Evolución Real de la Economía.....	73
3.2.2 Evolución de la Economía a Precios Corrientes.....	75
3.2.3 Interrelación entre la Evolución Real y Corriente de la Economía.....	75
3.2.4 Evolución de Resultado del Presupuesto nacional.....	78
3.2.5 Evolución del Índice de Precios al Consumidor o Inflación anual.....	82
3.3 Distribucion del Ingreso	
3.3.1 En la Población General.....	85
3.3.2 Entre Sueldos, Salarios y Capital.....	94

3.4 Alimentación.....	111
3.5 La Vivicnda.....	118
3.6 Saneamiento Ambiental.....	123
3.7 Educación.....	127
3.8 La Violencia Política;Causa Principal de Muerte...	136
3.9 Migración.....	144
3.10 Situación después del Terremoto del 10 de Octubre de 1986.....	149
BIBLIOGRAFIA DEL TERCER CAPITULO.....	154

Cap. IV ANALISIS DE LA SITUACION EN EL SALVADOR

4.1 Introducción.....	157
4.2 Indicadores Básicos.....	158
4.2.1 Población, Índice de Ruralidad-Migraciones..	158
4.3 Regiones de Salud.....	159
4.4 Distribución Etaria de la Población.....	161
4.5 Natalidad.....	161
4.6 Fecundidad.....	164
4.7 Esperanza de Vida al Nacer.....	165
4.8 Mortalidad.....	165
4.8.1 Mortalidad General.....	165
4.8.2 Causas de Mortalidad General.....	168
4.8.3 Mortalidad por Actividad Económica.....	172
4.8.4 Mortalidad Infantil.....	175
4.8.5 Mortalidad Materna.....	181
4.9 Morbilidad.....	182
4.9.1 Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	182

	Página
4.10 Nutrición	185
4.11 Recursos.....	188
4.11.1 Sector Público.....	188
4.11.2 Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).....	197
BIBLIOGRAFIA DEL CUARTO CAPITULO.....	200

CAPITULO V

"FORMULACION DE LINEAMIENTOS DE LA POLITICA SANITARIA"	
5.1 INTRODUCCION	
5.2 Consideraciones Previas.....	201
5.2.1 Consideraciones Generales.....	201
5.2.3 Consideraiones de Salud.....	203
5.3 Propuesta de la Política Sanitaria para un Gobierno de amplia Participación.....	206
5.3.1 Principios.....	206
5.3.2 Lineamientos.....	207
BIBLIOGRAFIA.....	217

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

La actual situación de salud en El Salvador es el complejo resultado del proceso histórico, social y político agudizado en los últimos años.

La presente tesis teniendo en cuenta lo anterior y considerando que en la actual coyuntura se requiere de la concertación de amplios sectores para poner fin al conflicto, plantea una propuesta de lineamientos de Política Sanitaria para un Gobierno de amplia Participación.

En tal sentido, el estudio realizado comprende los siguientes capítulos:

En el primero, titulado "Consideraciones en torno al Problema Planteado", se alude al problema, su definición, delimitación antecedentes del mismo y justificación para la investigación. Además se incluyen los objetivos, hipótesis, el objeto de estudio con su desglose y la metodología utilizada para la realización de este trabajo.

En el segundo capítulo "Aspectos Referenciales del Proceso Social Salvadoreño", comprende lo relacionado al desarrollo de la sociedad salvadoreña, en breve recorrido histórico y de conformación de las diferentes organizaciones políticas para terminar con un análisis de la coyuntura para 1986.

En el Capítulo 3 "Consideraciones de Vida y de Trabajo en la Población Salvadoreña" se hace un análisis con el objeto de identificar los principales aspectos a tener en cuenta para la formulación de los lineamientos que debe contener la política sanitaria.

En el capítulo cuatro, titulado "Análisis de la Situación de Salud de El Salvador", se hace un estudio del perfil patológico de la población salvadoreña, por medio del análisis de indicadores demográficos y de morbimortalidad. Presentando además los recursos de salud, con énfasis especial en los del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El quinto capítulo de "Formulación de Lineamientos de la Política Sanitaria", contiene en la primera parte las principales consideraciones en relación a las condiciones de vida, de trabajo y de salud, que sirvieron de base para la elaboración de las propuestas, y en segundo lugar la propuesta de lineamientos que debe tener la política sanitaria para un Gobierno de Amplia Participación.

Finalmente se incluyen varios anexos que han sido de apoyo para el trabajo realizado.

CAPITULO I
CONSIDERACIONES EN TORNO AL PROBLEMA PLANTEADO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conformación del capitalismo en El Salvador, caracterizado por haber limitado la participación de la mayoría de la población en la solución de sus problemas y en la satisfacción de sus necesidades, ha dado como resultado el desarrollo político de las clases subordinadas y con ello la formación de diferentes organizaciones que han llegado a constituir una amplia alianza popular.

Desde 1979, las contradicciones dentro de la sociedad salvadoreña, han llevado a una guerra civil en que se enfrentan principalmente dos proyectos, uno el implementado por el actual gobierno demócrata cristiano y el otro propugnado por la alianza de organizaciones políticas democráticas y revolucionarias aglutinadas en el FDR-FMLN (Frente Democrático Revolucionario y Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional).

En la actual coyuntura los distintos sectores populares representados por el FDR-FMLN pugnan por una solución política negociada al conflicto que dé como resultado la constitución de un Gobierno de Amplia Participación (GAP) para El Salvador, en que estén representados los diferentes grupos sociales.

Un gobierno con esas características, como política sanitaria, deberá llevar a cabo un conjunto de actividades teórico-prácticas que hagan del proceso de salud-enfermedad y de la práctica médica en El Salvador, un factor, entre otros para establecerse, mantenerse y consolidarse

Por otra parte, en 1978, todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud aprobaron unánimemente llevar a cabo una serie de medidas tendientes a alcanzar como meta la salud para todos en el año 2000.

En consideración de lo anterior y teniendo en cuenta que el GAP respetará los acuerdos internacionales. La presente investigación, nos plantea como problema: Formular lineamientos generales para una política sanitaria de un gobierno de amplia participación popular, en El Salvador, a fin de responder al perfil patológico de la población y alcanzar las metas de salud para todos en el año 2000.

Dentro de la perspectiva de un gobierno de este tipo, estamos de acuerdo con la convicción de que no basta con la conquista del poder, sino que posteriormente vienen tareas más difíciles y más importantes como son mantener el poder, consolidarlo, conquistar una hegemonía sobre toda la sociedad y a su vez también mantenerla y defenderla.

Por ello y dada la situación actual de la sociedad salvadoreña en que tienen su influencia varias fuerzas sociales y políticas, es que se plantea por parte del FDR-FMLN la propuesta de Integración y Plataforma de Gobierno Provisional de Ampla Participación, que sea la expresión conjunta de todas las fuerzas que se adhieran al proyecto antioligárquico y de rescate de la soberanía e independencia nacional.

La Política General del país plasmada en esta plataforma busca beneficiar a la mayoría de sectores de la sociedad salvadoreña, en sus condiciones de vida, de trabajo y por consiguiente de salud.

Considerando que no existe hasta el momento una política de salud bien estructurada para dicho momento histórico y que no hay Política Sanitaria en proyecto, dentro de una perspectiva de cambio, para El Salvador; entonces surge la necesidad de realizar un estudio de esta naturaleza, como una tarea para las diferentes fuerzas y sectores de la sociedad.

El presente trabajo es una contribución como parte de este proceso colectivo.

1.2 CONSIDERACIONES PRINCIPALES RELACIONADAS A LINEAMIENTOS EN POLITICAS SANITARIAS DE VARIOS PAISES.

En esta parte resumimos los principales aspectos del contenido de la política sanitaria gubernamental para 1985-1989, y de la política sanitaria de otros países.

1.2.1 Política Sanitaria Gubernamental según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador.

Política de Salud:

La salud es uno de los componentes esenciales para el desarrollo económico y social de la nación, junto con otros factores socioeconómicos con los cuales tiene relaciones recíprocas, como son: la educación, la nutrición, vivienda y trabajo.

Por tal razón explica que la Constitución Política de El Salvador en el Art. 65 establece que: "la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento".

"El Estado determinará la política nacional de Salud y controlará y supervisará su aplicación". O sea, que tal obligación se refiere tanto a los individuos como a la colectividad como un todo y no debe haber entre un salvadoreño y otro, desigualdad en los medios para procurar y recibir los beneficios que se derivan del derecho a la salud. Como consecuencia de lo anterior es obligación colectiva, indeclinable e ineludible del Gobierno y del pueblo, asumir en forma integral la responsabilidad de la salud.

1. Políticas:

Para el período 1985-1989, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social adopta y propone, de acuerdo a la política global del desarrollo económico y social del país, las siguientes políticas:

- 1.1. Estructurar la atención del primer nivel en forma tal que se satisfagan las necesidades básicas de toda la población.
- 1.2 Estructurar el primer nivel de atención poniendo énfasis en el desarrollo de la participación comunitaria y contribuyendo a fortalecer el nivel municipal como centro de la articulación intersectorial y la integración a las acciones del desarrollo:
- 1.3 Desarrollar un sólido, aunque gradual, proceso de descentralización que permita la toma de decisiones y la administración de los recursos en los niveles regional y municipal.
- 1.4 Promover el desarrollo armónico y la utilización racional de los recursos humanos y tecnológicos.

1.5 Crear mecanismos con las otras instituciones del sector y orientar la evolución de los mismos con miras a configurar en el largo plazo, un Sistema Nacional de Salud acorde con la organización jurídico-administrativa nacional y la disponibilidad de recursos.

2. Propósito:

Mejorar la salud de la población salvadoreña.

3. Objetivos:

3.1 Conformar el Sistema Nacional de Salud

3.2 Mejorar el medio ambiente hostil

3.3 Ampliar la cobertura de la atención en salud.

4. Estrategias:

4.1 La estrategia básica a utilizar será de atención primaria de la salud que reordenará la asignación de recursos y el funcionamiento de todos los servicios otorgando prioridad a la satisfacción de las necesidades básicas de la población y adecuando la dimensión y funcionamiento de los servicios de mayor complejidad a la resolución de los problemas de salud que no puedan ser resueltos en el primer nivel

4.2 Apoyar técnica y administrativamente el incremento de la cobertura de los programas de atención médica integral.

4.3 Optimizar el funcionamiento de la red de establecimientos de salud.

4.4 Establecer horarios de atención que permitan una mayor accesibilidad a la población.

4.5 Descentralizar acciones de atención médica.

4.6 Organizar técnica administrativa y legalmente el MSPAS, para que pueda cumplir con las políticas trazadas.

4.7 Establecer los mecanismos necesarios en el campo administrativo, técnico y legal para integrar el Sistema Nacional de Salud.

4.8 Promover una mística de trabajo entre todos los empleados de la Institución.

5. Programas básicos a ejecutarse en el período comprendido entre los años 1985-1989:

5.1 Atención al medio

5.2 Atención Médica Integral

5.3 Desarrollo de los recursos

1.2.2 Política Sanitaria de Otros Países

Se ha seleccionado en esta parte la tres países: Cuba, Nicaragua y Costa Rica.

- Cuba por ser un país cercano, país socialista que ha logrado una morbilidad comparable con la de países desarrollados y además tiene una cobertura universal de los servicios de salud.

Nicaragua.- país que atraviesa por una transición democrático popular y que enfrenta los problemas de salud de la población. tomando en cuenta la experiencia cubana.

- Costa Rica, que es un país centroamericano capitalista dependiente que ha logrado una cobertura casi total de la población y bajas tasas de mortalidad también comparable con la de países desarrollados.

a) La salud en Cuba:

En sus comienzos, la revolución cubana transcurrió en una etapa ó fase democrática antiimperialista y popular, también llamada democrática popular, antiimperialista y agraria (1959-1960) y recorre ahora la etapa o fase socialista (1961 -), con formas de Estados dife-

rentes.

Antes de 1959, la situación de salud cubana, era similar, a la de países como El Salvador, presentan la mayoría de países latinoamericanos: Ausencia de un sistema estatal de salud para toda la población, escasos servicios en las áreas rurales, un porcentaje significativo (40% en Cuba) de la población sin cobertura; esperanza de vida al nacer de menos de 60 años, mortalidad infantil muy por encima de 70 por mil nacidos vivos,, la gastroenteritis como primera causa de muerte en menores de un año; altas tasas de paludismo, poliomielitis como primera causa de muerte en menores de un año; altas tasas de paludismo, poliomielitis, difteria, tétanos en su cuadro de morbilidad, escasez y mala distribución de recursos humanos, etc.

En Cuba se crea en 1964 el Policlínico Integral, unidad básica.

En 1968 se implanta el Sistema Nacional de Salud Unico. Entre los años de 1970 y 1980 se implementa un nuevo modelo de atención primaria CON PARTICIPACION DE ESPECIALISTAS DE LOS HOSPITALES en las actividades de los policlínicos.

Para aproximarnos a las políticas de salud en Cuba Socialista empezaremos con los 5 principios básicos:

1) Carácter estatal, 2) Gratuidad y accesibilidad total, 3) carácter planificado 4) Unión de la ciencia y práctica médicas y 5 participación activa de las masas. El último punto fué institucionalizado en 1976, con la instalación de los órganos de Poder Popular.

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto orgánico desde el cual y en el cual se implementan las acciones de salud. El Ministerio de Salud Pública, desde el punto de vista normativo y metódico.

Existen 3 niveles administrativos para realizar la gestión de salud: El central, el provincial y el municipal. En el nivel central existe un Viceministerio de Docencia: Docencia Médica Media, de postgrado, capacitación de los trabajadores y la atención de los cuatro institutos de Ciencias Médicas en el país, que tienen una o varias facultades de Medicina.

El Sistema Nacional de Salud tiene tres niveles de atención médica: primario secundario y terciario, interrelacionados y garantizando una cobertura total de servicios al país.

El nivel primario es el núcleo básico del sistema. Sus acciones tienen lugar en las unidades del servicio de salud: policlínicos integrales, hospitales rurales, puestos médicos rurales (postas) y dispensarios de industrias.

Las acciones de salud (planificadas) se organizan y desarrollan en todo el país mediante los "programas básicos del área de la salud" (integrales): atención integral a la mujer, al niño, al adulto, atención estomatológica, control epidemiológico, atención médica domiciliaria y programas de protección al ambiente: higiene comunal y ambiental, higiene de los alimentos, nutrición, higiene del trabajo.

La unidad básica del nivel secundario es el hospital; el nivel terciario se implementa en hospitales especializados e institutos (cobertura de 200 a 300 mil habitantes).

Desde el nivel menos complejo hasta el nivel nacional (central), hay participación de las organizaciones de masas. En 1961 se crearon Las Comisiones de Salud del Pueblo, integradas por los distintos responsables de salud de las principales organizaciones de masas: Comité de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas, Asociación Nacional de Agricultores Pequeños y Central de Trabajadores en Cuba.

La salud en Cuba está Regionalizada. Y así, los hospitales municipales o provinciales incorporan especialidades de Medicina Interna, Ortopedia, Dermatología y Psiquiatría.

El policlínico , unidad básica urbana del área de salud, no tiene camas, su función principal es la de consulta externa. Incluye fundamentalmente cuatro especialidades médicas: Pedriatría, ginecobstetricia, Medicina General y Estomatología. Su cobertura es de 10 a 40 mil habitantes divididos en sectores de tres mil a cinco mil habitantes, cada uno de ellos con un pediatra, un ginecobstetra y un médico general. Junto a los médicos laboran en equipo una enfermera, trabajadores sanitarios, trabajadores sociales, técnicos de laboratorio, de rayos X, etc.

La política sanitaria que se implantó en Cuba desde su revolución, para ser puesta en práctica ha tenido la necesidad de formar gran cantidad de recursos humanos para llevarla a cabo: la revolución ha formado 15 mil médicos hasta 1981, cerca de 4000 estomatólogos y el personal de enfermería se incrementó en más de 27000 agentes.

La atención materno infantil una de las áreas priorizadas por el Sistema Nacional de Salud cuenta con 3367 médicos especializados en Pediatría y ginecología y con 3279 enfermeras pediátricas y obstétricas, para una población de 9,7000 (censo de 1981). El Sistema Nacional Único produjo en 1981 un promedio de 5 consultas por habitante en 1981.

En cuanto a la formación de médicos en 1971-1972 se inicia en Cuba el "estudio-trabajo", implementándose lo que se ha llamado Integración Docente-Atencional Investigativa (IDAI), para que los estudiantes de Medicina, transcurran buena parte de su práctica, vinculados a la realidad concreta, a través de una interacción entre docentes, los estudiantes y la sociedad.

El policlínico docente comunitario (policlínico integral), como unidad básica de la atención primaria, permite la acción del IDAI en la propia comunidad.

La legislación de 1976, permite la creación de los Institutos Superiores de Ciencias Médicas, normados administrativamente por el MINSAP y metodológicamente por el Ministerio de Educación Superior. De este modo se encuentra integrada la atención médica y la formación de recursos humanos.

Para 1981, los principales indicadores de salud de Cuba son: expectativa de vida al nacer, de 73 años; tasa de mortalidad infantil de 18.5 por 10000 nacidos vivos; la poliomielitis fué erradicada en 1962; la fiebre tifoidea ha sido casi controlada. No hay ninguna enfermedad infectocontagiosa dentro de las diez primeras causas de muerte: no aparecen las enfermedades diarreicas y el paludismo.

Por último con 16,210 médicos, 4188 estomatólogos; 27993 profesionales y técnicos de enfermería y 22434 técnicos en otras especialidades, Cuba es considerada, por sus recursos humanos, como potencia médica. Es importante añadir que ningún médico u otro trabajador de la salud se encuentra desempleado.

Si comparamos los indicadores de salud, con los reportados al principio y que corresponden a la época anterior a la revolución, comprenderemos que uno de los logros de la revolución cubana es el dramático mejoramiento en las condiciones de salud de la población.

b) La Salud en Nicaragua Sandinista.

A partir del 19 de Julio de 1979 se gesta en Nicaragua un nuevo modelo de atención en salud, que se fundamenta en el principio de que la salud es un derecho de todos los ciudadanos del país, de toda su población y que la salud es una responsabilidad del estado.

En Nicaragua, surge el Sistema Nacional Unico de Salud, el SNUS el 8 de Agosto de 1979 mediante un decreto de La Junta de Gobierno de Reconstrucción Nacional. El SNUS se define como ".el conjunto de elementos que interactuando y con finalidad definida, es capaz de garantizar la organización y prestación de servicios básicos de salud al pueblo de Nicaragua". El SNUS nace con la característica de ser regionalizado. La regionalización del SNUS fué institucionalizada desde el punto de vista jurídico-político mediante la regionalización del estado. Esta es la Centralización Normativa y la Descentralización Ejecutiva, i.e. técnica y administrativa.

Ahora bien, la cantidad de analfabetos con que se encontró la revolu-

ción nicaraguense era impresionante. Esto era un obstáculo para los objetivos de la revolución, para la educación en salud y para la participación organizada de las masas en la gestión salud y en la gestión estatal en su conjunto. En 1980 se movilizaron 80,000 voluntarios, incluyendo internacionalistas, llevando el índice de alfabetismo de 49% al 80% (2000,000 alfabetizados).

Esta campaña de alfabetización fué capaz de fortalecer al SNUS ya que integra de modo coordinado e interactuante: al Ministerio de Salud (MINSAL), como órgano rector; al pueblo organizado y a otras instituciones estatales. Logrando una participación más consciente de las masas.

En cuanto a los principios básicos de Política Sanitaria en la Transición Democrático-popular nicaraguense son: 1º carácter estatal, 2. gratuidad y accesibilidad crecientes, 3. carácter planificado, 4. participación activa de las masas.

Aunque en Nicaragua existe todavía, de modo significativo la Medicina Privada, el estado garantiza a todos los ciudadanos los servicios básicos.

Para 1982 la Política Sanitaria nicaraguense se resume en los siguientes términos: 1º atención prioritaria e integral a los grupos sociales básicos a) los trabajadores: obreros y campesinos b) las madres y los niños 2.- consolidar la participación popular a través de los organismos de masas en la gestión de los servicios de salud. 3- priorizar a nivel de la Atención Primaria las acciones preventivas. 4.- organizar los servicios de salud acorde con los principios del SNUS fortaleciendo la regionalización y consolidando las áreas de

la salud.

5.- Desarrollar la planificación como un instrumento científico de conducción del desarrollo del SNUS.

6.- Formar los recursos humanos necesarios para el desarrollo de los servicios de salud, capacitar a los trabajadores de salud e incrementar la conciencia sanitaria del pueblo.

7.- Utilizar la máxima capacidad instalada y los recursos disponibles, a través del aumento creciente de la productividad y de la eficiencia en un marco de austeridad y así mismo aumentando la extensión de cobertura de los servicios básicos para todo el pueblo.

Los servicios básicos de salud en Nicaragua que no son los mismo que atención primaria, incluyen: 1) atención preventiva al individuo y a la familia 2) atención secundaria planificada, con permanente acción educativa al pueblo 3) cubrir progresivamente las necesidades de salud y 4) priorizar la atención a la madre-niño y al trabajador.

La atención primaria en salud es sólo uno de los componentes de la atención primaria, la cual es entendida por el estado nicaraguense como "el conjunto de acciones del estado y el pueblo organizado que garanticen el derecho al trabajo a la alimentación básica, a la educación, al seguro social, a los servicios de salud y medio ambiente adecuado para la reproducción de la existencia del pueblo".

En cuanto al SNUS, punto medular de la política sanitaria de Nicaragua cuenta con tres niveles: el central, el regional y el nivel de áreas de la salud; niveles que están interrelacionados y tienen como objetivos, básicos mediatos e inmediatos la cobertura total de servicios

al país el área de salud es una comunidad de 20 a 30 mil habitantes, con límites geográficos precisos. La unidad básica de atención la constituye el centro de salud que a su vez se divide en sectores de 3000 habitantes, atendidos por auxiliares de enfermería y brigadistas de salud. (Nicaragua cuenta con una población de 2.8 millones de habitantes).

El nivel regional comprende los hospitales regionales, los laboratorios regionales de Medicina Preventiva y unidades docentes regionales de formación de recursos humanos. El nivel central integra hospitales Nacionales laboratorios nacionales de Medicina Preventiva, unidades nacionales de formación de los recursos humanos y otras dependencias.

Ahora bien, en Nicaragua con una mortalidad infantil de 120/1000 nacidos vivos y de 220 /1000 nacidos vivos en el campo y con un porcentaje de desnutrición en menores de cinco años del 84%, una de las estrategias privilegiadas es la de llevar salud al campo de acorde con los problemas de salud de éste (aunque el 53% de la población es urbana, según Barricada del 2 de enero de 1984). Además se entiende con los datos anteriores el porqué dentro del concepto integral de atención primaria se enfatizan los aspectos del establecimiento del salario mínimo, la disminución de la tasa de desempleo, los subsidios para los granos básicos y la distribución adecuada de los productos críticos. También se comprende de cómo en el Ministerio de Planificación (MIPLAN), en la Comisión de Atención Primaria Integral, existen representantes de la Reforma Agraria.

Acorde al segundo objetivo de la Política Sanitaria, enunciada anteriormente, la participación popular se da por los organismos de masas

que constituyen Los Consejos Populares de Salud, en las distintas áreas abarcadas en la regionalización. La Comisión Popular de Salud es la representatividad de los organismos de masas ante el Ministerio de Salud". La integran un representante de cada uno de dichos organismo: Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), Comités de Defensa Sandinista (CDS), Central Sandinista de Trabajadores (CST), Asociación de Mujeres Luisa Amanda Espinosa (AMLAE), Juventud Sandinista 19 de Julio (JS19J), Asociación Nacional de Educadores Nicaraguenses (ANDEN), y la Asociación de padres de Familia.

Entre el centro de salud o el puesto de salud y la comunidad se da el brigadista voluntario de salud o responsable de la salud, una base cultural idéntica al resto de la comunidad que vive en las mismas condiciones que el resto de la población. Este es el promotor de salud, elegido por la organización popular. Recibe una capacitación básica en salud, participa en las acciones de salud que se realizan, coordina la participación de las masas y ayuda a evaluar las actividades.

En cuanto al sexto punto de la Política Sanitaria, hay que señalar el alto grado de coordinación que se produjo entre el SNUS y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN). Entre los instrumentos operativos de la coordinación están el Comité de Internado y Residencias y el Programa de Estudio-trabajo que articula tempranamente a los estudiantes de pre-grado al plan y programas del MINSA y las tareas productivas.

Por último en 1980 se inició la investigación en salud a nivel institucional, de carácter aplicada y orientada.

Comentario para los Casos de Cuba y Nicaragua

Al comparar los indicadores de salud de Cuba antes de la revolución y los actuales, que son comparables con los de las naciones desarrolladas podemos calificar de notables y grandiosos los logros de la revolución cubana, en cuanto a salud, sin embargo estos procesos no hubieran sido posibles si las transformaciones no se hubieran realizado dentro de un proceso global que abarca cambios profundos estructurales, económicos, sociales, políticos y culturales. Sin la eliminación del analfabetismo, por ejemplo y sin la garantía del pleno empleo, de una buena alimentación, etc, no sería Cuba un ejemplo de salud en Latinoamérica.

Aunque los planteamientos de la OMS-OPS, para América Latina, coinciden con los sustentados, tanto en la Política Sanitaria de Cuba como la de Nicaragua: la recomendación del sistema único de salud, la priorización de las actividades de atención primaria, la regionalización de los servicios, la planificación de la atención médica, la participación popular, la prioridad del aspecto primario de la medicina y la necesaria formación de recursos humanos, difieren en el significado de los términos, como por ejemplo el Sistema Unico de Salud en el caso de OPS, se conserva la autonomía de las instituciones se atiende aún la población en diferentes instituciones según clase social y se recomienda una Coordinación, para evitar la duplicidad de servicios y reducir costos. En cuanto a esto último la finalidad con que se proponen las políticas de OMS-OPS, y las de Nicaragua y Cuba son diferentes: en primer caso el reducir los costos es un problema central y la Política Sanitaria entien-

éndose ésta como la estatal (para OMS-OPS) debe apoyar el desarrollo capitalista de los países.

Sin embargo, la diferencia fundamental reside en el nivel técnico operacional, o sea la puesta en práctica de las Políticas Sanitarias, ya que estas son parte de la Política Global, tendiente a conservar una determinada Formación Económica Social, la capitalista en el caso de las mayorías de los países latinoamericanos, como es el caso de El Salvador.

Esto hace que cada elemento de la Política sanitaria sea aplicada o de acuerdo a ésta última finalidad, no haciéndose en una forma efectiva, como es el caso de la participación popular, que en nuestros países se reduce casi siempre a la ejecución de algunas tareas de salud con el fin de extender la cobertura, pero sin aumentar mayormente los costos. Además estas políticas no se han acompañado de cambios necesarios a nivel económico y social, tendiente a mejorar las condiciones de vida.

En el caso de Nicaragua y Cuba, la política sanitaria parte de que la salud es un derecho de todos los individuos de la sociedad y el estado se responsabiliza de hacer efectivo este derecho. La fundamentación es un derecho, es la finalidad básica de la política sanitaria en estos países.

En el caso de Cuba por otro lado la atención en salud, ha sido proporcionada a la población privilegiando la formación de recursos humanos de alto nivel académico, como es el médico especialista en gran escala lo que ha permitido (de acuerdo al principio de solidaridad de los

países socialistas), el internacionalismo en el campo de la medicina contribuyendo al desarrollo de revoluciones como la de Nicaragua. En Nicaragua se está formando también personal de bajo nivel como el promotor de salud.

Es de hacer notar que cada revolución es una escuela para las posteriores, comparando Cuba y Nicaragua observamos que las medidas que por ejemplo El Servicio Unico de Salud y el Programa de EstudioTrabajo tardaron varios años en Cuba después del inicio de la revolución para implantarse; en Nicaragua, han sido llevadas a la práctica en el primero y segundo año de la revolución.

Sin embargo las acciones llevadas a cabo, con éxito en una revolución como la cubana y ahora la nicaraguense; no deben ser retomadas por revoluciones posteriores, de una manera mecánica; sino que deben ser aplicadas de acuerdo a la realidad objetiva de cada país, teniendo en cuenta la correlación de fuerzas internacionales y la correlación de fuerzas al interior del país, en cada momento histórico.

c) La Salud en Costa Rica.

En Costa Rica, la salud junto con la educación es uno de los campos en que se ha logrado un nivel relativamente igualitario en su distribución y otros estándares .

A raíz de las enmiendas constitucionales efectuadas durante 1972-1973, los distintos servicios de salud se han orientado hacia la expansión e integración. En 1980 únicamente el 15% de la población total no estaba cubierta por los servicios médicos de la seguridad social. La población no cubierta recibe no obstante, atención hospitalaria y ambulatoria en los centros de seguridad social a muy bajo costo.

Todos los servicios hospitalarios se han integrado en la Caja Costarricense de Seguridad Social, existiendo el acuerdo con el Ministerio de Salud de iniciar la integración de ambas instituciones. La seguridad social proporciona los servicios personales de salud en los niveles segundo a cuarto incluyendo las medidas preventivas personales como inmunizaciones, salud infantil y detección masiva de enfermedades. El Ministerio de Salud tiene a su cargo la atención primaria mediante programas de salud rural y medicina comunitaria para lo cual cuenta con personal auxiliar entrenado durante 6 meses y con vías de referencia de pacientes hacia los demás niveles. Igualmente, el Ministerio de Salud continúa siendo responsable de los servicios no personales como control de la fauna nociva, control de alimentos y medicamentos, salud ambiental, vigilancia nutricional, etc. Para proporcionar los servicios no personales, este Ministerio se coordina con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados que se encarga del suministro del agua potable y de la disposición de aguas negras.

Los servicios personales de salud se ofrecen en una estructura escalonada piramidal, con una amplia base ubicada en las áreas rurales y periféricas y su vértice localizado en la capital. Cada nivel tiene programas y actividades predefinidas, así como el personal y recursos necesarios para realizarlos.

Con relación al escalonamiento de la atención y sistematización de la referencia de pacientes, el sector salud en Costa Rica está concebido para integrarse en cuatro niveles de atención, de tal manera que cada uno se coordina con los inmediatos superior e inferior. Cuenta con sistemas de referencia de pacientes, quienes, una vez atendidos regresan a su nivel de origen con indicaciones de la atención que deben recibir.

El sistema de salud funciona en cinco regiones que ofrecen todos los servicios personales a la totalidad de la población: estas coinciden con las programático-administrativas. Únicamente los hospitales de investigación muy especializados se encuentran en un nivel que no coincide necesariamente con el regional.

Uno de los aspectos fundamentales de los servicios de salud de Costa Rica es su carácter participativo, es decir, incorpora a la comunidad en la responsabilidad de la promoción y mantenimiento de la salud. Así, hasta 1977 se han formado 200 comités de salud y 950 asociaciones de desarrollo comunal. Se han capacitado 25,000 dirigentes comunales que actúan de acuerdo con la problemática local. Además se iniciarán actividades para transferir técnicas y conocimientos adecuados a promotores, maestros, grupos organizados y comités y, en el área de orientación sanitaria, a familias y comunidades.

Cerca del 50% del financiamiento global del sistema de salud proviene de cuotas tripartitas sobre la nómina: los patronos pagan el 6.75% de dicha nómina, los obreros el 4% y el Estado el 0.25%. Esto por lo que se refiere a los trabajadores asalariados. Los trabajadores independientes pueden asegurarse por una pequeña cuota. El Estado se hace responsable de cubrir los fondos para la atención de la población no asalariada incapaz de pagar su cuota, para lo cual cuenta con fondos provenientes de la lotería e impuestos a cigarrillos y otros productos. De estas otras fuentes proviene un poco más del 50% del financiamiento.

En el cuadro siguiente se comparan algunos aspectos resumidos de los servicios de salud de Cuba y Reino Unido y Costa Rica, aunque no se incluyen análisis sobre el segundo país.

ANALISIS COMPARATIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COSTA RICA, CUBA Y REI

CONCEPTO	COSTA RICA	CUBA
1. Legislación del derecho a la salud	La Constitución establece la cobertura universal de la seguridad social, incluyendo los servicios médicos	La Constitución establece "todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho". Establece el carácter gratuito de todos los servicios
2. Cobertura	Casi universal	Universal
3. Relación administrativa entre salud y seguridad social	Parcialmente unidas	Separadas
4. Financiamiento	Impuestos sobre la nómina: 50%; lotería impuestos a cigarrillos y a otros artículos, cuotas por adscripción voluntarias y contribución del Estado para atención a indigentes: 50 por ciento	Fondos públicos 100%
5. Relación servicios personales-servicios no personales de salud	Básicamente separados No personales: Ministerio de Salud Personales: Caja Costarricense de Seguridad Social	Unidos en un mismo Ministerio
6. Participación de la comunidad	Nivel local. Sin resp. administrativa Papel secundario	Nivel local. Con resp. administrativa. Papel primordial
7. Estilo de atención a la salud	Enfasis en servicios personales y atención preventiva	Enfasis en servicios personales y atención preventiva
8. Niveles de atención de servicios personales	1 Básica 2 General 3 Especialidades 4 Subespecialidades	1 General 2 Especialidades 3 Subespecialidades
9. Puerta de entrada	Múltiple	Médico comunitario
10. Relación del personal médico con la institución	Empleados	Empleados

Tomado de: COPLAMAR, Necesidades esenciales en México, situación actual y perspectivas al añ

1.3. OBJETIVOS DE LA TESIS

En consideración de lo anterior, los objetivos que nos planteamos fueron:

1.3.1 Objetivo General

Formular los lineamientos generales de una Política Sanitaria que responda a las necesidades y recursos reales de El Salvador y que sea parte de una plataforma programática de un gobierno de amplia participación.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Establecer las prioridades de la Política Sanitaria, en base al perfil patológico y condiciones de vida y de trabajo de la población salvadoreña, para partir de su realidad objetiva.

2. determinar que organización debe tener los servicios de salud para que toda la población tenga acceso a ellos.

1.4. HIPOTESIS

1.4.1 Hipótesis General

Para alcanzar ^{en alguna medida} las metas de salud para todos en el año 2000, la Política Sanitaria del gobierno de Amplia Participación Popular en El Salvador, basada en las condiciones de vida, de trabajo y en el perfil patológico de la población, debe contener los componentes o lineamientos de la estrategia de Atención Primaria en Salud propuestos en la conferencia de la Organización Mundial de la Salud en 1978.

1.5. OBJETO DE ESTUDIO

Para llegar a proponer los lineamientos antes mencionados nuestro objeto de estudio ha sido analizar las condiciones de vida, de trabajo y de salud de la población a partir de 1970-1979, haciendo especial énfasis desde 1979 en que se agudiza el conflicto social en El Salvador. Esto con el propósito de hacer comparaciones retrospectivas que permitan una mejor visualización hacia el futuro.

1.5.1 Desglose de Objeto de Estudio

- a) Las condiciones de vida y de trabajo de la población salvadoreña, en donde nos interesa analizar: indicadores generales de la economía, distribución del ingreso, población económicamente activa, los salarios, condiciones de trabajo y situación de la vivienda, educación, los servicios que existen en la sociedad, etc.
- b) El perfil patológico de la población, analizando los indicadores de salud como: mortalidad general, materna, infantil y por grupos etarios, por actividades, cuadro de morbilidad, etc.
- c) Los recursos que se utilizan para responder al perfil patológico, en lo que concierne a recursos físicos, humanos y financieros.
- d) Las metas y recomendaciones dadas en el Plan de Salud para todos en el año 2000.

1.6 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Para llevar a cabo este trabajo, hemos partido de los conocimientos teóricos recibidos en la Maestría de Medicina Social, principalmente, de los referidos a la Práctica Médica y al seminario sobre Política Sanitaria. Así mismo de los conocimientos colaterales y experiencias adquiridas de diferentes maneras en otro tipo de estudios.

El proceso para esta investigación fué el siguiente:

- 1- Documentación bibliográfica para poder plantear el problema.
- 2- Selección del problema a investigar.
- 3- Adquisición de conocimientos en seminario de especialización, en relación al problema planteado
- 4- Realización de protocolo de investigación, donde se consideró lo siguiente:
 - a) El planteamiento y delimitación del problema.
 - b) El objeto de estudio con su desglose
 - c) La justificación
 - d) Los objetivos
 - e) Las hipótesis
 - f) Las técnicas
5. Realización de la investigación, donde se llevó a cabo lo siguiente:
 - a) Obtención y revisión de bibliografía
 - b) Levantamiento de fichas
 - c) Recopilación de documentos
 - d) Consulta con especialistas de algunos temas
 - e) Asesoría de profesores de la Maestría de Medicina Social.
 - f) Selección de fichas por temas y subtemas
 - g) Nueva búsqueda bibliográfica para recuperar información que no fué suficiente en algunos temas.
 - h) Determinación de datos para el análisis por temas y subtemas
 - i) Composición, elaboración y cálculo de diferentes tipo de datos
 - j) Análisis temático de la información para el período que comprendió el estudio cuando se dispuso de todos los datos correspondientes o por años específicos al no tener los datos.

- k) Cruce analítico de variables
- l) Elaboración de tablas, cuadros, mapas, etc.
- m) Resumen de temas y subtemas
- n) Elaboración de conclusiones
- ñ) Formación de propuestas

En términos generales podemos mencionar que tratamos de ser lo más rigurosos posible desde el punto de vista metodológico, en el cumplimiento de los pasos de la investigación; sin embargo consideramos que en nuestro esfuerzo tuvimos dificultades de diferente tipo que nos impidieron poder desarrollar mejor el trabajo. De ahí que pensamos nos hizo falta tener en cuenta algunos aspectos, quizá, de importancia que debvieron ser contemplados en nuestro análisis, por lo que tenemos el compromiso de trabajarlos para el futuro con el objeto de que se pueda obtener el mejor provecho social. En este sentido invitamos a nuestros lectores a que tomen el análisis como un intento de aproximación de la interpretación de la realidad salvadoreña y la formulación de las propuestas como una contribución en la búsqueda de soluciones para la problemática de salud en El Salvador.

BIBLIOGRAFIA DEL PRIMER CAPITULO

COPLAMAR, Necesidades esenciales en México, situación actual y perspectivas al año 2000. Salud 4.

Siglo XXI Editores

Universidades N° 93 / UDUAL -- México: UDUAL, 1984.

Plan de Salud de Nicaragua 1982 y 1983

Memorias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 1984-85

Propuesta del Gobierno Democrático Revolucionario

Propuesta de Plataforma Programática del Gobierno de Apla Participación.

ASPECTOS REFERENCIALES DEL PROCESO SOCIAL SALVADOREÑO2.1. DESCRIPCION GENERAL SOBRE EL SALVADOR2.1.1. Ubicación Geográfica y Límites

El Salvador, es una de las repúblicas de América Latina, situada en el Istmo centroamericano entre los paralelos 13 24' y 14 24' Norte; y entre los meridianos 87 39' y 90 8' Oeste de Greenwich. Su longitud varía entre 175 y 300 kilómetros, y su latitud entre 75 y 110 kilómetros.

Tiene convencionalmente una superficie de más de 20,000 km². La Oficina Geodésica de los Estados Unidos le asigna una extensión de 21 158 km² y el Instituto Justus Perthes de 21 160 km². La Dirección General de Cartografía le otorga al país una extensión de 20 877 km². Estas diferencias se deben a que los límites con la República de Honduras no están precisados. (1).

El Salvador, limita al Norte con la República de Honduras; al oeste con la República de Guatemala; al Sur con el Océano pacífico y al Este el Golfo de Fonseca.

2.1.2 División Política

Está dividido en tres zonas: Occidente, Centro y Oriente. Se divide política y administrativamente en 14 departamentos. La ciudad más importante de cada departamento es su cabecera departamental, en donde se asienta la Gobernación.

Los departamentos se dividen en distritos y éstos en municipios. En cada departamento existe una Comandancia departamental (Jefatura militar), y otros organismos estatales de importancia.

OCCIDENTE

Santa Ana

Ahuachapán

Sonsonate

CENTRO

La Libertad

Cuzcatlán

Chalatenango

La Paz

Cabañas

San Vicente

San Salvador

ORIENTE

Usulután

Morazán

San Miguel

La Unión

2.1.3 Principales Características Geográficas

El Salvador, es un país montañoso con una cadena que va paralela al Océano Pacífico. A excepción de las planicies costeras, que sólo constituyen el 12 por ciento de la superficie del país el resto está formado por montañas, volcanes y planicies de tierra alta.

EL SALVADOR



La cadena montañosa abre valles entre sus ramificaciones, especialmente los del Lempa y Jiboa.

El Salvador tiene en su costa únicamente el mar Pacífico. Los puertos principales son:

La Libertad, Acajutla y La Unión.

La Hidrografía del país está dominada por el sistema fluvial del río Lempa, que comprende la Hoya de Güija y sus principales tributarios, el río Lempa, Torola, río Sucio, Acelhuate y Acahuapa. Otros importantes son: el Paz que divide a la República de Guatemala y El Salvador; el Goascorán, el cual sirve de línea divisoria con Honduras; el Jiboa y los ríos Grande de Sonsonate y de San Miguel. (2).

2.1.4. Distribución de Principales Cultivos

El café ocupa el renglón más importante de la agricultura. Se cultiva desde los 600 metros sobre el nivel del mar, en las principales zonas cafetaleras que se encuentran en los departamentos de Santa Ana, Ahuachapán, Sonsonate y Usulután, que en conjunto representan el 80 por ciento del área total del país.

El segundo cultivo en importancia es el algodón, el cual se incrementó en su producción por el alza de los precios en el mercado internacional. Las principales áreas de cultivo de algodón están ubicadas en los siguientes departamentos: San Miguel, Usulután, Sonsonate y La Paz.

El tercer producto de exportación es la caña de azúcar .

En términos generales, la caña de azúcar se cultiva con mayor frecuencia en: San Salvador, La Libertad, Cuscatlán, San Vicente y Sonsonate.

En síntesis, El Salvador, posee una agricultura orientada únicamente a cultivar productos de exportación (café, algodón, azúcar) que básicamente producen réditos a los capitalistas en estos tres renglones, el pueblo padece hambre en medio de una agricultura en crisis.(3)

2.2. SURGIMIENTO DE LA FORMACION ECONOMICO SOCIAL DE EL SALVADOR, EN SU PROCESO HISTORICO

2.2.1. Primer Período: El Estado Oligárquico Liberal.

El proyecto económico, político y social de los cafetaleros (inmigrantes europeos y una fracción de los grandes añileros), al destruir las formas precapitalistas de producción, con su secuela de proletarización y sub-ocupación de una vasta población desposeída de sus medios directos de producción, (bajos salarios) apeló a la fuerza del Estado y la puso al servicio de la expropiación violenta, despejando los obstáculos que se oponían al desarrollo de las nuevas fuerzas productivas del capitalismo dependiente, integrado a la división internacional del trabajo impuesto por el capitalismo mundial, en las últimas dos décadas del siglo XIX.

En ese sentido Rafael Menjivar apunta que "los cafetaleros llegaron al poder mucho antes de que las nuevas relaciones sociales de producción, de las que eran portadores, se hubiesen generalizado en la sociedad salvadoreña.

Fué desde el Estado, desde donde implantaron el nuevo tipo de relaciones sociales que necesitaban para su propia expansión", y suplantando así al antiguo sector de los añileros.

De esa manera el Estado fué coadyuvante en el proceso de acumulaciones internas de la clase dominante, en el control de poder.

De esa manera cultivo y comercialización del café dió cobertura al proyecto de dominación neoliberal de fin de siglo, con los cafetaleros en la cúpula del poder, para redefinir, radical y violentamente la estructura colonial prevaleciente en el fugaz período de la Federación (1824-1838) y en el subsiguiente período de los Treinta años conservadores (1838-1871). La disputa entre liberales y conservadores (no como partidos políticos sino como tendencias ideológicas), no cuestionó la base social del Estado Nacional Cafetalero. Y a fin de legitimar la nueva dominación y garantizar su consenso, los cafetaleros utilizaron el poder para consolidar el Estado Liberal Oligárquico, con toda suerte de medidas anti-democráticas que marcan su origen y su desarrollo posterior. La nueva clase (los grandes productores de café, los inmigrantes, y los capitalistas financieros), es la única que contaba políticamente, subordinaba a las demás (incluso a las auxiliares que le suministran la base para el consenso de la dominación y realizaba la expansión del Estado al que puso a su exclusivo servicio.

Su esfera de dominación institucional comprendió una amplia legislación civil, penal y administrativa. Ley del registro de la propiedad, Raíz e Hipotecaria tendiente a garantizar la posesión y propiedad de la tierra de 1897; Ley Agraria para garantizar la adscripción del campesino a la tierra poseída por los propietarios privados de 1907, el Código Civil de 1860 y sus reformas posteriores tendientes a privatizar la propiedad inmobiliaria y sus transacciones patrimoniales, control de la población por jueces y leyes contra la vagancia de 1889, creación de la Policía Montada en el occidente (1889), creación de la Policía Agrícola de 1907; incentivos fiscales tendientes

a promover el cultivo del café en todo el país; obras públicas, sobre todo de infraestructura vial, destinada a la construcción de un adecuado sistema de comunicaciones y transporte que llenaran las necesidades de producción y comercialización del café, y del desarrollo del sistema bancario; en 1888 el Banco Particular de El Salvador, en 1898 el Banco Interenacional de El Salvador, en 1902, el Banco Salvadoreño subsume al London Bank of Central América Ltda., el Banco Comercial en 1881 y el Banco Agrícola Comercial en 1895 .

La redefinición de las bases sociales del Modelo Liberal Oligárquico conllevó agudas formas de control político. La estabilidad del régimen se garantizó por los mecanismos de dominación oligárquica: sucesión presidencial "pacífica", sobre todo a partir de 1903. Entre 1913 y 1927 gobernó con sus respectivos intermedios la "Familia".

En general podemos asegurar que la mayoría de la clase trabajadora urbana estaba en el artesanado. El modelo era agroexportador y la población económicamente activa se distribuía principalmente en el agro y no en las ciudades.

La disolución de ejidos y tierras comunales como producto del proceso de la expansión de la propiedad privada, produjo una concentración de pobladores alrededor de las fincas cafetaleras. Los dueños de las fincas, vinieron a sustituir a los antiguos cabildos indígenas, y la tierra que ya no les pertenecía vino a ser la del propio finquero quien se las proveía para cultivar cereales para el sustento indispensable o sea que se trataba de un verdadero ejército de reserva.

La Oligarquía cafetalera absorbió todo: transportes, importación, exportación, la Justicia, la Cultura, el Arte, el Ejército, la Política etc. Con la riqueza acumulada en sus manos, la oligarquía pudo

orientar al capital de acuerdo con sus intereses.

2.2.2. Período de 1950-1978

A partir de la década de 1950, El Salvador entró en el grupo de países subdesarrollados que pretendían modificar sus estructuras productivas basándose en el Sector Primario, hacia modelos de industrialización incipiente caracterizados por la sustitución de importaciones de productos manufacturados.

Los resultados del modelo económico en este período, fueron relativamente positivos, ya que si bien produjo una cierta expansión económica (el PIB creció a una tasa promedio de 5% en los años del período 1970-78), no produjo un mejoramiento de las condiciones sociales de la mayoría de la población, lo cual creó y profundizó las condiciones de inestabilidad económica y social, que culminaron al final del período en el conflicto bélico que el país vive en su lucha interior.(7) y (8).

A) Características de Funcionamiento del Modelo

La herencia colonial y la División Internacional del Trabajo, impusieron la economía agroexportadora salvadoreña, la modalidad de "crecimiento hacia afuera", la cual ha caracterizado la mayoría de países subdesarrollados.

Para una mayor comprensión se hace referencia a dentro del período: a) Primera fase "de industrialización" y b) segunda fase de 1970-1978 de "incubación de la crisis".

a) Primera fase "de industrialización" 1950-1970

Durante el transcurso de estas dos décadas y a raíz de la importancia adquirida por los planteamientos teóricos de la CEPAL, El Salvador trató de modificar substancialmente su estructura productiva, convirtiéndola de un modelo agroexportador, a un modelo de economía con fuerte participación del Sector Industrial orientado éste último, a la Producción Sustitutiva de Bienes Finales, principalmente de consumo. Por otra parte, el proceso de producción en el agro, se vino desarrollando sin problemas, mientras estuvo ligado al mercado internacional y el tamaño de la parcela campesina era suficiente para satisfacer la demanda familiar.

La penetración de nuevas técnicas de producción en la agricultura, y el proceso de sustitución de importaciones en la década de los sesentas demandaron de mayores y mejores tierras, de fuerza de trabajo disponible para la industria naciente, de un mercado interno estable y de una infraestructura capaz de apoyar el proyecto de industrialización.

Todo eso, condujo a alterar el equilibrio que permitía el funcionamiento del sistema tradicional de dominación y aumentó la proletarianización del campesino, adquiriendo mayor conciencia sobre su realidad

La década de los sesentas, fué para el Estado la oportunidad de adecuar la estructura agraria a la industria naciente, pero la minoría dominante no lo permitió, dirigiendo la industria naciente, pero la minoría dominante no lo permitió, dirigiendo la industrialización al mercado internacional y especialmente al centroamericano.

No obstante cierto crecimiento económico logrado por la industrialización, éste fué insuficiente, para solventar la crisis de reproducción social del campesinado, que incluso tuvo que emigrar en grandes cantidades a países vecinos, como Honduras. En donde por la problemática interna propia, se produjo la expulsión de 300,000 campesinos que retornaron a El Salvador y ocasionó la guerra entre los dos países. Este conflicto bélico provocó el resquebrajamiento del mercado común centroamericano y un incremento de la crisis en El Salvador.

En resumen, se puede decir que el estancamiento del proceso a partir de 1969, coincidente con la disolución de MCCA, demostró que las posibilidades de industrialización, tanto nacionales como regionales, fueron escasas, ya sea por debilidades propias de cada sociedad o por la poca viabilidad del intento al sustentarlo totalmente en la capacidad del sector externo. Todo eso condujo al apartamiento prematuro en el desarrollo del modelo económico, provocando estancamiento en el crecimiento de la economía, imponiendo límites a la expansión productiva y progreso tecnológico y conduciendo a la sociedad salvadoreña, hacia la crisis.

b) Período de incubación de la crisis 1970-1979.

A partir del fracaso de la integración y la consecuente disolución del MCCA, en El Salvador se restituyó la importancia del sector agroexportador en el funcionamiento de la economía, y la modalidad "de crecimiento hacia afuera" siguió siendo su principal característica, con lo cual, los intereses de los grupos sociales ligados a este sector, recobraron y consolidaron nuevamente el liderazgo en la conducción del aparato productivo. Sin embargo, es necesario aclarar que el proyecto de industrialización no fué abandonado totalmente

en este período, sino que, debido a la experiencia del período anterior, tuvo que reacondicionarse y adaptarse a las nuevas condiciones prevalecientes.

A partir de esta nueva situación es posible destacar una serie de características relevantes en el funcionamiento del Modelo Económico, entre las más importantes son las siguientes:

a) Cierta estancamiento de la actividad industrial, lo que provocó que las actividades económicas y productivas ligadas al sector agroexportador, recuperaran la importancia perdida parcialmente en el período precedente.

Sin embargo, a pesar de la importancia con que se enfocó este proceso, la oposición de grupos ligados a la agroexportación, las fluctuaciones del mercado internacional, la escasez de recursos y tecnología, y la debilidad de organización del aparato productivo, impusieron fuertes limitaciones al desarrollo del sector industrial, impidiendo su expansión e influencia, circunscribiéndolo a un ámbito donde éstas no fueran representativas.

No obstante estas dificultades, durante el período se pueden destacar tres características importantes del funcionamiento del modelo:

- Una, la modalidad de "crecimiento hacia afuera", basada en la importancia del Sector Agroexportador, siguió siendo la principal característica del funcionamiento de la economía, sobre cuya capacidad y participación en las cuentas nacionales se descargó todo el costo del proceso, ya que este sector tenía que ser la fuente dinámica de financiamiento de la industrialización.

- Otra, la clara expansión del Sector Manufacturero-Industrial, principalmente durante la vigencia del Mercado Común Centroamericano (MCCA) que manifestó un crecimiento de su aporte en las cuentas nacionales (PTB, exportaciones, ingresos fiscales, importaciones, etc).

Si bien durante el período previo a 1970, el modelo fué capaz de generar alguna modernización del aparato productivo, 18.3%, entre 1960 y 1970. Sin embargo, este año, con la disolución del MCCA, las posibilidades de modernización se vieron definitivamente truncadas, pues en el período 1970-1978, la contribución al PTB del Sector Manufacturero apenas varió de 18.3% a 19.9%, situación que se ha visto más acentuado en la crisis actual.

Y una tercera característica, la participación del Estado, a través del gasto público, como creador de las condiciones necesarias para el avance del proceso de industrialización, concretizada básicamente en la realización de obras de infraestructura (presas, telecomunicaciones, vías de comunicación etc).

b) En el cierre del MCCA, los problemas del sector externo y las necesidades que imponía el modelo, provocaron que el Estado modificara su rol de regulador y creador de condiciones, por el de agente impulsor del crecimiento de la economía, interviniendo más directamente a través del crecimiento de aranceles proteccionistas, subsidios a la producción y una fuerte expansión del gasto público, a fin de mantener la operatividad y la viabilidad del sector industrial, a la vez que conservaba los niveles de demanda en el mercado interno.

Esta incidencia estatal, no obstante limitaciones y debilidades del aparato productivo, se reflejó objetivamente en un crecimiento económico, pero demostraba desde sus inicios tendencias a agotarse rápidamente por los desequilibrios externo e interno, que se constituyeron en resultados naturales del funcionamiento económico del modelo.

Así, a pesar del relativo crecimiento de las variables económicas, se comenzó a gestar un efecto negativo sobre el financiamiento del presupuesto gubernamental, al generar el surgimiento y rápido crecimiento del déficit fiscal, y la deuda pública, y una clara expansión de la brecha del sector externo entre otros factores.

Esta expansión y crecimiento económico no obstante no significaron mejoramientos cualitativos en el nivel de vida de la población, ya que las estructuras que venían rigiendo el funcionamiento del modelo, provocaron detrimentos en el acceso de la población a la satisfacción de sus necesidades básicas, ahondando las diferencias entre pobres y ricos debido a su carácter principalmente concentrador. Por otra parte, en este período, el readecuamiento social necesario, permitió la participación del campesinado como fuerza, y además curas y maestros que por tradición eran apoyos de la minoría en el poder se convirtieron en predicadores de oposición al sistema imperante.

En esta misma década se llevaron a cabo los grandes eventos electorales, en que la población se manifestó por reformas, pero no fueron alcanzadas debido al empecinamiento de la minoría dominante; que las impidió a través de fraudes electorales, violencia gubernamental y violación de los derechos humanos, que aún persisten en los tiempos actuales.

Todas esas situaciones condujeron a la población a organizarse y plantear todo un movimiento popular de oposición, que busca los cambios que permitan una mayor Justicia Social.

2.3. PROCESO DE FORMACION DEL MOVIMIENTO POPULAR.

El actual proceso de guerra que libra El Salvador, no es una guerra convencional ni de posiciones, la estructura política y militar del territorio nacional actualmente se divide en zonas bajo control o predominio del FMLN, áreas de actividad militar o de combate entre fuerzas militares de ambos ejércitos, zonas de control o retaguardia de la Fuerza Armada del régimen y áreas de doble poder. Esto es el resultado de un profundo desarrollo de la lucha de clases, que tiende a una polarización y prolongación.

A nivel general, es posible diferenciar 3 momentos o etapas de la lucha político militar insurgente durante los últimos 15 años a los que les corresponde escenarios diferentes.

- 2.3.1. De el año 1970 a 1979 se caracteriza por una intensa organización, movilización y lucha reivindicativa de los distintos sectores de masas de población, tiene su asiento principal, no necesariamente exclusivo, en la zona metropolitana de San Salvador y en las ciudades más importantes de la zona oriental y occidental del país. El grado de desarrollo de los instrumentos militares durante este momento es inferior, en términos de cantidad y calidad, a los alcanzados posteriormente, existiendo únicamente núcleos guerrilleros a nivel urbano y rural, que brindaban la autodefensa a las movilizaciones de masas y realizaban acciones de ajusticiamiento y otras de carácter político militar.

Referente a este período, podemos mencionar que la década de los 70, fué la época de surgimiento de las diferentes organizaciones políticas revolucionarias con sus propias concepciones ideológicas y metodológicas para la toma del poder.

Cada una de las organizaciones surgidas tuvo su propio desarrollo y aglutinó su propia base social, representatividad en los distintos sectores sociales, sindicatos, gremios, etc. Formó frentes y federaciones de sus grupos. Trabajó a la solidaridad regional e internacional. participó y se hizo manifestar ante los problemas nacionales. Por último dió los pasos requeridos para la unidad de acción con otras organizaciones similares (9) y (10).

2.3.2. Corresponde a los primeros pasos en la construcción de estructuras militares revolucionarias abarca los últimos meses de 1979 y todo el año siguiente. A partir de este momento las fuerzas contrainsurgentes del régimen desatan una represión en gran escala, contra las organizaciones de masas tendientes a desarticularlo y aniquilarlo, las organizaciones político militares inician su traslado a aquellos sectores rurales donde las organizaciones campesinas habían alcanzado un fuerte desarrollo y que actualmente constituyen las zonas de mayor predominio insurgente. Es aquí donde se comienza a gestar las nuevas estructuras militares, que posteriormente conformará el Ejército Popular. En este momento, la actividad militar comienza a acentuarse en la zona rural con pequeñas acciones de sabotaje y pequeñas emboscadas a patrullas militares del Ejército gubenamental. Sin embargo, es a partir de 1981, con la "Ofensiva General" que definitivamente el conflicto cobra la expresión de una guerra irregular insurgente y la actividad militar pasa a desarrollarse principalmente de las ciudades al campo.

Podemos mencionar los siguientes hechos: que debido al incensante accionar de las organizaciones populares, y en un contexto insurreccional, se produjo el Golpe de Estado del 15 de Octubre de 1979, donde un sector llamado Juventud Militar derrocó al general Carlos Humberto Romero quien ocupaba la presidencia desde 1977, luego de haber realizado un gigantesco fraude electoral por medio del cual arrebató el triunfo al candidato de la Unión Nacional opositora (UNO). El gobierno de Romero había desarrollado una política totalmente impopular, de persecución a opositores de todos los colores políticos, de negación de la participación popular en las gestiones del Estado y sus organismos. El gobierno de Romero al igual que su antecesor, coronel Arturo Molina se caracterizó por defender los intereses de la Oligarquía. En ese sentido, las organizaciones populares calificaban al régimen como fascista o fasistoide dada su política represiva, para la cual contaba con organizaciones paramilitares masivas como la Organización Democrática Nacionalista (ORDEN), y además, por impulsar una política económica que favorecía fundamentalmente a ese sector financiero ya mencionado.

Otra situación importante, fué que en Septiembre de 1979, se creó el FORO POPULAR, que estuvo integrado por el Partido Unión Democrática Nacionalista (UDN), el partido Movimiento Nacional Revolucionario (MNR), el Partido Demócrata Cristiano (PDC), Ligas Populares 28 de Febrero (LP*28) y diferentes gremios sindicales, que en su plataforma común, plantearon la necesidad del cese a la represión, la lucha por las libertades democráticas y reformas económico sociales. (9) y (10).

En relación a estos hechos podemos mencionar elementos en secuencia del año 1979.

- El 15 de Septiembre de 1979 se da Golpe de Estado, por un sector progresista de la fuerza armada.
- 16 de Septiembre 1979 se da a conocer la proclama: que cita elementos como cese a la violencia, garantía de los Derechos Humanos, etc.
- Noviembre-Diciembre 1970, las organizaciones populares y revolucionarias buscaron generar un espacio propio.
- A finales de 1979 se presentó un impasse entre las fuerzas sociales participantes en la Junta y el Gabinete de Gobierno por un lado, y las Fuerzas Armadas por el otro.

Esto llevó a un emplazamiento a las Fuerzas Armadas para que se definieran frente al proceso socio-político.

1980.

ENERO.

- 03. El Comité de Prensa de las Fuerzas Armadas (COPREFA), responde al emplazamiento del Gabinete, y Magistrados y funcionarios se retiran de la Junta de Gobierno.
- 09 La Democracia Cristiana realiza un Pacto con la Fuerza Armada.
- 10 Se formó la Coordinadora Político-Militar, integrada por las fuerzas revolucionarias de RN, FPL, PCS.
- 11 Se constituyó la Coordinadora Revolucionaria de Masas (CRM), integrada por el FAPU, LP 28, BPR y UDN.

- 22 Es reprimida la mayor concentración política en la historia de El Salvador, 200 mil personas se manifestaron en ese momento.

FEBRERO

- 23 La Coordinadora Revolucionaria de Masas (CRM), dió a conocer la plataforma programática para un Gobierno Democrático Revolucionario (GDR).

MARZO

- 24 Es asesinado Monseñor Oscar Arnulfo Romero.
- 30 Es reprimida una concentración durante la celebración de la misa por funerales de Monseñor Oscar Arnulfo Romero.

ABRIL

- 01 Se constituyó el Frente Democrático (FD), por las siguientes organizaciones: MNR, Tendencia Popular Democrática Cristiana, MLP, MIPTES, AGEUS, y 4 federaciones sindicales.
- 18 Se constituye el Frente Democrático Revolucionario (FDR), como expresión de la unidad entre los sectores democráticos y revolucionarios. Este proceso de unificación de la izquierda en el FDR tiene como antecedente la creación de la CMR y del FD.

MAYO

- 22 Las organizaciones Político Militares, constituyen la Dirección Revolucionaria unificada Político Militar (DRU-PM), integrada por FPL, PCS, RN y ERP.

JUNIO

- 24/25 Paro nacional Convocado por el FDR.
- 26 Intervención Militar por el gobierno de la Universidad nacional.

AGOSTO

- 13,14 y 15 Huelga General convocada por el FDR y la DRU.

OCTUBRE

- 10 La DRU-PM, informó de la constitución del Frente Farabundo Martí para la Liberación nacional (FMLN).

NOVIEMBRE

- 27 Son capturados, torturados y asesinados 6 dirigentes del FDR

DICIEMBRE

- 12 COMUNICADO del FMLN, donde se señalan los 7 puntos del Gobierno Democrático Revolucionario (GDR).

- 1- El GDR garantizará la soberanía y la independencia nacional, asegurará y defenderá la autodeterminación del pueblo salvadoreño.
- 2- El GDR, garantizará al pueblo salvadoreño la paz, la libertad, el bienestar y el progreso, para lo cual realizará las reformas políticas, económicas y sociales que aseguren una justa distribución de la riqueza, el disfrute de la cultura y la salud y el ejercicio efectivo de los derechos democráticos por las mayorías.
- 3- El GDR aplicará una política internacional de paz y no alienación.

- 4- En el GDR habrá representación democrática de todos los sectores populares, democráticos y revolucionarios que hayan contribuído activamente al derrocamiento de la dictadura fascista.
 - 5- El GDR creará un ejército de nuevo tipo, integrado por el ejército popular revolucionario y por los agrupamientos, sectores e individuos sanos y patrióticos que hay en la tropa, clases, oficiales del ejército actual.
 - 6- El GDR apoyará a todos los empresarios privados que impulsen el desarrollo económico, aplicando su programa.
 - 7-El GDR garantizará la libértad de creencias y el libra ejercicio de los cultos religiosos.
- 30- José Napoleón Duarte es elegido presidente de la Junta de Gobierno.

1981

ENERO

- 10 Inicio de la Ofensiva General del FMLN.
- 11 El FDR es reestructurado, siendo elegido Presidente el Dr. Guillermo Ungo.

2.3.3. TERCER MOMENTO

Formación de zonas de control y fuerzas militares regulares.

A partir de 1981, el FMLN-FDR ingresa a una nueva concepción militar, que ha variado, desde la formación netamente guerrillera, a ejército militar, que ha variado, desde la formación netamente guerrilerea, a ejército regular, y de concentración y dispersión.

Tal como se muestra en los mapas, las zonas de control son categorías en la expansión de las fuerzas populares. El límite y alcance de ello no es solo militar, por lo tanto siguiendo la secuencia analizada, podemos comprender, como las tendencias principales apuntan hacia una nueva sociedad y organización del pueblo salvadoreño.

El FMLN comienza a conformar sus fuerzas militares y poco a poco van ampliando el teatro de guerra y sus zonas de control que cumplen la función de retaguardia.

Más específicamente, según lo dan a conocer análisis recientes de la Comandancia General del FMLN, es a partir de mediados de 1982, que al tomar la ofensiva comenzaron a aniquilar cada una las posiciones del ejército que se encontraban dentro de lo que hoy constituye la retaguardia.

"De ese esfuerzo consolidamos una fuerza considerable a nivel militar, van siendo aniquiladas decenas de posiciones enemigas una por una.

Toda esa época que dura desde el 82 hasta finales del 84, deja al FMLN con una gran cantidad de terreno y ya no sólo fué aniquilamiento de todas las posiciones menores que existían en estas pequeñas proporciones de terreno, sino que, en el caso de oriente abarcó prácticamente toda la zona nor-oriental hasta dejar de límite prácticamente la carretera panamericana, dejando al ejército reducido a unas pocas posiciones (FMLN, Estrategia, pa 2).

los mapas 1,2,3,4, muestran las distintas variaciones político militares del territorio salvadoreño que han habido desde 1980 hasta

1985. Como podrá compararse es hasta finales de 1981 que comienzan a delimitarse las zonas de predominio insurgente en las zonas norte de los departamentos de San Salvador -Cuzcatlán- y Morazán, y en la zona para-central de San Vicente Volcán Chinchontepec.

Para finales de 1985, Mapa 4, la situación se plantea de la siguiente manera: en el norte del departamento de Chalatenango, el control del FMLN continúa existiendo desde la frontera al norte con Honduras hasta el embalse de la represa del Cerrón Grande, la extensión aproximadamente se calcula en unos 1,500 kilómetros cuadrados que abarcan unos 90 poblados, caseríos y cantones, en donde viven actualmente unas 45 mil personas entre combatientes y no combatientes (Ventura; El Poder Popular en El Salvador.

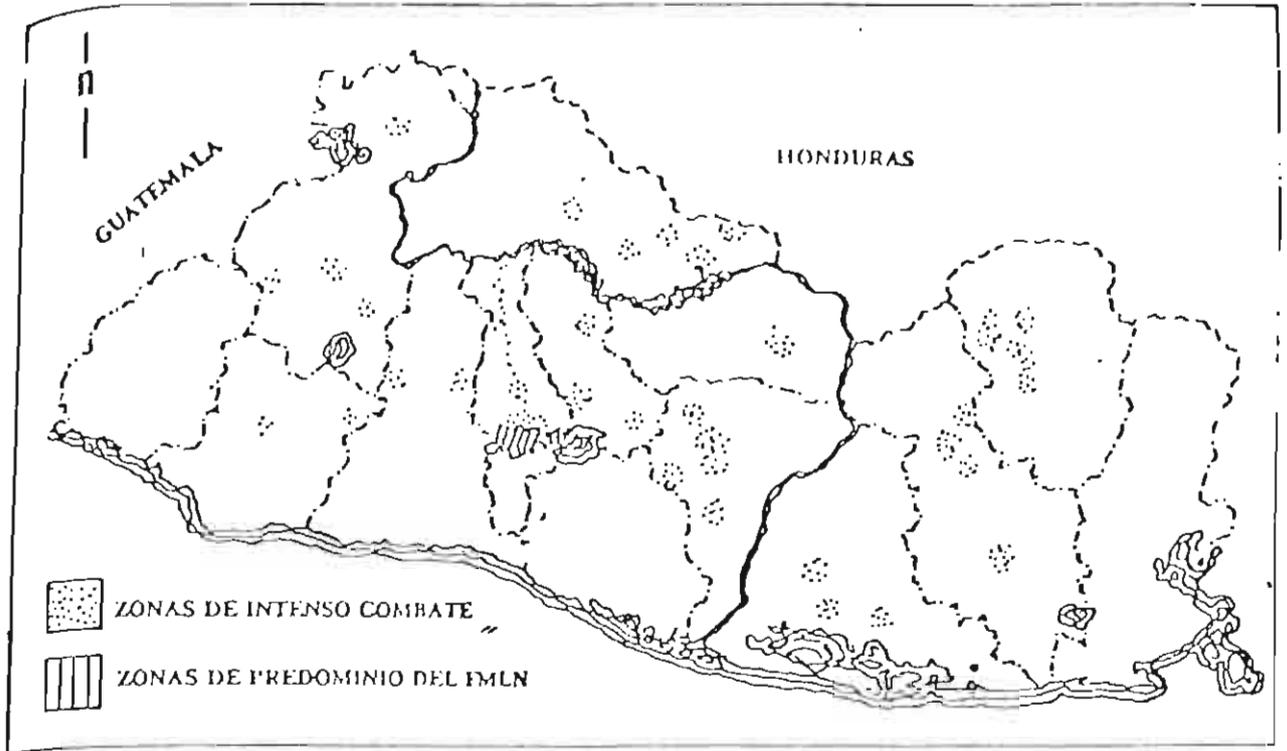
La zona de control en el norte del departamento de Morazán no sólo se ha mantenido sino que se ha ampliado hacia el Este y Oeste. hacia el Este se controla una franja al Norte del Departamento de la Unión, ubicado arriba de la Carretera Militar que conduce a la frontera con Honduras. Hacia el Oeste, se ejerce el control a lo largo de la franja Norte del departamento de San Miguel. Se calcula que sólo en el Norte de Morazán, el área controlada por el FMLN abarca unos 75 caseríos y pequeños poblados donde habitan actualmente a unas 40 mil personas siendo su extensión calculada en unos 700 kilómetros cuadrados (idem., p, 59).

En el departamento de Usulután, el FMLN continuó ejerciendo su control en un área que va desde los márgenes del río Lempa hacia el oriente del mismo departamento. Además, extendió su predominio hacia la zona Sur Occidente y Sur Oriente a la par de la costa del Océano Pacífico

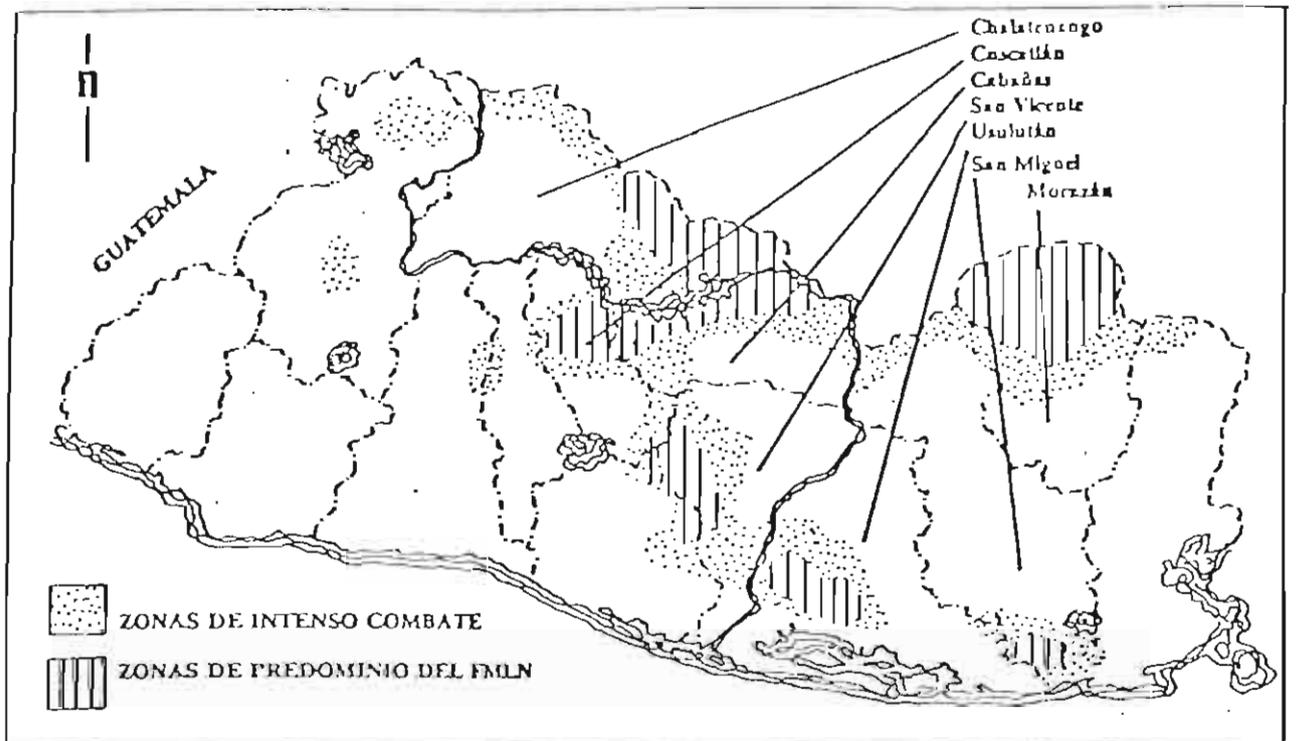
del departamento de Usulután. Se calcula en 120 kilómetros cuadrados la extensión. En el departamento de San Vicente, no aparecen haber habido modificaciones. Se conserva el predominio en la zona norte de este departamento y en las faldas del volcán Chinchontepec.

En el departamento de Cuscatlán, el FMLN mantiene su control en un área relativamente amplia del Cerro de Guazapa, pese a que es objeto de continuos bombardeos de la Fuerza Aérea y operativos militares masivos que pretenden desalojar las posiciones insurgentes. Los Poderes Populares y el movimiento insurgente controlan y administran un territorio de aproximadamente 350 kilómetros cuadrados (Idem,; p. 59).

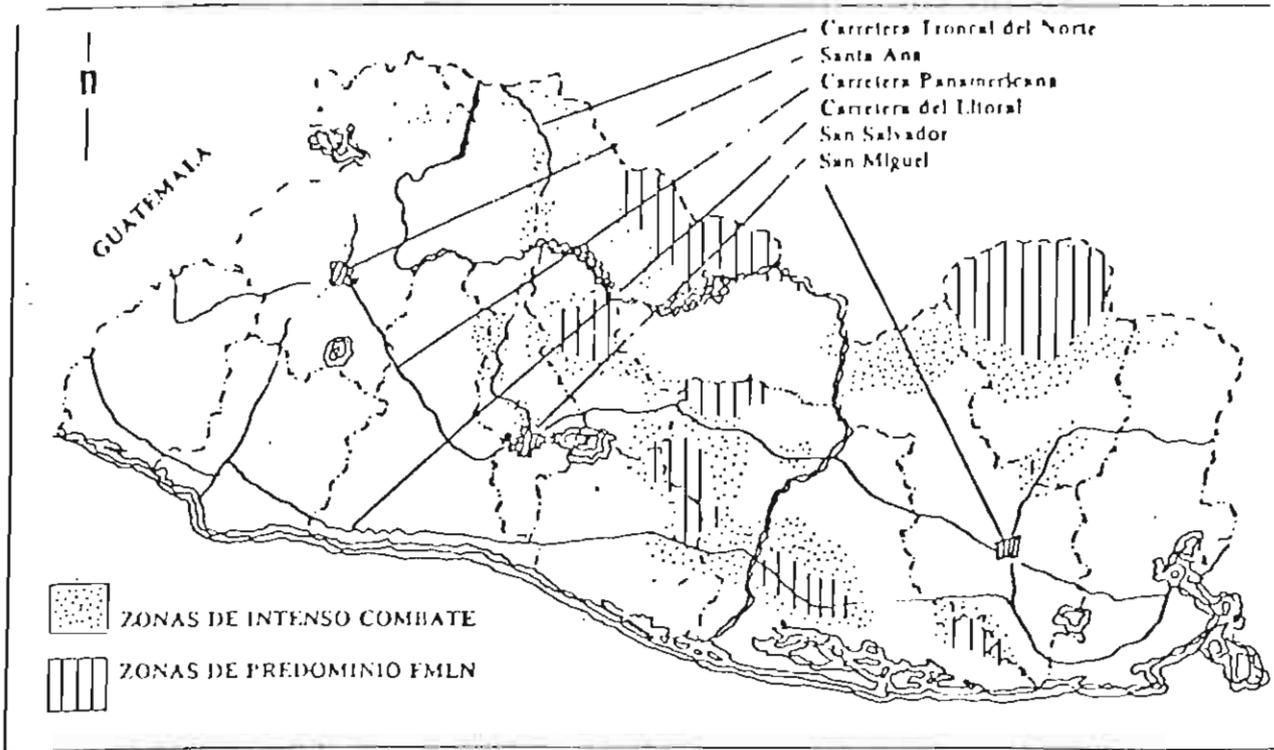
El resto del territorio, a excepción de los departamentos de Sonsonate y Ahuachapán, son áreas de intensa actividad militar que han sido declaradas como el Terreno de Guerra del FMLN. Las áreas de doble poder, a diferencia de las anteriores, son más difíciles de ubicar fenoménicamente debido a que constituyen nuevas bases políticas y militares clandestinas que han comenzado a formarse en las zonas de disputa o en la periferia de la retaguardia enemiga.



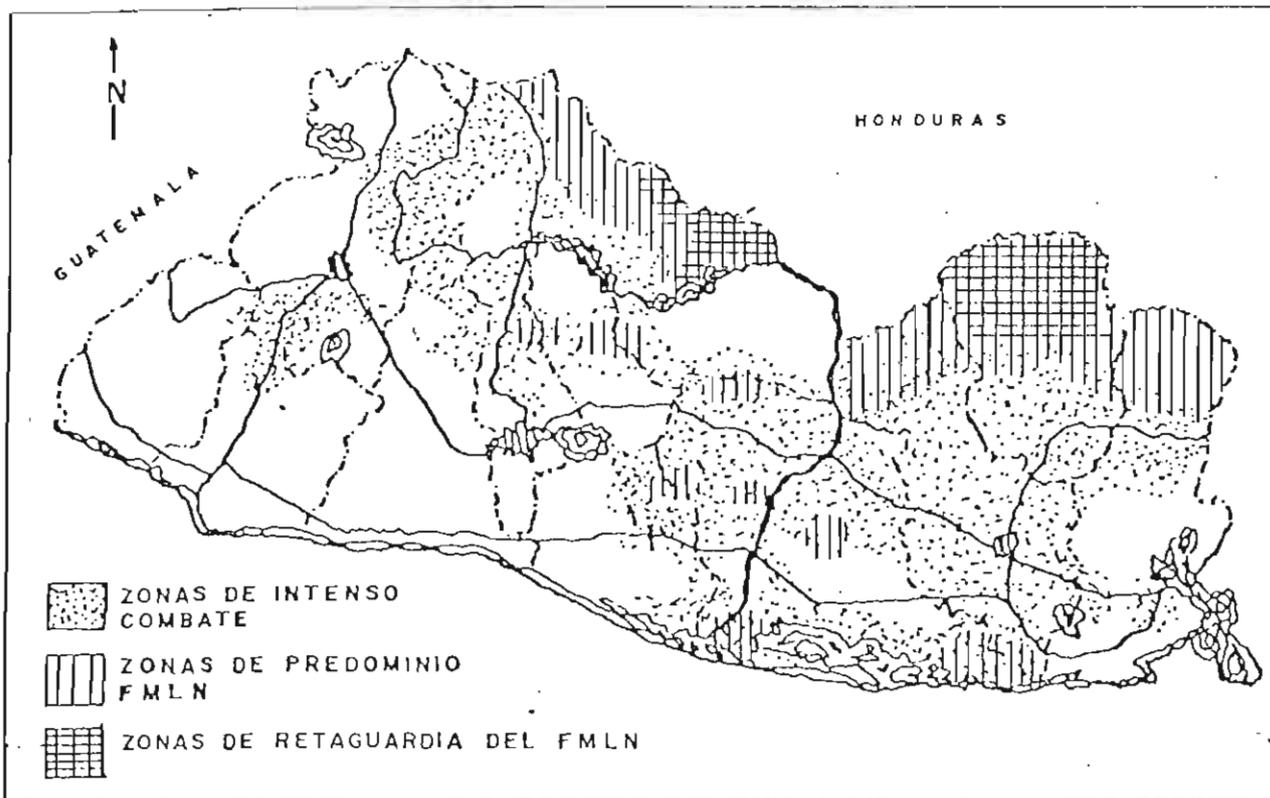
DISTRIBUCION DE LAS PRINCIPALES ZONAS DE CONFLICTO A DICIEMBRE 1980
 MAPA No. 1



DISTRIBUCION DE LAS PRINCIPALES ZONAS DE CONFLICTO A DICIEMBRE DE 1981
 MAPA No. 2



DISTRIBUCION DE LAS PRINCIPALES ZONAS DE CONFLICTO A JUNIO DE 1982
MAPA No. 3



Fuente: CIDA1, Dic. /85.

2.4 ANÁLISIS DE LA SITUACION SALVADOREÑA

2.4.1 ANÁLISIS EN DISTINTOS ASPECTOS

En el aspecto económico, la economía salvadoreña actualmente se encuentra en crisis. Desde 1981 la deuda externa supera las exportaciones llegando a ser por ejemplo de 2.18 veces mayor en 1984. Los créditos no se utilizan para el desarrollo del país, pues cada año el porcentaje de servicios y amortizaciones de la deuda se hace mayor. La crisis se hace palpable, en el desempleo y subempleo, el alza al costo de vida, la paralización de la inversión privada, el cierre de fábricas y la devaluación del colón. Posteriormente al decreto sobre estabilización económica, los aumentos salariales han sido muy importantes y no se ha detenido el alza de los bienes básicos, recayendo el peso de la crisis en las mayorías populares.

En el marco de esta crisis, la coyuntura salvadoreña actual, tiene en práctica el "Paquete Económico" ó Plan de Estructuración y Reactivación Económica que presenta las características siguientes:

La Economía salvadoreña está orientada a la guerra contrainsurgente: esta tendencia expresa el deseo del gobierno actual de solucionar el conflicto militarmente, siguiendo la política de Estados Unidos hacia C.A. dentro de una estrategia contrainsurgente global y prolongada.

Siguiendo esa tendencia, para 1986 el 51.92% del Presupuesto Nacional se destina al financiamiento de la guerra, ya sea directamente como son los porcentajes destinados al Ramo de Defensa y Seguridad (28.6%), y lo presupuestado a otras dependencias relacionadas con defensa.

Los anteriores porcentajes contrastan con los dedicados al ramo de la Educación que constituye el 15.29% del presupuesto nacional y 7.1% lo correspondiente al ramo de Salud, evidenciando así los bajos gastos sociales que dedica el gobierno actual salvadoreño.

En relación al proyecto de Reestabilización Económica, es productor de recomendaciones del FMI y del AID (similares a las recomendadas en otros países) y contiene medidas para reducir el déficit fiscal, el déficit de balanza de pagos y destinar en mayor medida para financiar la guerra. De tal manera que en las medidas una serie de impuestos: ley de Impuesto Temporal a las ganancias extraordinarias del café, ley de impuesto selectivo de consumo y aplicación de impuestos a las instituciones autónomas exentas. En este sentido, gracias a una variante externa como es el alza de los precios del café, el impuesto sobre este producto contribuirá grandemente a solucionar el déficit fiscal.

Las medidas económicas han devaluado oficialmente el colón para, equilibrar la balanza de pagos, estimulando las exportaciones y reduciendo las importaciones.

Las medidas económicas, también contemplan una serie de medidas para acallar descontentos populares y ganar base social, ya que por las mismas presiones populares se establece un aumento de salarios al sector público y se recomienda al sector privado aumentar en un 10-15% los salarios y se pretende controlar los precios de los productos básicos, estableciendo además el congelamiento a las rentas de vivienda y a los intereses de la vivienda mínima, además del tope a consultas médicas y odontológicas, etc.

Estas últimas medidas no todas tienen viabilidad, como el caso de los básicos, cuyo precio se ve condicionado por otras medidas tomadas en cuenta, como son: el alza en el transporte y la gasolina. En lo práctico, sólo el hecho de ser anunciado el paquete económico incrementó precios, demostrando la incapacidad del gobierno para controlarlos. El acceso a servicios médicos se ha visto obstaculizado por la pérdida de gratuidad de los servicios estatales, aunque los servicios privados tengan tope en sus cuotas. Por todo esto, vemos que lejos de beneficiar, perjudica a los sectores populares.

Las medidas económicas se han implementado para continuar la guerra contrainsurgente y con ello preservar el actual sistema capitalista dependiente.

Haciendo un balance de las medidas implementadas en el Paquete Económico, favorece a los sectores del bloque en el poder a quienes se les otorga créditos para incentivarlos, al mismo tiempo que la devaluación en sí los beneficia, porque son los que disponen de divisas. El gobierno trata de no entrar mucho en contradicción con la oligarquía y otros sectores del bloque dominante posponiendo algunas medidas que les son lesivas a sus intereses, como es el impuesto aplicable al patrimonio.

Las medidas económicas, sin embargo, son apoyadas por la mayoría de las fuerzas armadas que ven en el mismo, una forma de seguir contando con la ayuda de Estados Unidos para la guerra; de quien la ayuda militar directa es una gran parte. 506.6 millones de dólares totales para 1986).

Desde el punto de vista de los sectores populares no se quiere una

economía de guerra, sino que una economía que esté orientada al beneficio de las amplias mayorías. Por su parte la insurgencia considera que el diálogo es un mecanismo de concertación para llegar a plantear las aspiraciones populares y buscar su solución.

Por otro lado, no obstante que el gobierno hace propaganda a favor de las medidas económicas de que esto no es cierto y visualizan una que ya se está dando y que el aumento en el costo de la vida llega a empeorar las condiciones impuestas por la crisis económica y que se mencionaron anteriormente. La devaluación por sí sola es una medida que conduce a la inflación agravada por el alza al transporte y a las tarifas eléctricas y de agua. Por ello los sectores populares ven en la solución al conflicto una salida a sus problemas económicos.

De tal manera que sectores revolucionarios y democráticos aún los que antes de las medidas económicas eran base social del partido en el gobierno, se oponen a él, combinándose esta oposición con una solicitud de diálogo entre gobierno e insurgencia para llegar a una solución negociada al conflicto, ya que el actual gobierno no implementa medidas en su beneficio.

Por parte de los sectores populares se considera, que el "paquete económico", es un reflejo de las recomendaciones dadas por los Estados Unidos y el Fondo Monetario Internacional, para una situación de guerra.

Se consideran las medidas económicas, lesivas a los intereses de la mayor parte de la población, ya que con la inflación progresiva, la devaluación de la moneda en un 100%, el poco incremento de salarios

(hasta en un 33%), el aumento de la gasolina, el alza en el transporte la ineficiencia en las medidas de regulación, etc, se ha incrementado el costo de la vida. Ante esa situación las amplias masas populares se han manifestado rechazando las medidas económicas por medio de la realización de: paros, marchas y huelgas. La más clara demostración del carácter amplio de oposición del régimen, fué la formación del frente único de trabajadores: Unidad Nacional de Trabajadores Salvadoreños (unts), en la que participaron 2000 delegados, representantes de 300,000 trabajadores de diversos organismos sindicales, y que en medio de una abierta intimidación del gobierno, convocaron a una marcha de protesta, en la que participaron 75,000 trabajadores exigiendo la derogatoria del "paquete económico" y la continuidad del diálogo con la insurgencia. (11) (12) (13) (14) (17).

En el orden jurídico, el gobierno salvadoreño emitió el decreto 50, en relación a la ley que juzga a los detenidos por "delitos políticos" y en el que se permite que los civiles sean juzgados por fueros militares. Este decreto viola las normas elementales de los derechos procesales y de guerra aplicables a "conflictos internos" ya que la mayoría de funcionarios que aplican la ley son militares, que se convierten en jueces y parte en los juicios. Además en este mismo sentido se observa una dilación prolongada en el procesamiento de los presos políticos, que continúan sufriendo las vejaciones y torturas de autoridades del régimen gubernamental. Existen más de 500 reos políticos en las cárceles, pendientes de ser procesados.

En materia de derechos humanos y dentro del Estado de Sitio permanente se continúa la violación de los derechos humanos, por medio de cateos,

represión selectiva, allanamientos, rastrillaje, vigilancia, restricciones a libertad de asociación, bombardeos a población civil, coartación a la libertad de expresión, etc.

Todo eso se evidencia en algunos hechos como los siguientes: bombardeos, cerco y expulsión de pobladores de Guazapa y Chalatenango, obstaculización y arrestos a participantes en la marcha por la paz en Centroamérica, censura, militar y política para los medios de comunicación que permitan declaraciones de la insurgencia; persecución y muerte a dirigentes sindicales, organizaciones humanitarias, sindicales, expulsión de extranjeros internacionalistas solidarios, etc.

En otro aspecto y en un esfuerzo de dar una imagen a nivel nacional e internacional de vivir una democracia, el Estado implementa los conocidos planes de asistencia a la población que no son otra cosa que el plan de contrainsurgencia, por lo cual miles de salvadoreños se convierten en desplazados obligados por los bombardeos y los operativos del ejército en regiones cercanas a las zonas conflictivas. Es una práctica de tierra, realizada en los últimos meses contra la población civil, con el fin de despoblar caseríos o cantones que reciben o mantienen contacto con las unidades insurgentes. Este es el caso de medio millón de salvadoreños que son desplazados en el interior del país.

El gobierno orienta la asistencia a los desplazados a través de actividades que persiguen básicamente el control militar de la población para evitar su vinculación con la insurgencia.

En el orden institucional (es decir, referente a dictar leyes, cambiarlas, derogarlas, etc), el gobierno de la democracia Cristiana tiene todo el poder puesto que tiene 33 diputados en la Asamblea Legislativa, lo que lo lleva a institucionalizar la represión, manejando a favor de su partido por ejemplo: formar Comisión Investigadora de la corrupción, en donde los únicos elementos son los de su partido; así como también el de negar personería jurídica a sindicatos, o el de prolongar el estado de sitio, etc. (16) (17)

En relación al diálogo con la insurgencia, el gobierno ha demostrado reiteradamente vacilación, menospreciando el clamor de la mayoría del pueblo que desea las pláticas para terminar con la guerra.

Con respecto a los sectores de la clase dominante, el gobierno mantiene diferencias que no han podido superar, por lo que afloran una serie de contradicciones secundarias que lo limitan para la total implementación de su proyecto contrainsurgente; sin embargo las presiones a que lo someten los sectores contrainsurgente; sin embargo las presiones a que lo someten los sectores ultraderechistas lo llevan a tomar cada vez más posiciones antipopulares. (16) (17)

Por parte del FDR-FML, existe una completa identificación con las aspiraciones populares al desarrollar una serie de actividades tendientes a aglutinar a más sectores bajo plataformas amplias de participación.

El FDR -FMLN, ha dado un fuerte impulso a las organizaciones y manifestaciones populares contra: el "paquete económico", la violación de los derechos humanos, los bombardeos a la población civil, etc.,

y en favor del diálogo que conduzca a la solución del conflicto civil.

Por otro lado, en relación al diálogo adquiere gran relevancia la propuesta de paz presentada por el DFR-FMLN con cinco puntos básicos a tomar en consideración:

1. Constituir una amplia concentración nacional de fuerzas sociales y políticas.
2. Cese al fuego.
3. Reestructuración del gabinete.
4. Derogatoria de Decretos represivos.
5. Crear condiciones para un nuevo proceso electoral.

Con este planteamiento, se persigue claramente, lograr tener la vía que conduzca a una solución para las aspiraciones de la mayor parte de la población salvadoreña. La propuesta de diálogo ha recibido el amplio apoyo de todos los sectores del pueblo, que con sus demostraciones públicas lo ha manifestado contundentemente.(16) (17)

A nivel militar, las fuerzas gubernamentales orientadas por el gobierno de los Estados Unidos desarrollan la estrategia de contrainsurgencia en tres aspectos: 1. golpeando la base social de las zonas de control popular,. 2. Disputando la población de las regiones conflictivas, que todavía es recuperable y 3. Consolidando su propia base social de apoyo. (15) (17)

El objetivo estratégico de las fuerzas gubernamentales de aislar a la insurgencia de las masas, ha evidenciado, mediante la realización de grandes operativos militares contrainsurgentes por ejemplo: Guazapa y Chalatenango en 1986.

La fórmula operacional de las fuerzas armadas ha descansado en: 1. Gran saturación de fuerzas en un punto. 2. Impulso persistente del patrullaje con pequeñas unidades (compañías, secciones, recondos.) 3. Guerra Aérea.

Las grandes operaciones de limpieza y aniquilamiento, han adquirido una modalidad diferente, presentando las características siguientes:

- Gran concentración de fuerzas.
- Utilización de todo tipo de armas y de tropas (Infantería, Marina, Artillería, Fuerza Aérea y las Unidades operacionales de Caballería y Blindados. Además de utilizar Fuerzas Especiales, Batallones Elites, Unidades Regionales y Locvales).
- Desarrollo de diversas modalidades operativas dentro del cerco (Emboscadas, Golpes de Mano, Patrullajes, Desembarcos, Ataques Aéreos, etc).

Períodos prologandos de duración

- Dirección de los operativos por Fuerzas Especiales
- Labor de espionaje en las filas de la insurgencia y en las zonas de control popular.

Los progresos del accionar de las fuerzas del gobierno, se pueden resumir así:

1. Haber logrado desarrollar su capacidad de concentración estratégica en áreas específicas.
2. En asestar un duro golpe a las masas en el sector Guazapa (despoblación).
3. En haber logrado la realización conjunta de operaciones de mediana envergadura, etc.

Por parte de la insurgencia, la estrategia de quebrar el plan de contrainsurgencia, es mediante el mantenimiento de la iniciativa y la profundización en el desgaste de las fuerzas gubernamentales, a través de una serie de medidas estratégicas y tácticas para conservar y ampliar, tanto el teatro de operaciones, como la base social que lo sostiene.

En razón de eso la insurgencia ha llevado a cabo lo siguiente:

- Incrementar en el ritmo operacional (mediante el aumento de su accionar en trece de los catorce departamentos del país).

Elevación de la calidad de las operaciones, mediante el desarrollo de gran capacidad y agilidad de concentración y desconcentración operativa.

- Mantenimiento de la extensión de las zonas de operaciones.

- Preservación y desarrollo de sus propias fuerzas.

- Profundización en la desestabilización económica del gobierno, mediante sabotaje a la economía.

- Profundización del sabotaje, principalmente a la oligarquía cafetalera.

- Haber logrado cierto avance en el principio de concentración y dispersión de fuerzas.

- Avanzar en los golpes de mediana envergadura.

Profundizar mediante la conjugación de pequeños y medianos golpes, el desgaste a las fuerzas enemigas y golpear sensiblemente sus mandos tácticos.

- Mantener el teatro de operaciones a nivel nacional. (15) (17)

En el plano internacional el Gobierno de El Salvador desarrolla una política de acercamiento con diferentes países en la actual coyuntura con América Latina, a fin de que sea reconocido su proyecto, como la solución al conflicto salvadoreño.

Desarrolla una política de unificación con países centroamericano, exceptuando Nicaragua, en cuanto a tener una posición conjunta en Contadora.

Para llevar a cabo esta política de unificación, participa en todo tipo de actividades con los países afines de centroamérica.

Así mismo, el Gobierno de El Salvador busca el reconocimiento de países latinoamericanos para obtener una mayor credibilidad, principalmente en aquellos países latinoamericanos para obtener una mayor credibilidad, principalmente en aquellos países integrantes del Grupo de Contadora y del Grupo de apoyo. Dentro de este contexto ha realizado giras por Sur América, a fin de lograr apoyo; sin embargo los resultados no han sido tan positivos. (17).

En lo internacional, el FDR-FMLN plantea el diálogo-negociación como una solución política al conflicto civil para evitar mayor costo social en El Salvador.

En tal sentido la comunidad internacional se ha pronunciado en favor del diálogo y condenando la violación de los derechos humanos. Es así como: el 7 de Octubre, Amnistía Internacional, condenó los actos oficiales que privan la libertad a centenares de salvadoreños. El CODEHUCA (comisión para la Defensa de los Derechos Humanos en Centroamérica), señaló que 6000 salvadoreños desaparecieron como fruto de la política de Seguridad Nacional y de contrainsurgencia. El 20

de noviembre de 1985 la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas denunció que el gobierno salvadoreño sigue matando civiles y violando los derechos humanos. El 27 de noviembre de 1985, México, Argentina, Francia, Venezuela, Costa Rica, Argelia, Suecia y España señalaron la grave situación de los derechos humanos en El Salvador. El 30 de noviembre del mismo año Amnistía Internacional en su informe anual, hizo saber que los derechos humanos en El Salvador no son respetados por el Gobierno de El Salvador.

En lo que va del año no han mejorado los derechos humanos ni las gestiones para el diálogo-negociación.

En ese sentido el FDR-FMLN ha recibido la solidaridad internacional, de numerosos países, organismos, etc., a pronunciarse en favor del diálogo negociación que conduzca a la solución política de la problemática salvadoreña. (16) (17).

2.4.2 Conclusiones

- 1- La estrategia de guerra contrainsurgentes, llevada a cabo por el grupo en el poder a nivel de El Salvador, trata de desarrollar una serie de medidas, tomando en cuenta factores de tipo económico, político, social, militar, etc; asumiendo así la política regional de los Estados Unidos para centroamérica y que se enmarca en un conflicto de baja intensidad, llevando a cabo una guerra prolongada, evitando así el costo social y las consecuencias que implicaría el obtener una victoria más rápida.
- 2- El FMLN-FDR plantea el diálogo negociación como una solución política que abra el camino para la canalización de las aspiraciones populares.

- 3 En la actual coyuntura las masas populares son objetivos estratégicos del gobierno y del FDR FMLN, con el fin de aumentar sus bases sociales.
- 4- En la actual coyuntura se observa que las amplias masas populares se inclinan por apoyar directa o indirectamente, los planteamientos del FMLN-FDR.
- 5- El movimiento de masas, aunque se identifica con el proyecto del FMLN-FDR, tiene una dinámica autónoma en su accionar.
- 6- En el contexto internacional, no obstante los esfuerzos del gobierno de la Democracia Cristiana por obtener credibilidad, ha recibido la condena de la ONU en materia de derechos humanos, y señalamientos por diferentes organismos internacionales, países, etc de continuar el diálogo con el FDR-FMLN.

2.4.3 Tendencias

En base al análisis elaborado, las tendencias, que se manifiestan son las siguientes:

1. En el plano económico de parte del gobierno, la tendencia es el continuar implementando Disposiciones Económicas, no obstante la oposición popular, por el aumento en el costo de la vida, que ocasiona en la población.
2. En el aspecto político se continuará observando la imposición del régimen demócrata cristiano por un lado, y por parte del FDR-FMLN adquiere mayor validez dentro de la población el planteamiento del diálogo.

3. En el área militar, por parte del FMLN-FDR las tendencias son:

- a) Accionar militarmente en otros lugares para dispersar fuerzas del ejército y aliviar la presión de los sitios donde ocurren los grandes operativos.
- b) Protección a la población civil en los sitios donde ocurren los operativos, o el traslado de la misma hacia lugares donde pueda ser protegida.

Por el lado del gobierno, se vislumbra el continuar realizando la estrategia de grandes operativos, con la medida de extraer a la población de la influencia del FDR-FMLN de las zonas de control popular.

4. En el plano internacional, es evidente que seguirá apoyándose al FDR-FMLN en su planteamiento de diálogo para buscar una solución política.

Del lado del gobierno, no obstante su imagen constitucional y su ofensiva diplomática, la Democracia Cristiana, no logrará alcanzar el reconocimiento como única alternativa de solución al conflicto salvadoreño.

BIBLIOGRAFIA de Capítulo: "Aspectos Referenciales del Proceso Social Salvadoreño"

- (1) Jiménez Lilian
El Salvador: sus problemas socio-económicos. La Casa de las Américas, 1980
- (2) Guía del Tercer Mundo 84-85
- (3) Problemática de Desarrollo Regional 1986 MIPLAN. (Ministerio de Planificación)
- (4) Menjívar Rafael: Formación y lucha del proletariado salvadoreño San Salvador, El Salvador UCA, 1979.
- (5) Ceballos, José Antonio: "Recuerdos salvadoreños". San Salvador
- (6) Flores Macall, Mario: "Orígenes, desarrollo y crisis de las formas de dominación en El Salvador". San José Costa Rica SECASA, 1983--138 p.
- (7) Osegueda García Xenia, Quiñonez H. y Santamaría B. Patricia E. San Salvador: UCA 1986 (Tesis)
- (8) Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Social y Económico "Evolución histórica de la Economía Salvadoreña. Separata.
- (9) La Transición social en El Salvador en el período 1980-1985: un producto estratégico del avance del FMLN en el marco de la crisis de dominación y explotación capitalista" (una aproximación sociológica) Universidad de El Salvador Facultad de Ciencias y Humanidades Departamento de Ciencias Sociales). San Salvador, El Salvador y Centroamérica, 1986--84 p.
- (10) Córdova Ricardo, Jimenez Edgar, López Francisco "Crisis Política y Opciones en El Salvador (1979-1984)" CINAS México 1985.
- (11) Díaz Fiallos Ana Gladys Mabel y Morales Velado Mario Antonio. "Análisis Coyuntural de El Salvador, de enero a mayo de 1986, presentado en Curso de Metodología y Técnicas de la Investigación de la Realidad Centroamericana. CECARI. Abril-Mayo 1986.

- (12) Boletín Estados Unidos Centro América N° 6 Dic. 1985 CINAS (Centro de Investigación y Acción Social) México.
- (13) Boletín de análisis e Información N° 19 Octubre Noviembre y Diciembre de 1985. CINAS (Centro de Investigación y Acción Social) México D.F.
- (14) Cartas Económicas MNR Nos 5,6,7,8 y 9 de 1986
- (15) Carta Militar MNR Nos 3 y 4 de Febrero 1986.
- (16) Cartas Social y Política MNR Nos. 3,4,5, y 6 de 1986.
- (17) Cronología de Informaciones Periodísticas de 1986 CIANS 1986

CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LA
POBLACION SALVADOREÑA

3.1 INTRODUCCION:

Al analizar las condiciones de vida y de trabajo de la población salvadoreña, es necesario tener en cuenta que son producto de una diversidad de factores (históricos, sociales, económicos y políticos), tanto internos, como externos muy propios del país.

El análisis de esta temática, permitirá una mejor interpretación de la realidad social salvadoreña en general y además una mayor relación con el perfil patológico de la población.

El abordaje lo haremos comentando, en los diferentes apartados sobre los indicadores de vida a fin de aproximarnos a interpretar la realidad.

La primera parte comprende un breve análisis de la evolución de la economía en donde se comenta sobre los datos económicos generales. En la segunda parte se hace una relación en cuanto a situación del trabajo y salarios y luego se hacen análisis de diferentes indicadores de vida.

3.2 LA ECONOMIA SALVADOREÑA 1970-1985:

Según la mayoría de entendidos en la materia,"para el análisis de la economía, se deben combinar dos tipos de datos, que son complementarios: los agregados macroeconómicos, sobre PTB (Producto Territorial Bruto) a precios constantes (cuadro 1) y el PTB a precios corrientes (cuadro 4). (1).

El PTB a precios constantes, mide el crecimiento real, es decir la evolución de la cantidad de bienes y servicios que se generan.

El PTB a precios corrientes mide la evolución de la economía, tomando en cuenta el factor inflacionario.

CUADRO N° 1

PTB A PRECIOS CONSTANTES DE 1970

(Millones de Colones de 1970)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
(Café)	229.8	243.1	248.0	212.8	268.1	277.2	238.1	246.2	272.1	318.6	316.1	295.2
Agropecuaria	724.8	751.6	762.9	776.6	855.8	911.5	846.8	877.2	1000.1	1036.1	982.2	919.3
Industria y minería y carreteras	4.2	4.1	4.5	4.9	5.7	6.2	5.5	5.0	5.0	5.2	5.3	5.2
Industrias	484.6	518.5	538.2	576.4	609.9	625.1	679.5	714.8	747.0	709.7	633.0	567.2
Construcción	72.4	80.4	106.9	94.8	100.4	143.3	129.8	175.9	164.6	161.2	124.7	105.7
Electricidad agua y serv. sanitarios	38.8	42.3	47.0	52.8	55.5	60.9	67.3	75.8	83.5	93.1	92.1	89.2
Transporte, almacén y co- municación	128.3	130.0	136.5	142.3	164.5	173.4	196.1	215.0	224.0	209.4	194.4	173.2
Comercio	543.3	553.6	589.6	632.6	655.4	657.4	713.9	744.6	767.7	700.0	576.9	490.9
Financiero	57.5	58.5	67.4	77.2	85.3	87.5	99.4	114.4	117.0	119.4	115.5	104.8
Prop. vivien- ta	94.9	97.7	104.4	108.0	111.9	116.0	120.0	124.2	128.6	133.1	136.4	140.4
Admón. Públi- ca	200.2	218.3	234.0	256.5	266.5	272.1	306.1	321.7	357.4	370.7	381.4	386.0
Serv. persona- les	215.5	230.4	244.2	254.9	260.3	261.9	275.5	279.3	294.7	297.6	274.2	250.6
PTB	2564.6	2682.6	2834.1	2977.0	3171.2	3315.3	3439.9	3647.9	3889.6	3835.8	3516.1	3232.6

Fuente: Calculado en base a las tasas de crecimiento real del PTB, que presenta el Ba

Tomado de ... (1)

Al observar el cuadro N° 1, se puede apreciar que el PTB global tuvo pequeños incrementos de 1970 hasta 1978 y de 1979 hasta 1984 tuvo descensos por cada año. De igual manera los PTB en los distintos sectores mostraron la misma tendencia, excepto el sector de propiedad de vivienda. El más afectado fué el sector comercial que para 1985 realizó ventas reales menores a las de 1970.

En términos generales el PTB total, aunque aumentó de 1984 a 1985, representa una cifra absoluta similar al PTB de 1974.

En síntesis se puede decir que la economía salvadoreña ha experimentado a partir de 1979 su peor crisis y que en su evolución económica se ha regresado a la situación de 1974.

El cuadro 2 sobre la Estructura del PTB real, reporta que el sector más afectado es el comercial que bajó 5.4 % de 1971 a 1975, después están los sectores agropecuario e industrial con descenso de alrededor de 2 % en 1985 en relación a 1971. El resto de sectores tuvieron producciones reales superiores a las de 1971. Destaca el incremento en la administración pública que aumentó 5% de 1971 a 1985.

En términos de participación de los sectores para el período 1970-1985, el PTB (en porcentajes), el sector agropecuario ha mantenido mayor participación con niveles que superan el 25 %; el segundo en importancia ha sido el industrial con una participación de más del 17 %; luego sigue el comercial que con 14 % en 1985, sí ha perdido peso relativo; y la administración pública que con 13 % en 1985, se ha incrementado en 5 % con respecto a 1971.

Las razones que se pueden inferir para la baja del sector comercial podrían provenir del incremento de las actividades de autoconsumo sobre las mercantiles en varias regiones rurales del país, principalmente aquellas vinculadas a la insurgencia popular.⁽¹⁾ En lo relacionado al incremento en la administración se puede explicar por aumento del aparato burocrático del Estado, especialmente en lo que respecta

CUADRO N° 2
ESTRUCTURAS DEL PTB REAL (A PRECIOS CONSTANTES DE 1970)
(Porcentajes)

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
(Café)	9.1	8.8	7.1	8.5	8.4	6.9	6.7	7.0	8.3	9.0	9.1
Agropecuario	28.0	25.3	26.1	27.0	27.5	24.6	24.0	25.7	27.0	27.9	28.4
Minería y Canteras	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
Industria	19.3	19.5	19.4	19.2	18.9	19.8	19.7	19.2	18.5	18.0	17.5
Construcción	3.0	3.5	3.2	3.2	4.3	3.8	4.8	4.2	4.2	3.5	3.3
Elect. agua y Serv sanitarios	1.6	1.5	1.8	1.7	1.8	2.0	2.1	2.2	2.4	2.6	2.8
Transporte, almacén y co- municaciones	4.8	4.8	4.8	5.2	5.2	5.7	5.9	5.8	5.5	5.5	5.4
Comercio	20.6	22.3	21.2	20.7	19.8	20.7	20.4	19.7	18.3	16.4	15.2
Financiero	2.2	2.3	2.6	2.7	2.7	2.9	3.1	3.0	3.1	3.3	3.2
Prop. vivienda	3.6	3.7	3.6	3.5	3.5	3.5	3.4	3.3	3.5	3.9	4.3
Admon. Pública	8.1	8.3	8.6	8.4	8.2	8.9	8.8	9.2	9.7	10.9	11.9
Serv. persona- les	8.6	8.6	8.5	8.2	7.9	8.0	7.7	7.6	7.7	7.8	7.8
PTB	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Calculado en base al cuadro del PTB a precios constantes de 1970.

Tomado de Lazo M. J. Francisco (1)

a efectivos militares.

Por otra parte, la interrelación que se puede hacer entre el cuadro 1 de PTB a precios constantes con las tasas de crecimiento del PTB real a precios constantes (cuadro 3), es que en el período 1970 a 1983 la crisis de la economía fué tan grande que los niveles de recuperación aún no son suficientes para revertir el deterioro alcanzado en el período mencionado.

Por ejemplo: la tasa de crecimiento del PTB del sector agropecuario que aunque se hizo positiva para 1984, volvió a decrecer en 1985; y en los otros sectores dichas tasas de crecimiento han sido mínimas.

3.2.2. Evolución de la Economía a Precios Corrientes.

Al observar los cuadros Anexo 1, 2, y 3, se analiza que el sector comercial participa con aproximadamente la cuarta parte del PTB etc.

En segundo lugar está el sector agropecuario y después el industrial. Estos tres sectores forman las 2/3 partes del PTB etc.

Lo más importante ha observar es que aunque todos los PTB corrientes por sector y global se incrementen progresivamente, eso es falso comparado con los PTB reales y las tasas de crecimiento de cada uno de ellos -Por ejemplo en el sector comercial de 543.3 millones de colones de PTB cte. que produjo en 1970, pasó en 1980 a 2,037.7 millones de PTB cte, mientras que como tasa de crecimiento a precios constantes tuvo - 17.7 que significa una gran baja .

3.2.3. Interrelación entre la Evolución Real y Corriente de la Economía

Al hacer la interrelación se puede observar una diferencia en las tasas de crecimiento de los distintos sectores, lo cual es debido al fenómeno de la inflación que interviene de modo discriminado en los distintos sectores; de tal manera que unos trasladan excedentes (por mecanismos de precios) a otros. (1)

Esta forma de operar de los precios permite que aquellos sectores

CUADRO N° 3
TASAS DE CRECIMIENTO DEL PTB REAL (A PRECIOS CONSTANTES)
(1971-1985)

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Café	5.8	2.0	-14.2	26.0	3.4	-14.1	3.4	10.5	17.1	-0.8	-6.6
Agropecuario	3.7	1.5	1.8	10.2	6.5	- 7.9	3.6	14.0	3.6	-5.2	-6.4
Minerías y Canteras	-2.8	11.2	7.6	16.7	8.9	-11.3	-8.4	-0.4	3.1	2.5	-2.6
Industria	7.0	3.8	7.1	5.8	2.5	8.7	5.2	4.5	-5.0	-10.4	-10.4
Construcción	11.0	33.0	-13.8	5.9	42.7	-9.4	35.5	-6.4	-2.1	-22.6	-15.3
Electricidad, agua y serv sanitarios	9.0	11.2	12.3	5.1	9.8	10.4	12.7	10.1	11.5	-1.9	-3.1
Transporte, almacén y comunicaciones	1.3	5.0	4.3	15.6	5.4	13.1	9.6	4.2	-6.5	-7.2	-10.9
Comercio	1.9	6.5	7.3	3.6	0.3	8.6	4.3	3.1	-8.3	-17.7	-14.9
Financiero	1.8	15.2	14.5	10.5	2.6	13.6	15.0	2.3	2.1	-3.3	-9.3
Prop. vivienda	3.0	6.8	3.5	3.6	3.6	3.5	3.5	3.5	3.5	2.5	2.9
Admon Pública	9.1	7.2	9.6	3.9	2.1	12.5	5.1	11.1	3.7	2.9	1.2
Serv personales	6.9	6.0	4.4	2.1	0.6	6.4	1.4	5.5	0.8	-7.7	-8.6
PTB	4.6	5.65	5.06	6.42	4.19	3.97	6.1	6.4	-1.7	-8.7	-8.3

FUENTE: Banco Central de Reserva.

Tomado de....(1)

CUADRO N° 4
ESTRUCTURAS DEL PTB A PRECIOS CORRIENTES

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Café	10.3	9.5	10.6	10.7	7.4	15.8	21.6	13.7	18.1	16.3	12.	11.5
Agropecuario	26.8	25.3	27.7	25.3	23.0	28.3	32.9	26.6	29.1	27.8	24.4	22.5
Minería y Canteras	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
Industria	19.3	19.5	18.3	17.9	18.6	16.3	14.5	15.7	15.5	15.0	15.7	15.5
Construcción	2.9	3.5	3.1	3.7	4.9	3.8	4.5	4.2	3.9	3.4	3.3	3.2
Electricidad, agua y serv. sanitarios	1.4	1.5	1.4	1.4	1.3	1.6	1.6	1.7	2.0	2.1	2.2	2.2
Transporte, almacén y comunicación	4.9	4.9	4.4	4.4	4.2	3.7	3.4	3.8	3.4	3.5	3.8	3.8
Comercio	21.8	22.3	22.3	24.5	24.8	24.7	22.2	25.2	23.3	22.9	23.4	23.5
Financiero	2.3	2.3	2.6	2.6	2.8	2.7	3.2	3.4	3.3	3.4	3.4	3.4
Prop. vivienda	3.7	3.7	3.5	3.6	3.8	3.4	3.8	3.7	3.7	4.3	4.8	4.8
Admon Pública	8.1	8.2	8.4	8.6	8.6	8.5	7.9	9.3	9.1	10.3	10.9	10.9
Serv. persona- les	8.6	8.6	8.1	7.8	7.8	6.8	5.9	6.3	6.6	7.2	7.9	7.9
PTB	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Banco Central de Reserva.

Tomado de ... (1)

que tengan una inflación por arriba del promedio de la economía, reciban un excedente adicional de los que se encuentran por abajo. Ver cuadro 2 y 4

Por ejemplo: para 1985 el sector industrial tuvo una participación de 15.7 % en el PTB cte. y dentro del PTB real fué de 17.5 %, habiendo una diferencia de 1.8 % del PTB total que se generó ese año. En términos generales, se traduce que si para 1985 el PTB real fué de ¢ 3,122.3 millones de colones, dicho sector transfirió el 1.8 % del monto.

Por otra parte, si un sector presenta una participación real inferior a la participación corriente, significa que recibió excedente que fué generado en otros sectores. Por ejemplo el sector comercial que para 1985 tiene participación en el PTB cte. de 28 % y en el PTB real de 14.0 % significa que recibió el 14 % del PTB total vía inflación. (1)

3.2.4 Evolución de Resultado del Presupuesto de la Nación.

Al analizar el cuadro N° 5, se observa que sólo en 1977 existió un superávit y que los años 1980-81 y 82 los déficit registrados fueron bastante altos en comparación a los años anteriores.

La inferencia que se puede hacer de este cuadro es que en el transcurso del período 1971-1985 el resultado del presupuesto ha sido desfavorable para que el Estado pudiera dedicar el financiamiento necesario a los gastos sociales lo cual se ve agudizado en los años de mayor crisis a partir de 1980, y si a esto agregamos el interés estatal de combatir a las fuerzas insurgentes también desde el año 80, entonces se podría decir que la razón fundamental del incremento en el déficit público obedece a los costos directos e indirectos que impone el conflicto armado, donde más del 51 % del presupuesto tiene alguna relación con el desarrollo y profundización de la guerra, ver cuadro N° 6 y 7, en donde se puede ver el incremento progresivo del porcentaje dedicado a defensa, aumentó 3 veces en contraposición a lo asignado a Salud que disminuyó en 25 % y el de Educación que disminuyó en 33 %.

CUADRO N° 6

ASIGNACIONES QUE ESTAN RELACIONADAS DIRECTA E INDIRECTAMENTE
CON EL FINANCIAMIENTO DE LA GUERRA (1986)

RUBRO	%	RELACION
DEFENSA Y SEGURIDAD	28.60	DIRECTA CON LA GUERRA
INTERIOR	0.92	DIRECTA CON PLANES DE CONTRA
CULTURA Y COMUNICACIONES	2.04	DIRECTA CON LA GUERRA PSICOL
PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA	0.58	DIRECTA POR EMANAR DEL EJECU
ORGANO LEGISLATIVO	0.27	INDIRECTA
ORGANO JUDICIAL	1.01	INDIRECTA
DEUDA PUBLICA	18.50	INDIRECTA, SIRVE PARA PAGAR CONTRAIDO EN LOS ULTIMOS 6 A
SUB TOTAL	51.92 %	

FUENTE: MNR. Carta Económica, N° 2. Octubre 1985. pag.6 (4)

CUADRO N° 7
 EL SALVADOR COMPARACION ENTRE
 GASTO SOCIAL Y GASTO MILITAR (1979-1986)

AÑO	GASTO DE DEFENSA**	GASTO SOCIAL EDUCACION	SALUD
1979	8.7 %	20.21 %	10.17 %
1983	19.1 %	16.85 %	8.6 %
1984	23.3 %	15.35 %	8.71 %
1985	27.29 %	16.85 %	7.99 %
1986 *	28.3 %	15.29 %	7.10 %

* Presupuesto Pendiente de aprobación en la Asamblea.

** Incluye el ramo de Defensa y el de Seguridad Pública

Fuente: RICARDO CORDOVA. LA MILITARIZACION DE AMERICA CENTRAL (1981)-1985
 Informe de Investigación para el Proyecto de la Universidad de las
 Naciones Unidas: "Violencia, Derechos Humanos y Sobrevivencia cul-
 tural en América Latina". (5).

De todo lo anterior, se puede deducir que la disminución del presupuesto en gastos sociales repercute principalmente en las grandes mayorías de la población salvadoreña.

3.2.5 Evolución del Índice de Precios al Consumidor o Inflación Anual.

Al observar el cuadro 8 se puede analizar que la inflación en el período de 1971-1984 fué incrementándose de una manera progresiva.

Entre las explicaciones que se han dado de ese fenómeno en El Salvador se puede citar (1) Tesis de Lazo M. Francisco J. en lo que se refiere:

"De acuerdo con la visión de la CEPAL, la inflación de 1985 fué uno de los más graves desajustes experimentados. "El crecimiento de los precios duplicó al del año pasado. En gran medida, tal fenómeno se vinculó con los efectos del traslado de una importante fracción de bienes de importación del tipo de cambio oficial al paralelo. Con ello, se efectuó una devaluación aproximada del 26 % en el valor promedio del colón (respecto de la cotización promedio de 1984)... Sin embargo, otros factores estuvieron también presentes. Entre ellos, hubo especulación en la distribución de bienes y en la compra-venta de las divisas en los mercados extrabancarios.... La liquidez excesiva que rigió en 1985 y cierta abundancia de divisas extrabancarias habrían contribuido adicionalmente a alimentar el alza de precios... (asímismo señala que) la presencia de flujos extraordinarios de recursos externos, asociados primordialmente a los programas de asistencia de los Estados Unidos, pero también engrosados por remesas de salvadoreños residentes en el exterior, han hecho posible la ampliación de la oferta global, facilitando el abastecimiento de los insumos importados, y han aplificado la demanda interna por la vía de la expansión del financiamiento y la derrama de ingresos de la población"

Para la CEPAL, el fenómeno inflacionario está influído primordialmente por un efecto de costos, derivados de la devaluación del 26 % que se operó durante 1985, minimiza las causas que provienen de un alza en la demanda.

CUADRO N° 8

EVOLUCION DEL INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR O INFLACION ANUAL

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Inflación	0.9	1.6	6.4	16.9	19.1	7.1	11.8	13.3	15.9	17.3	14.8	13.8
Cumulada	100.0	106.0	112.8	131.8	157.0	168.2	188.0	213.0	246.9	289.6	332.5	378.4

Cumulada de 1971 a 1978 = 213.0 (8años)

Cumulada de 1979 a 1985 = 262.3 (6 año)

Supuesto de que la inflación sea de 25 %

Fuente: Banco Central de Reserva

Tomado de José Fco. Lazo M.....(1)

C U A D R O N° 9

INDICE DE PRECIOS E INDICE DE PODER ADQUISITIVO

AÑO	IPC <u>1</u> /	IPA <u>2</u> /
1978	100.0	100.0
1979	108.7	91.9
1980	127.5	78.4
1981	146.4	68.3
1982	151.3	66.1
1983	185.1	54.0
1984	214.7	46.6
1985*	221.0	37.0

1/ Índice de precios al consumidor año base 1978

2/ Índice de poder adquisitivo año base 1978

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos
Banco Central de Reserva de El Salvador.

* Valores estimados (2)

Otras explicaciones adicionales sobre la inflación vía costos, tienen que ver con el fenómeno que se ha venido operando por el incremento de la capacidad ociosa, que es producto mismo de la recesión económica. En cuanto a los salarios, éstos no han jugado como elemento incrementador de costos, habida cuenta que permanecieron congelados desde 1980 hasta diciembre de 1985.

El otro tipo de explicaciones sobre la inflación, tienen que ver con un exceso de demanda, relacionado con el incremento del déficit público, las transferencias unilaterales contabilizadas en la balanza de pagos, el incremento del consumo, etc. (1).

Por otra parte al comparar los índices de precios con los de poder adquisitivo en base a los diferentes indicadores de precios revelan niveles de inflación significativamente altos con consecuentes deterioros del poder adquisitivo de la población.

El índice de precios al consumidor (IPC) alcanza para 1984 un valor de 214.7, lo cual indica que de 1978 (año base de referencia) a 1984, los precios se han incrementado en 114.7 % (Ver cuadro 9).

El índice del poder adquisitivo tomando 1978 como año base, alcanzó un valor de 54.1 para 1983, indicando que el poder adquisitivo del colón se ha reducido casi a la mitad en sólo cinco años (Ver cuadro N° 9). (2).

Esto nos lleva a reiterar la grave situación de las condiciones de la población salvadoreña que año con año ve reducida su capacidad para satisfacer sus necesidades básicas.

3.3. DISTRIBUCION DE INGRESO:

3.3.1 En la Población General.

En El Salvador, los grupos minoritarios dominantes a lo largo de la historia no se han preocupado de buscar el bienestar de la población en general a través de satisfacer las necesidades sociales de

de los salvadoreños.

En varios estudios en relación al análisis de la situación del pueblo se demuestra que la gran mayoría se encuentra en condiciones precarias, las cuales no les permiten desarrollarse adecuadamente dentro de la sociedad.

Antes de la actual crisis social, la economía salvadoreña venía creciendo a un ritmo más o menos constante, lo cual pudo observarse en la evolución progresiva y creciente del PTB para el período de 1970 a 1978 (cuadro 1). Sin embargo ese crecimiento no fué acompañado de una distribución equitativa entre los grupos de población, lo cual provocó una profundización de los problemas sociales en los grupos mayoritarios pobres.

Casi todos los estudios de investigación social-económica y política, señalan las desigualdades del ingreso como causas de los problemas en la sociedad salvadoreña; lo que puede observarse en el cuadro N° 10 a precios constantes de 1970, que para 1980 el 20 % de población más pobre recibía únicamente el 2 % del ingreso nacional, mientras que el 20 % más rico recibía el 66 %. Esta, es una clara evidencia, que sumada al problema de la inflación determina malas condiciones de vida en la mayoría de la población.

Por otra parte al hacer la comparación de esos datos con los demás países de centroamérica se pueden ver los mayores extremos ya que el 20 % más pobre recibe el menor porcentaje de ingreso de toda la región, y el 20 % más rico recibe el porcentaje más alto; lo que hace que en El Salvador exista una mayor concentración del ingreso en las minorías con respecto a los otros países centroamericanos.

Así mismo es de hacer notar que la distribución del ingreso no ha cambiado significativamente en los últimos 30 años. En este sentido, investigaciones realizadas en el período de 1945-46 por una misión de técnicos norteamericanos (citada en artículo sobre "Visión Global de la concentración económica en El Salvador" de Manuel Sevilla., en Boletín N 3 de C.E. de U.C.A.)⁽³⁾, señalaba que el 60 % de la población percibía ingresos equivalentes al 32 % del ingreso nacional

CUADRO N° 10

CENTROAMERICA: ESTRUCTURA DE LA DISTRIBUCION DEL INGRESO Y NIVELES DE INGRESO POR HABITANTE, POR PAISES, HACIA 1980										
<i>(Dólares de 1970)</i>										
Estratos	Costa Rica		El Salvador		Guatemala		Honduras		Nicaragua	
	%	Ingreso promedio	%	Ingreso promedio	%	Ingreso promedio	%	Ingreso promedio	%	Ingreso promedio
20% más pobre	4.0	176.7	2.0	46.5	5.3	111.0	4.3	80.7	3.0	61.9
30% bajo la mediana	17.0	500.8	10.0	155.1	14.5	202.7	12.7	140.0	13.0	178.2
30% sobre la mediana	30.0	883.8	22.0	341.2	26.1	364.3	23.7	254.6	26.0	350.2
20% más rico	49.0	1 165.2	66.0	1 535.5	54.1	1 133.6	59.3	796.3	58.0	1 199.8

FUENTE: CEPAL, sobre la base de cifras oficiales de los países.

mientras que en el otro extremo, el 5 % de familias con ingresos más altos percibía el 35.5 %.

Dada la alta concentración del ingreso y la riqueza, consideramos importante hacer un breve análisis de los ingresos de los individuos para obtener una apreciación del problema.

En ese sentido analizaremos el cuadro 11 sobre la PEA que muestra ⁽⁶⁾ para 1971-1978, un desequilibrio en el mercado laboral, el cual tendió a ampliarse, por la incorporación de nueva fuerza de trabajo que era mayor a las oportunidades de empleo que la estructura económica podía ofrecer. Esto también se debió a un mayor crecimiento de la PEA por aumento de la población en los grupos etarios jóvenes.

En 1981 se observó una disminución en la PEA, quizá debido al fenómeno de la migración interna y externa provocada por el conflicto de guerra civil. De 1981 a 1985 la PEA se mantuvo con incrementos progresivos, mientras que la PEA ocupada mostró una tendencia a disminuir, incrementándose por lo tanto la tasa de desocupación, que para 1985 llegó a casi un 34 %.

En cuanto al subempleo o sea al grado de utilización de acuerdo con el tiempo de duración del trabajo principal, la situación que se observó entre 1978 y 1980 (cuadro N° 12 ⁽⁶⁾), que alrededor del 44 % del total de ocupados tenían trabajos de menos de 12 meses al año. Esto ilustrado según la ocupación, se puede ver que los grupos de trabajadores obreros agrícolas y servicios muestran niveles de porcentaje de 44 ó más, indicando una menor estabilidad en los grupos mayoritarios de población, lo cual por supuesto llega a producir incidencia en las condiciones de vida.

Para complementar lo ya referido en relación a la PEA, los cuadros 13, 14, 15, y 16, muestran en los años citados lo siguiente:

En cuadro 13 se observa:

Una disponibilidad de mano de obra del 54. % de la población total, una población en edad de trabajar de alrededor del 51 %; una PEA que fué de un 36.18 % con respecto a la población total para 1980. También se observa que la población ocupada se dedica en primer lugar a las labores agrícolas; en segundo al comercio, en tercero a los

CUADRO N° 11

TASA DE DESOCUPACION PERIODO 1985
(en miles)

AÑO	PEA Total	PEA ocupada	PEA desocupada	Tasa desocupada.
1971	1,200	1,050	150	12.5 %
1972	1,250	1,001	149	11.9 %
1973	1,300	1,030	270	20.8 %
1974	1,350	1,072	278	20.6 %
1975	1,400	1,064	336	24.0 %
1976	1,460	1,098	362	24.8 %
1977	1,510	1,130	380	25.2 %
1978	1,570	1,156	414	26.4 %
1979	1,640	1,148	492	30.0 %
1980	1,651	1,437	213	12.9 %
1981	1,461	1,151	310	21.22
1982	1,466	1,064	401	27.41
1983	1,471	997	474	32.24
1984	1,494	1,012	481	32.24
1985	1,545	1,047	520	33.70

FUENTE: De 1971 a 1979: Agenda Demográfica de El Salvador Abril 1980
Tomado de (6)

FUENTE: De 1980 a 1981: Departamento de Planificación Global MIPLAN
(cifras estimadas)

CUADRO N° 12

OCUPADOS POR TIEMPO DE DURACION DEL EMPLEO PRINCIPAL
AÑOS Y GRUPOS OCUPACIONALES
(En miles de personas y porcentajes)

Años y grupos Ocupacionales	TOTAL	%	Menos de 12 meses al año	%
1978	1,372.2	100.00	611.7	44.6
1979	1,470.8	100.00	646.1	43.9
1980	1,336.5	100.00	594.1	44.5
Profesionales	65.5	4.9	11.1	16.9
Directores	8.5	0.6	1.4	16.5
Administradores	78.6	5.9	23.9	30.4
Comerciantes	220.4	16.5	61.5	27.9
Servicios	119.1	8.9	58.4	49.0
Agrícolas	461.7	34.6	266.7	57.8
Otros obreros	382.7	28.6	171.1	44.7

FUENTE: Indicadores Económicos y Sociales julio-diciembre 1981. MIPLAN
Unidad de Investigaciones Muestrales (Encuesta de Hogares de
Propósitos Múltiples).

CUADRO 13 A
BALANCE DE MANO DE OBRA-AÑOS 1975, 1978 y 1980.
Por Grupos de Edad y Sectores Económicos
En Miles de Personas.

GRUPOS DE EDAD Y SECTORES ECONOMICOS	1975		1978	
	Miles de personas	%	Miles de personas	%
1. TOTAL RECURSOS HUMANOS	4094.0	100.0	4279.3	100.0
Disponibilidad Mano de Obra	2209.3	54.0	2303.6	53.8
Población de :				
15 a 64 años en Edad Trabajo	2081.8	50.9	2171.7	50.8
65 y más años de Trabajo	59.6	1.5	65.3	1.5
65 y más que busca Trabajo	1.4	0.0	1.0	0.0
Menor 15 años de Trabajo	63.6	1.5	64.2	1.5
Menor 15 años que busca Trabajo	2.9	0.1	1.4	0.0
Recursos Humanos no Disponibles	1884.7	46.0	1975.7	46.2
Población de :				
Menor 15 años que no Trabaja	1777.5	43.4	1854.2	43.3
65 y más que no Trabaja	107.2	2.6	121.5	2.9

FUENTE : Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social -Un
Muestrales.

CUADRO 13 B
BALANCE DE MANO DE OBRA-AÑOS 1975, 1978 Y 1980
Por Grupos de Edad y Sectores Económicos
En Miles de Personas.

GRUPOS DE EDAD Y SECTORES ECONOMICOS	1975		1978		M P
	Miles de personas	%	Miles de personas	%	
2. UTILIZACION MANO DE OBRA DISPONIBLE	2209.3	100.0	2303.6	100.0	
Población Económicamente Activa	1287.9	58.3	1425.5	61.9	
Ocupada	1220.3	55.2	1372.2	59.6	
Agricultura	586.0	26.5	568.7	24.7	
Minería	1.7	0.1	4.2	0.2	
Manufactura	120.7	5.5	194.5	8.4	
Electricidad, gas y agua	4.3	0.2	6.2	0.3	
Construcción	48.9	2.2	71.4	3.1	
Comercio	212.2	9.6	218.8	9.5	
Transporte y Comunicación	29.7	1.3	53.0	2.3	
Establecimientos Financieros	7.0	0.3	12.6	0.5	
Servicios	207.0	9.4	241.9	10.5	
No Especificados	2.9	0.1	0.9	0.0	
Desocupada	67.6	3.1	53.3	2.3	

FUENTE : Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social -Unidades
trales.

CUADRO 13 C
BALANCE DE MANO DE OBRA-AÑOS 1975, 1978 Y 1980
Por Grupos de Edad y Sectores Económicos.
En Miles de Personas.

GRUPOS DE EDAD Y SECTORES ECONOMICOS	1975		1978		
	Miles de personas	%	Miles de personas	%	
Población Inactiva 15 a 64 años	921.4	41.7	878.1	38.1	
Quehaceres Domésticos	671.6	30.4	643.0	27.9	
Estudiantes	162.6	7.3	165.9	7.2	
Jubilados	1.5	0.1	2.5	0.1	
Otros	85.7	3.9	66.7	2.9	

FUENTE : Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social -Unidades.
trales.

servicios y en cuanto a la manufactura.

El cuadro 14 nos muestra, que la PEA para 1980 en el área rural fué de 850.5 y para la urbana de 742.9. Según departamentos la mayor cantidad de PEA está en San Salvador luego en Sta. Ana, tercero en San Miguel; igualmente el mayor número de población ocupada y desocupada se encuentra en los mismo departamentos. Así mismo se puede observar que Cabañas, Morazán y Chalatenango presentan las menores cifras de PEA.

El cuadro 15 ilustra que el mayor porcentaje (40 %) de PEA está dedicada a la rama de la agricultura un 16 % al comercio y más del 15 % a la industria y servicios.

En relación al cuadro 16 lo que se puede observar es que casi el 67 % de la PEA total son hombres y un 33 % son mujeres. Además en la distribución de las personas ocupadas por departamentos dentro de las distintas actividades económicas, se observa de manera general que los menores porcentajes de ocupación se dan en Morazán, La Unión, Cabañas y Chalatenango principalmente. Esto último también puede verse en los Anexos 4 y 5 en donde puede observarse que los departamentos antes mencionados son los que tienen las menores cifras de los sectores comercial e industrial manufacturero, lo cual indica que son los de menor desarrollo económico.

En síntesis el análisis de estos cuadros anexos nos demuestra que la PEA es un poco más de 1/3 de la población total, que la principal actividad es la agrícola, que hay más PEA en área rural y que la PEA del área urbana está concentrada en las tres principales ciudades del país (San Salvador, Santa Ana y San Miguel) y que los departamentos con menor concentración de actividad económica son Cabañas, La Unión, Morazán y Chalatenango.

3.3.2. Entre Sueldos y Salarios y Capital.

Por otra parte al analizar la distribución del ingreso nacional en lo correspondiente a Sueldos y Salarios y al Capital (cuadro N° 17)

POBLACION DE 10 AÑOS Y MAS ECONOMICAMENTE ACTIVA E INACTIVA

POR CONDICION, ACTIVIDAD, DEPARTAMENTO, AREA Y SEXO.

Según encuestas 1978, 1979 y 1980-En miles de personas y porcentaje.

AÑO, SEXO, AREA Y DEPARTAMENTO	ECONOMICAMENTE ACTIVA			ECONOMICAMENTE INACTIVA			
	TOTAL	OCUPADA	DESOCUPADA	TOTAL	QUEHACERES DOMESTICOS	ESTUDIANTES	OTROS
En miles de personas							
1978-TOTAL	1425.5	1372.2	53.3	1529.8	775.4	601.8	152.6
1979-TOTAL	1575.6	1470.8	104.8	1475.7	755.5	502.9	217.3
1980-TOTAL	1593.4	1336.5	256.9	1539.0	557.9	558.2	422.9
Masculino	1039.5	894.1	145.4	457.8	0.2	278.7	178.9
Femenino	553.9	442.4	111.5	1081.2	557.7	279.5	244.0
Area Urbana	742.9	665.8	77.1	662.1	194.6	299.4	168.1
Masculino	412.8	367.1	45.7	216.0	0.1	146.2	69.7
Femenino	330.1	298.7	31.4	446.1	194.5	153.2	98.4
Area Rural	850.5	670.7	179.8	876.9	363.3	258.8	254.8
Masculino	626.7	527.0	99.7	241.8	0.1	132.5	109.2
Femenino	223.8	143.7	80.1	635.1	363.2	126.3	145.6
AREA METROPOLITANA	343.1	313.5	29.8	270.7	75.6	130.4	64.7
Masculino	186.1	169.6	16.5	88.7	---	63.7	25.0
Femenino	157.2	143.9	13.3	182.0	75.6	66.7	39.7
TOTAL POR DEPTO.	1593.4	1336.5	256.9	1539.0	557.9	558.2	422.9
Ahuachapán	78.8	59.3	19.5	78.5	29.1	23.6	25.8
Santa Ana	148.3	119.2	29.1	131.4	61.9	44.7	34.8
Sonsonate	117.6	92.3	25.2	93.7	32.6	33.4	27.7
Chalatenango	62.1	53.2	8.9	71.7	29.6	25.3	16.8
La Libertad	130.4	111.7	18.7	126.4	50.2	45.6	30.6
San Salvador	419.3	373.1	46.2	353.4	105.4	156.8	91.2
Cuscatlán	65.3	60.9	4.4	60.5	22.4	22.0	16.4
La Paz	72.9	52.7	20.2	79.7	27.9	29.4	22.4
Cabañas	43.3	35.4	7.9	57.3	20.2	19.8	17.3
San Vicente	64.8	58.5	6.3	58.9	26.0	8.9	24.0

CUADRO 15 a.

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA POR CATEGORIA OCUPACIONAL
POR RAMA ACTIVIDAD ECONOMICA SEGUN ENCUESTAS 1978, 1979 y 1980

En miles de Personas y Porcentajes

RAMA ACTIVIDAD ECONOMICA	TOTAL	PATRON	CUENTA PROPIA	Empleado a:		Obrero a:		Servicio Doméstico
				Sueldo fijo	Destajo	Sueldo Fijo	Destajo	
En Miles de Personas								
1978	1,425.5	9.2	395.3	236.0	25.7	259.2	269.2	80.4
1979	1,575.6	4.5	441.0	258.2	21.0	363.7	217.4	74.1
1980 - TOTAL	1,593.1	6.8	443.2	258.5	19.3	316.1	279.6	69.1
Agricultura	636.6	1.9	151.2	15.3	0.4	153.2	187.7	
Minería	4.4		0.9	0.7		2.0	0.6	
Industria	247.6	1.3	81.9	27.1	0.6	73.7	48.9	0.2
Electricidad, Gas y Agua	9.7		1.1	4.7	0.1	3.5	0.3	
Construcción	80.1	0.1	3.8	4.1		45.7	22.4	
Comercio	256.1	1.8	168.8	48.7	9.6	2.5	0.7	0.3
Transporte y Comunicación	65.6	0.7	10.3	27.9	4.4	12.3	8.3	
Establecimientos Financieros	15.9		1.5	13.7	0.4	0.1	0.1	
Servicios	250.1	1.0	23.7	116.3	3.8	23.1	10.6	68.6
Actividad No Especificada	...	...	...	...	...	...	...	...
Nunca Trabajo	27.0							

FUENTE: Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social-Unidad de Muestrales (tomado de la Obra: "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples- Febrero-Sepiembre 1978-IV tercera ronda; y Enero-Junio 1980 - Volúmen IV cuarta ronda)

CUADRO 15 b.

1980 - TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Agricultura	40.0	27.0	34.1	5.9	2.1	48.5	67.1	
Minería	0.3		0.2	0.3		0.6	0.2	
Industria	15.5	19.1	18.5	10.5	3.1	23.3	17.5	0.3
Electricidad, GAs y Agua	0.6		0.3	1.8	0.5		0.1	
Construcción	5.0	1.5	0.9	1.6		14.5	8.0	
Comercio	16.1	26.5	38.1	18.8	49.7	0.8	0.3	0.4
Transporte y comunicación	4.1	10.3	2.3	10.8	22.8	3.9	3.0	
Financieros	1.0		0.3	5.3	2.1	0.0	0.0	
Servicios	15.7	14.7	5.3	45.0	19.7	7.3	3.8	99.3
	
Nunca Trabajó	1.7	...	...	...	...	...	...

FUENTE: Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social - Unidad de Muestrales (tomado de la Obra: " Encuesta de Propósitos Múltiples - Febrero-Septiembre 1979 -Volúmen IV, primera ronda; Mayo-Diciembre 1979 -Volúmen IV tercera ronda; y Enero-Junio 1980 -Volúmen IV cuarta ronda).

CUADRO 16 A
 OCUPADOS POR RAMA, ACTIVIDAD ECONOMICA
 POR SEXO, AREA Y DEPARTAMENTO, SEGUN ENCUESTAS 1978, 1979 Y 1980
 En miles de Personas y Porcentaje.

SEXO, AREA Y DEPARTAMENTO	TOTAL	AGRICULTURA.	INDUSTRIA	ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	CONSTRUCCION.	COMERCIO.	TRANSPORTE, ALMACENAJE Y COMUNICACION	E. C. N.
En miles de personas								
1978-TOTAL	1372.2	568.7	194.5	6.2	71.4	218.8	53.0	
1979- TOTAL	1470.8	658.9	203.4	6.9	65.2	217.6	57.3	
1980-TOTAL	1336.5	468.4	228.3	9.3	67.2	247.7	60.3	
Masculino	894.1	425.2	131.7	8.5	66.9	74.7	57.7	
Femenino	442.4	43.2	96.6	0.8	0.3	173.0	2.6	
Area Urbana	665.8	56.7	144.2	6.2	34.2	176.9	37.8	
Masculino	367.1	49.2	81.0	5.4	33.9	58.3	35.6	
Femenino	298.7	7.5	63.2	0.8	0.3	118.6	2.2	
Area Rural	670.7	411.7	84.1	3.1	33.0	70.8	22.5	
Masculino	527.0	376.0	50.7	3.1	33.0	16.4	22.1	
Femenino	143.7	35.7	33.4	---	---	54.4	0.4	
AREA METROPOLITANA.	313.5	4.0	73.8	3.6	15.2	81.4	17.4	
Masculino	169.6	3.6	43.8	3.0	14.9	30.5	15.9	
Femenino	143.9	0.4	30.0	0.6	0.3	50.9	1.5	

FUENTE : Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social -Unidades- (Tomado de la Obra : "Encuestas de Hogares de Propósitos Múltiples Febrero-III, primera ronda; Mayo-Diciembre 1979, Volumen III tercera ronda; y Enero-Junio I ronda).

CUADRO 16 B
 OCUPADOS POR RAMA, ACTIVIDAD ECONOMICA
 POR SEXO, AREA Y DEPARTAMENTO, SEGUN ENCUESTAS 1978, 1979 y 1980.
 En miles de Personas y Porcentaje.

SEXO, AREA Y DEPARTAMENTO	TOTAL	AGRICUL_TURA	INDUS_TRIA	ELECTRI_CIDAD, GAS Y AGUA	CONSTRUC_CION	COMER_CIO	TRANSPOR_TE, ALMACE_NAJE Y CO-MUNICACION
En miles de personas							
TOTAL POR DEPARTAMENTO	1336.5	468.4	228.3	9.3	67.2	247.7	60.3
Ahuachapán	59.3	32.3	7.4	0.1	3.6	7.9	1.8
Santa Ana	119.2	43.7	18.2	1.5	7.4	20.9	5.4
Sonsonate	92.3	45.6	13.8	0.7	2.3	15.7	4.2
Chalatenango	53.3	30.3	5.0	0.5	2.4	6.8	2.2
La Libertad	111.7	47.8	17.2	0.6	4.8	18.1	6.0
San Salvador	373.1	25.5	83.8	4.2	19.6	92.8	21.8
Cuscatlán	60.8	24.3	15.3	0.4	2.7	9.3	2.1
La Paz	52.7	20.6	7.2	0.2	4.5	11.8	1.9
Cabañas	35.4	17.3	4.9	---	2.3	5.6	1.1
San Vicente	58.5	30.4	10.3	0.1	2.2	6.9	2.0
Usulután	94.2	50.0	12.1	0.4	3.4	14.6	2.4
San Miguel	109.2	43.6	14.2	0.6	4.6	21.1	4.6
Morazán	52.3	26.2	11.0	---	3.3	5.0	1.9
La Unión	64.5	30.8	7.9	---	4.1	11.2	2.9

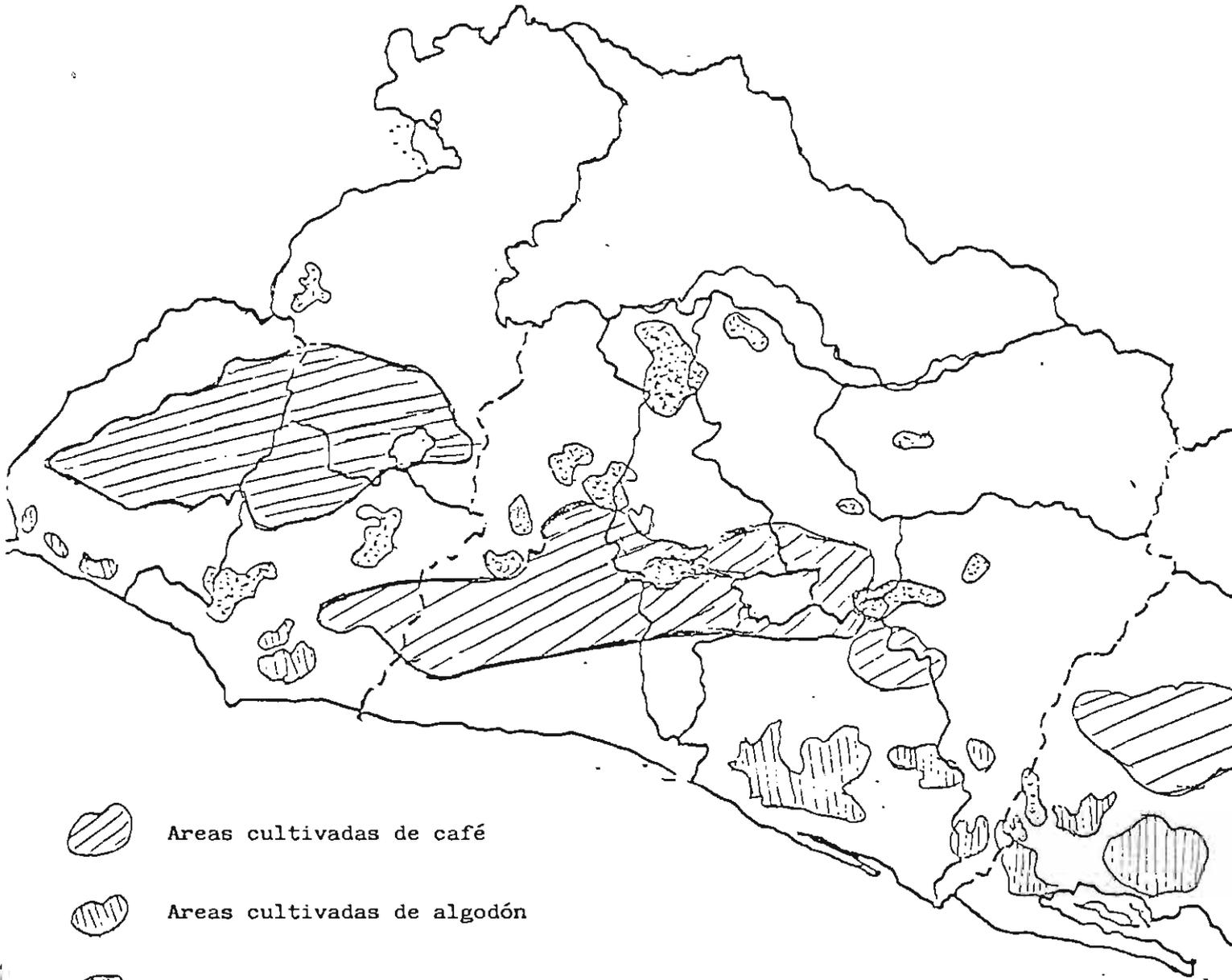
FUENTE : Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social -Unidades- (Tomado de la Obra: "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples Febrero-S... primera ronda; Mayo-Diciembre 1979, Volumen III tercera ronda; y Enero-Junio 1980-...)

CUADRO 16 C
 OCUPADOS POR RAMA, ACTIVIDAD ECONOMICA
 POR SEXO, AREA Y DEPARTAMENTO, SEGUN ENCUESTAS 1978,1979 Y 1980
 En miles de Personas y Porcentaje

SEXO, AREA Y DEPARTAMENTO	TOTAL	AGRICULTURA	INDUSTRIA	ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	CONSTRUCCION	COMERCIO	TRANSPORTE, ALMACENAJE Y COMUNICACION
					Porcentaje		
1980-TOTAL	100.0	35.0	17.1	0.7	5.0	18.6	4.5
Masculino	66.9	31.8	9.9	0.6	5.0	5.6	4.3
Femenino	33.1	3.2	7.2	0.1	---	13.0	0.2
Area Urbana	100.0	8.5	21.7	0.9	5.1	26.6	5.7
Masculino	55.1	7.4	12.2	0.8	5.1	8.8	5.3
Femenino	44.9	1.1	9.5	0.1	---	17.8	0.4
Area Rural	100.0	61.4	12.5	0.5	4.9	10.5	3.4
Masculino	78.6	56.1	7.5	0.5	4.9	2.4	3.3
Femenino	21.4	5.3	5.0	---	---	8.1	0.1
AREA METROPOLITANA	100.0	1.3	23.5	1.1	4.8	26.0	5.6

FUENTE : Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social -Unitales- (Tomado de la Obra: "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples Febrero-primera ronda; Mayo-Diciembre 1979, Volumen III tercera ronda; y Enero-Junio 1980-

EL SALVADOR



-  Areas cultivadas de café
-  Areas cultivadas de algodón
-  Areas cultivadas de caña de azúcar

Tomado de.....(10),.

CUADRO 17
 INGRESO NACIONAL DISTRIBUCION ENTRE SUELDOS
 Y SALARIOS E INGRESOS AL CAPITAL 1971 - 1979
 (millones de colones, precios corrientes)

Años	Ingreso Nacional	Sueldos y Salarios ^a	Ingreso al Capital
1971	¢ 2,316.0	¢ 1,041.9	¢ 1,274.1
1972	2,458.4	1,072.9	1,385.5
1973	2,877.9	1,273.7	1,604.2
1974	3,385.2	1,498.3	1,886.9
1975	3,857.8	1,707.5	2,150.3
1976	4,896.8	2,167.3	2,729.5
1977	5,977.8	2,645.7	3,332.1
1978	6,638.0	2,937.9	3,700.1
1979	7,462.2	3,302.7	4,159.5

a "Sueldos y salarios" incluye las remuneraciones a trabajadores remunerados (68% de la PEA), los ingresos de trabajadores por cuenta propia (22% de la PEA) y, finalmente los ingresos de trabajadores familiares (17.6% de la PEA).

b El rubro de "ingresos al capital" es de contenido más claro. Se reportan en él los estimados de ingresos generados por la propiedad de medios de producción, fundamentalmente activos, fijos o inmuebles.

FUENTE CUDI. "La economía Salvadoreña, 1981-82 San Salvador 1982 pag. 101. Tomado de... (3)

se puede observar en el período de 1971 a 1979, que el ingreso nacional a precios corrientes se incrementó en aproximadamente 222 %: de ¢ 2,316 millones en 1971, a ¢ 7,462 millones en 1979. Dados los patrones de distribución porcentual del ingreso nacional, durante el período 1971-1979, 44 % constituyó sueldos y salarios, mientras que un 56 % del ingreso nacional correspondió a ingresos al capital. En términos más sencillos, de cada colón de ingreso generado por la economía salvadoreña durante 1971-1979, 56 centavos fueron retenidos por los propietarios de los medios de producción en concepto de ganancias, dividendos, intereses y rentas, mientras que los 44 restantes eran distribuidos entre la clase trabajadora.(3)

Este patrón de distribución indica una fuerte concentración de ingresos en manos de los capitalistas o propietarios de medios de producción.(3)

Al explorar mejor las categorías abstractas de "clase trabajadora" y "capitalistas". En 1981, según el CUDI, la población económicamente activa (PEA) en El Salvador era de 1.45 millones de habitantes, de los cuales únicamente 25,118 eran propietarios de medios de producción y tenían como fuente fundamental de ingresos, los generados por el capital. En otros términos, de cada 1,000 salvadoreños económicamente activos en 1979, sólo 18 eran capitalistas; los restantes eran trabajadores.(3)

La Cuadro^o 13 presenta datos sobre los ingresos per-cápita de los trabajadores y capitalistas durante el período 1971-1979.

En 1971 el ingreso promedio de la población económicamente activa fué de ¢ 2,075. Sin embargo, la clase trabajadora, que constituía el 98 % del total de la población económicamente activa, tenía ingresos por debajo del promedio general. Según estos estimados, los 1,116,000 habitantes que constituían la clase trabajadora en 1971 tenían un ingreso promedio de ¢ 950.71. En el otro extremo, los propietarios de medios de producción, menos del 2% de la PEA en dicho año, tuvieron ingresos promedio de ¢ 63,425, cantidad que supera en 30 veces el ingreso promedio de la población económicamente activa y en más de 66 veces el ingreso promedio de la clase trabajadora.(3) La situación

CUADRO N° 18

INGRESOS PER-CAPITA DE POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA
 CAPITALISTAS Y TRABAJADORES. 1971-79
 (Colones a precios corrientes)

Año	Número capitalistas	Número trabajadores	Población económica- mente activa	Ingresos Per-cápita capitalistas	Ingresos Per-cápita trabajadores	Población económica- mente activa
1971	20,088	1,095,912	1,116,000	¢ 63,425.90	¢ 950.71	¢ 2,075.20
1972	20,754	1,132,246	1,153,000	66,758.20	947.58	2,132.10
1973	21,438	1,169,562	1,191,000	74,829.70	1,089.04	2,416.30
1974	22,140	1,207,860	1,230,000	85,225.80	1,240.46	2,752.10
1975	22,860	1,247,140	1,270,000	94,063.80	1,369.13	3,037.60
1976	23,634	1,289,366	1,313,000	115,400.30	1,680.90	3,729.40
1977	24,426	1,332,574	1,357,000	136,416.10	1,985.41	4,405.10
1978	25,254	1,377,746	1,403,000	146,515.40	2,132.39	4,731.20
1979	26,118	1,424,882	1,451,000	159,257.90	2,317.87	5,142.70

FUENTE CUDI: Op. Cit. pag. 109

Tomado de ... (3)

seguida siendo fundamentalmente la misma en 1979, en lo que respecta a distribución del ingreso: la población económicamente activa que incluye a capitalistas y trabajadores tuvo ingresos promedio de ₡ 5,142; los capitalistas tuvieron ingresos cercanos a los ₡ 159,257, mientras que casi un millón y medio de trabajadores tenían ingresos promedio de ₡ 2,137. En este último año los ingresos promedio de los capitalistas salvadoreños fueron de 31 veces mayores a los ingresos promedio de la población económicamente activa; la brecha se había ampliado con relación a la clase trabajadora, ya que los ingresos de los capitalistas fueron 68 veces mayores que los del trabajador promedio. (3)

Las desigualdades en la distribución del ingreso son más amplias y profundas que lo ya señalado. No sólo existen desigualdades entre capitalistas y trabajadores; también existen significativas desigualdades al interior de cada uno de estos grupos. La información disponible, sin embargo, permite ilustrar solamente un aspecto adicional del problema, tal como se observa en el cuadro 19, en el que pueden apreciarse las desigualdades en la distribución del ingreso al capital en que los pequeños capitalistas (alrededor del 98 %), perciben el 12.8% de los ingresos totales del capital; los medianos capitalistas (18%) perciben el 24.3% y los grandes capitalistas (menos del 1%), se apropian del 62% de los ingresos del capital.(3)

En general podemos decir que en El Salvador existe una distribución del ingreso nacional totalmente desigual, lo cual hace que la mayoría de individuos tengan niveles de consumo extremadamente bajos con una tendencia a desmejorarse año con año en forma acelerada debido a la disminución real del salario por el fenómeno de la inflación. El cuadro 20 muestra⁽¹⁾ la evolución del salario nominal y real comparado en colones de 1971 para calcularse la deflacción. Se observa que los salarios mínimos aunque se incrementaron año con año en el período 1971 a 1979 en su valor nominal, lo cierto es que disminuyeron en su valor real.

Si a eso se agrega la congelación salarial decretada por el Estado

CUADRO N° 19
 INGRESOS ANUALES DE LOS CAPITALISTAS
 CLASIFICADOS POR TAMAÑO 1979
 (Cifras a precios corrientes)

TAMAÑO	NUMERO	INGRESOS	
		Totales (en millones de ¢)	Per Cápita
Pequeños	25,543 (97.8%)	534.5 ¢	20,925.40
Medianos	459 (1.8%)	1,011.7 ¢	21,204,139.00
Grandes	116 0.4	2,613.5 ¢	221,528,448.00
TOTAL	26,118 100%	4,159.5 ¢	159,257.00

FUENTE CUDI Op. Cit. pag. 106

Tomado de... (3)

CUADRO N° 20
SALARIOS NOMINALES Y REALES EN EL SALVADOR

Salario real en paréntesis
(1971 = 100) colones

	1971	1974	1975	1978	1979	1981
Tarifa General Agropecuaria (real)	2.25 (2.25)	3.10 (2.35)	3.10 (1.97)	4.25 (2.00)	5.20 (2.11)	5.20 (1.56)
Beneficio de Café (real)	2.50 (2.50)	4.00 (3.03)	5.50 (3.50)	7.00 (3.29)	14.00 (5.67)	14.00 (4.21)
Beneficio de Algodón (real)	2.50 (2.50)	4.00 (3.03)	5.50 (3.50)	6.25 (2.93)	8.00 (3.24)	8.00 (2.11)
Recolección de Caña (real)	3.50 (3.50)	4.60 (3.50)	5.50 (3.50)	5.50 (2.58)	9.00 (3.64)	11.50 (3.46)
Recolección de Café (real)	3.50 (3.50)	4.25 (3.22)	5.50 (3.50)	9.75 (4.58)	14.25 (6.18)	14.25 (4.29)
Recolección de Algodón (real)	2.75 (2.75)	3.60 (2.73)	4.60 (2.93)	6.50 (3.05)	8.00 (3.24)	10.50 (3.16)
Industrias y Servicios (real)	3.20 (3.20)	5.15 (3.91)	6.20 (3.95)	7.00 (3.29)	9.00 (3.65)	11.00 (3.31)
Comercio (real)	3.50 (3.50)	5.50 (4.17)	6.50 (4.14)	7.20 (3.38)	9.00 (3.65)	11.00 (3.31)

* Bajo el supuesto de que la inflación en 1986 sea de 25%.

Para el cálculo del salario real se han deflactado los salarios nominales con el índice
Tomado de: José Francisco Lazo M.....(1)

a partir de 1980, entonces se puede observar que el desmejoramiento del salario en su valor real ha venido disminuyendo enormemente, debido principalmente a la inflación, lo cual ha aminorado el poder adquisitivo, la capacidad de ahorro y el consumo de bienes y servicios para amplios sectores de la población.

Como conclusión podemos decir que los descensos en los salarios reales fueron significativos, llegando en algunos casos hasta alcanzar un 30%, lo que significa para la gran mayoría de la población más pobreza, miseria, hambre, enfermedad, menor esperanza de vida, etc.

3.3.3. Distribución del Ingreso por Estratos y Niveles Familiares.

(7)

En relación a esto en cuadro⁷ 21 de la CEPAL sobre estimación de la pobreza en Centroamérica, reporta para 1979-1980 que de los 4,747 miles de habitantes para El Salvador, 3,267 miles de habitantes (68.1% del total de población), viven en estado de pobreza, lo cual comparado con los demás países centroamericanos, se puede decir que es similar, siendo un poco mayor en Guatemala.

Dentro de ese estado, los de extrema pobreza constituyen el 50.6% o sea un poco más de la mitad de la población en el caso de El Salvador. Esto es similar con Honduras.

En relación a la distribución de la pobreza según el área, pues es la rural en la que más pobres hay. Para El Salvador más de la mitad de la población en estado de pobreza vive en el campo. La misma tendencia se ve en los otros países de Centroamérica, siendo mayores los porcentajes en Honduras y Nicaragua. Únicamente en Costa Rica el porcentaje de no pobres (75%) y de pobres (25%).

Otro cuadro que nos da idea de la distribución del ingreso en la población es el N° 22. En él se puede ver que el 37.2% de la población ocupada, para 1978, percibe ingresos menores a ₡ 100 colones. Esto comparado con los gastos para alimentación estimados para una dieta mínima promedio para 1978 que era ₡ 115.00 mensuales, indica que hay más de 1/3 de la población que tiene serios problemas para su alimentación debido a su estado de pobreza y bajos ingresos económicos.(8)

CUADRO N° 21

CENTRO AMERICA : ESTIMACION DE LA INCIDENCIA DE LA POBREZA HACIA 19

Concepto	Total			Costa Rica			El Salvador			Guatemala*			Total
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	
<i>Miles de personas</i>													
Total	20 696	8 315	12 381	2 213	1 011	1 202	4 747	2 119	2 628	7 262	2 485	4 777	3 961
Estado de pobreza	13 178	3 738	9 440	549	138	411	3 267	1 221	2 046	5 166	1 168	3 998	2 515
Extrema pobreza	8 647	2 130	6 517	300	75	225	2 427	943	1 484	2 879	418	2 461	2 092
No satisfacción de necesidades básicas	4 531	1 608	2 923	249	63	186	840	278	562	2 287	750	1 537	423
No pobres	7 518	4 577	2 941	1 664	873	791	1 530	898	632	2 096	1 317	779	1 176
<i>Estructuras porcentuales</i>													
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Estado de pobreza	63.7	45.0	76.2	24.8	13.6	34.2	68.1	57.6	76.4	71.1	47.0	83.7	68.2
Extrema pobreza	41.8	25.6	52.6	13.6	7.4	18.7	50.6	44.5	55.4	39.6	18.8	51.5	56.7
No satisfacción de necesidades básicas	21.9	19.4	23.6	11.2	6.2	15.5	17.5	13.1	21.0	31.5	30.2	32.2	11.5
No pobres	36.3	55.0	23.8	75.2	86.4	65.8	31.9	42.4	23.6	28.9	53.0	16.3	31.8

FUENTE: CEPAL, Proyecto de Necesidades Básicas en el Istmo Centroamericano, a base de informaciones de los países y CELADE, *Boletín Demográfico*, Año XIV, No. 28.

- * La distribución de la población urbana Encuesta de ingresos y gastos familia
- ** La distribución de la población urbana Encuesta de ingresos y gastos familia

Tomado de ... (35).

ESTRUCTURA DEL GASTO FAMILIAR MENSUAL SEGUN POBLACION
OCUPADA Y POR TRAMO DE INGRESOS.

TRAMO DE INGRESOS	POBLACION OCUPADA	% DE P. OCUPADA	ALIMENT.	VESTID Y CALZ	VIVIENDA	COMBUST. AGUA Y LUZ	SALUD	TRANSP. Y CONSUMO NACIONAL
0 - 99	510,035	37.2	-	-	-	-	-	-
100 - 199	428,413	31.2	57.6	7.6	8.5	8.8	2.4	1.8
200 - 299	173,285	12.6	53.8	9.1	7.5	7.2	1.6	2.8
300 - 599	182,085	13.2	47.0	8.3	10.3	7.2	3.2	4.4
600 - 999	43,050	3.1	37.2	8.3	9.3	5.2	2.8	6.0
1000 y más	35,328	2.6	32.1	8.8	7.6	4.0	3.8	13.3

FUENTE: Salidas de Computadora de los Resultados de la Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares (1978)

Tomado de...(8)

Los siguientes dos grupos dedican más del 50% de salario en alimentación, lo que significa que por lo menos dedican el mínimo de ₡ 115.00 colones para alimentarse, aunque eso no quiere decir que sea una dieta balanceada.

En los otros grupos el porcentaje dedicado a la alimentación fué más de la tercera parte de los salarios, lo que significa que se invertía en la dieta cifras mayores al triple de lo señalado como mínimo, mejorando aparentemente por supuesto la calidad de los nutrientes. (8)

El análisis en los demás gastos familiares está en relación casi directa con los ingresos, excepto lo de transporte y otros para cuyos rubros el grupo de mayores ingresos dedica bastante porcentaje pudiendo ser en artículos suntuarios.

3.4. ALIMENTACION:

La alimentación constituye un factor decisivo para la reproducción material de los seres vivos y renovación de sus capacidades productivas, sin embargo la realidad salvadoreña en el aspecto del consumo protéico muestra desigualdad entre los grupos sociales con respecto a sus ingresos salariales, como puede verse en el cuadro N° 23 "El Salvador déficit protéico-calórico per-cápita diario, 1975", muestra las graves deficiencias, que los estratos de bajos ingresos tienen para llenar sus requerimientos proteínicos-calóricos y en el otro extremo los estratos de altos ingresos que sobrepasan el mínimo recomendado en el consumo de proteínas y calorías.

La alimentación de los "consumidores pobres" en 1975, era incapaz de garantizar adecuadamente su reproducción material, pues prácticamente consumían menos de la mitad de proteínas recomendadas diariamente y tampoco alcanzaba los dos tercios de lo recomendado en calorías. En cambio, un limitado grupo sobrepasaba el mínimo recomendado en calorías en aproximadamente 63.9%, y el consumo calórico diario de los consumidores pobres en 174.7%. La situación se repetía en el consumo de proteínas, pues además de tener un excedente sobre el mínimo del orden de 65.1%, su consumo protéico era superior al

CUADRO N° 23
 EL SALVADOR DEFICIT PROTEICO-CALORICO PER-CAPITA
 DIARIO 1975

Estrato de Ingreso	No. de calorías por día	Gramos de proteína por día	Déficit Calorías	Déf Pro
Ingresos muy altos	3694.8	101.4	+1,440.8	+40
Ingreso Alto	2696.7	67.8	+ 442.8	+ 6
Mínimo Recomendado	2254.0	61.4	-	-
Ingreso Medio	2128.0	50.1	- 126.0	-11
Ingreso Bajo	1345.1	30.0	- 908.6	-31

FUENTE: Cardona Alvarenga, R. Tesis de Grado "Criterios Metodológicos
 el Diseño de una Estrategia de Satisfacción de NECESIDADES BÁS

de la escala más baja en un 238%. (11), pag. 266.

Esta desigualdad en el consumo proviene de una desigual estructura de distribución del ingreso que "según encuestas del Ministerio de Planificación, realizadas en el período 1976-77 cuadro N° 24, destaca los siguientes hechos como características de esta situación: el 62% de las familias percibían un ingreso acumulado equivalente al 28.7% del ingreso nacional. En este estrato estaban ubicadas más de 2.5 millones de habitantes, agrupadas en 490,000 familias, con ingresos inferiores a los 300.00 colones.

En el extremo opuesto se encontraban 48,711 familias que agrupaban a 240,000 habitantes que percibían ingresos mensuales superiores a los 1,000.00 colones y conjuntamente se apropiaban del 28.3% del ingreso nacional. * (11) pag. 267.

Como reflejo de la desigual distribución del ingreso y por ende del consumo alimentario, se presenta la desnutrición, que según el Ministerio de Salud Pública "en 1979 existían 621,721 menores de cinco años que padecían desnutrición, lo cual representaba el 74.4% del total correspondiente para esas edades" (12, pag. 199). Además se señalaba que esta "deficiencia nutricional es de gran trascendencia, ya que, afecta considerablemente el desarrollo físico y mental de los niños, y debilita su resistencia a las enfermedades, al grado de constituirse en causa básica asociada de mortalidad en el 42.5% de la muerte de niños menores de cinco años en el área urbana y en el 44.4% en el área rural (12, pag. 200).

Por otra parte, en el cuadro N° 25 al relacionar los niveles de ingreso con el gasto en alimentos, se observa que el déficit mensual alimenticio en el área urbana y rural, de acuerdo al gasto mínimo propuesto para satisfacer una dieta mínima recomendada, es muy alto. Para el área urbana con un gasto propuesto de 205.40 colones (100 U.S.D.), el déficit alimenticio se presenta en 239,286 familias, acentuándose más en las familias de ingresos menores a los 199 colones.

CUADRO N° 24
DISTRIBUCION DEL INGRESO FAMILIAR MENSUAL

TOTAL DEL PAIS

Tramos de Ing. (¢)	Montos de Ing. (¢)	%	% Acu- mulado	Familias	%	% Acu- mulado	In Pr po
TOTAL	279,189,432	100.0		779.765	100.0		35
100	6,553,504	2.3	2.3	97.046	12.4	12.4	6
100-199	33,578,195	12.0	14.3	228,711	29.4	41.8	14
200-299	40,215,199	14.4	28.7	164,263	21.1	62.9	24
300-599	71,907,369	25.8	54.3	176,805	22.7	85.6	40
600-999	47,935,168	17.2	71.2	64,229	8.2	93.8	74
1,000 y mas	78,999,997	28.3	100.0	48,711	6.2	100.0	1.6

FUENTE: Ministerio de Planificación. "Distribución del Ingreso y Gasto de Hogares", 1976-77, enero 1980. Cuadro 1-4 (15)

NOTA: El cambio monetario era 1 USD= ¢ 2.50 colones

VALOR DEL DEFICIT MENSUAL ALIMENTICIO

AREA URBANA

Tramo de Ingreso	Gasto Propues.	Gasto Real	Déficit	No. de Familias X EStrato	Total del déficit (miles ¢)
0-99	205.40	78.32	127.83	25856	3285.8
100-199	205.40	90.04	115.36	64302	7417.9
200-299	205.40	140.31	65.09	59725	3887.5
300-399	205.40	158.09	47.31	44562	2108.2
400-499	205.40	194.40	11.00	36276	399.0
500-535.67	205.40	194.83	5.57	8565	47.7
			TOTAL	239286	17146.1
AREA RURAL					
0-99	213.40	50.11	163.3	69850	11405.8
100-199	213.40	87.73	125.67	153693	19314.6
200-299	213.40	130.99	82.4	82236	6777.1
300-399	213.40	171.57	41.8	46150	1929.1
400-499	213.40	208.42	5.0	24795	123.5
500-535.67	213.40	210.19	3.2	4264	13.7
			TOTAL	380988	39563.8

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE PRESUPUESTOS FAMILIARES 1976-1977.⁽¹⁴⁾ TOMADO DE "La función mínimun vital". Tesis de Grado, Brizuela de Alemán, Carmen Elena.

Para el área rural con un gasto mínimo propuesto de 213.40 colones, muestra un déficit mensual de alimentos en un total de 380,988 familias; lo cual quiere decir que en total 620,274, familias, que representan el 79,5% del total de familias del país (según la distribución del ingreso familiar mensual), no llenan sus requerimientos mínimos alimenticios.

Si bien los datos anteriores se refieren al período 1976-77, es de considerar que la estructura de distribución del ingreso no haya cambiado sustancialmente y que por lo tanto, el problema alimenticio y nutricional de la mayoría de las familias del país se tiende a incrementar actualmente, debido en general a la crisis económica y social, además del deterioro de la capacidad adquisitiva de los ingresos familiares como resultado del congelamiento de salarios y de una persistente inflación que incrementa los precios a una tasa de 15% anual.

Para el caso de la familia urbana, el costo de su dieta recomendada para 1976-77 es de 37 colones semanales, al que agregándole el costo de los alimentos llamados "gratificantes"* que es de 9.04 colones nos determina un costo semanal de 46.04 colones y un gasto mensual de alimentos de 199.8, como se demuestra en los cuadros de "costo de la dieta recomendada semanal por familias urbanas 1976/1977 y el de "Costo semanal de alimentos "gratificantes" para la familia urbana 1976/1977". Ver cuadros Anexos 6, 7, 8 y 9.

En estudios más recientes citados en publicación de FUSADES, (13) menciona que el Ministerio de Salud Pública, ha detectado un 75% de la población menor de 5 años que adolece de algún grado de desnutrición. Además refiere, que para 1985, el 38% de los niños atendidos en consulta tenían algún grado de desnutrición.

Se menciona también que en las escuelas públicas rurales es donde más índices de retardo en el crecimiento y peso de los niños se ha detectado (14.7%).

En estudio realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo, BID, se estableció que el número de pre-escolares desnutridos crónicos y agudos aumenta conforme disminuye el grado de educación de los jefes de familia, y también depende del acceso al agua potable y de la disponibilidad de servicios sanitarios. También se calculó que la anemia nutricional la padecen aproximadamente un 13% de los menores de 1 año. El contenido energético de la dieta en el área rural varía de 535 a 3,865 calorías. Así mismo, otro estudio reciente de la FAO sobre la pobreza rural en El Salvador establece que se consume un promedio de 1,806 calorías definiéndolo como uno de los niveles más bajos de Latinoamérica, cuando el mínimo requerido es de 2,189 calorías.

El estudio del BID, estableció que más del 60% de las familias rurales tienen un déficit mayor del 10% y que el 25% de éstas presentan uno de 40% o más en calorías, de acuerdo a los requerimientos.

Finalmente, como ya fue analizado anteriormente alrededor de 1979 se observó una disminución en el consumo de los productos básicos debido a la baja en el poder adquisitivo y a la elevación del costo de la canasta básica. Esto fué corroborado por el mismo estudio de la FAO, el cual reportó, que una familia rural percibe al año un ingreso no mayor de 2,650 colones (530 dólares), para alimentación básica.

En conclusión se puede mencionar lo siguiente:

- a) La diferente ingesta calórico protéica de la sociedad salvadoreña, es reflejo de una desigualdad en la estrura social y en los ingresos de los distintos estratos.

- b) La deficiencia nutricional que afecta el desarrollo físico y mental de los niños salvadoreños, es también producto de la desigualdad social en la alimentación.
- c) La ingesta de calorías en El Salvador que es de 1806, como promedio representa una de las cifras más bajas en América Latina, lo cual - es índice de la grave situación en que se encuentra la mayor parte de la población salvadoreña.

3.5. LA VIVIENDA

Es necesario aclarar que dentro del panorama de la vivienda en El Salvador, existen dos tipos de asentamiento: los formales (ubicados en tierras sub-urbanas de buena calidad y controlados por las instituciones estatales y privadas dentro de la legalidad), y los no formales o populares (colonias ilegales, mesones, tugurios, campamentos casas deterioradas). En relación a esto en el cuadro 26 se puede observar que solamente el Area Metropolitana de San Salvador tiene más del 50% del sector formal, mientras que en las demás ciudades mostradas más del 54% son de carácter informal, lo cual es reflejo de una notable carencia de viviendas adecuadas, eso sin tomar en cuenta el resto de conglomerados urbanos de todo el país.

Por otro lado las instituciones que participan en el sector formal de la vivienda, han atendido en su mayoría a aquellos estratos poblacionales que en función de su ingreso pueden ser sujetos de crédito, por lo que una gran parte de la población ha quedado fuera de este beneficio. En ese sentido se han construido en los últimos tres años 51,068 viviendas (50,970 viviendas para el área urbana y 98 para la rural) (20) notándose claramente la discriminación para el campo.

Según el cuadro 27 el déficit habitacional acumulado para 1985 fué de 580,434 unidades, a lo que el sector formal está contribuyendo con 2.9% de unidades producidas anualmente. (16,990 viviendas). (20).

Siempre en el mismo cuadro 27, se observa que en el país anualmente existe una demanda de 27,000 unidades nuevas de vivienda, de las

CUADRO 26
ASENTAMIENTOS HUMANOS

TIPO ASENTAMIENTO	AMSS	SAN MIGUEL	STA. ANA	S
SECTOR FORMAL	52.3	45.8	42.0	4
SECTOR INFORMAL	47.7	54.2	58.0	5
COLONIAS ILEGALES	18.8	18.7	17.0	
MESONES (PIEZAS)	17.8	29.7	36.0	
TUGURIOS	5.4	4.1	3.0	
CAMPAMENTOS	2.8	NO	NO	
CASAS DETERIORADAS	2.9	1.7	2.0	
TOTAL	100%	100%	100%	100

FUENTE: PLANES DE DESARROLLO URBANO, FSDUM, EDURES. (19)

CUADRO 27
DEFICIT GLOBAL DE VIVIENDA

(En unidades habitacionales, población en millones de habitantes)

AÑOS	POBLACION TOTAL	CRECIMIENTO POBLACIONAL	NECESID. DE VIVIENDAS	NECESID. DE VIVIENDAS ACUMULADA	VIVIENDAS CONSTRUIDAS
1983	4,673,448	144,705	26,831	595,517	21,841
1984	4,722,726	147,710	27,380	601,056	23,657
1985	4,772,524	150,660	27,956	605,355	24,921

FUENTE: MIPLAN, Dirección de Población, enero de 1986. (15)

Siempre en el mismo cuadro 27, se observa que en el país anualmente existe una demanda de 27,000 unidades de vivienda, de las cuales las instituciones del sector formal en los últimos tres años han atendido a 6,840 familias lo que representa 1.13% de las necesidades de vivienda acumulada para 1985, que fué de 605,355.

Un análisis de la Fundación Salvadoreña de Desarrollo de la Vivienda Mínima, refiere, que los resultados logrados en cuanto al número de viviendas construídas no han incidido significativamente en la solución de los problemas habitacionales de los grupos de ingresos más bajos, ya que cuanto más bajo es éste, más agudo es el problema de habitación. En cuanto a esto se considera que la incapacidad de pago es el obstáculo más grande que le impide a gran parte de la población beneficiarse de cualquier programa de inversión pública.

Con respecto a los grupos ocupacionales se señalan, en la mayoría de estudios, a los jornaleros agrícolas, los minifundistas, los obreros de la construcción, los obreros independientes, los artesanos y los vendedores como los grupos de población más afectados.

Las cifras deficitarias de vivienda se agravan en el sector informal al sumarle todas aquellas unidades consideradas en condiciones no aptas para albergar a una familia, ya sea por su baja calidad, condiciones de inseguridad, inexistencia de servicios básicos, etc; lo que todo junto provoca un ambiente de contaminación, hacinamiento y promiscuidad, generadores de la mayor parte de las enfermedades infecciosas ya conocidas.

Por otra parte, la Encuesta de Hogares, realizada por MIPLAN detectó un aumento en los niveles de hacinamiento. (por incremento en las viviendas con una sola habitación y reducción de las de dos habitaciones). Este hacinamiento fué más notorio en el área rural en donde, de las 257,000 unidades con una sola habitación en 1971 (67%), pasan a 396,000 en 1978 (86%). Lo que indica una mayor deficiencia tanto del número como de la calidad de las viviendas en las áreas rurales.

De 1978 a la fecha, el conflicto armado terminó de imposibilitar la construcción de viviendas en el área rural, provocándose en lo urbano sobre todo en el AMSS una demanda inusual aumentada de vivienda originada por la llegada de gran cantidad de habitantes provenientes de las zonas de conflicto, la mayor parte de ellos de origen campesino, que no siendo sujetos de crédito, solamente les quedó la posibilidad de continuar sobrepoblando las zonas marginales urbanas, o bien ocupar nuevos terrenos en forma ilegal.

Vistas las condiciones de vivienda de la mayor parte del sector informal, es fácil deducir la clase de materiales que se emplea generalmente para construir. Puede tomarse como referencia el año 1978 (cuadro 28), en el que a través de la Encuesta Hogares se obtuvo una prueba de calidad de las viviendas en lo urbano y en lo rural. Se observa que un poco más de la tercera parte de viviendas urbanas son de material aparentemente adecuado (concreto y mixto) y más del 54% es de material que no es el mejor para las condiciones de vida de la población (adobe y bahareque).

Si se analiza en el área rural se puede ver que el 89% no tienen el material más adecuado en sus habitaciones.

<u>PAREDES</u>	<u>CUADRO 28</u>	
	<u>URBANO</u>	<u>RURAL</u>
Concreto y Mixto	36.9%	10.9%
Bahareque y Adobe	54.6%	62.1%
Material no permanente	<u>8.5%</u>	<u>27.0%</u>

Además debe considerarse: que de 1978 hasta la fecha, la calidad de la vivienda urbana ha disminuído, que las viviendas construídas con materiales de desecho o no permanente, han aumentado, y que en el área rural la situación puede considerarse estancada.

Por último, según la Encuesta Hogares, en 1978, se calculó que había 345,881 familias en estado de hacinamiento, 250,386 en el área rural y 95,495 en la urbana. Además se reportó que el tipo de vivienda improvisada ha decrecido grandemente en los últimos 5 años por la afluencia de desplazados hacia zonas urbanas periféricas.

En síntesis, puede mencionarse:

- 1- Que el 50% de la población de El Salvador no dispone de vivienda adecuada.
- 2- Que los resultados obtenidos de 1971 a 1978 en materia de vivienda demuestran que el área rural es la menos beneficiada.
- 3- Que el programa de vivienda, no ha estado adaptado a las condiciones socio-culturales y niveles de pago de los grupos que más los necesitan.
- 4- Que el crecimiento de la población ha rebasado a la capacidad de construcción.

3.6. SANEAMIENTO AMBIENTAL

Para su desenvolvimiento el hombre requiere de un ambiente que le permita conservar su salud a fin de poder accionar en la sociedad.

El saneamiento ambiental en buena medida es determinado por la disponibilidad de agua para la población y la deposición y drenaje de las excretas.

El cuadro de la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA) sobre cobertura de servicios (cuadro N° 29), se puede ver que la cobertura de servicios y alcantarilla se incrementó de 1987 a 1982 tanto para áreas urbanas como rurales (28).

Según informe de CONIAPOS (Comité Nacional de Instituciones de Agua Potable y Saneamiento) el 55% de la población total del país disfrutaba para 1983 de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento. En las zonas urbanas, el 71.6% disponía de servicios de agua (66.4% con conexiones domiciliarias y el resto con pilas públicas.) En las áreas rurales el 43.1% disponía de agua, de los cuales el 26.2% tenían conexiones domiciliarias).

CUADRO N° 29

COBERTURA DE SERVICIOS DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS

DICIEMBRE DE	POBLACION DEL PAIS	SERVIDA CON ACUEDUCTO	COBERTURA (%)	SERVIDA CON ALCANTARILLADOS
1978	4,282,614	1,197,272	28.0	804,167
1979	4,409,352	1,256,639	28.5	859,481
1980	4,539,517	1,311,004	28.9	914,361
1981	4,672,941	1,360,157	29.1	945,689
1982	4,809,441	1,445,684	30.1	1,014,468

INCLUYE POBLACION SERVIDA CON CONEXION DOMICILIARIA URBANA Y RURAL MAS SERVIDA POR PILA PUBLICA (FACIL ACCESO).

FUENTE: ADMINISTRACION NACIONAL DE ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS -ANDA-

El saneamiento se observó en un 84.0% para la población urbana (52.2% con alcantarillados y el resto con letrinas) y en un 33% de la población rural solamente con letrinas. (27)

Por otra parte, para 1985, la FAO calculaba que aproximadamente el 60% de las familias rurales no disponían de agua potable en sus viviendas y que el 70% no tenía servicios sanitarios adecuados.

Para dar una idea más precisa sobre la distribución de los acueductos y alcantarillados se analiza el cuadro N° 30 en el que se observa lo siguiente:

- a) Un incremento progresivo en la instalación de los acueductos domiciliarios en el área urbana, lo mismo que en la rural aunque con cifras mucho más bajas. Esto refleja la poca atención de servicios de este tipo en el campo y por ende su mayor relación con la incidencia de enfermedades.
- b) En la distribución por regiones geográficas y departamentos para 1984, se observa en general que los departamentos que tienen el menor número de servicios de acueductos son Morazán, La Unión, Chalatenango y Cabañas.

Así mismo, el fenómeno de desplazamiento de población de las zonas norte, oriente, central y paracentral por causas violentas está provocando en sus actuales lugares de asentamiento serios problemas ambientales. Un estudio de la AID muestra que para un 80% de esta población su medio ambiente actual es peor que el que tenían antes del desplazamiento, a pesar de que la mayor parte de ellas provienen de los lugares más abandonados del país, en cuestiones de saneamiento. Es por eso, que dentro de la población desplazada se han detectado índices de morbi-mortalidad elevadas.

En síntesis se pueden mencionar:

- a) Casi la mitad de la población del país carece de servicios de agua potable y saneamiento.
- b) Que es notable la diferencia de servicio de agua potable entre el área rural y la urbana y en donde la primera es más desfavorable.

SALUD
Agua, Acueducto y
Alcantarillado

CUADRO N° 30

ACUEDUCTOS Y ALCANTARILLADOS CONECTADOS Y EN SERVICIO Y PILAS PUBLICAS
POR ZONAS URBANA Y RURAL, RECIOES, DEPARTAMENTO Y AREA METROPOLITANA SAN SALVADOR
Años 1976 a 1984-En Miles

AÑO, REGION DEPARTAMENTO Y AREA METROPOLITANA SAN SALVADOR	ZONA URBANA					ZONA RURAL			
	Acueductos Domiciliarios		Pilas Públicas En Servicio	No Municipios atendidos con pilas públicas	Alcantarillados Domiciliarios		Acueductos En Servicio		N. Cantones y Centros atendidos con Acueductos
	Conectados	En Servicio			Conectados	En Servicio	Conectados	En Servicio	
RESUMEN POR AÑOS									
1976.....	9,185	124,684	...	...	9,878	95,253	...	...	...
1977.....	9,867	134,551	...	...	8,080	103,333	...	...	32
1978.....	17,165	151,716	...	...	11,545	114,881	...	2,396	32
1979.....	8,131	159,847	365	84	7,902	122,783	245	2,641	33
1980.....	7,425	167,272	365	84	7,840	130,623	236	2,880	33
1981.....	6,959	174,231	365	84	4,475	135,098	44	2,924	33
1982.....	12,207	186,412	365	84	9,826	144,924	26	2,950	33
1983.....	13,944	200,252	365	84	12,482	157,406	108	3,054	35
1984.....	29,344	215,756	365	84	13,713	171,119	364	3,418	35
POR REGION Y DEPARTAMENTO EN AÑO 1984									
TOTAL.....	29,344	215,756	365	84	13,713	171,119	364	3,418	35
Región Occidental.....	2,817	38,716	114	25	1,295	27,487	45	1,292	13
Ahuachapán.....	315	5,676	26	7	63	2,741	5	488	3
Santa Ana.....	1,722	22,041	23	6	749	16,058	30	552	6
Sonsonate.....	780	10,999	65	12	483	8,688	10	252	4
Región Central.....	23,684	141,660	150	34	11,150	123,288	319	1,625	12
Chalatenango.....	172	2,750	45	9	19	850	...	249	6
La Libertad.....	4,516	15,652	13	6	1,647	13,850	316	1,138	4
San Salvador.....	18,648	119,323	87	16	9,293	106,154	...	...	...
Cuscatlán.....	348	3,935	5	3	191	2,434	3	238	2
Región Para Central.....	912	11,820	54	12	387	6,426	...	12	1
La Paz.....	336	5,019	19	5	94	2,438	...	...	...
Cabañas.....	323	2,450	5	2	170	1,324	...	12	1
San Vicente.....	253	4,351	30	5	123	2,664	...	...	...
Región Oriental.....	1,931	23,560	47	13	881	13,918	...	489	9
Uculután.....	455	7,868	30	6	74	4,628	...	84	3
San Miguel.....	1,243	11,521	12	3	749	7,841	...	126	1
Morazán.....	59	1,128	...	...	14	524	...	192	3
La Unión.....	174	3,043	5	4	44	925	...	87	2
AREA METROPOLITANA SAN SALVADOR EN AÑO 1984									
TOTAL.....	9,720	122,862	...	...	9,141	112,184	...	...	...
San Salvador.....	3,452	60,404	...	...	3,346	58,110	...	...	...
Ayutuxtepeque.....	1,043	7,597	...	...	979	6,878	...	...	...
Mojicanos.....	405	8,636	...	...	307	6,463	...	...	...
Cuscatancingo.....	119	3,025	...	...	46	1,892	...	...	...
Dalgado.....	251	3,901	...	...	145	1,940	...	...	...
Soyapango.....	1,558	17,043	...	...	1,492	15,982	...	...	...
Ilopango.....	902	8,898	...	...	899	8,275	...	...	...
San Marcos.....	457	2,112	...	...	409	1,431	...	...	...
Panchimalco.....	4	184	...	...	4	61	...	...	...
Antiguo Cuscatlán.....	1,173	4,789	...	...	1,169	4,715	...	...	...
Nueva San Salvador.....	356	6,457	...	...	345	6,437	...	...	...

PUNTE: Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA).

recida.

c) Que existen regiones geográficas y departamentos donde la prestación de servicios de acueductos y alcantarillados es bajísima.

3.7. EDUCACION:

La Educación en El Salvador en el período 1971-1983

3.7.1 La demanda de educación:

La estructura de la población salvadoreña por edades es típica de los países subdesarrollados, es decir se caracteriza por tener un alto porcentaje de población joven, lo que representa una demanda educativa elevada. En el área rural existe la mayor parte de la población 57.8% por lo que es ahí donde existen las mayores necesidades educativas.

La población en edad escolar, que es la comprendida entre 4 y 29 años, fué para el año de 1980 de 2,664,130 personas, lo que representaba el 50% de la población total. Para 1983 esta cifra fué de 2,830,115, o sea el 61.2%. Esto demuestra una tendencia creciente en la demanda de educación.

3.7.2 Presupuesto Destinado al Ministerio de Educación

Dado el incremento en la demanda se deduce que el Estado tendría que incrementar año con año el presupuesto asignado al ramo de educación, sin embargo ha sucedido lo contrario. En términos de porcentaje en 1970 el 28% del presupuesto nacional estaba destinado al ramo de educación. De ese año hasta 1984 mostró una tendencia a bajar progresivamente, de tal manera que pasó de ser el 28% del total del presupuesto de la nación en 1970 a ser el 15.4% en 1984. Cuadro N° 31.

En valores absolutos el presupuesto en educación en el año de 1978 era de 1,251,365,000 y en 1984 de 2,298,441,790. Sin embargo el poder adquisitivo del colón en 1984 es de 0.460 con respecto al de 1978, lo que representa un valor de 1,027,283,223, o sea una disminución del 16%.

CUADRO 31
 GASTO PRESUPUESTADO DEL GOBIERNO CENTRAL
 Y DEL MINISTERIO DE EDUCACION EN COLONES
 1970-1984

AÑO	PRESUPUESTO NACIONAL	PRESUPUESTO MINISTERIO DE EDUCACION	% P.N.
1970	278,268,101	78,020,900	28.0
1971	351,400,011	96,790,957	27.5
1972	367,718,000	110,944,210	30.2
1973	421,536,000	110,684,470	26.3
1974	557,887,250	139,905,930	25.1
1975	678,731,170	159,696,950	23.5
1976	845,176,720	216,296,140	25.6
1977	1,068,016,020	266,125,640	24.9
1978	1,251,365,000	289,754,740	23.2
1979	1,451,925,310	293,454,350	20.2
1980	1,676,063,760	422,054,200	25.2
1981	1,988,518,090	419,025,860	21.1
1982	2,111,069,050	381,937,420	18.1
1983	2,058,802,990	346,965,180	16.9
1984	2,298,441,790	352,869,440	15.4

FUENTE: Leyes de Presupuesto 1970-1984

Un dólar de E.U. igual 2.50 colones.

De las anteriores consideraciones presupuestarias se desprende que no es posible mantener la misma cobertura y mucho menos ampliarla.

3.7.3 Estructura del Sistema Educativo en El Salvador

La estructura del sistema educativo en El Salvador tiene cuatro niveles:

EDUCACION PARVULARIA: Planificada para niños de 4 a 6 años.

EDUCACION BASICA: Planificada para estudiantes de 7 a 15 años de edad. Comprende 3 años de estudios para obtener la secundaria.

EDUCACION MEDIA Planificada para estudiantes de 16 a 18 años de edad. Comprende 3 años de estudios para obtener la calidad de bachiller, con posibilidad en 10 modalidades y 25 especialidades.

EDUCACION SUPERIOR: Que comprende la Universitaria y la no Universitaria. Su principal finalidad es formar profesionales en todas las áreas del conocimiento humano, especialmente en aquellas que son indispensables para el desarrollo socioeconómico del país.

EDUCACION DE ADULTOS

EDUCACION ESPECIAL (para los deficientes mentales y físicos).

3.7.4 La Educación Parvularia y Básica.

Dentro de este grupo es importante de analizar que la deserción por años y grados tiene varias razones como son: escasez de servicios educativos, distancia de los hogares al centro de estudios, enfermedad alimentación inadecuada y, en particular, el hecho de que los padres de familia no cuenten con los recursos financieros necesarios para que los hijos continúen estudiando. A esto hay que agregar que en la mayoría de los casos, los hijos en edad escolar, tienen que trabajar desde muy temprana edad, a fin de contribuir con el ingreso familiar.

En base a un seguimiento de los alumnos que se matricularon en primer grado en 1970 que fué de 172,031, llegaron al noveno grado en 1978 40,351, o sea el 23% de los que iniciaron, detectándose la mayor

deserción en los primeros dos grados, en un 37.0 y 21.0% respectivamente.

En el mismo seguimiento también hecho para la zona rural reportó que llegaron a noveno grado 3,823 (43%) de los dos primeros grados la deserción fue de 44.6% y 37.4% en el primero y segundo grado respectivamente.

En resumen se puede concluir respecto a los dos primeros niveles de educación, la parvularia y la básica, que existe una deficiencia enorme, lo que afecta en particular la zona rural. Por esta deficiencia se mantiene el alto porcentaje de analfabetos en el país y la poca probabilidad que el hijo de un campesino pobre llegará al nivel de educación media o superior. En el curso de los años analizados esta deficiencia se ha deteriorado más por la crisis política y económica que se encuentra en el país y en particular en la zona rural, donde muchas escuelas han sido cerradas.

3.7.5. Educación Media.

La educación media es un nivel al que sólo una parte de la clase media y alta tiene acceso. Hay una preferencia para los bachilleros Académico, Comercio y Administración. La educación media es verdaderamente media, porque prepara en gran parte para la educación superior y en segundo lugar, para un empleo en servicios urbanos. Hay una deficiencia en la educación profesional y técnicos de nivel medio, en áreas como Salud, Educación y Agricultura.

Del cuadro sobre alumnos graduados en Bachillerato 1973-1984 (cuadro N° 32), se puede concluir que la demanda potencial ha crecido en los últimos doce años en 259%. Pero eso no implica que todos los 18,777 graduados del año 1984 van directamente a las universidades. Muchos de los bachilleros se incorporan en diversos trabajos para lograrse su mantenimiento o el de sus familiares ya que no cuentan con los recursos financieros para continuar estudios universitarios.

CUADRO 32

ALUMNOS GRADUADOS EN BACHILLERATO 1973-1984

AÑO	TOTAL
1973	5.229
1974	9.165
1975	5.717
1976	12.578
1977	13.696
1978	15.271
1979	18.023
1980	17.023
1981	15.571 E
1982	17.625 E
1983	18.192 E
1984	18.777 E

E - Estimaciones

FUENTE: "Estimación del Nuevo Ingreso esperado en el año académico 1985-1986"

Documento Básico No 1, Comisión de Nuevos Ingresos 1985-1986, Ciudad Universitaria, Julio 1984, anexo 2.

3.7.6. Educación Superior.

La educación superior universitaria está normada en la ley General de Educación y tiene por finalidad según el artículo 23 de esta ley, formar en su nivel los técnicos y profesionales que el país necesita en aquellas carreras que contribuyan a su desarrollo socioeconómico, y de impulsar la investigación.

La educación superior universitaria está formada principalmente por la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador y la ley de Universidades Privadas. Sus principales finalidades son: formar profesionales y realizar investigaciones.

Crecimiento Global de las Universidades

La educación superior ha crecido de 13,400 estudiantes en el año 1971 a 57,355 en 1983, en un crecimiento total de 328% y una tasa media de crecimiento anual de 27.4%.

3.7.7 La Educación Superior no Universitaria.

La educación superior no universitaria existe en las siguientes instituciones: La Escuela de Trabajo Social, la Escuela de Enfermería, La Escuela Nacional de Agricultura, el Instituto Tecnológico Centroamericano, la Escuela Superior de Educación, la Escuela de Educación Física, el Instituto Tecnológico San Salvador, INCATEL, la Escuela Superior de Hostelería, la Escuela Superior de Turismo, la Escuela Superior de Artes, la Escuela Militar y la Escuela de Comando y Estado Mayor.

Del total de 46,941 alumnos matriculados en 1983, al menos 5,223 seguirán carreras técnicas en las universidades, el 11.1%, pero cuando no incluimos a la Universidad de El Salvador y la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas este porcentaje llega hasta 14.2.

En general se puede decir que la educación superior ha crecido mucho en los últimos doce años, en particular la no-universitaria y que

la presencia del sector privado también creció. Lo mismo ocurrió en la universitaria a partir del año 1980 cuando fue ocupada militarmente la Universidad de El Salvador.

3.7.8 La Educación Superior Universitaria, Sector Privado.

La presencia del sector privado en la educación universitaria, en alto grado, tiene características negativas. Su futuro es muy inestable y dependiente de la situación de la Universidad de El Salvador, la docencia es de mala calidad y temporal, las inversiones son inadecuadas para cumplir con los requerimientos mínimos de una Universidad; el ingreso es limitado a los estudiantes de los ingresos altos; su tamaño es demasiado pequeño para una Universidad; y sus carreras en algunos casos más técnicas que universitarias o académicas.

3.7.9 Estratos Sociales y Analfabetismo en El Salvador.

La escolaridad más baja de escolaridad, según el Ministerio de Educación son los minifundistas y los jornaleros agrícolas. Por su lado, el Ministerio de Planificación, a través de la Encuesta de Hogares llegó a determinar que el promedio de analfabetismo en 1979 para el total del país dentro de estos estratos ocupacionales era de 34.8% Cuadro 33. Para 1984, el analfabetismo a nivel nacional ha sido considerado en un 51% (30), observándose que éste continúa siendo mayor para las mujeres que para los hombres, acentuándose por supuesto en las áreas rurales.

El problema de la falta de acceso tiene diferentes causas, primeramente la baja capacidad y recursos del sistema y segundo la disposición de las familias de enviar o no a sus hijos a la escuela. La estructura del mercado laboral combinada a la variable nivel de ingreso, hace que la incorporación temprana a éste sea necesaria y poco dificultosa debido a que su funcionamiento no requiere mayor calificación ni mayores niveles de escolaridad. Lo anterior podría explicar el estancamiento de la educación hasta el sexto grado dentro de la Población Económicamente Activa (PEA). De ésta, 45% está ubicada en el sector primario de la economía (agricultura) de la cual solamente el 0.86% manifiesta haber cursado estudios de bachillerato.

CUADRO 33

ESTRATOS SOCIALES Y ANALFABETISMO

VARIABLES	Total País	Minifu- distas	artesa- nos	vende- dores	Jorna- leros Agric.	Obrero Indep.	Obre- Const
P E A	1,512,356 100%	148,950 9.8 %	72,788 4.8%	149,240 9.9 %	375,159 24.8%	170,933 11.3%	68,511 4.5%
OCUPADOS	742,211 49.1%	41,782 28.0%	28,826 39.6%	73,395 49.2%	200,735 53.5%	165,672 81.8%	47,062 88.7%
ANALFABE- TAS	1,176,589 34.8%	299,110 46.0%	38,312 25.7%	63,121 23.1%	353,695 52.0 %	87,097 27.4%	53,208 30.5%

FUENTE : ENCUESTA DE HOGARES. SIECA/ MIPLAN / IPROS. FEBRERO-SEPTIEMBRE

El deterioro observado en el sistema educativo a partir de 1979, obedece en parte, a la inestabilidad política e inseguridad de algunas zonas sobre todo de oriente y norte del país. La Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) reporta un cierre de alrededor 2,000 escuelas, y el número de maestros de escuela primaria a tiempo completo se redujo en 15% de 1978 a 1985; el número de alumnos de primaria también declinó en un 6%. El Ministerio de Educación por su lado, ha reportado en el período 1979-1985 un total de 271 escuelas destruídas y por lo tanto, se enfrenta a un problema serio de hacinamiento en las aulas (70-80 niños por aula) y a una carencia de material educativo. Se ha calculado que existen 200,000 niños desplazados en edad escolar que son los que están padeciendo en forma más directa el deterioro del sistema educativo. Todos estos factores contribuyen grandemente a disminuir la cobertura. Sumada a la cobertura limitada, está el problema de la deserción escolar o falta de retención en la cual influye el hecho de que un número considerable de niños no ingresan al sistema cuando les corresponde según la edad y otro grupo, también considerable, se retiran antes de terminar el sexto grado. Así se tiene que el Ministerio de Educación reporta que de 100 niños que entran al sistema escolar, 35 abandonan la escuela el primer año, 15 después del segundo año, quedando al final un 16%.

La forma en que está estructurado el mercado de trabajo influye para que se produzcan estos fenómenos. En las áreas rurales, las migraciones estacionales provocan que los estudiantes abandonen o no se inscriban en ella.

En general, se puede decir como características sobre la educación de la problemática salvadoreña, las siguientes:

- 1- Los estratos sociales menos beneficiados con los servicios de educación son aquellos que captan menores ingresos y viven en el área rural.
- 2- Que los niveles de primero, segundo y tercer grado de la educación básica, son los que presentan mayor índice de escolaridad.

- 3- Que la educación es primordial para mejorar globalmente, las condiciones de vida de las clases necesitadas.
- 4- Que los estratos analfabetas son los que padecen más desocupación
- 5- Que a partir de 1979, se ha deteriorado el sistema educativo debido a la inestabilidad social de El Salvador.
- 6- Que las poblaciones desplazadas, presionan a los servicios de educación.
- 7- La educación en general es informativa, alejada de la realidad nacional.

3.8. LA VIOLENCIA POLITICA: CAUSA PRINCIPAL DE MUERTE.

A continuación presentamos cuadros que reflejan la violencia política, en la cual se encuentra inmerso El Salvador, podemos mencionar que desde 1979 a 1985, fueron asesinados en nuestro país 58,383 personas, cifra que para un país de 4,772,524 habitantes, representa el 1.22% de su población total. Ver cuadro 34 .

La violencia política tiene diferentes formas: asesinatos, desapariciones forzosas, bombardeos contra las poblaciones civiles por parte de la Fuerza Aérea Salvadoreña (que en los años de 1982 a 1984 fueron un total de 575) además las acciones punitivas del ejército salvadoreño y las masacres cometidas por fuerzas paramilitares.

La magnitud de la violencia gubernamental contra la población civil indefensa adquirió carácter grotesco entre diciembre 1980 y agosto de 1984, sólo en ese período la Organización de las Naciones Unidas (ONU) emitió diez resoluciones en defensa de los Derechos Humanos en El Salvador, sin contar otras provenientes de personalidades, organismos humanitarios e instituciones privadas.

A continuación los datos que se presentan por sí solos, del grado de violencia al que ha sido sometido a la población salvadoreña.

Desaparecimiento Forzado e Involuntario *

a) Balance estadístico por año.

Detenciones arbitrarias-Desaparecimientos forzados de presos.

CUADRO 34

AÑO	NUMERO DE DESAPARICIONES
1966	1
1973	2
1975	19
1976	27
1978	25
1979	<u>97 (Hasta 15 de Oct.)</u>
	TOTAL 214
1980	441
1981	<u>371</u>
	TOTAL 812 (De 15 de Oct. a Julio 1981)

* la situación de los Derechos Humanos: Oct. 1979-Jul. 1981/ Socorro Jurídico, Arzobispado de San Salvador. México: Consejo Mundial de Iglesias, 1981 -- 457 p.

8.2. ASESINADOS.

POBLACION CIVIL ASESINADA POR MES (ENERO 1980-JULIO 1984).

	1980	1981	1982	1983
ENERO	510	2293	1362	672
FEBRERO	637	1402	1152	350
MARZO	697	1704	1513	440
ABRIL	1182	3048	707	759
MAYO	2078	712	1267	343
JUNIO	1464	730	1770	396
JULIO	1062	819	499	414
AGOSTO	1537	652	1524	318
SEPTIEMBRE	1226	756	558	496
OCTUBRE	1383	975	867	606
NOVIEMBRE	718	1195	852	446
DICIEMBRE	700	2090	476	589
TOTAL	13194	16376	12617	5826

FUENTES : Comisión de Derechos Humanos de El Salvador (CDHES) Socorro Jurídico Cris-
 car Arnulfo Romero", Centro de Documentación de SALPRESS.

CUADRO 36

ASESINADOS POR MOTIVOS POLITICOS POR LAS FUERZAS DE SEGURIDAD POR PROFESION.

PROFESION	ENERO 1978 a SEPT. 1979	OCTUBRE 1979 a DIC. 1979	1980	ENERO 1981 a JUNIO 1981
Campesinos	179	373	3872	3982
Obrero/empleado	80	129		
Obreros			418	280
Estudiantes	65	94	744	298
Maestros	33	33	105	50
Profesionales	9	11	44	22
Religiosos	3	3		4
Comerciantes				110
Trab. de salud				9
Periodistas				2
Empleados			365	412
Poblador de Tugurio			24	
Alcaldes oposic.			2	
Pequeños comerciantes			134	
Profes. desconocidos			2306	4627
Desconocidos	211	387		
TOTALES	580	1030	8014	9796

Datos completamente comprobados por el Socorro Jurídico, personas de los Sectores Populares y progresistas asesinados por motivos políticos, no en enfrentamientos militares, sino a raíz de operaciones militares de seguridad, organismos paramilitares coordinados por el alto mando de la Fuerza Armada.

FUENTE :. Secretaría de Comunicación Social del Arzobispado.

BOMBARDEOS A LA POBLACION CIVIL SALVADOREÑA POR MES

(enero 1982 - agosto 1984)

MES	1982	1983	1984	TOTAL
Enero	1	13	32	46
FEbrero	1	24	23	48
Marzo	8	18	43	69
Abril	1	9	27	37
Mayo	11	18	12	41
Junio	1	31	26	58
Julio	4	13	35	52
Agosto	46	17	39	102
Septiembre	10	19	-	29
Octubre	9	20	-	29
Noviembre	9	18	-	27
Diciembre	10	27	-	37
Total	111	227	237	575

FUENTES: Centro de Documentación de SALPRESS, Comisión de Derechos Humanos (CDHES).

CUADRO 38

BOMBARDEOS A LA POBLACION CIVIL POR DEPARTAMENTOS
(enero de 1982 - agosto de 1984)

DEPARTAMENTO	1982	1983	1984	TOTAL
San Salvador	11	-	5	16
Santa Ana	-	-	3	3
San Miguel	1	11	11	23
Usulután	23	36	31	90
La Libertad	-	-	5	5
Sonsonate	-	-	-	-
Morazán	6	29	32	67
La Unión	3	2	4	9
La Paz	-	-	-	-
San Vicente	53	27	25	105
Cuscatlán	7	94	74	175
Ahuachapán	-	-	-	-
Cabañas	1	15	17	33
Chalatenango	6	13	30	49
TOTAL	111	227	237	575

FUENTES : Comisión de Derechos Humanos de El Salvador (CDHES), Centro de Doc
de SALPRESS.

CUADRO 39
VIOLACION AL DERECHO A LA VIDA

TOTAL DE ASESINADOS Y DETENIDOS-DESAPARECIDOS
(Enero 1980 - Julio dd 1984)

	1980	1981	1982	1983	1984
ASESINADOS	13194	16376	12617	5826	1919
DESAPARECIDOS	979	927	1177	526	190
TOTAL	14173	17303	13794	6352	2119

FUENTES: Comisión de Derechos Humanos de El Salvador (CDHES), Socorro Ju
"Arzobispo Oscar Romero", Centro de Documentación de SALPRESS.

VIOLENCIA POLITICA EN GENERAL 1985 *

A) Parte Gubernamental	
Asesinatos.....	611
Muertes ocurridas en acciones militares del ejército, incluyendo conjuntamente combatientes de la guerrilla y población civil, no pudiendo determinarse la categoría correspondiente por falta de investigación in situ.....	1534
<u>SUB-TOTAL</u>	2145 (70)
b) Parte de la guerrilla	
Asesinatos.....	66
Muertes ocurridas circunstancialmente en acciones de la guerrilla.....	31
Muertes ocurridas circunstancialmente por minas, colocadas en su mayoría por elementos de la guerrilla.....	31
<u>Bajas del ejército causadas por la guerrilla.....</u>	749
<u>SUB-TOTAL</u>	877 (28)
c) Por ambas partes en conflicto	
<u>Muertes ocurridas circunstancialmente durante fuego cruzado..</u>	14
	14 (0)
<u>TOTAL : MUERTES EN GENERAL DURANTE 1985</u>	3036 (100)

* Informe anual 1985 / Oficina de Tutela Legal del Arzobispado, Comisión de Justicia y Paz. -- San Salvador : UCA-IDHUCA, 1986. -- 108 p.

En términos generales, se puede decir que la violencia política en El Salvador ha causado muchas víctimas, entre los que destacan principalmente, como más afectados en primer lugar los campesinos, en segundo los profesionales desconocidos, en tercero los estudiantes y obreros.

En relación a los bombardeos a la población civil, de los 575 realizados, los departamentos de San Vicente y Cuscatlán son los que más han sido atacados y en segunda línea fueron usulután, Morazán y Chalatenango. En esos departamentos es donde se asientan principalmente las bases sociales de las organizaciones políticas opuestas al régimen gubernamental y son además, las regiones que han tenido menor desarrollo a lo largo de la historia de la sociedad salvadoreña.

En síntesis, la violencia política desde 1980 hasta 1985 ha ocasionado 56,773 entre muertos y desaparecidos y lo cual es una clara evidencia de lo conflictivo que es la situación social en El Salvador.

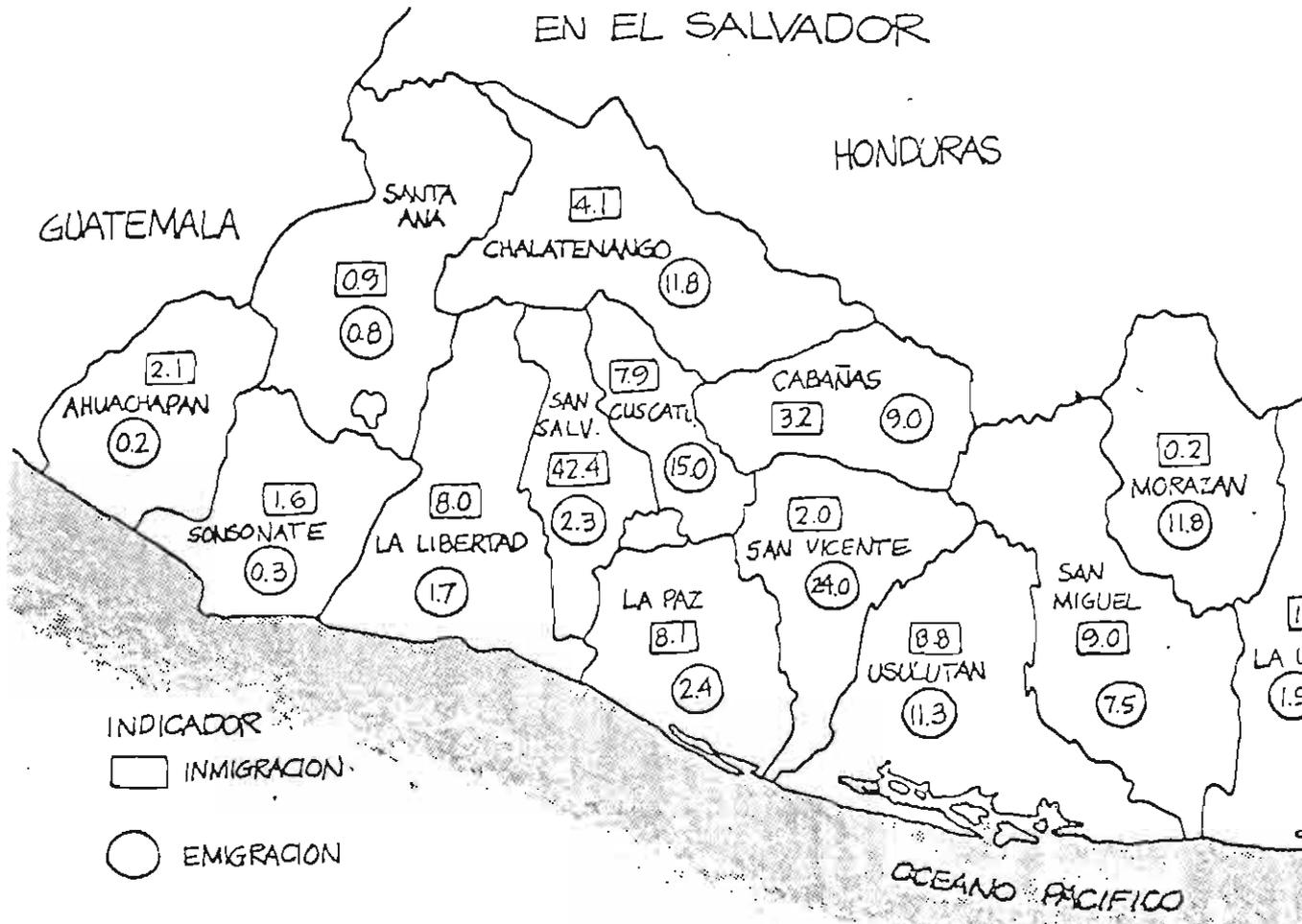
3.9. MIGRACION.

3.9.1. Interna.

El fenómeno de la migración interna, tradicionalmente, ha tenido su razón en el desplazamiento de los grupos humanos principalmente por motivos económicos de mejoramiento que los ha obligado a buscar los polos de desarrollo de las áreas urbanas. En El Salvador, eso mismo se ha dado; sin embargo a partir de 1980 el número de migrantes se ha venido incrementando como consecuencia de la situación de violencia. En ese sentido la población de las áreas conflictivas, especialmente de las rurales, ante el peligro que corren sus vidas y los pocos bienes que poseen, optan por desplazarse a sitios más seguros y que les convenga a sus intereses.

Para ilustrar con precisión se incluye el mapa de El Salvador en el que se observan los porcentajes de inmigración y emigración por departamento. Se nota por un lado que San Vicente, Cuscatlán, Morazán, Chalatenango y Usulután, son los que tienen los más altos porcentajes de

MOVIMIENTO DE LA POBLACION DESPLAZADA A NIVEL NACIONAL F
 DEPARTAMENTO EN TERMINOS PORCENTUALES
 EN EL SALVADOR



FUENTE: Kocio Adrados, Juan Luis, 1983, El Salvador, p. 147.

Tomado de.....(35)

CUADRO N° 41

**CUADRO RESUMEN DE LA POBLACION DESPLAZADA A NIVEL NACIONAL
POR DEPARTAMENTO AL 30 DE JUNIO DE 1984**

N° DEPARTAMENTO	TOTAL DE MUNICIPIOS	N° MUNICIPIOS CON POBLACION DESPLAZADA	TOTAL	
			ABSOLUTO	RELATIVO
1. San Salvador	19	15	68.506	20.5
2. Morazán	26	16	45.439	13.6
3. San Vicente	13	13	42.133	12.6
4. San Miguel	20	18	33.282	10.0
5. Chalatenango	33	21	29.593	8.8
6. Usulután	23	18	29.131	8.7
7. La Libertad	22	19	23.799	7.1
8. Cabañas	9	7	21.147	6.3
9. Cuscatlán	16	10	19.481	5.8
10. La Paz	21	11	11.558	3.4
11. Sonsonate	16	12	4.948	1.5
12. La Unión	18	10	3.341	1.0
13. Santa Ana	13	7	1.743	0.5
14. Ahuachapán	12	5	866	0.2
TOTAL	261	182	334.967*	100.0

* Incluye dato poblacional proporcionado por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), que asciende a 74,559 personas desplazadas.

FUENTE: Comisión Nacional de Asistencia a la Población Desplazada "CONADES", Subgerencia de Promoción Social. Depto. de Investigación y Estadística.

desplazados, lo cual tiene relación con la mayor intensidad del conflicto civil en dichos lugares. Este contrasta con los porcentajes de emigración de Ahuchapán, Sonsonate y Santa Ana en donde el conflicto se da en menor medida.

Por otra parte, destaca que San Salvador tiene el más alto porcentaje de inmigración por ser el mayor polo de desarrollo y que ofrece las mejores posibilidades de subsistencia y en donde el peligro de vida por violencia es parentemente menor. También Cabañas presenta un alto porcentaje de migración y quizá se deba a la llegada de población que huye de la violencia de los departamentos vecinos que son Chalatenango, Cuscatlán y San Vicente.

Para completar la idea de los movimientos poblacionales interenos en El Salvador, se puede ver el Cuadro N° 41 en el que se reportan para 1984 más de 334,000 desplazados de los diferentes departamentos del país; de los cuales San Salvador tenía el 20.5% probablemente por las razones antes dichas al respecto. En cuanto al porcentaje relativamente alto que tienen Morazán, San Vicente y San Miguel, es importante considerarlo, ya que en esos departamentos se manifiesta el conflicto con cierto grado de mayor intensidad, por lo que la producción y reproducción de los habitantes en esos lugares se ve afectada cotidianamente. (35)

3.9.2. Migración Externa.

El flujo de migrantes hacia el exterior ha sido una constante en El Salvador, debido básicamente a factores económicos. No obstante a partir de la agudización del conflicto de guerra civil, la salida de mayor cantidad de personas se ha incrementado, de tal manera que para el período de 1978 a 1980 la tasa anual de migración fué de 16.2, contrastando con la del período de 1971-1978 que fué de 5.1. A partir de 1978 y hasta septiembre de 1984, se calculaba que un total de 750,000 salvadoreños habían salido del país. Según fuentes de Estados Unidos más de medio millón habrían llegado en los últimos años, de los cuales solo 34,000 serían residentes legales y 3000 más tendrían algún tipo de visa.

CUADRO N° 42

NUMERO DE REFUGIADOS Y DESPLAZADOS EN EL SALVADOR

PAIS	REFUGIADOS SALVADOREÑOS	DESPLAZADOS SALVADOREÑOS
Belice	7,000	-----
Costa Rica	10,000	-----
El Salvador	---	500,000 ²
Guatemala	70,000	-----
Honduras	20,000	-----
México	120,000	-----
Nicaragua	17,500	-----
Panamá	1,000	-----
Total	245,500	500,000
Total (por país)	745,500	

Cifras sobre refugiados de ACNUR, mayo 1984, exceptuando las cifras con asteriscos que son estimaciones de fuentes eclesiales consideradas como más exactas. (Las cifras de ACNUR son cero y 43,000 para Belice y México respectivamente).

2 Basado en cifras de CONADES, CICR y desplazados atendidos por las iglesias.

Esos datos contrastan con las cifras oficiales de la Dirección General de Estadísticas de El Salvador que, reportan que entre 1971 y 1981 salieron legalmente 250,000 salvadoreños. (36)

El cuadro N° 42 muestra el número de refugiados salvadoreños en los diferentes países de la región centroamericana.

En síntesis con relación a la migración externa podemos decir, que tiene sus causas en factores socioeconómicos de carácter histórico, que se han agudizado a partir de 1979-1980, que han determinado la existencia de alrededor de medio millón de desplazados, un cuarto de millón de refugiados en la región de Centroamérica y otro medio millón en los Estados Unidos, totalizando millón y cuarto o sea un 25% de la población total.

A continuación, para dar una idea general de incidencia en la situación de las condiciones de vida de la población del área metropolitana de San Salvador, se agrega un breve resumen sobre los daños producidos por el terremoto.

3.10.

SITUACION DESPUES DEL TERREMOTO DEL 10 DE OCTUBRE 1986.

En relación al balance de daños ocasionados por el terremoto del 10 de octubre de 1986, se hace cita textual del Anexo...referencia (37)

El día 10 de octubre de 1986, la situación de las necesidades básicas antes descritas se vió afectada por un desastre natural, el cual repercutió en diferentes aspectos de la vida de los ciudadanos del área metropolitana de San Salvador, pero sobre todo golpeó a aquellos sectores sociales que por sus características económicas habitan o laboran bajo circunstancias poco seguras en cuanto a vivienda y local de trabajo.

Al analizar la magnitud de los daños, muchos han considerado que éstos han tenido muchas más implicaciones sociales que económicas, sin embargo, el aspecto más importante de la tragedia es el aspecto humano, el cual, ya deteriorado viene a ponerse en evidencia con un desastre natural. En este sentido las consecuencias del terremoto, no pueden ocultar las profundas raíces de la crisis social, económica, política y de valores que vive el país.

La población afectada por este fenómeno se concentra en el área metropolitana de San Salvador, (AMSS) calculándose un total de 1,500 víctimas y 300,000 damnificados.

El Gobierno de la República en su última evaluación de daños, calculaba que solamente para los sectores sociales (vivienda, salud y educación) el costo ascendía a c 2,150.0 millones lo que constituye el 43% del total de daños.

Dentro de los llamados sectores sociales, los cuales forman la parte más importante de los servicios básicos analizados en este diagnóstico, puede observarse que la vivienda ha sido el más seriamente afectado, destruyéndose totalmente 23,443 viviendas lo que corresponde a 24.3% de viviendas del Area Metropolitana y resultando seriamente dañadas 29,916 que suma un déficit adicional de 53,359 unidades sumadas a las 580, 434 que constituían el déficit habitacional antes del terremoto.

Dentro de las familias afectadas, se ha calculado que el 17% vivían en mesones, un 10% en zonas marginales y 63% en viviendas unifamiliares. De esta última categoría, una gran parte constituían viviendas de construcción antigua con materiales generalmente poco resistentes como el adobe y el bahareque, también es importante remarcar que muchas de estas viviendas además de funcionar como habitación, cumplían con el papel del llamado lugar de trabajo, ya que gran parte del llamado sector informal de la economía (pequeños comercios, talleres familiares, mini-empresas caseras) se ubican en el mismo lugar de alojamiento, presentándose en estas circunstancias el doble problema de la pérdida de la vivienda y del lugar de trabajo, el cual, seguramente constituía la única fuente de ingreso.

En cuanto al sector salud, que es el segundo más afectado después de la vivienda, se perdieron seis hospitales públicos lo cual está provocando consecuencias que ponen una vez más de manifiesto la centralización del servicio y la necesidad de modificar su estructura de funcionamiento. La Comisión Económica para América Latina, y el Caribe (CEPAL), calculó que el terremoto afectó a más del 90% de la capacidad hospitalaria instalada incluyendo al sector público como al privado. Los daños en el sector salud fueron más que todo de inmuebles ya que puede considerarse que lo que constituye equipo y mobiliario sufrió daños menores.

La estructura de los servicios de salud altamente centralizada y tendiendo cada vez más a la especialización, puso de manifiesto la necesidad de formación de personal entrenado en operaciones paramédicas. La escasa experiencia de personal preparado para emergencias fué una de las carencias más sentidas en las circunstancias que se vivieron.

En el sector educación además de los daños materiales, se perdieron numerosas vidas humanas. La UNESCO a solicitud del Gobierno de la República envió una misión especial con el objeto de colaborar en la evaluación de daños y preparación de proyectos. UNESCO reportó 220 escuelas (1,500 aulas) afectadas (35% estructuralmente destruidas y 65% requieren de reparaciones). En la educación superior, las instalaciones de la Universidad Nacional sufrieron en un 70%. En total, se calcula que alrededor de 200,000 estudiantes fueron afectados de los cuales 100,000 deberán ser ubicados en instalaciones provisionales, mientras los demás carecen totalmente de locales adecuados

Debe tenerse en cuenta que la situación de las aulas en el AMSS antes del desastre se veía afectada por diversos problemas como la falta de espacio, hacinamiento, locales alquilados y lugares careciendo totalmente del servicio educativo como en algunas colonias marginales.

ESTIMACION DE DAÑOS CAUSADOS POR EL TERREMOTO DE 10 DE OCTUBRE
COSTO BASE AL 30 DE SEPTIEMBRE 1986*

	MILLONES DE COLONES	
	TOTAL	DIRECTO
TOTAL	5,154.8	3,747.9
INFRAESTRUCTURA SOCIAL	2,150.5	2,065.5
Vivienda (1)	1,367.1	1,325.1
Salud (2)	444.7	417.7
Educación(3)	338.7	322.7
INFRAESTRUCTURA ECONOMICA	1,039.2	803.2
Agua y Alcantarillados	154.0	101.0
Telecomunicaciones	121.2	114.2
Electricidad (4)	121.4	56.4
Transporte y Vialid.Urb(5)	138.1	48.1
Edificios Públicos (6)	281.6	271.6
Banca (7)	82.4	71.4
Otros (8)	140.5	140.5
SECTORES PRODUCTIVOS	1,233.2	879.2
Industria (9)	82.3	15.3
Comercio (10)	1,150.9	833.9
EMERGENCIA Y REHABILITACION, INMEDIATA	316.0	0.0
DEMOLICION Y REMOCION DE ESCOMBROS	415.9	0.0

- | | |
|---|----------------|
| 1 Encuesta de vivienda - MIPLAN | 6 Incluye los |
| 2 Incluye sector público, privado y seguro social | Central, Au |
| 3 Incluye sector público, privado e instalaciones deportivas | 7 Incluye Sis |
| 4 Incluye daños a CEL y CAESS | lizado y Pr |
| 5 Incluye accesos, puentes, bóvedas, costos de transporte y gastos de combustible | 8 Incluye Igl |
| | ral y monum |
| | 9 Incluye gra |
| | 10 Incluye tod |

* Diagnóstico social: situación actual de las necesidades básicas en El
San Salvador : Departamento de Estudios Económicos y Sociales, 1986

ESTIMACION DEL NUMERO DE
AULAS AFECTADAS POR EL SISMO *

No. Escuelas Afectadas	No. de Aulas afectadas por bandera**	No. de escuelas inspeccionadas	Interpolación de aulas reales afectadas
-----	-----	-----	-----
121	1451	220	2637
	rojas 368		rojas 669
	naranja 394		naranja 716
	amarr 337		amarr 613
	verde 356		verde 639

FUENTE : Cruzamiento de datos de listados APRE (Administración de Revitalización del Sistema Educativo) y DIIE (Dirección Técnica e Infraestructura Educativa).

* Diagnóstico social: situación actual de las necesidades. Salvador / FUSADES. -- San Salvador : Depto. Est. Econ

**

Rojo : Severamente dañado (inhabitable, se recomienda demolición)
 Naranja: Estructuralmente dañado (inhabitable, podría repararse)
 Amarillo: Moderadamente dañado (reparaciones mayores, habitable)
 Verde: Ligeramente dañado (reparaciones menores. habitable).

BIBLIOGRAFIA EN RELACION A CONDICIONES DE VIDA Y DE TRABAJO DE LA POBLACION SALVADOREÑA

- (1) Lazo M. José Francisco "La Factibilidad de Implementar un Programa de Estabilización, y Reactivación Económica en una Economía en Guerra. El Caso de El Salvador: 1986:" Tesis de Grado para obtener Maestría en Economía y Política Internacional. CIDE. México 1986.
- (2) Publicación: "Panorama General de la Economía Salvadoreña" de Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social). FUSADES. 1984.
- (3) Sevilla Manuel. "Visión Global de la Concentración Económica en El Salvador. Boletín N° 4 de Ciencias Económicas Julio-Agosto 1985.
- (4) MNR Carta Económica N° 2 Octubre 1985. pag. 6.
- (5) Córdova Ricardo. La Militarización de América Central de la Universidad de Las Naciones Unidas: "Violencia, Derechos Humanos y sobrevivencia Cultural en América Latina. Méxi. Diciem. 1985.
- (6) Argueta Antillón. Crecimiento, Empleo y Necesidades básicas: elementos de análisis "Boletín de Ciencias Económicas y Sociales de UCA. Año VI, N° 4. Julio-Agosto 1983.
- (7) CEPAL, Proyecto de Necesidades Básicas en el Istmo Centroamericano a base de informaciones de los países y CELADE, Boletín Demográfico, Año XIV, N° 28.
- (8) Caballero Martín María Elena.Chavez Osegueda Francisco del Rosario Francisca. "La Crisis coyuntural 1979-1982 y su influencia sobre la salud del pueblo". Tesis para optar a Licenciatura en Economía. UCA 1983.
- (9) Indicadores Económicos y Sociales de 1981-1982 y 1984 del Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social.

- (10) Problemática de Desarrollo Regional. MIPLAN 1986.
- (11) Torres Carlos B. la desigualdad en el consumo de la Sociedad Salvadoreña. Boletín de Ciencias Económicas y Sociales N° 4 Julio-Agosto 1983
- (12) Sevilla Manuel y Hayel, E. Algunos aspectos de la situación de Salud de la Población Salvadoreña. Universidad y Sociedad.
- (13) FUSADES. Análisis de las Necesidades básicas en El Salvador.
- (14) Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares 1976-77, realizados por la sección de investigaciones muestrales del Ministerio de Planificación y por la Escuela de Dietología y nutrición de la UES? 1977.
- (15) Ministerio de Planificación "Distribución del Ingreso y Gasto por Deciles de Hogares#", 1976, enero 1980. Cuadro 1-4
- (16) Cardona Alvarenga, R. Tesis de Grado " Criterios Metodológicos para el Diseño de una Estrategia de Satisfacción de Necesidades Básicas".
- (17) Encuesta Nacional de Presupuestos Familiares 1976-1977
- (18) La función consumo y el mínimun vital. Tesis de Grado, Brizuela de Alemán, Carmen Elena. universidad Católica Centroamericana UCA
- (19) Planes de Desarrollo Urbano, FSDUM-EDURES
- (20) Política Nacional de Producción del Sector Construcción (diagnostico) MIPLAN, Abril de 1986.
- (21) MIPLAN. Dirección de Población, enero 1986.
- (22) Encuesta Hogares 1978 -MIPLAN-
- (23) Ponce Arriaza, José Roberto y Robles de Campos Ana Miriam. El ingreso familiar y su efecto en la satisfacción de l as necesidades educativas básicas dela población de El Salvador. Tesis de Grado en lá Facultad de Ciencias Económicas, universidad de El Salvador, San Salvador, 1985.

- (24) Universidad de El Salvador. Diagnóstico de la Universidad de El Salvador. En Revista Universidad. N° 1 Año CX, Octubre-Diciembre 1985.
- (25) Memoria de Labores, Ministerio de Educación (1984-1985)
- (26) Población, Educación y Comunicación. "Seminario Taleer sobre la formulación de la nueva política de población". Septiembre 1986.
- (27) Diagnóstico Alimentario Nutricional de El Salvador, 1983 MIPLAN/SECONAN
- (28) Administración Nacional de Acueductos y alcantarillados (ANDA).
- (29) Diagnóstico General de la Evaluación en El Salvador.
- (30) Memoria de Labores del Ministerio de Educación 1984-1985.
- (31) Población, Educación y Comunicación "Semanario Taller sobre la formulación de la Nueva Política de Población Sep. 1986.
- (32) La situación de los Derechos Humanos: Oct. 1979-Jul. 1981 Socorro Jurídico, Arzobispo de San Salvador. México: Consejo Mundial de Iglesias, 1981.--457 p.
- (33) Secretaría de Comunicación Social del Arzobispado. Informe sobre la Represión en El Salvador (Boletín Informativo Internacional, número 10): Diciembre 1979.
- (34) Informe anual 1985 / Oficina de Tutela Legal del Arzobispado, Comisión Arquidiocesana de Justicia y Paz. -- San Salvador.
- (35) Torres Rivas Edelberto "Informe sobre el Estado".
- (36) Montes Segundo "La Situación de los salvadoreños desplazados y refugiados
- (37) Diagnóstico social: situación actual de las necesidades básicas en El Salvador: Depto. Estudios Económicos y Sociales 1986 -- 38 p.

ANALISIS DE LA SITUACION DE SALUD EN EL SALVADOR4.1 INTRODUCCION

De los años ochenta a la fecha El Salvador ha presentado la mayor crisis de su historia. Crisis económica, social y política.

El desempleo, el subempleo y la marginación social, el pobre saneamiento ambiental, la baja del poder adquisitivo de salarios y los desplazamiento de la población han sido agravados por la estrategia contrainsurgente encaminada contra la población civil de El Salvador y por una economía del Estado orientada hacia la guerra.

Este agravamiento de las condiciones de vida ha profundizado las desigualdades sociales entre los diferentes sectores.

Naturalmente esta situación repercute en el proceso salud-enfermedad, reflejándose en el perfil patológico de la población, de una manera diferencial para cada sector social.

Una manera de aproximarse al estudio del perfil patológico de una población es por medio de los indicadores de salud: demográficos, mortalidad, morbilidad, etc.

En este apartado haremos un análisis de dichos indicadores y la evolución que estos han tenido durante los últimos quince años en El Salvador. Período que comprende la gestación del actual conflicto, su agudización en los años 1979 a 1982, y las consecuencias inmediatas de esta etapa en los años 1983 a 1985, puesto que este es el contexto en que la realidad salvadoreña se desenvuelve.

Sin embargo la magnitud del problema es mucho mayor que el representado por los indicadores, dado las fallas de que adolecen los

registros y las estadísticas en El Salvador. Condición que se hace más grave en el actual conflicto: La población rural en la que es tradicional el subregistro por falta de accesibilidad a servicios, tiene aún menos acceso en la situación actual. Esto se evidencia al comprobar el cierre o destrucción de alcaldías y por el mayor riesgo de la población sobre todo rural a la represión.

Los indicadores que trataremos en el presente capítulo adolecen de ser globales y de representar promedios en la población. No permite analizar las diferencias por sectores sociales, ni siquiera entre área rural y urbana, ó entre población desplazada.

Esto enmascara la situación en los sectores y áreas más despreciados, sin embargo dan una idea aproximada, como para establecer algunas tendencias.

4.2 INDICADORES DEMOGRAFICOS:

4.2.1 Población -índice de ruralidad- Migraciones

La población de El Salvador ha presentado incrementos significativos en los años tomados en cuenta para este estudio. Así de una población de 3,397,600 en 1970 (1), llegó a ser de 4,767,570 en 1985, 40% de aumento según estimaciones del Ministerio de Planificación (MIPLAN) y la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) ya que el último censo realizado en El Salvador fué en 1971. (2).

Para el año de 1986 se calcula una densidad geográfica de 226 hab/km² la más alta en América Continental.

De 1980 a 1985 el saldo migratorio es negativo y calculado en 434,000 personas (De los años 1970 a 1975 el saldo migratorio registrado es de 117,300 personas) (3). Esta diferencia se debe al actual conflicto civil agudizado desde 1979 y que ha generado la salida del país de un mayor número de salvadoreños que huyen de la violencia.

En cuanto al índice de ruralidad, en el año 1970 el 59.2% de la población era rural, mientras que en 1980 se estimó en 58.1%, la población en esta zona y en 1985 en 57% (1). La disminución de estos porcentajes se debe a la gran cantidad de desplazados que huyen de las zonas más conflictivas del país, en los departamentos de Cuscatlán, (Guazapa), Cabañas, Chalatenango, Morazán, Usulután y San Vicente.

Las modificaciones podrían ser mayores ya que no se conocen cifras exactas.

Estos refugiados internos llegan a constituir las colonias marginales en áreas urbanas y suburbanas desprovistas de servicios, haciéndolos más susceptibles de enfermar por mal saneamiento y para ser víctimas del empleo y subempleo, haciendo más precaria su problemática.

4.3 REGIONES DE SALUD

En lo que respecta al sector salud, El Salvador está dividido en cinco regiones regiones. (ver Anexo N 1)

Región Occidental

Región Central

Región Metropolitana

Región Paracentral

y Oriental.

La Región Occidental comprende los departamentos de Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate. La Región Central los departamentos de Chalatenango y La Libertad. Cuatro departamentos: Cuscatlán, Cabañas, La Paz y San Vicente, conforman la Región Paracentral. La Región Oriental la constituyen los departamentos de Usulután, San Miguel, Morazán y la Unión y finalmente en el Departamento de San Salvador está la zona Metropolitana.

En esta última zona, se encuentra la mayor concentración de población, 1075.7 hab. por kilómetro cuadrado, ya cerca del millón de habitantes según estimaciones para 1982 (3).

En segundo lugar en densidad poblacional está el área Occidental, que es una de las zonas económicamente más importante del país, ya que en ella se produce gran parte del café, principal rubro de exportación de El Salvador y en la región en que menos se ha hecho sentir el actual conflicto.

La zona oriental es la más extensa y con mayor población en cifras absolutas, sin embargo su densidad poblacional y la de la zona Central son las más bajas del país.

En la Región Oriental se encuentra el tercer polo de desarrollo industrial, después de la zona metropolitana y la ciudad de Santa Ana en la Región Occidental y que es la ciudad de San Miguel. Sólo en este departamento se concentra la tercera parte de la población de la región. El 73% de la población de la Región Oriental es rural. En la región Paracentral el 74% es rural.

4.4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION

En cuanto a la distribución por grupos etarios, la población salvadoreña es una población joven, 16 años en el promedio de edad, así:

Los menores de 15 años (2,156,937) constituyen el 45% de la población total de los cuales el 17% (851,001) son menores de cinco años y el 3.8% es población menor de un año.

El 5% de la población son mayores de sesenta años (2).

Los anteriores datos reflejan la existencia de una gran proporción de la población, cuyas necesidades básicas, salud, vivienda, educación alimentación, deben ser satisfechas y no participan en la producción ni perciben sueldos o salarios.

Sin embargo en El Salvador el 13.6% de los niños de 10-14 años, según cifras de 1980 eran trabajadores, lo que repercute desfavorablemente tanto en su salud como en su proceso educativo (5).

Los menores de cinco años, el 17% de la población constituyen un grupo de elevado riesgo de enfermarse por condiciones de vida inadecuadas en especial deficiente consumo de alimentos que necesariamente tiene que ser proporcionado.

4.5 NATALIDAD:

La natalidad en nuestro país, según registros y en los últimos quince años tiene una tendencia al descenso paulatino con algunas variaciones.

Así en el año de 1970 era de 40.0 por mil habitantes de 45.49 en

CUADRO N° 1

NATALIDAD 1978 - 1984

	TOTAL PAIS		R E G I O N E S								
			OCCIDENTAL		CENTRAL		METROPOLITANA		PARACENTRAL		
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	N
1978	172 897	39.7	37,780	41.4	23,582	41.9	34,240	38.5	30,446	40.1	4
1979	174,183	39.3	37,200	39.2	24,500	40.3	34,400	37.0	30,200	30.1	4
1980	169,930	37.7	37,574	37.8	23,261	37.8	34,677	35.9	28,824	34.7	4
1981	163,305	35.6	36,610	35.8	22,231	35.1	34,927	35.2	25,373	29.8	4
1982	156,807	30.7		....		....		....		....
1983	144,193	30.5		....		....		....		....
1984	142,202	30.2		....		....		....		....

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICAS Y CENSO

Excluye los hijos en el país, de padres residentes en el extranjero
 Tasa por 1000 habitantes en base a la población estimada por DIGESTYC
 Memorias 85-86 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

los años 71-74 (1).

Posteriormente de 1978 a 1983, últimos datos obtenidos en este estudio hay un ascenso de 39.7 por mil hab. a 30.5 en 1983 en la natalidad para todo el país.

En los años de mayor violencia en el país se espera subregistro sobre todo en las áreas rurales más conflictivas. En esta última zona ya se presentaba anteriormente con mayor magnitud, que en el área urbana.

Como podemos observar en el Cuadro 1, el fenómeno se presenta por igual en las cinco regiones de salud del país en los años 1978 a 1981, que incluyen los años de mayor violencia, sin embargo el conflicto no afecta por igual a todas las regiones y no se puede explicar por subregistros solamente el descenso en la natalidad sino que habría que pensar en un descenso real.

En el Anexo N° 2a) vemos la natalidad de El Salvador comparada con otros países.

E.E.U.U. presenta una tasa de 15.6 para 1984 y que ha permanecido constante desde 1978.

En el mismo período la tasa de natalidad de Cuba ha tenido pocas variaciones y se sitúa alrededor de 16 desde 1982.

Argentina y Panamá presentan tasas de alrededor de 23 y 26 respectivamente.

El Salvador se encuentra entre las más altas tasas de natalidad reportada en este grupo de países y que corresponde a los países cen-

troamericanos y México. Entre estos últimos junto con Costa Rica, presenta las tasas más bajas 30 y 30.5 respectivamente. Guatemala y Honduras reportan tasas de más de 38 por mil nacidos vivos y Nicaragua la ha reducido notablemente para 1984 de 44.2 a 33.6.

La tasa de natalidad de El Salvador corresponde a la de países subdesarrollados enfrentando las necesidades que esto ocasiona y haciendo del grupo materno-infantil un grupo de población muy importante numéricamente para proporcionar cobertura.

Comparado con otros países latinoamericanos ocupa un lugar intermedio actualmente en cuanto a natalidad.

4.6 FECUNDIDAD:

La Tasa de Fecundidad.- Número de nacimientos en un año en relación al número de mujeres en edad fértil de 15-44 años es de 162 por 1000 nacidos vivos en 1980, según cálculos, ya que la población femenina fértil se estima en 20.6% de la población total.

Este es un indicador más confiable que la tasa de natalidad porque es en relación al grupo de población susceptible.

Según la Organización Panamericana de La Salud -OPS- en 1979 la tasa de fecundidad en América, tiene variaciones que van desde 227.8/1000 mujeres en edad reproductiva (Honduras) hasta 66.7 por mil (E.E.U.U.) La tasa de fecundidad en El Salvador es una de las más altas en América (6).

En el Anexo N° 3 vemos que El Salvador se encuentra entre las tasas

más altas de fecundidad, y presentando además una alta tasa de embarazo en adolescentes 116.3/1000 nac. vivos.

4.7 ESPERANZA DE VIDA AL NACER:

La esperanza de vida al nacer en el quinquenio de 1980-1985 era para El Salvador de 64.8, mientras que para el inmediato anterior, 1975-1980 era de 62.2, lo que sí representa un avance, todavía es baja si la comparamos con otros países desarrollados como E.E.U.U. y países socialistas como Cuba que para las mismas fechas han alcanzado cifras de 74.3 y 73.4 respectivamente, lo que expresa mejores condiciones de vida y de salud.

Inclusive países con similares características económicas globales y también geográficas como Costa Rica superan nuestra esperanza de vida para los años mencionados (73 para 1980-1985).

4.8 MORTALIDAD:

4.8.1 MORTALIDAD GENERAL

La mortalidad general, número de defunciones por mil habitantes desde 1970 a 1978 ha presentado una tendencia al descenso, de 9.9 en 1970 a 7.4 en 1979, exceptuando el año de 1972 en que sube a 8.6. Esto último podrá explicarse por el aumento en la violencia que hubo en ese año. (1).

Como podemos observar en el cuadro N° 2.

DE 1979 a 1981 se ha presentado un aumento en la mortalidad, cuya causa evidente se encuentra en la agudización del actual conflicto bélico y con ello el aumento de la violencia y la represión para esos años.

CUADRO N° 2

MORTALIDAD 1978-1984

AÑO	TOTAL PAIS		R E G I O N E S							
			OCCIDENTAL		CENTRAL		METROPOLITANA		PARACENTRAL	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
1978	30.086	6.9	7 962	8.5	4 283	7.3	6 413	7.0	4 785	6.1
1979	32 936	7.4	8 308	8.6	4 586	7.7	7 223	7.7	5 288	6.6
1980	33 967	8.6	9 600	9.5	5 387	8.2	9 122	10.0	6 568	7.6
1981	37 468	8.2	9 269	9.1	5 436	8.6	8 818	8.9	5 761	6.8
1982	32 932	6.5	.....	...	.....	...	.....	...	.....	...
1983(1)	33 309	6.9	.....	...	.....	...	.....	...	.....	...
1984(1)	28 870	6.1	.....	...	.....	...	.....	...	.....	...

FUENTE: Direccion General de Estadística y Censos

Excluye las defunciones de residentes en el extranjero

Tasa 1000 habitantes en base a la población estimada por Dirección de Esta

(1) Datos de memoria 85-86 Ministerio de SALud Pública y Asistencia Social

Cifras revisadas

Este fenómeno ha afectado por igual a todas las regiones de salud en que se divide El Salvador como podemos ver en el cuadro. Las regiones que presentan mayor mortalidad según registros son la Metropolitana y la Occidental, lo que coincide con la mayor accesibilidad de la población a la notificación de defunciones ya que se trata de las regiones más atendidas dada su importancia económica.

Desde 1982 la tasa de mortalidad general del país es nuevamente descendente, ya que la violencia continúa pero no en las mismas proporciones y con mayor énfasis en el área rural, que es donde también hay subregistro ante todo para defunciones.

En la región oriental donde el 73% (1) de la población es rural es donde la tasa de mortalidad general es menor, lo que corresponde a un subregistro, el mismo caso sucede en la región Paracentral (74% de cuya población es rural).

En estas regiones junto con la central en Chalatenango es donde se espera mayor mortalidad por ser zonas donde la guerra actual de El Salvador se manifiesta con mayor intensidad.

Vemos que en 1980 el aumento en la mortalidad en la región Occidental y Central es mucho más evidente reflejando una represión menos selectiva para ese año y que emprendió el régimen tanto en zonas urbanas como rurales, al mismo tiempo se trata de zonas con mayores facilidades para el registro de defunciones.

Desde 1982 la mortalidad se presenta nuevamente en descenso 6.5/1000 hab. 6.9 en 1983 y 6.1 en 1984. (4).

En estos años se espera subregistro en regiones rurales a consecuen-

cia del actual conflicto.

Comparada la tasa de mortalidad general por 1000 habitantes de El Salvador con otros países según Anexo N° 2-6 vemos que la mortalidad general ha experimentado descensos desde 1970, y comparada con algunos países seleccionados Estados Unidos, Argentina y Cuba es inferior a las primeras y semejante a la segunda en los últimos años en que se tiene la información. En estos países los datos son más constantes presentando pocas alteraciones en la mortalidad. En el caso de Cuba la tasa de mortalidad actual con algunas variaciones es similar a las reportadas desde 1978, y en esos años muy inferior a la de El Salvador.

4.8.2 Causas de Mortalidad General

En el cuadro N° 3 se presentan las defunciones según grupos de causas de muerte en El Salvador en los años 1970-1980.

Del año de 1970 a 1979 la tasa correspondiente a las mal definidas es mayor que la de cualquier grupo de causas lo que es consecuencia tanto de faltas en el registro como de la deficiente atención médica. Para esos años el porcentaje de muertes con atención médica varió entre 27% en 1971 y 1974 hasta un máximo de 31% en el año de 1974. (7)

En el año de 1979 fué del 26% y de 22% en 1980. Estos porcentajes evidencian aún más la deficiente cobertura en atención médica de la población salvadoreña (7), según el Anexo N° 4a.

Si hacemos una comparación con la mortalidad por causas mal definidas en otros países seleccionados, vemos que la de El Salvador es una de las más altas, para el año de 1984 es de 142.4 por 100,000 habitantes. En Centroamérica, superada por Guatemala y Honduras que para

CUADRO N° 3

TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE CAUSAS (1)

1970 - 1980

CAUSAS DE MUERTE	TASA POR 100,000 HABITANTES						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	265	188	202	187	140	141	149
Tumores - Neoplasmas	20	19	21	20	19	18	21
Nutrición y Metabolismo	20	18	20	21	19	18	16
Sangre - Anemia	15	13	14	16	13	11	9
Tostornos Mentales	6	6	8	8	11	13	11
Sistema Nervioso - Epilepsia	2	1	1	2	2	1	1
Aparato Circulatorio	40	40	39	47	47	52	34
Aparato Respiratorio	49	30	45	37	32	35	64
Aparato Digestivo	6	4	6	6	6	5	5
Embarazo, Parto y Puerperio	4	4	5	4	4	4	3
Anomalías Congénitas	5	5	5	4	5	5	5
Mortalidad Perinatal	23	27	27	32	35	34	34
Mal Definidas	294	265	282	251	235	216	227
Accidentes, Envenenamientos y Violencias	74	75	79	78	90	87	54
Demás Causas	168	110	125	125	120	132	117

(1) Grupos de Causas de Enfermedad y Muerte, Clasificación Internacional, 8a. Revisión,

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos, Anuarios Estadísticos Respetivos.

el año de 1981 exhiben una tasa ajustada por edad de 145.6 y 190.1 respectivamente.

Sin embargo el resto de países seleccionados presentan tasas de mortalidad por causas mal definidas comprativamente bajas.

Costa Rica país Centroamericano tiene una tasa ajustada de 15.2 lo que expresa una cobertura mayor en atención médica a pesar de tener similares condiciones económicas a El Salvador.

La tasa menor corresponde a Cuba lo que indica una cobertura casi del 100% en, un país socialista en que la salud de la población es prioritaria para el Estado.

En países desarrollados como E.E.U.U. las causas mal definidas sólo se presentan en 9.8 de cada 100,000 habitantes en 1983.

México, Panamá, Argentina y Venezuela presentan tasas inferiores a El Salvador (30.3, 33.3, 19.8 y 16.8 respectivamente).

Para los años de 1970-1979 el grupo de causa más frecuente de mortalidad en El Salvador fué el de enfermedades infecciosas y parasitarias. Esto es una consecuencia de las malas condiciones de vida, de higiene y de trabajo de la mayoría de salvadoreños. Así, en los años de 1970 a 1979 la primera causa de defunción en El Salvador es la enteritis y otras enfermedades diarréicas.

En comparación con otros países seleccionados en el Anexo N° 7, El Salvador exhibe altas tasas de mortalidad por este grupo de causas aún en el año de 1984 siendo superada por Guatemala y Honduras en

cuanto a tasas de 1981 y por México con información de 1982.

En este grupo de causas Costa Rica, Cuba y E.E.U.U. exhiben las más bajas tasas.

La misma situación sucede con la tasa para ese grupo de causas en menores de un año.

El grupo Accidentes envenenamientos y violencias constituyen el segundo grupo de causas en orden de frecuencias en los mismos años, excepto en 1976 y 1977 en que ocupan el tercer lugar. La muerte por violencia accidental ó intencional reflejan pésimas condiciones de trabajo, de vivienda, de transporte, la miseria, etc.

En el Anexo 4b, vemos que en varios países seleccionados mesoamericanos, suramericanos, E.E.U.U. y Cuba, para 1984 la tasa de El Salvador sólo es superada por la de Guatemala en 1981.

Sólo la causa homicidios y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas, intervenciones legales en 1975 representaba un 3.7% de las demás causas, en 1978 el 5.1% y en 1979 el 8.1%, lo que evidencia el aumento de la violencia en El Salvador y que es debida principalmente a represión por parte de los regímenes gubernamentales en los años de 1970 a 1980, coincidiendo con la gestación del movimiento popular (Anexos 5, 6 y 8).

Para 1980 el grupo de Accidentes envenenamientos y violencias llega a ser el más frecuente (cuadro 3, 322/100,000 hbt.) y dentro de este grupo los homicidios y lesiones infligidas intencionalmente son el motivo de muerte principal (ver anexo 8).

Reflejando la mayor represión emprendida por el regimen gubernamental y que se relaciona con el mayor desarrollo del movimiento popular.

Para este año el grupo de las enfermedades infecciosas y parasitarias desciende a 79 por 100,00 hbt. de 129 que era en 1979.

En 1984 el 46% de las defunciones son certificadas por médico, mientras que el 13.3% de las muertes corresponden a causas mal definidas (140.7 por 100 mil habitantes).

Si analizamos las diez primeras causas de muerte reportadas para 1984 (Anexo 9), podemos observar que entre las primeras tres, al igual que en años anteriores se encuentran las producidas por violencia intencional y las infecciones intestinales, y en primer lugar aparece las afecciones originadas en el período perinatal producto esta última de mala atención materna.

Los accidentes de tráfico de vehículos automotor y los suicidios y lesiones autoinfluciadas, expresan la angustiante problemática social que se vive en un país donde se han cerrado oportunidades de expresión y donde las condiciones de vida y trabajo son cada día más apremiantes.

4.8.3 Mortalidad por Actividad Económica

La actividad económica más importante de El Salvador es la agricultura el 35% de la población ocupada total de El Salvador se dedica

a este ramo. (no toma en cuenta subempleo, ni empleo temporal).

Sin embargo, es la población más abandonada en cuanto a servicios se refiere.

Esto se refleja en la mortalidad por rama de actividad económica (ver cuadro N° 4).

La tasa de mortalidad en "Agricultura, silvicultura y pesca", es la más alta de todas las que se comparan, por los años de 1975 y 1980.

En segundo lugar se encuentra la mortalidad de los trabajadores del transporte, almacén y comercio y los trabajadores de la construcción.

Estos tres grupos con aparentemente peores condiciones de vida y de trabajo.

Los datos de 1980 están también influenciados por la violencia imperante en ese año.

Así se observa en la mayoría de ramos un aumento sustancial para dicho año, hasta del doble. Esto se explica por el factor violencia y represión que se incrementa en dicho año.

Si analizamos las causas de muerte en la edad productiva y contempladas en el anexo 11, observamos que las dos primeras causas de muerte en la población de 15 a 44 años en El Salvador son los accidentes y los homicidios.

Los accidentes gran parte de ellos son atribuibles a accidentes de trabajo.

Así en 1979 se reportaron 28731 accidentes de trabajo entre los entonces 225,489 obreros cotizantes que significaron a nivel de mortalidad y de invalidez 4.3 y 4.0 / 10,000 respectivamente (8).

CUADRO N° 4

MORTALIDAD POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONOMICA EN EL SALVADOR
1970-1980 TASA POR 1000 TRABAJADORES

ACTIVIDAD	1975	1978	1980
Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca	7.49	7.59	11.05
Explotación de minas y canteras	.....	0.24	0.22
Industrias manufactureras	5.5	3.94	5.00
Electricidad, gas y agua	1.40	0.32	0.30
Construcción	5.69	5.25	8.15
Comercio al por mayor y al por menor, restaurantes y hoteles	1.47	1.70	3.06
Transporte, almacén y comunicaciones	6.06	5.19	8.96
Servicios comunales sociales y personales	0.23	2.15	5.32
Actividad no bien especificada	116.6		

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de Caballero Martínez

Osegueda Chávez " La crisis coyuntural.... (7) y de Indicadores Económicos y Sociales...(3)

TASA: N° de muertes del Ramo en el año correspondiente en relación al N° de trabajadores del ramo en el año correspondiente.

4.8.4 MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad de los menores de cinco años nos proporciona una aproximación al conocimiento de la situación socioeconómica prevaleciente en un determinado país, ya que es el grupo etario más susceptible a las enfermedades por carencias nutricionales, defectuoso saneamiento bajo nivel educativo en la población y falta de acceso a servicios de salud, malas condiciones de vida en general.

En el caso de El Salvador es en las defunciones de menores de cinco años, donde con mayor magnitud se presenta el caso del subregistro, sobre todo en el área rural problema que debe tomarse en cuenta en el análisis y que se espera más grave desde la agudización del presente conflicto de guerra.

A pesar de lo explicado anteriormente una elevada proporción de las muertes corresponden a menores de cinco años: 24.4% en 1984 (7034 niños) (2).

Casi la cuarta parte de las muertes corresponde a este grupo etario, mientras que en proporción de habitantes representa 17% del país.

En 1978 más de la tercera parte de las muertes (37.4%), acaecieron en menores de 5 años (4).

Para 1984 las muertes de los menores de un año constituyen el 17.2% del total de muertes del país, mientras este grupo de edad representa el 3.8% de la población total, lo cual evidencia la alta mortalidad

en este grupo etario.

De 1970 a 1984 como podemos observar en el cuadro N° 4, la tasa de mortalidad infantil (defunciones en menores de un año por 1000 nacidos vivos) ha presentado una tendencia descendente de una tasa de 66.8 por mil nacidos vivos en 1970, a 58.2 en 1975, 42.0 en 1980, para finalmente llegar a ser de 35.1 por mil nacidos vivos en 1984.(7).

De 1979 a la fecha sin embargo podría esperarse un aumento en la omisión de estas defunciones, sobre todo en el área rural.

Si comparamos la tasa de mortalidad infantil de El Salvador con la de algunos países seleccionados en el Anexo 10a, podemos establecer que sólo es superada por Guatemala en todos los años, 1970 y 1978 a 1984, siendo de 68.5 para último año en este país (5).

Para el año de 1983, Costa Rica país también centroamericano, ya había logrado una tasa de mortalidad inferior de 18.6 y la de Cuba para el mismo año es casi tres veces inferior a la de El Salvador.

Costa Rica y Cuba, aunque con sistemas diferentes presentan ambos aplicaciones más socialistas de los sistemas de salud (5).

También en países capitalistas desarrollados, la tasa de mortalidad infantil es menor: Para 1983 la de E.E.U.U. era de 11.2, 4 veces menor que la de El Salvador para dicho año (5).

También son inferiores para los mismos años comparadas las tasas de mortalidad infantil de países capitalistas dependientes pero más desarrollados que El Salvador como son: Argentina, Venezuela, México y Panamá, reflejando mejores condiciones de vida en general (5).

CUADRO N° 5
MORTALIDAD INFANTIL 1970-1984
CON TASA POR 1000 NACIDOS VIVOS

AÑO	NUMERO	TASA	PROPORCION DE TODOS LOS MUERTOS
1970	9 438	66.8	26.0 %
1971	8 093	52.4	28.2
1972	8 950	58.3	27.6
1973	9 194	59.1	28.9
1974	8 493	53.7	27.9
1975	9 363	58.2	29.3
1976	9 154	55.2	29.7
1977	10 529	59.3	31.9
1978	8 790	50.8	29.2
1979	9 232	53.0	28.0
1980	7 138	42.0	18.3
1981	7 183	44.0	19.1
1982	6 624	42.0	20.0
1983	6 313	44.8	19.3
1984	4 991	35.1	17.2

FUENTE: Dirección General de Estadísticas

Memorias 85-86 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Si analizamos las causas de muerte de los menores de cinco años según Anexo Nos. 11a y 11b podemos concluir lo siguiente:

La mayoría de las cinco principales causas de defunción de los menores de cinco años son prevenibles.

En los menores de un año la causa más frecuente de muerte notificada es la de afecciones originadas en el período prenatal donde según la 9a CIE se incluye enfermedades como el tétano. Esto expresa una mala atención de la mujer embarazada y del parto.

La segunda, Infecciones Intestinales debidas a organismos especificados y la mal definida, como también la Tercera Bronquitis, enfisema y asma y la cuarta influenza y neumonía son todas afecciones, consecuencia directa de un mal saneamiento ambiental, de un bajo nivel educativo y de la poca accesibilidad a servicios de todo tipo: De agua, potable, disposición de excretas, médicos, guarderías, etc.

Las principales causas de muerte de niños en edades comprendidas entre 1 y cuatro años nos expresan una situación similar.

La primera Infecciones Intestinales...etc, la segunda en frecuencia, Bronquitis Enfisema y ASma y la quinta Influenza y Neumonía son compartidas con el grupo de menores de un año y son ocasionadas por las mismas carencias, agravado por el destete, que ya en esta edad es casi generalizado.

La cuarta causa de muerte en niños entre uno y cuatro años, Sarampión nos indica además la baja cobertura en vacunación en niños ya debilitados por deficiencias nutricionales.

En cuanto a los accidentes como tercera causa de muerte, son consecuencia también del bajo nivel educativo de la falta de servicios como guarderías ante la incorporación de la mujer en el proceso productivo, muertes que también son prevenibles.

En la población de cinco a catorce años, se evidencia lo indiscriminado de la violencia y la represión.

En este grupo de edad ya los homicidios, intervenciones legales y operaciones de guerra constituyen la tercera causa de muerte. (Anexo 11e).

A) Mortalidad Infantil por Regiones de Salud:

Si se analiza comparativamente la tasa de mortalidad infantil de las cinco regiones del país se puede concluir lo siguiente: (ver cuadro N° 5).

Las regiones con mayor índice de ruralidad región Oriental (73%) y región Paracentral (74%), son las que presentan menor tasa de mortalidad infantil lo cual es incongruente con sus condiciones de vida y con la falta de acceso a servicios de salud y notificación de defunciones. Estas tasas son menos representativas si tomamos en cuenta que en estas regiones se encuentra parte de las áreas más conflictivas actualmente.

En la región Central nos encontramos con zonas conflictivas en el departamento de Chalatenango, pero en este departamento habita únicamente el 23% de la población de la región, siendo el índice de ruralidad del 65%, podemos esperar menos subregistros que las regiones Oriental y Paracentral. Esto puede explicar la mayor tasa de mortalidad infantil en la región Central.

CUADRO N° 6

MORTALIDAD INFANTIL POR REGIONES 1978-1981

AÑOS	REGION OCCIDENTAL		REGION CENTRAL		REGION METROPOLITANA		REGION PARACENTRAL	
	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA	NUMERO	TASA
1978	2 641	69.9	1 419	60.2	1755	51.3	1 250	41.1
1979	2 591	68.5	1 477	61.4	1 926	55.4	1 324	43.1
1980	2 145	56.9	1 203	52.9	1 522	42.9	937	32.8
1981	2 213	60.4	1 120	50.4	1 485	42.5	956	37.7

FUENTE: Salud Pública en Cifras N° 15, 1982

La región Metropolitana con su población rural de 21% podría reflejar la tasa de mortalidad infantil real de las zonas urbanas de El Salvador, con mayor accesibilidad a servicios, la cual sin embargo es todavía muy alta si la comparamos con los países del Cuadro 10a.

La región Occidental, 63% de cuya población es rural, es justamente con la metropolitana la región económicamente más rica y con mejores comunicaciones y además la menos afectada por el conflicto actual de guerra de las cinco. La mayor tasa de mortalidad en esta región se explicaría únicamente por subregistros en las otras y podría representar mejor la del país.

4.8.5 Mortalidad Materna

La tasa de mortalidad materna en el número de muertes por complicaciones del embarazo parto y puerperio ocurridas en la población femenina en un año en relación al número de nacimientos en el mismo año, refleja la calidad de vida, el acceso a los servicios y la calidad de la atención brindada en general a la mujer, concretamente en su maternidad.

En El Salvador para 1984 solamente se ha logrado que el 35.67% de los partos sean atendidos institucionalmente y únicamente el 26.4% de los embarazos para 1982 han tenido algún control prenatal, situaciones que expresan una muy deficiente cobertura en este campo.

Como podemos observar en el Anexo 10-b la tasa de mortalidad materna de El Salvador, ha descendido de 10.1 en 1970 a 7.4 por 10,000 en 1983, con algunas variaciones. Sin embargo es una alta tasa si la comparamos con otros países americanos como Cuba, E.E.U.U., Costa Rica y Nicaragua.

Comparando las cinco regiones de salud del Salvador para el año 1981, último en que se disponen datos, vemos que la menor mortalidad materna la presenta en el área metropolitana (0.2 por 1000 nacidos vivos) lo cual corresponde a lo esperado, ya que en esta región donde se concentran los recursos médicos. La tasa más alta corresponde a la región oriental. 1.01 mil nacidos vivos, expresando la falta de accesibilidad a los servicios médicos y menos nivel de vida en General de la población que en su mayoría es rural. (739). (4).

4.9 MORBILIDAD:

4.9.1 Enfermedades Infecciosas y Parasitarias

En el apartado anterior, observamos que las infecciones intestinales y parasitarias se encuentran entre las principales causas de muerte en El Salvador.

En el Anexo N° 12 , tenemos las diez primeras causas de notificación de enfermedades transmisibles para los años de 1981 y 1984. Vemos que también las causas más frecuentes de morbilidad en este tipo de enfermedades son el parasitismo intestinal y las infecciones intestinales las cuales ocurren con una frecuencia de 2482.1/100 ,000 habitantes y de 2347.9 por 100,000 habitantes respectivamente.

El paludismo también ocupa un importante cuarto lugar en ambos años. La Organización Panamericana de la Salud (5) considera a El Salvador un área malárica, lo que significa una infestación de prácticamente todo el territorio con los vectores respectivos.

Para 1982 fueron reportados 20 casos por cada 1000 habitantes y 14 en 1984, según la Organización Panamericana de la Salud.

CUADRO N° 7

CASOS NOTIFICADOS DE POLIOMIELITIS AGUDA, SARAMPION Y TETANOS
TASAS POR 100,000 HAB. POR PAIS 1981 - 1984

PAIS	TETANOS				SARAMPION				POLI
	1981	1982	1983	1984	1981	1982	1983	1984	1981
Argentina	0.7	0.6	0.5	0.6	61.8	15.2	24.0	105.5	0.0
Brasil	2.1	2.2	2.1	2.2	45.8	31.0	44.9	59.2	0.1
Costa Rica	0.5	0.7	0.3	7.5	7.5	7.2	1.6	0.4	---
Cuba	0.2	0.2	0.2	0.1	190.3	238.9	33.2	33.2	---
El Salvador	2.5	2.8	1.6	2.2	257.8	73.3	46.0	88.3	1.1
Estados Unidos	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.7	0.6	1.1	0.5
Guatemala	0.9	1.0	1.1	---	45.1	54.5	34.8	39.7	0.6
Honduras	0.6	0.8	0.6	1.1	153.3	61.8	28.5	118.8	0.5
México	0.5	0.4	0.5	0.5	15.6	8.7	4.5	6.7	0.3
Nicaragua								4.1	1.6
Panamá	2.2	1.2	1.2	0.6	216.0	196.4	28.1	17.4	---
Venezuela									0.6

Fuente:

Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1984 Volúmen I

Sin embargo la incidencia real es mucho mayor ya que la automedicación sin consulta médica es la regla en esta enfermedad, por su sintomatología ya conocida.

El dengue, enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes Aegypti*, también se encuentra entre las primeras causas en 1981. Para 1983 la Organización Panamericana de la Salud, considera que el 87.3% del territorio salvadoreño se encuentra infectado con el vector.

Para 1983 se reportaron 3814 casos de dengue. (5).

Las dos causas anteriores acusan el deficiente saneamiento ambiental de El Salvador, ya que los vectores pueden ser combatidos en la etapa larvaria evitando los estancamientos de agua en forma generalizada.

Para 1984 la escabiosis enfermedad que es propiciada por la higiene deficiente y hacinamiento, aparece entre las 10 primeras causas de notificación de enfermedades transmisibles, indicando un empeoramiento de las condiciones de vida.

Entre las causas de morbilidad que merecen mencionarse por su frecuencia en El Salvador, se encuentran algunas enfermedades prevenibles por vacunación como es el caso del tétano, del sarampión y la Poliomiелitis Aguda.

En el cuadro N° 7 comprobamos que El Salvador presenta de las más altas entre los años 1981 a 1984 y en varios países seleccionados, que incluyen el área centroamericana, México, Cuba E.E.U.U. y algunos países Panamericanos. En cuanto al tétano El Salvador no es superado por ningún país en el período comparado, y sólo Guatemala presenta más altas tasas en cuanto a Poliomiелitis Aguda.

También es importante mencionar que la Organización Panamericana de la Salud considera que Brasil, Colombia, El Salvador, México y Perú concentran el 83.7 % de todos los casos de rabia de las Américas. (5).

En 1983 se registraron 21 casos de rabia humana en El Salvador, el tercer lugar en Números absolutos de Brasil (87 casos y México 66 casos), expresando un pobre control sanitario de los servicios de salud.

Las enfermedades venéreas son también una importante causa de morbilidad en El Salvador, estando la sífilis entre las 10 primeras causas de notificación de enfermedades transmisibles. En 1978 se registraron 8,823 casos 5,841 en 1980 y 4,751 en 1982 (10 por 10,000 habt.) de los cuales el 8% fueron sífilis congénita, expresando deficiente control de embarazo (4).

4.10 NUTRICION

Como se observó en el capítulo anterior la ingesta de calorías en El Salvador (de 1806 calorías diarias como promedio) es una de las más bajas en Latinoamérica. La profunda desigualdad existente en los ingresos de los diferentes estratos sociales hace que gran parte de la población tenga serias deficiencias alimentarias, menores que este promedio, lo que afecta principalmente a los niños.

Para 1979 un 75% de la población menor de cinco años adolece de algún grado de desnutrición según el Ministerio de Salud Pública (ver cuadro N° 8. Siendo más afectada el área rural 68% de niños desnutridos. Esto representa un grave problema que repercute en la salud en general y en el aporte futuro de estos niños que pueden verse disminuídos en sus capacidades.

Según la Organización Panamericana de la salud, El Salvador se encuentra entre los países en que la deficiencia de vitamina A es un importante problema de salud pública produciendo daños que pueden llegar hasta la ceguera (5).

CUADRO N° 8

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, SEGUN PESO:

EDAD, (ESTIMACION PARA 1979).

CONDICION NUTRICIONAL	TOTAL DEL PAIS		URBANO		RURAL	
	NUMERO	PORCENTAJES	NUMERO	PORCENTAJES	NUMERO	PORCENTAJES
Normal	208,346	25.1%				
* Desnutridos (todos los grados)	62,721	74.0	200,233	32%	425,488	68.0
Grado I (menos del 10% de peso)	434,353	19.8	52,932	32.2	294,310	67.8
Desnutrido grado II (menos del 40% de peso)	23,242	2.7	7,485	15	19,757	85
Población total menos de cinco años	830.067					

FUENTE: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tomado de:
Salud en El Salvador.....(8)

* Cifras obtenidas por los autores de esta tesis a partir de los otros datos.

La presencia de la desnutrición hace que otras enfermedades como las infecciones aparezcan como causa de mortalidad.

Este es el caso de la tuberculosis que como podemos ver en el Anexo 3 presenta en El Salvador una elevada tasa de mortalidad si la comparamos con Costa Rica, Cuba y Estados Unidos. (5).

La desnutrición en sí como podemos ver en el anexo 13-a es una importante causa de mortalidad en El Salvador, muy superior a la de Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Honduras, Panamá y Venezuela. Esto tomando en cuenta que normalmente la desnutrición no se registra como causa de muerte (5).

4.11 RECURSOS

Los recursos en salud en El Salvador están proporcionados por los sectores:

Público y Privado.

4.11.1 Sector Público

Comprende:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)
- Administración nacional de Telecomunicaciones (ANTEL)
- Ministerio de Defensa. Hospital Militar
- Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria (ISTA)

En este apartado se analizará lo correspondiente al MSPAS con mayor detalle ya que es el destinado a proporcionar cobertura a la mayoría de la población (el 85%) según el Ministerio de Salud Pública.

"Con respecto a la composición social, observamos que las acciones del Ministerio de Salud Pública van orientados a nivel urbano, hacia los sectores marginales y hacia las familias de los empleados con bajos salarios que laboran en la burocracia estatal (hasta 1981 en que son incorporados todos los empleados públicos al régimen del Seguro Social), y en actividades comerciales y a nivel rural hacia las familias de los trabajadores agrícolas.

4.11.2 COBERTURA.

La cobertura de las instituciones de salud de El Salvador en forma comparativa está representada en el cuadro N° 9 con datos para el año de 1979.

4.11.3 Recursos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

A Recursos Físicos.

Los establecimientos de salud con que el Ministerio de Salud cuenta para prestar servicios de la población, los podemos clasificar en seis tipos de acuerdo a su complejidad.

A.1- Hospital:

Es aquel que proporciona la siguiente asistencia:

- Consulta (1)
- Hospitalización
- Asistencia de partos
- Odontología (2)
- Epidemiología
 - a) Reporte epidemiológico
 - b) Vacunación (no en todos)

Educación en Salud

Nota: (1) El hospital (especializado de Neumonía no tiene consulta externa.

(2) El Hospital de Maternidad no tiene clínica dental

A.2 Centro de Salud.

Es el servicio que da la siguiente asistencia:

- Consulta
- - hospitalización
- Asistencia de partos
- Control materno-infantil y preescolares
- Servicio de Odontología

- Epidemiología:

- a) Reporte epidemiológico
- b) Atención de aportes epidémicos
- c) Diagnóstico, tratamiento y control de contactos de enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra, paludismo y otros.
- d) Vacunación
 - Saneamiento Ambiental
 - Educación en salud

A.3- Unidad de Salud.

Es el establecimiento que presta los siguientes servicios:

- Consulta
- Control materno infantil y pre-escolar
- Servicio de Odontología
- Epidemiología
 - a) Reporte epidemiológico
 - b) Atención de brotes epidémicos
 - c) Diagnóstico, tratamiento y control de contactos de enfermedades venéreas, tuberculosis, lepra, paludismo y otros.
 - d) Vacunación
 - Saneamiento Ambiental
 - Educación en Salud
 - No cuenta con camas para hospitalización

A.4 Puesto de Salud.

Iguals funciones que una Unidad de Salud, pero no cuenta con Médico permanente, sino que son visitados una o dos veces por semana, por un equipo formado por Médico, enfermera y en ocasiones por Inspector de Saneamiento y Secretaria, en el puesto permanece una auxiliar de Enfermería.

Se evidencia que gran parte de la población (15%) no está cubierta por ninguna institución de servicios de salud y que la cobertura real del Ministerio de Salud Pública es del 59.6% de la población total (8).

La mayor parte de la población 70% es cubierta por el sector público.

CUADRO N° 9
SISTEMA DE SALUD, SECTORES, SUBSECTORES Y COBERTURA 1979

	COBERTURA	
	REAL	PORCENTAJE
SECTOR PUBLICO	3,086,580	70.0
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	2,627,380	59.6
Instituto Salvadoreño del Seguro Social I.S.S.S.	334,000	7.6
Ministerio de Defensa	40,000	0.9
Administración Nacional de Telecomunicaciones ANTEL	32,000	0.7
Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria I.S.T.A	35,000	0.8
SECTOR PRIVADO	661,410	15.0
Medicina de Beneficencia	20,000	0.5
Medicina de lucro o de libre competencia	641,410	14.0
NINGUN TIPO DE ATENCION	661,410	15.0
TOTALES	4,409,400	100.0

FUENTE: Indicadores Económicos y Sociales, julio-diciembre, 1980

Sistemas de Salud en El Salvador, edición número 1981

Tomado de Salud en El Salvador. Otra razón para el combate popular.(8)

A.5- Puesto Comunitario.

En el establecimiento visitado una o dos veces por semana por un equipo formado por Médico, Auxiliar de Enfermería, Inspector de Saneamiento.

Se da la siguiente asistencia:

- Consulta
 - Atenciones especiales por auxiliar de enfermería (*)
 - Vacunación
 - planificación familiar (*)
 - Saneamiento Ambiental
 - Educación en Salud
- (*) Tratamientos sintomáticos
- (*1) Únicamente distribución de anticonceptivos y condones

A.6- Dispensario de Salud.

Son los establecimientos atendidos únicamente por Auxiliar de Enfermería permanente, proporcionando la siguiente asistencia:

- Vacunación
- Alimentación complementaria
- Atenciones especiales y urgencias
- Educación en salud.

En el cuadro N° 10 se presentan los diferentes establecimientos de salud de El Salvador y su distribución por regiones. Cincuenta de estos establecimientos permanecen cerrados, actualmente por la situación de conflicto.

la región metropolitana posee 5 de los 14 hospitales todos de especialidades:

CUADRO N° 10

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE EL SALVADOR 1985 Y DISTRIBUCION REGIONAL

CONCEPTO	TOTAL		REGIONES DE SALUD					
	N°	%	OCCIDENTAL		CENTRAL		METROP.	
			N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	342	100.0	67	19.6	63	18.4	42	12.3
Hospitales	14	100.0	3	21.4	2	14.3	5	35.7
Centros de Salud	12	100.0	2	16.7	1	8.3	1	8.3
Unidades de Salud	100	100.0	21	21.0	14	14.0	23	23.0
Puestos de Salud	174	100.0	31	17.8	391	22.4	4	2.3
Puestos Comunitarios	33	100.0	10	30.3	7	21.2	6	18.2
Dispensarios de Salud	9	100.0	--	--	--	--	3	33.3

Tomado de Memorias 85-86 Ministerio de Salud Pública.

H. de Pediatría
H. de Ginecología y obstetricia
H. Médico Quirúrgico
H. de Psiquiatría
H. Neumológico.

Los hospitales con que cuentan las demás regiones son generales. En la región metropolitana se encuentra también un centro de salud y 23 unidades de salud.

Existen 12 centros de salud 100 unidades de salud 174 puestos de salud, 33 puestos comunitarios y 9 dispensarios de salud. La Región oriental es la que tiene más establecimientos de menor complejidad que están orientados a la atención de poblaciones rurales. En esta región 27 de estos establecimientos permanecen cerrados actualmente: 5 unidades de salud, 18 puestos de salud, 2 puestos comunitarios y 2 dispensarios, lo cual está en relación a la intensidad con que se vive el actual conflicto en dicha región siendo los departamentos de Usulután y Morazán los más afectados.

En la región Central, donde se encuentra el depto de Chalatenango, también muy conflictivo, 16 establecimientos han sido cerrados: 15 Puestos de Salud y un puesto comunitario.

En la región Paracentral 4 puestos de salud han sido cerrados. mientras que en la Región occidental se han cerrado 3 puestos comunitarios y ninguno en la Metropolitana, haciendo evidente la situación conflictiva del país más intensa en algunos departamentos.

CUADRO N° 11

DISTRIBUCION DE PLAZAS SEGUN PROFESIONES POR REGIONES

1985

PERSONAL	OCCIDENTA		CENTRAL		METROP.		PARACENT.		ORIENTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Médico	303	18.3	158	9.8	661	41.0	163	10.1	246	19.2
Odontología	34	18.3	19	10.2	71	38.2	22	11.8	33	17.7
Enfermeras	789	18.6	384	8.9	1514	35.3	473	11.0	815	19.0
Inspectores de Saneamiento	67	18.7	52	14.5	84	23.4	56	15.6	93	25.9
Personal administrativo	139	10.1	76	5.5	354	25.8	95	6.9	190	13.8
Personal obrero y de Servicio	626	16.2	291	7.5	1483	38.4	405	10.5	673	17.4

Porcentaje de plazas en las regiones con respecto al total de plazas del MSPAS.

Tomado de Memorias 85-86 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

B Recursos Humanos.

En el cuadro N° 11, se presentan los recursos humanos por región de salud, según plazas del ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MPAS). La región metropolitana es la que concentra la mayoría de recursos humanos.

Así por ejemplo en todo el país existe 1 médico por cada 3000 habitantes, de acuerdo a plazas del mismo ministerio. Sin embargo hay 1 médico por cada 2 mil habitantes en la región Metropolitana y uno por cada 5000 habitantes en las regiones Oriental y paracentral. Estos últimos son precisamente los de menor desarrollo económico y Social.

En la región Central y Occidental, hay 1 médico por cada 4000 habitantes y uno por cada 3000 respectivamente lo que coincide con su grado comparativo de desarrollo regional.

En cuanto a recursos humanos también existen 769 parteras adiestradas, 248 Ayudantes Rurales de Salud y 2563 colaboradores Voluntarios que son formados a partir de las mismas comunidades a las que sirven; rurales en su mayoría, predominando por lo tanto en la región oriental y en la paracentral las cuales tienen los índices de ruralidad más elevados.

C Recursos Financieros.

La participación del valor en el presupuesto del ramo de Salud, ha presentado una tendencia al descenso y cuyas menores cifras se tuvieron en 1984. (ver cuadro N° 12). Para 1978 fué de 10.7% y para 1984 sólo del 7.0%.

Otro tanto sucede en relación al presupuesto con el Producto Territorial Bruto PTB. En 1978 el presupuesto de salud era del 1.9% del PTB., llegando hasta 2.0% del PTB en 1980. Cifras todavía muy bajas si las comparamos con estudios hechos en varios países en que el mínimo es de 2.5%

A esto agregamos el proceso de deflación, (ver cuadro N° 9) podemos concluir que el valor real al presupuesto de salud con relación a 1978 representa una disminución casi del 30% de lo que reespecta a dicho año.

para 1985 tomando en cuenta la deflación, para dicho año el porcentaje de disminución llega a ser del 62.5%.

Esto no es más que el reflejo de la orientación de la política del actual gobierno salvadoreño para el cual el rubro más importante lo constituye la contrainsurgencia, quedando relegado el sector social que forman los ramos de Educación y Salud. Esto se evidencia con la disminución del porcentaje en el gasto correspondiente.

la disminución real del presupuesto es representativo de pérdida de poder adquisitivo del colón en una economía en crisis. El presupuesto del sector salud debe ser complementado con financiamiento externo como AID y BID.

4.11.2 Instituto del Seguro Social Salvadoreño

Es una institución autónoma con financiamiento tripartito. Patrono, Estado y Trabajador, aunque en la práctica quien lo sostiene es éste último, ya que el estado es siempre deudor del ISSS y el patrono puede recuperar lo invertido por varios medios:

El alza de precios a sus productos, menos salario (8).

CUADRO N° 12

EVALUACION DEL PRESUPUESTO EN SALUD 1978-1985
 PRESUPUESTO (en miles de colones) PORCENTAJE DEL VALOR GLOBAL, DEL PTB

1978	143,279	10.7 %	1.9 *'
1970	143,279	9.7	1.7 *'
1980	178,436	10.8	2.1 *'
1981	167,026	8.7	2.0 *'
1982	165,677	8.5	1.8
1983	170,396	9.2	1.8
1984	191,551	7.0	1.7
1985*	194,292	7.99 %	1.4

FUENTE: Elaboración propia con datos de Indicadores

Económicos y Sociales. Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social Enero-Dic/84

* Valor aproximado tomado del Boletín de Análisis e información Estados Unidos Centroamérica.

Centro de Investigación y Acción Social -CINAS-
 Marzo-Junio de 1986.

*' Datos tomados de Caballero Martínez y Osegueda Chávez.. (7)

El ISSS proporciona cobertura al 13% de la población económicamente activa para el año de 1984 , sus régimen de salud contempla

Atención en riesgos comunes profesionales y maternidad, al trabajador y a su cónyuge desde 1981. Anteriormente a este año los beneficiarios sólo tenían cubierto el riesgo maternidad.

El ISSS también cubre riesgos de invalidez, vejez y muerte al trabajador.

El ISSS consta de 6 hospitales, tres de ellos en San Salvador (Hospital General, H. Neumológico y H. Psiquiátrico) y uno en cada una de las cabeceras de los departamentos de Santa Ana, San Miguel y Sonsonate.

Los recursos financieros del ISSS para 1984 fueron de 195, 778.1 miles.

Otros sectores del sector público no se analizarán, porque cada uno proporciona una cobertura muy pequeña en relación a la población total. No se tiene mayor información del sector privado.

NOTA: Los datos de morbilidad proceden de las instituciones del Sector Público.

BIBLIOGRAFIA DEL CAPITULO ANALISIS DE LA SITUACION ACTUAL DE SALUD EN
EL SALVADOR.

- (1) Informes Económicos y Sociales, 1970-1980, El Salvador
Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social (MIPLAN).
- (2) Memorias 85-86 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- (3) Indicadores Económicos y Sociales. Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social Enero-Dic de 1984.
- (4) Salud Pública en Cifras Anuario N° 15, 1982
- (5) Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985
- (6) Castillo Montalvo Rolando. La salud en Guatemala Cuadernos N° 2 de Ciencias y Tecnología para Guatemala CITGUA Año 1, Octubre 1984.
- (7) Caballero Martínez y Osegueda Chávez "La Crisis Coyuntural 1979-1982 y su influencia sobre salud, Tesis de grado para Lic en Economía, Universidad Centroamericana" Sres. Simeón Cañas: El Salvador Diciembre de 1983.
- (8) Salud en El Salvador, otra razón para el combate.
Asociación General de Estudiantes Universitarios Salvadoreños
AGEUS.

CAPITULO V

FORMULACION DE LINEAMIENTOS DE POLITICA SANITARIA**5.1 INTRODUCCION**

En este apartado formularemos los lineamientos generales que debe contener la Política Sanitaria partiendo de los planteamientos de la Propuesta de Integración y Plataforma del Gobierno de Amplia Participación.

A fin de llegar a lo anterior hemos tomado en cuenta: el marco referencial del proceso social salvadoreño; el análisis de las condiciones de vida, de trabajo y de salud de la población; algunas experiencias en otros países y el plan de salud para todos en el año 2000, con las estrategias regionales acordadas.

En tal sentido, primeramente hacemos una síntesis de las consideraciones principales en relación a las condiciones de vida, de trabajo y de salud con el objeto de que nos sirvan como referentes para la elaboración de los lineamientos.

5.2 CONSIDERACIONES PREVIAS**5.2.1 CONSIDERACIONES GENERALES.**

En cuanto a las condiciones generales de vida y de trabajo se pueden mencionar los siguientes considerandos:

1- La crisis de la economía salvadoreña intensificada a partir de 1979, en donde los sectores más afectados en su orden fueron: el comercial, agrícola e industrial.

2- El presupuesto de la nación en el período 1971 a 1985, ha sido desfavorable para que el estado pudiera dedicar el financiamiento necesario a los gastos sociales, debido al aumento en los costos directos e indirectos que se invierten en relación al desarrollo y profundización de la guerra civil. En este sentido el presupuesto de defensa para 1986 se triplicó, mientras que el de salud disminuyó

25% y el de educación bajó en 33%.

- 3- La inflación anual progresiva, ocasionó un incremento de precios al consumidor hasta de 114.7%, en el período analizado (hasta 1984), lo cual produjo disminución del poder adquisitivo hasta casi la mitad en los últimos 5 años, reduciendo de esa manera la capacidad para satisfacer las necesidades básicas.
- 4- Que el 20% más pobre recibe un 2% del ingreso nacional, mientras que el 20% más rico recibe el 66%, lo que representa la alta concentración de la riqueza en una minoría.
- 5- La población económicamente activa como un poco más de la población total, dedicada principalmente a la agricultura, ubicada mayormente en el área rural y en relación a la PEA urbana concentrada en tres ciudades principalmente.
- 6- La existencia desigual en la distribución del ingreso nacional y de los salarios que conlleva a niveles desiguales de consumo.
- 7- Que el 68% de la población viven en estado de pobreza, ubicados más del 50% en el área rural.
- 8- La desigual ingesta alimenticia que produce deficiencias nutricionales en la mayoría de la población; de tal manera que la ingesta calórica promedio es de 1,806 una de las más bajas de América Latina.
- 9- Que más del 50% de la población carece de vivienda adecuada y que el área rural es la más afectada.

- 10- Que en materia de saneamiento, casi la mitad de la población carece de agua, donde el área rural en general y algunos departamentos son los más afectados.
- 11- Que en lo referido a la educación los estratos sociales más pobres son los menos beneficiados con la educación, de tal manera que el analfabetismo que es de 51%, sea más acentuado en el área rural y en mujeres.
- 12- Que la violencia política, como evidencia del conflicto civil ha producido más de 56,000 muertos y una innumerable violación de los derechos individuales.
- 13- Que la migración de la población (tanto interna como externa), tiene sus causas en factores socioeconómicos históricos y coyunturales que se han agudizado por la violencia política y han producido medio millón de desplazados y más de medio millón de refugiados en diferentes países.
- 14- Los daños en la población y en la infraestructura física producidos por el terremoto de 1986.

5.2.2 CONSIDERACIONES DE SALUD.

En torno a la salud de la población salvadoreña mencionamos los siguientes considerando:

- 1- En el aspecto demográfico existe:
 - a) Densidad demográfica alta de 226 h/Km^2 , con población predominantemente rural y concentración poblacional en las principales ciudades, San Salvador, Santa Ana y San Miguel.
 - b) Composición etárea de la población con predominio joven (promedio 16 años)

- c) Natalidad y fecundidad que lo sitúa entre las más altas de América Latina 130.2/1000 htb. y 162 por 1000 nacidos vivos respectivamente. El índice de embarazos en la adolescencia es elevado 116.3 por 1000 nacidos vivos.
- 2- Con respecto a la esperanza de vida al nacer del salvadoreño esta es de 64.8 mientras que la meta mínima del Plan Salud para todos en el año 2000 es de 70.
- 3- La mortalidad general está causada principalmente por enfermedades infecciosas y parasitarias, y violencia que principalmente toma la forma de represión.

La mortalidad perinatal es la principal causa de muerte para 1984.

- En menores de cinco años la mortalidad es elevada: Mortalidad Infantil de 35.1 por mil nacidos vivos y mortalidad en menores de 5 años de 20/1000 hbt. por causas de muerte principales en este grupo etario también son infecciosas y parasitarias.
 - La mortalidad materna también es elevada 7.4 por 10,000 nacidos vivos y se encuentran entre las primeras 5 causas de mortalidad en la edad productiva.
 - La mortalidad por rama de actividad económica es mayor en los trabajadores agrícolas .
- 4- Las causas de morbilidad de la población salvadoreña son principalmente infecciosas y parasitarias:

Infecciones intestinales, parasitismo intestinal, dengue, paludismo escabiosis, enfermedades venéreas.. El Salvador

es considerado área malárica y el 87.5 de su territorio está infestado con el vector del dengue.

Las enfermedades vacunables sarampión, tétano y poliomielitis son una importante causa de morbilidad en El Salvador. Las tasas correspondientes son de las más altas de América Latina: 2.2 por 100,000 habitantes, 88.3/100,000 hbt. y 0.4/100,000 hbt. respectivamente.

5- En cuanto a estado nutricional, el 75% de los menores de 5 años en El Salvador presenta desnutrición en algún grado y la deficiencia de vitamina A es un importante problema de salud pública en El Salvador.

6- El sistema de salud de El Salvador deja sin cobertura a un 15% de la población total. Porcentaje que ha aumentado por el cierre de establecimientos en zonas conflictivas del país. La población rural es la más afectada.

- Los recursos físicos y humanos están concentrados en el área metropolitana principalmente.

7- El presupuesto asignado al ramo salud representa un mínimo porcentaje del PTB.

El gasto per cápita en salud en El Salvador es de 8.72 (en USD de 1982). El más bajo de los países que reportaron a la OPS en 1984.

8- La crisis económica, política y social, condicionan el perfil patológica de la población, en diferencias por áreas urbanas y rurales, entre regímenes de salud e incluso en los recursos en la asignación presupuestaria, ya que la mayor parte del gasto nacional corresponde a la defensa.

5.3 PROPUESTA DE LINEAMIENTOS DE LA POLITICA SANITARIA PARA UN GOBIERNO DE AMPLIA PARTICIPACION

5.3.1 PRINCIPIOS

Para formular los principales lineamientos de la Política Sanitaria de un gobierno de Ampla Participación, partimos de los siguientes principios:

1- La salud es un derecho de todos los individuos que debe ser garantizada por el Estado.

En este sentido, teniendo en cuenta la desigualdad social de la población salvadoreña en diferentes aspectos y tomando la salud como un derecho universalmente reconocido, se considera como responsabilidad del Estado asegurar los servicios de salud necesarios a todos los habitantes del país sin distinción de ningún tipo.

2- Planificación de las actividades de salud mediante un proceso continuo que se traduzca en planes a largo, mediano y corto plazo.

En relación a este principio y para la consecución de los fines de la política Sanitaria del GAP, se requiere de un conjunto de actividades que constituyan los programas básicos de salud, con normas generales establecidas en el nivel central y que son comunes para todas las instituciones. De igual manera la normatividad para el cumplimiento de los objetivos específicos para cada lugar, deben ser establecidos en el nivel local.

3- Procurar la mayor accesibilidad de la población a los servicios de salud.

La accesibilidad debe ser considerada desde el punto de vista geográfico, económico, cultural y político. Se logra en la medida en que se alcanza una cobertura completa de los servicios de salud distribuidos racionalmente.

4- Los servicios de Salud deben tener un carácter integral.

Entendiéndose como tal las acciones de salud dirigidas tanto al individuo enfermo, como al sano y al medio ambiente.

Debe incluir acciones de promoción, protección, educación sanitaria, que estén integradas en programas básicos de salud.

5- La realización de las actividades de salud deben ser en equipo.

Se considera adecuada la integración de colectivos multidisciplinarios, que desarrollen su labor en forma cooperativa, con unidad de propósitos, objetivos comunes definidos y por medio de acciones interdisciplinarias.

6- La participación de la comunidad es de vital importancia en las actividades del sistema de salud.

La intervención de la población a través de sus diferentes organizaciones nacionales, regionales, locales, gremiales etc., debe ser con participación activa en los diferentes niveles de salud, para tomar parte en las decisiones, planificación y ejecución de las actividades.

5.3.2 LINEAMIENTOS:

En base a los anteriores principios, se consideran como lineamientos principales para la Política Sanitaria del G.A.P, los siguientes:

1 ^a Considerando, que con el sistema de salud implementado por el actual régimen gubernamental no se ha dado las respuestas satisfactorias de solución para el perfil patológico de la población salvadoreña, se propone:

1 "Establecer un Sistema Nacional Unico de Salud, como instrumento que esté dispuesto para toda la población sin distinción de ningún tipo; con el objeto de contribuir al desarrollo integral del individuo y la sociedad!"

El Sistema Nacional Único de Salud que proponemos tendrá las siguientes implicaciones:

- 1.1) Fusión de todas las instituciones de salud comprendidas en el sector público: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Ministerio de Defensa, la Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL), el Instituto Salvadoreño de Transformación Agraria y el Instituto del Seguro Social Salvadoreño (ISSS).
- 1.2) El establecimiento de una Dirección única y centralizada.
- 1.3) La pérdida de la autonomía de cada una de las instituciones que se fusionan, acordes a un proceso, en un tiempo determinado
- 1.4) Unificación en el financiamiento de las instituciones con recursos del Estado.

2 ^a Considerando que en El Salvador la planificación en el sector salud ha sido particularizada en cada una de las instituciones de salud; con la creación del Sistema nacional Unico de Salud

se propone como lineamiento:

- 2) "Desarrollar la planificación como elemento esencial para la formulación de las acciones de salud".

Para el cumplimiento de este lineamiento se deben de llevar a cabo los siguientes pasos:

- 2.1) Creación de un organismo de planificación, dentro del sector salud.
- 2.2) Reglamentar normas de recursos humanos.
- 2.3) Formular programas de salud en base a las necesidades y a los recursos existentes.
- 2.4) Establecimiento de normas de atención médica.
- 2.5) Creación de un sistema de control de la red de servicios de salud.
- 2.6) Organizar la red de información de estadísticas de salud.

3 ^a Considerando, las deficiencias del sistema de salud en El Salvador en relación a su organización, proponemos como lineamiento:

- 3) "Llevar a cabo una verdadera estructuración del ministerio de Salud, teniendo como elemento básico , la regionalización, que permita una adecuada centralización normativa y descentralización ejecutiva de las actividades de salud".

Los servicios de salud se harán accesibles a toda la población por por medio de la regionalización e impulso de unidades más simples de atención que apliquen los programas prioritarios.

La regionalización se entiende primero como una planificación y administración según las necesidades y recursos de cada región; reconociendo la actual dimensión en regímenes de salud pero aplicando los principios básicos y normas dictadas a nivel central.

En el sistema Unico Nacional de Salud habrá una organización piramidal en cuya base estén las unidades más simples y en el vértice la dirección del Ministerio de Salud, facilitando de esa manera un adecuado sistema de referencias, que garantice a la población una atención integral en los tres niveles de atención haciendo llegar a las unidades más simples los programas prioritarios a la madre y al niño, al trabajador del campo, etc.

Para ello se reforzarán recursos en toda la red.

Posteriormente se organizarán y asignarán recursos o manera de que en cada región se cuente con atención en 1º 2º y 3er nivel para los padecimientos más comunes y en cuanto a grupos prioritarios.

La unidad más simple corresponderá al municipio que tendrá a su

cargo la prestación de los servicios no personales: saneamiento ambiental, educación para la salud y vigilancia epidemiológica, por medio de las alcaldías municipales en coordinación con el servicio más complejo del municipio correspondiente.

Otros programas como son materno infantiles, nutricionales, vacunación, etc., serán llevados a cabo por el servicio de salud del municipio.

4.2 Considerando:

- La elevada mortalidad en niños menores de 5 años en El Salvador, mayor que la registrada dadas las características de subregistros en este rubro.
- La existencia importante de mortalidad materna.
- La mortalidad perinatal como causa más frecuente de muerte según información de 1984.
- Que en el binomio madre-niño se encuentra la fuente de la reproducción de toda la sociedad.
- La elevada natalidad y fecundidad.
- La existencia de huérfanos que ha generado la violencia.

- Que los trabajadores son los generadores de riqueza nacional, en especial los agrícolas ya que la economía de El Salvador se fundamenta en la agricultura.
- La existencia de grupos de población que viv en en condiciones de marginación en áreas urbanas, situación agravada por los desplazados que huyen de la violencia en zonas rurales.
- La recomendación de establecimientos de grupos prioritarios de la estrategia Salud para Todos en el Año 2000.

Se establece el siguiente lineamiento:

4 "Los grupos de atención orioritaria de la Política de Salud son el materno infantil, el grupo de los trabajadores especialmente el agrícola y la población marginada del área urbana.

5 ^a Considerando:

- La marginación del área rural en cuanto a los aspectos de salud, vivienda, educación, saneamiento ambiental, etc.
- El predominio de población en el área rural.
- La economía de El Salvador fundamentada en la agricultura
- El retorno de desplazados a sus lugares de origen, en el área rural al presentarse condiciones para ello, con la implementación del gobierno de Amplia Participación.

Se establece el siguiente lineamiento:

5 "La población de las áreas rurales es prioritaria para la Política Sanitaria".

6 ^a Considerando:

- Que en el perfil patológico de la población salvadoreña, una importante causa de morbilidad son las infecciones intestinales y parasitismo.
- Que casi el 50% de la población carece de servicio de agua potable (incluyendo domiciliar y pública).
- Que casi el 50% de la población carece de servicios adecuados de eliminación de excretas.
- La elevada morbilidad en enfermedades prevenibles por vacuna.
- Que la desnutrición de los niños menores de cinco años se considera del 75%.
- La elevada morbilidad por accidentes y violencia con riesgo de invalidez.
- La elevada mortalidad por accidentes.
- La alta incidencia de paludismo en las distintas regiones del territorio nacional.

Se establece como lineamiento:

6- Formular y realizar los siguientes programas a fin de combatir las enfermedades más comunes:

1- En medicina Preventiva de Saneamiento Ambiental que comprenda:

- a) Aplicación de los servicios de agua potable.
- b) Ampliación de los servicios de disposición de excretas.
- c) Control de vectores.
- Protección y promoción de la salud ambiental.
- Prevención de accidentes laborales.
- Vacunación contra:
 - Sarampión,
 - Poliomielitis.
 - Tuberculosis
 - Tétano
- Control y erradicación de la Malaria

2- En atención médica

- Control de la desnutrición
- Establecer unidades de rehabilitación
- Atención de los trabajadores en accidentes y enfermedades laborales

- Tratamiento supervisado de la Tuberculosis

3- En rehabilitación:

- Tratamiento de la invalidez y sus secuelas

4- Generales:

- Educación para la salud y salud mental

7 ^a Considerando, que para la implementación de los programas y actividades de la política sanitaria del G.A.P. es necesaria la formación de recursos humanos, proponemos como lineamiento:

7 "La formación de recursos humanos acorde con la Política Sanitaria del G.A.P. para la cual debe formularse:

- Un plan de formación de recursos humanos de diferentes niveles y en el que participen el Ministerio de Salud, la Universidad de El Salvador, los colegios de profesionales, el Ministerio de Educación, sindicatos y otras organizaciones gremiales.

Dentro del anterior plan de debe privilegiarse la formación de brigadistas sanitarios para extender la cobertura de la atención sanitaria.

8 ^a Proponemos el siguiente lineamiento:

8 "Redefinición de los vínculos del Estado con el exterior, en lo que concierne a la declaración de independencia y soberanía en

relación a medidas técnicas y económicas del sector salud. En este sentido se incluye el establecer una política con respecto a los medicamentos.

9 2 Considerando, la poca participación de la población en las actividades de salud en El Salvador y teniendo en cuenta lo propuesto al respecto en el Plan de Salud para todos en el año 2000 proponemos el siguiente lineamiento:

9 "La participación popular en salud debe darse como un proceso de autogestión en el sector".

Esto con la participación en la generación, planeación, toma de decisiones y ejecución de las diferentes acciones de salud, por medio de las diferentes organizaciones de la población a fin de hacerla más democrática.

La participación popular se hará efectiva mediante las organizaciones ya existentes: organizaciones de mujeres, organizaciones comunales incluyendo las de la Iglesia y sindicatos.

Por último, en la implementación de los diferentes programas se tomará en cuenta los avances logrados en salud, por parte de las organizaciones populares en zonas rurales de El Salvador, en cuanto a formación de recursos, consideración de conocimientos populares en salud, organización, etc.

relación a medidas técnicas y económicas del sector salud. En este sentido se incluye el establecer una política con respecto a los medicamentos.

- 9 2 Considerando, la poca participación de la población en las actividades de salud en El Salvador y teniendo en cuenta lo propuesto al respecto en el Plan de Salud para todos en el año 2000 proponemos el siguiente lineamiento:

9 "La participación popular en salud debe darse como un proceso de autogestión en el sector".

Esto con la participación en la generación, planeación, toma de decisiones y ejecución de las diferentes acciones de salud, por medio de las diferentes organizaciones de la población a fin de hacerla más democrática.

La participación popular se hará efectiva mediante las organizaciones ya existentes: organizaciones de mujeres, organizaciones comunales incluyendo las de la Iglesia y sindicatos.

Por último, en la implementación de los diferentes programas se tomará en cuenta los avances logrados en salud por parte de las organizaciones populares en zonas rurales de El Salvador, en cuanto a formación de recursos, consideración de conocimientos populares en salud, organización, etc.

ANEXOS DEL CAPITULO III

A N E X O 1

EL SALVADOR

PRODUCTO TERRITORIAL BRUTO A PRECIOS DE MERCADO (1971 a 1978)
(Millones de Colones 1 colón = 0.40 dólares)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Agropecuario	724.8	723.5	728.1	922.4	999.0	1028.2	1614.4	2374.1	2048.1
Minerías y Canteras	4.2	4.3	4.4	5.6	7.3	7.4	7.8	8.1	8.1
Industria	484.6	519.2	562.6	610.5	706.6	813.3	932.6	1046.6	1024.6
Construcción	72.4	79.2	102.1	104.0	146.4	219.4	216.3	327.3	319.4
Electricidad, agua y serv. Sanitarios	38.8	40.3	43.1	48.5	54.3	56.6	89.5	106.5	131.1
Transporte, almacén y comunicaciones	128.3	131.6	139.6	146.4	173.4	187.6	211.1	242.9	291.1
Comercio	543.3	587.1	643.8	741.9	964.6	1112.1	1411.7	1600.9	1935.1
Financiero	57.5	62.1	65.5	85.1	103.9	128.2	156.9	234.4	259.1
Prop. vivienda	94.9	100.3	106.9	117.9	142.2	171.9	192.2	277.0	284.1
Admon Pública	200.2	219.0	238.6	278.6	338.1	383.8	485.7	570.7	718.1
Serv. personales	215.5	230.8	247.2	270.5	307.7	351.2	387.7	428.5	489.1
PTB	2564.6	2697.6	2881.9	3331.4	3943.6	4477.7	5705.9	7217.0	7692.1

FUENTE: Banco Central de Reserva

Tomado de...(1) Capítulo,3

A N E X O 2

EL SALVADOR

PRODUCTO TERRITORIAL BRUTO A PRECIOS DE MERCADO (1979 a 1985

(Millones de Colones)

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Agropecuario	2508.2	2480.2	2105.9	2075.4	2067.9	2292.2	2614.4
Minería y Canteras	9.5	11.3	12.5	13.6	15.2	17.7	21.0
Industria	1337.6	1339.4	1359.1	1381.8	1524.9	1786.5	2195.8
Construcción	336.8	305.9	284.2	300.5	341.7	371.5	475.8
Electricidad, agua y serv. sanitarios	167.2	189.1	191.6	191.7	210.2	278.7	339.8
Transporte, almacén y comunicaciones	291.9	313.5	328.2	343.7	400.1	482.9	605.5
Comercio	2005.5	2,037.7	2027.6	2120.9	2357.0	2747.4	3918.1
Financiero	286.2	301.9	295.2	309.7	355.4	421.9	481.2
Prop. vivienda	318.3	383.9	411.8	435.4	473.3	606.9	716.4
Admon Pública	783.7	916.4	943.5	1049.7	1117.1	1191.0	1395.8
Serv. perso- nales	562.4	637.2	686.7	743.7	823.1	919.7	1252.5
PTB	8607.3	8916.6	8646.5	8966.2	9618.9	11116.4	14015.9

FUENTE: Banco Central de Reserva

Tomado de...(1)

A N E X O N º 3
TASAS DE CRECIMIENTO DEL PTB A PRECIOS CORRIENTES

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Café	-5.7	0.2	30.9	18.1	-32.2	213.6	67.8	-32.0	48.0	-6.3	
Agropecuaria	-0.2	2.3	26.7	8.3	2.9	57.0	44.3	-13.7	22.4	-1.1	-15.1
Minería y Canteras	2.7	3.7	26.9	29.4	2.2	5.0	3.5	5.2	12.6	18.4	10.6
Industria	7.1	6.0	8.5	15.7	17.7	12.2	12.2	15.1	11.0	0.1	1.5
Construcción	9.5	25.3	1.9	40.8	49.8	- 1.4	51.3	-2.3	5.3	- 9.2	- 7.1
Electricidad, agua y serv sanitarios	3.8	9.6	12.6	12.0	4.2	58.0	19.0	23.4	27.1	13.1	1.3
Transporte, almacén y comunicación	2.6	5.8	4.9	18.4	8.2	12.6	15.0	19.8	0.3	7.4	4.7
Comercio	8.1	10.3	15.2	30.0	15.3	26.6	13.1	20.9	3.6	1.6	- 0.5
Financiero	8.1	13.3	29.9	22.1	23.3	22.4	49.8	10.7	10.3	5.5	- 2.2
Pro vivienda	5.8	9.5	10.3	20.6	20.9	11.8	18.1	25.5	11.7	20.6	3
Adm Pública	9.4	8.8	16.7	21.4	13.5	26.5	17.5	25.9	9.1	16.9	3.0
S. personales	7.1	6.7	9.4	13.8	10.4	10.4	10.5	14.2	14.9	13.3	7.8
PTB	5.2	7.1	15.6	18.4	13.5	27.4	24.8	7.3	11.9	3.6	- 3.0

FUENTE: Banco Central de Reserva.

Tomado de: J. Fco Lazo (1)

CIFRAS ABSOLUTAS DEL COMERCIO TOTAL, POR GRUPOS DE DEPARTAMENTO SEGUN ORDEN DE

GRUPOS	N° de Establecimientos	Personal	Ocupado	Remunera- ciones Pa- gadas	Formación Bruta de Capital Fijo *	Cuentas a Cobrar *	Ventas Ingres
		TOTAL	Remunerado				
<u>GRUPO 1</u>	911	23.487	22.644	173.783	45.289	531.660	2.731.9
San Salvador	911	23.487	22.644	173.783	45.289	531.660	2.731.9
<u>GRUPO 2</u>	285	4.111	3.639	20.336	7.942	75.559	477.1
Santa Ana	147	1.823	1.567	6.751	1.996	18.219	138.9
San Miguel	93	1.334	1.187	5.443	2.332	44.071	130.8
La Libertad	45	954	885	8.142	3.614	13.269	207.4
<u>GRUPO 3</u>	119	1.143	962	3.963	1.214	7.872	167.0
Sonsonate	40	450	382	1.444	162	6	33.8
Usulután	36	319	268	934	155	5.236	38.6
Ahuachapán	24	202	166	887	459	239	80.9
La Paz	19	172	146	698	438	2.391	13.5
<u>GRUPO 4</u>	34	284	217	752	214	273	23.1
Cuscatlán	8	68	54	171	---	---	3.6
San Vicente	8	49	36	92	16	50	2.5
La Unión	6	80	75	296	68	196	13.4
Cabañas	5	33	16	66	130	25	7
Morazán	4	29	19	72	---	2	1.4
Chalatenango	3	25	17	55	---	---	1.2
TOTAL	1.349	29.025	27.462	198.834	54.659	615.364	3.399.3

FUENTE: Ministerio de Economía, DIGESTYC, Censos Económicos, 1979, Tomo III. (10)

* : Cifras en miles de colones.

A N E X O 5

DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE LA ACTIVIDAD MANUFACTURERA POR DEPARTAMENTO
(En Cifras Absolutas)

DEPARTAMENTO	Nº. de Estable- cimientos	Personal Ocupado Total	Personal Ocupado Remunerado	Remu F
Ahuachapán	13	362	345	
Santa Ana	127	3.714	3.535	
Sonsonate	26	1.085	1.052	
Chalatenango	5	41	36	
La Libertad	91	4.244	4.167	
San Salvador	741	45.390	44.610	2
Cuscatlán	10	74	48	
La Paz	10	132	110	
Cabañas	7	67	52	
San Vicente	7	96	90	
Usulután	23	757	718	
San Miguel	58	2.254	2.165	
Morazán	7	78	67	
La Unión	3	24	21	
TOTAL	1.128	58.318	57.016	3

Fuente: Ministerio de Economía, DIGESTYC, Censos Económicos 1979, Tomo I. (10)

COSTO DE LA DIETA RECOMENDADA SEMANAL POR FAMILIAS*
URBANA 1976/1977

ALIMENTOS	UNIDADES	LIBRAS	PRECIO UNITARIO	COSTO
Tortillas	252	9.12	0.025	6.30
Frijoles		5.55	0.58	3.22
Arroz		6.40	0.55	3.52
Hortalizas (1)		14.73		6.57
Frutas (2)		7.81		3.34
Azúcar		4.87	0.40	1.95
Aceite	2.69 Bot.	4.04	1.50	4.03
Carne		0.71	2.20	1.56
Leche	6.18 Bot.	10.08	0.52	3.21
Huevo	22	2.25	0.15	3.30
TOTAL				¢ 37.00

* Incluye 4.84 miembros por familia

1. Incluye 12 tipos de hortalizas

2. Naranjas, guineos, mangos, aguacates, jocotes, nances

FUENTE: Encuesta de Ingresos y Gastos Familiares 1976-77

Tomado de Brizuela de Alemán, Carmen Elena "La Función consumo y vital" Tesis de Grado, UCA (18)

COSTO SEMANAL DE ALIMENTOS "GRATIFICANTES"
PARA LA FAMILIA URBANA 1976/1977

ALIMENTOS	CANTIDAD A CONSUMIR	COSTO POR UNIDAD	COSTO
Café	4.84 T	0.05	0.24
Queso fresco	1.Lbr	1.35	1.35
Pan francés	15 U	0.05	0.75
Pan dulce	10 U	0.10	1.00
Gaseosas	5 U	0.20	1.00
Macarrones	2 Lb	1.40	0.70
Plátanos		0.16	0.80
Pollo		1.60	3.20
Otros (salsa, mostaza, pimienta, etc).			1.00
TOTAL			¢9.04

T: TAZA; U = Unidades

FUENTE: Encuesta de ingresos y gastos familiares 1976-1977
Tomado de Brizuela Alemán, Carmen Elena. (18)

ANEXO 8

COSTO DE LA DIETA RECOMENDADA SEMANAL POR FAMILIA *

rural 1976/1977

ALIMENTOS	UNIDADES	LIBRAS	PRECIO UNITARIO	COSTO
Tortillas	305	11.06	0.16	1.77
Frijoles		6.73	0.48	3.23
Arroz		7.73	0.55	4.27
Hortalizas (1)		17.86		6.23
Frutas (2)		9.47		3.21
Azúcar		5.91	0.40	2.36
Aceite	3.26 Bt	4.89	1.50	4.89
Carne		0.87	2.20	1.91
Leche	7.5 Bt	12.22	0.52	3.90
Huevo	24.4 U	2.86	0.15	3.96
TOTAL				¢ 35.73

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE PRESUPUESTOS FAMILIARES 1976-1977. TOMADO DE "y el consumo y el minimun vital". Tesis de Grado. Brizuela de Alemá

* Incluye 5.87 miembros

1 Incluye 13 tipos de hortalizas

2 Naranjas, guineos, mangos, aguacates, jocotes, nances. (17)

COSTOS DE ALIMENTOS "GRATIFICANTES"
PARA LA FAMILIA RURAL 1976/1977

ALIMENTOS	CANTIDAD A CONSUMIR	CANTIDAD POR UNIDAD	COSTO
Café	5.87 T	0.05	0.29
Queso fresco	1.2 Lbr	1.35	1.62
Pan francés	18 U.	0.05	0.90
Pan dulce	12 U	0.10	1.20
Gaseosas	6 U	0.20	1.20
Macarrones	10 Oz	1.40 Lb.	0.88
Plátanos	6 U	0.16	0.96
Pollo	2.4 Lb.	1.60	3.84
Otros (salsa, mostaza, pi- mienta, etc).			1.21
TOTAL			Ø12.10

FUENTE: ENCUESTA NACIONAL DE PRESUPUESTOS FAMILIARES 1976-1977. TOMADO DE 'CONSUMO Y EL MINIMUN VITAL'. Tesis de Grado, Brizuela de Alemán, C
T: Taza; U = Unidades. Tomado de ...(1')

ANEXOS DEL CAPITULO IV

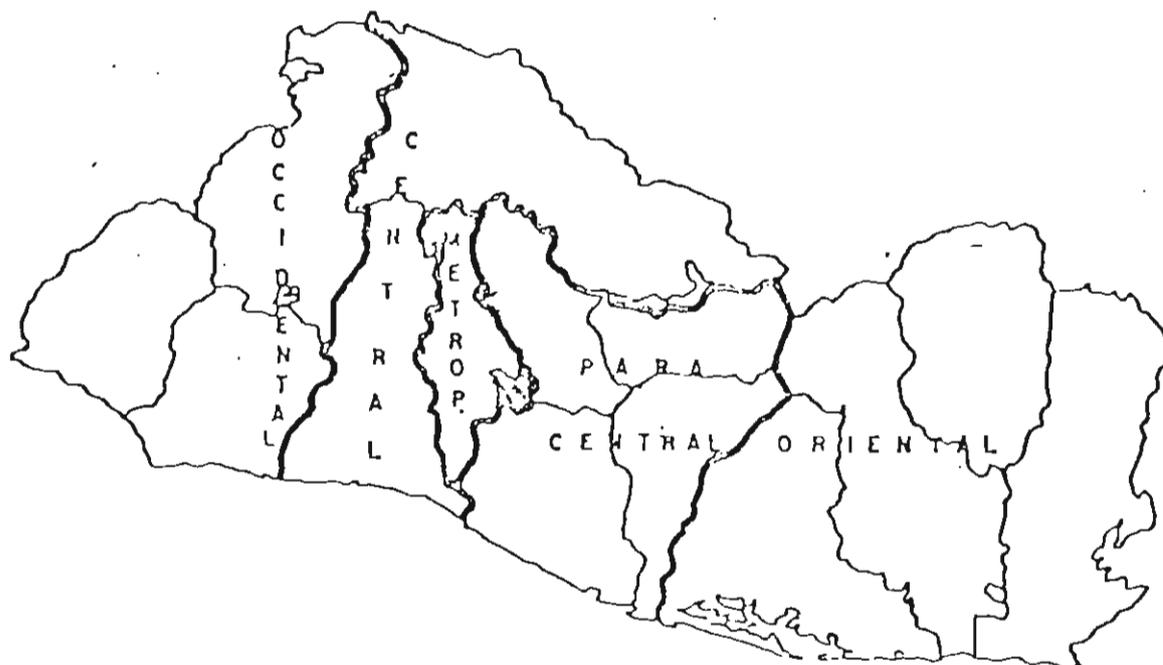
ANEXO N° 1

REPUBLICA DE EL SALVADOR

1982

REGIONES Y DEPARTAMENTOS

5 REGIONES DE SALUD, 14 DEPARTAMENTOS, 261 MUNICIPIOS, 2 061 CANTONES



REGIONES	POBLACION	URBANA	RURAL	% RURAL	SUPERFICIE	HAB. X K1.2
El Salvador	4 672 745	1 831 716	2 841 024	60,8	21 040,79	222,1
Occidental	981 276	339 176	642 100	65,4	4 488,54	218,6
Central	607 457	192 911	414 546	68,2	3669,46	165,5
Metropolitana	953 240	740 199	213 041	22,3	886,15	1075,7
Paracentral	813 058	209 126	603 932	74,3	4267,33	190,5
Oriental	1 317 714	350 304	967 410	73,4	7729,31	170,5

FUENTE: Salud Pública en cifras. Anuario N° 15 - 1982

ANEXO 2

2 a TASA DE NATALIDAD POR 1000 HAB. POR PAIS 1970, Y 1978-1984

PAIS	1970	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Argentina	22.9	24.3	25.3	24.7	23.7	....	23.9	....
Costa Rica	33.4	31.9	31.9	31.2	31.8	31.5	30.0	....
Cuba	27.7	15.2	14.8	14.1	14.0	16.3	16.7	16.6
El Salvador	40.0	39.7	39.2	37.7	35.6	33.6	30.5	
Estados Unidos	18.3	15.0	15.6	15.9	15.8	15.9	15.4	15.6
Guatemala	40.3	43.3	44.0	43.9	42.9	46.6	38.4	38.6
Honduras	40.6	42.4	44.2	42.2	42.1	40.9	38.7	....
México	42.1	34.7	33.7	35.3	35.5	32.7	....	....
Nicaragua	45.9	40.1	43.1	44.1	....	....	44.2	33.6
Panamá	36.5	28.8	27.6	26.9	26.9	26.7	26.1	26.6
Venezuela	38.2	34.2	33.8	32.8	33.0	32.0	31.4	

(1) Los datos de 1960, 1970 y 1978, no incluyen la zona del canal.

fuentes; Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985

2 b TASA DE MORTALIDAD GENERAL POR 1000 HABITANTES POR PAIS 1970 Y 1978-1984

PAIS	1970	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Argentina	9.4	8.5	8.5	8.5	8.4	....	8.3	....
Costa Rica	6.7	4.1	4.2	4.1	4.0	3.9	3.9	....
Cuba	6.3	5.7	5.7	5.7	6.0	5.7	5.9	6.0
El Salvador	9.9	6.9	7.4	....	8.2	7.1	6.9	6.0
Estados Unidos	9.4	8.7	8.5	8.8	8.6	8.5	8.6	
Guatemala	14.7	9.8	10.6	10.3	10.1	9.5	10.1	8.6
Honduras	7.7	5.3	5.2	5.0	4.8	4.7	4.7	....
México	9.6	6.4	....	....	6.0	5.6	...	....
Nicaragua	...	...	12.2	....	....	....	...	....
Panamá	7.0	8.2	4.3	4.1	4.0	4.0	4.1	3.9
Venezuela	6.7	5.2	5.1	5.1	5.2	....	4.7	....

Los datos de 1960, 1970 y 1978 incluyen la zona del canal.

FUENTE: Condiciones de Salud de Las Américas.

TASAS DE FECUNDIDAD SEGUN LA EDAD POR MIL MUJERES EN CADA GRUPO DE EDAD, I

1980 -1985

TASAS DE FECUNDIDAD SEGUN LA EDAD

PAIS	15-19 a	20-24 a	25-29 a	30-34 a	35-39 a	40-44 a
Brasil	57.4	204.3	224	167.5	104.5	42.2
Costa Rica	75.3	195.7	159.9	104.5	67.2	28.4
Cuba	67.9	143	97.9	51.0	25.7	8.7
El Salvador	116.3	280.1	279.7	228.8	138.9	63.1
México	75.0	249.9	311.0	267.0	184.0	98.0
Nicaragua	118.2	299.4	308.6	246.5	168.8	78.4

FUENTE: Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985

a) TASAS DE MORTALIDAD BRUTA ESPECIFICAS Y AJUSTADAS POR EDAD POR 100,000 HABT., SEGUN SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS (780-799) EN VARIOS PAISES.

PAIS	AÑO	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA POR EDAD
Argentina	1981	27.0	19.0
Costa Rica	1983	14.0	15.2
Cuba	1983	1.8	1.4
El Salvador	1984	140.7	142.4
Estados Unidos	1983	12.6	9.8
Guatemala	1981	143.7	145.6
Honduras	1981	165.8	190.1
México	1982	30.4	30.3
Panamá	1984	36.2	33.3
Venezuela	1983	15.9	16.8

FUENTE: Condiciones de Salud de Las Américas

b) TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS Y AJUSTADAS POR EDAD POR 1000,000 HABT POR TODOS LOS ACCIDENTES Y VIOLENCIAS (E800-E999) POR PAIS

PAIS	AÑO	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA POR EDAD
Argentina	1981	58.4	48.8
Costa Rica	1983	36.1	34.7
Cuba	1983	66.9	56.2
El Salvador	1984	124.6	125.8
E.E.U.U.	1983	61.5	48.7
Guatemala	1981	196.0	198.9
Honduras	1981	53.9	60.5
México	1982	93.3	95.4
Panamá	1984	49.0	46.7
Venezuela	1983	71.3	69.9

FUENTE: Condiciones de Salud de las Américas 1981-1985

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCION1 9 7 0

N°	CAUSAS	DEFUNCIONES		
		N° p	%	% Cert. Me
1	Enteritis y otras enfermedades diarréicas (008,009)	6,236	17.7	.....
2	Accidentes y Violencias (E810-E999)	2,647	7.5	.....
3.	Otras Enfermedades del Aparato Digestivo (574,575,526,530,534, 536,537,561,570,572,573,576,577)	2,367	6.7	.....
4.	Bronquitis, Enfisema y Asma (490-493)	1,256	3.6	.....
5.	Disentería Bacilar y Amibiasis (004,006)	1,005	2.9	.....
6.	Otras Neumonías (481-486)	998	2.8	.....
7.	Tumores Malignos (140-209)	882	2.6	.....
8.	Influenza (gripe) (470-474)	744	2.1	.....
9.	Enfermedades Cerobrovasculares (430-438)	600	1.8	.....
10.	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales (260-269)	566	1.6	.....
	Mal Definidas	10,328	29.5	.....
	Demás Causas	7,462	21.2	.....
	TOTAL DE CAUSAS	35,145	100.0	.....

(1) C.I.E. VIII REVISION

.....No hay dato de defunciones
con certificación médica

FUENTE: Sección Estadísticas Vitales

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIONES EN EL SALVADOR, 1 9 7 5

N°	Cod. Lista Intermed. A	Grupos de Causas +	Codig. lista detallada	Núm. def
	A1-A150	TOTAL DE DEFUNCIONES	000-999	
	A136-A137	SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	780-703 795-796	
		LAS DEMAS CAUSAS		
		SUB-TOTAL		
1.	A 5	Enteritis y Otras Enfermedades diarréicas	008,009	
2.	A 93	Bronquitis, Enfisemia y Asma	490-493	
3.	AE 148	Homicidios y lesiones provocadas intencionalmente por otras personas interv. leg.	E960-E978	
4.	A 92	Neumonía en todas sus formas	480-486	
5.	A 135	Otras causas de Morbilidad y mortalidad Perinatales	760-763 769-773	
6.	A 84	Otras Formas de enfermedades/corazón	420-429	
7.	A45 - A60	Tumores malignos todas localizaciones	140-209	
8.	A	Enfermedades cerebrovasculares	430-438	
9.	AE 138	Accidentes de vehículos de motor	E810-E823	
10.	A 65	Avitaminosis y otras defic. nutricio- nales	260-269	

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS, CAUSAS SELECCIONADAS SEGUN LISTA RUBROS DE CAUSAS, CON AGRUPACION DE TUMORES MALIGNOS EN UN RUBRO.

+ Incluye Defunciones de Residentes en el Extranjero.

a) TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS, ESPECIFICAS, AJUSTADAS POR EDAD POR 100,000 HABITANTES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (001-139) Y LA CORRESPONDIENTE A UN AÑO DE EDAD.

PAIS	AÑO	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA POR EDAD	MENORES DE UN AÑO
Argentina	1981	29.5	26.6	357.9
Costa Rica	1983	14.0	17.7	201.5
Cuba	1983	11.2	12.9	207.7
El Salvador	1984	60.0	56.9	597.1
E.E.U.U.	1983	9.3	4.6	20.4
Guatemala	1981	256.9	242.7	1731.0
Honduras	1981	80.9	72.6	747.2
México	1982	68.7	68.3	877.9
Panamá	1984	23.0	23.3	158.8
Venezuela	1983	47.4	48.9	712.7

FUENTE: Condiciones de Salud de las Américas 1981-1985

b) TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS ESPECIFICAS Y AJUSTADAS POR EDAD POR 100,000 HBT. POR ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS (007-009).

PAIS	AÑO	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA POR EDAD	MENORES DE UN AÑO
Argentina	1981	7.1	0.1	215.3
Costa Rica	1983	9.4	9.9	163.1
Cuba	1983	3.9	4.9	117.1
El Salvador	1984	35.6	32.8	469.3
E.E.U.U.	1983	0.2	0.1	3.6
Guatemala	1981	156.3	147.8	1128.0
Honduras	1981	50.5	44.3	541.5
México	1982	43.0	41.9	743.1
Panamá	1984	9.4	10.0	114.7
Venezuela	1983	23.3	23.9	510.9

FUENTE: Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985

ANEXO N° 8

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCIONEN EL SALVADOR, 1980

N° de Orden	CAUSAS (1)	Número	%	% con Cert. Médica.
	TOTAL	38,967	100.0	55.5
	Síntomas y Estados Morbosos mal definidos	7,051	18.1	6.6
	Las demás causas	13,071	33.5	71.0
	Sub-total	18,845	48.4	65.4
1	Homicidios y leés. inflig. intencionalmente por otra persona (E55)	6,145	15.8	99.7
2	Ciertas Afecciones originadas en el per. perinatal (450-455)	3,250	8.3	34.1
3	Infec. intestinales debidas a otros organismos especific. y las mal definidas (015-016)	2,480	6.4	19.4
4	Todas las demás causas accidentales (E470-472-524)	1,463	3.8	83.4
5	Accidentes de Vehículos de motor	1,013	2.6	101.5
6	Bronquitis, enfisema y asma	1,021	2.6	12.8
7	Tumor maligno todas localizac. Incluye leucemia (090-141)	974	2.5	69.6
8	Enfermedades isquemicas del corazón (270)	908	2.3	29.9
9	Enfermedades cerebrovasculares (290-294)	810	2.1	52.5
10	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón (280-281)	720	2.0	56.3

(1) CLASIFICADAS SEGUN LISTA BASICA PARA LA TABULACION, IX REVISION 1975

(2) INCLUYE LAS DEFUNCIONES DE LOS RESIDENTES EN EL EXTRANJERO

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN EL SALVADOR

1984

DIAGNOSTICO	NUMERO	%
TOTAL	28870	100.00
Las demás causas	13076	45.3
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	3777	13.3
SUBTOTAL	12017	41.6
1- Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	2898	10.00
2- Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	1929	6.7
3- Infección intestinal mal definida	1702	5.7
4- Senilidad sin mención de psicosis	1189	4.1
5- Disritmia cardíaca	815	3.1
- Infarto agudo del miocardio	792	2.7
7- Bronquitis crónica y la no especificada como enfisemia y asma	742	2.6
8- Accidentes de tráfico de vehiculo de motor	713	2.5
9- Neumonía	672	2.3
10- Suicidio y lesiones autoinfligidas	565	1.9

Fuente: Dirección General de Estadística y Censo

Lista básica para la tabulación, 9a. revisión 1975.

a) TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS POR PAIS

1970-1978-1984

PAIS	1970	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Argentina	58.8	40.8	35.5	33.2	33.6	....	28.4	....
Costa Rica	61.5	22.3	22.1	19.1	18.0	18.9	18.6	
Cuba	38.7	22.6	19.3	19.6	18.5	17.3	16.8	15.0
El Salvador	66.7	50.8	53.0	42.0	44.0	42.2	43.8	35.1
Estados Unidos	20.0	13.8	13.1	12.6	11.9	11.5	11.2	
Guatemala	87.1	72.3	74.0	81.1	54.4	48.3	81.1	68.5
Honduras	33.2	26.9	24.9	23.1	23.0	22.0	17.4	
México	68.5	44.1	....	....	34.5	33.0	....	....
Nicaragua		42.0						
Panamá (1)	40.5	48.8	25.6	21.7	22.3	20.0	20.4	20.0
Venezuela	49.2	33.9	32.0	31.7	34.3	....	28.4	....

(1) Los datos de 1970 y 1978 no incluyen la zona del canal

FUENTE: Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985

b) TASAS DE MORTALIDAD MATERNA POR 10,000 NACIDOS VIVOS POR PAIS

1970-1978-1984

PAIS	1970	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Argentina	13.9	8.5	7.8	7.0	6.9	....	....	....
Costa Rica	9.5	3.8	4.2	2.3	3.6	2.9	2.6	
Cuba	7.0	4.6	5.3	6.0	5.1	5.6	4.5	4.6
El Salvador	10.1	7.63(1)	8.61(1)	7.06(1)	6.2	8.5(2)	7.4	...
Estados Unidos	2.2	1.0	1.0	0.9	0.9	0.8	0.8	...
Guatemala	15.7	12.1	15.0	9.1	10.7	12.4	12.3	7.9
Honduras	17.4	11.3	8.2	9.4	1.7	9.2	5.0	...
México	19.3	14.3	10.3	...	...	8.7	9.1	
Nicaragua	...	...	...	...	...	...	4.7	4.7
Panamá	13.5	18.1	4.0	7.2	6.1	9.0	6.0	4.9
Venezuela	9.2	6.4	5.9	6.5	5.2	...	5.9	...

FUENTE: Condiciones de Salud de Las Américas

(1) Según Salud pública en cifras Anuario N° 15-1982

(2) 6.48 Según IDEM

ANEXO 11

a) CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN MENORES DE UN AÑO EL SALVADOR
1982. TASA POR 100,000 NACIDOS VIVOS (CIE 9a. REVISION)

1.- Afecciones Originadas en el Período Perinatal (760-779)	3440.1
2.- Infecciones intestinales debidas a organismos especificados y La mal definida (007-009)	8635
3.- Bronquitis, Enfisema y Asma (490-493)	271.7
4.- Influenza y Neumonía (480-487)	133.9
5. Anomalías Congénitas (740-759)	111.6

Tomado de selección de países con altas tasas de mortalidad infantil
en: Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985

b) CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION CON TASAS POR 100,000 HABITANTES
EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS DE EDAD, EN EL SALVADOR 1984 (CIE 9a. REVISION.

1.- infecciones intestinales debidas a organismos especificados y la mal definida (007-009)	370.2
2.- Bronquitis, Enfisema y Asma (490-493)	24.1
3.- Accidentes (E 800-E949, E980 - E989)	17.0
4.- Sarampión (055)	16.7
5.- Influenza y Neumonía (480 - 487)	15.5

Tomado de selección de países con altas tasas de mortalidad en este
grupo de edad en: Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985

ANEXO 11

CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE MORTALIDAD (CIE 9a. REVISION)c) EN LA POBLACION DE 5-14 AÑOS CON TASAS POR 100,000 HABITANTES, 1984.

		TASA	
TODAS LAS DEFUNCIONES	924	70.6	100 %
Sx y estados morbosos mal definidos (780-799)	236	18.0	25.5
Total de defunciones por causas definidas	688	52.6	100
Accidentes (E800-E949)	242	18.5	35.2
Infección intestinal por org. específicos y la mal definida (007-009)	54	4.1	7.8
Homicidio interv. legal y operaciones de guerra (E960-E978,E990-E999)	36	2.8	5.2
Enfermedades del corazón (390-429)	30	2.3	4.4
Tumores malignos (140-208)	30	2.3	4.4
Sarampión (055)	28	2.1	4.1
Fiebre Tifoidea (002.0)	25	1.9	3.6

Fuente: Condiciones de Salud de Las Américas

CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCION (CIE 9a. REVISION)d) EN LA POBLACION 15-24 AÑOS CON TASAS POR 100,000 HAB. EN EL
SALVADOR 1984

TODAS LAS CAUSAS	2986	314.2	100 %
Síntomas y estados morbosos mal definidos	208	21.9	7
Total de defunciones por causas definidas	2778	292.3	100
Accidentes (E800-E949,E980-E989)	1318	138.7	47.4
Homicidios intervención legal y operac. de guerra (E960,E978,E990-E999)	721	75.9	2.6
Suicidios E959-E959)	246	25.9	8.9
Enf. del corazón (390-429)	87	9.2	3.1
Fiebre Tifoidea (002.0)	49	5.2	1.8
Complicaciones del embarazo parto y puerperio (630-676)	42	4.4	1.5
Trastornos mentales (290-319)	34	3.6	1.2

Fuente: Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985

CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE DEFUNCION (CIE 9a. REVISION) EN LA

e) POBLACION DE 25-44 AÑOS CON TASAS POR 100,000 HB) 1984.

		TASA	
TODAS LAS CAUSAS	3891	367.2	100 %
Sx y estados morbosos mal definidos (780-799)	498	47.0	12.8
Total de defunciones por causas definidas	3393	320.2	1000
Accidentes (E-800-E949,E980,E989)	917	86.5	27
Homicidio, intervención legal y operaciones de guerra (E960-E978, E990-E999)	797	75.2	23.5
Trastornos mentales	255	24.1	7.5
Enfermedades del corazón	215	20.3	6.3
Suicidios	182	17.2	5.4
Tumores malignos	160	15.1	4.7
Complicaciones del embarazo parto y postparto	56	5.3	1.7

FUENTE: Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985

f) PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN EL SALVADOR EN LA POBLACION DE 45
A 64 AÑOS -1984 (CIE 9a. REVISION) CON TASAS POR 100,000 HABT.

	Nº	TASA	
TODAS LAS DEFUNCIONES	4821	1013.9	100 %
Síntomas y estados morbosos mal definidos	1157	243.3	24 %
Total de las definidas	3364	707.48	100
Enfermedades del corazón	548	15.2	15
Accidentes (E800-e9499,E980,E989)	462	97.2	12.6
Tumores malignos (140-208)	375	78.9	10.2
Trastornos mentales (E"(),319)	296	62.3	8.1
Homicidios interven. legales y op. de guerra	266	55.9	7.3
Enf. cerebrovasculares	233	46.9	6.1
Diabetes Mellitus	116	24.4	3.2

FUENTE: Condiciones de Salud en Las Américas 1981-1984

ANEXO N° 12

DIEZ PRIMERAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS, 1981

N° de ORDEN	E N F E R M E D A D E S	C A S O S		
		NUMERO	%	TAS. POR 100,000 H.
	TOTAL	582,012	100.0	12,689
	DEMÁS CAUSAS	18,786	3.2	--
	SUB-TOTAL	563,226	96.8	--
1	Enfermedades diarreicas (no incluye disentería no especificada)	159,245	27.4	3,472
2	Helmitiasis intestinal	158,712	27.3	3,460
3	Influenza o Gripe	104,277	17.9	2,273
4	Paludismo	93,187	16.0	2,032
5	Amibiasis y disentería no especificada (no incluye absceso Hepático)	14,430	2.5	315
6	Sarampión	12,554	2.2	274
7	Infección Ginecológica del aparato Urinario	5,735	1.0	125
8	Sífilis	5,202	0.9	113
9	Dengue	5,185	0.9	113
10	Varicela	4,699	0.8	102

FUENTE: Reporte Epidemiológico semanal PSAS

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE NOTIFICACION DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 1984

E N F E R M E D A D E S	N° DE CASOS	TASA POR 100,000 HAB.
TOTAL	416,271	8,826.4
Otras causas	15,066	319.4
Sub-total	401,205	8,507.0
Parasitismo Intestinal	117,059	2,482.1
Infección Intestinal mal definida	110,732	2,347.9
Influenza o Gripe	100,950	2,140.5
Paludismo	43,474	921.8
Disentería amibiana sin mención de absceso hepático	7,780	165.0
Varicela	5,247	111.3
Escabiosis	4,522	95.9
Infección Gonocócica del aparato genitourinario	4,343	92.1
Sífilis	3,777	80.1
Fiebre tifoidea	3,321	70.4

FUENTE: Reporte Epidemiológico Semanal, MSPAS.

a) TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS, ESPECIFICAS Y AJUSTADAS POR EDAD POR 100,000 HABITANTES, POR DEFICIENCIAS NUTRICIONALES (260-269, Y DE MENORES DE UN AÑO POR PAIS.

PAIS	AÑO	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA POR EDAD	MENORES DE UN AÑO
Argentina	1981	4.1	4.8	89.4
Costa Rica	1983	2.8	3.0	24.7
Cuba	1983	0.2	0.3	4.8
El Salvador	1984	4.4	4.0	5.0
Estados Unidos	1983	1.1	0.3	0.9
Guatemala	1981	35.9	36.9	168.2
Honduras	1981	3.3	2.9	18.0
México	1982	6.1	5.9	48.4
Panamá	1984	2.6	2.7	21.2
Venezuela	1983	2.8	2.9	21.6

FUENTE: Condiciones de Salud de las Américas 1981-1985

b) TASAS DE MORTALIDAD BRUTAS ESPECIFICAS Y AJUSTADAS POR EDAD POR 100,000 HABITANTES POR TUBERCULOSIS, TODAS LAS FORMAS (010-018) POR EDAD SEXO Y PAIS.

PAIS	AÑO	TASA BRUTA	TASA AJUSTADA POR EDAD
Argentina	1981	6.6	4.6
Costa Rica	1983	2.8	2.8
Cuba	1983	0.7	0.5
El Salvador	1984	4.1	4.4
Guatemala	1981	11.2	12.5
Honduras	1981	3.6	4.3
México	1982	7.9	8.5
Panamá	1984	7.4	6.9
Venezuela	1983	4.7	4.9
Estados Unidos	1983	0.8	0.3

Tomado de Condiciones de Salud de Las Américas 1981-1985

El Salvador, Centro América

PROPUESTA DE INTEGRACION Y PLATAFORMA DEL GOBIERNO PROVISIONAL DE AMPLIA PARTICIPACION

I. INTRODUCCION

Por varios años el FMLN-FDR hemos venido luchando por conquistar la liberación definitiva de nuestro pueblo. Convencidos de que el esfuerzo por lograr la paz con justicia debe ser compartida por el mayor número posible de salvadoreños, hemos propuesto diversas alternativas de solución a la presente crisis, ya que sólo un esfuerzo poderoso y amplio podrá levantar a nuestro país de las ruinas en que lo han sumergido el régimen oligárquico y la intervención del gobierno de los Estados Unidos.

Confrontamos una situación nacional e internacional compleja. La vieja sociedad oligárquica y el Estado que ha vivido a su servicio, han bañado en sangre su propio ocaso, e incapaces de dar respuesta a las demandas de miles de salvadoreños, han institucionalizado un aparato represivo y de explotación y plantean maniobras políticas encaminadas a encubrir su empecinamiento en la vía militar. Por otra parte, la escalada intervencionista de la administración Reagan ha prolongado la guerra y amenaza con regionalizar el conflicto.

Sostenemos que la construcción de la paz en nuestro país requiere un proceso que involucre a la mayor cantidad de fuerzas políticas y sociales, que hagan viable una solución sobre la base de eliminar los factores anteriormente señalados y que son la causa del conflicto. Por ello, el FMLN-FDR propone la formación de un GOBIERNO PROVISIONAL DE AMPLIA PARTICIPACION que sustente una plataforma programática que contenga las tareas indispensables que debemos

asumir para superar la actual situación de crisis y que permita a nuestro pueblo continuar su proceso de transformaciones sociales, políticas y económicas hacia una sociedad verdaderamente justa.

II. EL GOBIERNO PROVISIONAL DE AMPLIA PARTICIPACION

La propuesta de formación del Gobierno Provisional de Amplia Participación es el resultado del desarrollo de las fuerzas democrático-revolucionarias del pueblo salvadoreño en los campos político y militar.

El Gobierno Provisional de Amplia Participación, será un gobierno en donde no predominará una sola fuerza, sino la expresión de la amplia participación de las fuerzas políticas y sociales dispuestas a eliminar el régimen oligárquico y rescatar la soberanía e independencia nacional, y en donde la existencia de la propiedad privada e inversión extranjera no se oponga al interés social.

Se trata de un Gobierno Provisional de Amplia Participación cuya duración estará determinada por el cumplimiento de sus objetivos básicos, de acuerdo a lo convenido entre las partes y en el entendido que no será un gobierno de larga duración.

Los objetivos básicos del Gobierno Provisional de Amplia Participación son:

1. Rescatar la independencia y soberanía nacional.
2. Destruir el aparato de represión y sentar las bases de una verdadera democracia en donde

se dé cumplimiento pleno a los derechos humanos y libertades políticas y en donde se concrete la amplia participación del pueblo para alcanzar la paz definitiva.

3. Atender las necesidades más urgentes e inmediatas de las mayorías populares y adoptar medidas económicas y sociales básicas para la transformación de esas estructuras.
4. Establecer las condiciones prácticas suficientes para resolver el actual estado de guerra.
5. Preparar y realizar elecciones generales.

El Gobierno Provisional de Amplia Participación tendrá una estructura simplificada a su más alto nivel. Contará con las siguientes instancias:

- Junta de Gobierno.
- Gabinete Ministerial.
- Consejo Consultivo de Estado.
- Corte Suprema de Justicia.

Integrarán el Gobierno Provisional de Amplia Participación representantes del movimiento obrero, campesinos, maestros, empleados, colegios profesionales, universidades, partidos políticos, sectores empresariales, representantes del FMLN-FDR y del Ejército Nacional ya depurado. En los organismos del gobierno se expresará esta amplia representación, excluyéndose la oligarquía y los sectores e individuos que estén en contra de los objetivos del Gobierno Provisional de Amplia Participación o que postulen el mantenimiento de la dictadura.

III. PLATAFORMA DE GOBIERNO.

Esta plataforma establece las líneas básicas y las medidas indispensables que han de guiar la acción del Gobierno Provisional de Amplia Participación con el aporte y discusión de diversas organizaciones, sectores y ciudadanos, se convertirá en un Programa de Gobierno que profundice en las soluciones que habremos de dar a los más urgentes problemas que nos plantea el desarrollo de nuestro país.

Proponemos, en primer lugar, un conjunto de medidas de aplicación inmediata, y en segundo lugar, medidas y directrices que orientarán la acción del Gobierno Provisional de Amplia Participación durante su ejercicio.

MEDIDAS INMEDIATAS:

1. Derogatoria de la Constitución Política de 1983 y su substitución por un estatuto constitucional que norme la acción del Gobierno Provisional de Amplia Participación.

2. Derogatoria del estado de sitio y de todos los decretos promulgados desde 1980, que coarctan las libertades individuales y sociales.

3. Libertad para todos los presos políticos y desaparecidos, así como nulidad de todas las sentencias dictadas en base a los decretos represivos y de excepción.

4. Plena garantía al ejercicio de los derechos y libertades democráticas, colectivas e individuales. Se emitirá un estatuto provisional que norme el derecho a sindicalización de los trabajadores agropecuarios y estatales. Se indemnizará a los sindicatos por los daños causados a sus bienes por la represión desde 1979. Se legitimará la organización del Poder Popular surgida durante la guerra en distintas zonas del país.

5. Disolución de los cuerpos de seguridad, escuadrones de la muerte y de su brazo político: el Partido ARENA; se creará un cuerpo de policía civil, dependiente del Ministerio del Interior.

6. Retiro de los asesores norteamericanos; cese de la intervención, de la ayuda militar, así como de la proveniente de otros países y suspensión de todo suministro de armas.

7. Depuración de las Fuerzas Armadas gubernamental y una vez realizada ésta, incorporación de su representación a las estructuras del Gobierno Provisional de Amplia Participación.

8. Investigación y juzgamiento de los responsables civiles y militares de genocidio, crímenes políticos, torturas, desaparecimientos y privaciones ilegales de la libertad individual. Las muertes causadas a combatientes del FMLN y a soldados, clases y oficiales durante combates no constituyen delito.

9. La Corte Suprema de Justicia se abocará a la investigación y juzgamiento inmediato de los delitos contra los derechos humanos; al mismo tiempo, deberá realizar una depuración y reorganización del Poder Judicial. Se solicitará a las organizaciones de Derechos Humanos, no gubernamentales, que defendieron al pueblo durante la dictadura su colaboración en esas tareas.

10. Retorno de los exiliados y refugiados e implementación de un programa de emergencia para asimilar y atender las más urgentes necesidades de los refugiados que retornen, de los desplazados y lisiados de guerra, de los elementos desmovilizados de las Fuerzas Armadas y de las familias o individuos que han quedado en el desamparo como consecuencia de la guerra en uno u otro bando. El Gobierno Provisional de Amplia Participación solicitará la colaboración de agencias internacionales y organismos no gubernamentales para esa tarea.

11. Ejecución de un Programa de Emergencia para la reconstrucción de la infraestructura económica, educativa y sanitaria destruida o dañada por la guerra.

12. Decreto de moratoria para las deudas de pequeños y medianos empresarios. Se implementará un programa de financiamiento ágil y oportuno para estos sectores, tanto en el sector indus-

trial como agropecuario, estimulando la reactivación económica.

13. Fijación y control de precios de los productos básicos de consumo popular, procurando de esta manera mejorar el salario real. Reordenamiento y control del sistema de comercialización, distribución de productos básicos de consumo popular.

14. Renegociación de la deuda externa sobre la base de reconocer los compromisos financieros contraídos por los gobiernos anteriores.

15. Restablecimiento de la autonomía de la Universidad de El Salvador y asignación de los recursos necesarios para su reorganización y funcionamiento. De inmediato se entregarán las instalaciones de la ciudad Universitaria a sus legítimas autoridades.

16. Realización de una campaña masiva de alfabetización y de un programa democrático de capacitación de adultos en las áreas de salud, educación, producción agropecuaria y organizaciones comunales.

17. Desarrollo de un plan de empleo masivo a través del impulso a la inversión estatal y privada en los sectores de mayor absorción de empleo. Se implementará un programa de emergencia para la adquisición de materias primas e insumos indispensables para la reactivación económica y se garantizarán canales y márgenes de comercialización adecuados para los productores.

18. Impulso y desarrollo de un programa de organización popular a través de la ampliación y consolidación de los municipios, comunidades y organizaciones locales. Participación de estas estructuras en la planificación, ejecución y evaluación de los proyectos de beneficio de la comunidad.

19. Desarrollo de un programa de comunicación masiva implementando la creación de instrumentos de comunicación popular masivos de interés local.

20. Constitución de un organismo electoral que, por acuerdo de las partes, prepare la realización de elecciones generales libres. Se organizará un registro electoral confiable.

REFORMAS ECONOMICAS Y SOCIALES

1. Establecer las bases para la realización plena de la reforma agraria, asegurando la participación libre de los trabajadores del campo en su ejecución. Desarrollo de un programa de organización cooperativa con los pequeños propietarios individuales.

2. Establecer las bases para la realización plena de la nacionalización del sistema bancario y financiero del país, con el objeto de poner la estructura financiera y el crédito al servicio de los intereses de las mayorías nacionales.

3. Establecer las bases para la realización ple-

na de la reforma al comercio exterior cubriendo el control sobre las exportaciones de los principales productos: café, algodón, caña, productos del mar y carne. Incluir el control sobre las importaciones de materias primas, insumos, repuestos, tecnología, útiles para la producción nacional.

4. Establecer las bases para la solución adecuada de lo relativo a las condiciones de vivienda o habitación de los sectores de bajo ingreso, así como para la ampliación progresiva de los servicios de seguridad social y reorientar la inversión extranjera para que contribuya efectivamente a la satisfacción de las necesidades sociales.

POLITICA EXTERIOR.

El Gobierno Provisional de Amplia Participación desarrollará su política exterior en base a los siguientes criterios:

1. El Gobierno Provisional de Amplia Participación impulsará una política de relaciones mundiales, orientada a la conservación de la paz, en contra de la carrera armamentista y el armamentismo nuclear. Defenderá los principios de coexistencia pacífica, autodeterminación y no intervención, así:

Se afiliará al Movimiento de Países No Alineados y por consiguiente reforzará la lucha contra el colonialismo, el neocolonialismo, el sionismo, la discriminación racial y el Apartheid.

El establecimiento de relaciones diplomáticas con otros países se hará independientemente de su régimen social y sobre la base de la conveniencia nacional.

Cumplirá los compromisos contraídos en los organismos mundiales y buscará la participación activa en los foros internacionales, para la discusión y solución de los problemas derivados de las relaciones económicas entre los países.

Reafirma su vocación bolivariana y en consecuencia se esforzará en la promoción y participación en los foros regionales que refuercen la posición de los países latinoamericanos frente a los problemas regionales, en el orden político, diplomático, económico-financiero y social.

2. En sus relaciones con Estados Unidos:

• Propone la celebración de acuerdos que garanticen la seguridad nacional de ambos países; así:

El Gobierno Provisional de Amplia Participación se compromete a no permitir las instalaciones de bases militares extranjeras y/o misiles en su territorio y por su parte el Gobierno de Estados Unidos deberá comprometerse a no realizar, promover o alentar acciones de agresión y desestabilización contra el Gobierno Provisional de Amplia Participación y el gobierno que surja de este proceso.

El Gobierno salvadoreño no comprometerá el

territorio nacional en actividades de desestabilización de los gobiernos de países vecinos, ni permitirá el tránsito de armas y tropas extranjeras por su territorio.

Promoverá la suscripción de acuerdos de no agresión y no intervención en los asuntos internos de los países del área.

- Las relaciones del Gobierno de El Salvador con los Estados Unidos y Centroamérica, se reorientarán sobre la base del respeto incondicional al derecho de autodeterminación, independencia y soberanía nacional, así como de mutua cooperación e independencia; así:

Se esforzará por hacer realidad el ideal morazánico de la unión de Centroamérica y porque nuestra región esté libre de fuerzas militares extranjeras. No participará en bloques militares, en consecuencia se retirará del CONDECA.

Participará activamente en la promoción y desarrollo de los organismos regionales que garanticen la solución política a las controversias internacionales y suscribirá convenios que promuevan la integración económica, social y política.

IV. PROCEDIMIENTO.

Para llevar a la práctica esta proposición, es necesario iniciar un proceso de diálogo-negociación que considere los aspectos siguientes:

1. De los Participantes:
 - Las partes en conflicto;
 - Delegación FMLN-FDR.
 - Delegación del Gobierno y las Fuerzas Armadas de El Salvador y el embajador especial de

Estados Unidos para Centroamérica u otro representante del Gobierno de Estados Unidos.

- Mediadores sin facultades arbitrales, nombrados con la aceptación de las partes.

- Testigos internacionales tales como representantes del Grupo Contadora y otros gobiernos democráticos.

2. Fases:

- Diálogo directo y sin precondiciones, organizado por uno o varios mediadores, ya sea por iniciativa propia o por encargo de las partes, que convenga en la realización de negociaciones sustanciales, su agenda, testigos y procedimientos.

- Negociaciones directas entre las partes en conflicto con los mediadores actuando en carácter de moderador de los encuentros y con la concurrencia, además, de los embajadores designados por los gobiernos escogidos como testigos.

3. Compromisos:

Una vez iniciado el proceso de diálogo-negociación y cuando éste se encuentre a un nivel avanzado, el FMLN-FDR manifiestan su disposición a negociar el cese de fuego.

Una vez concluidos los acuerdos, firmarán los documentos: las partes en conflicto, los testigos en su carácter de garantes y los mediadores.

Inmediatamente se dará comienzo a la aplicación de los acuerdos en las fechas, plazos y orden convenido.

Este proceso culminará con la organización de un ejército nacional único, formado por las fuerzas del FMLN y las Fuerzas Armadas Gubernamentales ya depuradas. Hasta entonces ambos ejércitos mantendrán en su poder sus respectivas armas.

COMANDANCIA GENERAL DEL FMLN

COMITÉ EJECUTIVO DEL FDR

El Salvador, 31 de enero de 1984

FDR-FMLN POR EL DIALOGO NACIONAL PARA PONER FIN AL CONFLICTO

PROPUESTA POLITICA

I- INTRODUCCION

La sociedad salvadoreña es víctima de una prolongada crisis económica, política y social que se ha profundizado y hecho más evidente a lo largo de estos seis años de guerra.

A partir de 1984 el gobierno del Ingeniero Duarte se presentó como una alternativa de solución a la crisis nacional; sus dos años de gobierno nos presentan un resultado de más guerra, mayor entrega de la soberanía patria a los intereses de la Administración Reagan, más inflación, mayor impuesto, más desempleo y miseria, más pérdida de vidas, mayor destrucción. La realidad se ha encargado de demostrar que el gobierno Demócrata Cristiano no puede superar la actual situación de crisis.

Las organizaciones agrupadas en el FDR-FMLN hemos luchado desde hace muchos años por aportar una salida a esta crisis, combinando medios políticos y militares. Por más de cinco años hemos insistido en la necesidad de una solución política al conflicto, hemos demostrado que, pese al creciente comprometimiento del poderío militar norteamericano en El Salvador, el FMLN no puede ser militarmente vencido.

El diálogo con el gobierno, iniciado en La Palma, fue unilateralmente suspendido por el gobierno y su próxima reanudación más parece responder a un intento del régimen por recuperar un tanto su deteriorada imagen política, que a

un serio esfuerzo por alcanzar una solución política negociada al conflicto.

Por otra parte, es evidente un proceso de reagrupación de fuerzas sociales en el país; proceso que tiene como característica común la búsqueda de caminos de solución a la presente crisis nacional. Cada día es más evidente y sentida la verdad de que sin resolver el conflicto nacional no será posible una recuperación; de allí que diversos sectores busquen una alternativa que les permita hacer su necesaria contribución a la reconstrucción del país.

El FDR-FMLN estamos concientes de esta situación; percibimos en la sociedad salvadoreña el impulso hacia un consenso nacional que sea la base para una paz con justicia y dignidad para todos los salvadoreños; percibimos también el desarrollo de una creciente voluntad de construir entre y por salvadoreños la solución a la crisis nacional, por empezar a ser realmente dueños, de lo que siempre ha sido nuestro: El Salvador.

Es sobre la base de las anteriores consideraciones que el FDR-FMLN presentan la siguiente Propuesta Política a todo el país; para elaborarla hemos tenido en cuenta un conjunto de opiniones y aspiraciones de diversos sectores políticos y sociales que nos han expresado en meses recientes; hemos tenido en cuenta también nuestro análisis de los problemas nacionales, pero por encima de todo, nos guían los intereses de todo el pueblo salvadoreño. No pretendemos tener la verdad absoluta; por el contrario, presentamos en esta ocasión nuestro aporte a lo que intentamos que sea un gran diálogo nacional.

Nuestra propuesta es responsable y flexible. Responsable porque en los contenidos que proponemos va incorporada la firme voluntad del FDR-FMLN de cumplirlos, de comprometer

nos con las soluciones que el diálogo nacional aporte. Flexible porque no consideramos que nuestra propuesta sea la "palabra final" del FDR-FMLN, sino como su aporte a una discusión y construcción de un consenso nacional que debe expresar la pluralidad de opiniones y posiciones que caracterizan nuestra sociedad; por ello mismo, varias de las propuestas que hacemos no están plenamente desarrolladas, pues creemos que la discusión franca y abierta es la que habrá de lograrlo.

La experiencia de estos dos años muestra que el diálogo entre el gobierno y nuestros frentes a pesar de ser una aspiración generalizada de la población, es sumamente precario ya que el gobierno lo ha tenido interrumpido por 19 meses. Seguimos convencidos de la necesidad del diálogo entre las partes en conflicto, pero también estamos conscientes de sus limitaciones e insuficiencia; por ello es que desde la primera reunión en La Palma, el FDR-FMLN planteamos la necesaria incorporación de todos los sectores nacionales al proceso de solución política.

Al dirigir este planteamiento a todas las fuerzas políticas y sociales del país, sin exclusión, nuestros frentes quieren dar un paso más para construir un diálogo nacional que sea la palanca necesaria para impulsar al país a una nueva etapa de reconstrucción y progreso social, económico y político. Si el futuro del país es de todos, somos todos los que debemos aportar a la solución política.

II- DECLARACION

El Frente Democrático Revolucionario y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional, ante el pueblo salvadoreño y el mundo, DECLARAMOS:

- 1.- Que estamos dispuestos a participar en un diálogo nacional con todas las fuerzas y sectores interesados en la solución política -patriótica y democrática- al conflicto que vive nuestro país para conquistar la paz con justicia y dignidad que el pueblo anhela.
- 2.- Que nos comprometemos a dialogar con todos los sectores sin hacer distinciones de carácter social, político o ideológico entre civiles y militares que estén verdaderamente interesados en elaborar un proyecto de solución política y luchar por hacerlo realidad.
- 3.- Que estamos decididos a comprometernos con el proyecto político -patriótico y democrático- de consenso nacional, que se elabore en este amplio diálogo.

III- BASES DE COMPROMISO

- 1- SOLUCION ENTRE SALVADOREÑOS:
 - 1.1 La solución debe buscarse y acordarse entre salvadoreños.
 - 1.2 La solución debe rescatar plenamente la soberanía y la independencia nacionales. Solo así se podrá asegurar al pueblo salvadoreño la posibilidad de ejercer el de-

recho a la autodeterminación y el ejercicio de la democracia para decidir su propio destino.

Esto significa en concreto que el gobierno de Estados Unidos saque sus manos del conflicto nacional, cese su participación militar y política en el mismo.

- 1.3 La solución política debe asegurar el no alineamiento de nuestra nación, es decir, la no participación en ninguna alianza militar con otros países o bloques militares, ni el alineamiento político predeterminado con otros países o potencia, salvo en lo que respecta a la paz mundial, el desarme y la unidad en la defensa de los intereses comunes latinoamericanos.

2- AMPLITUD Y PLURALISMO EN EL GOBIERNO.

- 2.1 La solución política debe ser el resultado de la participación pluralista, en su elaboración y en la lucha por hacerla triunfar. El régimen que surja de ella deberá ser también garante del pluralismo ideológico y político.
- 2.2 Para asegurar y garantizar el cumplimiento de los términos de la solución política se deberá reorganizar el gobierno, integrando a representantes de todos los sectores por medio de sus partidos, organizaciones, personalidades y otras formas de representación. Solo se autoexcluirán aquellos que no quieren la solución política.

- 2.3 Hay sectores que estando en favor de la solución política simpatizan y se adhieren a la influencia ideológica de los Estados Unidos, nosotros respetamos ese derecho, como se debe respetar el derecho de los demás sectores a sustentar su propia ideología y el derecho a luchar por ella democráticamente.
- 2.4 La participación amplia de todos los sectores en el gobierno sería garantía de respeto a los acuerdos del diálogo para la solución a la crisis nacional; el FDR-FMLN estaría en el gobierno como uno de sus componentes.
- 2.5 El gobierno tendría carácter transitorio y cumpliría las tareas básicas definidas en la formulación de la solución política; entre ellas, organizar elecciones generales limpias y libres para que sea el pueblo quien decida la ruta a seguir y quienes deberán ejercer el poder.
- 2.6 Nosotros aspiramos a ejercer el poder, esta es una aspiración legítima por la cual luchamos. En condiciones de una solución política justa - y cumplidas las condiciones para elecciones limpias y libres - participaríamos en ellas. Esta sería la forma de restablecer una vía que fue corrompida por la dictadura, obligando a una guerra revolucionaria justa y legítima que, indudablemente, continuaría si el gobierno de Estados Unidos lograra impedir la solución política.
- 2.7 El gobierno surgido en tales elecciones, deberá emprender una acción firme y enérgica para poner fin a la co

rrupción e iniciar un proceso de saneamiento y de honestidad administrativa, especialmente en sus niveles superiores.

3- CESE AL FUEGO AL RECOMPONERSE EL GOBIERNO.

- 3.1 Para contribuir a que el gobierno impulse las medidas convenidas en la fórmula de solución política, deberá haber un cese al fuego.
- 3.2 El FDR-FMLN se comprometen a pactar un cese al fuego al instalarse ese gobierno, así como a contribuir a la creación y mantenimiento de las condiciones necesarias para que realice la misión de ejecutar los términos de la solución política.
- 3.3 Declarado el cese al fuego, el FMLN mantendría su ejército y sus armas, la Fuerza Armada gubernamental también se mantendría organizada y armada. En el marco del gobierno que surja, se buscaría una solución negociada a este problema de la existencia de dos ejércitos. El FMLN se compromete a participar de buena fe en esa negociación.

4- INICIO A UN REGIMEN ECONOMICO JUSTO.

La solución política debe tener un contenido de justicia social y respeto a los intereses económicos de todos los sectores comprometidos patrióticamente en dicha solución, por ello, el gobierno que surja, debe aplicar las siguientes medidas:

- 4.1 Derogar las medidas del "paquetazo económico" que lesionan los intereses de las mayorías.

- 4.2 Poner en marcha reformas fundamentales, concertadas en el curso del diálogo nacional: principalmente la agraria, bancaria y de comercio exterior. La reforma agraria debe resolver el problema de la tierra en favor de las mayorías trabajadoras, y de los pequeños y medianos agricultores.
- 4.3 Formular un programa de reactivación económica, que inicie la solución al problema del desempleo y la distribución justa de la riqueza.
- 4.4 Respetar el derecho de propiedad privada y libre empresa de todos los que se comprometan con la solución política, con las limitaciones derivadas del programa de reforma.
- 4.5 Desarrollar un sistema de economía mixta en la que se combine, de diversas maneras, la empresa y la propiedad privada, con la empresa y la propiedad social estatal.

5- DEMOCRACIA Y RESCATE DE LOS DERECHOS HUMANOS.

La solución política debe dar origen a un proceso auténtico de democratización y a un régimen de rescate y respeto de los derechos humanos, que garantice:

- 5.1 El fin de la represión y de las violaciones de los derechos humanos bajo todas sus formas.
- 5.2 El desmantelamiento efectivo de los aparatos represivos violadores de los derechos humanos.
- 5.3 El retorno de la población desplazada y refugiada a sus lugares de origen.

- 5.4 El respeto absoluto a todas las libertades y derechos democráticos, individuales y colectivos; y
- 5.5 La creación de las condiciones estructurales y políticas para realizar elecciones generales - limpias y libres - y organización práctica de las mismas.

6- POLITICA EXTERIOR DE PAZ

- 6.1 El gobierno que surja de solución política deberá asegurar una política regional de paz, no intervención y autodeterminación e independencia; deberá así mismo, propiciar soluciones políticas a los conflictos de la región centroamericana y dar apoyo a la distensión internacional y fomentar relaciones soberanas con todos los estados, basados en el interés social de cada uno de ellos.
- 6.2 Deberá propiciar relaciones amistosas y de mutua colaboración con Estados Unidos basados en la igualdad de derechos y el mutuo respeto a la soberanía e independencia.

Al formular la presente declaración nos anima un alto sentido de responsabilidad ante el pueblo y ante toda la nación. Asumiendo nuestra responsabilidad en la promoción de un diálogo nacional fructífero, adelantamos nuestra contribución en los planteamientos anteriores, ofreciéndolos como base para discutir y construir la solución política que dé salida a la profunda crisis nacional. Con el aporte de todos los sectores comprometidos con la aspiración de una paz justa, democrática, e independiente, estamos seguros que se conseguirá.

Reiteramos nuestra voluntad de paz y nuestra confianza en la capacidad de lucha de nuestro pueblo, demostrada en el curso de la guerra. También expresamos nuestra decisión inquebrantable de continuar la lucha en el caso de que la intervención norteamericana bloquee la solución política, anhelada por nuestro pueblo y nuestros frentes.

El Salvador, 10 de julio de 1986

COMITE EJECUTIVO

FRENTE DEMOCRATICO REVOLUCIONARIO, FDR.

COMANDANCIA GENERAL

FRENTE FARABUNDO MARTI PARA LA LIBERACION NACIONAL, FMLN