

# ALGUNOS ASPECTOS DE LA SITUACION DE SALUD DE LA POBLACION SALVADOREÑA

Documento de trabajo  
Boletín de Ciencias Económicas  
y Sociales. UCA.

El Salvador atraviesa una de las crisis más profundas de su historia contemporánea, que alcanza todas las regiones, sectores sociales y aspectos de nuestra realidad, no existe una dimensión que se escape a sus golpes y consecuencias.

Existen varios trabajos que describen la crisis y sus consecuencias esencialmente en el ámbito económico; se ha señalado la aguda carencia de divisas, las reducciones cuantiosas del ingreso y consumo per cápita, la tremenda contracción de la inversión, la espiral inflacionaria, el desempleo, etc., etc.

Los aspectos sociales también se han visto tremendamente afectados, tengase en cuenta que entre enero de 1978 y mayo de 1981 habían cerrado nada menos que 877 escuelas, disminuyéndose las oportunidades educativas para 107,119 alumnos,<sup>1</sup> por otra parte el mismo Ministerio de Educación ha informado que se está a punto de cerrar el Sistema de Regionalización Educativa (constituido por cuatro centros tecnológicos) por falta de fondos. Dramático ejemplo representan las 700,000 personas desplazadas y refugiadas que han abandonado sus hogares y pertenencias. Las epidemias, tales como conjuntivitis, afecciones de la piel, dengue y otras, han proliferado considerablemente especialmente en este último año.

Es en este contexto que debemos examinar la situación de salud de la población salvadoreña. Siendo éste otro de los derechos inalienables de todo ser humano, representa una exigencia de primer orden desde el punto de vista social y económico.

La condición de salud no se limita a la ausencia de enfermedad física y orgánica, es mucho más amplia: ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) la señalaba como un "estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad"<sup>2</sup>

Debe entenderse que esta condición no se alcanza aisladamente, ella está íntimamente relacionada en general a las condiciones socioeconómicas de existencia y en forma concreta e inmediata con la situación sanitaria del medio o comunidad, así como con la calidad, eficiencia y cobertura del sistema de salud.

La salud, al igual que la alimentación, educación, vivienda y vestuario, forma parte de las necesidades básicas de la

población; y bien podría considerarse que ella es el resultado y reflejo de los niveles de satisfacción de las restantes necesidades básicas. En tal sentido, presentar un panorama riguroso de la situación de salud de la población salvadoreña, exigiría considerar los perfiles de satisfacción o insatisfacción de esas otras necesidades; sin embargo, atendiendo a la naturaleza de estos trabajos nos limitaremos al tratamiento de los indicadores específicos de salud.

La medición de la situación sanitaria de la población presenta serios problemas técnicos. En El Salvador, desafortunadamente carecemos de indicadores que midan directamente el fenómeno en sí, es decir la presencia y niveles de salud y enfermedad en la población total; además, prácticamente se carece de información sobre la salud emocional y síquica de la población (alcoholismo, drogadicción). La información oficial además de ser muy escasa se limita a presentar tres tipos de indicadores: los que miden aspectos de las causas inmediatas, los que miden resultados del fenómeno (tasas de mortalidad), e indicadores incompletos del fenómeno en sí (consultas externas por tipo de enfermedad). Además se cuenta con información sobre la dotación de recursos humanos, físicos y financieros.

Hay que señalar que los últimos datos disponibles son para el año de 1979, sin embargo, atendiendo a la naturaleza estructural del fenómeno, consideramos apropiado el uso de esa información como base para estimar la evolución de los mismos en los dos últimos años. Estimamos así, que la profundidad y características de la crisis vivida en el país en esos dos años, no tienen otro efecto que el deteriorar aún más las ya pobres condiciones de salud.

A continuación presentamos una serie de indicadores que nos permiten aproximarnos a la manifestación y comportamiento del fenómeno estudiado.

Entre éstos indicadores, tenemos el que mide la esperanza de vida al nacer o vida media, es decir, mide el número de años que los recién nacidos vivirían de estar sujetos a los riesgos de mortalidad prevalentes para una sección típica de la población al momento de nacer;<sup>3</sup> por lo tanto, puede considerarse como un indicador implícito de la situación de salud de

una sociedad. Según éste indicador, en 1975, la duración de vida para un salvadoreño medio era de 68 años, lo que podría estar reflejando no sólo la situación de salud ya mencionada, sino también el desgaste prematuro por la intensidad y condiciones de trabajo. Para interpretar mejor este indicador es conveniente señalar los niveles que el mismo ha alcanzado en otros países, así nos encontramos que Jamaica, Trinidad y Tobago y Cuba gozaban en ése mismo año de una esperanza de vida de 70 años, siendo los niveles máximos 74 y 75 años para los Países Bajos y Noruega respectivamente.

Un aspecto importante en el caso de El Salvador, es el hecho de que la mayoría de las defunciones en nuestro país, 68% suceden a una edad inferior a los 50 años de edad; lo que significa que de cada diez salvadoreños que fallecen, a siete les acontece antes de cumplir los 50 años de edad.

Para estos últimos años, difícilmente podríamos suponer un progreso en la esperanza de vida; no sólo por los elevados riesgos políticos, que también deben considerarse, sino incluso por el deterioro acelerado de las condiciones de salubridad, por el hacinamiento tremendo en que cada vez un número mayor de personas se ve obligado a vivir como consecuencia de la guerra, además el menor número de recursos disponibles asignados a la atención de la salud de la población como consecuencia de la militarización del presupuesto nacional, así como del proceso creciente de pauperización de la población como consecuencia de la militarización del presupuesto nacional, así como del proceso creciente de pauperización de la población. Con relación a los riesgos políticos, cabe señalar que las edades de las cerca de 24,000 víctimas civiles del conflicto político militar, oscilan entre los 16 y 30 años.

Otros de los indicadores son las tasas de mortalidad, aunque éstas sólo registran la conclusión de la evolución del fenómeno de enfermedad, dependiendo de su monto es posible inferir el estado general de la población.

La tasa bruta de mortalidad para El Salvador en 1980, ha sido estimada en 9.8 por cada mil habitantes<sup>4</sup>, lo que en términos absolutos se traduce en 48,000 muertos como resultado de las condiciones es-

estructurales de salud y de la estructura de la población según estratos de edad. Sin embargo, en 1980 se registraron aproximadamente 14,000 muertos como consecuencia directa de la guerra; un cálculo grueso da como resultado que la tasa de mortalidad se incrementó a 12.6 por mil habitantes. Además, tanto sobre esta tasa global como sobre las tasas específicas de mortalidad, índice negativamente el deterioro en las condiciones y atención de salud, el deterioro en la situación alimentaria y de vivienda, derivado de la misma guerra.

El número de fallecimientos de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos constituye según expertos en la materia, un índice que refleja condiciones sanitarias aceptables en una sociedad cuando está en o por debajo de 20, como es el caso de Jamaica, Cuba y los países desarrollados. El Salvador al igual que el resto del área centroamericana, no alcanzaba esos niveles ya que se situaba en 1975, en 58 y Guatemala en 75; mostrando los países suramericanos en general, tasas igualmente elevadas.

**Tabla No. 1**

**El Salvador, tasa de mortalidad infantil**  
(Por mil nacidos vivos)

Años	Tasas
1969	53.3
1970	66.6
1971	52.5
1972	58.2
1973	59.1
1974	53.4
1975	58.1
1976	55.2
1977	59.5
1978*	57.3
1979*	57.8
1980*	56.9
1981*	57.2

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, El Salvador.

\* Tasas estimadas en base a experiencia histórica.

Tal como se observa en la Tabla No. 1 en El Salvador esta tasa ha mantenido un comportamiento fluctuante en el cual no existen cambios significativos. Sin embargo, es preciso señalar que debido a las graves deficiencias de recolección y procesamiento de estadísticas, muchos expertos consideran que se subestima la gravedad real de la mortalidad infantil. Ya en 1979 la Dra. Ruth de Puffer en su "Informe de la Investigación Interamericana de la Niñez" presentaba datos que cuestionaban seriamente las estadísticas oficiales. La Dra. Puffer indica que aún en municipios rurales como los del Departamento de San Salvador, con mayor acceso a los servicios y establecimientos de salud que

los que pueden tener aquellos municipios remotos como los departamentos de La Unión, Morazán y Chalatenango, los índices de mortalidad infantil eran bastante elevados pues se situaban en los 120 muertos por cada mil nacidos vivos. Estas discrepancias en las cifras se explican en parte porque muchas de las defunciones en el área rural simplemente no son reportadas por los familiares.

Siguiendo con los indicadores de mortalidad, tenemos el de mortalidad neo-natal, el cual se refiere a las defunciones de niños menores de 28 días y que en 1977 alcanzó la tasa de 17.1 niños muertos por cada mil nacidos vivos<sup>5</sup>. Este indicador se considera bastante elevado y refleja las críticas condiciones en que se atienden los partos en el país, generalmente fuera de los centros asistenciales, por personas deficientemente capacitadas y por si fuese poco en un pobre estado de salud y nutrición de las madres y fetos y en condiciones de salubridad de la comunidad bastante deficiente, aspectos todos que facilitan la propagación de las enfermedades infecciosas y transmisibles. También así se explica el elevado número de muertes relacionadas con el embarazo, el cual se registra bajo el coeficiente denominado mortalidad materna, que mide el número de mujeres fallecidas en el hospital por cada mil nacidos vivos, este coeficiente ascendía en 1975 a 0.90 manteniéndose cuatro años después en la misma po-

sición<sup>6</sup> (tégase en consideración que este coeficiente no incluye el número de muertes ocurridas fuera del hospital). Convencionalmente se ha considerado 0.25 fallecimientos por mil nacidos vivos como el máximo tolerable.

Los indicadores anteriormente presentados corresponden a los que miden los resultados de los niveles sanitarios o el desenlace del proceso de enfermedad. Ya se ha señalado que los demás demostrativos de la situación de salud son los que registran los niveles y presencia del fenómeno en sí. Sin embargo, los datos más aproximados de que se dispone son sobre las diez primeras causas de consulta externa. Esta información permite detectar los tipos de enfermedad que con mayor frecuencia afectan a la población que asiste a los establecimientos de salud; a partir de ella podría estimarse la incidencia que los mismos tengan sobre la población total. O cuando menos sobre la gran mayoría de la población.

La Tabla No. 2 presenta los datos para 1979, según estos datos se realizaron 2.8 millones de consultas, de las que curiosamente el 75% (o sea 1.6 millones) no están especificadas, lo cual limita fuertemente la utilidad de dicha información. Entre las especificadas se consignan como las principales las siguientes: enfermedades dentales, infecciones respiratorias, enteritis y otras enfermedades diarreicas, otras elmintiasias, bronquitis, enfisema y

**Tabla No. 2**

**Diez primeras causas de consulta externa en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador - 1978**

No. de Orden	Codigo lista "A", 150 grupos	Causas	Número	% Sobre el total de consultas
	AI - A 150	Total	2,826,029	100.0
		Sintomas y estados morbosos mal definidos	75,703	2.7
		Las demás causas	1,539,445	54.5
		Sub-total	1,210,881	42.8
1	A 97	Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sosten	308,787	10.9
2	A 89	Infecciones respiratorias agudas	211,979	7.5
3	A 5	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	192,216	6.8
4	A 43	Otras helmintiasis (ascarides, tricocefalos, oxturos y otros)	118,857	4.2
5	A 93	Bronquitis, enfisema y asma	97,690	3.5
6	A 70	Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales, no psicóticos	73,065	2.6
7	A 119	Infecciones de la piel y del tejido celular subcutaneo	58,829	2.1
8	A 90	Influenza	54,371	1.9
9	A 67	Anemias	50,709	1.8
10	AN145	Laceraciones y heridas <sup>4</sup>	44,378	1.5

Fuente: Sección de Procesamiento de Datos del Departamento de Estadísticas de Salud según lista "A" (150 grupos) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).



Tabla No. 4

Evaluación de la población abastecida de agua potable  
período 1972 - 1976

Año	Población rural habitantes	Total beneficiarios	%	Población	Sin servicio %
1972	2,263,000	392,937	17.3	1,870,063	82.7
1973	2,304,000	420,711	18.3	1,883,289	81.2
1974	2,383,700	454,225	19.0	1,929,475	81.0
1975	2,479,000	502,849	20.3	1,976,151	79.7
1976	2,551,000	525,649	20.6	2,025,351	79.4

Fuente: Diagnóstico Técnico Administrativo del Sector Saneamiento Ambiental.

conectados a un sistema de alcantarilla; 6.2% estaban conectadas a fosa séptica; 18.8% tenían servicios de escusado o pozo negro; y por último tenemos que 384,893 viviendas, esto es el 58.8% del total no tienen ningún tipo de inodoro o letrina, y defecan directamente en el suelo. Estamos conscientes de que los datos carecen de actualidad, sin embargo, esta deficiencia se elimina al apreciar el comportamiento de la letrización en los primeros 7 años de la década del 70; observamos para el caso que los esfuerzos por superar este problema se concretizan en una construcción de tan sólo 12,920 en 1977<sup>9</sup>, de éstos índices se deduce que dicha situación no ha variado sustancialmente ya que las construcciones en ese período prácticamente son absorbidas por el crecimiento poblacional.

Otro aspecto íntimamente relacionado a la salud de la población es la dotación de vivienda adecuada, en la que se comprenden otros aspectos además de los ya referidos. Según un documento del Ministerio de Obras Públicas<sup>10</sup>, a 1978 se registraba un déficit total de viviendas aceptables del orden de 640,240 unidades, de las cuales el 60% correspondía al área rural y el resto al sector urbano, la población afectada en este caso ascendería a un monto aproximado de 3.5 millones de salvadoreños. Esta es una variable explicativa importante en la salud de la población salvadoreña, si se considera que esa población vive en condiciones de hacinamiento grave, en convivencia con insectos y roedores, sin techo y pisos adecuados, falta de ventilación y luz, e incluso sin protección adecuada de fenómenos naturales como la lluvia y careciendo como se mencionó anteriormente de servicios primarios como el agua potable, eliminación adecuada de desechos fecales, etc.<sup>11</sup> que redundan en propagación de enfermedades transmisibles que, como vimos, son las que más golpean a la población.

Ante esta crítica situación de salud del pueblo salvadoreño, la pregunta obligada es cómo o afronta este problema el Sistema Nacional de Salud.

En primera instancia debe señalarse que el recurso humano especializado es muy limitado, no obstante que ha experimentado algún ligero aumento, aunque a

un ritmo inferior al exigido por las necesidades de la población; se observa para el caso que en 1970 el número de médicos en nuestro país ascendía a 875 alcanzando en 1978 un número de 1,272 (Ver Tabla No. 5), lo que implica que cada médico tiene un equivalente a 3,556 pacientes por atender, sin embargo, el problema es aún mayor pues éstos prácticamente están concentrados en la capital del país; así observamos que, del total de médicos, el 67% se radicaron en el Departamento de San Salvador, el 0.1% de ellos en Morazán, el 0.2% en La Unión y el 0.3% en Cabañas; a esto hay que agregar que la casi totalidad se radicaron en los centros urbanos de esos departamentos. Pero si el caso de la escasez de médicos es grave, la de los odontólogos es aún más alarmante: en 1978 El Salvador contaba con tan sólo 164 odontólogos, correspondiendo a cada uno de ellos una cantidad de 27,580 personas por atender, por lo que si se supone que ellos atienden 10 pacientes diarios como promedio, en el año podrán atender 2,640 pacientes, lo que implicaría que un salvadoreño promedio tiene la oportunidad de pasar consulta una vez cada diez años.

En cuanto a las enfermeras graduadas, su número ascendía a 1,099 en 1978, o sea que les correspondía en total 4,166 personas, dicho de otra manera, es-

to significa que existían en ese año 2.4 enfermeras por cada 10,000 habitante, como vemos el número de enfermeras es sumamente pequeño e incluso inferior al de los médicos; nuevamente cabe señalar que este recurso difícilmente ha podido incrementarse en los últimos años sobre todo si consideramos los recortes físicos que se le han hecho a la Escuela Nacional de Enfermería.

En lo referente a las camas hospitalarias no sólo su número es bajo, sino que prácticamente ha permanecido estancado en el período 1971-1978, y sin lugar a dudas se ha deteriorado en los últimos años como producto de la guerra; así tenemos que en 1971 era este número de 5,8712 y en 1978 apenas había incrementado a 5,940. La relación de cama hospitalaria por cada mil habitantes se redujo a 1.65 en 1971 a 1.31 en 1978.

Los datos anteriores nos dan una idea del potencial máximo que se dispone en términos de recursos humanos calificados para atender las necesidades del sector pero dice poco acerca de su asignación o distribución efectiva. Asimismo no existen datos concretos para los dos últimos años sobre la asignación de recursos financieros ni a la disponibilidad de equipo técnico ni de medicinas; sin embargo, es válido suponer una disminución de los mismos debido a los recortes que se han efectuado sobre los presupuestos gubernamentales, junto con el establecimiento de prioridades en la asignación de recursos humanos, materiales y financieros que ha ubicado el abastecimiento militar en primer orden de importancia.

Finalmente cabe señalar que otro de los aspectos importantes es el estado nutricional de la población, ya que no puede concebirse una población saludable y desnutrida; en tanto que la nutrición incide en la salud. En el país éste es uno de los problemas más agudos que padece la población, especialmente la población infantil, donde reviste características dra-

Pasa a Pág. No. 336

Tabla No. 5

## El Salvador, recursos humanos especializados del sector salud

Año	Médicos		Odontólogos		Enfermeras Grad.	
	No.	Tasa por 10,000 h.	No.	Tasa por 10,000 h.	No.	Tasa por 10,000 h.
1970	875	2.5	*	—	781	2.2
1971	860	2.4	*	—	850	2.4
1972	860	2.3	96	0.2	872	2.3
1973	983	3.1	116	0.4	978	3.1
1974	1,016	3.0	122	0.4	998	2.9
1975	1,007	2.8	125	0.4	1,005	2.8
1976	1,097	2.8	136	0.4	1,010	2.6
1977	1,216	2.9	155	0.4	1,176	2.9
1978	1,272	2.8	164	0.4	1,099	2.4

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

\* No se dispone información.

Desnutrición en niños menores de 5 años estimación para 1979

Condición	Porcentaje	Número
Desnutrido Grado I	52.3	434,126
Desnutrido Grado II	19.8	164,353
Desnutrido Grado III	2.3	23,242
<b>Total desnutridos</b>	<b>74.4</b>	<b>621,721</b>

Fuente: Primer Seminario Taller sobre educación y nutrición M.S.P. Y A.S. mayo/79.

máticas, sobre todo si se consideran las implicaciones irreversibles que sobre el crecimiento tiene el estado nutricional; observamos para el caso que, de acuerdo a estimaciones del Ministerio de Salud Pública, en 1979 existían 621, 721 niños menores de cinco años que adolecían de desnutrición lo cual representa el 74.4% del total correspondiente a esa edad. (Ver tabla No. 6).

Como ya se señaló, ésta deficiencia es de gran trascendencia en el caso de los niños, ya que afecta considerablemente el desarrollo físico y mental, además de que debilita la resistencia a las enfermedades, al grado de constituirse en causa básica o asociada de mortalidad en el 42.5% de las muertes de niños menores de 5 años, en el área urbana, y 44.4% en el área rural.<sup>12</sup>

Como se ha podido apreciar, la situación de salud de la población salvadoreña es sumamente precaria y está asociada a una insatisfacción creciente de sus necesidades básicas y a condiciones ambientales inadecuadas; todo ello como expresión del proceso de pauperización, señalado en múltiples documentos.

Por otra parte, no ha existido una respuesta por parte del Sistema de Salud, que sea equivalente a las necesidades y demandas hechas al sector; todo lo contrario, se observa una concentración de los

recursos tanto materiales como financieros y una escases de recursos humanos especializados.

Tratar de superar la deficitaria situación de salud de la población implica necesariamente hacer esfuerzos tanto en la redistribución de ingreso, como priorizar la asignación de recursos al Sistema de Salud y su reorientación hacia la atención médica preventiva.

Notas

- 1) Oficina de Planificación del Ministerio de Educación, ODEPOR, San Salvador.
- 2) Citado por **González Flores, N. O.** y otros, "Necesidades Básicas y su satisfacción en la población salvadoreña: Sector Salud". Universidad Centroamericana. Tesis de Grado. Enero de 1980.
- 3) Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1978.
- 4) BID/INTAL, SIECA: El Desarrollo Integrado de Centro América en la Presente Década; Anexo No. 6. 1973.
- 5) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Memoria 1977-1978. El Salvador.
- 6) Ibid.
- 7) Ministerio de Planificación del Desarrollo Económico y Social, La Situación de la Vivienda 1971-1975.
- 8) Banco Mundial, SALUD, Documento de Política Sectorial, Madrid, España, 1975.
- 9) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Boletines Estadísticos, No. s, 4-10, años 1971-1977.
- 10) **Rivas Durán, León**, IV Conferencia de Ingeniería, Ministerio de Obras Públicas, San Salvador, El Salvador, 1979.
- 11) Según el Censo de Vivienda de 1971, en el área rural el material predominante del 5.0% de las viviendas era concreto y mixto; 33% de las viviendas eran de bahareque, 24.6% de adobe, 1.20% de madera, 8% de lámina, 18.4% de paja o plama, 6.2% de otros.
- 12) FAO/SIECA, Perspectivas para el Desarrollo y la Integración de la Agricultura en Centroamérica, volumen I, pág. 12, Guatemala, mayo de 1974.

## BOLETIN

de Ciencias Económicas y Sociales

Departamentos de Economía  
Sociología y Ciencias Políticas  
Universidad Centroamericana  
José Simeón Cañas

Consejo de Redacción

Luis Argueta Antillón,  
Juan José García  
Enrique García Dubón  
Francisco Javier Ibisate  
Aguiles Montoya  
William Pleites

Apartado Postal 668 - San Salvador  
El Salvador, Teléfono 24-0011

El Boletín de Ciencias Económicas y Sociales es una publicación mensual sobre temas económico-sociales, nacionales, centroamericanos e internacionales.

Para suscripciones, canje o envío de materiales, favor escribir a Boletín de Ciencias Económicas y Sociales, Apartado Postal 668, San Salvador, El Salvador.

El valor de la suscripción anual (12 números) es de: El Salvador ₡10.00, Centroamérica: U.S. \$4.00; Canadá, Estados Unidos, México, El Caribe y América del Sur: U.S. \$5.00; Europa y otros

países; U.S.\$8.00. (Envío por correo aéreo), indicar: nombre, dirección exacta, ciudad, país y si fuere El Salvador, número telefónico. Adjuntar cheque o giro a favor de Universidad Centroamericana "José Simeón Cañas".

Se acepta canje por boletines y revistas de Ciencias Económicas y Sociales de cualquier país del mundo. Los trabajos de este Boletín pueden ser utilizados libremente siempre que se cite la fuente.

Las opiniones expresadas en estas páginas son de la exclusiva responsabilidad de los autores.