

Esp
INCAP
ME
013

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
(OPS)
INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA
Y PANAMA (INCAP)

SITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE EL SALVADOR

(UN ANALISIS SOBRE LA BASE DE DATOS RECIENTES)

**Por: Lic. Olga Tatiana Osegueda Jiménez
Economista y Nutricionista**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, AGOSTO DE 1991

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
(OPS)
INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA
Y PANAMA (INCAP)**

**SITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
DE EL SALVADOR**

(UN ANALISIS SOBRE LA BASE DE DATOS RECIENTES)

**Por: Lic. Olga Tatiana Osegueda Jiménez
Economista y Nutricionista**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, AGOSTO DE 1991

INDICE

INTRODUCCION	1
I. GENERALIDADES	1
II. SITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE EL SALVADOR ...	4
A. SITUACION ALIMENTARIA	6
1. <u>Disponibilidad de Alimentos</u>	6
a) <u>Disponibilidad Global</u>	6
b) <u>Consumo Aparente Percápita</u>	9
2. <u>Consumo Real de Alimentos.</u>	9
a) <u>Patrón Alimentario y Consumo</u>	9
b) <u>Calidad de la Dieta</u>	10
B. DESCRIPCION DE LA SITUACION NUTRICIONAL	12
1. <u>Desnutrición Energético - Proteíca</u>	13
2. <u>Deficiencia de Vitamina A.</u>	15
3. <u>Anemias Nutricionales</u>	16
4. <u>Deficiencia de Yodo</u>	17
III MEDIDAS ECONOMICAS Y SOCIALES QUE INCIDEN EN EL ACCESO Y CONSUMO DE ALIMENTOS.	19
A. LA POBREZA, PROBLEMA SOCIAL AGRAVANTE DE LA DESNUTRICION.	19
1. <u>Breve Descripción de la Pobreza en El Salvador</u>	19
2. <u>Acceso a la Canasta Básica de Alimentos</u>	21
B- MEDIDAS ECONOMICAS Y SOCIALES	23
1. <u>Políticas y Medidas que han Afectado la Producción de Alimentos.</u>	23
2. <u>Políticas y Programas Sociales Recientes</u>	25
IV- SERVICIOS DE SALUD, COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS	29
A. SITUACION GENERAL DE LA SALUD.	29

B-	RESPONSABILIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y COBERTURAS	31
C.	PLAN NACIONAL DE SALUD, 1991 - 1994	36
1.	<u>Políticas</u>	36
2.	<u>Estrategias</u>	37
3.	<u>Programas Operativos</u>	38
4.	<u>Programas de Apoyo</u>	38
5.	<u>Proyectos Estratégicos</u>	38
D.	INTERVENCIONES ALIMENTARIO-NUTRICIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD.....	39
E.	NUEVOS PROYECTOS	41

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CUADROS Y GRAFICAS

ANEXOS

INTRODUCCION

Para realizar el presente trabajo, se ha procedido a una recopilación de documentos que contienen información reciente, ya sea en forma directa o indirecta, que permita actualizar el conocimiento sobre la situación alimentaria y nutricional de El Salvador; especialmente a la luz de las medidas de ajuste estructural, que de alguna manera podrían tener impacto en el acceso y consumo familiar de alimentos; así mismo, por la relación entre nutrición y salud, también se ha incluido información sobre la situación de salud, cobertura y calidad de los servicios que se prestan.

La información revisada y analizada, constituye un elemento básico que permitirá apoyar el proceso de planificación en el diseño de acciones efectivas para enfrentar un problema, que en la década de los 80's, ha sufrido un estancamiento en su evolución a la disminución; y más bien denota una tendencia a su agravamiento en detrimento del bienestar de la población, particularmente de las familias más empobrecidas; y dentro de éstas los grupos que, por sus demandas biológicas, son los más afectados: las madres y los niños.

La metodología que se ha seguido, se respalda en los términos de referencia y los pasos han consistido en:

Primer Paso:

Se recopilaron 40 documentos en distintas fuentes, producidos a nivel nacional, centroamericano e internacional. Se recopilaron porque ellos contenían artículos, referencias o datos estadísticos para el caso de El Salvador y en torno al tema central del informe a elaborar.

Segundo Paso:

La documentación se clasificó de acuerdo a su utilidad; descontándose aquellos que no mostraron trascendencia para el presente trabajo. Los demás, se agruparon según el tipo de información contenida, de acuerdo a lo siguiente:

- a) Situación nutricional y salud: Estudios, informes recientes, boletines estadísticos, etc.
- b) Acceso y consumo familiar de alimentos: Estudios, artículos, revistas e informes relativos a la pobreza, al acceso a la canasta básica de alimentos, a precios de los alimentos, etc.
- c) Seguridad Alimentaria: Boletines estadísticos, revistas, cuadernos técnicos, anuarios, estudios, etc.

- d) Información básica general con datos estadísticos o análisis de la situación económica y social del país.
- e) Información sobre el plan de desarrollo económico y social: Planes, revistas e informes.

Tercer Paso:

En esta fase se procedió a la lectura y análisis detenido de los documentos y a la identificación, señalamiento y registro de todos aquellos datos que podrían ser considerados para este trabajo.

Cuarto Paso:

Se procedió a la elaboración del esquema del trabajo y preparación del informe analítico, el cual comprende: a) un análisis de la situación alimentaria y nutricional de El Salvador; b) una caracterización de los efectos, de las medidas económicas y sociales sobre el acceso y consumo familiar de alimentos; y c) la situación de salud, cobertura y calidad de los servicios que la prestan.

Puede apreciarse que existe una buena cantidad de documentos, en los que se reúne una valiosa información que se relaciona con el problema alimentario-nutricional del país o bien, se refiere directamente al mismo. A pesar de esta riqueza de datos en excelentes estudios y trabajos, se han identificado algunas dificultades para los fines de este trabajo, entre las que se pueden mencionar:

- a) la disponibilidad de datos sobre el estado nutricional y con representatividad estadística, datan de 1988, no existiendo estudios recientes o datos provenientes de vigilancia nutricional; ya que esta última recién comienza a implementarse a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- b) en alguna medida, los datos contenidos en los documentos revisados sobre seguridad alimentaria, acceso y consumo, hacen referencia a años o períodos anteriores a la aplicación de las medidas de ajuste estructural.
- c) las publicaciones con estadísticas agropecuarias no contienen datos actualizados sobre balance alimentario (consumo aparente humano); ni se encontró suficiente información como para estimar en forma muy global la disponibilidad de alimentos, para todos los productos de la canasta básica de alimentos. Se observó que no está contemplado en los sistemas y subsistemas de información, datos estadísticos o indicadores mínimos que respondan a las necesidades de la planificación alimentaria que apoye la toma de decisiones, el diseño de políticas en el campo alimentario y la aplicación de acciones.

- d) en algunos casos se han encontrado cifras diferentes dependiendo de la fuente consultada, tal es el caso de los índices de pobreza, datos de población, costos de la canasta ampliada y de la canasta de alimentos; producción de sal y otros datos.

A pesar de las dificultades identificadas, se considera que el esfuerzo ha valido la pena, por cuanto en aquellos puntos en que fue posible se ha actualizado lo relativo a la situación alimentaria y nutricional; así como su relación con la salud. También, el señalamiento sobre las dificultades encontradas obliga a hacer una reflexión ante la importancia que tiene la alimentación y nutrición en el bienestar y calidad de vida de la población, a fin de fortalecer, definir, establecer e incorporar en los sistemas y subsistemas de información los datos estadísticos mínimos indispensables para la construcción de indicadores alimentarios y nutricionales para estar alertas sobre aquellos cambios que puedan afectar el estado nutricional y por ende la salud de la población, particularmente de los sectores en extrema pobreza y pobreza relativa.

Por otro lado, se trae a cuenta que el problema nutricional existente no es de generación reciente y está ligado a la pobreza extrema y pobreza relativa y por consiguiente es afectado por múltiples causas que lo caracterizan como un problema altamente complejo, bastante difícil de erradicar si sólo se atacan sus manifestaciones pero no las causas que lo han venido generando. Al respecto, es satisfactorio concluir que cada vez se nota más interés en la situación alimentaria-nutricional, observándose gran variedad de estudios, lo que es expresión de una preocupación por aportar ideas que ayuden a encontrar las medidas viables que contribuyan a sacar a la población afectada o en riesgo de la situación en que se encuentran. Cabe mencionar, que muchos de estos esfuerzos han sido espontáneos o están respaldados por organismos nacionales, centroamericanos, regionales y multilaterales, los que han apoyado investigaciones y publicaciones sobre el tema, dándole amplia difusión, por la importancia que tiene la formación del capital humano para el desarrollo económico y social de El Salvador.

Se agradece al Ing. Gerardo Merino y Dr. José Adán Montes, así como a todos las personas que me apoyaron en la preparación del presente documento.

I. GENERALIDADES

El Salvador enfrenta una crisis económica y social que se prolonga más allá de una década, agudizada en los últimos diez años entre otros factores por la guerra, la caída de los precios internacionales de los productos de exportación, la elevación de los costos de producción y bajos niveles de inversión ante un ambiente que no la favorece.

De 1970-75 a 1989¹, el Producto Interno Bruto (PIB) creció pobremente, de manera que el PIB ha sido marcadamente decreciente, pasando de 5.4% en 1970 - 75 a una tasa negativa en 1989^{*}; por lo que, el PIB por habitante mostró un descenso de 2.4 a -4.0 para el mismo período. La caída acumulada del PIB representó el 14% respecto a 1978 e hizo que el ingreso per cápita cayera a niveles de hace un cuarto de siglo. El PIB de 1989 representó el 73% del de 1978².

Se considera que para 1989 la economía salvadoreña³, mostraba una clara tendencia al estancamiento, habiéndose profundizado los problemas económicos y sociales. Además del estancamiento en el crecimiento económico, se sumaron el significativo déficit fiscal, el déficit externo y la inflación, la cual golpea duramente a las grandes mayorías de la población.

La crítica persistente es que las medidas de política económica que se han aplicado, no lograron sacar a la economía de su estancamiento y deterioro, lo que permitió que se agudizaran y acentuaran los problemas sociales que ya existían en el pasado, como lo es la pobreza relativa y extrema pobreza producto de la estructura productiva que se fue generando históricamente desde la época colonial y que se fortaleció en el presente siglo.

La crisis económica, la guerra y los factores climáticos (sequías e inundaciones) que ha presentado El Salvador, han incidido en el sector agropecuario, el cual ha mostrado una tendencia decreciente; de manera que la tasa de crecimiento del PIB agropecuario pasó de 3.65% en 1979 a 0.2% en 1989³. Se estima que entre 1980-1984, sólo los daños ocasionados por la guerra alcanzaron cifras superiores a los 625 millones de colones. La guerra y la reforma agraria en su período de adecuación, determinaron un clima de incertidumbre, generando contracción en los niveles de inversión; acentuado por la caída de los precios internacionales y los altos costos de producción. Los rubros más afectados han sido los productos tradicionales de exportación y los granos básicos³. En este último rubro se afectan a más de 200 mil pequeños y medianos productores de granos básicos; así como la alimentación de la población.

* Cifra preliminar

Goitia ³, señala que las repercusiones de la crisis en la agricultura "son muy graves" y manifiesta entre otras no menos importantes las siguientes:

- a) Creciente necesidad de recurrir a importaciones de insumos agrícolas y de alimentos.
- b) Creciente dependencia alimentaria: 27% del consumo interno de cereales, 20% de productos lácteos; así como en las importaciones de hortalizas, frutas, aceites y grasas. En conjunto los alimentos representan el 20% del valor total de las importaciones (170 millones de dólares)
- c) Crecimiento de la ayuda alimentaria, siendo El Salvador el mayor receptor de esta ayuda a nivel centroamericano. El volumen pasó de 4 mil T.M. en 1970 a 315 mil T.M. entre 1983-84. En 1987 su valor fue estimado en 40 millones de dólares.

El desenvolvimiento del sector se vio afectado por el conflicto armado, un sector externo desfavorable y la aplicación de programas de estabilización y ajuste, que no contribuyeron a estimularlo y por el contrario, han tenido efectos negativos o han sido obstáculos a su crecimiento. Entre las políticas o programas con efecto adverso, Goitia menciona las siguientes:³

- Disminución de la demanda agregada y disminución del gasto público real en el sector agropecuario.
- Política crediticia "restrictiva" y "dura" hacia el sector agropecuario.
- Política cambiaria, con tipo de cambio múltiple 1982-85, que tuvo un efecto desincentivador en la producción agrícola
- Estructura de la protección arancelaria con efecto similar, a la anterior.
- Política de control de precio, que desincentivó la producción de granos básicos, al no poder competir con importaciones que se hicieron en el período en condiciones favorables.

Estas políticas y medidas fueron contribuyentes al deterioro de los precios reales y rentabilidad, particularmente observado en los granos básicos.

En ese contexto, resulta interesante resaltar que el problema nutricional que especialmente afecta a los grupos más vulnerables de la población, pertenecientes a los sectores más desfavorecidos, después de haber mostrado una lenta tendencia hacia su disminución (fenómeno observado en Centroamérica a partir de la década de los 70's), a finales de los 80's se presenta con un deterioro en la desnutrición energético proteica en el niño menor de 5 años de edad y en cierta medida en las deficiencias nutricionales, con las secuelas dramáticas que tienen esos problemas en el futuro desarrollo y bienestar de la niñez salvadoreña y de la población de bajos ingresos. Se ha aceptado mundialmente que las altas tasas de desnutrición están estrechamente ligadas a los grandes sectores de población que históricamente han estado marginados a los beneficios del desarrollo económico y social. Estos grupos son los que más se afectan y reciben el impacto negativo de los fenómenos que contribuyen a disminuir la capacidad adquisitiva de la población, la disminución de los salarios reales, la pérdida de empleo, las insuficientes coberturas de los servicios de salud-educación, la disminución en la disponibilidad alimentaria y en fin, son más susceptibles a deteriorar el consumo de una dieta adecuada a sus necesidades biológicas, acentuando el problema ya existente de la subalimentación crónica, agregado a los problemas de salud y saneamiento que interfieren con el aprovechamiento de los escasos alimentos consumidos.

Se ha observado que como consecuencia de la crisis económica de los 80's, agravada por la guerra, los gastos sociales en educación y salud han sufrido una fuerte reducción. En ambos, el gasto público real por habitante descendió (a colones de 1962) como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) de 4.2% en 1960 a 2.5%, representando una variación en el período del 40.5%².

Para el Ministerio de Salud Pública, el gasto real por habitante (colones de 1962), descendió de 14.7 en 1980 a 9.7 en 1991², lo que significaría una variación equivalente al 34%, hecho importante que está indicando lo escaso de los recursos para atender la salud de la población, lo que demanda mayor asignación del gasto público a los sectores sociales, especialmente para compensar los efectos de las medidas de ajuste estructural en la población; tanto en los más pobres como en aquéllos que no siéndolo, pero que por el deterioro en sus limitados ingresos, puedan caer en esas categorías.

II. SITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE EL SALVADOR

El estado nutricional de una población tiene su explicación no en una causa sino en múltiples causas, siendo el resultado de la interacción de diversos factores de índole social y biológica, afectados por factores económicos, teniendo a la pobreza como su principal determinante. La desnutrición y la subalimentación crónica es el resultado de:

- inadecuada o insuficiente disponibilidad y abastecimiento de los alimentos, especialmente de aquéllos que integran la dieta básica de la mayoría de la población. Como se analizará posteriormente, esta disponibilidad y abastecimiento están afectados por diversos factores, especialmente económicos, que de una u otra forma inciden en la producción y comercialización de alimentos, particularmente de los que integran la canasta básica.
- bajo nivel de acceso económico y social, para la adquisición de una canasta mínima de alimentos, lo que no favorece la satisfacción de las necesidades biológicas de las grandes mayorías empobrecidas; debido a su baja capacidad de compra, a su nivel educativo; a sus patrones culturales y a una insuficiente disponibilidad física de alimentos.
- la alta frecuencia de enfermedades infecciosas, diarreicas y parasitarias que son causa de desnutrición al interferir con el aprovechamiento de la energía y nutrientes contenidos en los alimentos consumidos; agravado por las costumbres, hábitos y creencias en torno a la dieta de los enfermos; lo que a su vez se acentúa por el bajo nivel educativo de la población y especialmente por el desconocimiento e insuficiente información de que se dispone en relación a la salud, alimentación y nutrición. La alta frecuencia de esas enfermedades está vinculado a las malas condiciones del saneamiento ambiental, en la que viven grandes porcentajes de población rural y urbana.

El problema alimentario y nutricional ha sido denunciado en el país desde hace más de cinco décadas, de manera que a finales de los años 30's ya se conocía la existencia de un déficit en la disponibilidad alimentaria, expresión de una inseguridad alimentaria y de un problema nutricional que hacía presa a niños y adultos (anexo 1).

A través del tiempo, la desnutrición infantil ha venido descendiendo lentamente como consecuencia de acciones, más que todo, en el campo de la salud (vacunaciones, aumento en el número de establecimientos de salud, control de crecimiento del niño y otras intervenciones); así como de períodos en los que ha habido mejoras en la disponibilidad de granos básicos y mayor capacidad de compra familiar. Sin embargo, los impactos

económicos adversos a la economía familiar, las inadecuadas condiciones del saneamiento ambiental, los limitados espacios para la producción de los alimentos, el empobrecimiento de la tierra y otros factores, siguen contribuyendo a que persista la desnutrición a escasos 9 años del siglo XXI. Pero no solamente se identifican esas variables, sino también el criterio que ha existido en relación a que siendo un problema social, lo debe resolver el sector salud; lo cual ha sido un error de enfoque por cuanto la desnutrición y otros problemas nutricionales, se generan como consecuencia de la interacción de múltiples factores, estando muy ligado a la condición de pobreza extrema y pobreza relativa, las que han existido también desde hace muchos años como producto, según se reconoce, del funcionamiento de la economía.

Pareciera que los índices de desnutrición mejoran, se estancan o deterioran, dependiendo de:

- las decisiones o voluntad política de los diversos gobiernos de hacerle frente a un problema de la magnitud, trascendencia y naturaleza del alimentario-nutricional.
 - el efecto negativo que ha tenido la aplicación de algunas medidas, económicas en la producción de alimentos básicos; reconociéndose que la crisis económica que ha venido enfrentando el país, ha incidido en la producción de granos básicos, siendo éstos los que aportan más del 50% de las calorías que consume la población. Los análisis económicos realizados en torno a la seguridad o inseguridad alimentaria de El Salvador, reconocen que muchos problemas del sector agropecuario, se han agudizado como consecuencia de programas económicos que no tuvieron los efectos esperados. En ese contexto fueron afectados los pequeños productores de granos básicos.
 - la guerra y el desempleo rural han incrementado la migración hacia los centros urbanos, especialmente al área metropolitana de San Salvador, acentuándose los problemas de salud, nutrición, saneamiento, etc. en los cinturones de miseria, en donde se ubica una población que carece de vivienda adecuada, siendo fácil presa de las enfermedades y el hambre.
 - la persistencia de un precario saneamiento ambiental, determinante de enfermedades infecciosas, diarreas y parasitismo intestinal, las cuales producen pérdidas importantes de energía y nutrimentos, cuyos ciclos repetitivos conducen a desnutrición, anemias nutricionales y otras deficiencias no menos importantes para la salud, desarrollo y bienestar de la población.
-

- la casi total desaparición del programa de yodación de la sal, como medida para suministrar con amplia cobertura un nutriente esencial deficitario en la dieta de los salvadoreños, resultado de problemas de funcionamiento, escasez de recursos, aumento de los precios internacionales del yodato, inadecuación del instrumento para el cumplimiento de la ley y reglamento; y la guerra que dura más de 10 años.

A. SITUACION ALIMENTARIA

El Salvador ha sido históricamente deficitario en importantes productos que integran la Canasta Básica de Alimentos (C.B.A.), la que representa un mínimo alimentario para una familia de referencias. Es decir, que la disponibilidad para consumo humano ha sido insuficiente para cubrir la necesidad alimentaria de la población, particularmente en maíz, frijol, alimentos que en conjunto aportan el 58% de las kilocalorías de la Canasta Básica de Alimentos (C.B.A.), de SECONAN⁴ y en la C.B.A. que se está actualizando en 1991 representan el 55%⁵.

1. Disponibilidad de Alimentos

Para realizar un análisis del balance alimentario, es necesario contar con información reciente. Sin embargo, no existen datos actualizados a partir de 1983. Conviene recordar que en el procedimiento para obtener la disponibilidad de alimentos para consumo humano (consumo aparente), se debe de contar con estadísticas tanto por el lado de la oferta, como de la demanda para los alimentos de la C.B.A.

Al no disponer de estas estadísticas, se ha realizado una estimación global para granos básicos por disponer de mayor información; así como para el caso de los huevos de gallina, asumiendo que casi la totalidad de la producción de estos últimos se destina al consumo humano interno. Para los demás alimentos de la canasta básica de alimentos no se contó con datos suficientes.

a) Disponibilidad Global

En relación a la disponibilidad de los granos básicos, el cuadro 1 muestra la evolución de la misma durante 1985-86 a 1989-90. Se nota que la tasa media de crecimiento anual fue de 6.3% para el período. El mayor porcentaje se observó en las importaciones de granos básicos con el 26.5%. El porcentaje

de variación anual de la disponibilidad fue negativa para los periodos 1986-87. En 1987-88, debido a la sequía que se presentó en el año 1987, se observaron pérdidas en granos básicos siendo mayores en el frijol (anexo 2). El Salvador, es considerado uno de los países en Centroamérica que presenta un alto índice de dependencia alimentaria* (cuadro 2) el cual pasó de 7% a 16.8% entre 1985-86 a 1989-90. FAO⁵ estimó para 1987 una relación de autosuficiencia** alimentaria de 68.3% para los cereales y de 63.4% en el frijol. En este trabajo, sin incluir las importaciones de trigo, esta relación se estimó en 96% y 83% entre 1985-86 y 1989-90, respectivamente. En cuanto a la producción de granos básicos, se observa que ésta presentó una tasa de crecimiento media anual del 3.2%

Un análisis de los años 1985-86 a 1989-90, demuestra que para el maíz, arroz y frijol de la dieta del salvadoreño, la producción nacional no ha sido suficiente para satisfacer las necesidades internas; observándose un mayor índice de dependencia alimentaria en el arroz el cual alcanzó el 30.4% en 1987-88 descendiendo a 20.4% para 1989-90. En el maíz y el frijol los índices más altos se identificaron en ese último año, 16.6% y 15.5%, respectivamente (cuadros 3,4 y 5). Los déficits internos se han venido cubriendo en cierta medida a través de las importaciones, especialmente de la ayuda alimentaria que se recibe por medio de los programas de alimentación a grupos y de la comercializable, ya sea de fuentes bilaterales o multilaterales, que incluyen donativos de arroz, frijol y maíz.

En el caso del trigo, el país depende exclusivamente de la importación de este cereal. Según cifras del Banco Central de Reserva⁶ entre 1988 y 1990, las cifras de importación fueron más altas en 1988, como se aprecia a continuación:

Trigo:	Importaciones (Miles Kg.)
1988	105,228
1989	5,716
1990	76,003

* Índice de dependencia = $\frac{\text{Importaciones}}{\text{Disponibilidad de Granos Básicos}} \times 100$

** Relación de autosuficiencia alimentaria (Producción como porcentaje de la disponibilidad global) = $\frac{\text{Producción}}{\text{Producción} + \text{Importaciones} - \text{Exportaciones}} \times 100$

En otros alimentos de la Dieta Básica Promedio (D.B.P.),* como las hortalizas y frutas, también el país es un importador neto y depende casi exclusivamente de las mismas para abastecerse. Sin embargo, produce y exporta algunos productos hacia mercados internacionales. En 1989 el valor de las exportaciones fue de 14.6 millones de colones (9.025.5 miles kg.) y las importaciones de 33.3 millones de colones (87.577.9 miles kg.) en el rubro de hortalizas. En el mismo año las exportaciones de frutas fueron de 0.18 millones de colones (54.8 miles kg) y las importaciones tuvieron un valor de 31.9 millones de colones (130,721.6 miles kg.).⁷

Es oportuno señalar que no se contó con estadísticas completas en verduras y frutas para poder comparar la necesidad con el consumo aparente. En el anexo 3, se presentan cifras sobre importación y exportación en verduras y frutas en las que sólo se incluyeron aquellas que formarían parte de este grupo de alimentos de la Dieta Básica Promedio*. Sin llegar a mayor profundidad, se aprecia que se depende grandemente de las importaciones de estos productos.

Respecto a huevos de gallina, la producción interna de 1989, no cubrió la necesidad alimentaria de la población (8.94kg/persona/año), presentando una brecha de 17,236.6 miles de kg para ese año (anexo 3).

En otros productos de la D.B.P. como leche, El Salvador debe importarla para abastecer el mercado interno y satisfacer la necesidad de ese alimento. Parte de esa necesidad se ha cubierto con donaciones canalizadas a los programas de alimentación a grupos, cuyos beneficiarios en gran mayoría, tienen un bajo acceso a las leches en polvo, especialmente por su precio. Salvador Arias⁸ hace referencia a un índice de dependencia alimentaria en lácteos equivalente al 22.7% en 1986, habiéndose observado una reducción en el consumo aparente entre 1981 a 1986.

En general, el análisis de la disponibilidad global, con las limitantes del caso, hacen presumir que ésta es deficitaria para los productos analizados, reflejo de la inseguridad alimentaria que ha venido caracterizando a El Salvador, particularmente en la última década.

* La Dieta Básica Promedio es el punto de partida para el cálculo de la Canasta Básica de Alimentos (familiar). Con ella se pueden estimar las necesidades alimentarias de la población.

b) Consumo Aparente Percápita

Consecuentemente a los déficits alimentarios, el consumo percápita no satisface lo requerido según la Dieta Básica Promedio.

Según Arias⁸, El Salvador es el país en Centroamérica que tiene los más altos índices de inseguridad alimentaria, presentando altos déficits en los consumos requeridos: "Los déficits globales de El Salvador en cereales y frijol significan el 35 por ciento del déficit total de la región y el 25 por ciento del déficit de leche", así como en otros alimentos básicos.

En general, la disponibilidad para consumo humano no satisface a la necesidad de la población en ese producto, el cuadro 6, muestra que para todos los años, del período existe una brecha alimentaria, habiendo sido su punto más alto en el año 1986-87 y 1985-86 y su punto más bajo en 1989-90. Aún con las donaciones, no se ha satisfecho lo requerido por la población de cada año. Una situación similar se observa para el frijol y el arroz (cuadros 7 y 8). En los años analizados, al relacionar el consumo humano aparente con la necesidad de maíz, se observa que el déficit ha disminuido de un 26.7% a un 5.9%. En el frijol ese déficit es sustantivo, ya que aún cuando ha disminuido de 74.5% a 62.8%, este siempre se mantiene muy alto. En el caso del arroz, la brecha o sea el déficit, se mantiene alto, habiendo aumentado de un 20.9% a un 26.6%.

Con relación al huevo de gallina, éste presentó un déficit equivalente al 35.8% en 1989 (anexo 4).

2. Consumo Real de Alimentos.

El análisis anterior hizo referencia al consumo aparente, pero el estudio alimentario nutricional⁹, realizado en 1988 incluyó una encuesta dietética en los hogares, la cual ha proporcionado información sobre la dieta real consumida, su patrón alimentario, la situación de la subalimentación familiar y del niño menor de 5 años, presentando los resultados para el nivel nacional y por área de residencia, así como la situación nutricional encontrada.

a) Patrón Alimentario y Consumo

El patrón alimentario en cierta forma refleja la conducta alimentaria de la población, influenciada por los aspectos culturales (hábitos, costumbres y creencias), el medio (propaganda), la mayor o menor disponibilidad de alimentos, la capacidad de compra familiar y las preferencias de la población. En el cuadro 9, se muestran

los alimentos habitualmente consumidos por las familias encontradas. Se observa que el maíz sigue teniendo un peso importante en la dieta, siendo el área metropolitana la de menor consumo. La harina de trigo (panes y pastas), se incluye en mayor medida en la metropolitana y bastante menor en la rural. El arroz no guarda mayores diferencias entre áreas de residencia. Los productos lácteos, carnes, huevos, musáceas (bananos y plátanos) y grasas se consumen en más cantidad en el área metropolitana. En cambio la rural presenta los consumos más bajos en lácteos, carnes, huevos, harina de trigo, papas y raíces, frutas, musáceas, azúcares y grasas. Pareciera que el resto urbano presenta una situación intermedia entre la metropolitana y la rural. Se hace notar que en general, en el patrón alimentario se sigue manteniendo el maíz y el frijol; aunque para este último se ha disminuido la cantidad a causa de escasez y de su precio. A pesar de ello, se sigue manteniendo preferencia por este alimento básico en la dieta de todos los salvadoreños, juntamente con las tortillas de maíz blanco.

b) Calidad de la Dieta

Al hacer un análisis de la calidad de la dieta, la ingesta ha reflejado niveles inadecuados para energía (kilocalorías) y para proteínas, hierro y vitamina A. El cuadro 10 presenta la situación familiar por total y área de residencia, en la que la región metropolitana la ingesta de energía presentó el porcentaje de adecuación* más bajo en lo que respecta a la mediana (88.5%). Es conveniente traer a cuenta que en esta área la mayoría de los hogares de la muestra pertenecían "a niveles económicos medio y bajo", debido al rechazo de familias de otros niveles⁹.

Igualmente, el consumo de hierro es bajo y esta situación fue generalizada en todas las áreas de residencia, ubicándose la mediana entre 41.9% (Rural) y 47% de adecuación (resto urbano y metropolitana).

En la vitamina A, su ingesta tampoco fue satisfactoria, variando la mediana de 20% (rural) a 35.8% de adecuación (metropolitana).

Las cifras del cuadro en mención, ponen de manifiesto que la calidad de la dieta es muy baja, lo que es una de las causas directas de la existencia de los grandes problemas nutricionales que afectan a la población. También, es un reflejo de que altos porcentajes de familias enfrentan una situación crítica.

*Porcentaje de adecuación = ingesta como porcentaje del requerimiento o recomendación dietética.

Al clasificar a estas familias de acuerdo a su nivel de ingesta calórica medido por el porcentaje de adecuación, se identificó a un 49.1% que presentaban subalimentación (menos de 90% de adecuación) y a un 20% a nivel muy crítico (menor de 70% de adecuación) (cuadro 11, gráfico 1).

En el caso de los niños de 18 a 59 meses de edad, el cuadro 12 describe la ingesta de energía y de los nutrientes estudiados. Se aprecia que la subalimentación es más grave en el área rural y el resto urbano, en las que los porcentajes de adecuación de la energía consumida fueron de 76.5% y de 82.8%, respectivamente.

En el resto de nutrientes estudiados, hierro y vitamina A, todas las áreas de residencia presentan niveles de ingesta extremadamente bajos, lo que explica la existencia de anemia nutricional y deficiencia de vitamina A en niños menores de 5 años de edad, constituyendo un problema que afecta la salud de esa población. Es interesante señalar que los niños son más afectados, encontrando que casi un 60% presentan subalimentación (menos de 90% de adecuación energética) y que casi 38% de niños entran en la categoría de subalimentación crítica (menos de 70% de adecuación energética), o sea que tuvieron un déficit en su ingesta de 30%. La distribución por áreas de residencia, pone en evidencia que la rural es la más deteriorada (64%), así como el resto urbano (58%). (cuadro 11 y gráfico 2).

El cuadro 13 muestra cómo la subalimentación se va incrementando a medida que aumenta la edad de los niños a partir de los 18 meses de vida. Característica que se encontró generalizada en todas las áreas de residencia. A partir de los tres años de edad el porcentaje de niños subalimentados (menor de 90% adecuación), sobrepasó el 55%, alcanzando su máximo entre los 3 a 4 años con el 68.5%; descendiendo ligeramente en la edad subsiguiente (65.4%). ESANES-88⁹, informó que los niños con subalimentación crítica (menor de 70% de adecuación), alcanzaron porcentajes entre 40% en niños a partir de los tres años de edad y 48% en niños de tres a cuatro años (36 a 47 meses). Esta situación es más grave en los niños de 36 a 47 meses de edad de las áreas rural y resto urbano del país.

Las cifras presentadas son un reflejo de la precaria condición alimentaria a nivel familiar, afectando con particular severidad al niño menor de 5 años de edad, exponiéndolo desde muy tempranamente a una condición insatisfactoria para su normal crecimiento y desarrollo.

La situación alimentaria de los niños, también se ve agravada si se toma en cuenta la duración de la lactancia materna. En general la desnutrición comienza a manifestarse a partir de los 6 meses de edad, siendo el grupo de edad más afectado

de los 6 a 36 meses, lo que está bastante relacionado a las prácticas inadecuadas para el destete (suspensión de la lactancia), tal como se verá más adelante

B. DESCRIPCION DE LA SITUACION NUTRICIONAL

UNICEF en el documento "Ajuste con Rostro Humano"¹⁰, manifiesta que existen pruebas crecientes de que los cambios económicos observados en la década de los 80's, produjeron una "inversión de la tendencia hacia el mejoramiento de la salud, la nutrición y la educación. El deterioro ha sido demostrado en varios países a nivel mundial y en algunos otros... el progreso social ha sido insignificante o su ritmo se ha hecho considerablemente más lento". El Salvador, no ha escapado a este fenómeno, de suerte que si la disminución de la desnutrición de por sí era lenta, en la década de los 80's lo ha sido mucho más; ya que en un período de 14 años (1965 a 1978), la prevalencia de la desnutrición bajó aproximadamente 13 puntos (promedio anual 0.93); en cambio descendió 3 puntos entre 1978 y 1988 (promedio anual 0.3).

El Ministerio de Salud Pública y la Asociación Demográfica Salvadoreña, con la asistencia técnica de INCAP, realizaron un estudio sobre la situación alimentaria y nutricional en el año 1988, año en que también se llevó a cabo el primer Censo Nacional de Talla en Escolares del primer grado de primaria. En 1990, se realizó una encuesta de prevalencia de bocio endémico en escolares de 7 a 14 años de edad. Los tres estudios contaron con la cooperación de organismos como INCAP/OPS, UNICEF, y el AID.

Los resultados de estas investigaciones recientes, indican la persistencia de los problemas nutricionales, particularmente en la población de menores recursos, es decir la más empobrecida.

Tanto estos estudios como los que se han realizado en años anteriores, permiten tener un panorama general de la evolución de los problemas a través del tiempo, dentro del contexto socio-económico por los que ha atravesado la sociedad salvadoreña. La información de los tres estudios anteriores y otros, se resumen en el cuadro 14, en el que se refleja la situación nutricional de la población, especialmente de la más vulnerable.

1. Desnutrición Energético - Proteica⁹ (Cuadro 14)

Aunque el problema de la desnutrición en niños menores de cinco años de edad, ha descendido lentamente en un lapso de 25 años (de 1965 a 1988), el problema sigue persistiendo y al presente en números absolutos hay más niños con desnutrición que en el pasado. Para 1988, se encontró una prevalencia de desnutrición general del 50% y la magnitud en números absolutos hacía esperar en 1990, un total de 436.5 mil niños menores de 5 años de edad, adoleciendo de algún déficit nutricional. En este grupo de población los más afectados son los niños de 6 a 36 meses de edad, representando dos tercios del total de niños desnutridos, denotando que los niños en estas edades, constituyen un grupo de alto riesgo nutricional.

De la población menor de 5 años, el 15.2% eran desnutridos moderados o severos (por debajo de -2 desviaciones estándares). Este porcentaje representó para 1990 un total de 132.7 mil niños desnutridos, quienes estuvieron expuestos a enfermar con un alto riesgo de morir.

Al analizar la forma como se distribuyó este grave problema entre las áreas de residencia, se observó que es en la rural en donde existe más desnutrición moderada o severa (17.5%), lo que es coincidente con las precarias condiciones de vida de las familias campesinas, la escasez de alimentos, el bajo acceso a los alimentos tanto físico como social y económico (limitada capacidad de compra), deficiente saneamiento y alta frecuencia de enfermedades infecciosas, diarreicas y parasitarias; las cuales al hacer presa del desnutrido aumentan su riesgo de morir. Es de hacer notar, que también el resto urbano y metropolitano (básicamente marginal), presentan índices muy altos de desnutrición, demostrando que éste es un problema que está generalizado en todo el país.

En cuanto al retardo en el crecimiento⁹ en niños menores de 5 años de edad, medido por el indicador talla para la edad (T/e), considerando -2 desviaciones estándares, se ha encontrado que existe 30% de niños que ya son víctimas de situaciones sostenidas de desnutrición (261.4 mil niños), reflejo de las deterioradas condiciones socio-económicas de sus familias y del ambiente en que se desarrolla el niño; quienes desde muy tempranamente son afectados en su bienestar y futuro desarrollo.

A nivel escolar, el primer censo de talla realizado en el país en 1988, reveló que en niños escolares de primer grado de primaria,¹¹ existe a nivel nacional una prevalencia del 30% de retardo en talla, indicador que refleja condiciones socio-económicas inadecuadas. Este indicador ha permitido identificar zonas geográficas

más deprimidas nutricionalmente. Es interesante señalar que se encontraron prevalencias de retardo en talla consideradas muy altas (37.1% a 75%) y altas (30.1% a 37.0%). En total son 123 municipios del país que caen en estas categorías, lo que significa el 47% del total (262 municipios) en donde se estima habitan casi un tercio de los habitantes.¹² Si bien éste no es el único indicador de las condiciones socio-económicas familiares; sí constituye uno de los indicadores de las precarias condiciones alimentarias de los hogares de donde provienen estos niños, quienes ya tienen un retardo en su crecimiento como consecuencia de ciclos repetitivos de desnutrición durante su vida menor de 5 años de edad, ocasionados por: subalimentación, prácticas inadecuadas para el destete (edad en que se sustituye la leche materna por otros alimentos), frecuencia de enfermedades que pueden ser controladas por vacunación o por mejoras en el saneamiento ambiental, desconocimiento sobre el manejo adecuado de la alimentación durante las enfermedades; y en fin tantos otros factores ligados en su gran mayoría a la pobreza.

En este panorama, la nutrición de la madre es muy importante para la nutrición del recién nacido. Madres embarazadas subalimentadas pueden tener hijos que nacen con bajo peso, como resultado de una desnutrición intrauterina. Los niños con bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos), tienen mayores probabilidades de enfermar y morir en el primer año de vida; y los que sobreviven si el medio en que crecen no les proporciona lo necesario para un desarrollo adecuado, verán disminuidas sus potencialidades futuras y su bienestar, incrementando la miseria como el problema social más grave que tiene El Salvador.

Según el Plan de Acción de Supervivencia Infantil (1991).¹³, los niños que nacen con bajo peso llega al 16% en el Hospital de Maternidad y al 21% a nivel domiciliar, según reporte de los establecimientos de salud. En cuanto a la madre en lactancia, la insuficiente alimentación materna incide en el volumen de leche producida y en su estado nutricional, el cual puede irse deteriorando cada vez más en la medida en que los embarazos se dan con espacios inferiores a los dos años. Se afecta tanto a la madre como al niño que es desplazado y deja de recibir tempranamente los beneficios de la lactancia materna, como alimento que le proporciona nutrientes indispensables para su crecimiento.

En síntesis, la desnutrición constituye un grave problema de salud pública, cuyo sector debe atender, por lo general, una población que presenta daño nutricional. La naturaleza de este daño determina que su solución no es de exclusiva responsabilidad del sector salud, sino que se requiere del esfuerzo de todos para atacar sus raíces y no solamente los síntomas de un problema social que afecta a altos porcentajes de la población, especialmente la más pobre y dentro de ésta a las madres y los niños, cuyas demandas biológicas son mayores.

2. Deficiencia de Vitamina A. (Cuadro 14)

Diversos estudios nutricionales han demostrado que la prevalencia de hipovitaminosis A en El Salvador es la más alta en centroamérica (INCAP/Ministerio de Salud 1969 Sommer et al, 1975; ADS/MINSALUD/INCAP 1988, ETC) y se presenta como uno de los países en América Latina en el que la hipovitaminosis A, constituye un serio problema de salud pública ⁹.

Los resultados de la última investigación, demuestran que la deficiencia de la vitamina A, ha presentado un deterioro persistente desde 1965-67, período en el que la prevalencia de niveles séricos inadecuados (menos de 20 mcg/dl) de vitamina A en la población pre-escolar era de 31%, alcanzando el 33% en 1978 y un 36% en 1988, equivalente en 1990 a 313.7 mil niños (cuadro 14). Las fuentes de esta vitamina en la dieta son escasas, determinado por los altos precios de productos animales (principal fuente de la vitamina A); los hábitos alimentarios de la población (preferencia por vegetales con bajo contenido de provitamina A, o sea beta carotenos bioconvertibles a la vitamina); baja disponibilidad y altos precios de verduras y frutas; desconocimiento del valor nutricional de los alimentos, selección y preparación de los mismos.

Al agregar los niños con niveles de vitamina A inferiores a los 30 mcg. de retinol/dl, la prevalencia sube al 58% ⁹.

El grupo de edad de 12 a 17 meses, resultó ser la más afectada, presentando una prevalencia del 46% de niños con niveles séricos por debajo de los 20 mcg./dl y de 69% para niños con valores inferiores a 30 mcg/dl⁹.

De acuerdo a la distribución de la hipovitaminosis A por áreas de residencia, la rural mostró un mayor problema con un porcentaje del 40% para valores inferiores a 20 mcg/dl. y 61% para inferiores a los 30 mcg/dl. Al respecto,⁹ existen estudios que señalan que niveles séricos de vitamina A (Retinol) entre 20 y 29 mcg/dl pueden ser considerados como inadecuados para una población que se encuentra en condiciones de pobreza (Underwood 1990). La ESANES - 88 consideró esa experiencia e incluyó ese valor crítico, ya que El Salvador presenta un alto porcentaje de familias en condición de pobreza relativa y pobreza extrema.

Es de hacer notar que la deficiencia de vitamina A, guarda relación con otros problemas de salud. Así, una deficiencia seria puede producir daños oculares causando ceguera permanente de uno o de ambos ojos, contribuyendo a un problema de carácter social que requiere de fuerte inversión social para su adecuada

rehabilitación. Fundamentalmente, la vitamina A es indispensable para la salud de la población y para el crecimiento de los niños.

3. Anemias Nutricionales (Cuadro 14)⁹

En el país no se cuenta con estudios recientes con representatividad sobre anemia nutricional en embarazadas y madres en lactancia. Sí existen datos de 1988 para niños menores de 5 años de edad, proporcionados por ESANES-88.

De cualquier forma, este es un problema que existe desde hace muchos años, que afecta particularmente a mujeres adolescentes, embarazadas, madres en lactancia y niños menores de 5 años de edad. El parasitismo intestinal y el consumo de una dieta con bajo nivel de hierro y folatos, constituyen parte de los factores contribuyentes al problema; agravado por otros factores que se han mencionado en torno a la disponibilidad y acceso de los alimentos fuentes de hierro (animal y vegetal); así como el bajo consumo de folatos y el desconocimiento sobre la preparación de alimentos para una mejor utilización del hierro consumido en los alimentos.

Un estudio del Centro de Investigaciones de Enfermedades Tropicales de América Central (CIETAC-1978), confirmó que la anemia por deficiencia de hierro, es más frecuente en el tercer trimestre de embarazo. La prevalencia encontrada en embarazadas fue de 12.3%, cifra superior al criterio de la OMS para considerarlo como problema de salud pública. La presencia de anemia en el período del embarazo, constituye un factor causante de bajo peso al nacer. Además, el niño nace con bajas reservas exponiéndolo a sufrir de anemia y poniendo en riesgo su salud y sobrevivencia en el primer año de vida, si su peso fue inferior a los 2500 gramos. El número estimado de embarazadas con anemia en 1990 fue de 32.3 mil.

La ESANES - 88 demostró que en el niño menor de 5 años la prevalencia de anemia según el nivel de hemoglobina fue de 23.0% (más de 200 mil niños) y la edad más afectada resultó ser la de 12 a 17 meses con una prevalencia sumamente alta 51.0% de niños con anemia. (Cuadro 14).

La distribución por área de residencia puso de manifiesto que este problema es mayor en el resto urbano (25%), siguiéndole la rural (23%) y la metropolitana (20%). Es decir, que 25, 23 y 20 de cada 100 niños presentan niveles deficientes en las áreas resto urbano, rural y metropolitana, respectivamente.

La anemia, medida por los niveles de hemoglobina, en niños menores de 5 años ha presentado una tendencia ascendente entre 1965, 1978 y 1988, denotando que el problema ha presentado un deterioro.

4. Deficiencia de Yodo (Bocio Endémico)

La manifestación más conocida de la deficiencia de yodo es el Bocio Endémico, popularmente llamado "güegüecho", el cual fue muy común hasta el año en que se puso en práctica la Yodación de sal para consumo humano, como medida que obligaba la ley, para erradicar una deficiencia nutricional que tiene implicaciones serias por sus secuelas. Está demostrado que una deficiencia severa de yodo durante el embarazo puede ocasionar abortos y mortinatos; deformaciones físicas en el niño, sordera, estrabismo, retraso mental y cretinismo en el recién nacido¹⁴.

Diversos estudios realizados en El Salvador, han señalado una alta prevalencia de bocio endémico. Así en la década de los 50's se identificó a nivel escolar; posteriormente, en 1965 la Evaluación Nutricional de la Población, reveló una prevalencia alta de este problema, la que alcanzó un 48% como promedio en la población. En ese entonces, los grupos más afectados eran los adolescentes y adultos jóvenes, y entre éstos los del sexo femenino, presentando un 54% de prevalencia. Más recientemente, en 1990¹⁴ se encontró a nivel de escolares (7 a 14 años de edad) una prevalencia alta del 24.8% (más de 380 mil niños). La deficiencia de yodo produce alteraciones en el "sistema nervioso central, lo que trae como consecuencia la disminución en la capacidad de aprendizaje y por lo tanto un alto índice de repitencia y deserción escolar" y en la vida adulta se traduce "en bajo productividad y fracaso laboral¹⁴.

En relación a este problema, se reconoce que el yodo es un mineral escaso en la dieta del salvadoreño, lo cual está asociado a diversos factores entre los que se identifican: a) pobreza del suelo en este mineral, especialmente en tierras alejadas de la costa, agravado por la degradación y erosión; b) Hábitos de consumo en relación a alimentos provenientes del mar; c) El abastecimiento de los mismos en todos los rincones del país. En general, estos productos son escasos y su precio es alto, por lo que el acceso es limitado; y d) Descontinuación de la yodación de la sal por parte de las plantas salineras, lo que ha determinado que la única fuente de yodo accesible a la población haya desaparecido casi en su totalidad.

Aunque en 25 años no se realizaron estudios específicos para evaluar la situación de la deficiencia de yodo y el impacto de la yodación de la sal, se supone, por experiencia en otros países, que la medida que se aplicó en El Salvador a partir de

finales de 1967 a 1976, tuvo un efecto positivo en la reducción del bocio endémico. Sin embargo, por diversas causas el Programa cayó en una inercia progresiva, agravada por diversos factores entre los que sobresalen:

- a) La crisis económica que determinó menores recursos al sector salud, lo que dificultó los controles cualicuantitativos de la sal y la supervisión.
- b) El Código de Sanidad vigente en esos años, el cual no ofreció un respaldo suficiente para la aplicación de la Ley y el control de la yodación de la sal.
- c) La guerra ha constituido un obstáculo para la continuidad de los controles a nivel de plantas salineras, especialmente en los primeros años del conflicto, generando la discontinuidad del proceso. Al presente se aplican medidas para la importación de sal para el consumo interno (Ley y Reglamento vigente).
- d) La discontinuidad de la coordinación entre los ministerios que se vinculan a la yodación de la sal; así como, en la coordinación interna en el Ministerio de Salud.

En resumen, después de 25 años, el problema persiste debido a la no disponibilidad del nutriente en la sal, particularmente en la última década. Los muestreos hechos en la sal puesta a la venta en mercados, tiendas y supermercados revelaron que en 1977 el 56% de la sal contenía yodo; en 1988, apenas 4 muestras fueron yodadas (3%); y en 1990, a través de la encuesta de bocio, se encontró que un 0.5% de las muestras contenían yodo. Es decir, que a pesar de existir una ley y un reglamento vigentes, no se están cumpliendo las disposiciones establecidas, lo que es uno de los contribuyentes directos a la tasa de bocio endémico encontrada en 1990 a nivel escolar (24.8%).

Es importante señalar que la edad más afectada son los escolares entre 10 y 12 años, en los que se encontró una tasa del 26.2%; también se ha apreciado que a medida que la edad aumenta se incrementa la proporción de niños que presentan bocio grado Ib y II, evidenciando cronicidad en la deficiencia del Yodo¹⁴.

La distribución del bocio endémico por regiones, indica que las Occidental y Oriental, siguen siendo las más afectadas. En general, las áreas rurales de las cinco regiones de salud presentan prevalencias altas: 40.6% en la Occidental; 31.6% en la Oriental; 25.9% la Paracentral; 24.2% la Central y 12.4% la Metropolitana; dando un promedio nacional de 30.6% en el área rural. (Gráfica 3)

El tipo de hocio más frecuente en escuelas públicas y privadas fue el 1a, (Cuadro 15 y gráfico 4).

En conclusión, en El Salvador siguen persistiendo los problemas nutricionales; identificados hace varias décadas, con el agravante que dadas las condiciones por las que ha ido atravesando el país, estos daños muestran tendencias a su deterioro en detrimento de la salud y bienestar de los afectados. Es indudable que el tratar de bajar los índices a niveles aceptables, requerirá de grandes esfuerzos y recursos; así como una eficiente racionalización de los escasos recursos disponibles. Igualmente, la erradicación de los problemas nutricionales deben verse como una necesidad de salud, indispensable para el desarrollo pleno de las potencialidades de la población, haciendo realidad una aspiración del ser humano que es la satisfacción de sus necesidades básicas, entre las que la alimentación y la nutrición son esenciales.

III MEDIDAS ECONOMICAS Y SOCIALES QUE INCIDEN EN EL ACCESO Y CONSUMO DE ALIMENTOS.

Al describir el problema alimentario y nutricional que afecta a altos porcentajes de la población, especialmente aquélla que se encuentra deprimida económica y socialmente, se ha podido ir señalando que existen factores que condicionan o determinan la existencia de los mismos.

En este numeral se analizarán algunos de estos factores que inciden en el acceso y consumo de los alimentos; así como aquéllos que en cierta medida también los afectan, entre los que se destacan la pobreza en que se encuentran gran proporción de familias y algunas medidas económicas y sociales que han podido tener un efecto negativo o positivo.

A. LA POBREZA, PROBLEMA SOCIAL AGRAVANTE DE LA DESNUTRICION.

1. Breve Descripción de la Pobreza en El Salvador

En los últimos tiempos diferentes sectores reconocen que la pobreza no es un problema social de reciente generación, sino que corresponde a un problema de tipo estructural que se ha venido deteriorando con mayor significación en la última década, ante la crisis económica, social y política que viene enfrentando el país desde finales de los años 70's. También se ha reconocido que las medidas económicas de ajuste, inciden negativamente en las familias de bajos ingresos y dentro de éstas, a los grupos más vulnerables: embarazadas, madres en lactancia y niños menores de 5 años de edad.

En el plano internacional¹⁵, se ha señalado que la crisis económica y las medidas severas de ajuste estructural han contribuido a empeorar las ya deterioradas condiciones de vida de la población; lo cual significa una disminución en el consumo de alimentos y por consiguiente se deteriora el estado nutricional y la salud de los pobres de un país. Cornia, et.al. en el documento "Ajuste con Rostro Humano", publicado por UNICEF,¹⁰ hacen referencia a que los programas de ajuste aplicados no realizaron un "esfuerzo explícito por impedir un deterioro aún mayor de la condición humana a corto plazo y a menudo confiaron en los efectos difusores del crecimiento para mejorar la situación a más largo plazo".

Más específicamente Selowsky¹⁶, del Banco Mundial, informa que los indicadores sociales de El Salvador están entre los más bajos de América Latina, siendo un compromiso del programa de estabilización y ajuste estructural proteger a los grupos más vulnerables de la sociedad.

En El Salvador existen, desde hace muchos años, señalamientos sobre la pobreza de grandes sectores en el país, poniendo de manifiesto que ésta es un grave problema social que ha venido generándose como consecuencia de las estructuras y de factores económicos y sociales que la han "profundizado" o "desacelerado", a través del tiempo.

El CENITEC², comenta que a pesar de las diferencias en la metodología o el uso de la Canasta Básica de Alimentos y de la Canasta Ampliada de bienes y servicios, utilizadas para definir las familias por debajo de la línea de pobreza extrema y pobreza relativa, todos los estudios (Briones, FUSADES, MIPLAN, CENITEC) demuestran siempre la gravedad y profundidad del problema.

El cuadro 16, presenta distintas estimaciones de la pobreza en El Salvador, considerando diversas fuentes y años. Dependiendo del costo de la canasta básica de alimentos o de la dieta básica promedio, se han estimado los distintos porcentajes de población u hogares en situación de pobreza, observándose algunas diferencias. Es posible que esas diferencias sean debidas a:

- Los criterios para definir la canasta ampliada no son uniformes.
 - La presentación de dietas básicas promedios alternativas (urbano y rural), en el documento de canasta básica de SECONAN, también ha ocasionado diferencias en las estimaciones.
 - La existencia de otros documentos con criterios diferentes para establecer la canasta básica de alimentos, podría estar contribuyendo a las diferencias encontradas.
-

A pesar de ello, es interesante señalar que las cifras del cuadro mencionado, ponen a El Salvador entre los países que ha visto profundizar el problema de la pobreza. Para 1980, CEPAL informaba que en El Salvador existía un 68.1% de pobreza, siendo mucho más afectada el área rural. Las cifras del Ministerio de Planificación (MIPLAN), aunque más moderadas que las de FLACSO/IICA y el CENITEC, reflejan una agudización de la pobreza urbana, de manera que los hogares en extrema pobreza se incrementó de 29.2% (1989) a 30.7% (1990); y la pobreza relativa pasó de 31.1% a 32.3% en los mismos años, haciendo un total de 60.3% (1988) y 62.7% (1990). Las cifras del CENITEC para 1985 indicaban una mayor agudización, pues estimaban un 80% de hogares urbanos pobres (50% pobreza extrema y 30% pobreza relativa).

Si bien no existen datos recientes sobre la pobreza rural, las cifras para 1985 del CENITEC indicaban que ésta ha alcanzado niveles dramáticos; así estimaban que la pobreza extrema afectaba a un 80% de hogares y la relativa a un 16%, lo que hace un total de 96% de hogares en condición de pobreza. (Cuadro 16), cifra que aún estando sobre estimada, hace suponer un deterioro mayor en el sector rural como producto de la crisis, la guerra, el desempleo, subempleo y los bajos ingresos de la familia rural.

Definitivamente, las familias en condiciones de pobreza, ven afectado el consumo de alimentos por su baja capacidad de compra y por consiguiente su acceso a alimentos fuentes de energía y nutrientes que requieren para satisfacer sus necesidades biológicas, contribuyendo a la subalimentación crónica familiar, determinante de desnutrición. En estas familias se acentúan los problemas alimentario y nutricional, los cuales son agravados por las precarias condiciones de salud, vivienda, saneamiento ambiental, etc.

2. Acceso a la Canasta Básica de Alimentos

Dentro del análisis del problema alimentario y nutricional, es importante hacer referencia a la situación del acceso de la población a los alimentos que integran la canasta básica familiar, especialmente para aquéllos, cuya capacidad de compra se ha visto muy limitada. En este aspecto, los costos de la Canasta Básica de alimentos (C.B.A.) constituyen un buen indicador que permite apreciar el efecto de la inflación en el acceso, así como de la política de salarios mínimos aplicada.

El cuadro 17 muestra el deterioro constante en los salarios mínimos familiares tanto urbanos como rurales, denotando la política salarial adoptada en los años de la crisis. Mientras en el sector urbano en los años 1988 y 89 hubo una variación positiva (19.9% y 8.9% respectivamente), en el área rural ésta fue negativa de -1.5% para 1988 y -0.7% para 1989. En relación a la evolución del costo de la C.B.A., el cuadro 18 demuestra que para todos los años del período 1979 a 1990, éste fue creciente en el área urbana y rural, disminuyendo las posibilidades de acceso a los alimentos básicos para altos porcentajes de población que devengan un salario mínimo. En el cuadro 19, se presenta una comparación de las variaciones anuales de los salarios mínimos familiares y del costo de la Canasta Básica de Alimentos (C.B.A.), notándose -salvo algunas excepciones- que los porcentajes de variación anual de los salarios no han igualado la variación (%) en el costo de la C.B.A., poniendo de manifiesto el aumento en el desequilibrio existente.

Este desequilibrio, se nota en forma objetiva al comparar el costo de la C.B.A. con los salarios mínimos familiares del área urbana y rural. El cuadro 20 señala para el área urbana diferencias positivas entre el costo de la C.B.A. y el salario. Sin embargo, el peso de la C.B.A. expresado en porcentaje respecto al salario, indica que aquélla representa más del 80%, variando de 85.5% en 1985 a 86.5% en 1989. Es decir, que el salario urbano ha sido insuficiente, porque las familias posiblemente deterioran su presupuesto en alimentación para poder satisfacer otras necesidades básicas. En el área rural, la situación se plantea más dramática, ya que el desequilibrio entre ambas variables tiende a incrementarse, excepto en 1986 y 1987 en donde fue un tanto menor.

El CENITEC ¹⁷, hace referencia a que el número de miembros por hogar que trabajan en el período 1979-1989, fue variable tendiendo a disminuir; pasando de 1.72 en 1979 a 1.34 en 1989, lo que ha significado una reducción de 22.1% en el período.

Lo anterior pone de manifiesto que el acceso a los alimentos de una Canasta Básica para una familia de referencia, se ha ido deteriorando constantemente, agravado en unos años más y otros menos, tanto por la política salarial vigente en los años analizados; como por el efecto de la inflación en los costos de la C.B.A.

En términos de la variación en los precios observada en el período 1985 a 1989, en el cuadro 21 se observa que el incremento en los precios ha sido sustantivo, excepto para la sal común (7.7%), producto que no es fuente de energía; pero que sí debiera serlo del yodo. Para los otros alimentos se nota que los alimentos

en general, se han encarecido especialmente en el azúcar, los huevos, la leche (más de 100% de variación) y las frutas. En general, se confirma lo señalado con anterioridad en relación a que existe un deterioro en el acceso a los alimentos, determinado por una disminución en la capacidad de compra familiar, lo cual es un contribuyente más para agravar las ya precarias condiciones alimentarias y nutricionales de grandes sectores de población.

Al respecto según ESANES-88⁹, más del 49% de familias salvadoreñas, presentan subalimentación crítica y deficiente y aproximadamente el 60% de niños menores de 5 años presentan esa misma situación, siendo el área rural una de las más afectadas.

B- MEDIDAS ECONOMICAS Y SOCIALES

Existen medidas económicas que directa o indirectamente han tenido un efecto positivo o negativo en el estado nutricional de la población, en la disponibilidad de alimentos básicos y en el acceso y consumo de los mismos. Así como medidas sociales que también han favorecido una mejor utilización biológica de los alimentos, al incidir en los índices de enfermedades prevenibles por vacunación y en la atención del grupo materno-infantil.

Entre las principales políticas económicas y sociales, caben señalar las siguientes:

1. Políticas y Medidas que han Afectado la Producción de Alimentos.

Algunas políticas y medidas han tenido poco efecto para estimular el crecimiento del sector agropecuario, en la última década, entre las que se mencionan:³

- a) Disminución de la demanda agregada, la que según estimaciones econométricas, fue responsable en un 45% de la caída de los precios reales de los productos agropecuarios entre 1978-86.

La reducción del gasto público real en el sector, determinó que éste fuera incapaz de compensar la disminución observada en la inversión privada a partir de 1979.

-
- b) La política crediticia fue muy "restrictiva" y "dura" hacia el sector agropecuario, durante la década de los 80's y determinó que el crédito real al sector, disminuyera en más del 40% (1980 y 1987). A pesar de esa reducción, la política crediticia mantuvo preferencia por los productos de exportación, habiendo sido menos favorecidos los granos básicos, producidos en gran mayoría por los pequeños productores.
- c) La política cambiaria, con un tipo de cambio múltiple entre 1982 y 1985, también discriminó a la producción agrícola, desincentivó a las exportaciones y estimuló las importaciones, especialmente de granos básicos, manteniendo un tipo de cambio inferior al de otras actividades. El tipo de cambio sobrevaluado en los últimos 10 años, se perfiló como un "sesgo antiagrícola".
- d) La estructura de la protección arancelaria, desincentivó la producción agropecuaria, desprotegiéndola en relación a otras actividades económicas; perfilándose como un freno al desarrollo del sector agropecuario.
- e) La política de control de precios favoreció a la población pero a expensas del sector campesino, uno de los grupos más deprimidos económicamente y socialmente. La política tuvo como efecto el desincentivo de la producción de granos básicos e implicó un subsidio que los campesinos financiaron al consumo de alimentos de la población urbana. De cierta manera, la medida contribuyó a disminuir las presiones de tipo político.

Más recientemente, se comenzó a aplicar medidas dentro de un programa económico para lograr un ajuste estructural, el cual contempla la liberalización y privatización de la economía. Al respecto, el informe anual de 1990 del Grupo Económico y Social del Ministerio de Planificación hace referencia a:¹⁸

- Eliminación de la mayoría de los controles de precios, en los que se incluyó a los granos básicos. La nueva política en relación a estos productos está orientada hacia la liberalización del comercio, eliminando los subsidios y las pérdidas estatales. Asimismo, se informa que esta política ha permitido un nivel rentable para el productor y un aumento de la productividad.
 - Introducción de un mecanismo de "Banda de Precios", aplicado al maíz amarillo para "eliminar el impacto negativo de las importaciones concesionarias y/o donaciones que constituyen una competencia desleal para la producción nacional", debiendo los agricultores aumentar la producción competitiva ante el
-

incentivo de los precios. En 1991 se extenderá al arroz y al maicillo, no contemplándose al frijol porque "no hay una producción internacional que satisfaga los gustos y preferencias" del consumidor nacional.

En 1990, el precio del maíz a nivel consumidor subió en 19.7%, ocasionado por una escasez temporal, producto de la eliminación de exenciones tributarias a la importación del maíz y a la depreciación del tipo de cambio que aumentó el costo de las importaciones. Por otro lado, debido a una sobre oferta determinada por una importación coincidente con la entrada de la cosecha nacional, se produjo un descenso en el precio del maíz, obligando a aplicar medidas de emergencia para que los precios no sobrepasaran el piso mínimo fijado por la Banda de Precios.¹⁸

Por otra parte, diversas opiniones consideran que las medidas a corto plazo aún no favorecen ni a los pequeños agricultores ni al acceso a la canasta básica familiar. En este aspecto, cabe mencionar el efecto inflacionario del primer momento señalado al analizar la evolución de los costos de la C.B.A., el deterioro de los salarios reales y el impacto negativo en la capacidad de compra familiar para los alimentos mínimos indispensables.

2. Políticas y Programas Sociales Recientes

Por la experiencia de otros países con estrategias o programas de ajuste estructural, se reconoce que éstos conllevan un alto costo social, afectando en mayor medida a aquellos grupos de población vulnerables y a las familias en situación de pobreza.

La crisis económica, política y social, ha tenido repercusiones negativas en la situación de salud y nutrición de la población. En ese contexto, se ha observado una reducción del gasto público en salud, determinando que los recursos sean insuficientes para la prestación de servicios de calidad y con coberturas aceptables. (Ver Anexo 5). Sin embargo, en cierta medida, se cubrieron algunas de las necesidades, a través de donaciones y del presupuesto extraordinario.

La política social actual del Gobierno tiene como propósito iniciar un proceso sostenido para lograr la erradicación de la pobreza, ya que más del 50% de las familias se encuentran en esa condición. Se orienta a:

-
- a) En el corto plazo a aplicar medidas compensatorias que minimicen el impacto negativo de las medidas de estabilización y ajuste estructural, teniendo prioridad los grupos vulnerables, especialmente los pertenecientes a las familias en pobreza extrema².
 - b) A mediano plazo, se sentarán "las bases para un desarrollo sostenido en el tiempo" ².
 - c) A largo plazo, el Plan de Desarrollo Social será consecuente con la satisfacción de las necesidades de los más necesitados, facilitando su acceso, en igualdad de condiciones, a los beneficios del desarrollo económico y social ¹⁹.

Dentro de esta política, se identifican medidas y programas entre los que existen algunos que se vinculan al acceso y al consumo de alimentos en forma directa.

Los programas de emergencia son los siguientes:

a) Programas de Emergencias

- Emergencia: Desarrollo Comunal Urbano.
- Plan Oriente/89: Energía, Agua, Servicios de Salud, Servicios Escolares, Calles, Puentes, Crédito a Pequeños Empresarios y Agricultores, Asistencia Agropecuaria y Otros.
- Alimentario Nacional, conformado por distribución de alimentos a una población objetivo: materno infantil, escolares y trabajadores sin empleo o de bajos ingresos (alimentos por trabajo). Su propósito es la alimentación complementaria.

Estos proyectos alimentarios venían de arrastre desde la década pasada y han sido retomados por el actual Gobierno, como programas emergentes compensatorios.

- Apoyo a la Canasta Básica, justificándose por la disminución que ha sufrido el ingreso familiar en términos reales. Su propósito es proteger el ingreso real familiar de acciones especulativas en el mercado, las bajas en la productividad y los desastres naturales; contemplándose acciones en el abastecimiento de
-

alimentos de la C.B.A., creación y mantenimiento de reservas estratégicas, políticas comerciales que protejan al productor privado cuando hay abundancia y al consumidor en períodos de escasez.

- **Vivienda**: Colocación de recursos a través del sistema de ahorro y préstamo necesarios para la construcción de viviendas.
- **Trabajo Temporal**: Por estacionalidad de labores del campo, se pretende dar respuesta generando empleo estacional beneficiando a comunidades con pequeñas obras de infraestructura.
- **Fortalecimiento del Presupuesto Familiar** para favorecer a familias de bajos ingresos, siendo su estrategia la modificación de la tabla de impuesto sobre la renta, elevando la base imponible (pasó de 12 mil a 18 mil)

b) Otros Programas Compensatorios

En estos programas se incluyen los siguientes:

- **Salud y Nutrición**, cuyos objetivos son garantizar el abastecimiento de medicinas y servicios primarios; así como proporcionar alimentos a los sectores más vulnerables.

Entre sus acciones se contempla asegurar la internación y distribución de donativos; y la importación de medicamentos genéricos, a fin de abaratar los precios al público en general.

- **Educación**, siendo su objetivo "el mejoramiento emergente de los servicios de educación.
- **Apoyo a las Comunidades**: Su propósito es "superar y eliminar las causas de marginalidad .." en las comunidades.

c) Planes Sectoriales

- Entre los planes sectoriales se identifican el de Salud el que hace referencia a la descentralización y desconcentración de los servicios, desarrollando gradualmente los SILOS en el marco de un Sistema Nacional de Salud; dando prioridad a la medicina preventiva, a los mecanismos de coordinación, al reforzamiento de las áreas de nutrición y materno-infantil, reforzamiento del primer nivel de atención de salud, etc. ¹⁹.
-

- En relación al sector alimentación y nutrición se identifican dos subprogramas, siendo éstos:

- a) **Subprograma Alimentario**, el que orienta sus estrategias y objetivos a un sistema de precios libres de controles; apoyo a la dieta de los más necesitados, coordinación entre actividades públicas y privadas para garantizar que los alimentos donados lleguen oportunamente; focalización a los grupos con mayores carencias nutricionales; evitándose desestimular la producción interna. Entre sus objetivos se señalan: la compatibilización de la ayuda alimentaria con los requerimientos nutricionales y los hábitos de consumo; aumento de la disponibilidad per cápita; y mejoramiento de la capacidad del Gobierno para manejar la ayuda alimentaria.

Entre sus objetivos se hace referencia a que la ayuda alimentaria a grupos de población debe ser focalizada a las áreas geográficas con mayor deficiencia alimentaria y nutricional; la ayuda comercializable no deberá desestimular la producción interna, debiendo compensar el déficit en aquellos alimentos que lo fueran; liberalización de los precios para estimular la producción interna, coherentemente con el plan económico; asistencia técnica a los productores de alimentos con especial atención a los que presenten retraso tecnológico; e integración de una instancia interministerial rectora de la alimentación.

- b) **Subprograma Nutricional**: Entre sus objetivos se establece disminuir la desnutrición en niños menores de 5 años, embarazadas, madres en lactancia y escolares; disminución de las deficiencias nutricionales específicas; modificación de las prácticas alimentarias inadecuadas; y mejoramiento de la capacidad institucional de respuesta ante la magnitud e implicaciones del problema nutricional. Las políticas se definen en función de esos objetivos, contemplándose: alimentación complementaria, fortificación de alimentos de consumo masivo con nutrientes deficitarios (azúcar y sal); suplementación a casos de mayor severidad en forma individual y en campañas como medida transitoria; y, educación alimentario-nutricional. A nivel hospitalario se contempla dar asistencia alimentario-nutricional integrada a la atención médica.

Su población objetivo es la materno-infantil quienes serán un grupo prioritario para la atención nutricional. Además, se busca fortalecer la capacidad institucional en el área de nutrición en aspectos como el sistema de información "para orientar oportunamente la toma de decisiones" y apoyar la ejecución de las acciones alimentario-nutricionales.

IV- SERVICIOS DE SALUD, COBERTURA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS

A. SITUACION GENERAL DE LA SALUD.

El Plan Nacional de Salud, en su parte diagnóstica hace referencia a la situación de salud, cuyo resumen es el siguiente:²⁰

1. Crecimiento de la población

La tasa de crecimiento de la población sigue siendo alta, a pesar de haber bajado en 1.3% entre 1980 - 1987.

En 1990 la población se estimó en 5.2 millones de habitantes, con una densidad por km² de 240, afectadas por la difícil situación socio-política y el movimiento migratorio interno y externo.

2. Mortalidad

	A Ñ O S			
	1980	1986	1989	1990
Mortalidad General. (x 1000 habitantes)	11.0	10.8	n.d.**	8.4
Mortalidad Infantil (x 1000 nacidos vivos)	73.0	58.0	n.d.**	55.0
Mortalidad 1-4 años *	7.4	5.1	1.4	n.d.**

La tasa de mortalidad general y específica, está influenciada por el conflicto bélico, determinando un elevado número de muertes por la violencia afectando en mayor medida al sexo masculino en el grupo de jóvenes. La violencia ha estado entre las primeras cinco causas de defunción a partir de 1978.

** n.d.: No datos

* No especificada la tasa.

Entre las principales causas de defunción en niños menores de un año y de 1 a 4 años de edad, siguen manteniéndose las infecciones gastrointestinales y las respiratorias, e incluso algunas enfermedades prevenibles por vacunación (sarampión en 1990).

La mortalidad materna fue de 1.4 por mil nacidos vivos en 1989, la más alta en Centroamérica y la esperanza de vida al nacer, se estimaba en 62.2 años en ambos sexos, en la mujer 66 y en el hombre 58 años para el período 1985-90.²¹

3. Morbilidad

En el quinquenio 1985-1989, la morbilidad infantil no presentó cambios importantes en relación al parasitismo, la influenza, las enfermedades diarreicas y la disentería amebiana, las cuales siguen ocupando los primeros lugares; en cambio las enfermedades prevenibles por vacunación "se han alejado de las primeras cinco causas de morbilidad".

Además, es importante señalar la relación estrecha entre nutrición y enfermedad: la desnutrición prolonga la enfermedad y aumenta el riesgo de muerte y las enfermedades infecciosas y parasitarias agravan la desnutrición.

El porcentaje de consultas por morbilidad en niños menores de cinco años fue de 53% y el de parto institucionales en relación a los nacimientos registrados fue de 34% en 1989.

También el Plan de Salud, considera que a raíz del conflicto bélico, se dan problemas de agresividad y ansiedad, contribuyentes, en parte, a la violencia. Igualmente, la invalidez constituye un importante problema de salud, cuya atención se ve limitada por la escasez de recursos.

La ESANES-88 demostró que en los últimos 15 días, anteriores a la encuesta, la prevalencia de diarreas en niños menores de cinco años fue de 39% y que la de infecciones respiratorias agudas alcanzó el 69.5%, en los niños estudiados.⁹ El grupo de edad más afectado por la diarrea son los niños de 12 a 17 meses, cuya prevalencia es más elevada en el área rural. En las IRA, la prevalencia es alta en todas las edades y áreas de residencia. (Anexo 6)

4. Otros Indicadores de Salud

Cifras encontradas por ESANES-88, muestran la siguiente situación:

- Apenas un 28.4% de hogares rurales disponen de abastecimiento de agua, el resto 71.6% no cuenta con sistemas adecuados. El área metropolitana en un 96.3% y el resto urbano en el 86.7%, presentaron un abastecimiento adecuado de agua.
- Un 39.5% de hogares rurales no tiene una adecuada disposición de excretas, en cambio en la zona metropolitana y el resto urbano disponen de inodoros o letrinas (95.2% y 94.6%, respectivamente), significando un inadecuado saneamiento básico rural.
- En relación al hacinamiento, se encontró que este problema es mayor en el área rural (84%), siguiéndole el resto urbano (70%) y la metropolitana (64%), considerando más de 3 personas por habitación. Al tomar en cuenta a cinco o más personas los porcentajes fueron 53.2%, 43.2% y 42.0%, respectivamente. Esto denota otro problema social de importancia. El déficit habitacional acumulado estimado era de 600.0 mil viviendas en 1990.²⁰

B- RESPONSABILIDAD DE LA PRESTACION DE SERVICIOS Y COBERTURAS

Teóricamente los servicios de salud se prestarían según una estructura porcentual así:
20

- | | |
|--|-------|
| - Instituto Salvadoreño del Seguro Social: | 12.5% |
| - Ministerio de Salud: | 80.0% |
| - Subsector privado: | 7.5% |

Sin embargo, un estudio reciente sobre la demanda de servicios de salud, en el que se incluye la consulta externa, muestra que ésta se ha distribuido de la siguiente manera:

- Subsector privado:	45.2%
- Ministerio de Salud:	39.8%
- ISSS	12.7%
- Otras Instituciones	2.3%

En cambio para la hospitalización la demanda se distribuyó, así: ²⁰

- Subsector privado:	9.4%
- Ministerio de Salud	75.5%
- ISSS	12.6%
- Otras Instituciones	2.5%

Por otra parte, ese mismo estudio demostró que los establecimientos del Sistema, presentaron indicadores bajos de óptima accesibilidad geográfica. Apenas el 25.5% de las consultas se dieron en lugares de buena accesibilidad, presentando las mejores tasas de accesibilidad el área "Resto Urbano" (40%).

En términos de la hospitalización, el 5% de la población lo hizo una vez en el último año, observándose la cobertura más alta en las mujeres mayores de 15 años; y en el área metropolitana de San Salvador (AMSS).

Los servicios de hospitalización, están ubicados en lugares más distantes que los de consulta externa. El ISSS ofrece un porcentaje mayor de "atención hospitalaria adecuadamente accesible" (43% de las hospitalizaciones del ISSS) y el subsector privado presentó un 40% de sus pacientes a menos de 30 minutos de su residencia.²²

En general, las coberturas de los servicios de salud se consideran bajas, no habiéndose logrado niveles satisfactorios en lo relativo a la atención materno-infantil, nutrición, saneamiento y otros servicios importantes para la salud; excepto, en las inmunizaciones, cuyo programa alcanzó en 1990, una cobertura del 80% en los niños menores de 5 años de edad.¹⁷

Entre los principales problemas que menciona el Plan Nacional de Salud, como incidentes en la atención de salud están:²⁰

- "Crecimiento desordenado de la población urbana marginal y de la población dispersa en el área rural.
- La persistente brecha entre la oferta y la demanda de servicios, originado por el crecimiento acelerado de la población y el lento desarrollo de la infraestructura de salud.
- Restricciones financieras y dificultades administrativas.
- Alta concentración de profesionales de la salud en las áreas urbanas, particularmente en San Salvador.
- Deficiente mantenimiento de la infraestructura de los establecimientos de salud.
- Prolongado cierre de algunos establecimientos de salud en zonas conflictivas.
- Insuficientes recursos destinados a la atención de salud; así como su inadecuada distribución".

Se agrega a lo anterior, problemas que afectan la asistencia social, entre los que se mencionan:

- Limitado y deficiente sistema de asistencia social.
 - La población de la tercera edad no cuenta con un marco legal para su atención, ni programas que fortalezcan dicha atención.
-

- Desintegración familiar originada por factores diversos: Maltrato a los menores, abandono del hogar, alcoholismo, drogadicción y los que alteran la salud física y mental de las mujeres, como la violación y el aborto".

La "Evaluación de las Condiciones de Eficiencia en los Servicios Materno-Infantiles de El Salvador", realizado en 1989 con la cooperación de INCAP/OPS, UNICEF y AID-APSISA, demostró que los servicios prestados a la población materno-infantil no alcanzaban niveles de eficiencia satisfactorios.*

Los resultados encontrados a nivel global fueron:²³

	Nivel de Eficiencia (%)
Unidades de Salud	52.9
Consulta Externa Pediátrica	52.6
Hospitalización Obstétrica	49.9
Consulta Externa Obstétrica	49.6
Hospitalización Neonatología	47.6
Puestos de Salud	47.5

Se observa que las condiciones de eficiencia se ubican en el nivel regular, más cercano al límite de ineficiente. En la consulta externa pediátrica, las diferencias observadas entre regiones están influenciadas por la baja eficiencia en educación y supervisión: 34.9% en la Occidental y 67.5% en la Paracentral.

En los puestos de salud las diferencias regionales, han sido determinadas por las bajas condiciones de eficiencia en supervisión (0.5%) y en planificación y organización (32.6%); así sucesivamente, los diferentes servicios han presentado niveles regulares de eficiencia, influenciado por: educación, supervisión, planificación, organización; y en suministros (Neonatología).

Los componentes del Programa Materno Infantil, tampoco mostraron niveles adecuados, observándose lo siguiente:

-
- * -Nivel de eficiencia aceptable (global o por categoría): de 80% y más.
 - Nivel regular: 41 - 79%
 - Nivel ineficiente: de 40% y menos.
-

a) Materno

Se cuenta con equipo y suministros pero es notoria la deficiencia en cintas métricas y fetoscopios.

La supervisión es deficiente e igualmente la capacitación al personal, siendo baja la cobertura para el personal de auxiliares de enfermería y A.R.S.

Aproximadamente tres cuartos de los establecimientos cuentan con normas. En educación para la salud, se da énfasis a las entrevistas y menos a las charlas grupales.

b) Rehidratación Oral

La mayoría de establecimientos estudiados contaban con normas, pero no existían para la referencia en casos de complicaciones. Un 80% tenían el suministro y equipo necesario. El área de supervisión fue crítica y sólo en un tercio de establecimientos se daban charlas grupales.

c) Inmunizaciones

El equipo y suministros fue bastante aceptable. En el 46% de los establecimientos se registra la temperatura, el 71% tienen termómetro para el refrigerador y en el 62% de Unidades de Salud, la supervisión sólo revisa la cadena de frío. Hay buena cobertura de capacitación, excepto en voluntarios y educación a grupos.

d) Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Existía buena disponibilidad de medicamentos y normas de clasificación. La capacitación fue baja y la supervisión pocas veces analizó la cobertura del programa.

Todo lo anterior pone de manifiesto que han existido deficiencias en la prestación de los servicios Materno-Infantiles, identificándose áreas de gran debilidad.

C. PLAN NACIONAL DE SALUD, 1991 - 1994 ²⁰

Basado en el mandato del Art.65 de la Constitución de 1983, el Art. 42 del Reglamento Interno del Organo Ejecutivo y el Art. 3 del Reglamento Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se elaboró el Plan Nacional de Salud.

Su objetivo establece:

- "Fomentar, proteger y restaurar la salud de la población a través de la atención integral a las personas y al medio ambiente con la participación de la comunidad y de otros organismos gubernamentales y no gubernamentales".

Para alcanzar ese objetivo, el Plan define políticas, estrategias, programas operativos, programas de apoyo y proyectos estratégicos; así como los mandatos de instrumentación.

1. Políticas

a) Política de Gobierno

La política de desarrollo social se orienta a corto plazo a evitar el incremento de la extrema pobreza y a aliviar las necesidades urgentes de la población. A largo plazo está enfocada a la erradicación de la extrema pobreza y propiciar el desarrollo integral del ser humano, propiciando igualdad de oportunidades.

b) Política de Salud

Define el mejoramiento del estado de salud de la población, a través del desarrollo de programas que se dirigen a problemas prioritarios en función del riesgo de grupos vulnerables, coordinando con otras instituciones "para utilizar de la mejor manera posible" los recursos disponibles.

c) Desarrollo de las Políticas de Salud.²⁰

- Mejorar el estado de salud con programas dirigidos a los problemas prioritarios en función del riesgo, con énfasis en la prevención y ejecución de acciones de promoción, educación para la salud, protección, curación y rehabilitación.
 - Coordinación para la conservación y mejoramiento del medio ambiente.
-

-
- Coordinar las acciones de las diferentes instituciones del sector para lograr en el mediano plazo un Sistema Nacional de Salud, siendo el ente coordinador el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
 - Mejorar la capacidad de respuesta del Sistema de Salud, articulando programas y actividades del MINSALUD, ISSS y otras instituciones, consolidando las acciones de atención primaria aplicando la programación local.
 - Agilización del proceso de desarrollo institucional, considerando acciones de descentralización y desconcentración que faciliten la administración de los recursos a nivel regional y local.
 - Impulso a la adecuación de los recursos humanos del sector (continuidad, superación e incentivos).
 - Racionar la utilización de los recursos financieros y promover la participación económica del sector privado. Mejorar los mecanismos de obtención y uso de recursos externos según fines específicos, objetivos y prioridades del Plan.
 - Racionalizar la utilización de recursos materiales.
 - Colaborar con otros sectores y MIPLAN para la reformulación y desarrollo de la Política Nacional de Población.
 - Armonizar la cooperación externa en función a las prioridades nacionales.

2. Estrategias

Las estrategias para el cumplimiento de los objetivos de política son:²⁰

- Extensión de la cobertura a toda la población
 - Mejorar la capacidad de resolución de los niveles de atención.
 - Descentralización
 - Desarrollo institucional
 - Fortalecimiento financiero
 - Coordinación inter-institucional e intersectorial (MSPAS, ISSS, privados, ONG'S, ANDA, CEL, Educación, Agricultura, Municipalidades, etc.).
 - Coordinación de la cooperación externa.
-

3. Programas Operativos

a) Atención a las Personas:

- Materno Infantil y Planificación Familiar
- Asistencia Médica
- Nutrición
- Salud Bucal
- Salud Mental

b) Atención al Medio Ambiente

- Saneamiento Ambiental
- Control de enfermedades transmisibles por vectores.
- Saneamiento Básico Rural.

4. Programas de Apoyo

a) Apoyo Técnico

- Educación para la Salud
- Epidemiología
- Laboratorio
- Información

b) Apoyo Administrativo

- Programa global de apoyo administrativo
- Formación y Desarrollo de Recursos Humanos
- Programa de Personal
- Financiamiento
- Conservación y mantenimiento de infraestructura y equipo.
- Insumos para la salud.

5. Proyectos Estratégicos

- a) Vacunación Universal
 - b) Prevención y Control del SIDA
 - c) Atención de salud en Casos de Desastres
 - d) Prevención y Control de la Malaria
 - e) Deficiencias Nutricionales Específicas
 - f) Salud Comunitaria
-

D. INTERVENCIONES ALIMENTARIO-NUTRICIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD.

Las intervenciones están en función al riesgo nutricional de la población materno-infantil y de la población general del país. Las intervenciones contemplan actividades de prevención a través de la protección de los grupos vulnerables y actividades orientadas a la recuperación de la desnutrición y de las deficiencias nutricionales específicas que afectan a la población. Así mismo, están enmarcadas en el Plan Nacional de Salud.

Las intervenciones son las siguientes: ¹²

1. Alimentación Complementaria

Está dirigida al grupo materno-infantil, siendo sus actividades principales:

- Entrega de una ración familiar de alimentos, consistente en: 20 libras de arroz, 13 libras de leche, 10 libras de frijoles y medio galón de aceite (1.9 litros), haciendo un total de aproximadamente 47 libras, representando un buen aporte calórico y proteico a la dieta familiar y de los niños menores de 5 años atendidos. En 1990,²⁴ se atendieron a 276,843 beneficiarios, pertenecientes a 92,281 familias de bajos ingresos, aproximadamente entre 10% y 15% de cobertura en relación a familias pobres.
- Monitoreo del crecimiento físico de los niños, para el cual se elaboró el manual respectivo, se adecuaron los gráficos de crecimiento y se capacitó al personal ejecutor. (1999 y 1991).
- Educación Alimentario-Nutricional a madres o responsables de los niños menores de 5 años atendidos, orientando sobre temas de salud, nutrición y alimentación. Debido a la debilidad de la acción educativa en los niveles operativos y como producto del Estudio sobre el Uso Intrafamiliar de los Alimentos Donados, se han elaborado Guías Educativas para ser utilizadas a nivel comunitario, contándose para ello con la cooperación de INCAP/OPS. Al presente, se está por entrar a una fase de validación del material, previa a la extensión a nivel nacional.

Los alimentos que se distribuyen son donados por el Programa Mundial de Alimentos (PMA), a partir de 1990 con el Proyecto "Desarrollo de la Educación y Cuidados de Salud Preventiva. Componente Salud (Proyecto PMA/ELS/3886)".

2. Suplementación con Nutrientes Específicos

A través de la Atención Materno-Infantil, se proporciona sulfato ferroso como medida para controlar y prevenir anemias nutricionales.

Sin embargo, existen establecimientos que no cuentan con recursos de laboratorio, haciendo necesario la identificación de procedimientos que permitan dar mayor apoyo a esta actividad y uso del suplemento.

También, se ha distribuido megadosis de Vitamina A, en cápsulas de 200 mil unidades, a niños entre 1 y 6 años de edad. La intervención se ha realizado a partir de 1988.

3. Fortificación de Alimentos

a) Azúcar con Vitamina A

Recientemente se ha fortificado el azúcar de consumo interno con vitamina A para un volumen aproximado de 2.0 millones de quintales (azúcar de safra 1990-91). El mayor costo de la fortificación lo absorbió el Gobierno, al contar con fondos provenientes de una donación del Gobierno Japonés, fondos del propio Gobierno, la cooperación de INCAP (asistencia técnica, equipo y algunos materiales) y de UNICEF (materiales).

La medida no es considerada de carácter permanente, pero requiere su mantenimiento en tanto no aumente el consumo de alimentos fuente de vitamina A o de beta carotenos bioconvertibles a ese nutriente. Si no se continúa con la fortificación por falta de recursos, se deberá seguir con las distribuciones de megadosis a niños de 1 a 6 años de edad, debido a la importancia que tiene para la salud.

Lo anterior requiere que se diseñen y apliquen actividades educativas, dirigidas a promover el cultivo y consumo de verduras fuentes de esa vitamina. En ese esfuerzo, deberán de participar otros sectores involucrados como agricultura, educación, ONG'S, etc.

b) Yodación de la sal

Habiendo casi desaparecido el programa y dada la importancia que el yodo tiene para la salud, se tiene el propósito de lograr su reactivación, en cuyo proceso es indispensable la participación del sector salinero y de instituciones del Gobierno.

Como medida de corto plazo, se han realizado gestiones para la consecución de aceite yodado para distribuirlo a grupos de población con alto riesgo de sufrir la deficiencia de yodo. El estudio reciente sobre el bocio endémico, permitirá identificar las regiones que más necesitarán este apoyo, mientras se logra la yodación de la sal como medida de tipo permanente.

4. Subcomponente Nutrición del Proyecto Fortalecimiento de los Sectores Sociales, Componente Salud

Dentro del préstamo del Banco Mundial, se ha considerado el fortalecimiento del Programa de Nutrición, como un subcomponente de la atención primaria. En el Subcomponente, se contempla fortalecer la capacidad de respuesta institucional en lo referente a la atención nutricional del grupo materno-infantil.

E. NUEVOS PROYECTOS

Como proyectos compensatorios y que son condiciones para los desembolsos del préstamo con el BIRF para el programa de ajuste estructural, están:

- Galleta Nutritiva, a ser distribuida a párvulos y escolares, bajo la responsabilidad del Ministerio de Educación, debiendo iniciarse en el presente año en los 78 municipios prioritarios.
- Complementación de la Alimentación Infantil a través de Mezclas de Alto Valor Nutricional (Alimentos para el Destete), bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, cuyo plan piloto (aceptabilidad y valor nutricional) deberá ser iniciado en septiembre de 1991. La mezcla seleccionada será producida con materia prima nacional por la empresa privada, distribuida a través de los establecimientos ubicados en los 78 municipios prioritarios (prevalencia muy alta de retardo en talla en niños escolares y alta incidencia en diarreas).

Actualmente, está en proceso el estudio de factibilidad. Sus beneficiarios serán niños entre 6 y 36 meses; y deberá promoverse la lactancia materna.

- Cupón Alimentario, cuyo compromiso está previsto para 1992. El proyecto está en proceso de diseño, bajo la responsabilidad del Ministerio de Planificación y como entidad operativa se contemplan los establecimientos de salud. Este tipo de programa se ejecutó en Honduras y Costa Rica como Plan Piloto, como parte de los compromisos con el Banco Mundial, no conociéndose los resultados de esa
-

experiencia a nivel de países que lo han ejecutado, excepto Colombia en la década del 80 y cuya modalidad fue diferente al propuesto para El Salvador. Sus beneficiarios serán madres y niños pertenecientes a familias pobres a quienes se les proporcionará un cupón que tendrá cierto valor que supuestamente reforzará el presupuesto de alimentación, sin seguridad que así sea en la práctica.

Los proyectos anteriores son compromisos adquiridos ante el Banco Mundial por el Gobierno en carácter compensatorios, sus costos son elevados y están proyectados a ejecutarse en zonas deprimidas nutricionalmente.

1. IICA/FLACSO. Centro América en cifras. San José, Costa Rica. 1991.
 2. CENITEC/DIES. La erradicación de la Pobreza en El Salvador. Elementos para un Enfoque Alternativo. Rev. Política Económica, Volum. 1, No.4, Dic/90-Enero/91. El Salvador C.A.
 3. GOITIA, ALFONSO. Política Macroeconómica y sus efectos en la Agricultura y la Seguridad Alimentaria. Crisis de la Agricultura, Política Agraria y Ajuste Estructural en El Salvador. Publicado por CADESCA/C.E.E.. 1990.
 4. SECONAN. La Canasta Básica de Alimentos como Instrumento de la Planificación Alimentaria Nutricional. San Salvador, 1986.
 5. FAO.ESN - Pérofiles Nutricionales de los Países. El Salvador 1990.
 6. BANCO CENTRAL DE RESERVA (BCR). Revista Trimestral, Julio/Sept. 1990 Octubre/Diciembre 1990. El Salvador C.A. Pág. 66.
 7. MAG/Dirección General de Economía Agropecuaria. Anuario de Estadísticas Agropecuarias 1989-1990, Edición 29 El Salvador, C.A.
 8. ARIAS, SALVADOR. Seguridad o Inseguridad Alimentaria. UCA Editores 1989, Pág. 69 Cuadro 6.
 9. ADS/MINSALUD/INCAP. Evaluación de la Situación Alimentaria Nutricional de El Salvador, ESANES-88 Public. ADS. 1990.
 10. CORNIA, Geovanni Andrea, Richard Jolly y Frances Stewart. Ajuste con Rostro Humano, Protección de los Grupos Vulnerables. Publicado para UNICEF por siglo XXI de España Editores.
 11. MINSALUD/PSA/CADESCA/C.E.E.. Primer Censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado, 1988. El Salvador 1989.
 12. FABIAN DE TOBAR, Maribel y Olga Tatiana Osegueda. Panorama de la Situación Nutricional del Niño Salvadoreño. Ponencia
 13. MINSALUD. Plan de Acción de Supervivencia Infantil. El Salvador, 1991.
-

14. MINSALUD/INCAP. Encuesta Nacional de Prevalencia de Bocio Endémico en Escolares de El Salvador (ENPBES-90). Borrador del Informe Final, Abril 1991.
 15. INTA/OPS. Estudio sobre Intervenciones Alimentario Nutricionales para Poblaciones de Bajos Ingresos en América Latina y el Caribe. Síntesis de Proyectos de Investigación, Cuaderno Técnico No.21 Washington, D.C.. EUA, pág. 1 a 3.
 16. SELOWSKY, MARCELO/BIRF. Protecting Nutrition Status in Adjustment Programs. New York, Feb. 5- march 1, 1991 (18 th Session of the United Nation Subcommittee on Nutrition. (Traducción Libre).
 17. CENITEC/DIES. Política Económica y Pobreza Rural en El Salvador, Rev. Política Económica, Vol.1, No.5, Febrero-Marzo 1991. El Salvador, C.A. Pág. 18.
 18. GAES/MIPLAN. Evaluación Económica y Social. El Salvador un País de Propietarios. Informe Anual 1990. Política Económica y Social 1991. Public GAES. el Salvador, C.A. Pág. 3-7 y 15-20.
 19. MIPLAN. Plan de Desarrollo Económico y Social, 1989-1994. El Salvador, C.A.
 20. MINSALUD. Plan Nacional de Salud, 1991-1994, El Salvador, febrero de 1991.,
 21. MIPLAN/Dirección de Población y Dirección General de Estadística y Censos. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025. El Salvador, 1986.
 22. GOMEZ, Luis Carlos/Clapp & Mayne/Proyecto APSISA, La Demanda de los Servicios de Salud en El Salvador. Hallazgos principales de la investigación y conclusiones. Seminario Taller sobre Demanda de Servicios de Salud El Salvador, 27-28 de Agosto, San Salvador, Septiembre de 1990.
 23. MINSALUD. Evaluación de las condiciones de Eficiencia en los Servicios Materno Infantil de El Salvador. Cooperación Técnica de INCAP/OPS, AID/APSISA y UNICEF. El Salvador, 1989.
 24. MINSALUD/DEPTO.DE NUTRICION. Informe sobre el Funcionamiento del Proyecto de Alimentación Materno-Infantil (PMA/ELS/2317 y 3886). Componente Salud). El Salvador, Mayo de 1991.
 25. MIPLAN/Unidad de Investigaciones Muestrales. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Total país urbano. Oct. 1988- Feb.1989. Volumen 1. El Salvador, C.A.
-

-
26. MIPLAN/Sección Indicadores Económicos. La Canasta Básica de Alimentos, 1979-1989. El Salvador, Feb. 1990 y La Canasta Básica de Alimentos, Oct.1990, El Salvador, Diciembre de 1990.
 27. FUSADES. "Sobre los Sectores Sociales". Político Social en Epoca de Ajuste. Boletín Económico y Social No.37, El Salvador, Julio 1988.
 28. MAG/Dirección General de Economía Agropecuaria, Revistas Semestrales, Varios años, El Salvador, C.A.
 29. Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC). Boletines varios sobre Índice de Precios al Consumidor, 1990 y 1991. El Salvador, C.A.
 30. MIPLAN. Memoria de Labores 1990-1991. El Salvador, Mayo 1991.
 31. MINSALUD/DEPTO. DE NUTRICION/CAYDE. Estudio de Disponibilidad de Productos Agropecuarios. Consultoría dentro del Estudio de Factibilidad Técnico-Económico del Proyecto Alimentos para El Destete. Junio de 1991.

CUADROS Y GRAFICAS

**CUADRO 1. DISPONIBILIDAD DE GRANOS BASICOS
% VARIACIONES ANUAL
(Miles de T.M.)**

AÑOS	PRODUCCION	IMPORTACION	TOTAL OFERTA	EXPORTACION	DISPONIBILIDAD (CONSUMO APARENTE)	% VARIACION ANUAL
1985-86	571.1	41.7	612.8	20.0	592.8	16.0
1986-87	512.9	67.0	579.9	--	579.9	- 2.2
1987-88	625.0	47.6	672.6	--	672.6	16.0
1988-89	683.9	99.4	783.3	--	783.3	16.5
1989-90	668.0	134.9	802.9	--	802.9	2.5
TASA MEDIA CRECIMIENTO ANUAL (%)	3.2	26.5	5.6		6.3	

FUENTE: - MAG/ECONOMIA AGROPECUARIA, REVISTAS SEMESTRALES, VARIOS AÑOS. EL SALVADOR Y REVISTA DEL BANCO CENTRAL DE RESERVA.

**CUADRO 2. INDICES AUTOSUFICIENCIA Y DEPENDENCIA ALIMENTARIA
EN GRANOS BASICOS
EL SALVADOR, 1985-86-1989-90**

A Ñ O S	RELACION DE AUTOSUFICIENCIA ALIMENTARIA 1	INDICE DE DEPENDENCIA ALIMENTARIA 2	% DE VARIACION ANUAL
1985-86	96	7.0	--
1986-87	88	11.6	65.7
1987-88	93	7.1	-38.8
1988-89	87	12.7	78.9
1989-90	83	16.8	32.3

FUENTE: ELABORACION CON BASE A CUADRO 1.

1 RELACION DE AUTOSUFICIENCIA ALIMENTARIA = (PRODUCCION/PROD.+ IMPORT. - EXPOR.)*100

2 INDICE DE DEPENDENCIA ALIMENTARIA = (IMPORTACIONES/CONSUMO APARENTE)*100.

**CUADRO 3. EL SALVADOR. DISPONIBILIDAD DE GRANOS BASICOS
MAIZ
(Miles de T.M.)**

AÑOS	PRODUCCION	IMPORTACION	EXPORTACIONES	DISPONIBILIDAD TOTAL 1	RELACION DE AUTOSUFICIENCIA 2	INDICE DE DEPENDENCIA
1985/86	490	34	20	504	97	6.7
1986/87	432	60	--	492	88	12.2
1987/88	572	34	--	606	94	5.6
1988/89	589	83	--	672	88	12.4
1989/90	582	116 ³	--	698	83	16.6

FUENTE: MINSALUD/DEPTO.DE NUTRICIÓN. ESTUDIO DE DISPONIBILIDAD DE PRODUCTOS AGROPECUARIOS. CUADROS 1101-C1 Y 1101-C5 Y REVISTAS DEL BANCO CENTRAL DE RESERVA.

¹ RELACIÓN DE AUTOSUFICIENCIA = PRODUCCIÓN/(PRODUCCIÓN + IMPORTACIONES - EXPORTACIONES).

² INDICE DE DEPENDENCIA ALIMENTARIA = IMPORTACIONES COMO PORCENTAJE DEL CONSUMO APARENTE.

³ REVISTA DEL BANCO CENTRAL DE RESERVA.

**CUADRO 4. EL SALVADOR. DISPONIBILIDAD DE GRANOS BASICOS
FRIJOL
(Miles de T.M.)**

AÑOS	PRODUCCION	IMPORTACION 1	EXPORTACIONES	DISPONIBILIDAD TOTAL	RELACION DE AUTOSUFICIENCIA	INDICE DE DEPENDENCIA
1985/86	34.2	0.3	--	34.5	99	0.9
1986/87	49.1	5.5	--	54.6	90	10.1
1987/88	24.1	1.0	--	25.0	96	4.0
1988/89	56.4	7.1	--	63.5	89	11.2
1989/90	44.0	8.1	--	52.1	84	15.5
1990/91	52.1	3.2	--	55.3	94	5.8

FUENTE: MINSALUD/DEPTO.DE NUTRICION. ESTUDIO DE DISPONIBILIDAD DE PRODUCTOS AGROPECUARIOS. CUADROS 1101-C1 Y 1101-C5 Y REVISTAS DEL BANCO CENTRAL DE RESERVA.

¹ CIFRAS DEL BANCO CENTRAL DE RESERVA.

**CUADRO 5. EL SALVADOR. DISPONIBILIDAD DE GRANOS BASICOS
ARROZ ORO
(Miles de T.M.)**

AÑOS	PRODUCCION	IMPORTACION	EXPORTACIONES	DISPONIBILIDAD TOTAL	RELACION DE AUTOSUFICIENCIA	INDICE DE DEPENDENCIA
1985/86	46.9	7.4	--	54.3	86	13.6
1986/87	31.8	1.5	--	33.3	95	4.5
1987/88	28.9	12.6	--	41.5	69	30.4
1988/89	38.5	9.3	--	47.8	80	19.4
1989/90	42.0	10.8	--	52.8	79	20.4

FUENTE: MINISTERIO DE AGRICULTURA Y GANADERIA, DIRECCION GENERAL DE ECONOMIA AGROPECUARIA. ANUARIO DE ESTADISTICAS AGROPECUARIAS, 1989-90, SAN SALVADOR, EL SALVADOR, EDICION 29. CUADRO 12, PAG. 12.

**CUADRO 6. EL SALVADOR. CONSUMO HUMANO APARENTE
MAIZ
(Miles T.M.)**

AÑOS	DISPONIBILIDAD TOTAL ¹	CONSUMO ANIMAL (13.2%)	USO INDUSTRIAL (7.1%)	SEMILLAS Y DESPERDICIOS (5.7%)	CONSUMO HUMANO APARENTE (74%)	NECESIDAD ALIMENTARIA	DIFERENCIA (BRECHA)	% DEFICIT
1985/86	504.0	66.5	35.8	28.7	373.0	509.3	-136.5	26.7
1986/87	492.0	65.0	34.9	28.0	364.1	517.6	-153.5	29.7
1987/88	606.0	80.0	43.0	34.5	448.5	527.0	- 78.0	14.9
1988/89	672.0	88.7	47.7	38.3	497.3	537.5	- 40.2	7.5
1989/90	698.0	92.1	49.6	39.8	516.5	548.8	- 32.3	5.9

FUENTE: ELABORACION PROPIA CON BASE A ESTIMACIONES PORCENTUALES DEL DESTINO, DISPONIBILIDAD DE HOJAS DE BALANCE DE GRANOS BASICOS DE ECONOMIA AGROPECUARIA, LOS PORCENTAJES SON APROXIMACIONES Y NO NECESARIAMENTE PERMANECERAN CONSTANTES. SE UTILIZARON ESAS CIFRAS POR NO CONTAR CON INFORMACION MAS EXACTA CORRESPONDIENTE A UN BALANCE ALIMENTARIO. SE UTILIZO LA DIETA BASICA PROMEDIO PARA EL NIVEL NACIONAL, DE SECONAN.

¹ SE DEDUJO EXPORTACIONES DEL AÑO 1985-86 (MAIZ) EN EL RESTO DE PERIODOS NO HUBO EXPORTACIONES.

**CUADRO 7. EL SALVADOR. CONSUMO HUMANO APARENTE
FRIJOL
(Miles T.M.)**

AÑOS	DISPONIBILIDAD TOTAL	CONSUMO ANIMAL	USO INDUSTRIAL	SEMILLAS Y DESPERDICIOS (11.8%)	CONSUMO HUMANO APARENTE (88.2%)	NECESIDAD ALIMENTARIA	DIFERENCIA (BRECHA)	% DEFICIT
1985/86	34.5	--	--	4.1	30.4	119.2	- 88.8	74.5
1986/87	54.6	--	--	6.4	48.2	121.1	- 72.9	29.8
1987/88	25.0	--	--	3.0	22.0	123.3	-101.3	82.2
1988/89	63.5	--	--	7.5	56.0	125.8	- 69.8	55.5
1989/90	52.1	--	--	6.1	46.0	128.4	- 82.4	64.2
1990/91	55.3	--	--	6.5	48.8	131.3	- 82.5	62.8

FUENTE: ELABORACION PROPIA CON BASE A ESTIMACIONES PORCENTUALES DEL DESTINO, DISPONIBILIDAD DE HOJAS DE BALANCE DE GRANOS BASICOS DE ECONOMIA AGROPECUARIA, LOS PORCENTAJES SON APROXIMACIONES Y NO NECESARIAMENTE PERMANECERAN CONSTANTES. SE UTILIZARON ESAS CIFRAS POR NO CONTAR CON INFORMACION MAS EXACTA CORRESPONDIENTE A UN BALANCE ALIMENTARIO. SE UTILIZO LA DIETA BASICA PROMEDIO PARA EL NIVEL NACIONAL, DE SECONAN.

**CUADRO 8. EL SALVADOR. CONSUMO HUMANO APARENTE Y
COMPARACION CON LA NECESIDAD ALIMENTARIA
ARROZ (ORO)
(Miles T.M.)**

AÑOS	DISPONIBILIDAD TOTAL	CONSUMO ANIMAL	USO INDUSTRIAL (4.0%)	SEMILLAS Y DESPERDICIOS (7.1%)	CONSUMO HUMANO APARENTE (88.9%)	NECESIDAD ALIMENTARIA	DIFERENCIA (BRECHA)	% DEFICIT
1985/86	54.3	--	2.2	3.8	48.3	61.1	- 12.8	20.9
1986/87	33.3	--	1.3	2.4	29.6	62.1	- 32.5	52.3
1987/88	41.5	--	1.6	2.9	37.0	63.2	- 26.2	41.4
1988/89	47.8	--	1.9	3.4	42.5	64.5	- 22.0	34.1
1989/90	52.8	--	2.1	3.7	47.0	65.8	- 18.8	26.6

FUENTE: ELABORACION PROPIA CON BASE A ESTIMACIONES PORCENTUALES DEL DESTINO, DISPONIBILIDAD DE HOJAS DE BALANCE DE GRANOS BASICOS DE ECONOMIA AGROPECUARIA, LOS PORCENTAJES SON APROXIMACIONES Y NO NECESARIAMENTE PERMANECERAN CONSTANTES. SE UTILIZARON ESAS CIFRAS POR NO CONTAR CON INFORMACION MAS EXACTA CORRESPONDIENTE A UN BALANCE ALIMENTARIO. SE UTILIZO LA DIETA BASICA PROMEDIO PARA EL NIVEL NACIONAL, DE SECONAN.

**CUADRO No. 9. EL SALVADOR. PATRON ALIMENTARIO FAMILIAR Y
CANTIDADES DE ALIMENTOS CONSUMIDOS.
TOTAL Y AREA DE RESIDENCIA
1988**

PRODUCTOS	TOTAL	A R E A D E R E S I D E N C I A		
		METROPOLITANA	RESTO URBANO	RURAL
LACTEOS	209	269	229	179
CARNES	32	63	30	23
HUEVOS	33	44	35	29
FRIJOLES	38	24	37	42
ARROZ	24	28	23	26
MAIZ	246	132	224	294
HARINA DE TRIGO	38	67	45	24
HORTALIZAS	109	95	110	112
PAPAS Y RAICES	15	18	19	11
FRUTAS	70	85	81	60
BANANOS Y PLATANOS	57	47	32	14
AZUCARES	40	41	42	38
GRASAS	20	27	23	16

FUENTE: ESANES-88

CUADRO 10. EL SALVADOR, 1988
INGESTA PERCAPITA DE ENERGIA, PROTEINAS, HIERRO Y RETINOL (VITAMINA A)
SEGUN AREA DE RESIDENCIA Y % ADECUACION FAMILIAR
(Promedios y Medianas)

DETALLE	NACIONAL		METROPOLITANA		URBANA		RURAL	
	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA	PROMEDIO	MEDIANA
INGESTA CALORIAS	1948	1850	1869	1763	1971	1879	1961	1856
% ADECUACION CALORICA	95.97	90.92	92.28	88.50	96.97	93.95	96.49	91.37
INGESTA PROTEINAS (g)	58.25	54.48	56.07	52.43	58.72	54.57	58.74	54.82
% ADECUACION PROTEICA	98.87	89.51	92.98	87.71	96.50	88.39	96.51	89.93
INGESTA PROT. ANIMAL (g)	17.31	13.42	25.14	21.85	18.09	14.54	14.17	10.75
INGESTA HIERRO (mg)	9.72	8.40	10.21	9.40	10.06	9.17	9.36	8.02
% ADECUACION HIERRO	50.88	44.18	53.12	46.88	52.65	47.60	49.13	41.95
INGESTA RETINOL (mcg) (VITAMINA "A")	241.15	166.31	321.16	212.63	269.58	187.76	197.55	121.99
% ADECUACION RETINOL	39.56	26.82	53.12	35.80	44.21	31.68	32.26	20.03

FUENTE: ELABORADO CON BASE A RESULTADOS DE LA INVESTIGACION ESANES-1988.

**CUADRO 11. EL SALVADOR
DISTRIBUCION DE FAMILIAS Y NIÑOS SEGUN PORCENTAJES DE ADECUACION
ENERGETICA. PAIS Y AREAS DE RESIDENCIA'
1988**

PORCENTAJE DE ADECUACION ENERGETICA 1	TOTAL (%)	AREA DE RESIDENCIA (%)		
		METROPOLITANA	RESTO URBANO	RURAL
I. FAMILIAS				
< DE 70	20.1	20.3	19.9	20.1
70 A 89	29.0	35.0	26.8	28.1
90 A 109	22.5	20.3	23.4	22.8
≥ 110	28.5	24.5	29.9	29.1
% FAMILIAS SUBALIMENTADAS (< 90%)				
	49.1	55.3	46.7	48.2
II. NIÑOS (18 MESES DE EDAD)				
< 70	37.9	29.3	37.0	41.2
70 A 89	21.9	19.5	21.3	23.1
90 A 109	16.8	23.6	16.1	15.0
≥ 110	23.3	27.6	25.6	20.7
% NIÑOS SUBALIMENTADOS (< 90%)				
	59.8	48.8	58.3	64.3

FUENTE: ESANES-88, CUADROS 42 Y 43.

¹ PORCENTAJE DE ADECUACION ENERGETICA: $INGESTA\ ENERGETICA\ COMO\ PROPORCION\ DEL\ REQUERIMIENTO\ ENERGETICO = (INGESTA/REQUERIMIENTO) \times 100.$

**CUADRO 12. EL SALVADOR
INGESTA PERCAPITA DE ENERGIA, PROTEINAS, HIERRO Y VITAMINA A,
SEGUN AREA DE RESIDENCIA Y PORCENTAJES DE ADECUACION. 1988
NIÑOS DE 18 A 59 MESES DE EDAD**

VARIABLES	UNIDAD	AREA DE RESIDENCIA		
		METROPOLITANA	RESTO URBANO	RURAL
- ENERGIA	KCAL*	1246	1164	1098
= % ADECUACION		91.4	82.8	76.5
= PROTEINA TOTAL	GRAMOS	37.4	35.1	32.0
= % ADECUACION		88.3	80.4	76.2
= PROTEINA ANIMAL	GRAMOS	19.3	14.8	9.6
= % DE LA PROTEINA TOTAL		51.0	42.2	30.0
= HIERRO	MG	6.4	5.6	5.2
= % ADECUACION		74.0	62.4	58.0
= VITAMINAS A	MCG	209.0	189.0	113.0
= % ADECUACION		48.7	47.6	26.5

FUENTE: ESANES-88, CUADRO 41.

* KCAL: KILOCALORIAS

**CUADRO 13. EL SALVADOR
DISTRIBUCION DE NIÑOS DE 12 A 59 MESES DE EDAD SUBALIMENTADOS
SEGUN EDADES Y AREAS DE RESIDENCIA
1988**

GRUPOS DE EDAD (MESES)	TOTAL %	AREA DE RESIDENCIA		
		% METROPOLITANA	% RESTO URBANO	% RURAL
18 - 23	42.7	31.6	41.4	47.3
24 - 35	55.8	48.7	44.0	64.6
36 - 47	68.5	51.4	74.2	70.6
48 - 59	65.4	56.3	71.1	65.9

FUENTE: ESANES-88, CUADROS 44 Y 45

**CUADRO 15. EL SALVADOR
PREVALENCIA DE BOCIO EN ESCOLARES, SEGUN TIPO DE ESCUELA
EL SALVADOR 1990. ENPBES/90**

CLASIFICACION	PUBLICA (N = 5,364)			PRIVADA (N = 571)		
	%	L.S	L.I	%	L.S	L.I
NORMAL	73.5	75.5	71.5	87.5	91.5	83.3
BOCIO	26.5	28.6	24.4	12.5	16.8	8.4
1a	15.4	16.8	14.0	7.4	9.8	5.0
1b	8.7	9.7	7.7	4.3	6.4	2.2
II	2.3	2.9	1.7	0.8	1.8	0.0
III	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0

P < 0.05 ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA

FUENTE: MSPAS/MEDUC/INCAP. Informe de la Encuesta Nacional de Bocio Endémico en Escolares. El Salvador, Abril 1991. (Primer Borrador)

**CUADRO 16. EL SALVADOR
HOGARES EN SITUACION DE POBREZA
RURAL 1980 Y 1985, URBANA 1985 Y 1990
(PORCENTAJES)**

	FLACSO 1		CENITEC 2 1985	M I P L A N	
	1980	1985		1988	1990
	(HABITANTES)		(HOGARES)	(HOGARES)	
POBREZA URBANA:	<u>57.6</u>	<u>80.0</u>	<u>80.0</u>	<u>60.3</u>	<u>62.7</u>
POBREZA EXTREMA	44.5	40.0	50.0	29.2	30.7
POBREZA RELATIVA	13.1	40.0	30.0	31.1	32.3
POBREZA RURAL:	<u>76.4</u>	<u>92.0</u>	<u>96.0</u>		
POBREZA EXTREMA	55.4	60.0	80.0		
POBREZA RELATIVA	21.0	32.0	16.0		
NACIONAL	<u>68.1</u>	<u>86.9</u>	<u>87.5</u>		
POBREZA EXTREMA	50.6	51.4	64.1		
POBREZA RELATIVA	17.5	35.4	23.4		

¹ FLACSO/IICA, CENTROAMERICA EN CIFRAS, SERVICIO EDIT. IICA, SAN JOSE COSTA RICA, 1991.

² CENITEC/DIES. LA ERRADICACION DE LA POBREZA EN EL SALVADOR ELEMENTOS PARA UN ENFOQUE ALTERNATIVO. REV.POLIT.ECONOMICA, VOLUMEN 1, No. 4. DICIEMBRE 1990-ENERO 1991. EL SALVADOR, C.A. CUADRO No. 2, PAG. 3

**CUADRO 17. EVOLUCION DE LOS SALARIOS MINIMOS FAMILIARES
1979-1989**

A Ñ O S	U R B A N A		R U R A L	
	SALARIO FAMILIAR MINIMO €	% VARIACION ANUAL	SALARIO FAMILIAR MINIMO €	% VARIACION ANUAL
1979	448.80	--	268.32	--
1980	535.40	19.3	230.88	-14.0
1981	519.75	-2.9	227.76	- 1.4
1982	507.15	-2.4	226.20	- 0.7
1983	494.55	-2.5	223.08	- 1.4
1984	571.45	15.5	219.96	- 1.4
1985	556.52	-2.6	218.40	- 0.7
1986	643.80	15.7	331.20	51.6
1987	639.45	-0.7	411.00	24.1
1988	766.50	19.9	405.00	- 1.5
1989	834.75	8.9	402.00	- 0.7
TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL:				
- PERIODO 1979-89		5.8%		3.7%
- PERIODO 1979-84		4.1%		-3.3%
- PERIODO 1985-89		8.4%		13.0%

FUENTE: MIPLAN. LA CANASTA BASICA DE ALIMENTOS 1979-1989, EL SALVADOR, 1990.

CUADRO 18. EVOLUCION DEL COSTO DE LA CANASTA BASICA DE ALIMENTOS Y VARIACION ANUAL (%), 1979-1990*

A Ñ O S	U R B A N A		R U R A L	
	COSTO MENSUAL DE LA C.B.A. €	% VARIACION ANUAL	COSTO MENSUAL DE LA C.B.A. €	% VARIACION ANUAL
1979	262.50	--	203.40	--
1980	290.10	10.5	227.70	11.9
1981	314.70	8.5	234.00	2.8
1982	338.40	7.5	252.30	7.8
1983	377.70	11.6	286.50	13.6
1984	429.60	13.7	343.50	19.9
1985	473.10	10.1	363.60	5.8
1986	528.90	11.8	386.10	6.2
1987	597.60	13.0	440.70	14.1
1988	649.80	8.7	513.90	16.6
1989	715.20	10.0	566.70	10.2
1990*	799.50	11.8	609.30	7.5
TASA MEDIA DE CRECIMIENTO ANUAL:				
- PERIODO 1979-89		9.7%		9.6%
- PERIODO 1979-84		8.6%		9.1%
- PERIODO 1985-90		9.1%		9.0%

FUENTE: MIPLAN. LA CANASTA BASICA DE ALIMENTOS 1979-1989 Y LA CANASTA BASICA DE ALIMENTOS, OCTUBRE DE 1990. EL SALVADOR, C.A.

* ESTIMADA EN BASE AL COSTO PROMEDIO DE LA C.B.A. HASTA OCTUBRE DE 1990.

CUADRO 19. COMPARACION ENTRE LA VARIACION ANUAL DEL SALARIO MINIMO FAMILIAR Y COSTO DE LA CANASTA BASICA DE ALIMENTOS (C.B.A.) 1980-1989

A Ñ O S	U R B A N A		R U R A L	
	% VARIACION SALARIO MINIMO FAMILIAR	% VARIACION DEL COSTO DE LA C.B.A.	% VARIACION SALARIO MINIMO FAMILIAR	% VARIACION DEL COSTO C.B.A.
1980	19.3	10.5	-14.0	11.9
1981	-2.9	8.5	- 1.0	2.8
1982	-2.4	7.5	- 0.7	7.8
1983	-2.5	11.6	- 1.4	13.6
1984	15.5	13.7	- 1.4	19.9
1985	-2.6	10.1	- 0.7	5.8
1986	15.7	11.8	51.6	6.2
1987	-0.7	13.0	24.1	14.1
1988	19.9	8.7	- 1.5	16.6
1989	8.9	10.0	- 0.7	10.2

FUENTE: CUADROS 17 Y 18.

**CUADRO 20. COMPARACION DEL COSTO DE LA
CANASTA BASICA FAMILIAR DE ALIMENTOS
POR MES CON EL SALARIO FAMILIAR MINIMO
1985-1989
(EN COLONES SALVADOREÑOS)**

AÑOS	URBANA				RURAL			
	COSTO MES DE LA CBA	SALARIO FAM.MIN. MES	DIFEREN- CIA	% COSTO CBA vrs SALARIO	COSTO MES DE LA CBA	SALARIO FAM.MIN. MES	DIFEREN- CIA	% COSTO CBA vrs SALARIO
1985	473.1	556.5	83.4	85.5	363.6	218.4	-145.2	166.5
1986	530.1	643.8	113.7	82.3	386.1	331.2	- 54.9	116.6
1987	597.6	639.4	41.8	93.5	440.7	411.0	- 29.7	107.2
1988	651.3	766.5	115.2	84.9	513.9	405.0	-108.9	126.9
1989	721.8	834.7	112.9	86.5	570.7	402.0	-168.0	141.8
% INCREMENTO 1989 vrs 1985	52.6	50.0	35.4	1.2	57.0	84.1	15.7	-14.8

FUENTE: TOBAR, MARIBEL DE Y OLGA T. OSEGUEDA. DOCENCIA: PANORAMA DE LA SITUACION NUTRICIONAL DEL NIÑO SALVADOREÑO. CONGRESO NACIONAL DEL NIÑO, SEPTIEMBRE DE 1990.

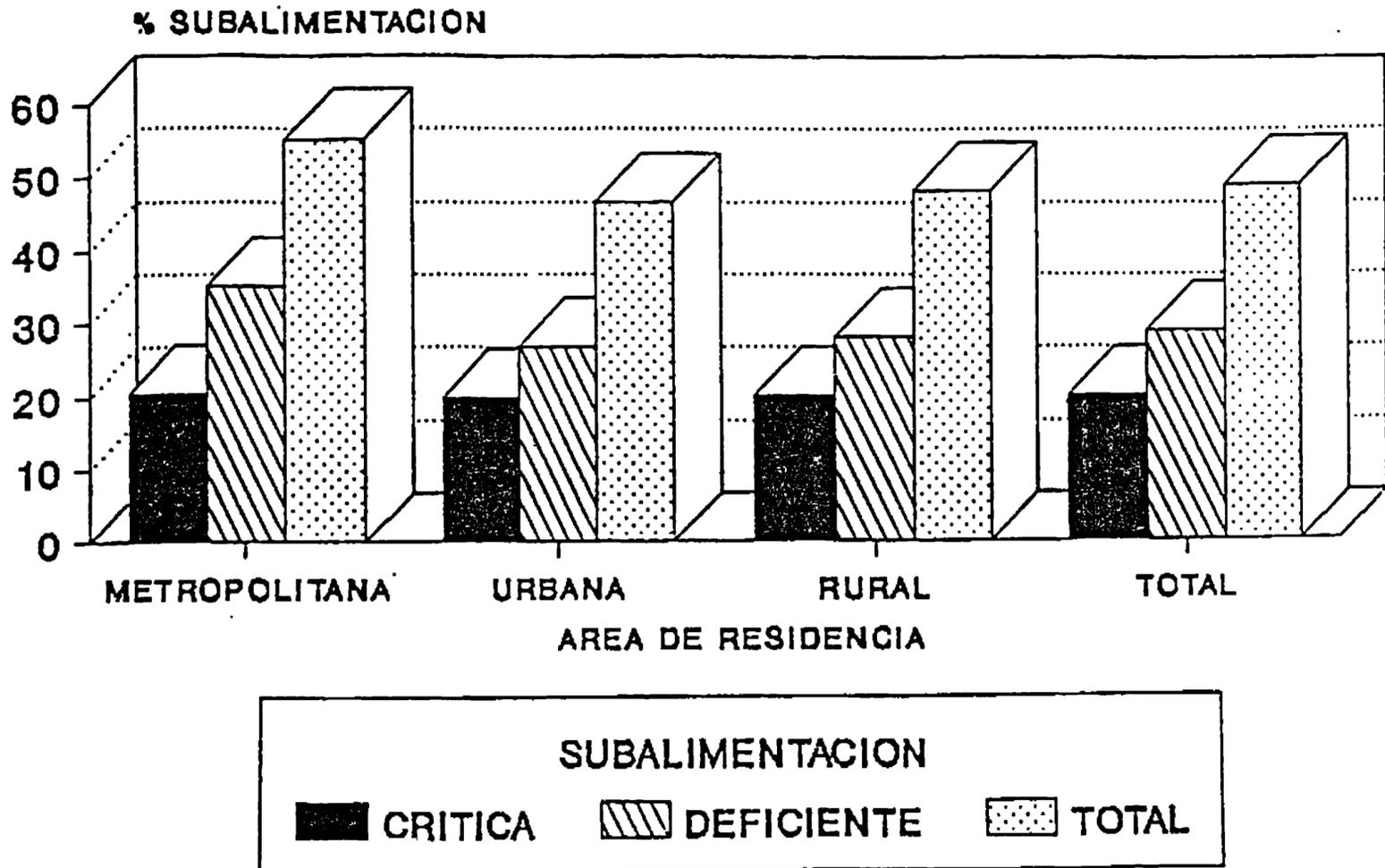
CUADRO 21. VARIACION DE LOS PRECIOS DE LA CANASTA BASICA DE ALIMENTOS ^{1/}

	UNIDAD MEDIDA	A Ñ O S						% VARIACION 1985-1989
		1985	1986	1987	1988	1989		
TORTILLA (MAIZ BLANCO)	KILOG.	1.53	1.49	1.68	1.80	2.10	37.2	
FRIJOL ROJO	KILOG.	2.11	2.82	2.84	6.64	5.03	38.4	
ARROZ	KILOG.	2.75	2.48	3.16	3.76	4.04	46.9	
AZUCAR (REFINADA)	KILOG.	1.63	1.78	2.11	2.17	2.67	63.8	
HUEVOS	KILOG.	4.77	5.36	6.16	6.94	8.78	84.1	
LECHE FLUIDA	KILOG.	2.30	2.76	3.24	3.21	4.62	100.9	
CARNES (PROMEDIO: RES, AVES Y CERDO)	KILOG.	13.78	16.97	17.68	18.48	19.91	44.5	
GRASAS (PROMEDIO: MANTECA VEGTAL, ACEITE VEGETAL, MARGARINA)	KILOG.	4.74	5.55	6.50	7.13	7.21	52.1	
VERDURAS	KILOG.	2.29	2.40	2.99	3.26	3.26	42.4	
FRUTAS	KILOG.	1.57	1.57	1.84	2.01	2.61	66.2	
PAN FRANCES	KILOG.	4.57	4.98	5.57	5.62	6.85	49.9	
SAL COMUN	KILOG.	0.65	0.54	0.67	0.66	0.70	7.70	

^{1/}

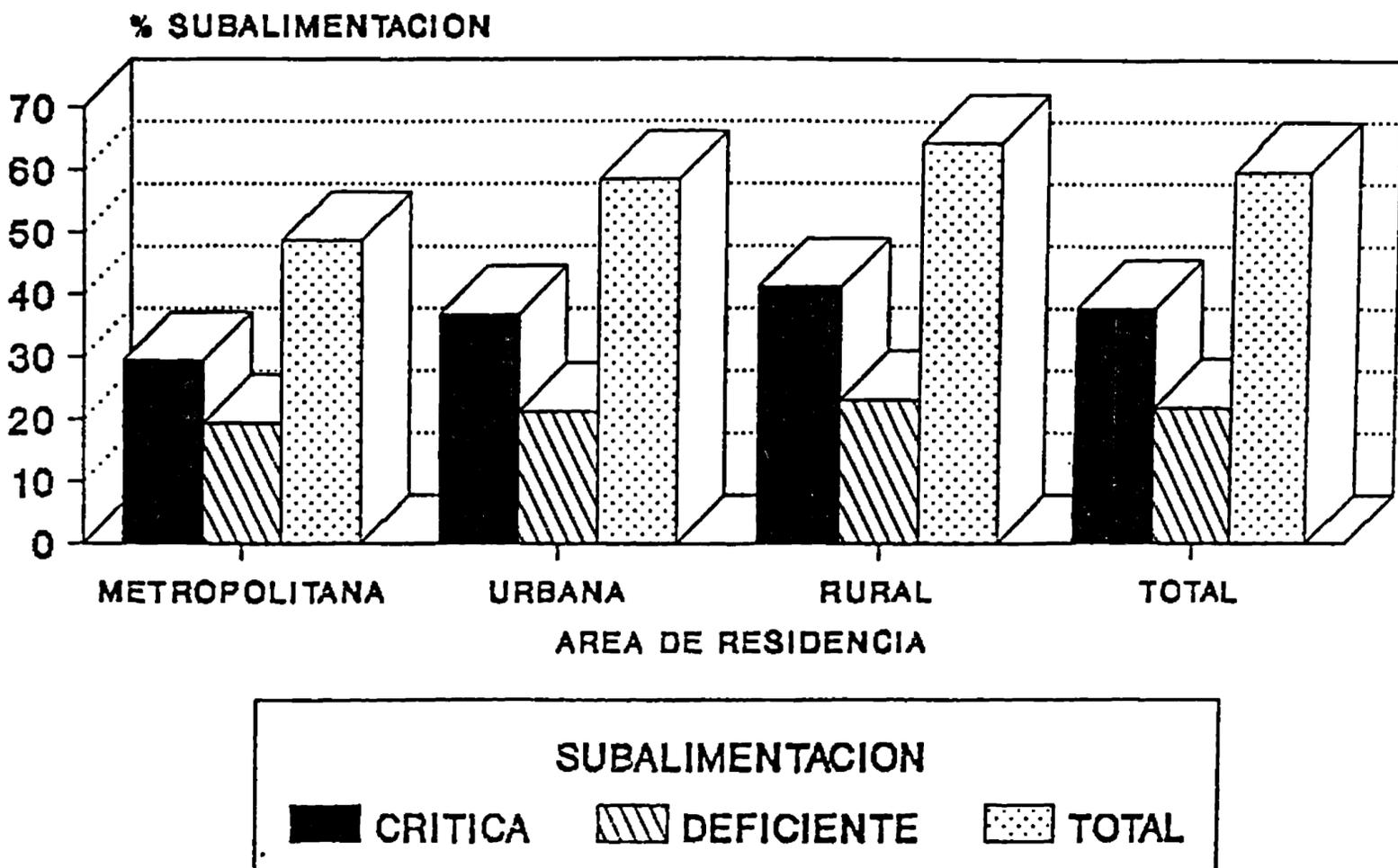
ELABORACION PROPIA CON BASE A DATOS DE PRECIOS DEL MIPLAN LA CANASTA BASICA DE ALIMENTOS, 1979-1989.

GRAFICO 1
**PORCENTAJE FAMILIAS SALVADOREÑAS
 POR NIVELES DE SUBALIMENTACION, SEGUN
 AREA DE RESIDENCIA, 1988.**



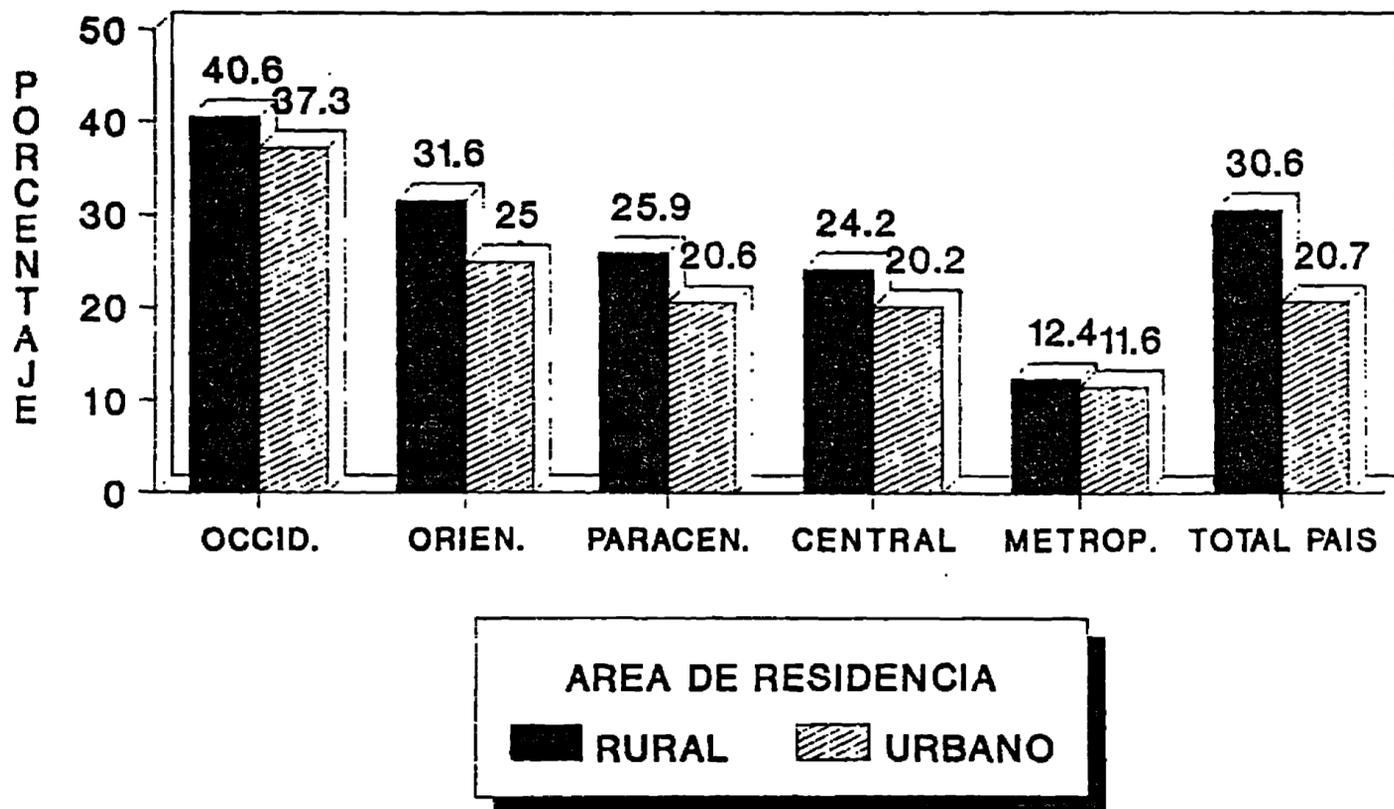
NOTA: Elaborado por el Depto. de
 Nutricion/MSPAS, con datos ESANES-88

GRAFICO 2
**PORCENTAJE DE NIÑOS SALVADOREÑOS
 POR NIVELES DE SUBALIMENTACION, SEGUN
 AREA DE RESIDENCIA, 1988.**



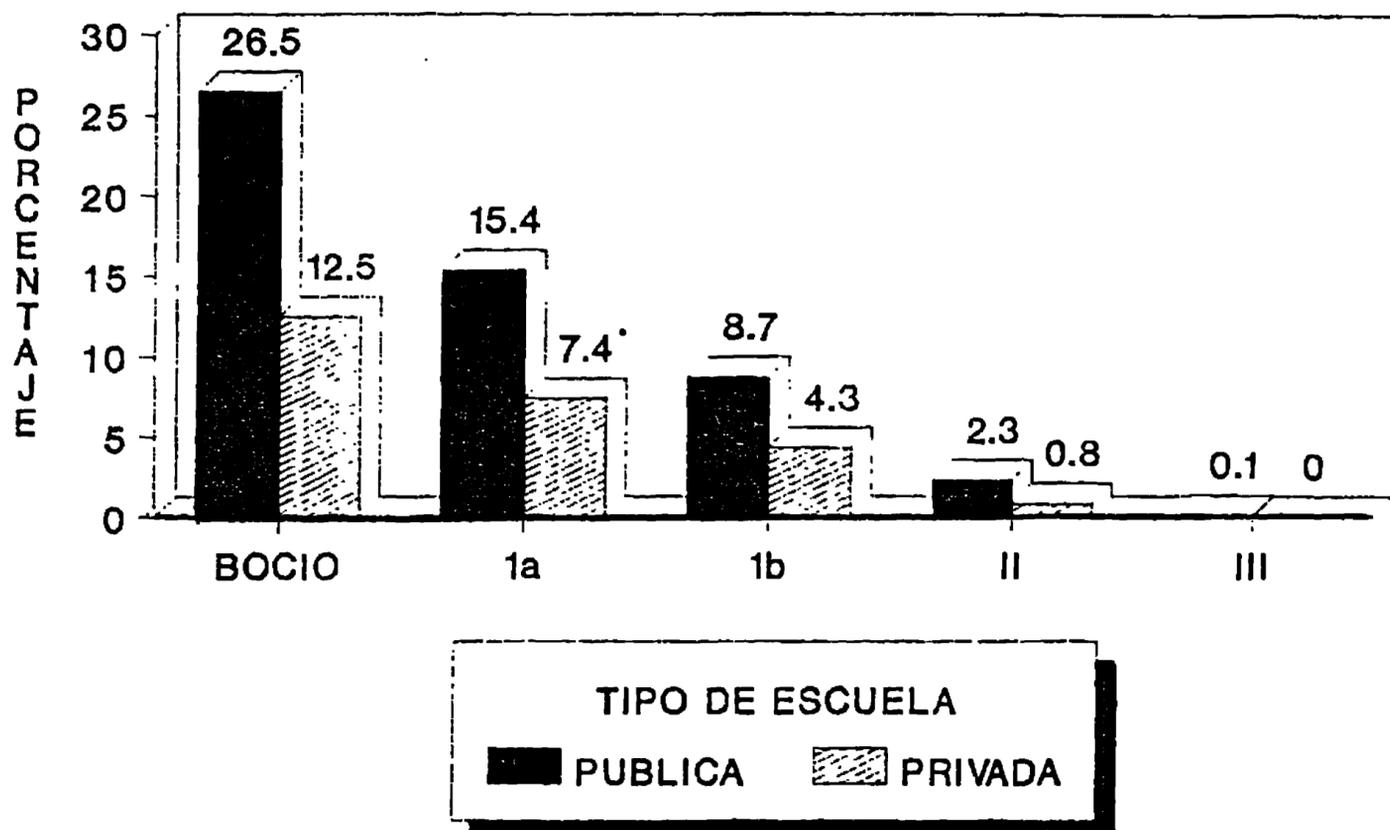
NOTA: Elaborado por el Depto. de
 Nutricion, con datos de ESANES 88.

GRAFICO 3
PREVALENCIA DE BOCIO, SEGUN REGIONES Y AREA DE RESIDENCIA. EL SALVADOR 1990.



FUENTE: MSPYAS/DEPTO.DE NUTRICION/1990.

GRAFICO 4
PREVALENCIA DE BOCIO EN ESCOLARES, SEGUN TIPO DE ESCUELA, TOTAL PAIS. EL SALVADOR.



FUENTE: MSPYAS/DEPTO.DE NUTRICION/1990.

ANEXOS

**ANEXO I. DISPONIBILIDAD CALORICA PERCAPITA
EL SALVADOR 1936-1973**

A Ñ O	C A L O R I A S
1936	1,649
1960	1,798
1961	1,803
1962	1,822
1963	1,918
1964	1,847
1965	1,928
1966	1,915
1967	1,908
1968	1,971
1969	1,892
1970	1,901
1971	1,960
1972	1,864
1973	1,756

FUENTE: Allwood Paredes, Juan. Nutrición Humana y Sistema Alimentario en El Salvador. Compilación de estudio presentados ante el I Seminario Nacional sobre Alimentación y Nutrición. 1977, Edit. Uiversitaria. Universidad El Salvador, El Salvador, C.A.

ANEXO 2. EL SALVADOR

EVALUACION DE PERDIDAS EN GRANOS BASICOS POR SEQUIA, 1978-88 (Miles T.M.)

PRODUCTO	PRODUCCION NORMAL (Esperada)	PRODUCCION OBTENIDA	PERDIDA POR SEQUIA
MAIZ	593.4	571.6	21.8
FRIJOL	55.8	24.1	31.7
ARROZ (ORO)	50.7	41.6	9.1
MAICILLO	158.0	25.6	132.4

FUENTE: MAG/ECONOMIA AGROPECUARIA. REVISTA DEL AÑO COSECHA 1987-88. EL SALVADOR, C.A.

ANEXO 3. EL SALVADOR PRODUCCION, IMPORTACION Y EXPORTACION DE HUEVOS, VERDURAS Y FRUTAS, 1989 (Miles Mg.)

PRODUCTO	PRODUCCION	IMPORTACIONES	EXPORTACIONES	TOTAL	NECESIDAD ALIMENTARIA	DIFERENCIA
HUEVOS	28.694.4 ¹	--	--	28.694.4	45.931.1 ²	-17.236.7
VERDURAS (a)	24.278.8 ³	47.443.9	4.3	71.718.4	155.826.6	--
FRUTAS (a)	95.910.0 ⁴	6.503.4	--	102.413.4	241.163.9	--

FUENTE: - MIPLAN/DIRECCION DE POBLACION/DIGESTYC. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACION 1950-2025. FNUAP/CELADE. PROYECCION PARA 1989 = 5,137.707 Y
- MAG/DIRECCION GENERAL DE ECONOMIA AGROPECUARIA. ANUARIO DE ESTADISTICAS AGROPECUARIAS 1989-1990. EDIC. 20. EL SALVADOR, C.A.

(a) SOLO INCLUYE VERDURAS Y FRUTAS DE UNA CANASTA BASICA DE ALIMENTOS (C.B.A.), DE ACUERDO A LOS HABITUALMENTE CONSUMIDOS, SEGUN LA ESANES-88: LAS CANTIDADES DE LA C.B.A./SECONAN SON:
- VERDURAS: GRAMOS/PERSONAL/DIA = 83.1 EQUIVALENTE A 30.33 Kg/AÑO.
- FRUTAS: GRAMOS/PERSONAL/DIA = 128.6 EQUIVALENTE A 46.94 Kg/AÑO.

¹ CALCULADO EN BASE A UN PROMEDIO DE 50 GRAMOS POR UNIDAD DE HUEVO.

² NECESIDAD DE HUEVO/PERSONAL/AÑO: 8.94 Kg.

³ NO SE TUVO DISPONIBILIDAD DE DATOS PARA CHILER VERDE, CEBOLLA Y REPOLLO; UNICAMENTE PARA TOMATE.

⁴ NO SE CONTO CON DATOS PARA PLATANOS Y BANANOS; UNICAMENTE PARA NARANJAS.

**ANEXO 4. EL SALVADOR
DISPONIBILIDAD DE HUEVO
COMPARACION CON LA NECESIDAD ALIMENTARIA
1989
(Miles T.M.)**

Producción	29.12
Necesidad Alimentaria	45.4
Déficit (Brecha)	-16.3 (35.8%)

**ANEXO 5. EVALUACION DEL GASTO PUBLICO
EN EDUCACION Y SALUD**

	1960	1970	1980	1990
GASTO REAL POR HABITANTES (COLONES DE 1962)				
EDUCACION	12.3	18.8	30.6	19.5
SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL	7.2	9.8	14.7	10.4
TOTAL	19.5	28.6	45.3	29.9
GASTO COMO PROPORCION DEL PIB (%)				
EDUCACION	2.6	2.9	4.2	1.7
SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL	1.6	1.5	2.4	0.9
TOTAL	4.2	4.4	6.6	2.6

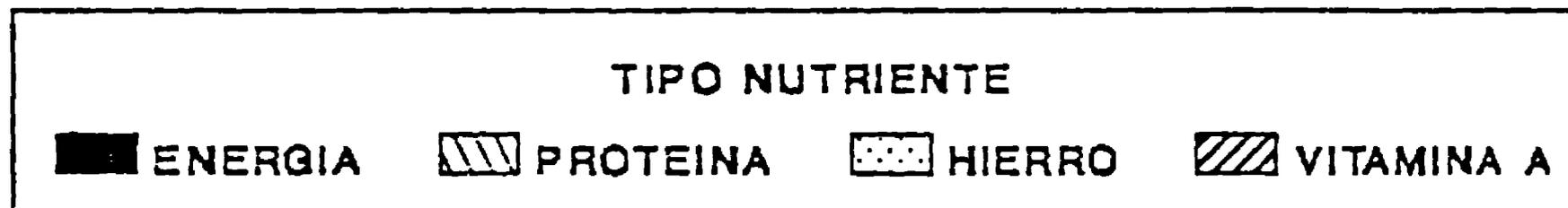
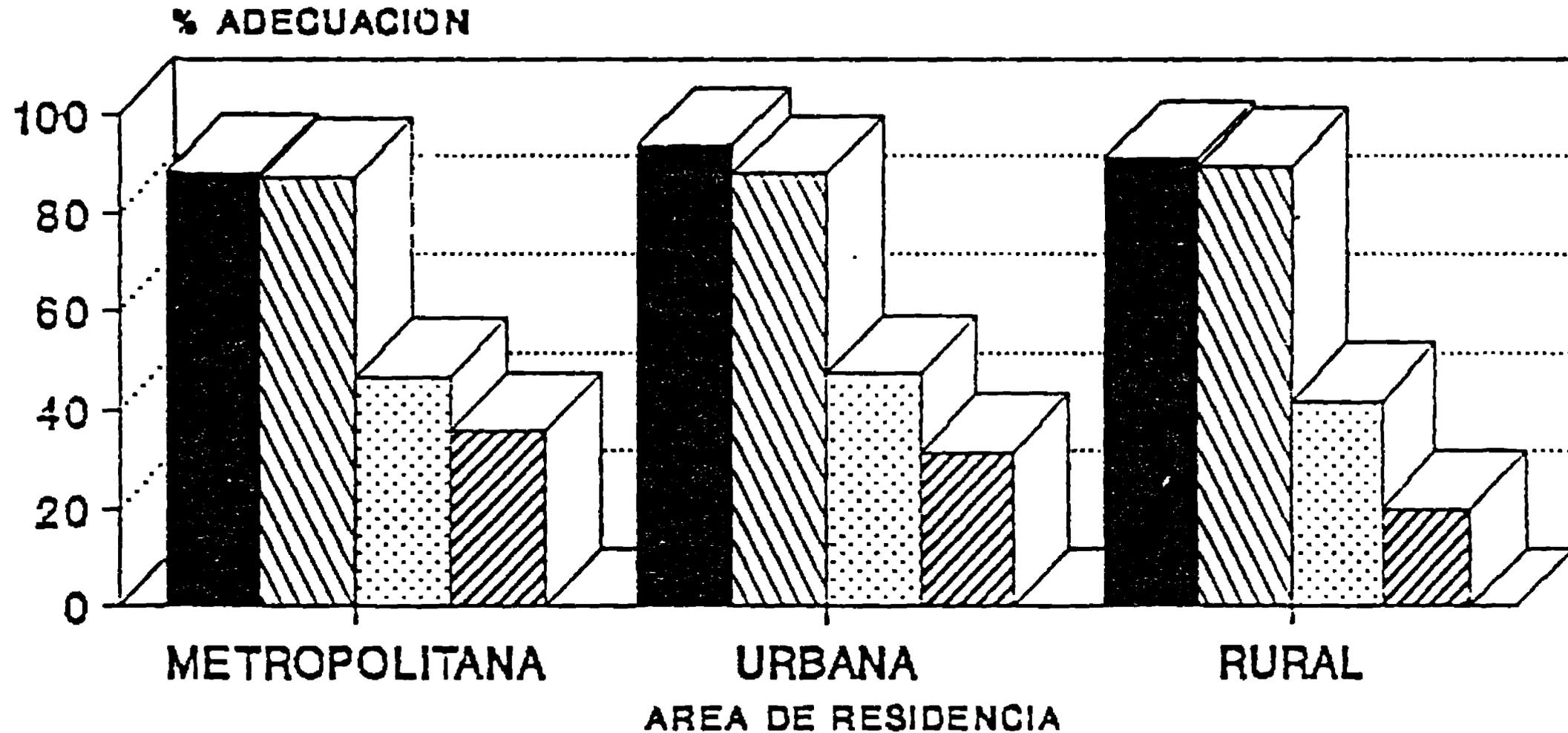
FUENTE: CENITEC/DIES La Erradicación de la Pobreza en El Salvador. Elementos para un Enfoque Alternativo. Vol. 1, No. 4, Dic. 1990 - Enero 1991. El Salvador, c.A., Cuadro 18, pág. 28.

**ANEXO 6. PREVALENCIA DE DIARREA E IRA EN
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, SEGUN EDAD Y AREA DE RESIDENCIA
EL SALVADOR, 1988**

GRUPOS DE EDAD	PREVENCION DIARREA (%)			PREVENCION IRA (%)		
	METROPO LITANA	RESTO URBANO	RURAL	METROPO LITANA	RESTO URBANO	RURAL
0-11	30.7	44.4	56.2	64.4	62.4	78.3
12-17	62.5	65.1	70.5	68.8	76.7	78.9
18-23	37.0	41.8	56.6	73.9	79.1	79.2
24-35	37.6	36.3	43.2	60.0	75.2	74.2
36-47	25.0	31.5	30.2	68.8	64.0	66.0
48-59	21.8	18.6	20.3	55.1	65.0	62.2
TOTAL	32.4	36.9	42.7	64.0	68.9	72.1

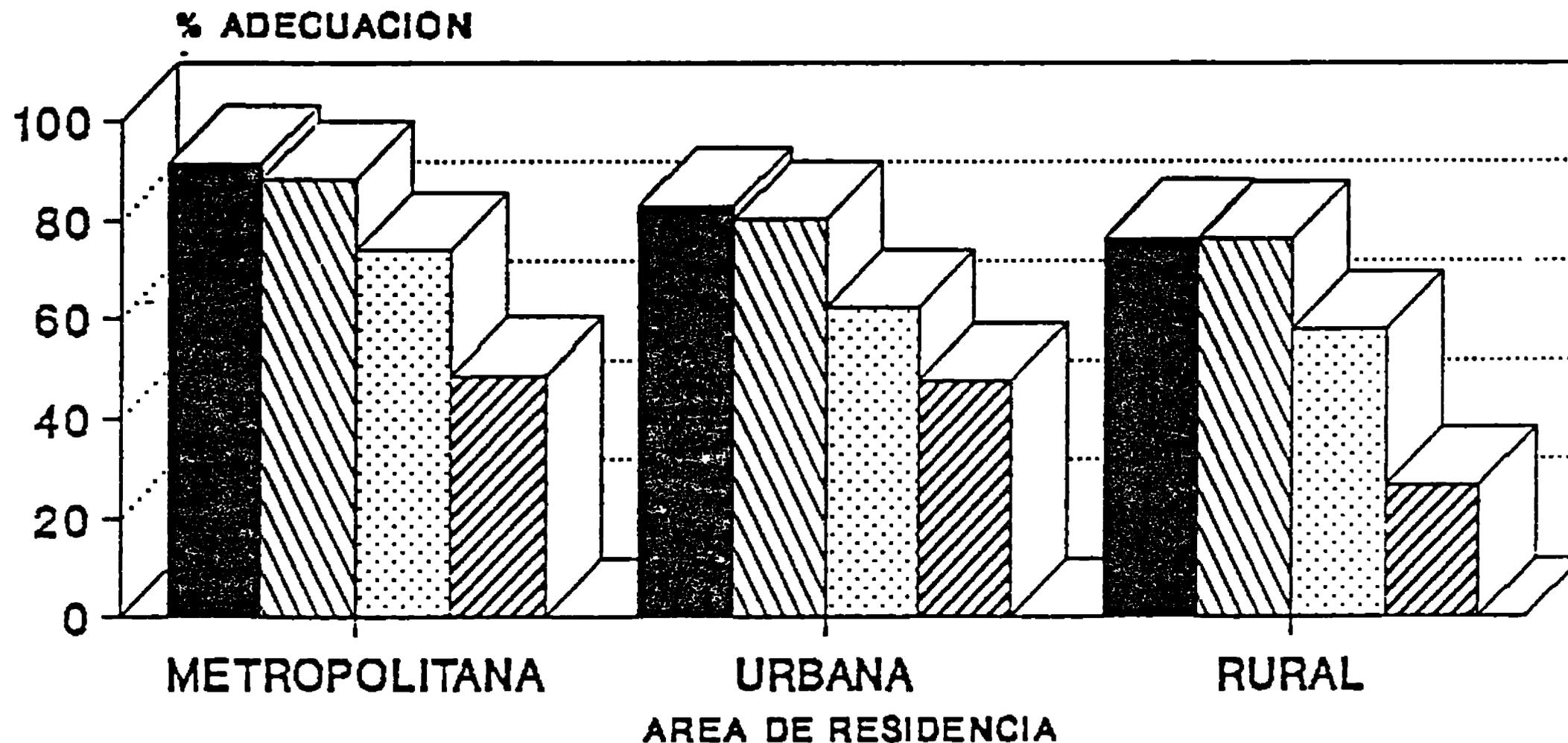
FUENTE: ADS/MINSALUD/INCAP. Evaluación de la Situación Alimentaria y Nutricional en El Salvador (ESANES-88). Public.ADS. El Salvador, C.A. 1990, Cuadros 62,63, 65 y 66.

PORCENTAJE DE ADECUACION DE ENERGIA, PROTEINAS HIERRO Y VITAMINA A EN FAMILIAS, POR RESIDENCIA, 1988.



NOTA: Elaborado por el Depto. de
Nutricion/MSPAS, con datos ESANES-88.

PORCENTAJE DE ADECUACION DE ENERGIA, PROTEINAS HIERRO Y VITAMINA A EN NIÑOS, POR RESIDENCIA, 1988



NOTA: Elaborado por el Depto. de
Nutricion/MSPAS, con datos ESANES-88