

# LA SALUD DE LA POBLACION SALVADOREÑA\*

*José A. Sermeño*

## POPULATION HEALTH IN EL SALVADOR

### SUMMARY

The salvadorian mortality level for the period 1970-1975 is higher than the overall average in Latin America and having a slightly lower value than the rest of the Central American countries with the exception of Costa Rica.

The first part of this article shows that the Salvadorian population dies due to exogenous causes which can be healed and acted upon in order to reduce mortality. Scientific development increases the possibility of substantially lengthening life expectancy just by means of decreasing mortality among children under age five, attaining levels already reached at and surpassed by Costa Rica, another Central American country.

The second part is focused on the analysis of the situation of human resources (physicians, nurses and assistant personnel) and material resources (beds) related to the population health. Furthermore, the increasing demand for those resources produced by a growing population is studied.

### INTRODUCCION

Los objetivos que persigue este trabajo son bastante modestos. Incluso podría pensarse que el aporte que presenta es pequeño, pues se omiten sus conclusiones sabidas por la mayoría de entendidos en problemas de salud. Lo que se persigue al insistir en esas ideas es probar empíricamente que sean verificables. Las hipótesis de trabajo son dos, a desarrollar por separado:

a) En El Salvador la mortalidad puede rebajarse aún más, debido a que las principales causas de muerte son exógenas (infecciosas y parasitarias).

b) El problema de la salud en El Salvador está ligado al desarrollo socio-económico del país y trasciende la mejoría de indicadores como el número de recursos humanos y materiales para la salud por habitante (incluso combinado con un fuerte descenso de la fecundidad).

---

\* Documento presentado en el III Seminario del Programa Centroamericano de la Salud, realizado en San José, Costa Rica, del 19 al 24 de abril de 1976.

I. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL NIVEL  
DE LA MORTALIDAD EN EL SALVADOR Y LAS POSIBILIDADES  
DE SU REDUCCION<sup>1/</sup>

Para el período 1970-1975 el nivel de la mortalidad de la población salvadoreña, medido por la tasa bruta de mortalidad, es superior al promedio general de la América Latina en su conjunto, con un valor un poco inferior al del resto de países centroamericanos, con excepción de Costa Rica. Al comparar su valor con el de los países sudamericanos y del Caribe, se observa que sólo Bolivia, el Perú y Haití tienen una mortalidad mayor que la salvadoreña, que tiene valores similares a los de la República Dominicana (véase el cuadro 1).

Como la tasa mencionada está influida tanto por el nivel de la mortalidad como por la estructura por edad de las poblaciones estudiadas, en el mismo cuadro se presentan los valores de la esperanza de vida al nacer, que es una medida que no está influida por las diferentes estructuras por edad de los países. A partir de ella puede corroborarse la comparación realizada en el párrafo anterior, quedando la esperanza de vida al nacer de El Salvador por debajo del promedio latinoamericano y guardando con el resto de los países mencionados la misma tendencia señalada al comentar los valores de las tasas brutas de mortalidad. O sea, el papel que juega la estructura de la población entre el Salvador y los países mencionados no es muy importante. Caso distinto surge al compararlo con países con estructura diferente, como la Argentina o el Uruguay.

Utilizando tablas de vida hechas para El Salvador<sup>2/</sup> pueden compararse las variaciones de los valores de las tasas de mortalidad infantil y de la esperanza de vida al nacer entre los decenios 1951-1961 y 1961-1971 (véase el cuadro 2), variación que para simplificar puede considerarse como correspondiente al período 1956-1966.

Tal como puede apreciarse en ese cuadro, la ganancia media anual en la esperanza de vida (0,91) es apreciable si se compara con la experimentada por Costa Rica en los períodos 1950-1963 (0,58 años) y 1963-1972 (0,53 años).<sup>3/</sup> La razón de ello es que este país tiene una

---

<sup>1/</sup> En esta parte se seguirá la metodología empleada por Ortega, A. y Rincón, M., en *Algunas Estimaciones Demográficas sobre la Mortalidad para la Formulación de las Metas del Plan de Salud de Costa Rica*, CELADE, 1974. (Inédito).

<sup>2/</sup> Alens, A., "El Salvador. Estimación de Niveles de Mortalidad con base en la Comparación de los Censos de 1950 y 1961". En Dirección General de Estadística y Censos, 1964, *El Salvador en Gráficas*. Rosero, L., *El Salvador. Tabla de Mortalidad Intercensal por Sexo, 1961-1971. Aplicación del Sistema Modelo de Brass*, San José, Costa Rica, 1974. (Inédito) Existe modificación hecha por CELADE.

<sup>3/</sup> Ortega, A. y Rincón, M., *op. cit.*

mortalidad menor que El Salvador, y a medida que desciende, la ganancia se vuelve más difícil de obtener<sup>4/</sup> debido a que el tipo de enfermedades que deben combatirse entonces no sólo requieren un mayor costo, sino que la ciencia tiene mayores limitaciones para vencerlas. Debe subrayarse que el valor de 55,1 en la esperanza de vida salvadoreña (1961-1971) aún es susceptible de aumentos sustanciales.

Cuadro 1

AMERICA LATINA, 1970-1975: ESPERANZA DE VIDA AL NACER  
Y TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD, NATALIDAD Y CRECIMIENTO  
NATURAL. DATOS ESTIMADOS DE LAS PROYECCIONES  
DE POBLACION DE CADA PAIS

País	Esperanza de vida al nacer (en años)	Tasas brutas (por mil)		
		Mortalidad	Natalidad	Crecimiento natural
<i>América Latina</i>	61,46	9,28	37,21	27,93
Argentina	68,19	8,76	21,80	13,04
Bolivia	46,75	17,96	43,72	25,76
Brasil	61,39	8,77	37,12	28,35
Colombia	60,91	8,79	40,61	31,82
Chile	64,35	8,10	25,88	17,78
Ecuador	59,63	9,47	41,76	32,29
Paraguay	61,55	8,62	42,25	33,63
Perú	55,65	11,92	41,02	29,10
Uruguay	70,08	9,22	20,83	11,61
Venezuela	64,74	7,01	36,06	29,05
Costa Rica	68,18	5,89	33,44	27,55
El Salvador	57,83	11,09	42,17	31,08
Guatemala	52,93	13,72	42,82	29,10
Honduras	53,49	14,57	49,26	34,69
Nicaragua	52,86	13,87	48,32	34,45
Panamá	66,53	7,14	36,08	28,94
México	63,22	8,62	42,00	33,38
Cuba	72,30	5,92	28,95	23,03
Haití	47,46	17,18	41,98	24,80
Rep. Dominicana	57,76	10,96	45,84	34,88

Fuente: CELADE, *Boletín Demográfico*, Año VII, N° 13, 1974.

<sup>4/</sup> Considérese que la esperanza de vida en Costa Rica fue de 55,7 años en 1950 y la de El Salvador fue de 55,1 para el decenio 1961-1971.

Cuadro 2

EL SALVADOR, 1956-1966: ESTIMACIONES DE LA ESPERANZA  
DE VIDA AL NACER Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL.  
CALCULO DE SU DIFERENCIA MEDIA ANUAL

Medida estimada	Período		Diferencia <sup>a/</sup>	Diferencia media anual
	1951-1961	1961-1971		
Esperanza de vida al nacer (en años)	46,0	55,1	9,1	0,91
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacimientos)	147,3	118,1	19,8	2,0

Fuentes: Alens, A., *op. cit.*

Rosero, L., *op. cit.*

a/ Ganancia en años para la esperanza de vida y reducción por cien para la tasa de mortalidad infantil.

Al comparar la reducción media anual experimentada por la tasa de mortalidad infantil en El Salvador (el 2 por ciento) con la costarricense en los períodos 1950-1963 (1,3) y 1963-1972 (3,6)<sup>5/</sup> puede decirse que la posibilidad de reducir la mortalidad infantil en El Salvador aún es considerable, lo que conllevaría -como es natural- un aumento en la esperanza de vida al nacer de su población.

Para estudiar la posibilidad de descenso de la mortalidad, se presentan dos métodos:

a) *Por comparación con otros países.* Para ilustrar las posibilidades de descenso de la mortalidad salvadoreña se comparan las tasas específicas de mortalidad de esa población, válida para el decenio 1961-1971, con la de dos países con menor mortalidad: Costa Rica (1972) y como caso extremo, Suecia (1968).

Según el cuadro 3, si El Salvador lograra alcanzar el nivel de la mortalidad de Costa Rica, podría reducir la incidencia de la muerte en los menores de un año en un 54 por ciento. En los siguientes tres grupos de edades el descenso sería realmente importante y después de los 15 años de edad los porcentajes de reducción irían en disminución. Adoptando los valores observados para Suecia, como los mínimos por alcanzar, puede verse que la mortalidad infantil puede reducirse en un 90 por ciento y la del grupo 1-4 años en un 97 por

<sup>5/</sup> Ortega, A. y Rincón M., *op. cit.*

ciento pero, en general, debe señalarse que la mortalidad de la mayoría de los grupos de edades es susceptible de disminuir.

Por otra parte, si se considera que en Suecia (1968) la esperanza de vida al nacer fue de 72,3 años y en Costa Rica (1972) de 68,1, puede pensarse que la esperanza de vida salvadoreña tiene un margen de aumento posible de alrededor de 15 años.

Como ha sido señalado en varios trabajos,<sup>6/</sup> alrededor del 45 por ciento de los muertos del país son niños menores de cinco años de edad; y de estos niños, el 47 por ciento muere de enfermedades clasificadas por las Naciones Unidas<sup>7/</sup> como "infecciosas y parasitarias", gripe, pulmonía y bronquitis, antes de los 5 años y un 51 por ciento por "otras causas" (o sea, el bolsón de las malas declaraciones, donde tienen gran incidencia las infecciosas y parasitarias); en resumen, la mayor parte de los niños mueren por enfermedades exógenas, en su mayoría curables. Por lo anterior, en el segundo método se trata de captar cuál sería la ganancia en la esperanza de vida al nacer si se redujera la mortalidad de los menores de 5 años dentro de ciertos márgenes por explicar.

b) *Descenso de la mortalidad en los menores de 5 años.* Aun cuando ya se indicó que la mortalidad de los menores de 1 año de edad y del grupo 1-4 podría descender como límite en un 90 y un 97 por ciento, respectivamente, (véase el cuadro 3), se estudiará cuál sería la incidencia en la esperanza de vida si la mortalidad de esos grupos se redujera dentro de las metas aprobadas por la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas<sup>8/</sup> (1972), para alcanzar a fines del decenio:

- i) Reducir la mortalidad de los menores de 1 año en un 40 por ciento, con rango de 30 a 50 por ciento.
- ii) Reducir la mortalidad de los niños de 1-4 años en un 60 por ciento, con rango de 50 a 70 por ciento.
- iii) Aumentar en 5 años la esperanza de vida al nacer en aquellos países en donde el nivel actual de mortalidad es menor de 65 años y en 2 años en aquellos en donde ese nivel esté entre los 65 y 69 años. El Salvador estaría entre los primeros.

Observando el cuadro 4 puede decirse que con sólo la reducción de la mortalidad infantil y la de las edades entre 1 y 4 años en un 40 y

---

6/ Rodríguez de S., M., "Diagnóstico de Salud de la Población Salvadoreña" en *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, Año 1, N° 1, San José, Costa Rica, 1975. Sermeño, J., *El Salvador, 1961 y 1971: Mortalidad por Causas*, CELADE, Curso Avanzado de Demografía 1974-1975 (Inédito). Badía, R., "Política de Población: Situación de Salud en El Salvador", en *Revista Salvadoreña de Hospitales*, vol. VI, N° 1, 1975.

7/ Naciones Unidas, *Boletín de Población* N° 6, ST/SOA/Serie N/6, 1962.

8/ OPS, "Plan Decenal de Salud para las Américas", Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, Estados Unidos, 1973.

Cuadro 3

POSIBILIDADES DE REDUCCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD  
SALVADOREÑAS, POR EDAD, COMPARANDOLAS CON LOS NIVELES  
ALCANZADOS POR COSTA RICA (1972) Y SUECIA (1968)

(Tasas por mil)

Grupos de edades	El Salvador <sup>a/</sup> (1961 a 1971)	Costa Rica <sup>b/</sup> (1972)	Suecia <sup>c/</sup> (1968)	Porcentaje posible de reducción			
				El Salvador	Costa Rica	El Salvador	Suecia
				(4):100 $\left(\frac{1-(2)}{(1)}\right)$	(5):100 $\left(\frac{1-(3)}{(1)}\right)$	(4)	(5)
0	123,2	56,7	12,9	54	90		
1-4	15,1	4,4	0,5	71	97		
5-9	4,4	1,0	0,4	77	91		
10-14	1,8	0,5	0,3	72	83		
15-19	2,8	1,1	0,7	61	75		
20-24	3,7	1,6	0,8	57	78		
25-29	4,5	1,5	0,8	67	82		
30-34	5,3	2,2	1,2	58	77		
35-39	6,1	2,6	1,6	57	74		
40-44	7,4	3,1	2,1	58	72		
45-49	9,3	5,2	3,5	44	62		
50-54	12,1	6,7	5,2	45	57		
55-59	16,3	11,6	8,6	29	47		
60-64	22,8	15,7	13,3	31	42		
65-69	33,7	28,7	22,7	15	33		
70-74	49,9	43,2	39,6	13	21		
75-79	74,1	68,5	68,6	8	7		
80-84	112,0	94,9	118,8	15	0		
85 y más	187,3	161,1	210,2	14	0		

Fuentes: a/ Rosero, L., modificada, *op. cit.*

b/ Ortega, A. y Rincón, M., *op. cit.*

c/ Naciones Unidas, *Demographic Yearbook*, 1970.

un 60 por ciento respectivamente,<sup>9/</sup> puede alcanzarse la meta de aumentar en cinco años la esperanza de vida al nacer. Como las causas de muerte más importantes del país pueden agruparse dentro de las infecciosas y parasitarias para todas las edades, el combatir estas causas en los menores de 5 años incidiría en el descenso de la

<sup>9/</sup> Considérese que son porcentajes de reducción menores, incluso que los comprendidos dentro de la posibilidad de asemejar las tasas de mortalidad de esas edades de El Salvador a las de Costa Rica (un 54 y un 71 por ciento, respectivamente, en el cuadro 3).

mortalidad por esas mismas causas en personas mayores de 5 años de edad, con lo cual la ganancia en la esperanza de vida al nacer se incrementaría aún más. Debe señalarse que sólo se está hablando de aumentar la esperanza de vida por medio de campañas de salud en las enfermedades más comunes. Si en vez de ser curativa, la medicina fuese preventiva, la ganancia que tendría la esperanza de vida sería mucho mayor.

Cuadro 4

EL SALVADOR: ESPERANZA DE VIDA AL NACER QUE SE  
OBTENDRIA SEGUN DIFERENTES HIPOTESIS DE  
REDUCCION DE LAS TASAS DE MORTALIDAD DE  
LOS MENORES DE 5 AÑOS

(Tasas de mortalidad base: 1961-1971)

Tabla	Reducción de mortalidad (por cien)		Esperanza de vida (en años)	Ganancia en relación con la tabla 1 (en años)
	Infantil	1-4 años		
1	El Salvador. Ambos sexos (1961-1971)		55,09	—
2	30	—	57,20	2,11
3	40	—	57,90	2,81
4	—	50	56,71	1,62
5	—	60	57,04	1,95
6	30	50	58,89	3,80
7	30	60	59,23	4,14
8	40	50	59,61	4,52
9	40	60	59,96	4,87

Fuente: Tablas del Anexo.

Como conclusión, la población salvadoreña muere primordialmente por causas exógenas, curables, sobre las que se puede influir para reducir la efectividad de la muerte. La posibilidad de aumentar la esperanza de vida sustancialmente con sólo la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años de edad —con rangos ya alcanzados y superados por otro país centroamericano, como es Costa Rica— existe; o sea, el avance científico permite la posibilidad de realizarlo; la capacidad de implantar políticas tendientes a lograrlo ya es otro problema. Dentro de estas políticas habrá que considerar una serie de aspectos, como la falta de recursos (humanos y materiales), el crecimiento de la población y limitaciones para lograr una mayor efectividad de ellas. En la próxima sección se tratará de demostrar que no son éstas las condicionantes del problema de la salud en El Salvador.

## II. RECURSOS PARA LA SALUD

Esta parte del trabajo se concentrará en analizar la situación de los recursos humanos (entendiendo por tales a los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) y materiales (camas) que tienen relación con la salud de la población, para luego estudiar las exigencias de incremento de esos recursos por parte del aumento de la población.

La situación de estos recursos útiles para la salud en 1975<sup>10/</sup> fue, para cada 10 000 habitantes, de 2,77 médicos, 2,28 enfermeras, 4,84 auxiliares y 14 camas. Estos indicadores quedan muy por debajo de la situación presentada por otros países, como puede verse en el cuadro 5.

Los valores anotados para el total del país son un promedio en el cual no se logra reflejar una realidad polarizada. Lo ideal sería poder estudiar las posibilidades de acceso a esos y a otros recursos por parte de sectores de la población clasificados según estratos socio-económicos, en los cuales se captarían más claramente diferentes comportamientos relacionados con la salud, que serían un derivado de la situación socio-económica en que esa población esté dividida.<sup>11/</sup> Los beneficios

Cuadro 5

VARIOS PAISES: RECURSOS PARA LA SALUD  
ALREDEDOR DE 1972  
(Por 10 000 habitantes)

País	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Camas
Argentina	23,5	6,3	11,3	58
Canadá	15,0	47,9	21,7	98
Cuba	8,7	5,5	8,5	45
Estados Unidos	15,0	35,1	59,2	73
Uruguay	10,9	2,9	15,1	57
Venezuela	9,5	5,1	17,2	31

*Fuentes:* OPS, Departamento de Estadísticas de Salud, 1973. Conferencia Panamericana sobre Recursos Humanos en Salud, OMS, Canadá, 1973. "Las Condiciones de Salud en las Américas. 1969-1972". Publicación de OPS/OMS, citada en *Revista Salvadoreña de Hospitales*, vol. VI, N° 1, 1975.

<sup>10/</sup> Véase el cuadro 7.

<sup>11/</sup> La posibilidad de realizar ese tipo de estudio existe, por ejemplo, en la Encuesta Demográfica Nacional de Honduras (EDENH), realizada por la Dirección General de Estadística y Censos de esa República, con la asistencia de CELADE.



de este tipo de estudio podrían incluso permitir señalar cuáles son las subpoblaciones más afectadas, y el tipo de afección más importante que padecen, para así, al combatirlo, reducir en alguna medida la brecha entre los comportamientos diferenciales de salud que tengan.

Ante la dificultad de efectuar ese estudio, se presenta una desagregación de la población salvadoreña por regiones geográficas, que en buena medida permite ubicar también diferentes condiciones socio-económicas. Dichas regiones son:

a) Occidental: formada por los departamentos de Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate.

b) Central: departamentos de Chalatenango y La Libertad.

c) Metropolitana: todo el departamento de San Salvador.

d) Paracentral: departamentos de Cabañas, San Vicente, Cuscatlán y la Paz.

e) Oriental: departamentos de San Miguel, Morazán, Usulután y La Unión.

En el cuadro 6 se observa la alta concentración de recursos en la región metropolitana, en menoscabo del resto del país. Puede verse que en el caso de los médicos sólo la región metropolitana concentra poco más del 75 por ciento de ellos, y también alrededor del 46 por ciento de cada uno de los otros tres recursos.

Esto lleva a condiciones muy diferentes en el acceso que tiene la población de cada región a los cuatro recursos estudiados, de tal manera que al compararlos con las poblaciones a las que teóricamente dan servicios, los valores para el total del país quedan diluidos entre las regiones señaladas, como lo indica el cuadro 7, presentando situaciones diferentes entre las regiones estudiadas:<sup>12/</sup> valores mayores (como era de esperar) en la región metropolitana, seguida a gran distancia por la occidental y presentando proporciones muy bajas en la oriental, la central y la paracentral. Esto responde a la concentración de las actividades más importantes (administrativas, económicas, políticas, etc.) en pocas regiones, entre las cuales resalta la capital del país;<sup>13/</sup> o sea, guarda una relación directa con el grado de desarrollo relativo entre las regiones.

De tal manera que la situación comentada al principio de esta sección para el total del país adquiere caracteres más delicados en la medida que analizamos esos indicadores en las regiones en las cuales está dividido. Considérese lo que ocurre en la realidad más concreta,

---

<sup>12/</sup> Esto no quita que regiones como la central y la oriental puedan tener una distribución de recursos para la salud en proporciones parecidas entre sus respectivas poblaciones.

<sup>13/</sup> Véase Di Filippo, A., "El Desarrollo y la Distribución Espacial de la Población en América Latina", en *Notas de Población*, Año III, vol. 7, CELADE, Santiago, Chile, 1975.

Cuadro 6

EL SALVADOR: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE  
RECURSOS PARA LA SALUD, SEGUN REGION. 1975

Región	Médicos		Enfermeras		Auxiliares		Camas	
	Porcen- taje	Porcen- taje acumu- lado	Porcen- taje	Porcen- taje acumu- lado	Porcen- taje	Porcen- taje acumu- lado	Porcen- taje	Porcen- taje acumu- lado
<i>Total</i>	<i>100,00</i>	—	<i>100,00</i>	—	<i>100,00</i>	—	<i>100,00</i>	—
Occidental	12,37	12,37	19,10	19,10	21,04	21,04	25,50	25,50
Central	3,07	15,54	7,58	26,68	7,00	28,04	5,11	30,61
Paracentral	2,10	17,54	13,23	39,91	10,77	38,81	10,80	41,41
Oriental	6,58	24,12	15,58	55,49	14,19	53,00	12,86	54,27
Metropolitana	75,88	100,00	44,51	100,00	47,00	100,00	45,73	100,00

Fuente: Tabla A del Anexo.

Cuadro 7

EL SALVADOR: DISTRIBUCION DE RECURSOS  
PARA LA SALUD SEGUN REGION GEOGRAFICA. 1975

(Por 10 000 habitantes)

Región	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Camas
<i>Total</i>	2,77	2,28	4,84	14,00
Occidental	1,65	2,10	4,90	17,21
Central	0,67	1,36	2,66	5,62
Paracentral	0,34	1,77	3,05	8,85
Oriental	0,66	1,28	2,48	6,51
Metropolitana	9,69	4,67	10,46	29,46

Fuentes: Tablas A y B del Anexo.

donde los indicadores señalados para las regiones son aún promedios ponderados de los valores que tienen las subpoblaciones que las componen, según su inserción en la estructura productiva; o sea, que la mayoría de la población de cada una de esas regiones queda por debajo de los valores que se observan en el cuadro 7.

Si se supone que la acción sobre la salud de la población debe tender a lograr la uniformidad de oportunidades a los servicios,

podrían fijarse dos posibles metas para alcanzar en el año 2000.

*Meta I:* La primera es que ese año cada una de las regiones (con excepción de la metropolitana) tendrá una proporción de recursos para la salud por 10 000 habitantes similar a la que tenía el total del país en 1975 (véase el cuadro 7).<sup>14/</sup>

*Meta II:* La segunda posible meta es que todas las regiones alcanzarán en el año 2000 la proporción de los recursos para la salud que tenía la región metropolitana en 1975 (véase el cuadro 7).

El objeto de analizar estas supuestas metas es subrayar el gran esfuerzo que hay que hacer para lograr satisfacerlas y que, aun lográndolas, son metas que realmente no puede decirse que estén solucionando en forma eficaz el problema de salud de las mayorías, pues en primer lugar, como ya se mencionó varias veces, las proporciones que se alcanzarían aún distan de alcanzar los valores que podrían servir como límites, como los observados para el Canadá y los Estados Unidos (véase el cuadro 5); y en segundo lugar, siempre debe tenerse presente que estos valores de acceso a recursos de salud son promedios, estando el grueso de la población por debajo de ellos. Por otra parte, se tratará de estudiar si la alternativa del descenso de la fecundidad puede ser efectiva para solucionar la situación.

Para desarrollar esta parte del trabajo se recurrió a proyecciones de población realizadas por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)<sup>15/</sup> para el total del país. Las proyecciones realizadas a nivel regional fueron hechas tomando como base esas proyecciones de la población total, los datos censales de 1950, 1961 y 1971 para las cinco regiones estudiadas, y trabajando con el método de relación-tendencia, utilizado para subpoblaciones.<sup>16/</sup>

Los datos censales fueron llevados a mitad de los años 1950, 1960 y 1970 y ajustados con las estimaciones evaluadas y corregidas hechas por CELADE para las proyecciones recientemente indicadas.<sup>17/</sup> Debe señalarse también que al aplicar el método de relación-tendencia se trabaja con el supuesto implícito de que la relación entre la población de cada región y la del total del país mantendrá una tendencia en el

---

<sup>14/</sup> Para la metropolitana se supondrá que todos los recursos mantienen constante su proporción de 1975, así como en la región occidental se mantuvo constante la proporción que presentó para ese año en los auxiliares de enfermería y camas.

<sup>15/</sup> CELADE, *América Latina. Situación Demográfica alrededor de 1973 y Perspectivas para el Año 2000*, Serie A, N° 1 020, San José, Costa Rica, 1975. CELADE, *Boletín Demográfico*, Año VII, N° 13, Santiago, Chile, 1974.

<sup>16/</sup> Banco Interamericano de Desarrollo, *Tendencias del Crecimiento de la Población Urbana en América Latina*, Washington, Estados Unidos, 1975.

<sup>17/</sup> Es necesario apuntar que según nuevas estimaciones, los valores de las proyecciones con los que aquí se trabaja están subestimados.

futuro que obedece a la relación que cada región tuvo con el total del país en los períodos 1950-1960 y 1960-1970, teniendo más peso este último. Como en todas las proyecciones, los resultados presentados en este trabajo deben tomarse como aproximaciones a la realidad.

Las estimaciones de población para el año 2000 (véase la tabla B del Anexo) se han hecho para cada una de las cuatro hipótesis de comportamiento de la fecundidad con que trabajó CELADE y que, en resumen, pueden comprenderse como:

Hipótesis I: Fecundidad constante. Supone que la fecundidad, medida por la tasa global de fecundidad, (TGF)<sup>18/</sup> mantendrá constante su valor mostrado en el quinquenio 1965-1970 (6,56) hasta el 1995-2000.

Hipótesis II: Descenso moderado. El descenso supuesto para la fecundidad es de un 10 por ciento entre 1965-1970 y 1995-2000.

Hipótesis III: Es la recomendada por CELADE, y supone un descenso de la fecundidad de un 33 por ciento entre los quinquenios indicados anteriormente (la TGF pasaría de 6,56 a 4,39).

Hipótesis IV: Descenso brusco. La fecundidad descendería en un 50 por ciento entre 1965-1970 y 1995-2000. Por ejemplificar, podría decirse que de una familia de casi 7 hijos en promedio se pasaría a otra de 3 en sólo 25 años; considérese la magnitud de todos los cambios en las condiciones económicas, culturales, de costumbres, etc., que deberían efectuarse en la inmensa mayoría de la población en tan breve tiempo para que esto pudiera alcanzarse.

En el cuadro 8 aparece la cantidad de recursos para la salud que serán necesarios el año 2000 para satisfacer las necesidades de las cinco regiones y el total del país, según las cuatro hipótesis de crecimiento de la población y para las dos metas planteadas para alcanzar al final del presente siglo.

Allí puede verificarse, por ejemplo, que según la hipótesis recomendada por CELADE (la III) la región paracentral debe pasar de 24 (véase la tabla A del Anexo) a 378 médicos, para satisfacer el crecimiento de su población, si se desea alcanzar en el año 2000 la proporción de médico por habitante que tuvo todo el país 25 años atrás (en 1975); si la meta por alcanzar es la II, el número de médicos en esa región para el año 2000 debería ser de 1 322. O sea, de un número índice 100 en 1975, deberá pasarse a 1 575, según la meta I y a 5 508 según la II (véase la tabla C del Anexo). Considérese que para

---

18/ Se entiende por Tasa Global de Fecundidad el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que cumplieran las dos condiciones siguientes: a) que durante el período fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio, y b) que no estuvieron expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. (Camisa, Z., *Las Medidas Tradicionales de la Fecundidad*, CELADE, Serie BS, N° 1, 1970).

Cuadro 8

EL SALVADOR: RECURSOS NECESARIOS PARA LA SALUD, POR  
REGION, SEGUN CUATRO HIPOTESIS DE CRECIMIENTO  
DE LA POBLACION Y DOS METAS POR ALCANZAR  
EN EL AÑO 2000 PARA ESOS RECURSOS

## a) Meta I

Hipótesis y región	Recursos necesarios			
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Camas
<i>Hipótesis I</i>				
<i>Total</i>	4 972	3 136	6 827	20 132
Occidental	562	463	994	3 492
Central	356	293	622	1 799
Metropolitana	2 806	1 352	3 029	8 532
Paracentral	460	379	804	2 325
Oriental	788	649	1 378	3 984
<i>Hipótesis II</i>				
<i>Total</i>	4 694	2 960	6 443	19 902
Occidental	531	437	938	3 296
Central	336	277	587	1 698
Metropolitana	2 649	1 277	2 860	8 054
Paracentral	434	357	758	2 194
Oriental	744	612	1 300	3 760
<i>Hipótesis III</i>				
<i>Total</i>	4 085	2 576	5 608	16 537
Occidental	462	380	817	2 868
Central	292	241	511	1 478
Metropolitana	2 305	1 111	2 489	7 009
Paracentral	378	311	660	1 910
Oriental	648	533	1 131	3 272
<i>Hipótesis IV</i>				
<i>Total</i>	3 687	2 325	5 061	14 924
Occidental	417	343	737	2 588
Central	264	217	461	1 334
Metropolitana	2 080	1 003	2 246	6 325
Paracentral	341	281	596	1 723
Oriental	585	481	1 021	2 954

(continúa)

## Cuadro 8 (conclusión)

EL SALVADOR: RECURSOS NECESARIOS PARA LA SALUD, POR  
REGION, SEGUN CUATRO HIPOTESIS DE CRECIMIENTO  
DE LA POBLACION Y DOS METAS POR ALCANZAR  
EN EL AÑO 2000 PARA ESOS RECURSOS

## b) Meta II

Hipótesis y región	Recursos necesarios			
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Camas
<i>Hipótesis I</i>				
<i>Total</i>	10 385	5 005	11 209	31 578
Occidental	1 966	948	2 122	5 977
Central	1 245	600	1 344	3 786
Metropolitana	2 806	1 352	3 029	8 532
Paracentral	1 610	776	1 737	4 899
Oriental	2 758	1 329	2 977	8 384
<i>Hipótesis II</i>				
<i>Total</i>	9 801	4 724	10 581	29 799
Occidental	1 856	894	2 003	5 642
Central	1 175	567	1 269	3 574
Metropolitana	2 649	1 277	2 860	8 054
Paracentral	1 518	732	1 639	4 616
Oriental	2 603	1 254	2 810	7 913
<i>Hipótesis III</i>				
<i>Total</i>	8 530	4 111	9 208	25 933
Occidental	1 615	778	1 743	4 909
Central	1 023	493	1 104	3 110
Metropolitana	2 305	1 111	2 489	7 009
Paracentral	1 322	637	1 427	4 019
Oriental	2 265	1 092	2 445	6 886
<i>Hipótesis IV</i>				
<i>Total</i>	7 698	3 710	8 311	23 407
Occidental	1 457	702	1 573	4 431
Central	923	445	997	2 808
Metropolitana	2 080	1 003	2 246	6 325
Paracentral	1 193	575	1 288	3 627
Oriental	2 045	985	2 207	6 216

Fuentes: Cuadro 7 y tabla B.

sostener 378 ó 1 322 médicos en una región donde 25 años atrás había sólo 24, se exigirá que esa región dé a su personal los incentivos suficientes para retenerlos. Esto necesariamente está vinculado a la necesidad de lograr un desarrollo económico integrado en el país, y no polarizado.

Comparando el cuadro 8 con la tabla A del Anexo (o utilizando la tabla C) salta a la vista la modificación pronunciada que hay que realizar en cada uno de los recursos para la salud, cualquiera que sea la meta por alcanzar o la hipótesis de crecimiento de la población empleada. Esto último equivale a decir que, aun con un descenso brusco de la fecundidad, como el planteado con la hipótesis IV, el problema de proporcionar los recursos para la salud para el total del país y cada una de sus regiones subsiste en cualquiera de las dos metas, que ya se señalaron como modestas. O sea, la solución al problema de los escasos recursos para la salud no puede depender del descenso de la fecundidad, pues queda señalado que ni una disminución brusca de ella sería una solución efectiva para una u otra meta fijada para los recursos por habitante en el año 2000, pues para lograrlas se requiere un gran esfuerzo, y aun lográndolas, los valores que se obtienen quedan lejos del límite fijado en función del cuadro 5.

La razón de eso es que el problema de la salud de una población trasciende la limitación del número de médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y camas de hospital que estén al servicio de la población, así como la del ritmo de crecimiento de ella, y está íntimamente relacionado con el grado de desarrollo económico y social alcanzado por un país. Esto no quiere decir, naturalmente, que aumentar los recursos que aquí se han llamado para la salud no sea importante para incidir sobre ésta, ni que el descenso de la fecundidad no alteraría la relación recursos-población; lo que se ha tratado de señalar es que, aun cuando se obtengan simultáneamente estos objetivos, los valores promedio que se obtendrían continúan siendo menores que los mostrados por otros países americanos.

En cambio, si el problema se enfoca a partir del desarrollo socio-económico de un país, éste conllevaría tanto el aumento de los recursos para la salud, como un descenso de la fecundidad (como consecuencia, entre otras, de una mayor incorporación de la mujer al trabajo, cambios en las costumbres de la población, prórroga de la edad al matrimonio en función de un aumento de la escolaridad, etc.), y lo que es más importante, el mejoramiento de las condiciones de salud en que la población se desarrollaría.

## ANEXO

Tabla A

**EL SALVADOR: DISTRIBUCION DE RECURSOS  
PARA LA SALUD, SEGUN REGION. 1975**

Región	Médicos <sup>a/</sup>	Enfermeras <sup>b/</sup>	Auxiliares <sup>b/</sup>	Camas <sup>b/</sup>
<i>Total</i>	1 140	937	1 987	5 753
Occidental	141	179	418	1 467
Central	35	71	139	294
Metropolitana	865	417	934	2 631
Paracentral	24	124	214	621
Oriental	75	146	282	740

*Fuentes:* a/ Junta de Vigilancia de la Profesión Médica.

b/ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Departamento de Planificación.

Tabla B

**EL SALVADOR: ESTIMACION DE LA POBLACION POR REGION, SEGUN  
CUATRO HIPOTESIS DE CRECIMIENTO DE SU POBLACION. 2000**

(Población en miles)

Región	Población según hipótesis			
	I	II	III	IV
<i>Total</i>	10 717	10 115	8 803	7 945
Occidental	2 029	1 915	1 666	1 504
Central	1 285	1 213	1 056	953
Metropolitana	2 896	2 734	2 379	2 147
Paracentral	1 661	1 567	1 364	1 231
Oriental	2 846	2 686	2 338	2 110

*Fuente:* CELADE, *América Latina. Situación Demográfica alrededor de 1973 y Perspectivas para el Año 2000*, Serie A, N° 1 020, 1975.

*Nota:* La proyección para las regiones se realizó utilizando el método de relación-tendencia. Véase: BID. *Tendencias del Crecimiento de la Población Urbana en América Latina*, Washington, Estados Unidos, 1975.



Tabla C

NUMEROS INDICES DE LOS RECURSOS PARA LA SALUD  
EN EL AÑO 2000, POR REGION, SEGUN CUATRO HIPOTESIS DE  
CRECIMIENTO DE LA POBLACION Y DOS METAS POR ALCANZAR  
EN EL AÑO 2000

(Año base 1975: 100)

a) Meta I

Hipótesis y región	Indice para el año 2000			
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Camas
<i>Hipótesis I</i>				
<i>Total</i>	436	335	344	350
Occidental	399	259	238	238
Central	1 017	413	448	612
Metropolitana	324	324	324	324
Paracentral	1 917	306	376	374
Oriental	1 051	445	489	538
<i>Hipótesis II</i>				
<i>Total</i>	412	316	324	330
Occidental	377	244	225	225
Central	960	390	422	578
Metropolitana	306	306	306	306
Paracentral	1 808	288	354	353
Oriental	992	419	461	508
<i>Hipótesis III</i>				
<i>Total</i>	358	275	282	287
Occidental	328	212	196	196
Central	834	339	368	503
Metropolitana	267	267	267	267
Paracentral	1 575	251	308	308
Oriental	864	365	401	442
<i>Hipótesis IV</i>				
<i>Total</i>	323	248	255	259
Occidental	296	192	176	176
Central	754	306	332	454
Metropolitana	241	241	241	241
Paracentral	1 420	227	279	277
Oriental	780	329	362	399

(continúa)

Tabla C (conclusión)

NUMEROS INDICES DE LOS RECURSOS PARA LA SALUD  
EN EL AÑO 2000, POR REGION, SEGUN CUATRO HIPOTESIS DE  
CRECIMIENTO DE LA POBLACION Y DOS METAS POR ALCANZAR  
EN EL AÑO 2000

(Año base 1975: 100)

b) Meta II

Hipótesis y región	Indice para el año 2000			
	Médicos	Enfermeras	Auxiliares	Camas
<i>Hipótesis I</i>				
<i>Total</i>	911	534	564	549
Occidental	1 394	530	508	407
Central	3 557	845	967	1 288
Metropolitana	324	324	324	324
Paracentral	6 708	626	812	789
Oriental	3 677	910	1 056	1 133
<i>Hipótesis II</i>				
<i>Total</i>	860	504	533	518
Occidental	1 316	499	479	385
Central	3 357	799	913	1 216
Metropolitana	306	306	306	306
Paracentral	6 325	590	766	743
Oriental	3 471	859	996	1 069
<i>Hipótesis III</i>				
<i>Total</i>	748	439	463	451
Occidental	1 145	435	417	335
Central	2 923	694	794	1 058
Metropolitana	267	267	267	267
Paracentral	5 508	514	667	647
Oriental	3 020	748	867	931
<i>Hipótesis IV</i>				
<i>Total</i>	675	396	418	407
Occidental	1 033	392	376	302
Central	2 637	627	717	955
Metropolitana	241	241	241	241
Paracentral	4 971	464	602	584
Oriental	2 727	675	783	840

Fuentes: Tabla A del Anexo y Cuadro 8.