PN-ABP-693
ISN 83725

AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
PPC/CDIE/DI REPORT PROCESSING FORM

ENTER INFORMATION ONLY IF NOT INCLUDED ON COVER OR TITLE PAGE OF DOCUMENT

1. Project/Subproject Number

2. Contract/Grant Number
519-0363-C-00-1034-00

3. Publication Date
22 Oct 92

4. Document Title/Translated Title
Reporte Final: Consultoria a Corto Plazo en la Evaluacion de necesidades alimentarias y nutricionales en el area de Ex-Conflicto en El Salvador
(Final Report: Short term consultation on the evaluation of food and nutritional needs in the area of former conflict in El Salvador)

5. Author(s)
1.
2. same
3.

6. Contributing Organization(s)
Proyecto Servicios de Salud Familiar
(Project Services of Family Health)

7. Pagination
63

8. Report Number

9. Sponsoring A.I.D. Office
US AID / El Salvador

10. Abstract (optional - 250 word limit)

11. Subject Keywords (optional)
1.
2.
3.
4.
5.
6.

12. Supplementary Notes

13. Submitting Official
Angela Wilcox, Librarian

14. Telephone Number
(703) 98-1666 x 1306

15. Today's Date
12 July 93

DO NOT write below this line

16. DOCID

17. Document Disposition
DOCRD [ ] INV [ ] DUPLICATE [ ]

AID 590-7 (10/88)

PN-ABP-693

CAMBRIDGE CONSULTING CORPORATION

REPORTE FINAL
CONSULTORIA A CORTO PLAZO
EN LA EVALUACION DE NECESIDADES ALIMENTARIAS
Y NUTRICIONALES EN EL AREA DE EX-CONFLICTO
EN EL SALVADOR

Preparado para la
Agencia para El Desarrollo Internacional

Proyecto Servicios de Salud Familiar
Contrato No. 519-0363-C-00-1034-00

San Salvador, El Salvador, C.A.
22 de octubre de 1992

APTO. No. 41, 4o. NIVEL, EDIF. "C", CENTRO ROOSEVELT, 55a. AV. SUR, SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

TELS.: (503) 24-4088 (503) 98-1170 FAX (503) 98-0782

AGRADECIMIENTOS

Cambridge Consulting Corporation (CCC) se complace en presentar el informe sobre "Necesidades de Alimentos en Zonas Ex-Conflictivas de El Salvador," que fue realizado a través del Proyecto "Servicios de Salud Familiar," (Contrato No. 519-0363-C-00-1034-00), financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID). Este informe fue preparado por el Dr. José Alfonso Mata Estrada, quien fuera contratado por CCC como Consultor de Corto Plazo para realizar dicho estudio-investigación. Los trabajos de campos y visitas a las distintas instituciones y organizaciones oficiales y privadas, fueron realizadas tanto por el Dr. Mata Estrada, como por su asistente, el Ing. Agrónomo Julio Enrique Medina que también fungió como consultor de corto plazo. Por este medio deseamos extender nuestros agradecimientos a dichas personas así como también al Sr. Manuel Rodríguez Casado, quien efectuó la coordinación de las reuniones preliminares con personal clave nacional de instituciones del gobierno e internacionales (Ministério de Salud Pública y Asistencia Social, Ministério de Educación, Dirección General de Estadísticas y Censos, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Programa Mundial de Alimentos y UNICEF).

Para la realización del estudio-investigación, su seguimientos y consultas técnicas se contó con la activa colaboración del Dr. Lawrence Smith, Jr. quien tuvo a su cargo la presentación del informe final a la agencia contratante.

Deseamos también extender nuestro agradecimiento al Lic. Mauricio Rivera, Presidente de la Fundación 16 de Enero así como a la Sub-Directora de la misma Licda. Gladys Melara de Jovel, a la Asociación Pro-Vida a través de su Directora Ejecutiva Dra. Violeta Menjivar y la Licda Mélida Guevarra, Sub-Directora de esta misma asociación, quienes contribuyeron de forma muy valiosa en la obtención de los datos que se recogieron en las área ex-conflictivas del país, así como en facilitarnos el intercambio y contactos con otras organizaciones no gubernamentales con presencia y programas en las mencionadas áreas. Nuestras gracias se extienden también a la Dirección General de Estadística y Censos quienes nos proporcionaron las estadísticas vitales actualizadas que se usaron para corroborar importantes variables des este estudio-investigación.

Finalmente, CCC desea reconocer y agradecer la participación, colaboración y comentarios hechos durante el proceso de este trabajo por el Sr. Richard Thornton, Dr. Raúl Guillermo Toledo, Ing. Luis G. Oliva de la División de Salud, Nutrición y Población así como también al Sr. Raymond Lynch, Dr. Marvin Dreyer y a la Srta. Susan Gantt de la División de Infraestructura y Desarrollo Rural de la AID en el Salvador. Nuestras gracias muy sinceras a la Sras. Rosario Castro-Olmedo y Debbie de Calderón por su valioso apoyo administrativo y secretarial respectivamente, en la preparación del presente informe.

INDICE

INDICE 2

INTRODUCCION 1

RESUMEN EJECUTIVO 3

CAPITULO I
OBJETIVOS Y METODOLOGIAS DEL ESTUDIO 7

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO 7
2. FUNDAMENTOS PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO 7
3. DESCRIPCION DEL DESARROLLO DEL ESTUDIO 7
4. METODOLOGIA EMPLEADA PARA LA CLASIFICACION DE MUNICIPIOS. 9

CAPITULO II
RESULTADOS 12

1. DESCRIPCION DE LOS EXPERTOS. 12
2. PRIORIZACION NUTRICIONAL DE LOS MUNICIPIOS. 13
3. PRIORIZACION ALIMENTARIA DE LOS MUNICIPIOS 14

CAPITULO III
INTERPRETACION DE LA PRIORIZACION DE LOS MUNICIPIOS DEL AREA DE EXCONFLICTO 23

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 29

1. NECESIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. 29
2. LOCALIZACION Y CUANTIFICACION DE LA NECESIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN EL AREA DE EXCONFLICTO. 29
3. ¿QUÉ SE PUEDE HACER? 34

BIBLIOGRAFIA 38

ANEXO 1
CUESTIONARIO 41

ANEXO 2
LIMITACIONES INFORMATICAS PARA EL ESTUDIO DE LASITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL 42

1. SOBRE LA SITUACION DE LA ALIMENTACION. 42
2. SOBRE LA SITUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL 43
3. EL PROBLEMA DE LA INFORMACION EXISTENTE..... 44
4. SUGERENCIAS PARA MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACION..... 47

ANEXO 3
LA SITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONALDE EL SALVADOR 49

1. LA SITUACION ALIMENTARIA 49
2. LA SITUACION NUTRICIONAL..... 57
3. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA NUTRICIONAL..... 61

INTRODUCCION

Los problemas alimentarios y nutricionales de la sociedad salvadoreña, se producen actualmente, bajo los siguientes escenarios:

a) Fortalecimiento de los procesos de paz y democracia, tendientes a lograr la integración social de todos los grupos involucrados en el conflicto reciente.

b) Consolidación de los programas de ajuste estructural, para sanear la economía del país y que contienen una serie de medidas para el abordaje de los problemas sociales.

c) Consolidación del proceso de reducción y modernización del aparato estatal, con énfasis en la descentralización y desconcentración, orientada a apoyar la modernización de la estructura productiva.

d) El fomento de la producción agroexportadora, no acompañada de políticas claras de producción alimentaria, en una sociedad en que la tenencia y utilización de la tierra, junto con la presión demográfica y una distribución no equitativa de beneficios, resulta de importancia para la sobrevivencia de familias que viven y dependen económicamente de actividades agrarias y de un país que ve cada día más como se reduce su frontera agrícola.

e) El Gobierno consciente del impacto negativo que sobre algunos grupos de población pueden tener las políticas económicas y fiscales que pretende implantar, ha desarrollado un programa social que contempla inversiones compensatorias para resolver las necesidades básicas de los más pobres y para rehabilitar la capacidad del sector público para manejar y prestar servicios de salud y educación en forma más eficiente y equitativa. Las bondades de este programa que tiene poco tiempo de existencia, no pueden aún evaluarse.

Pese a que la recuperación y las perspectivas de la economía son consideradas positivas, los logros económicos alcanzados no han sido del todo los esperados, ni han beneficiado a todos los sectores de la población y la inversión privada tampoco se ha realizado a los niveles deseados (1).

Por otro lado, El Salvador se muestra como un país que va saliendo de un largo conflicto bélico que afectó su organización social y su infraestructura productiva y de servicios, las cuales se tratan de reactivar a través de inversiones y donativos recibidos de países amigos y de programas que pretenden activar una organización social mas justa y participativa.

Bajo ese marco socio económico, la situación alimentaria y nutricional, considerada como un elemento básico del desarrollo, se esta tratando de esclarecer, aunque por el momento, el conocimiento de la misma, resulta confuso y lleno de contradicciones, producto de la falta de información reciente y precisa que permita planificar en forma más eficiente programas y proyectos e identificar y seleccionar mejor, las poblaciones objetivo.

Si bien en un inicio y durante la crisis económica y social, la acción intuitiva y poco planificada, pudo tener razón de ser debido a la magnitud de los problemas y a la dificultad

operativa que imperaba, el desarrollo de un país dentro de un marco de paz democracia y equidad, exige de una planificación y ubicación de recursos así como priorizaciones, en función de un conocimiento mejor de situaciones realidades, necesidades e intereses.

La Agencia para el Desarrollo Internacional (AID), con el fin de ayudar a mejorar el conocimiento de la disponibilidad alimentaria y la situación nutricional y a identificar poblaciones que requerirán y requieren de acciones e intervenciones en esos campos, ha financiado y apoyado la ejecución del presente estudio, considerado como un esfuerzo que permitirá orientar en el futuro inmediato otras investigaciones que puedan de manera más precisa, ubicar la problemática alimentaria y nutricional. Al mismo tiempo, se espera que este documento, sirva de orientación a agencias y organismos interesados en apoyar programas e intervenciones en las áreas mencionadas.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente estudio se hizo con la finalidad de determinar las necesidades alimentarias y nutricionales de las poblaciones de exconflicto y de priorizar los municipios, en función de esas necesidades.

En una primera etapa, se analizó la información existente, encontrándose que resulta incompleta e insuficiente para poder determinar la magnitud y localización de los problemas nutricionales y alimentarios de los municipios del área de exconflicto a fin de planificar y recomendar acciones e intervenciones.

Por consiguiente en una segunda etapa, utilizando como opinión de *expertos* locales, las apreciaciones de técnicos y profesionales de Salud, Educación, Agricultura, MIPLAN y organizaciones que prestan sus servicios en el área de exconflicto, se clasificaron los municipios del área, en función del daño nutricional y alimentario que presentan, habiéndose identificado: 38 municipios con 264 cantones y una población de 312,984 habitantes como de alta prioridad nutricional; 34 municipios con 278 cantones y 362,825 habitantes de prioridad intermedia y el resto de baja prioridad. De alta prioridad alimentaria, se identificaron 33 municipios, con 255 cantones y 430,256 habitantes, 41 municipios con problemas de calidad de tierra y 36 de tenencia de la mismas. De los municipios estudiados, sólo diecinueve, con 126 cantones y 145,802 habitantes, fueron clasificados de alta prioridad tanto alimentaria como nutricional.

Por carecerse de información nacional actualizada, la disponibilidad alimentaria y el estado nutricional de los municipios del área de exconflicto, fue estimada, utilizando la siguiente hipótesis: la situación alimentaria y nutricional, no ha cambiado en los últimos años, respecto a la encontrada en 1988. Bajo ese supuesto, pudo concluirse que:

1. El problema alimentario y nutricional en El Salvador y en el área de exconflicto, se caracteriza por ser un problema crónico y no agudo, que afecta a la población desde edad temprana y en los momentos más importantes de su vida.

2. Es un problema que aunque con diferentes manifestaciones y efectos, ataca a todos los miembros de la familia, afectando su vida social y biológica y su capacidad de desarrollo.

3. Los principales grupos afectados son: aquellos producto de los movimientos migratorios que se han operado en la última década y que manifiestan problemas y necesidades muy especiales cada uno de ellos: **los repobladores** estimados en 16,000; **los repatriados**, cuyo número se calcula en 30,000; y **los excombatientes** de uno y otro bando, estimados en 8,000 pertenecientes a las fuerzas del Frente Farabundo Martí, para la Liberación Nacional y unos 15,000 pertenecientes al ejército. El otro grupo es el de los **lugareños** formados por alrededor de 200,000 familias. De esos grupos, en la actualidad tienen un fuerte apoyo los repatriados, se ha estimado que hay una incidencia

de ayuda al 36% de esa población, un tres porciento a los lugareños y un 10% a los repobladores; por otro lado, el grupo de excombatientes, constituye el más atendido.

Todos los estudios de la última década, han mostrado que los lugareños del área rural son las más afectadas por los problemas nutricionales. En las áreas rurales de El Salvador, el sector del agro, se encuentra dividido en una serie de sistemas, en función de su capacidad productiva, de los cuales debido a su pobreza merece resaltarse el **sistema de autoconsumo,** formado por campesinos que sólo cubren el 54% de sus requerimientos nutricionales, con lo que producen, y los ingresos externos a la producción agrícola, lo utilizan para comprar el restante y suman aproximadamente, 170,000 familias, de las cuales probablemente el 65 por ciento 110,000 viven en el área de exconflicto y necesitan asistencia tanto para mejorar su capacidad alimentaria, como en algunas de ellas también la nutricional.

Finalmente, es importante considerar, que en las áreas urbanas de las principales ciudades, vive y trabaja un gran sector de la población que puede ser denominado como **obreros no calificados**, que se caracteriza por su gran heterogeneidad y por estar configurado por diversos grupos etáreos que afrontan al igual que los campesinos dificultades sociales y económicas. El tamaño de esta población, es entre los repobladores aproximadamente del 50%, pero entre los lugareños de 54% y entre los repatriados de 31%, en general de 47%.

4. Los estudios de la última década, señalan que el principal problema nutricional es la desnutrición proteíco calórica y que el principal factor implicado en la desnutrición proteíco calórica, lo constituye el consumo limitado de nutrientes en la dieta e identifican como otros factores asociados con la desnutrición, las infecciones en el niño, el nivel educativo y la ocupación de los padres y el lugar de residencia, señalando el área rural, como la zona de mayor prevalencia del problema.

   En el adulto, el principal factor desencadenante es una deficiente ingesta de nutrientes, producto de una limitada capacidad adquisitiva y de patrones culturales y educativos.

   Extrapolando a la población del área de exconflicto esos hallazgos, significa que el 30% de familias 71,000 aproximadamente, requieren de asistencia económica-nutricional a efecto de mejorar en un 30%, el consumo actual de energía y de proteínas, con lo cual se beneficiaría a la población de riesgo, formada por el escolar y el adulto. De las 71,000 familias señaladas que requieren asistencia, 48,300 son campesinos de las clases mencionadas y el resto 22,700 obreros no calificados.

5. En los grupos que se han mencionado, más que hablar de procesos o manifestaciones agudas de desnutrición, existen procesos crónicos que limitan su funcionamiento biológico, pero especialmente social y psicológico, de allí que la asistencia requerida para este grupo, no es de tipo emergente y debe estar asociada más que a políticas de ayuda alimentaria a políticas de mejora de ingresos y acceso laboral, pero mientras esas se implentan, la ayuda alimentaria es un recurso para protegerlas del daño nutricional

6. En el niño, especialmente en el preescolar, el problema nutricional se relaciona de manera tan importante con los problemas infecciosos, especialmente diarrea e

infecciones respiratorias, como con hábitos e ingesta alimentaria, en tal sentido, en el área de exconflicto viven 182,000 niños en edad preescolar, de los cuales 64,000 (algunos de los cuales pueden estar incluidos en las 71,000 familias mencionadas en la sección de los adultos), necesitan de asistencia alimentaria y de salud; asumiendo que el 30 % de los niños de esa edad, presentan problemas nutricionales en los que esta involucrada la ingesta deficiente. Alrededor de 36,500 de los mismos requieren con caracter de urgencia esa asistencia si se considera como problema agudo y emergente el deterioro al crecimiento que están teniendo.

7. Unos 91,000 preescolares que viven en el área de exconflicto, requieren de exposición a programas de manejo adecuado de la diarrea, si se considera que la mitad de esa población, esta expuesta permanentemente a problemas infecciosos de tipo gastointestinal que en ellos actua como el principal factor de alteración de su crecimiento.

8. La disponibilidad alimentaria y nutricional en opinión de los *expertos*, se comporta más en función de cantón que de municipio. Es necesario en un futuro y utilizando metodologías más objetivas, validar ésto.

9. La priorización realizada de municipios, necesita ser validada y complementada con estudios más objetivos y concretos; sin embargo, las comparaciones ha que fue sometida la priorización realizada (mortalidad infantil, morbilidad por diarrea, retardo en crecimiento del escolar, recursos de salud locales, cantidad disponible de ayuda alimentaria), pareciera indicar que los *expertos* consideraron todos esos aspectos al clasificar los municipios en función de necesidades alimentarias y nutricionales. Estimaciones conservadoras, pueden estar indicando que el 60% de la población con mayores necesidades alimentarias y nutricionales vive en los municipios de prioridad alta, el 30% en los de prioridad intermedia y el 10% en los de baja prioridad.

10. Finalmente con el presente estudio, se pretendía sugerir algunas recomendaciones para mejorar la situación nutricional de la poblaciones prioritarias identificadas. Las siguientes pueden ser consideradas las más importantes:

Los programas alimentarios y nutricionales que se pretendan implantar o continuar, se sugiere hacerlos bajo los siguientes aspectos:

10.1 Atención a la población en pobreza extrema, por medio de subvenciones directas, dentro de la cual la ayuda alimentaria es un componente medular y que necesita ser revisada y actualizada a la luz de situaciones actuales.

10.2 Selección de beneficiarios sobre criterios socioeconómicos.

10.3 Mejora de los sistemas de información, control y evaluación.

10.4 Modernización de la gestión.

10.5 Evaluación y reorientación de la cooperación internacional a objetivos y prioridades mencionados.

10.6 Promoción de la participación de la sociedad civil en la formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos.

11. Para lograr todo lo anterior, es importante considerar los siguientes aspectos y algunas de sus alternativas de solución

11.1 Reorganización de los sistemas de información permanentes, para conocer la situación alimentaria y nutricional con una precisión que permita también la programación local.

11.2 Los programas de ayuda alimentaria existentes, se deberían de incorporar a programas y acciones que en la actualidad se están desarrollando en los otros aspectos identificados como limitantes para un adecuado estado nutricional del adulto y del niño.

11.3 En cuanto al adulto, el esfuerzo de generar fuentes de ingreso, resulta ser el pririrtario, para mejorar su condición nutricional, en ese sentido, se requiere de organización a nivel local de grupos multidisciplinarios que trabajen con el modelo multicausal sobre pobreza, con un apoyo técnico de grupos subregionales con experiencia en las ciencias biológicas, sociales y económicas.

11.4 El enfoque a la solución de la pobreza, debe contemplar el desarrollo simultáneo de tres mecanismos: salarios, precios y ayuda alimentaria. Con los dos primeros, se tratará de mejorar la producción y la accesibilidad de la familia, con el tercero, complementar los déficits del limitado acceso a los alimentos. El desarrollo de los dos primeros, es considerado la mejor estrategia para el manejo permanente y preventivo de los problemas nutricionales.

11.5 Los programas de ayuda alimentaria, deberían ser manejados, organizados y desarrollados por las comunidades, los mismos deberían constituir una estrategia para la organización comunitaria, un ejercicio educativo sobre planificación ejecución y evaluación de programas a nivel de comunidad.

11.6 Mas que un incremento de la magnitud de la ayuda alimentaria, como consecuencia de los problemas detectados, los programas actuales, debería ser reorientados y analizados, considerando el problema crónico de la desnutrición.

CAPITULO I
OBJETIVOS Y METODOLOGIAS DEL ESTUDIO

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.1 Determinar las necesidades y prioridades nutricionales y alimentarias de la poblaciones que viven en el área de exconflicto.

1.2 Priorizar los municipios de las zonas de exconflicto, en función de la magnitud de necesidades alimentarias y nutricionales que presentan, utilizando para conocer esas necesidades, la opinión *experta* del personal técnico de distintas disciplinas relacionadas con la alimentación y la nutrición.

2. FUNDAMENTOS PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO

Identificar y describir la situación alimentaria y nutricional que esta prevaleciendo en 109 municipios que se encuentran ubicados dentro del área denominada de *exconflicto* y que han sido contemplados dentro del plan de reconstrucción nacional.

Definir el tipo de necesidades nutricionales que tienen los grupos de población que viven dentro del área de exconflicto, cosa que en la actualidad no se conoce, y los procedimientos para resolverlas.

Priorizar en función de la mayor necesidad alimentaria y nutricional encontrada, los 109 municipios del área de exconflicto.

3. DESCRIPCION DEL DESARROLLO DEL ESTUDIO

Para poder priorizar la situación alimentaria y nutricional de los municipios, se consideró como primera tarea, la revisión de la literatura existente al respecto. Este tema fue desarrollado utlizando los informes de encuestas y trabajos alimentarios y nutricionales recientes (2-10).

La revisión realizada demostró que se carece a nivel nacional de información completa, adecuada y reciente, sobre la situación alimentaria y nutricional, que permita la toma de decisiones para priorizar y clasificar los municipios en función de la magnitud de los problemas alimentarios y nutricionales; y a nivel nacional de las áreas de exconflicto es de donde menos información se tiene.

Por consiguiente, para desarrollar la investigación y en función de tiempo y costos, se utilizó como metodología para priorizar municipios, la opinión de profesionales y técnicos de diferentes instituciones, que trabajan y viven en los distintos departamentos en donde existen municipios calificados como áreas de exconflicto, metodologia conocida como *Opinión de Expertos..*

Si bien la opinión de *expertos*, nunca puede ser considerada como un substituto de los estudios epidemiológicos bien planificados y diseñados, sin embargo a causa del costo, tiempo

y recursos que estos demandan para el estudio de los problemas de la nutrición y la alimentación de las poblaciones y ante una necesidad inmediata planteada por organismos internacionales y nacionales de priorizar y seleccionar aquellas poblaciones del área de exconflicto más necesitadas de ayuda y apoyo para mejorar sus situación alimentaria y nutricional, se consideró necesario realizar en el estudio una encuesta de opinión para calificar la prioridad de atención de esos problemas. Los resultados obtenidos de esta manera en este estudio, deberán ser validados en un futuro, utilizando instrumentos y procedimientos mas sensibles y específicos de medir estado nutricional y situación alimentaria.

Los 109 municipios del área de exconflicto se encuentran distribuidos de manera heterogénea entre los departamentos de El Salvador. Se determinó que el *experto* en cada departamento calificaría un mínimo de nueve municipios. Cuando en un departamento, los municipios señalados como de exconflicto fueron menos de esa cantidad, la lista de municipios a calificar fue completada con municipios seleccionados al azar de los que no pertenecen al área de exconflicto. En los departamentos que presentaron nueve o mas municipios identificados como área de exconflicto, ese procedimiento no fue necesario.

En total, se trabajó con doce Departamentos, de los cuales en siete de ellos, existían menos de nueve municipios definidos como área de exconflicto.

En cada departamento, se seleccionaron los *expertos* entre el personal técnico de los ministerios de: Salud, Educación, Agricultura, Interior. también participaron como *expertos*, personal de la Caja de Crédito, de La Dirección General de Caminos, del Banco Agrícola y Organizaciones y Personas que tenían experiencia al respecto y que en muchas ocasiones fueron recomendadas por los *expertos* al momento en que se les entrevistaba.

El *experto* era una persona que al menos tenía cinco años de trabajar en el departamento en donde fue detectado y que desempeñaba trabajos que por su naturaleza, le han obligado a conocer la mayoría de municipios que conforman el departamento en que trabaja. Los *expertos*, fueron entrevistados de manera personal y privada a nivel de las cabeceras departamentales y cada uno de ellos opinó sólo sobre un departamento.

A cada *experto*, se le presentó un cuestionario (ver anexo No. 1), que contenía preguntas que debería responder de la siguiente manera: en el lado izquierdo del cuestionario, aparecía el nombre de lo municipios que se quería calificar y en cada columna se hace referencia a una situación. El *experto* colocó en cada celda de cada columna, un número que representaba a su criterio, la prioridad del municipio sobre la situación que la pregunta planteaba. Al municipio que a su criterio, estaba en las peores condiciones respecto a la pregunta que se le hacia, el *experto* lo calificaba con un número uno y anotaba con un número dos al municipio que le seguía en condiciones y así sucesivamente hasta haber calificado todos los municipios. Al finalizar la primera columna, pasaba a llenar la segunda y luego la tercera, hasta completar las siete preguntas del cuestionario.

El llenado de cada cuestionario, en la mayoría de casos, se hizo de forma individual, estando presente en el ejercicio únicamente el encuestador y el *experto*. En algunas oportunidades, un cuestionario fue llenado con la colaboración de varias personas y en esos casos, el consenso general se trasladó a un solo cuestionario.

El procedimiento empleado para la entrevista con el *experto*, consistió en: la presentación del encuestador, una explicación sobre el estudio y luego que el *experto* aceptaba participar, se procedía a explicarle cada pregunta y la forma de llenar el cuestionario que posteriormente, el *experto* se encargó de llenar. La duración aproximada de cada entrevista fue de media hora y el tiempo dependía de la cantidad de municipios que tenía el cuestionario, habiendo sido el máximo de tiempo empleado de una hora. La persona encuestada, al finalizar de responder las preguntas, llenaba la parte de identificación del cuestionario que consistió en señalar la institución a que pertenecía y su cargo dentro de la misma; lo anterior se realizó de esa manera dado que en las pruebas iniciales del cuestionario, se observó rechazo a la identificación personal en muchos casos.

Como encuestadores del estudio, trabajaron el Dr. José Alfonso Mata y el Ing. Agrónomo Sr. Julio Enrique Medina, quienes dedicaron un día hábil para visitar a los *expertos* de cada departamento, dividiéndose las visitas, en la mayoría de casos entre los encuestadores.

4. METODOLOGIA EMPLEADA PARA LA CLASIFICACION DE MUNICIPIOS.

Para calificar la prioridad nutricional de los municipios, se utilizaron como variables, las siguientes preguntas planteadas en el cuestionario : enfermedad infecciosa, desnutrición, problemas de saneamiento, analfabetismo y mortalidad infantil. Para calificar la prioridad alimentaria, se emplearon las variables: , calidad de la tierra y tenencia de la misma.

El procedimiento para calificar la prioridad de los municipios en cada departamento, fue el siguiente:

a) La calificación dada por el *experto* en cada pregunta a cada municipio, fue revalorizada.

b) Cada pregunta fue revalorizada, asignando al tercio de municipios al que calificó el *experto* con el menor puntaje en esa pregunta, el valor de uno, al tercio siguiente de municipios esa pregunta se les calificó con valor de dos y al último tercio, con valor de tres. Por ejemplo, en los departamentos en que fueron seleccionados 9 municipios para estudiarse, los que fueron calificados por el *experto* en la pregunta enfermedad con valores de uno, dos o tres, fueron recodificados con valor de uno los tres municipios; los que fueron calificados con valores de cuatro cinco o seis en esa pregunta, fueron recodificados con valor de dos y los que se calificaron con valor de siete, ocho o nueve, se les reasignó un valor de tres. En departamentos como Usulután con 15 municipios a calificar, el valor de uno le fue recodificado en la pregunta enfermedad, a los municipios que fueron calificados por el *experto* entre uno hasta cinco, con dos fueron recalificados los que tuvieron calificación entre seis y diez y con tres los que tuvieron calificación de once a quince. Todas las preguntas de un cuestionario, fueron recalificadas de igual manera.

c) En la segunda etapa del análisis, se sumaron las revalorizaciones de todas las preguntas que califican ya sea estado nutricional o alimentario, de cada municipio.
puntaje nutricional de cada municipio = puntaje revalorizado a : enfermedad + desnutrición + saneamiento + analfabetismo + mortalidad infantil.

d) El puesto prioritario de cada municipio ya sea nutricional o alimentario se obtuvo de la suma total de todos los puntajes de revalorización obtenidos de todos los *expertos*
puesto prioritario de cada municipio = suma de puntaje de cada municipio de todos los *expertos*.

e) Al tercio de municipios de cada departamento, que obtuvo la suma menor en puesto prioritario se les denominó **prioridad alta**, al tercio siguiente **prioridad media** y al que sumó más **prioridad baja.**

f) Otra forma de calificar la posición prioritaria de un municipio dentro de su departamento fue considerando de alta prioridad, solo a los municipios de prioridad alta por el método anterior que fueron calificados como tales con valores de uno por el 75 % o mas de *expertos*; de media, aquellos calificados por el 50 al 75% de *expertos* con valores de uno y al resto se les calificó de prioridad baja. Por ejemplo la situación obtenida en un departamento podría haber sido la siguiente:

	Calificación del experto										TOTAL
Municipio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
San Juan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
San Luis	1	2	2	1	1	1	3	1	2	1	15
San Pedro	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
San Matías	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
San Jorge	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
Santa Ana	3	2	3	2	3	2	1	2	3	3	24
San León	1	3	1	3	2	1	1	1	1	1	15
San Francisco	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	16
Santa Juana	2	1	2	2	2	3	2	3	1	2	20

Utilizando el primer método de priorización, los municipios con alta prioridad serían: San Juan, San Luis y San León; los de prioridad intermedia: San Fco, Sta. Juana y San Jorge; y el resto serian de baja prioridad.

Utilizando el segundo método, sólo el municipio de San Juan, sería de alta prioridad; de prioridad media San León y San Luis; y el resto de baja prioridad.

g) A la primera forma de priorizar se le denominó **Priorización por puntaje** y a la segunda **Priorización por consenso.**

h) En los departamentos que presentaron municipios de áreas de exconflicto y municipios de áreas de no conflicto, se calificó sólo los pertenecientes a áreas de exconflicto utilizando los procedimientos descritos.

CAPITULO II
RESULTADOS

La información alimentaria y nutricional existente mostró su utilidad para: identificar los principales problemas alimentarios y deficiencias nutricionales de la población; la situación nutricional del preescolar y el escolar; y para poder estimar la magnitud de daño en aspectos de disponibilidad e ingesta de alimentos en poblaciones y crecimiento del niño.

Los conocimientos existentes, mostratron ser limitados para poder: identificar poblaciones a nivel de municipios y cantones, y para priorizarlos en función de daño o riesgo alimentario (disponibilidad, acceso) y nutricional (consumo, crecimiento). También mostró ser poco útil, para el estudio de causalidad de factores biológicos, sociales y económicos, en los problemas alimentarios y nutricionales (ver anexos 2 y 3).

Por consiguiente y en respuesta a demandas de organizaciones nacionales e internacionales para situar fondos, programas y proyectos en las zonas y poblaciones más afectadas, fue que se decidió realizar una priorización de municipios, partiendo de la opinión de *expertos*, como un primer intento de localización de una asistencia inmediata de programas. A continuación se describen los principales resultados al respecto.

1. DESCRIPCION DE LOS EXPERTOS.

La muestra de *expertos*, estuvo integrada por veintiocho diferentes tipos de técnicos que trabajaban en veintidos instituciones, perteneciendo doce de estas al sector gubernamental y el resto a instituciones semioficiales, y privadas. En total se realizaron ciento noventa entrevistas, obteniéndose información en ciento ochenta y ocho, dos *expertos* no aceptaron participar.

Los *expertos* en su mayoría, eran técnicos del nivel local, que trabajan constantemente en los distintos municipios del Departamento en donde están asignados. El nivel de participación de las instituciones y las organizacones, puede resumirse de la siguiente manera:

Nombre de la institución	Número Expertos	Proporción
Ministerio de Salud	62	33
Ministerio de Educación	23	12
Ministerio de Agricultura	30	16
Ministerio del Interior	26	14
Ministerio de Obras Públicas	3	2
Dir. Gral. Estadísticas y Censos	2	1
Entidades Crediticias	15	8
Entidades Donantes	4	2
Entidades de Desarrollo	13	7
Provida	8	4
Anónimos	2	1

De cada Ministerio de los mencionados, participaron diferentes tipos de técnicos. Del ministerio de salud, participaron diez trabajadoras sociales, veintiún enfermeras, catorce

inspectores de saneamiento, nueve nutricionistas y técnicos en alimentos, ocho educadores de salud. Por el ministerio de Educación veintitrés maestros supervisores y directores de distrito y regionales. Por el ministerio de Agricultura, treinta agrónomos,supervisores regionales, educadoras y extensionistas. Por el ministerio del Interior, personal de DIDECO, en su mayoría promotores. De las instituciones crediticias, bancos y casas de crédito, personal de las mismas que se relaciona con campesinos y su producción agrícola En el caso de la organización no gubernamental PROVIDA, en cada encuesta participaron en promedio tres a cuatro personas, que son los que integran el equipo de salud responsable de la entrega y planificación de servicios y de la organización comunal en algunos municipios del área de exconflicto.

2. PRIORIZACION NUTRICIONAL DE LOS MUNICIPIOS.

2.1 Por el método del puntaje

Con este método, se pretendía dividir los municipios de exconflicto en tres grupos. El primero de ellos, de alta prioridad nutricional, el segundo de mediana y el tercero de baja prioridad. La calificación obtenida por cada municipio, puede verse en el cuadro número uno, al final del capítulo.

Las características demográficas de cada grupo de municipios, se puede resumir de la siguiente manera:

	Prioridad Nutricional			
Característica	Alta	Intermedia	Baja	TOTAL
Municipios	38	34	36	108
Cantones	264	278	313	855
Población	312,984	362,825	624,295	1,300,104
Hab/Km²	116	112	194	142
Municipios < 5000 hab	16	16	9	41
Municipios 5000-10000 hab	10	7	8	25
Municipios > 10000 hab	12	11	19	42

El grupo de alta prioridad, lo constituye el 35% de los municipios del área de exconflicto, y absorbe a un cuarto aproximadamente de la población del área de exconflicto. La densidad de población es un 40% mayor en el grupo de más baja prioridad y en esta grupo sólo se encuentra el 16% de municipios con menos de 3,000 habitantes, mientras que el grupo de prioridad intermedia y alta absorbe el 84%, algo similar sucede si se consideran los municipios menores de 5,000 habitantes.

2.2 Por el método del consenso

El método de clasificación anterior para priorizar la importancia de los municipios en función de las necesidades nutricionales, tiene el inconveniente que en los departamentos en donde se ajustó el número de municipios para el análisis a nueve

por motivos de homogenización de calificación, ello puede introducir en la muestra de alta prioridad, municipios que no hubieran sido seleccionados por su mejor situación, y sesgar la selección. Para evitar eso, se aplicó otro método de selección que se basa en un mínimo de consenso aceptable para que el municipio pueda ser declarado prioritario por los *expertos*. Por este método, el grupo de alta prioridad se reduce a 19 municipios cuyos nombres aparecen en el cuadro número tres al final del capítulo y que mantiene las características demográficas descritas para el grupo seleccionado alto por puntaje, con una reducción del 50% en el tamaño de la población, y el número de cantones.

	Prioridad Nutricional			
Característica	Alta	Intermedia	Baja	TOTAL
Municipios	19	15	74	108
Cantones	154	118	583	855
Población	162,914	104,361	1,032,829	1,300,104
Hab/Km²	118	151	196	142

De esa manera, sólo el 13% de la población que vive en la zona de exconflicto es prioritaria. Por este método, al menos se seleccionó un municipio por departamento y no fue utilizado en análisis futuros.

3. PRIORIZACION ALIMENTARIA DE LOS MUNICIPIOS.

La misma , se realizó por el método del puntaje, dado que el número de variables para calificar la situación alimentaria era solo de dos y con ello obtener un consenso del 80% resulta muy difícil. En algunas oportunidades, se dio el caso de varios municipios con puntaje similar, en estos casos, esos municipios fueron colocados en el mismo grupo. En el cuadro número uno, al final del capítulo, se listan los municipios, en función de su prioridad alimentaria. Las características demográficas de cada grupo priorizado, puede resumirse en el siguiente cuadro:

	Prioridad Alimentaria			
Característica	Alta	Intermedia	Baja	TOTAL
Municipios	33	41	34	108
Cantones	255	278	322	855
Población	430,256	381,175	488,403	1,300,104
Hab/Km²	216	132	190	142
Municipios < 5000 hab	10	20	11	41
Municipios 5000-10000 hab	9	11	5	25
Municipios > 10000 hab	14	10	18	42

Como puede observarse, el grupo de municipios de prioridad alta, presenta mayor densidad de población, que resulta ser un 12% mayor que el grupo de baja prioridad y 39% que el grupo intermedio. Llama la atención también, la gran cantidad de municipios pequeños, casi el 50%, concentrados en el grupo intermedio. También es de hacer notar, la mayor

proporción con que contribuyen los municipios grandes en la muestra del grupo prioritario y el mayor número de habitantes que cubre el área de influencia de este grupo.

Las variables que fueron selecionadas, para caracterizar la situación alimentaria, permiten interpretaciones muy diferentes de fenómenos relacionados con producción de alimentos, por consiguiente, fueron también analizadas en forma separada y se realizaron priorizaciones por punteo de cada una de ellas. Los resultados por municipio, aparecen en el cuadro segundo al final del capítulo. El resumen demográfico es el siguiente.

	Alta Prioridad Alimentaria		
Característica	Calidad Tierra	Tenencia Tierra	TOTAL
Municipios	41	36	108
Cantones	267	291	855
Población	401,977	404,174	1,300,104
Hab/Km²	173	183	142

De los 108 municipios estudiados por el método del puntaje, únicamente diecinueve fueron clasificados de alta prioridad tanto alimentaria como nutricional, de los cuales seis se identifican en el Depto. de Chalatenango y por el método de consenso, fueron clasificados doce, de los cuales cuatro se identifican en el Depto. de Chalatenango. El siguiente cuadro, resume la situación poblacional al respecto.

	Prioridad Alimentaria y Nutricional		
Característica	Punteo	Consenso	TOTAL
Municipios (108)	19	12	108
Cantones (855)	126	85	855
Población (1,300,104)	145,802	85,565	1,300,104
Hab/Km2 (142)	150	123	142

Utilizando el criterio de clasificación funcional (27), se encontró que el 82% de municipios de la zona de exconflicto, son de los denominados de explotación agrícola marginal, nueve de ellos 8% cafetaleros y diez de explotación agrícola intensiva. De estos últimos, ninguno aparece calificado como prioritario en aspectos de alimentación; de los cafetaleros, cinco 55%, aparecen como de alta prioridad alimentaria y tres de mediana, solo uno aparece con prioridad baja. Es decir, el 12% de la población que vive en la zona de prioridad alta, proviene de municipios cafetaleros. De los municipios cafetaleros, sólo uno fue calificado con prioridad alta desde el punto de vista nutricional.

CUADRO 1
PRIORIZACION NUTRICIONAL Y ALIMENTARIA
MUNICIPIOS DE EXCONFLICTO
EL SALVADOR 1992

	Prioridades Nutricionales			Prioridades Alimentarias		
Municipios	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
SANTA ANA						
1. Texistepeque		SI				SI
2. Masahuat	SI				SI	
3. S. Rosa Guachipilín	SI				SI	
CHALATENANGO						
4. Arcatao	SI			SI		
5. S. Isidro Labrador	SI			SI		
6. Nueva Trinidad	SI			SI		
7. Las Flores	SI			SI		
8. Nombre de Jesús		SI		SI		
9. S. Antonio Los Ranchos	SI			SI		
10. El Carrizal	SI			SI		
11 S.Antonio la Cruz		SI			SI	
12. Las Vueltas		SI			SI	
13. Cancasque		SI			SI	
14. Ojos de agua		SI			SI	
15. Nueva Concepción			SI			SI
16. Citala			SI			SI
17. La Palma.			SI			SI
18. San Ignacio			SI			SI
19. Agua Caliente			SI			SI
20. San Fernando		SI			SI	
21. La Laguna			SI		SI	
LA LIBERTAD						
22. Quezaltepeque			SI		SI	
23 S. Pablo Tacachico	SI			SI		
24. Opico			SI			SI
25. San Matías	SI				SI	
SAN SALVADOR						
26. Tonacateepque		SI			SI	
27. Guazapa	SI			SI		
28. Apopa			SI	SI		
29. Nejapa			SI		SI	
30. El Paisnal	SI					SI
31. Aguilares	SI					SI
CUSCATLAN						
32. Tenancingo	SI			SI		
33. El Rosario			SI		SI	
34. Suchitoto		SI			SI	
35. S. Jose Guayabal			SI		SI	

Municipios	Prioridades Nutricionales			Prioridades Alimentarias		
	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
LA PAZ						
36. Santiago Nonualco			SI			SI
37 S. Pedro Nonualco			SI			SI
38. S. María Ostuna		SI			SI	
39. Paraíso de Osorio	SI				SI	
40. Jerusalen	SI			SI		
41. Mercedes la Ceiba		SI		SI		
CABAÑAS						
42. Sensuntepeque			SI	SI		
43. Victoria	SI			SI		
44. Dolores	SI			SI		
45 San Isidro		SI			SI	
46. Guacotecti			SI			SI
47. Ilobasco		SI			SI	
48. Tejutepeque		SI				SI
49. Jutiapa	SI				SI	
50. Cinquera	SI					SI
SAN VICENTE						
51. Apastepeque			SI			SI
52. Guadalupe			SI		SI	
53. Verapaz			SI		SI	
54. Tecoluca		SI				SI
55. San Sebastián		SI				SI
56. S. Esteban Catarina		SI			SI	
57. S. Clara	SI			SI		
58. S. Ildefonso	SI			SI		
USULUTAN						
59. S. Elena		SI				SI
60. Jiquilisco		SI				SI
61. . uacarán	SI			SI		
62. Ereguayquín			SI			SI
63. Concepción Batres			SI			SI
64. Jucuapa			SI	SI		
65. Estanzuelas	SI				SI	
66. El Triunfo		SI			SI	
67. Santiago de María			SI	SI		
68. Alegría	SI			SI		
69. Tecapan		SI		SI		
70. California		SI		SI		
71. Berlín		SI			SI	
72. S. Agustín	SI					SI
73. S. Fco. Javier	SI				SI	

Municipios	Prioridades Nutricionales			Prioridades Alimentarias		
	Alta	Media	Baja	Alta	Media	Baja
SAN MIGUEL						
74. Ciudad Barrios			SI			SI
75. Chapeltique			SI		SI	
76. S. Rafael			SI			SI
77. S. Jorge			SI			SI
78. Sesori		SI		SI		
79. S. Luis de la Reina		SI		SI		
80. Carolina	SI				SI	
81. Nuevo Edén de S. Juan	SI			SI		
82. San Gerardo	SI			SI		
83. S. Antonio		SI		SI		
MORAZAN						
84. S. Fco. Gotera			SI	SI		
85. Guatajiagua		SI			SI	
86. Yamabal		SI				SI
87. Sensembra		SI			SI	
88. Osicala			SI	SI		
89. San Isidro	SI			SI		
90. Cacaopera	SI			SI		
91. Yoloaquin			SI			SI
92. Delicia de Concepción			SI	SI		
93. Gualococti	SI				SI	
94. San Simón	SI			SI		
95. Corinto			SI		SI	
96. Jocoaitique		SI			SI	
97. El Rosario		SI				SI
98. Joateca	SI				SI	
99. Meanguera		SI				SI
100. Arambala	SI				SI	
101. Perquín			SI			SI
102. S. Fernando		SI			SI	
103. Torola		SI			SI	
LA UNION						
104. Anamoros			SI	SI		
105. Nueva Esparta			SI	SI		
106. Concepcion Oriente		SI				SI
107. Poloros	SI				SI	
108. Lislique	SI					SI

CUADRO 2
PRIORIZACION ALIMENTARIA
TENENCIA Y CALIDAD DE LA TIERRA

Municipios	Prioridades en Calidad de Tierra		Prioridades en la Tenencia de Tierras	
	Alta	Baja	Alta	Baja
SANTA ANA				
1. Texistepeque		SI		SI
2. Masahuat	SI		SI	
3. S. Rosa Guachipilín	SI		SI	
CHALATENANGO				
4. Arcatao	SI		SI	
5. S. Isidro Labrador	SI		SI	
6. Nueva Trinidad	SI		SI	
7. Las Flores	SI		SI	
8. Nombre de Jesús	SI			SI
9. S. Antonio Los Ranchos	SI		SI	
10. El Carrizal		SI	SI	
11 S.Antonio la Cruz		SI		SI
12. Las Vueltas		SI		SI
13. Cancasque		SI		SI
14. Ojos de agua		SI		SI
15. Nueva Concepción		SI		SI
16. Citala		SI		SI
17. La Palma.		SI		SI
18. San Ignacio		SI		SI
19. Agua Caliente		SI		SI
20. San Fernando		SI		SI
21. La Laguna		SI		SI
LA LIBERTAD				
22. Quezaltepeque		SI		SI
23 S. Pablo Tacachico		SI		SI
24. Opico		SI		SI
25. San Matías	SI			SI
SAN SALVADOR				
26. Tonacateepque	SI			SI
27. Guazapa	SI			SI
28. Apopa	SI			SI
29. Nejapa		SI	SI	
30. El Paisnal		SI	SI	
31. Aguilares		SI	SI	
CUSCATLAN				
32. Tenancingo	SI			SI
33. El Rosario		SI		SI
34. Suchitoto	SI		SI	
35. S. Jose Guayabal		SI		SI

Municipios	Prioridades en Calidad de Tierra		Prioridades en la Tenencia de Tierras	
	Alta	Baja	Alta	Baja
LA PAZ				
36. Santiago Nonualco		SI		SI
37 S. Pedro Nonualco		SI	SI	
38. S. María Ostuna		SI	SI	
39. Paraíso de Osorio		SI	SI	
40. Jerusalen	SI		SI	
41. Mercedes la Ceiba	SI		SI	
CABAÑAS				
42. Sensuntepeque		SI	SI	
43. Victoria	SI		SI	
44. Dolores	SI		SI	
45 San Isidro		SI		SI
46. Guacotecti		SI		SI
47. Ilobasco		SI		SI
48. Tejutepeque		SI		SI
49. Jutiapa		SI		SI
50. Cinquera		SI		SI
SAN VICENTE				
51. Apastepeque		SI		SI
52. Guadalupe		SI	SI	
53. Verapaz		SI		SI
54. Tecoluca		SI	SI	
55. San Sebastián		SI		SI
56. S. Esteban Catarina		SI		SI
57. S. Clara	SI		SI	
58. S. Ildefonso	SI		SI	
USULUTAN				
59. S. Elena		SI		SI
60. Jiquilisco		SI		SI
61. Juacarán	SI			SI
62. Ereguayquín		SI		SI
63. Concepción Batres		SI		SI
64. Jucuapa	SI			SI
65. Estanzuelas		SI		SI
66. El Triunfo	SI			SI
67. Santiago de María		SI	SI	
68. Alegría		SI		SI
69. Tecapan	SI			SI
70. California	SI			SI
71. Berlín		SI	SI	
72. S. Agustín		SI		SI
73. S. Fco. Javier		SI	SI	

Municipios	Prioridades en Calidad de Tierra		Prioridades en la Tenencia de Tierras	
	Alta	Baja	Alta	Baja
SAN MIGUEL				
74. Ciudad Barrios		SI	SI	
75. Chapeltique		SI	SI	
76. S. Rafael		SI	SI	
77. S. Jorge		SI		SI
78. Sesori	SI			SI
79. S. Luis de la Reina	SI			SI
80. Carolina		SI		SI
81. Nuevo Edén de S. Juan	SI			SI
82. San Gerardo	SI			SI
83. S. Antonio	SI			SI
MORAZAN				
84. S. Fco. Gotera	SI		SI	
85. Guatajiagua		SI		SI
86. Yamabal		SI		SI
87. Sensembra	SI			SI
88. Osicala	SI		SI	
89. San Isidro	SI			SI
90. Cacaopera	SI			SI
91. Yoloaquin		SI		SI
92. Delicia de Concepción		SI	SI	
93. Gualococti		SI		SI
94. San Simón		SI		SI
95. Corinto		SI		SI
96. Jocoaitique		SI		SI
97. El Rosario		SI		SI
98. Joateca	SI			SI
99. Meanguera	SI			SI
100. Arambala	SI			SI
101. Perquín		SI	SI	
102. S. Fernando		SI	SI	
103. Torola	SI			SI
LA UNION				
104. Anamoros	SI			SI
105. Nueva Esparta		SI		SI
106. Concepcion Oriente		SI		SI
107. Poloros		SI	SI	
108. Lislique	SI			SI

CUADRO 3
PRIORIZACION NUTRICIONAL POR CONSENSO
DE LOS MUNICIPIOS DE EXCONFLICTO
EL SALVADOR 1992

ALTA PRIORIDAD	PRIORIDAD INTERMEDIA
Santa Ana 1. Masahuat 2. Sta. Rosa Guachipilín	**Chalatenango** 1. Nombre de Jesús 2. S. Antonio los Ranchos 3. El Carrizal
Chalatenango 3. S. Isidro Labrador 4. Nueva Trinidad 5. Las Flores	**La Libertad** 4. San Matías
La Libertad 6. San Pablo Tacachico	**San Salvador** 5. Guazapa
San Salvador 7. El Paisnal	**Cuscatlán** 6. El Rosario 7. Suchitoto
Cuscatlan 8. Tenancingo	**La Paz** 8. Paraíso de Osorio
La Paz 9. Jerusalen	9. Mercedes la Ceiba
Cabañas 10. Victoria	**Cabañas** 10. Cinquera
San Vicente 11. Santa Clara 12. San Ildefonso	**San Vicente** 11. Tecoluca
Usulután 13. Jucuarán 14. San Agustín 15. S. Fco. Javier	**San Miguel** 12. Carolina
San Miguel 16. Nuevo Edén de San Juan	**Morazán** 13. San Isidro 14. Joateca 15. Arambala
Morazán 17. Cacaopera 18. San Simón	
La Unión 19. Lislique	

CAPITULO III
INTERPRETACION DE LA PRIORIZACION DE LOS MUNICIPIOS DEL AREA DE EXCONFLICTO

En los últimos años, el costo de la asistencia a la población en sus necesidades básicas se ha incrementado, especialmente aquellos costos que se dedican a corregir situaciones no deseables de calidad de vida. Paralelo a ello, existe por parte de gobiernos e instituciones internacionales, una tendencia a reducir inversiones y a optimizar los pocos recursos que se tienen. De esa situación surge como primera necesidad, el identificar adecuadamente problemas, poblaciones y grupos humanos a los cuales atender.

El salvador, en estos momentos, carece de procedimientos e indicadores que le permitan priorizar rápidamente, las zonas en que se encuentran viviendo los grupos mas postergados y vulnerables nutricionalmente. Ante esa limitante, se planteó como parte de este estudio, la identificación y priorización de los municipios del área de exconflicto, en función de sus problemas nutricionales. Para ello como ya se explicó, se recurrió a la opinión de *expertos*.

Los resultados obtenidos a través de la opinión de *expertos*, necesita ser validados. la forma más adecuada de realizar esa validación, sería comparar los resultados del procedimiento empleado, con resultados dc instrumentos que miden mejor la situación alimentaria y nutricional. De esos instrumentos: mortalidad infantil, antropometría, encuestas nutricionales, etc, se sabe que su calidad, sus coberturas y su actualidad, no son las deseables para este tipo de ejercicio.

De la mortalidad, se sabe que presenta altos niveles de subregistro, errores de omisión y se tiene información de la misma, en sesenta y cuatro, 59% de los municipios del área de exconflicto y del 73% de todos los nacionales. Sobre la antropometría de los niños o adultos y sobre la ingestas de alimentos, no existe información desde 1988. De la morbilidad sobre episodios de diarrea atendidos, por lo servicios de Salud, existe también bastante subregistro y los resultados pueden variar, en función de las coberturas de los servicios. En el área de exconflicto, sólo en 46 municipios existe información de 1991 al respecto y en 64, de 1992.

El instrumento mas útil para el ejercicio que se pretende, resulta ser el censo de talla escolar, desafortunadamente un 16% de municipios del área de exconflicto, no cuenta con esa información.

No obstante esas limitaciones, se realizó un ejercicio de comparación, con los indicadores mencionados, aunque no con la rigurosidad deseada, ni con la metodología más adecuada. El ejercicio mas bien consistió en determinar si la clasificación prioritaria de municipios por el método de expertaje, guarda alguna relación con la prevalencia de mortalidad infantil prevalencia de retardo en crecimiento del escolar y morbilidad diarréica. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Prioridad Nutricional	TASAS		
	Morbilidad Diarrea (x1000) 1992	Mortalidad Infatil (x1000) 1990	Retardo en Crecimiento (%) 1988
ALTA	41 (12)	32 (20)	35 (28)
MEDIANA	23 (32)	2[illegible] (16)	32 (27)
BAJA	53 (20)	19 (28)	33 (36)

( ) = número de municipios

De acuerdo a los resultados, pareciera que los municipios de prioridad alta presentan tasas de mortalidad infantil más altas, ($t = -3.61$, $p < 0.001$) que los de prioridad baja. Los municipios de cada grupo priorizado, al agruparse en función de las tasas, de mortalidad, no muestran diferencias entre grupos prioritarios de municipios, como se muestra en el siguiente cuadro.

PRIORIZACION MUNICIPAL (No municipios)	TASA MORTALIDAD INFANTIL (x1,000 nacidos vivos)		
	0 - 15	15 - 25	> 25
ALTA	10	3	7
MEDIA	5	6	5
BAJA	15	4	9

$x^2 = 4.29, p > 0.37$

El análisis con la tasa de prevalencia de retardo en talla, muestra que de los 18 municipios detectados con prevalencia por encima de 40%, nueve de ellos (50%), se encuentran entre los prioritarios, cinco en los intermedios y cuatro entre los de baja prioridad; es decir en el grupo de municipios prioritarios se detecta el doble de municipios con retardo muy alto de crecimiento que en el grupo de baja prioridad ($RR = 2.08$, $p < 0.05$), de hecho el 43% de municipios de alta prioridad nutricional, presenta municipios con alta o muy alta prevalencia de retardo en crecimiento y en el grupo de municipios de baja prioridad, sólo el 22%.

La otra variable de salud estudiada fue la morbilidad, no se encontraron mayores diferencias entre los grupos prioritarios alto y bajo, aunque si con el intermedio que es el que presenta los valores más bajos. En general, en la literatura no existe mayores evidencias entre prevalencia de diarrea y desnutrición.

Los resultados mostrados, deben ser vistos con precaución, dada la falta de información sobre la confiabilidad de los indicadores utilizados. Si se asume que la confiabilidad es buena, se puede ver que existe cierta congruencia entre mortalidad infantil y motivo de selección de un municipio, al igual que entre muy alta prevalencia de retardo en el crecimiento y selección del municipio. Estudios mas cuidadosos en un futuro, será necesario para confirmar y validar de manera más precisa, la priorización que se realizó. Es importante señalar que estudiando en

un análisis de regresión múltiple la asociación entre mortalidad infantil, retardo en crecimiento y morbilidad por diarrea, no se encontró ninguna asociación entre ellas

La persona seleccionada como *experto*, pudo haber realizado su selección, no en función de una situación nutricional o alimentaria dada, sino que en función de la necesidad de recursos e intervenciones para el municipio. Para explorar esto, se procedió a analizar la priorización, en función del recurso local de salud de los municipios por habitante, utilizándose el número de parteras y promotores disponibles en cada municipio que ha sido actualizado para 1992 por PROSAMI (11). Los resultados de tal ejercicio, fueron los siguientes:

PRIORIZACION MUNICIPAL	PERSONAL LOCAL (x1,000 habitantes)	
	Promotores	Parteras
ALTA (38)	2.61	3.08
MEDIA (33)	2.58	3.18
BAJA (36)	3.31	4.58

En 37 municipios no existe un promotor de salud. En los grupos de mayor prioridad, se identifica el 76% de municipios que no tienen promotores del área de exconflicto. En 29 municipios, no existe partera capacitada y el 93% de esos municipios, se encuentran en los grupos de alta y mediana prioridad. Ciento ochenta y ocho cantones, 22 %, no cuenta con promotores y ciento uno, 12%, no cuenta con partera, el 62% de cantones sin partera capacitada, se identifica en el área prioritaria. En el siguiente cuadro se resume la situación.

PRIORIZACION	AUSENCIA DE PROMOTORES		
	Municipios	Cantones	Población
ALTA	15	91	77,704
INTERMEDIA	14	56	52,003
BAJA	8	41	51,960

PRIORIZACION	AUSENCIA DE PARTERAS		
	Municipios	Cantones	Población
ALTA	15	101	82,498
INTERMEDIA	12	48	36,571
BAJA	2	13	13,116

Si se acepta que en una primera etapa es deseable al menos tener un promotor y o una partera por cada 500 familias, las necesidades de su formación y la población a beneficiarse sería la siguientes:

PRIORIZACION	PROMOTORES CANTONES		
	Total	Necesidad	Habitantes
ALTA	264	190	235,440
INTERMEDIA	278	226	336,556
BAJA	313	228	505,473

PRIORIZACION	PARTERAS CANTONES		
	Total	Necesidad	Habitantes
ALTA	264	185	226,554
INTERMEDIA	278	220	328,673
BAJA	313	207	506,433

En una tercera alternativa comparativa, se considera que lo deseable en este momento es que exista al menos por municipio, un promotor y una comadrona; en función de la agrupación realizada el número de cantones y de habitantes sin promotor y sin partera resulta en cada grupo ser el siguiente:

PRIORIZACION	CANTONES			Habitantes
	Total	Sin necesidad	Con necesidad	con necesidad
ALTA	264	148	76	64,956
INTERMEDIA	278	218	44	30,175
BAJA	313	272	13	13,116

SIN NECESIDAD = *al menos un promotor y una partera por municipio*
CON NECESIDAD = *sin promotor y partera*

El 29 % de cantones del área prioritaria, presenta necesidad actual de recurso humano, el 16 % de la intermedia y sólo el 6% de la baja. El 57% de cantones con necesidad de recurso humano, se localiza entre el grupo de municipios calificados prioritarios. En términos de población, 108,247 habitantes no se están beneficiando del recurso mencionado, el 60% se localiza en los municipios que fueron calificados prioritarios, sólo el 12 en el grupo de baja prioridad.

De los resultados mostrados, resulta evidente que un criterio en la priorización utilizado por los *expertos*, fue la necesidad de recursos humanos o su presencia en los distintos municipios, siendo difícil en este aspecto, diferenciar los grupos con alta y mediana priorización, pero no los de baja.

Para determinar la importancia de los municipios que no tienen recursos locales de salud, se analizó la relación de esa situación con la mortalidad y la morbilidad. Los resultados fueron los siguientes:

CONDICION ANALIZADA	SITUACION DEL MUNICIPIO	
	CON RECURSO (tasa)	SIN RECURSO (tasa)
Mortalidad Infantil	26	20
Diarrea 1991	42	43
Retardo en Crecimiento	33	37
Disponibilidad calórica	65	184

También se estudio, si el *experto* había clasificado el municipio, en función de la accesibilidad de estos, a programas nutricionales. Para estudiar esto, se utilizó como programa el de ayuda alimentaria, que funciona en la mayoría de municipios y que es auspiciado por el Programa Mundial de Alimentos (PMA). Se obtuvo información sobre la cantidad de alimentos que se han distribuido a nivel de cada municipio entre Octubre 1991 y Julio de 1992, la cantidad de alimentos, fue transformada a calorías y estas divididas entre trescientos días y posteriormente entre la población, a efecto de obtener la disponibilidad calórica per cápita diaria en cada municipio. No se pudo hacer este ejercicio con beneficiarios, dado que obtener su número, resulta muy difícil de calcular, por la forma en que se manejan los reportes.

Los resultados obtenidos, se resumen en el siguiente cuadro.

PRIORIZACION MUNICIPIOS	DISPONIBILIDAD CALORICA (kcal/hab/día)	NUMERO DE MUNICIPIOS QUE RECIBEN > 10% DIETA BASICA PROM.
ALTA (33)	80	7
MEDIA (28)	110	9
BAJA (36)	81	4

No se encontraron diferencias al respecto, entre los grupos priorizados como bajo y alto, pero si con los intermedios.

El uso del método de consenso, para analizar la priorización, no mejora en gran medida, los hallazgos que se obtuvieron con el método de puntaje.

En 19 municipios, se encontró que existe una priorización alta tanto alimentaria como nutricional, esos municipios pueden caracterizarse de la siguiente manera:

Número de Cantones	=	126
Población	=	145,802
Hab/Km2	=	150
Tasa mort Inf	=	30
Tasa Diarrea	=	40
Cal/Hab/Día	=	116
Retardo Crecimiento	=	36

Con excepción de los valores de disponibilidad calórica, todos los demás son similares a los obtenidos en el grupo nutricional priorizado alto por el método de puntaje.

En resumen, puede decirse que:

El ejercicio de priorización realizado, resulta difícil de validar, por lo inseguro y poco confiable de los indicadores contra los que se puede comparar.

Los *expertos* en el presente caso, realizaron su apreciación de los municipios en función de mortalidad infantil, no de morbilidad por diarrea. En el caso del uso de retraso de la talla a pesar de su seguridad, la falta de actualidad, puede haber disminuido la sensibilidad de la prueba contra la priorización

Los *expertos* consideran en su criterio de priorización, los recursos que existen a nivel de municipio, como son las parteras y promotores capacitados.

Un análisis de interacción de las preguntas que sirvieron para que los *expertos* calificaran los municipios, mostró que las mas correlacionadas o asociadas entre si fueron mortalidad enfermedad y analfabetismo, el resto que sirvió para calificar el estado nutricional de los municipios, no son tan fuertes, aún desnutrición fuera de su fuerte asociación con enfermedad, con el resto de variables se muestra muy débil.

CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio se planteó tres preguntas:

1. ¿Existe una necesidad alimentaria y nutricional en las áreas de exconflicto?
2. Si sí existe, ¿en qué lugares se localiza y quiénes son los afectados?
3. ¿Qué se puede hacer?

1. NECESIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.

La revisión de la literatura existente al respecto, permite concluir que sí existe una necesidad alimentaria y nutricional en El Salvador y en el área de exconficto; y que su problemática tiene un comportamiento crónico, habiéndose presentado a lo largo de varias décadas con magnitud similar y que si bien, en los últimos años no parece haberse agudizado, ello puede ser debido en buena parte al apoyo alimentario, en cuanto a disponibilidad y acceso a los alimentos, que se esta brindando a grandes grupos de población (ver anexo 3).

2. LOCALIZACION Y CUANTIFICACION DE LA NECESIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN EL AREA DE EXCONFLICTO.

Para resolver la segunda pregunta, se realizó en una primera etapa, una revisión de la literatura existente (ver anexo 2) que demostró que:

a) La información nutricional actual, no permite conocer los problemas nutricionales ni alimentarios a un nivel de desagregación nacional o más allá de región, por lo tanto, no es posible cuantificar con precisión y directamente, el número de personas afectadas, ni tampoco los principales lugares en que estas residen. Lo anterior resulta especialmente válido para el área de exconflicto.

b) La información mas actualizada, pertenece a 1988 y se refiere a población integrada por familias compuestas por al menos un preescolar. Gran parte del territorio definido como área de exconflicto, no fue considerada en ese estudio.

Por consiguiente, para estimar la situación nutricional fue necesario realizar las siguientes suposiciones como válidas en la actualidad:

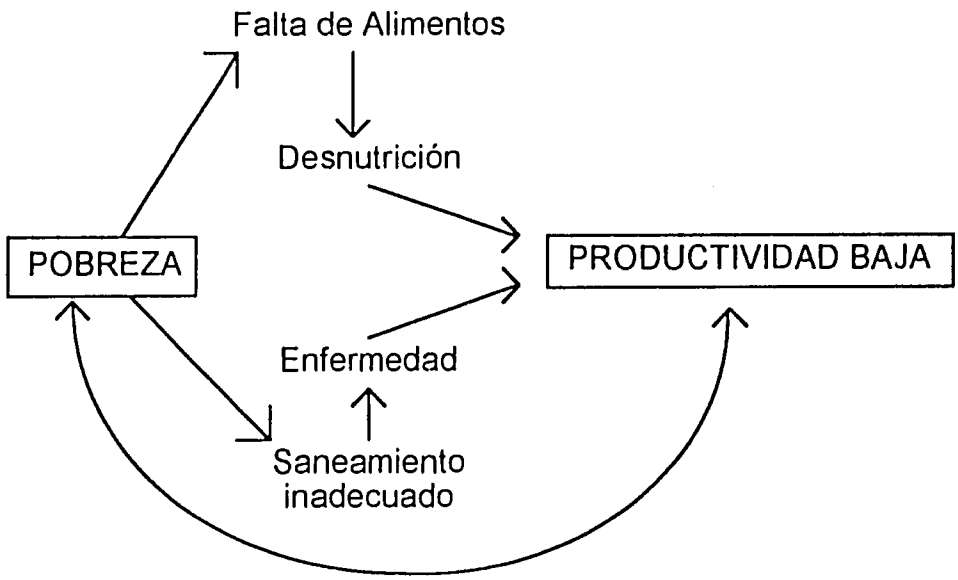
Premisa 1: Estudios realizados durante las últimas décadas, identifican a los niños y mujeres en edad fértil, como los grupos de mayor riesgo y daño nutricional y mencionan como el mayor problema nutricional por su magnitud y el daño que ocasiona, a la desnutrición proteíco calórica. Estiman que alrededor de un tercio de la población presenta daños que requieren de atención.

Conclusión 2: Extrapolado eso a la población del área de exconflicto, significa que alrededor de 390,000 personas, que viven en esa zona requieren de algún tipo de asistencia para resolver su problema nutricional

Premisa 2: Esos mismos estudios, señalan que el principal factor implicado en la desnutrición proteíco calórica, lo constituye el consumo limitado de nutrientes en la dieta e identifican como los principales factores asociados con la desnutrición: las infecciones en el niño, el nivel educativo y la ocupación de los padres y el lugar de residencia, señalando el área rural, como la zona de mayor prevalencia del problema.

En el adulto, el principal factor desencadenante identificado es una deficiente ingesta de nutrientes, producto de una limitada capacidad adquisitiva y patrones culturales y educativos.

La situación existente, puede modelarse de la siguiente forma:



Conclusión 3: Si en el área de exconflicto viven 1,300.000 habitantes, ello significa alrededor de 236,400 familias. Un 30% de familias 71,000 aproximadamente, requieren de asistencia productiva/económica/nutricional, a efecto de mejorar en un 30%, el consumo actual de energía y de proteínas, con lo cual se beneficiaría a la población de riesgo, formada por el escolar y el adulto.

Premisa 3: En las poblaciones salvadoreñas, más que hablar de procesos o manifestaciones agudas de desnutrición, existen procesos crónicos que limitan su funcionamiento biológico, pero especialmente social y psicológico.

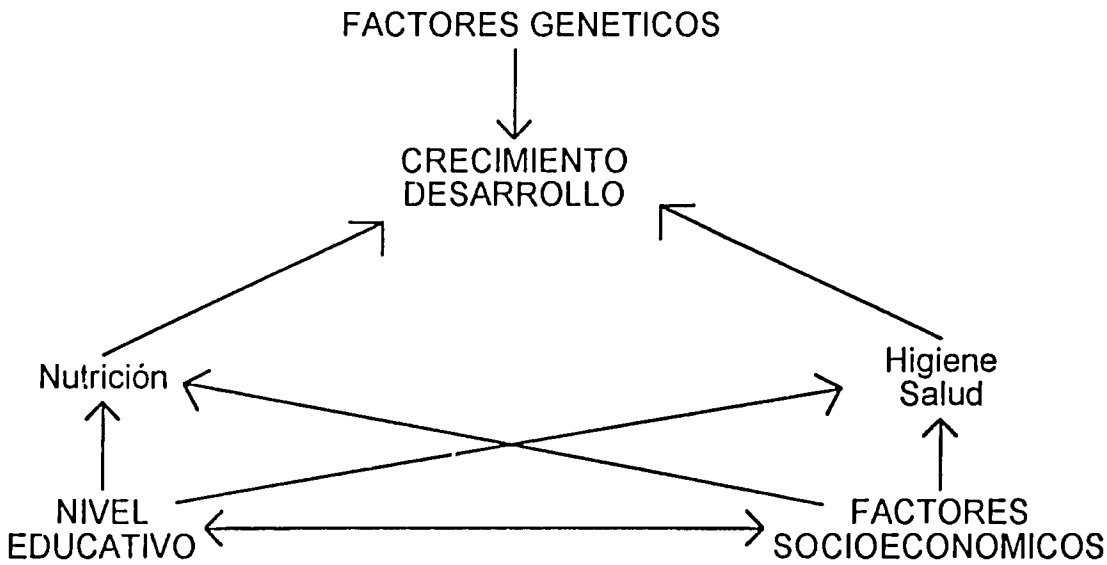
Conclusión 4: La asistencia requerida para las poblaciones, no es de tipo emergente y debe estar asociada más que a políticas de suplementación alimentaria, a políticas de

mejora de ingresos y acceso laboral; pero mientras esas se implentan, la ayuda alimentaria es un recurso para protegerlas del daño nutricional.

Premisa 4: En el niño, especialmente en el preescolar, el problema nutricional se relaciona de manera tan importante con los problemas infecciosos, especialmente diarrea e infecciones respiratorias, como con hábitos e ingesta alimentaria, en tal sentido, pretender que con solo una acción en alguno de esos factores se va a mejorar y se va a resolver el problema, no resulta realista, por consiguiente:

Conclusión 5: Es importante enfocar los programas y la ayuda alimentaria, dentro de programas de atención primaria que realmente estén utilizando las estrategias adecuadas para resolver los problemas de salud relacionados con las infecciones.

Un modelo apropiado de intervención del problema en el niño, debería contemplar lo siguiente:



Conclusión 6: En el área de exconflicto, viven 182,000 preescolares, de los cuales 64,000 (algunos de los cuales pueden estar incluidos en las 71,000 familias mencionadas en la sección de los adultos), necesitan de asistencia alimentaria y de salud. Asumiendo que el 30 % de los niños de esa edad, presentan problemas nutricionales en los que esta involucrada la ingesta deficiente, alrededor de 36,500 de los mismos requieren con carácter de urgencia esa asistencia si se considera como problema agudo y emergente el deterioro al crecimiento que están teniendo.

Conclusión 7: Unos 91,000 preescolares, requieren de exposición a programas de manejo adecuado de la diarrea, si se considera que la mitad de esa población, esta expuesta permanentemente a problemas infecciosos de tipo gastrointestinal que en ellos actúa como el principal factor de alteración de su crecimiento.

Premisa 5: Como otros problemas nutricionales, de importante magnitud, las investigaciones realizadas mencionan la deficiencia de hierro y de Vitamina A, la primera en mujeres y niños y la segunda en niños. Se identifica también la deficiencia de yodo.

Conclusión 8: La mejora de la deficiencia de hierro y vitamina A, puede lograrse en una buena cantidad de personas que sufren estas deficiencias, con la suplementación de alimentos para mejorar su situación protéica y calórica. En el resto de personas con estas deficiencias, la educación nutricional para mejorar la calidad de la dieta, constituye la mejor estrategia. No se considera necesario establecer programas de ayuda alimentaria al respecto, sino reforzar las campañas nacionales de enriquecimiento de alimentos con micronutrientes, que podrían tener un mejor éxito en la prevención de las tres deficiencias mencionadas.

Premisa 6: La falta de información nacional respecto a la situación nutricional a nivel municipal, generó la necesidad de realizar una exploración preliminar a fin de detectar posibles lugares en que la situación pueda ser más grave

Utilizando la metodología de opinión de *expertos*, en cada departamento con áreas de exconflicto, se priorizaron en función de un posible mayor daño nutricional y alimentario, los municipios que a criterio de todos los *expertos* se encuentran mas afectados por esos problemas. Las siguientes conclusiones pueden derivarse de ese ejercicio:

Conclusión 9:

a) El grupo *experto* identificó en el área de exconflicto, 38 municipios que en su opinión, merecen atención prioritaria nutricional y mejora de la disponibilidad y acceso a los alimentos, por ser mas graves en ellos la situación nutricional; 34 restantes, fueron calificados como intermedios y 36 de baja prioridad.

b) En el grupo de alta prioridad, viven 312,984 habitantes en 264 cantones, en la intermedia 362,825 personas en 278 cantones, esos dos grupos, conforman un poco mas del 50% de toda la población que vive en el área de exconflicto y en el grupo prioritario de municipios, se podría estimar que si la priorización fue buena, al menos viven alrededor del 60% de personas que necesitan la ayuda alimentaria y de salud descrita en las conclusiones anteriores; un 30% en los municipios pertenecientes al grupo intermedio y un 10% probablemente en el grupo de baja prioridad.

Premisa 7: La mayoría de estudios, han mostrado que son algunos grupos de población los más afectados, al igual que algunas regiones. También se sabe que la unidad geográfica para el manejo del problema alimentario y nutricional, lo constituye

el *cantón*. En casi todos los municipios, pueden existir cantones afectados por problemas nutricionales, pero es especialmente en algunos grupos humanos en que hay que poner más atención.

Conclusión 10: La sociedad salvadoreña, se encuentra en estos momentos constituida por cuatro estratos de población, producto de los movimientos migratorios que se han operado en la última década y que manifiestan problemas y necesidades muy especiales cada uno de ellos: El de **los lugareños**, que son personas que han vivido en su lugar de origen durante todo el conflicto; **los repobladores**, que son personas que abandonaron su lugar de origen o domicilio, trasladándose a otro dentro del país, su número exacto se ignora y se estima en 16,000; **los repatriados**, que son habitantes que han regresado al país y que habían emigrado por motivos relacionados con el conflicto y cuyo número en la actualidad se calcula en 30,000; y **los excombatientes** de uno y otro bando, que permanecen acantonados o están incorporándose a los grupos civiles y cuyo número se ha calculado en 8,000 pertenecientes a las fuerzas del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) y unos 15,000 pertenecientes al ejército.

El país durante mucho tiempo, prácticamente estuvo dividido en dos grandes territorios, en la actualidad se conoce a uno de ellos como zona de exconflicto. En las zona de exconflicto, cada una de los estratos de población descrito, representa un segmento importante de la población total. Así un estudio reciente (28), ha estimado que en esa zona, los lugareños representan el 46% de la población, los repobladores el 23% y los repatriados el 31% . De esos grupos, en la actualidad tiene un fuerte apoyo, el de los repatriados, se ha estimado que hay una incidencia de ayuda al 36% de esa población, un tres porciento a los lugareños y un 10% a los repobladores; por otro lado, el grupo de excombatientes, constituye el más atendido.

Conclusión 11: Todos los estudios hasta la fecha realizados, han mostrado que las áreas rurales, son las mas afectadas por los problemas nutricionales. En las áreas rurales de El Salvador, vive y trabaja en el agro, un buen sector de la población que depende para su sobrevivencia de su capacidad productiva y que se caracteriza por su gran heterogeneidad tanto productiva como de calidad de vida. El sector del agro, se encuentra dividido en una serie de sistemas, en función de su capacidad productiva, de los cuales debido a su pobreza merecen resaltarse dos:

Sistema de autoconsumo: posee escasez de tierra, en el se incorpora la mano de obra familiar y el ingreso proviene principalmente de la fuerza de trabajo que se vende dado que la producción agrícola es insuficiente para subsistir. Existen dos subsistemas dentro de esta categoría: **el de autoconsumo exclusivo**, que tiene acceso limitado a la tierra y vende masivamente su fuerza de trabajo y **el de autoconsumo con venta de su producción**, este último tiene el menor acceso a la venta de fuerza de trabajo. Estos dos subsistemas sólo cubren el 54% de sus requerimientos nutricionales, con lo que producen, y los ingresos externos a la producción agrícola, lo utilizan para comprar el restante. Representan el 59% de los productores de granos básicos.

Pequeños sistemas familiares: poseen mas tierra, mano de obra esencialmente familiar y poco capital proveniente de la venta de la producción, combinan su trabajo con granos básicos, con otras actividades productivas. Son eficientes ya que hacen uso más intensivo de los factores de la producción.

Conclusión 12: La producción nacional de granos básicos, está en manos de varios grupos pequeños estimándose el número de estos en 244,000 que en su mayoría afrontan serias dificultades sociales y económicas y dentro de los cuales se encuentran los dos grupos arriba mencionados que suman aproximadamente, 170,000 familias, de las cuales probablemente el 65 por ciento 110,000 viven en el área de exconflicto y necesitan asistencia tanto para mejorar su capacidad alimentaria, como en algunas de ellas también la nutricional (12). De esta manera, los productores de granos básicos, representan no solo una parte importante de la producción, sino que también del consumo nacional.

Conclusión 13: Finalmente, es importante considerar, que en las áreas urbanas de las principales ciudades, vive y trabaja un gran sector de la población que puede ser denominada como **obreros no calificados**, que se caracteriza por su gran heterogeneidad y por estar configurada por diversos grupos etáreos que afrontan al igual que los campesinos dificultades sociales y económicas. El tamaño de esta población, es entre los repobladores aproximadamente del 50%, pero entre los lugareños de 54% y entre los repatriados de 31%, en general de 47%; es decir, de las 71,000 familias del área de exconflicto señaladas, que requieren asistencia, 48,300 son de campesinos de las clases mencionadas y el resto 22,700 tienen otra actividad como principal.

3. ¿QUÉ SE PUEDE HACER?

El análisis de la evolución de la desnutrición proteico calórica, muestra que este problema es crónico dentro de la población salvadoreña y ha afectado a varias generaciones. También muestra que su prevalencia si ha disminuido, ha sido en una proporción y con una tendencia muy lenta y en la actualidad al menos un tercio de la población presenta secuelas o esta padeciendo del problema, siendo su número real mayor que el de hace dos décadas.

Cualquiera que sea la forma de desarrollo social que adopte El Salvador (Aperturista, introspectivo o desde adentro) a efecto de combatir la pobreza, es claro que la implementación del mismo, requerirá de :

a) La incorporación de nuevos materiales y el surgimiento de procesos productivos que optimicen ocupación e ingresos.

b) La incorporación del avance científico y tecnológico, en la solución de viejos y nuevos problemas sociales y de productividad, con la participación de todos los sectores.

c) Integración de nuevos sistemas organizativos, que permitan con rapidez y eficiencia, transferir esos recursos y procedimientos tecnológicos a la población más necesitada, a efecto de poder mejorar lo más rápidamente, su situación económica y social.

d) Incorporación masiva de la población a los nuevos procesos organizativos y al uso de las tecnologías.

En el campo de la alimentación y la nutrición, el desarrollo de esos cuatro aspectos, resulta necesario e impostergable y requiere fundamentarse en la política de desarrollo social del gobierno para el presente qinquenio, que esta orientada a : detener el aumento de pobreza de la población, reducir el rol protagónico del estado y a estimular el pleno y eficiente uso de los recursos del país a través de la modernización institucional, la priorización, la descentralización y la participación de la sociedad civil.

Por consiguiente, los programas alimentarios y nutricionales que se pretendan implantar o continuar, se sugiere hacerlos bajo los siguientes aspectos:

- Atención a la población en pobreza extrema, por medio de subvenciones directas, dentro de la cual la ayuda alimentaria es un componente medular y que necesita ser revisado y actualizada a la luz de situaciones actuales.
- Selección de beneficiarios sobre criterios socioeconómicos.
- Mejora de los sistemas de información, control y evaluación.
- Modernización de la gestión.
- Evaluación y reorientación de la cooperación internacional a objetivos y prioridades mencionados.
- Promoción de la participación de la sociedad civil en la formulación, ejecución y evaluación de programas y proyectos.

Para lograr lo anterior, es importante mejorar:

a) La calidad y operación de los sistemas de información sobre la situación y evolución de los problemas alimentarios y nutricionales (ver anexo 2).

b) Los programas de Ayuda Alimentaria Existentes se deberían de incorporar a programas y acciones que en la actualidad se están desarrollando en los otros aspectos identificados como limitantes para un adecuado estado nutricional del adulto y del niño. En cuanto al adulto, el esfuerzo de generar fuentes de ingreso, resulta ser el prioritario, para mejorar la condición del adulto, en ese sentido, se requiere de trabajos a nivel local de grupos multidisciplinarios que trabajen con el modelo multicausal sobre pobreza, con un apoyo técnico de grupos subregionales con experiencia en las ciencias biológicas, sociales y económicas.

c) El enfoque a la solución de la pobreza, debe contemplar el desarrollo simultáneo de tres mecanismos: salarios, precios y ayuda alimentaria. Con los dos primeros, se tratará de mejorar la producción y la accesibilidad de la familia, con el tercero, complementar los déficits del limitado acceso a los alimentos. El desarrollo de los dos primeros, es considerado la mejor estrategia para el manejo permanente y preventivo de los problemas, el tercero es un mecanismo asistencialista y curativo a los dañados que debe desaparecer, cuando los otros dos se hayan implementado, lamentablemente los programas de ayuda alimentaria vienen repitiendo un ciclo de ejecución por generaciones desde hace cincuenta años, como consecuencia de la poca atención que se ha prestado a los otros dos mecanismos, de donde su necesidad es un hecho. Hacer recomendaciones sobre los dos primeros, esta fuera del alcance de este estudio, para el tercero, las siguientes se plantea:

- Los programas de ayuda alimentaria, deberían ser manejados, organizados y desarrollados por las comunidades, los mismos deberían constituir una estrategia para la organización comunitaria, un ejercicio educativo sobre planificación ejecución y evaluación de programas a nivel de comunidad.
- Es posible y así se deberían desarrollar, introducir en ellos elementos claros y precisos de salud primaria de acuerdo a la problemática del lugar y abordar a través de ellos, algunos elementos de producción, comercialización y manejo de alimentos. De esa manera, la comunidad se transforma en el planificador y ejecutor de la soluciones de sus problemas y no un receptor de la asistencia. Bajo esos términos, es muy posible que los impactos nutricionales y sociales de estos programas, demostrados en estudios experimentales y cuasi experimentales, pudieran verse en programas nacionales.
- No debe caerse en el error de desarrollar una organización comunitaria para que funcionen estos programas, la individualidad de las especialidades debe volcarse a nivel de la comunidad en procesos organizados sobre temas completos ante problemas concretos y específicos: producción de alimentos, manejo de problemas nutricionales o mejora del crecimiento y desarrollo del niño y tratar todos sus componentes simultáneamente.
- Otro aspecto que resulta importante, es el replanteamiento de los objetivos y las metas de los programas, para ello, debe aclararse que se espera de estos programas tanto a nivel familiar, como en cada grupo de edad.

d) En el niño por ejemplo todos los datos y resultados de estudios nacionales, señalan que la edad crítica de pérdida de peso y de retraso del crecimiento es entre el segundo semestre de la vida y los 24 meses y esa edad, es también la que da mejores respuestas a los tratamientos nutricionales; resulta paradójico observar que en los programas de ayuda alimentaria, los beneficiarios de estas edades representan en el mejor de los casos, menos de la cuarta parte del total. Es importante fortalecer la participación de estas edades dentro de los programas.

e) En la mujer adulta, se ha encontrado que entra a su período de edad fértil, con una desnutrición marginal, la suplementación en este caso ejerce un efecto preventivo para su embarazo y lactancia futura. En el hombre adulto, la desnutrición marginal, disminuye su capacidad de organización y su interacción social.

f) En escolares, se ha visto un efecto beneficioso de la suplementación en períodos de rápido crecimiento y mejoras en su actividad, con importantes cambios en su composición corporal.

Esas situaciones y otras mas, deben ser consideradas en los programas, a afecto de poder planificar otras acciones que deben acompañar la ayuda alimentaria.

g) El comportamiento de la desnutrición, mas que por brotes agudos, se caracteriza por una larga cronicidad, asociada con una ingesta deficiente, que se manifiesta por limitantes en energía y proteína en la dieta diaria y por hábitos alimentarios deficientes en los primeros años de la vida.

Los aspectos curativos en el tratamiento de padecimientos, se ha visto favorecido por fuertes inversiones, ello aún en el campo de la desnutrición y la diarrea. Si se observa el trabajo que realizan los centros y puestos de salud en este aspecto, llama la atención que es casi exclusivamente el curativo el que desarrollan. En los centros de investigación subregionales y en las escuelas de salud, medicina y nutrición, el énfasis es en ese sentido. Resulta paradójico que estos dos problemas puedan ser prevenibles y que sus raíces y etiología son de tipo social, mas que biológico, por consiguiente es importante el crear y desarrollar estrategias en su tratamiento preventivo, que contemplen componentes sociales y educativos mas que clínicos (analícese por ejemplo,el hecho de que mas del 70 % de madres de latinoamérica, conocen y saben sobre el uso de las sales de rehidratación oral para el manejo de la diarrea, pero menos del 20% la utilizan cuando se presenta la necesidad), a efecto de romper su presencia y permanencia en los grupos con daño y riesgo nutricional.

h) Desarrollo de equipos multidisciplinarios para definir programas y enfoques de naturaleza socio-antropológica son necesarios, así como la incorporación de sectores educativos, el enfoque curativo, no podrá eliminar la cronicidad de estos problemas, ni tampoco sus consecuencias.

BIBLIOGRAFIA

1. Sollis, P. "La disminución de la pobreza en El Salvador: una evaluación del programa social del Gobierno de Cristiani" ECA. Estudios Centroamericanos año XLVII, No 552, pp 33-354. abril 1992.

2. INCAP, Oficina de Investigaciones Internacionales de los Institutos Nacionales de Salud E.U.A.Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. "Evaluación Nutricional de la Población de Centro América y Panamá. El Salvador" . Guatemala, INCAP, 1969.

3. Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social. "Diagnóstico Alimentario y Nutricional de El Salvador". Comisión Nacional de Alimentación y Nutrición, Secretaria Ejecutiva, El Salvador, octubre 1983.

4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Asociación Demográfica Salvadoreña, INCAP: "Evaluación de la situación Alimentaria Nutricional en El Salvador". El Salvador, agosto 1990.

5. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. " Primer censo Nacional de Talla en Escolares de Primer Grado de Educación Básica de El Salvador-1988 ". Informe final, El Salvador, octubre 189.

6. Goitia, A y Obrego,l. "Crisis de la agricultura, política agraria y ajuste estructural. Caso El Salvador. Programa de formación en seguridad alimentaria". CADESCA. julio 1991.

7. Cáceres. M y Murillo, S. "La inseguridad alimentaria en Centroamérica: Un intento de síntesis". CADESCA/CEE, Gobierno de Francia,. Temas de seguridad alimentaria No 3, 1990.

8. Calderón V. y Sebastian C. "Caracterización de los productores de granos básicos en El Salvador". CADESCA/CEE Gobierno de Francia. Tema de seguridad alimentaria No11, octubre 1991.

9. Ministerio de Agricultura y Ganadería. "Costos de producción de granos básicos, productos tradicionales de exportación, hortalizas y otros productos 1990-1991". San Salvador, El Salvador, junio 1991.

10. Adams W. " Comunicación personal". agosto 1992.

11. PROSAMI/Servicio Médico Internacional. "Análisis de riesgo en salud por cantón 1992". PROSAMI/USAID. San Salvador 1992.

12. Todhunter,E.N." A guide to nutrition terminology for index in and retrieval". National Institutes of Health, public Health Service, US Departamment of Health. Educaton and Welfare, Bethesda, MD.1970.

13. Cruz R. "La política de granos básicos en El Salvador: Análisis y recomendaciones". Cuadernos de Investigación, año II, No5, 1991.

14. CADESCA. "Istmo centroamericano: seguridad alimentaria y política macroeconómica en el decenio de 1980". CADESCA, Comisión de las Comunidades Europeas y Gobierno de Francia. Colección temas de seguridad alimentaria No 9, junio 1991.

15. Arias S. " Seguridad e inseguridad Alimentaria". UCA editores. Primera edición 1980.

16. CEPAL."La Producción de semilla oleaginosas y aceites comestibles en centroamérica"". LC/MEX/L.123/REv 1, 1990.

17. Dirección General de Estadísticas y censos, documento mimieografiado (sin fechas).

18. FAO. "Anuarios estadísticos de producción y comercio" Roma 1991.

19. Osegueda O.T." Situación Alimentaria y Nutricional de El Salvador, un análisis sobre la base de datos recientes". OPS/INCAP San Salvador Agosto 1991.

20. MSPAS e INCAP."Informe final de la investigación sobre el uso intrafamiliar de los alimentos donados". INCAP, Guatemala 1990.

21. Montes S. " El Salvador 1989. Las remesas que envían los salvadoreños de Estados Unidos, consecuencias sociales y económicas". UCA editores. San Salvador agosto 1991.

22. Ministerio de Planificación y Coordinación del Desarrollo Económico y Social. " Diagnóstico Alimentario y Nutricional de El Salvador". Comisión Nacional de alimentación y nutrición. Secretaria ejecutiva. El Salvador, octubre 1983.

23. MSPAS,MAG,MPLAN, FAO,OPS. "Documento país para la conferencia internacional de nutrición a celebrarse en Roma Italia en diciembre de 1992". Informe final. San Salvador, El Salvador febrero 1992.

24. MIPLAN."Encuesta de hogares de propósitos múltiples, total país-urbano octubre 1988-feb 1990". Vol No1, San Salvador, El Salvador.

25. Bengoa J. Et AL. "Metas nutricionales y guías de alimentación para América Latina". UNU/CAVENDES. 1988.

26. UNICEF. "Análisis de la situación de la infancia y de la mujer en El Salvador. El Salvador, octubre 1991.

27. INCAP. " Clasificación funcional de problemas nutricionales en El Salvador". Informe final. Guatemala 1977.

28. FUNDASALVA. "Estudio de poblaciones en áreas conflictivas". Informe preliminar. agosto 1992.

29. Pleitez W. "Hacia una estrategia integral de Seguridad Alimentaria en El Salvador". Ministerio de Agricultura y Ganadería. UAP/MAG. Política Agrícola, vol II, feb 1992.

30. Viteri F. y Torún B. "Ingestión calórica y trabajo físico de obreros agrícolas en Guatemala". Boletín Of.San Pan. 1975.

31. Allen L, Pelto G. Chavez A."The collaborative research an d support program on food intake and human function mexico project". final report. U. Connecticut, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. México. 1987.

ANEXO 1
CUESTIONARIO

Departamento: CHALATENANGO

Area de Trabajo: Salud, Educacion, Agricultura y Otros
Institucion:_____
Cargo:_____

CLASIFICACION POR LA SEVERIDAD DEL PROBLEMA								
Municipio	Enfermedad	Nutricion	Saneamiento	Pobreza	Analfabetismo	Calidad Tierra	Tenencia Tierra	Mortalidad
Arcatao								
San Isidro Labrador								
Nueva Trinidad								
San Jose Las Flores								
Cocep. Quezaltepeque								
Nombre de Jesus								
S.Antonio Los Ranchos								
El Carrizal								
San Antonio de la Cruz								
Las Vueltas								
Cancasque								
Ojos de Agua								
Nueva Concepcion								
Citala								
La Palma								
San Ignacio								
Agua Caliente								
San Fernando								
La Laguna								

4/a

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO

El formulario que a continuación encontrará, contiene una serie de preguntas que forman el encabezado de cada columna, que deberá responder de la siguiente manera:

1. Deberá llenar completamente cada columnna antes de pasar a la siguiente. Las columnas son : enfermedad, nutrición, saneamiento, analfabetismo, calidad de tierra, tenencia de tierra y mortali-dad.

2. Para llenar la primera columna usted deberá pensar: en su opinión en cuál de los municipios listados en la columna municipio, se enferman más los niños, en el que usted elija, deberá colocar en la casilla correspondiente el número (1), al siguiente muni-cipio que usted elija en orden de prioridad, deberá ponerle el número dos, al que sigue el número tres hasta completar TODOS los municipios. RECUERDE Usted que no puede ponerles un mismo número a dos municipios en cada columna del cuestionario.

3. Para llenar la segunda columna, usted deberá pensar: en su opinión en cuál de los municipios listados existe mayor número de niños desnutridos y al municipio que usted elija, deberá colocar en la casilla correspondiente el número (1) y al siguiente que elija en orden de prioridad, el dos hasta completar todos los municipios.

4. Para llenar la siguiente columna, usted deberá pensar: en su opinión en cuál de los municipios listados existen las peores condiciones de saneamiento ambiental y manejo de excretas humanas y al municipio que usted elija, deberá colocar en la casilla correspondiente el número (1) y al siguiente que elija en orden de prioridad, el dos hasta completar todos los municipios.

5. Para llenar la siguiente columna, usted deberá pensar: en su opinión en cuál de los municipios listados hay mas analfabetismo de adultos o bien hay más adultos que no saben leer ni escribir y al municipio que usted elija, deberá colocar en la casilla correspondiente el número (1) y al siguiente que elija en orden de prioridad, el dos hasta completar todos los municipios.

6. Para llenar la siguiente columna, usted deberá pensar: en su opinión en cuál de los municipios listados existen las peores tierras para cultivar alimentos básicos y al municipio que usted elija, deberá colocar en la casilla correspondiente el número (1) y al siguiente que elija en orden de prioridad el dos hasta completar todos los municipios.

7. Para llenar la siguiente columna, usted deberá pensar: en su opinión en cuál de los municipios listados la población tiene menos acceso a la tierra o hay menos dueños de tierra y al muni-cipio que usted elija, deberá colocar en la casilla correspon-diente el número (1) y al siguiente que elija en orden de prio-ridad, el dos hasta completar todos los municipios.

8. Para llenar la última columna, usted deberá preguntarse en cuál de los municipios listados mueren más niños y al municipio que usted elija, deberá colocar en la casilla correspondiente el número (1) y al siguiente que elija en orden de prioridad, el dos hasta completar todos los municipios.

9. Por su calidad de experto, usted deberá llenar TODAS LAS PRE-GUNTAS. Recuerde que esta es una encuesta de opinión y que al final se reportará la opinión de concenso de todas las opiniones no sólo la suya. cuestionarios no llenados completamente, no se-rán considerados. Su opinión puede basarla usted en datos, experiencias de conocimiento de la zona, información al respecto que usted ha oido y recuerde que estos cuestionarios los están llenando varios sectores, no únicamente salud.

10. Cada cuastionario, deberá ser llenado en forma individual, si dos personas o más intervienen en el llenado, favor de sólo repor tar un cuestionario, de lo contrario los análisis pierden vali-dez.

H/C

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CUADRO

Cada columna se refiere a un solo problema y se llenará con un número que determina el valor o posición que tiene cada municipio, para cada informante en cuanto, al mayor o menor daño que se estima tienen las familias de cada municipio.

Enfermedad:

¿A dónde se enferman más los niños preescolares?

Nutrición:

¿A dónde hay mas desnutrición infantil?

Saneamiento:

¿A dónde hay menos letrinas y manipulación inadecuada de excretos y basura?

Pobreza:

¿A dónde hay mas pobreza?

Analfabetismo:

¿En que comunidad hay mas analfabetos adultos?

Calidad de la tierra:

¿Cual es el municipio menos adecuado para sembrar alimentos, por lo malo de la tierra?.

Tenencia de la tierra:

¿A dónde hay menos familias propietarias de tierra?

Mortalidad:

¿En que comunidad mueren más niños?

ANEXO 2

LIMITACIONES INFORMATICAS PARA EL ESTUDIO DE LA SITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

En el presente estudio, estado nutricional es definido como la condición individual que es influida por el consumo y utilización de nutrientes (12), y situación alimentaria como la capacidad de acceso a los alimentos, influida por la producción y comercialización de los mismos y por la capacidad de compra del consumidor.

Al hablar de los sistemas de información del país, se tiene que hablar de dos subsistemas: **los rutinarios** que por lo general recolectan información a nivel de las unidades operativas, sobre características de los usuarios y su medio, y **los ocasionales**, constituidos por encuestas o evaluaciones nacionales, que por lo general describen situaciones en un momento espacio y población determinada.

Bajo esas consideraciones se analizó la información con que cuenta el país, para conocer la situación alimentaria y nutricional actual.

La hipótesis general al respecto fue que: **El Salvador en estos momentos, no cuenta con información suficiente desagregada por municipios, para poder responder sobre quiénes son los individuos con problemas alimentarios y nutricionales, cuántos son, dónde se encuentran y que necesitan** a efecto de poder asignar recursos y programas que les permita superar su situación. Los principales resultados del análisis de la información, fueron los siguientes:

1. SOBRE LA SITUACION DE LA ALIMENTACION.

La mayoría de estudios sobre este tema, se han centrado en aspectos relacionados con consumo de alimentos, sin describir con claridad y objetividad, otras actividades relacionadas con la alimentación como son producción, comercialización, mercadeo, conservación, distribución y acceso a los alimentos.

Los estudios de consumo y producción, realizados a nivel nacional (2-4), sólo permiten análisis a un nivel de desagregación regional o zonal y no departamental y menos municipal. Bajo esos términos, la información resulta útil para la planificación global, divulgación pública de situaciones, motivación política, pero son poco prácticos para el montaje y formulación de planes operativos locales y para ubicar e identificar grupos de riesgo.

En el tema de producción estudios recientes, del Ministerio de Agricultura y Ganadería tratan sobre costos de producción de granos básicos, hortalizas y sobre aspectos de rendimiento (9). Sin embargo, no existe un estudio ni regional ni zonal al respecto, lo cual sería de utilidad, dada la diferente calidad de suelos y de tipos de productores que existen en El Salvador, a fin de localizar las zonas prioritarias que necesitan de asistencia y asesoría.

En El Salvador, al igual que en el resto de países centroamericanos, existe una gran heterogeneidad en las estructuras agrícolas productivas; pese a ello, sólo se cuenta con un estudio reciente sobre el tipo de productores, sin dar detalles de su producción en función de su ubicación (8).

Sobre otros aspectos de la alimentación como es su mercadeo y comercialización, no existe información adecuada al respecto, ni siquiera a nivel nacional.

La ayuda alimentaria en El Salvador, en la última década se ha visto incrementada y se ejecuta a través tanto del sector gubernamental, como de instituciones privadas y organizaciones no gubernamentales. No obstante el tiempo que tiene de existir los programas de ayuda alimentaria, su impacto biológico, social, económico y en la producción, no ha sido evaluado mas que en estudios de casos.

2. SOBRE LA SITUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

Los estudios al respecto presentan las siguientes limitaciones para poder ser utilizados para conocer la problemática nutricional de los niveles locales (municipios y cantones):

Los alimentarios y nutricionales (2-4), realizados a nivel nacional, carecen de una metodología uniforme que permita análisis históricos comparativos sobre el desarrollo y la evolución de la situación alimentaria o nutricional además toman en cuenta solo familias en donde existía al menos un preescolar al momento del estudio. A lo anterior, hay que añadir que la representatividad de esos estudios, con excepción de la del censo de talla del escolar (5), resulta ser de utilidad para análisis situacionales de nivel nacional o regional o por área de residencia: urbana, rural o metropolitana, pero no para análisis de nivel de municipio o más detallado. Finalmente hay que considerar que los estudios realizados mas recientemente (ESANES-88, Censo de Talla Escolar), no tienen información sobre todas las áreas, por ejemplo, no tienen información sobre gran parte del territorio del área de exconflicto.

Los estudios realizados en el presente año (Ministerio de Salud, Organizaciones no Gubernamentales, UNICEF, FUNDASALVA y MIPLAN), contienen indicadores indirectos sobre el estado nutricional y alimentario de las poblaciones que pueden ser de utilidad para análisis de desglose regional o distrital, pero no de municipios o cantones. El estudio de PROSAMI, que habla sobre análisis de riesgo de salud por cantón (11), utiliza indicadores de otros estudios y carece de información completa sobre todos los municipios pertenecientes a áreas de exconflicto, y en el caso del uso de indicadores como el de retardo en crecimiento y morbilidad por diarrea, la información que producen estos es incompleta y desactualizada.

La información sobre mortalidad y morbilidad, que si tiene representatividad a nivel de municipio y que regularmente es procesada por el sistema de información del Ministerio de Salud Pública, es incompleta y se desconoce la veracidad de la misma. En el caso de la mortalidad se estima que existe subregistro de comportamiento no igual entre municipios, añadiéndose a ello la carencia de datos de mortalidad, de algunos municipios de áreas de exconflicto. En el caso de la morbilidad, las tasas de prevalencia de diarrea están sujetas en su numerador a los niveles de cobertura de los servicios de salud; por lo tanto las tasas de prevalencia que se reportan subestiman la magnitud de episodios mórbidos que se están dando

a nivel de la población. A lo anterior, hay que añadir que una cantidad importante de establecimientos y municipios, no reportan información al respecto.

Por consiguiente, el estado actual de la información sobre la situación nutricional de las poblaciones de El Salvador, puede resumirse de la siguiente manera:

a) Desconocimiento de la prevalencia, severidad, localización y características (causas,efectos), de las deficiencias actuales nutricionales, a nivel de municipios y departamentos y por grupos etáreos.

b) De los últimos cinco años, existe sobre el infante, preescolar y escolar, una falta de actualización de la información sobre su situación nutricional antropométrica.

c) La metodòlogía censal y epidemiológica, empleada en la encuesta nacional nutricional más reciente, 1988, sólo permite inferencias sobre la magnitud, localización y características de la situación nutricional de ciertos sectores de la población a nivel departamental y regional y no de municipios.

d) Las encuestas alimentarias y nutricionales realizadas, han empleado diferentes metodologías y marcos muestrales, lo cual dificulta la realización de análisis comparativos.

e) La limitación del uso del censo de talla escolar para priorizar comunidades, se relaciona con posible pérdida de su vigencia ya que las prevalencias de retardo, explica situaciones y causalidades ambientales, demográficas, sociales y económicos, acaecidas alrededor del primer quinquenio de la década de los ochenta, eventos que pudieron haberse modificado en la actualidad.

3. EL PROBLEMA DE LA INFORMACION EXISTENTE.

La revisión realizada de las principales fuentes de información sobre la situación alimentaria y nutricional, permite plantear una serie de consideraciones al respecto de su calidad, organización y utilidad. .

3.1 SU CALIDAD

Sobre la calidad de los sistemas rutinarios de recolección de información, alimentaria y nutricional, se puede resaltar lo siguiente:

a) Se carece de información sobre la calidad de la recolección y, representatividad de los datos que se recolectan.

b) La información en la mayoría de casos, resulta incompleta; por ejemplo, hasta recientemente, se ha principiado a recolectar información alimentaria y nutricional de los municipios de las áreas de exconflicto.

c) No existe una uniformidad para la recolección de estadísticas vitales, como pudo comprobarse a nivel de las unidades de estadística de hospitales y regiones de salud, ni tampoco sobre las fuentes de información; cosa similar sucede en el

Ministerio de Agricultura y Ganadería, con los informes sobre producción de granos básicos y otros alimentos.

d) La mayoría de la información local recolectada, refleja condiciones de la población cubierta por los servicios y no la de toda la población.

e) Finalmente hay que señalar que los procedimientos de análisis de la información, resultan poco selectivos y adecuados al tipo de usuario, lo que resta utilidad a su uso en la toma de decisiones, la planificación, seguimiento o evaluación de programas y proyectos.

Dentro del subsistema ocasional, sobresalen las tres evaluaciones nutricionales realizadas en las últimas décadas. Puede decirse que estas han sido satisfactorias en su diseño y recolección de información. Su debilidad mayor consiste en que no han profundizado adecuadamente en análisis explicativos de situaciones y no se han complementado con otros trabajos de investigación e informaciones que podrían ayudar a explicar algunas situaciones y condiciones encontradas, ni se han realizado análisis históricos con ellas, a efecto de buscar explicaciones a la evolución de los problemas alimentarios y nutricionales. El diseño de las encuestas nacionales se limita en esencia a ser estudios situacionales cuidadosamente planificados, sin profundizar mayormente en relaciones y causalidades y generan información a un nivel de desagregación que resulte adecuado para la toma de decisiones y el conocimiento de situaciones regionales y nacionales.

Los estudios ocasionales sobre alimentación, resultan más escasos y menos consistentes en diseño y ejecución que los nutricionales. La mayoría de ellos, son estudios de casos y con excepción de los existentes sobre producción de granos básicos, con poca ubicación respecto a una población definida y por lo general, tratan sobre aspectos muy puntuales de la cadena alimentaria.

3.2 SU UTILIDAD

La información nutricional existente, permite una descripción global de la situación nutricional, de utilidad a la opinión pública, para lograr ampliar conocimientos y cambios de actitudes que pueden incidir sobre aspectos culturales y sociales a nivel del hogar y la comunidad, relacionados con los problemas nutricionales. Esta capacidad de la información existente, ha sido poco explotada y divulgada. Por ejemplo, no se ha realizado un análisis de desviantes positivos, que permitiría identificar cualidades locales de las dietas, relacionadas con el crecimiento adecuado de niños en sus propios ambientes; tampoco se ha preparado la información, para su utilización a niveles locales. Su uso más generalizado ha sido para señalar la magnitud de los problemas nutricionales de los grupos más vulnerables, a un nivel nacional y a lo sumo regional.

La información disponible sobre la situación alimentaria, sólo toca algunos aspectos de la problemática como acceso, consumo, pero resulta bastante deficiente en lo relacionado con producción, conservación y comercialización y distribución de alimentos. La utilización de la información existente a nivel público, resulta mas limitada que en el caso de la nutricional.

En cuanto a la utilidad de la información existente para la planificación de estrategias nacionales tanto alimentarias como nutricionales, se le ha explotado desde hace varias décadas, con resultados que hasta la fecha no han sido evaluados. Ha servido especialmente en el campo nutricional, para justificar y diseñar intervenciones nutricionales asistencialistas y curativas; en el alimentario, para la formulación de las políticas de producción y precios y de seguridad alimentaria, que hasta la fecha, no se han operacionalizado.

Para la planificación local y la ejecución y organización de intervenciones, la información que generan los dos subsistemas, resulta poco útil, así por ejemplo, no existen mas que proyecciones poblacionales, para poder calcular beneficiarios en la mayoría de unidades locales. Tampoco existe información suficiente, actualizada y adecuada, para poder orientar y evaluar efectos e impactos de las intervenciones realizadas en el campo alimentario y nutricional, por no contarse con sistemas de monitoreo y evaluación bien estructurados al respecto.

3.3 SU ORGANIZACION

Pese al tiempo que tienen de funcionar los sistemas rutinarios de información, estos se ven limitados para poder realizar procesos de análisis e interpretación de la información que se recolecta, en forma oportuna, suficiente y confiable, para su uso por planificadores locales, regionales y nacionales y para la toma de decisiones.

A través de las entrevistas realizadas con funcionarios del sector salud y agrícola, resulta claro que los sistemas locales, carecen de la "cultura informática" que les permita el uso de la información que recolectan, detectándose en más del 80 % de funcionarios entrevistados, desconocimiento de aspectos epidemiológicos de sus áreas, relacionados con la magnitud de los problemas nutricionales e infecciosos de su población, pese al tiempo que tienen de ejercer en las localidades y al tipo de responsabilidad de su cargo. En el caso de los servicios de salud, su enfoque fuertemente curativo, probablemente los vuelve carentes de interés hacia los aspectos epidemiológicos de la salud.

Los recursos humanos con que cuentan las unidades responsables de la información, además de insuficientes, requieren de apoyo técnico, con el fin de poder mejorar su capacidad de manejo, análisis y divulgación de la información que recolectan. En otro aspecto, el sistema requiere de una definición mas clara y precisa de sus usuarios, para poder desarrollar y monitorear todas las etapas del proceso en forma más eficiente.

Finalmente es importante mencionar, que de la poca información que se tiene de muchos aspectos y situaciones alimentarias y nutricionales, existe en muchos casos, un celo institucional e individual para su divulgación, sin que se hayan diseñado procedimientos y mecanismos adecuados que permitan el intercambio de información y su complementariedad dentro de usuarios.

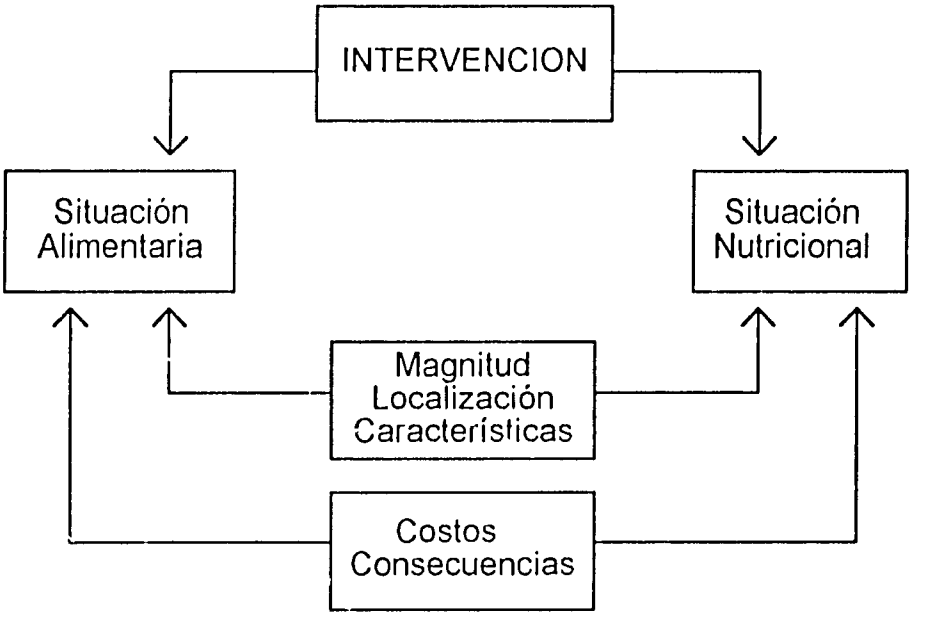
El resultado de todas las situaciones y limitaciones mencionadas, es que se carece en estos momentos en El Salvador, de la información suficiente que permita conocer quiénes son los individuos con problemas nutricionales, cuántos son y en dónde están, y qué se a hecho por remediar su situación y con qué resultados; por consiguiente, la única forma de planificar y

formular necesidades en esos campos es a través del planteamiento de situaciones posibles y extrapolaciones a partir de los conocimientos nacionales que se tienen al respecto.

4. SUGERENCIAS PARA MEJORAR LOS SISTEMAS DE INFORMACION.

Las recomendaciones al respecto, son las siguientes:

Es importante desarrollar una estrategia nacional e interagencial, que permita conocer con cierta periodicidad la situación nutricional y alimentaria, al menos de los grupos de mayor riesgo, a un nivel de desagregación que permita operacionalizar acciones e intervenciones, se propone el siguiente modelo:



Dentro del modelo, lo que resulta de vital importancia, es ponerlo a funcionar (operacionalizarlo) y darle mantenimiento, que es lo que no se ha logrado a la fecha realizar ni en El Salvador, ni en ningún país centroamericano. Se sugieren las siguientes estrategias para lograr eso.

a) Elaboración y discusión del modelo, con la participación o representatividad de todos los posibles usuarios.

b) Configuración de una unidad coordinadora, con tres secciones básicas: técnica, evaluativa y divulgativa.

c) La unidad coordinadora, con atributos de recopilar, distribuir y divulgar información a los usuarios.

d) Desarrollo de una unidad ejecutora, concebida como una red de terminales en cada región conectadas para los procesos de recopilación, análisis e interpretación y evaluación de operaciones y para la administración y gestión del

sistema operativo. Características de esa unidad deben ser su bajo costo, poca burocracia, poco personal administrativo, fácil acceso de usuarios y costos, mantenimiento y ubicación, compartida entre el gobierno central, regional y organismos internacionales.

e) En el informe se ha insistido en la necesidad de generar una "cultura informática", esta se debe desarrollar en su mayor parte a través del propio sistema, considerando fundamentalmente, recolección, análisis e interpretación.

f) Se debe considerar en el desarrollo del sistema, la necesidad de reducir el esfuerzo humano y monetario actual, que representa recolectar, transportar y almacenar información , también se debe considerar la necesidad de reducir el tiempo de análisis a efecto de volver útil y oportuno, el uso del material; de jerarquizar y optimizar la cantidad de información requerida, en función de su uso en: toma de decisiones, identificación de demanda, monitoreo de situaciones y condiciones, evaluación de procesos y progresos de programas y proyectos y vigilancia de problemas y sus causas

g) Es importante evitar la centralización de un sistema de esta naturaleza, para no volverlo ineficiente, costoso y burocrático, para lo cual desde su diseño debe establecerse claramente su forma de mantenimiento y los mecanismos que aseguren la participación de todos los usuarios, en esa responsabilidad. De igual manera, la unidad coordinadora, debe dedicarse exclusivamente a sus funciones.

h) El sistema, no debe ser diseñado y ubicado independientemente de las estrategias, actividades y acciones de los programas, eso es lo que a la fecha en buena parte ha limitado y vuelto ineficientes a los sistemas que están funcionando que se caracterizan por un predominio de esfuerzos de recolección de información, la debilidad en los procesos de análisis e interpretación y divulgación. Por lo tanto, estos sistemas deben estar unidos en los niveles locales con las acciones e intervenciones y en esos niveles, debe fomentarse la capacidad de análisis e interpretación y no solo la de recolección.

ANEXO 3

LA SITUACION ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE EL SALVADOR

1. LA SITUACION ALIMENTARIA

1.1 La Producción de Alimentos

El análisis histórico de la producción de los principales alimentos de la canasta básica, en función de las necesidades biológicas establecidas para la población salvadoreña, en las dos últimas décadas, puede resumirse de la siguiente manera (22-23):

	Porcentaje de cobertura de la producción en función de necesidades			
PRODUCTOS	70-75	76-80	81-85	86-90
Lacteos	71	85		60
Huevos	63	97	41	40
Carnes	39	57	100	100
Frijol	33	35		51
Arroz	78	89		71
Maíz	64	73		79
Azúcar		100		100
Grasas		60		
Verduras		61	23	22
Frutas		100	100	100

Prácticamente, la no autosuficiencia alimentaria tiene varias décadas de estarse presentando y con excepción de dos productos, en el resto en este momento existen importantes déficits de producción.

Respecto a la producción de **granos básicos**, la política actual del país (tenencia de tierras, asistencia técnica, precios, comercio y estabilización del sector externo, fiscal, monetaria crediticia y del sistema financiero), permite inferir que el problema de la producción de este sector, dista mucho de haberse solucionado (13), aparece sin un verdadero sentido integrado y sin dar solución o al menos orientación a los problemas de fondo, y de mantenerse la situación actual, la superficie cosechada para granos básicos, debería incrementarse a un ritmo de crecimiento anual de 2.3 %, para satisfacer la demanda que se presentará, cosa que parece imposible.

Los productos pecuarios, especialmente ganado vacuno y porcino, han perdido su ritmo de crecimiento y rendimiento, en los últimos años. La excepción en este rubro, la constituye la producción de carne de pollo, la cual ha evolucionado en forma dinámica (14-15).

A nivel nacional, se ha calculado que la producción de aceite se ha reducido a la quinta parte (16).

Otros alimentos de la canasta básica, como son: lácteos, huevos, frutas y verduras, con el correr de los años, su producción ha caído en manos de empresas comerciales, que con excepción del huevo, pueden ser cuestionadas en cuanto a los niveles de rendimiento y producción que han logrado. Los pequeños productores de estos productos, probablemente carecen de los recursos, insumos y tecnología adecuados, para lograr rendimientos rentables y satisfactorios en la producción comercial de estos productos.

1.2 La inversión nacional y la comercialización en la producción agrícola.

Con el aparecimiento de la crisis económica de la década de los 80, **el gasto público** en el sector agropecuario fue afectado de manera significativa y del 8% que representó a principios de la década, representa en la actualidad alrededor del 3% (6).

En relación a **aspectos crediticios**, de todos los grupos productores de granos básicos, sólo algunos del grupo autosustentable, las cooperativas y otros grupos, son sujetos de crédito. A partir de 1985, los granos básicos sólo reciben entre el 5 y 10% del crédito disponible. Nuevas políticas crediticias contempladas dentro del Plan de Reconstrucción Nacional, no han sido a la fecha operacionalizadas y probablemente facilitarán a los grupos no sujetos de crédito en el pasado, tener acceso a los mismos, especialmente a aquellos campesinos de las áreas de exconflicto.

El resto de alimentos de la canasta básica, ha contado con apoyo y financiamiento, aunque limitado, si se compara con los productos agrícolas de exportación.

El Salvador en cuanto a **la comercialización** de sus alimentos, puede tipificarse como un país en donde existe alta concentración de la demanda de alimentos en pocos compradores y una atomizada oferta con una amplia y diferenciada estructura de producción, especialmente en el caso de los granos básicos (13). Los mecanismos de ese tipo de comercialización, no benefician ni al consumidor ni al productor, que se ven afectados por la pérdida acumulada en la capacidad adquisitiva, siendo los alimentos, los productos de la canasta básica que más han variado su índice al consumidor (17).

En términos de **rentabilidad**, la producción de granos básicos ha sido la más afectada a lo largo de la década y prácticamente en los últimos años, esta ha desaparecido. Otro rubro fuertemente afectado, ha sido el de los aceites y grasas y en la actualidad presenta problemas el de carnes provenientes de ganado vacuno y porcino y la industria lechera (1).

1.3 La Disponibilidad Alimentaria

Además de la producción nacional, dos actividades apoyan la disponibilidad de alimentos a nivel del país: Las importaciones y la ayuda alimentaria.

La incapacidad de la estructura productiva interna para responder a la dinámica de la oferta y la falta de atención de la actividad productiva agrícola, ha provocado un aumento de las importaciones de cereales, productos lácteos, aceites y grasas comestibles, que apoyan de manera significativa la oferta interna de estos productos y mejora su disponibilidad (15).

El papel nutricional de las importaciones , puede comprenderse mejor si se considera que en 1960, las importaciones centroamericanas aportaban alrededor de 100 Kcal diarias por persona a la dieta o sea que entre 5 y 8 % de la ingesta calórica diaria, era aportada por los productos importados. En la actualidad, ello puede andar para el caso de El Salvador por encima de 500 Kcal o sea más del 20 % de la ingesta, puede estar proviniendo de los productos de importación (14).

La ayuda alimentaria actual consiste de: cereales, el 90% lo forman el maíz y el trigo; leche; aceite, carnes y vegetales en menor cantidad. La ayuda alimentaria pasó de 3,200 toneladas métricas de alimentos en 1980 a 229,000 en 1987. Si se relacionan las importaciones con la ayuda alimentaria, se puede concluir que mientras que en 1981, la ayuda representaba el 37 % de las importaciones, en 1986 representó la importación un 80% de la ayuda, ello significa que el país perdió su capacidad de compra (15).

Alrededor del 80% de la ayuda, proviene de los Estados Unidos y entre el 70 al 80% de la ayuda estaunidense se ha otorgado bajo forma de créditos blandos. El país puede utilizar los alimentos para vender o monetizar (especialmente el trigo); en consecuencia, la verdadera ayuda alimentaria con carácter de donación, se estima entre un 20 a 25 % de la cantidad global de la ayuda (15).

1.4 Acceso de la población a los alimentos

En El Salvador, puede hablarse de un serio deterioro del acceso de la población a los alimentos, a partir de las siguientes evidencias:

- Aumento de precios al consumidor y caída del ingreso real.
- Pérdida acumulada en la capacidad adquisitiva que alcanza cifras de 60%, en los salarios de cualquier tipo de trabajo.
- Ineficiencia de los mecanismos de comercialización, con el encarecimiento de la producción y reducción de la capacidad de compra del consumidor.
- Incrementos del desempleo y subempleo: en la actualidad un tercio de la población urbana vive en extrema pobreza y otro tercio en pobreza relativa. En el área rural, probablemente la situación sea peor (24).
- Desequilibrio entre el costo de la canasta básica de alimentos y las variaciones de los salarios mínimos. El costo de la canasta en relación al salario en el área urbana anda por el 85 % y en la rural supera al salario mínimo (3).

1.5 Consumo de los alimentos

Patrón de Consumo:

El consumo de alimentos en la dieta de la población salvadoreña, se ha caracterizado por (2-4):

- Marcadas diferencias en la calidad y cantidad de los alimentos consumidos, en función de lugar de residencia.

- Una dieta pobre en consumo de **productos de origen animal** que afecta más a la población del área rural.
- Una deficiencia de **vegetales y frutas** en la dieta, más significativa en la dieta rural.

El factor que más influye en el patrón de consumo de casi todos los alimentos es su precio, seguido del hábito alimentario.

Con excepción de la autoproducción en el área rural de huevos (27%), de carne de aves (46%), de pescado (23%) y de maíz (40%), el sistema mas frecuente de adquisición de los alimentos, es su compra, aún en el área rural.

En la actualidad, las donaciones, especialmente de leche, carne, arroz, aceite, adquieren importancia en la dieta de por lo menos el 15% de familias del área rural y del 5% de las del área metropolitana y resto urbano. La leche en el área rural alrededor del 30% de los consumidores (40% de la población consumidora), la adquiere de donativos. En el resto urbano, menos del 10% de familias reciben donativos al respecto y en el área metropolitana, menos del 2 % . Un 15% de los consumidores de aceite del área rural, lo adquieren como donativo y un 5% de los del área metropolitana y urbana. El arroz como donativo, se comporta igual que el aceite.

Prácticas de alimentación infantil

La Encuesta Nacional de Salud de 1988, mostró que existen diferencias por lugar de residencia de los patrones de lactancia. Dos tercios de madres del área urbana dan de lactar a sus hijos, por un período menor de seis meses; en el área rural, dos tercios de la madres, dan de lactar por más de seis meses y un tercio por más de un año.

El patrón de ablactación muestra que el niño antes de los cuatro meses, con excepción de la leche, no tiene acceso a alimentos de origen animal y antes de los tres prácticamente de ningún tipo.

Patrón de consumo de alimentos cuando existe ayuda alimentaria

En un estudio reciente, realizado entre familias con preescolares que participan en programas de ayuda alimentaria (20), se encontró que los alimentos donados significan el 25% del gasto total en alimentos, cuando la ración es familiar y del 12% cuando es individual.

Cuando los alimentos de la ración se agotan, un 25% de niños preescolares dejan de consumir productos lácteos y se observa una ligero aumento de consumo de huevos en el niño y también en el adulto, que no llega a compensar la pérdida de calorías y proteínas que se dejan de consumir cuando se agotan los alimentos donados.

Tendencias del consumo de alimentos

El siguiente cuadro, muestra el consumo aparente de alimentos de dos períodos diferentes recientes:

CONSUMO APARENTE DE ALGUNOS ALIMENTOS POR AREA DE RESIDENCIA Y EN DOS PERIODOS DIFERENTES

PRODUCTO	Proporción de familias que los consumen			
	1978		1988	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Leche Fresca	44	26	33	43
Res	69	31	62	31
Cerdo	29	23	24	24
Aves	63	36	73	53
Pescado	36	22	49	38
Huevos	95	89	97	89
Frijol	97	94	89	91
Maíz	98	96	100	100
Arroz	95	88	97	85
Manteca	49	67	43	56
Aceite	50	28	70	60
Azúcar	96	82	99	98

Fuente (4,22)

Como puede observarse en el cuadro, el comportamiento de la proporción de familias consumidoras de carne de res, huevos, granos básicos y azúcar, no ha variado significativamente entre períodos y entre el tipo de poblaciones estudiadas.

Tanto en la población urbana, como en la rural, la proporción de familias consumidoras, de carnes de ave y pescado, y de aceite, ha aumentado, especialmente en el área rural. La disminución de la proporción de familias consumidoras de leche en la población urbana, puede obedecer a un incremento de acceso y consumo de leche en polvo y el aumento de consumo en el área rural, a posibles cambios en el patrón alimentario.

También cabe mencionar que las diferencias en la proporción de familias consumidoras en cada alimento, en función de residencia, se mantiene con clara desventaja para los habitantes del área rural, especialmente en productos de origen vegetal.

En función de la cantidad de alimentos consumidos percápita, el comportamiento histórico, puede resumirse de la siguiente manera:

PRODUCTO	Cantidad del alimento consumido (gramos)					
	1965		1978		1988	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Lácteos	222			176	269	179
Carnes	67		81	35	63	23
Huevos	12		46	31	44	29
Frijol	61		47	59	24	42
Maíz	301		210	313	132	294
Arroz	27		46	34	28	26

Fuente (4,22)

De los datos presentados, puede inferirse lo siguiente:

a) La cantidad consumida de lácteos, no ha variado en ninguna de las áreas de residencia estudiadas.

b) El consumo de carnes disminuyó en un 33% en el área rural entre 1978 y 1988, a pesar de que su consumo en 1978, ya era bajo. En el área urbana, recuperó el nivel de consumo que ya tenía en 1965.

c) Tanto el frijol, como el maíz, muestra una disminución de dos terceras partes en el consumo a nivel urbano. En el área rural, el descenso de consumo del frijol corresponde a un 25% entre 1978 y 1988 y el maíz prácticamente se ha mantenido.

d) El arroz ha mantenido su consumo entre 1965 y 1988 en el área urbana y en la rural, su consumo ha disminuido en un 24 %.

e) Tanto en las encuesta realizada en 1965, como en la de 1978, se observaron diferencias de consumo regionales de maíz, frijol, carnes, productos lácteos, no así en huevos y arroz.

f) En la encuesta realizada en 1988, las diferencias de consumo entre lugar de residencia se dió en todos los productos mencionados, con excepción del arroz.

Consumo actual de nutrientes en la dieta familiar.

Un resumen de la situación actual de las deficiencias, puede ser esquematizado, utilizando para ello la proporción de familias y de preescolares que presentan distintos grados de desadecuación en cada nutriente, de acuerdo a los requerimientos establecidos para el preescolar y para cada familia, obteniéndose el siguiente cuadro:

NUTRIENTE	ADECUACION EN LA POBLACION							
	FAMILIAR				PREESCOLAR			
	Urbana		Rural		Urbana		Rural	
	<90	<70	<90	<70	<90	<70	<90	<70
Energía	55	20	48	20	49	29	64	41
Proteínas	53	26	50	22	50	30	65	43
Hierro	93	82	91	82	61	46	75	62
Vitamina A	85	80	94	88	76	65	87	80

Fuente (4)

Energía: Alrededor de un quinto de familias, presenta subalimentación severa de este nutriente, ello en cualquiera de los estratos que se analice.

En los preescolares del área rural, se presenta un 40% más de casos de subalimentación severa energética, que en los que viven en el área urbana (RR-1.41; $x^2=5.12$; $P<0.03$) y el niño preescolar del área rural, presenta dos veces mas

posibilidades de presentar subalimentación severa que su familia(RR= 2.05; 1.63<RR<2.57; x^2=41.96; P<0.001). En los preescolares mayores de tres años, existe un 46 % de casos severos de sobrealimentados calóricamente, contra un 31 % en menores de esa edad, es decir, entre los niños mayores de tres años, hay un 45% mas de casos de sobrealimentación severa, que en los menores de esa edad (RR= 1.45; x^2=14.20; P< 0.001), eso independiente del área de residencia del niño.

El problema de subalimentación calórica moderada en la familia, parece ser ligeramente mayor en el área metropolitana que en la rural y en el caso del niño, bastante similar entre estratos de residencia.

Proteínas: El comportamiento de este nutriente, es bastante similar al del anterior, siendo el grupo más afectado, el preescolar del área rural y dentro de este el mayor de dos años, independiente de la zona en que viva.

Existe una diferencia significativa en la calidad protéica de las dietas. Recomendaciones al respecto, hablan de un 30% de la proteínas totales, que sean de origen animal (25). En El Salvador el 48 % de familias del área rural, consumen menos de 10 gramos de proteína de origen animal y el riesgo a consumir menos de 10 gramos de proteína animal es 4 veces más en las familias que viven en el área rural, que las que viven en el área metropolitana (RR= 4.60 ; x^2= 68.71; p< 0.001). En el caso del preescolar, la situación es similar al de la familia y la deficiencia en la calidad proteíca se agudiza con el incremento de la edad.

Otros nutrientes: en hierro y vitamina A, son deficitarias las ingestas de más del 80% de familias, independiente del lugar de su residencia.

En el caso del hierro, los productos de origen animal, proporcionan alrededor de una tercera parte del hierro disponible en la dieta, el resto se obtiene de productos vegetales.

En el caso de la vitamina A, los productos de origen animal, contribuyen con el 50% de la vitamina A disponible en la dieta.

Consumo de nutrientes en familias con ayuda alimentaria

En el estudio realizado en familias incorporadas al programa de ayuda alimentaria del Ministerio de Salud (20), se observó que cuando los alimentos de la ayuda alimentaria se agotan, la ingesta energética de los miembros de la familia se reduce cerca del 15% ya sea que la ración haya sido dada para consumo individual o familiar.

Cuando la ración de la ayuda se agota, se observó que alrededor del 35 al 40% de las familias que con el apoyo de las donaciones tenía ingestas adecuada de calorías , pasan a tener ingestas inadecuadas por debajo del 90% de las recomendaciones.

Los niños preescolares, presentan déficit calóricos mayores que los del adulto y aún con la ración, no llegan a consumir las recomendaciones calóricas y cuando la ración se agota, el problema calórico se agudiza en ellos.

Tanto en el caso del niño, como en el del adulto, existe un efecto calórico beneficioso, que está en relación con el tipo de ayuda que recibe, la ración familiar, es la que produce los mejores efectos.

En el caso de las proteínas, las prevalencias de deficiencia son mayores que las calóricas que no se controlan ni aún con la ayuda alimentaria, puede decirse que cuando ésta está presente, un 45 a 50% de la población preescolar y adulta, presenta niveles de adecuación muy por debajo del 90% ; cuando los alimentos donados se agotan, esa prevalencia sube a 65%.

En otros nutrientes la dieta del beneficiario se muestra muy deficiente y a pesar de ser modificada positivamente por los alimentos donados, no llega a valores esperados de recomendación.

Tendencias en el consumo de nutrientes.

El siguiente cuadro, esquematiza la situación al respecto:

NUTRIENTE	AÑO	POBLACION	MEDIANA CONSUMO	PROPORCION SUBALIMENTADA (%)
Calorías	1965	Urbana	2028	18
(Kcal)	1976	Rural	1692	25
	1988	Urbana	1865	20
	1988	Rural	1763	20
Proteínas	1965	Urbana	65.2	12
(gramos)	1976	Rural	53.8	16
	1988	Urbana	52.4	26
	1988	Rural	54.8	22

Fuente (4,22)

Criterio subalimentación calórica = menos 70% adecuación requerimientos recomendados para la familia.

Criterio subalimentación protéica = menos 90% adecuación requerimientos calculados para la familia.

La interpretación del cuadro, debe hacerse con precaución, dada las diferentes metodologías y muestras que fueron empleados en las distintas encuestas, que sirven de base para su construcción. Sin embargo, es importante resaltar, que mientras el problema calórico pareciera estancarse en los diez últimos años, el protéico da la impresión que se ha agudizado.

El análisis de la situación por región, muestra que en términos calóricos, en 1965, la probabilidad de encontrar en el área urbana familias subalimentadas (menos del 70% de su adecuación calórica) era 2.6 veces mayor ($x^2=4.54$; $P<0.04$) en los departamentos que en la actualidad tienen municipios de exconflicto, que en los que no tenían (Ahuachapán, Sonsonate, Santa Ana). En 1976, a nivel de área rural, la

proporción de familias subalimentadas calóricamente era similar en todas las áreas urbanas de las regiones del país.

Entre los departamentos con municipios de exconflicto, en 1965 no existían diferencias significativas en las proporciones de familias subalimentadas calóricamente del área urbana. En 1976 en las áreas rurales de esos departamentos, la proporción de familias subalimentadas calóricamente, era mayor (50%) en los departamentos de la región IV (Usulután, San Miguel, Morazán y la Unión) y en la región I (Ahuachapán, Santa Ana y Sonsonate), que en las regiones II y III ($RR=1.54$; $1.04<RR<2.26$; $x^2=4.12$; $p<0.04$).

2. LA SITUACION NUTRICIONAL

2.1 DEL NIÑO

El Crecimiento

Se han calificado con problemas nutricionales de peso y de crecimiento, a aquellos niños que tenían valores de puntaje z de menos dos desviaciones en esas medidas. En peso para la talla, se han considerado aquellos casos por debajo de menos una desviación del puntaje z, dado que esos casos responden aún al tratamiento nutricional. Los porcentajes en 1988, de niños con problemas nutricionales a diferentes edades, aparecen en el siguiente cuadro:

Edad del niño (meses)	Problema Nutricional (%)		
	Peso	Crecimiento	Peso/Talla
0	21		
0 - 5	3	6	5
6 - 11	14	17	16
12 - 23	23	34	28
24 - 35	19	42	8
36 - 59	13	32	11
6 años		13	
7 años		35	
8 años		32	
9 años		20	

Fuente (4-5)

Los siguientes aspectos merecen resaltarse:

Los problemas de peso, crecimiento y relación peso estatura o pondo estatural, se establecen temprano. Uno de cada cinco niños nace con algún tipo de problema relacionado con su crecimiento (3).

A los seis meses de edad, ya existe una proporción de niños con alteraciones en peso , talla o en la relación de esos parámetros. En la segunda parte del primer año de

vida, todos los problemas se triplican con respecto al nacimiento y en el siguiente año se duplican, por consiguiente, puede decirse que el problema nutricional del niño, se relaciona especialmente con sus primeros veinticuatro meses de la vida. En el tercer año de vida, esos problemas se mantienen y posteriormente declinan, para entrar a la edad escolar, de siete y ocho años, en que uno de cada tres niños, presenta retraso en su crecimiento.

Por consiguiente, puede decirse que en los primeros dos años de la vida, el problema se establece, en los siguientes dos se afianza y adapta el niño a las deficiencias y el escolar es el portador de un problema crónico.

El estudio nutricional realizado en 1988, se refiere a hogares, en el área metropolitana al igual que en el resto urbano, de obreros no especializados en su mayoría y de pequeños comerciantes o amas de casa involucradas o no en el sector informal. En el área rural, a agricultores, jornaleros y obreros no especializados.

En los hogares estudiados pertenecientes a las áreas metropolitanas y urbanas, alrededor del 15 % de jefes de familia no habían tenido estudio alguno; a nivel rural, el 41%. En la mitad de hogares de todas las áreas, el jefe de familia tenía primaria incompleta. Con excepción del área rural, en el resto, las condiciones de los servicios de la vivienda eran aceptables en más del 60% de hogares; en el área rural, esa proporción abarcaba sólo una tercera parte de la población.

El siguiente cuadro, resume las diferencias de proporcion de problemas nutricionales entre familias del area urbana y la rural

Edad del niño (meses)	Problema Nutricional (%)					
	Peso		Crecimiento		Peso/Talla	
	U	R	U	R	U	R
0 - 11	10	8	17	12	6	5
12 - 17	16	28	23	32	3	20
18 - 23	9	26	26	45	9	14
24 - 35	12	24	29	53	4	2
36 -47	10	15	30	34	1	5
48 - 59	5	15	22	41	1	3

Fuente (4)

Como puede observarse, la proporción de niños con problemas nutricionales, en todas la edades a partir del primer año, es significativamente mayor en los niños del área rural. Los niños de centros urbanos diferentes al área metropolitana, se comportan de manera muy similar a los niños del área rural, con los cuales no tienen ninguna diferencia en ningún indicador antropométrico, pero la proporción de casos con desnutrición aguda, detectada a través del indicador de adecuación del peso para la talla, es mayor en el área rural.

El otro grupo de niños que merece mencionarse, es el de riesgo nutricional. Para formarlo se ha considerado como grupo de riesgo, a todos los niños que tenían

entre menos de uno y menos dos desviaciones de puntaje z, en sus medidas de peso-edad y de talla-edad. En la columna mortalidad, se ha colocado la proporcion de muertos que hubo en los cinco anos anteriores a la encuesta en cada grupo de edad que se estudia. Los resultados se detallan en el siguiente cuadro:

Edad del niño (meses)	Riesgo Nutricional (%)		
	Peso	Crecimiento	Mortalidad
0 - 5	10	25	23
6 - 11	30	37	7
12 - 23	39	34	3
24 - 35	39	35	0.5
36 - 59	39	34	0.8

Fuente (4)

La proporción de casos de riesgo de las dos variables se comporta de manera similar, pudiéndose decir que uno de cada tres niños en las poblaciones estudiadas, constituye un niño con riesgo de problemas nutricionales a partir del año de vida.

Tendencias del crecimiento

Aunque las metodologías de medición de problemas nutricionales empleadas en 1978, no son las mismas que las empleadas en 1988, al igual que las muestras; ajustando ambas, a puntajes z, podríamos decir que la situación comparativa mas probable, es la que se detalla a continuación

NIÑO	Problema Nutricional (%)								
	Peso			Crecimiento			Peso/Talla		
	65	78	88	65	78	88	65	78	88
Preescolar	20	11	15	35	30	30	16	10	7

Como puede observarse en el cuadro, en el caso del preescolar, prácticamente la situación no ha variado a nivel nacional. En el estudio de 1978, no se encontraron diferencias entre área urbana y rural en la proporción de problemas nutricionales, aunque si regionales. En la encuesta de 1988, se encontraron diferencias entre área metropolitana por un lado y resto urbano y rural por el otro, con clara desventaja para estos últimos.

El estudio de 1978, mostró que San Vicente, Usulután y Cuscatlán, constituían los departamentos con mayor prevalencia de problemas nutricionales de peso y crecimiento en preescolares y en problemas de crecimiento se le sumaban San Miguel, Morazán y la Unión. Diez años mas tarde San Vicente, Usulután, Cuscatlán y Morazán, formaban parte de los departamentos con alta incidencia de retraso en talla en los escolares de primer ingreso, junto con Ahuachapán y Sonsonate. Este último censo,

también demostró que el problema de crecimiento de los niños, parece seguir mas una distribución municipal que departamental.

A nivel nacional, existe una prevalencia de retardo en talla del 30% en los escolares de primer ingreso a ia escuela. En el 47% de municipios estudiados del país (n= 114), se encontraron prevalencias que superan el 30% de retardo en talla. En los municipios de área de exconflicto con información de talla escolar, 84, en 48 de ellos (53 %) se encontró prevalencias que superan el 30 % de retardo.

Otras deficiencias en niños

Según estimaciones de 1990, en los escolares de 7 a 14 años de edad, existe un 24.8% de prevalencia de deficiencia de yodo lo que representa más de 380,000 educandos. Dentro de las razones de esta deficiencia en la población, se mencionan los hábitos nutricionales. En la región occidental y oriental del país, la prevalencia de la deficiencia es donde resulta mayor.

La situación nutricional del hierro en los niños, puede resumirse de la siguiente manera. Desde 1965 se identificó la deficiencia de hierro como un problema serio de la población rural, la encuesta de 1978 añadió al área rural, la marginal urbana, habiéndose detectado problemas de anemia en el 13% de la población preescolar que resulta mayor en los niños entre 12 y 24 meses de edad. El estudio de 1988, muestra que alrededor de un 25% de niños son deficientes en este nutriente, siendo los mas afectados los comprendidos entre 12 y 23 meses y que un 15 % podría tener anemia, sin ser importante el lugar de residencia.

En cuanto a vitamina A se puede decir que uno de cada tres preescolares presenta deficiencia en este nutriente, esa cifra se eleva a casi la mitad de niños a la edad entre 12 y 17 meses y la situación es más grave en el área rural.

2.2 DE LA POBLACION ADULTA

Desde la encuesta nacional realizada en las década de los sesenta, ningún esfuerzo se ha hecho para conocer el estado nutricional de esta población y se desconoce también sobre los efectos funcionales que presenta el adulto, como consecuencia de una mala nutrición calórica y protéica; sin embargo, y en función de las ingestas estudiadas, es muy probable que alrededor de la mitad de adultos, presente deficiencias funcionales, clínicas y subclínicas, de los principales nutrientes.

En relación con la mujer en edad fértil, como grupo de alto riesgo nutricional, no existe información reciente ni pasada, sobre sus condiciones nutricionales protéico energéticas, antes y durante el embarazo y de su período de lactancia o de cualquier otras situación durante su edad fértil. Es muy posible que alrededor del 40% de las mujeres embarazadas y el 16% de las madres en período de lactancia padezcan en la actualidad de anemia (26).

3. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA NUTRICIONAL.

Con las limitaciones de información que se tienen, una forma apropiada para hablar sobre la situación alimentaria y nutricional en El Salvador, consiste en contrastar el comportamiento pasado de los problemas nutricionales, con la situación más reciente encontrada y determinar en dónde se está en este momento.

Al realizarse ese ejercicio, resalta lo siguiente:

La evolución en las últimas décadas de las estadísticas vitales, parece señalar una mejoría importante de la condiciones de salud de la población del país: Un 37% de reducción de la fertilidad y de 22% en la natalidad, especialmente logrado en la última década; una disminución de la mortalidad infantil de 25% antes de los 80 y de igual magnitud en los ochenta, y en la misma proporción, en la mortalidad preescolar; y un aumento de la esperanza de vida al nacer. Todo ello logrado dentro de un marco nacional de crisis económica y social y con una creciente ayuda internacional que se quintuplicó en la última década (26).

El Sistema de Salud ha incrementado sus coberturas tanto de inmunización como de atención a las embarazadas y ha reforzado y ampliado, con la participación de personal local, el programa de salud primaria; esfuerzos e inversiones se realizan para mejorar la infraestructura sanitaria y la entrega de servicios.

Todo lo anterior, orienta a considerar que las condiciones para una buena salud, se están dando; sin embargo, las evaluaciones nutricionales y de salud y otras evaluaciones socio económicas realizadas en grupos de población vulnerables, muestran que los factores y las condiciones que precipitan hacia un daño nutricional persisten y afectan a un gran grupo de población (1-4,28), y que en magnitud, la prevalencia de desnutrición no ha variado de manera significativa en la última década. Entre esos factores, podemos mencionar los siguientes:

a) El acceso a medios de producción, trabajo y financiamiento, sigue marginando a buena parte de la población, la cual se ve imposibilitada de adquirir alimentos, salud, educación, vestido, recreación y vivienda adecuada.

b) El comportamiento de las variables e indicadores macroeconómicos y de producción, comercialización y distribución de alimentos, en las últimas décadas, muestra claramente que existen grupos de población muy grandes, que han quedado marginados al acceso de alimentos; grupos que en lugar de reducirse en número, se han incrementado por el crecimiento de la población y la falta de políticas que afecten las causas de los problemas de disponibilidad y acceso a los alimentos.

c) Las encuestas sobre consumo y patrón de consumo realizadas a lo largo de las últimas décadas, permiten inferir que la calidad nutricional de la dieta consumida por las familias de los sectores de población descritos ha distado y dista mucho de las recomendaciones biológicas que se han venido realizando y afecta a todos los miembros de la familia. La situación alimentaria a nivel familiar, afecta más a los niños, y es más grave en el área rural por su

magnitud, aunque en los últimos años, esa diferencia por lugar de residencia se ha ido disminuyendo.

d) Algunos autores (28), hablan de una situación alimentaria y nutricional en El Salvador que se ha venido deteriorando a lo largo de los últimos años, siendo más marcada y acelerada en las áreas urbanas. La información disponible no permite confirmar la magnitud del agravamiento pero si se puede hablar al menos de un estancamiento en la misma, con un balance negativo para muchos pobladores y con una mayor población afectada en términos absolutos, que hace algunas décadas.

e) El resultado de las políticas económicas, sociales, alimentarias y nutricionales de un pueblo, tienen su mejor expresión en las condiciones biológicas de sus ciudadanos. La revisión de la información disponible, permite inferencias al respecto, utilizando para llegar a ellas, a los niños, que lamentablemente al factor de riesgo alimentario añaden la enfermedad en la definición de su estado nutricional; contrario al adulto salvadoreño, en que la mayoría de problemas nutricionales, parecen asociarse con deficientes ingestas producto de acceso limitado a los alimentos.

El análisis de las series históricas de mediciones antropométricas en preescolares, permite inferir que la desnutrición protéico calórica, es un problema crónico que ha afectado por generaciones y afecta en la actualidad, a un número elevado de Salvadoreños.

El problema de acuerdo a la revisión, se instala desde etapas tempranas de la vida y evoluciona a lo largo y durante los períodos biológicos de crecimiento y desarrollo mas importantes del ser humano. La importancia de la desnutrición, ocupa junto con las infecciones, el lugar mas preponderante dentro de los problemas de salud, pero esta no se manifiesta en las formas operativas en que se ataca el problema, aunque exista un discurso político al respecto. Para 1965, se hablaba de que alrededor de 139,000 niños padecían de desnutrición moderada o severa en base a indicadores antropométricos, para 1976 de 157,000 (27), para 1990, se habla de 133,000 niños (23) y de 300,000 con desnutrición marginal o algún tipo de daño nutricional. Los cuadros mostrados permiten inferir que si bien la situación no ha empeorado, sus mejoras no alcanzan aún a significar impactos importantes en la población y que por lo tanto, un tercio de la misma en este momento es una población cronicamente desnutrida, con secuelas de desnutrición pasadas, recientes y actuales. Pese a ello, los impactos biológicos, sociales y económicos de tal situación, no han sido a la fecha medidos.

También puede inferirse que dentro de toda la población, la población del área rural es la mas afectada por el problema nutricional y dentro de esta, la que vive en las zonas agrícolas marginales y cafetaleras, que conforman en gran parte, las áreas de exconflicto.

En el caso del niño, además de la deficiencia de la ingesta, la infección adquiere un papel importante en la etiología de las desnutrición como lo han demostrado numerosos estudios en todo el mundo y como se encontró en la encuesta del 88 y que en el siguiente cuadro se ejemplifica.

PROCEDENCIA	PREVALENCIA	RIESGO	DURACION	RIESGO
URBANA	32		8	
RURAL	52	1.55	14	2.18
SIGNIFICANCIA		P<.O1		P<.01

Como puede observarse una tercera parte de los niños en el caso del área urbana y la mitad en la rural, padecieron de diarrea quince días antes de la encuesta de 1988, por otro lado, el riesgo de tener una diarrea de mayor duración es dos veces mayor en el niño del área rural que su homólogo del área urbana.

En esa misma encuesta, se encontró que el nivel de adecuación energética y protéica de la ingesta, guarda relación con el peso para la edad y la talla para la edad de niños del área urbana, pero no de niños del área rural, por lo tanto, generalizar sobre factores de riesgo y su peso en la desnutrición, no resulta válido ni aún dentro de un mismo país.

En el caso del adulto, no existe información sobre la situación, ni sobre las consecuencias de la desnutrición. La poca información con que se cuenta, permite concluir que la desnutrición marginal y una ingesta calórica y protéica deficiente podría ser la condición prevaleciente entre las familias en estado de pobreza y extrema pobreza tanto rurales como urbanas, con todas las consecuencias que se han reportado de esos estados: niveles subóptimos de ingresos; daño en la capacidad física para el trabajo; pobre formación de capital humano, de interacción social y de desarrollo y atención propia. Estudios realizados en Guatemala, han demostrado que en campesinos con dietas calóricas deficientes, al ser suplementados realizan su labor con mayor intensidad que los deficientes no suplementados. Al igual que durante el trabajo, el grupo suplementado es capaz de continuar activo durante el resto del día, en cambio el no suplementado requieren de descanso (30). Otro estudio realizado en comunidades campesinas mexicanas, encuentra que las mujeres en condiciones, de ingesta calórica limitada, dedican menos atención a sus hijos, aunque físicamente realizan sus tareas y quehaceres diarios, sin aparentes complicaciones(31).

No obstante la información que se dispone, ella no es suficiente mas que para inferir sobre una situación nacional, con pocos elementos explicativos como para poder identificar lugares, personas que esta siendo afectados por la desnutrición y mucho menos para poder llegar a interpretaciones causales. En consecuencia, pareciera que el problema nutricional está siendo manejado y se esta tratando de controlar, con un enfoque puramente curativo y no atacando las raíces económicas y sociales, que son las que determinan este problema de salud.