

POLITICAS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL SALVADOR (*)

“El hombre es el centro alrededor del cual gravita toda política de desarrollo y es el factor productivo fundamental en toda economía.

Sobre la base de esa consideración, y para hacer del ciudadano salvadoreño el principal beneficiario de un mayor bienestar material y espiritual, mi gobierno ha definido una política integral de población, que tiene por objetivo el bienestar individual, familiar y social de la población actual y futura. Una Comisión Nacional de Población, nombrada en Consejo de Ministros, se encargará de su realización”.

(Mensaje presidencial del Excelentísimo Señor Presidente de la República, Coronel Arturo Armando Molina, pronunciado ante la Asamblea Legislativa en el segundo aniversario de su toma de poder, el 1° de julio de 1974).

(*) Este trabajo ha contado con la colaboración de un grupo de profesores y alumnos de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, que han recogido y elaborado parte del material, y también con la ayuda de un grupo numeroso de alumnos de segundo año de bachillerato del colegio Externado de San José, que han pasado las encuestas y las han tabulado.

I — INTRODUCCION

En el AÑO MUNDIAL DE LA POBLACION, y en vísperas del Congreso Mundial de la Población que se va a celebrar en Bucarest, el problema demográfico de El Salvador, o mejor dicho, "El factor demográfico en la problemática salvadoreña" (cfr, ECA, N° 285, julio 1972, págs. 459 y ss.), amerita un estudio del problema y de sus causas y soluciones posibles.

En el trabajo anterior, el Dr. Rubén Zamora ha estudiado la problemática nacional en materia de población, y sus causas. No voy a repetir nada de su estudio. Pero es indispensable el anotar algunos datos que enmarquen mi trabajo.

De acuerdo con el censo de 1971 y el crecimiento vegetativo de la población, actualmente El Salvador cuenta con una población que supera los cuatro millones de habitantes. La densidad de población se eleva a 200 ó más habitantes por Km². La tendencia se sostiene, debido a un índice anual de crecimiento de alrededor del 4.0%. Estos factores demográficos, que en sí mismos no constituyen ningún problema, considerados aisladamente, se presentan en un país subdesarrollado, con escasez de recursos naturales, y con una gran multiplicidad de problemas socio-económicos. Y en El Salvador, el factor demográfico se convierte en un agravante de toda la problemática nacional.

Dejo a un lado el enfoque individual, o familiar, de la planificación familiar. Mi objetivo en este estudio es analizar la política nacional seguida hasta el momento en el problema de la población.

Como iremos viendo, a lo largo del estudio, el gobierno de la República no ha formulado una política explícita de población, sino más bien ha permitido o apoyado, la iniciativa privada, y aun cuando en los diversos centros hospitalarios del país se haya prestado servicio de Planificación Familiar, ello no obedecía a una verdadera política —explícita, al menos— de población de parte del Gobierno.

Durante la elaboración del presente trabajo, el Excelentísimo Señor Presidente de la República comunicó al pueblo salvadoreño que su gobierno ha definido una política nacional de población (cfr. texto en la presentación). También he tenido noticia, aunque no he podido tener acceso al documento, que el gobierno de El Salvador presentó un proyecto de política de población en la reunión de Boca de Ratón (USA), a finales de 1973, en una reunión de alto nivel de los Gobiernos de América tendiente a determinar políticas nacionales de población para el Año Mundial de la Población (1974).

II — LA A.D.S. PIONERA EN PLANIFICACION FAMILIAR (*)

1) Breve reseña histórica

El 21 de mayo de 1962, reunidos 21 profesionales de distintas disciplinas, fundaron la Asociación Demográfica Salvadoreña, tomando las siguientes consideraciones:

- 1) Que las tasas de crecimiento de la población que se registraban en la República contrastaban dramáticamente con el exiguo desarrollo de nuestras disponibilidades económicas.

(*) La base documental de esta parte se encuentra en documentos y publicaciones proporcionados por la misma A. D. S.

- 2) Que esa situación de desequilibrio planteaba ya en ese momento graves problemas de alimentación, vivienda, educación, transporte, de asistencia médica, etc.
- 3) Que a fin de contribuir a resolver los problemas demográficos era necesario formular un programa integral de alcances nacionales.

Esta Asociación, constituida con fines no lucrativos, y que pretendía que sus actividades se desarrollasen en toda la República, se propuso los siguientes fines:

- a) Propiciar toda clase de estudios demográficos y sociales que afecten la economía nacional y particular y sus implicaciones en la estabilidad social y política del país;
- b) fomentar el matrimonio como base de la unidad y protección familiar;
- c) difundir la educación sexual, a fin de que sea accesible al mayor número de personas;
- d) realizar campañas educativas para la prevención del aborto;
- e) fomentar o establecer consultorios especiales para prestar asistencia médica en problemas de esterilidad, fertilidad, orientación prenatal y matrimonial y dar ayuda y consejos a quienes los soliciten;
- f) patrocinar proyectos de ley tendientes a la protección de los hijos, de la infancia en general, de la familia y de la adopción;
- g) desarrollar toda clase de actividades que tengan relación directa o indirecta con los fines de la Asociación.

La Asociación Demográfica Salvadoreña, como agrupación voluntaria, inicialmente se organizó a través de cuatro comisiones de trabajo: investigaciones, educación, servicios y coordinación, lo cual permitió que el 24 de abril de 1963 obtuviera la aprobación legal de sus estatutos sociales y que en 1966 iniciara un programa médico, estableciendo dos consultorios en la Unidad de Salud anexa a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, y otro en San Miguel, para dar servicio de Planificación Familiar a las personas que lo solicitaran. A fines de 1968 el número de consultorios llegó a 33. Esto originó la necesidad de que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, incluyeran dentro de sus programas los servicios de Planificación Familiar, por lo que la Asociación entregó progresivamente los consultorios a la Dirección General de Salud, quedándose sólo con uno en Santa Ana y otro en San Salvador, los que cumplen la función de servicios para la población y Centros de Adiestramiento para personal médico y para-médico que anualmente ingresan a los servicios de Planificación Familiar.

Desde el principio la Asociación Demográfica Salvadoreña contó con la ayuda económica de la Pathfinder Fund, y a medida que sus programas fueron creciendo, la recibió de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), la Agencia Internacional de Desarrollo (AID), Organización de Estados Americanos (OEA), etc., y de los ingresos nacionales derivados de las cuotas de los socios voluntarios (250 actualmente), y de donaciones y cuotas voluntarias de personas que reciben los servicios.

2) Servicios Clínicos

En 1964 y 1965 la A.D.S. desarrolló un programa de investigación de métodos de Planificación Familiar con dispositivos intrauterinos, con la ayuda de 15 médicos voluntarios, en el Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. En 1966, en el mes de marzo, nacieron los 3 primeros consultorios Pro-Salud Materna. Tuvieron tal demanda que poco a poco se aumentó su número en la capital y se abrieron otros consultorios en distintas localidades del interior de la República.

Los consultorios Pro-Salud Materna son consultorios médicos, adonde las señoras asisten a recibir información, ayuda y consejo, en relación a la planificación de su familia. Además, se les investiga posible cáncer precoz, y se continúa el control de éste en el consultorio, cada seis meses o cada año, según lo demanda cada caso. Los casos en los que se sospecha cáncer son remitidos inmediatamente a los centros correspondientes para su tratamiento.

Los métodos de planificación familiar recomendados o aplicados, son todos aquellos que, siendo reversibles, la profesión médica considera probados clínica y prácticamente como seguros para la mujer, y se les da a elegir, conforme a su salud, preferencia, conveniencia o sentimientos religiosos.

A las mujeres que asisten a esos consultorios, por otra parte, se les imparten charlas educativas sobre lo que es la paternidad responsable y la planificación familiar, distribuyéndoles material educativo impreso.

3) Servicios Educativos

Los servicios educativos de la A.D.S. fueron ofrecidos desde un comienzo, para las mujeres que asistían a sus Consultorios. Se les daban charlas, y se les proveía de material impreso informativo y de divulgación. Además, se les proyectaba una película de motivación contra el aborto provocado, cuyo enfoque va dirigido hacia los riesgos de muerte de la madre, que representa el aborto criminal, y los motivos socio-económicos-ambientales que giran alrededor de este problema social. Su incidencia puede disminuir progresivamente por medio de una labor educativa y de divulgación sobre la Planificación Familiar.

Como complemento científico de la investigación médica de los casos atendidos en sus Consultorios, la A.D.S. propicia estudios demográficos, a través de encuestas realizadas, tanto con las personas que reciben atención en sus consultorios, como con muestras representativas de la población nacional.

En enero de 1967 se inició el programa de pláticas educativas. A partir de esa fecha comienzan a impartirse con gran profusión charlas y cursos, de tipo educativo, con diversos grupos de personas del mismo sexo (obreros, trabajadores, amas de casa, promotores sociales, maestros, sacerdotes y religiosos, líderes, etc.). En esas charlas —o cursos—, se abordan temas como: Responsabilidad paterna, Planificación Familiar, Biología de la reproducción, el Aborto, el Cáncer, Métodos Anticonceptivos, Aspectos Psicológicos, Aspectos Filosóficos y Religiosos, etc.

En 1968 se abre el BUZÓN PARA OPINIONES.

En 1969 se inician las campañas PATER.

Estos dos vehículos educativos, por ser de alcance nacional, y no estar reducidos a los centros propios de la A.D.S., los analizaré en la parte IV del presente trabajo, cuando estudie las campañas publicitarias.

III — PLANIFICACION FAMILIAR A NIVEL CLINICO (*)

1) Políticas Nacionales

Antes del Mensaje Presidencial del 1º de julio de 1974, no se había definido, ni tomado, ninguna política nacional de población. Tal vez el aludido documento elaborado para la reunión de Boca de Ratón —al que, como ya dije, no he tenido acceso—, presentaba un plan de política nacional. Pero, aun en ese caso, no se le ha dado publicidad ni, por consiguiente, ha comenzado a ser operativo. Únicamente se han puesto las bases, en cierto modo, para una extensión masiva de la Planificación Familiar, como parte de un programa nacional de Población.

EL PLAN QUINQUENAL DE SALUD, 1973-1977, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, presenta una serie de planes y modificaciones, para ampliar los programas de Planificación Familiar.

“Este Sistema de Salud —que utiliza como uno de los principales instrumentos la Regionalización de los Servicios— tendrá como principales finalidades, normatizar y desarrollar las acciones definidas en la Política de Salud:

Ofreciendo medidas que en una u otra forma tiendan a normatizar el crecimiento poblacional, con la convicción de que estas acciones mejorarán las condiciones de salud y vida de nuestros habitantes, y a la vez, reducirán con el tiempo los esfuerzos del Gobierno en estos sectores

Se proporcionará los medios de conocimiento necesarios sobre problemas de tipo familiar, realizando normas orientadoras al respecto” (pág. 47).

En el PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA, y dentro del Sub Programa de Atención Materna, especifica:

“Para las actividades de Planificación y Educación Familiar, se continuará ofreciendo toda la orientación que la mujer necesite y la ayuda necesaria, para la población femenina en edad fértil, que representa el 20% de la población total del país. De la cobertura actual que es de 4.6% para el Ministerio de Salud Pública (6% para todo el sector; con las acciones de la Asociación Demográfica Salvadoreña e Instituto Salvadoreño del Seguro Social), se programa que al fin del quinquenio se llegue al 15% de mujeres en atención en todo el sector”. (pág. 72).

En el ANEXO - 1: REFORMA ADMINISTRATIVA, pág. 7, como uno de los Sub-sistemas de Administración, presenta el siguiente:

(*) En toda esta parte debo agradecer la valiosa y cordial colaboración, por medio de documentación y conversaciones, del Dr. Roberto de Jesús Badía, Profesor titular del Departamento de Medicina Preventiva, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de El Salvador.

"6.—Administración para la División de Materno Infantil de la Dirección General de Salud, en relación con recursos derivados de agencias internacionales para determinados programas: Materno Infantil, Planificación Familiar".

Y en la pág. 9 del mismo Anexo - 1 en el cuadro del personal administrativo del Ministerio de Salud, indica que hay dos personas dedicadas a la División Materno Infantil, con un sueldo global anual de ₡12.000.00.

Por otro lado, en el Anexo - 2, pág. 5, del Proyecto de Hospital Regional de San Miguel, propone una sala o consultorio de Planificación Familiar. Asimismo, en la pág. 13 del mismo Anexo - 2, en que se presenta el PROYECTO: AMPLIACION DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD, proponiendo la Construcción de 11 Centros de Salud. Entre los objetivos del proyecto señala:

- 2.2 Ofrecer facilidades de hospitalización y de consulta externa a las comunidades más desprotegidas en el momento actual, haciendo énfasis en las acciones dirigidas a la población materno-infantil, sin por ello, desatender los otros sectores".

De realizarse estos proyectos, lo mismo que el de la ampliación de la red de hospitales, Puestos de Salud y Unidades de Salud, se habrá establecido la infraestructura necesaria, desde el punto de vista material, para poder aplicar una política de Planificación Familiar a nivel nacional. Restaría aún la capacitación técnica del personal que pueda aplicar esa política.

2) Realizaciones Nacionales (*)

El Estudio Evaluativo de la Planificación Familiar en El Salvador, que sirve de base documental de esta parte, nos presenta el panorama general de lo realizado últimamente en el país, con el análisis de las diversas interrelaciones de los factores que pueden incidir en este campo, desde el punto de vista, principalmente, médico-clínico junto con algunos aspectos sociales.

De ninguna manera voy a tomar el estudio completo, para reproducirlo, pues el documento está publicado, y el enfoque y amplitud del presente estudio no lo permiten. Me reduciré a tomar los datos más relevantes, dentro del texto, y lo complementaré con algunos cuadros interesantes, reproducidos al final en el APENDICE - 1.

"Los datos del presente estudio se refieren a un período de año y medio, que va de marzo de 1971 hasta agosto de 1972, y corresponden a informes dados por los Servicios de las 3 Agencias responsables del programa en el país (D.G.S., A.D.S., I.S.S.S.)". (pág. 2)

El estudio evaluativo de referencia se circunscribe a las pacientes inscritas, es decir, a las que llegan a solicitar los servicios de Planificación Familiar por primera vez a esa agencia, ya sea que es la primera vez que los buscan, ya sea que provienen de otra agencia, y en la que se ins-

(*) El documento base de este apartado es: CARACTERISTICAS DE LAS USUARIAS PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EL SALVADOR, Unidad de Evaluación, Departamento de Planificación de Salud, publicado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, abril de 1973. cfr. también; ECA, julio 1972, artículo citado. En él se fijan abril y noviembre 1968 como inicio de los programas en DGS e ISSS respectivamente.

criben llegan por vez primera. A todas estas pacientes (40.330) se les aplicó la Encuesta de Admisión, base del estudio evaluativo.

“Al mes de agosto de 1972 había 103 Servicios Activos en la D.G.S., 2 Servicios en la A.D.S., éstos últimos no reportaron sus inscripciones de enero a agosto de 1972, y en el I.S.S.S., 26, ya que Moncagua no reportó durante el año 1972. La inscripción en A.D.S. corresponde a 12 Servicios en marzo de 1971, de los cuales 10 pasaron a D.G.S.

en el transcurso del año”. (pág. 4).

Si consideramos los casos no reportados en las Agencias citadas, el número de usuarias durante el período tal vez pudiera acercarse a los 50.000, como máximo.

Los casos evaluados se distribuyen de la siguiente manera:

a) Por Agencias:	D.G.S.	25.836	64.1%
	A.D.S.	4.146	10.3%
	I.S.S.S.	10.321	25.6%
Total		40.330	100.0%
b) Por Regiones:	Occidental	8.511	21.1%
	Central	4.023	10.0%
	Metropolitana	17.813	44.2%
	Paracentral	4.235	10.5%
	Oriental	5.748	14.2%
Total		40.330	100.0% (pág. 5)

(N. B.: Otros datos en el Apéndice 1).

Uno de los aspectos más interesantes de la evaluación es la determinación de la FUENTE DE INFORMACION para las pacientes que solicitan los servicios de Planificación Familiar. Para el conjunto de las evaluadas nos encontramos con las siguientes 6 primeras fuentes:

1. Personal de Salud	43.9%
2. Amiga	16.3%
3. Personal del I.S.S.S.	15.9%
4. Radio	7.2%
5. Parientes	5.6%
6. Otra paciente	4.9%

Analizando los datos anteriores podemos apreciar que los medios de comunicación social, y en concreto el Radio, han tenido un influjo muy débil como estímulo hacia la Planificación Familiar, apenas un 7.2%. Mientras que los medios que verdaderamente influyen —el resto del porcentaje— son los de comunicación directa, individual o por grupos. Este

aspecto es uno de los que quisimos detectar en nuestra investigación de campo, cuyos resultados presentaremos en la Parte V del presente estudio.

Pero si nos fijamos en las principales fuentes de información, en cada una de las 3 Agencias, hallamos diferencias notables. Para la D.G.S. el personal de Salud se lleva el 58.3%; para la A.D.S. sólo el 35.2%, mientras "otra paciente" el 33.3%; y para el I.S.S.S. entre Personal del ISSS y de Salud, el 72.1% (págs. 7-8, y más datos en Apéndice 1).

Esto nos indica políticas distintas para las 3 Agencias. En el ISSS la propaganda está centrada principalmente en su personal, lo mismo que —en menor grado— para la D.G.S. Mientras que la ADS inculca en sus pacientes una mística que las convierte en propagadoras de los servicios que presta.

La estructura de la red de servicios médico-sanitarios del país, con una mayor atención en los núcleos urbanos, se refleja en la procedencia de las usuarias. El ISSS apenas comienza a extenderse a las áreas rurales. La ADS ha trabajado casi exclusivamente en núcleos urbanos. La DGS es la Agencia que ha penetrado en el sector rural, por medio de Centros y Unidades de Salud. Tomando por URBANO lo referente a pueblos y ciudades, y por RURAL lo referente a cantones, las usuarias se distribuyen según su procedencia:

1) Por Agencias:	Urbana	Rural
D.G.S.	59.3%	40.7%
A.D.S.	80.3%	19.7%
I.S.S.S.	85.0%	15.0%
<hr/>		
Total	68.2%	31.8%
2) Por Región:	Urbana	Rural
Occidental	61.2%	38.8%
Central	53.5%	46.5%
Metropolitana	83.7%	16.3%
Paracentral	49.0%	51.0%
Oriental	54.8%	45.2% (págs. 10-11)

El Estado Civil de las usuarias refleja la estructura familiar del país. El 28.17% de las que han buscado servicios de Planificación Familiar en las 3 Agencias están registradas como casadas, lo cual corresponde aproximadamente a la tasa nacional. Y el 69.3% se declaran Acompañadas. Esta última cifra excede en mucho a la tasa nacional reflejada en los censos. El hecho se puede deber a que la cifra aglutine a las mujeres que en éstos se clasifican entre Acompañadas y Solteras. Otra explicación sería que las acompañadas buscan más la Planificación Familiar, mientras que las Solteras son más renuentes o ignorantes de la posibilidad (1.7%). No encuentro argumentos suficientes para esta segunda hipótesis, y por tanto me inclino más a la primera (cfr. Apéndice 2: encuestas con madres) (cfr., datos en Apéndice 1).

Investigando el NIVEL EDUCATIVO de las usuarias, descubrimos que este factor es decisivo en la opción por la Planificación Familiar. Por un lado, ya hemos podido apreciar que ésta tiene mayor demanda en la población urbana, que a su vez es la que posee un mayor nivel educativo, y mejores posibilidades de alcanzarlo. Pero la proporción de las usuarias que se clasifican como de alto nivel educativo es tan destacado, que nos está indicando que el factor de la educación es un elemento que hay que tomar en cuenta como variable determinante de la opción por la Planificación Familiar.

En el estudio evaluativo se considera como Alto Nivel Educativo el correspondiente a estudios de secundaria y universitarios. Y por Bajo Nivel Educativo, el de primaria, o nada.

Si descartamos a las mujeres usuarias que no poseen ningún nivel educativo, y que sólo constituyen el 0.50%, podemos apreciar que el mayor uso de los servicios está en proporción al mayor nivel alcanzado en la educación.

Agencia	Nivel Educativo	
	Alto	Bajo
DGS	67.0%	33.0%
ADS	81.6%	18.4%
ISSS	89.8%	10.2%

(pág. 15)

Y son precisamente las usuarias del ISSS, y no las de la ADS, como se podía esperar, las que tienen un mayor porcentaje de alto nivel educativo (cfr. más datos en Apéndice 1).

Si la Planificación Familiar se pretende que tenga un influjo en la población nacional, y que no sea tanto un remedio individual o familiar para las usuarias, además de la extensión que se le dé a los programas, debe atender a tres aspectos decisivos, para reducir la natalidad: la edad de la usuaria, los partos vivos que haya tenido, y el tiempo transcurrido entre el último embarazo y la búsqueda de los servicios de Planificación Familiar.

En lo que se refiere a la edad de las usuarias, el estudio evaluativo nos indica que el 59.4% de ellas están comprendidas en las edades de 20-29, que son las de mayor fecundidad. Entre los 30 y los 34 años se incluyen el 16.9%, y hay porcentajes superiores al 9% para las edades de 15-19 y de 35-39 años.

Desde este punto de vista, los servicios están bien dirigidos, en cuando a limitación de la natalidad. A no ser que la maternidad comience a edades muy tempranas.

El promedio de embarazos de las usuarias es de:

DGS	4.3	embarazos
ADS	3.6	"
ISSS	3.2	"
<hr/>		
TOTAL	3.9	embarazos

Y si consideramos que el promedio de abortos entre las inscritas es de solamente 0.46, lo cual establece una relación abortos/embarazos de 11.6%, descubrimos que esos embarazos han llevado al nacimiento del hijo, que en la mayor parte de los casos ha nacido vivo (88.4%). Es decir, el recurso a la Planificación Familiar ha sido más bien tardío que precoz. Y el problema de la natalidad, a nivel nacional, no se ha afrontado con la urgencia que amerita.

El tercer aspecto, es decir, el tiempo transcurrido entre el último embarazo y el recurso a los Servicios, arroja un porcentaje de 49.6% hasta los 6 meses. Sin embargo, el tiempo óptimo estimado, para asegurar que no vuelva a ocurrir un embarazo es de 4 semanas a 3 meses. No sabemos, por lo tanto, cuántas de las usuarias llegarían ya tarde. (págs. 17 y ss.) (cfr. más datos en Apéndice 1).

Un factor secundario para el problema que estamos estudiando, es la atención que tuvieron en el último parto. Sin embargo, no quiero dejarlo pasar por alto, ya que nos va a indicar alguna característica diferenciadora entre las usuarias y el resto de la población femenina.

“Durante 1971 se registraron 152.508 partos en el país, de los cuales fueron atendidos en el Ministerio de Salud (Hospitales y Centros de Salud) y en el ISSS un total de 48.258; es decir, que exceptuando la atención privada, solamente el 31.6% de los partos registrados tuvieron atención médico-hospitalaria.

En el programa de Planificación Familiar, a través de los resultados de la Encuesta, se encontró que el 65.3% de las inscritas recibieron atención médico hospitalaria en los mismos servicios antes mencionados, en ocasión del último parto”.

De estos datos podemos concluir que las usuarias de estos servicios gozan de una situación médico hospitalaria muy superior a la media del país, con porcentajes bastante diferenciados entre ellas (DGS: 54.7%, ADS: 77.7%, ISSS: 86.6%). El nivel educativo más elevado, que constatamos anteriormente, y probablemente una mejor situación socio-económica, agregado a su procedencia más bien urbana, condicionan los resultados presentados (pág. 33; más datos en Apéndice 1).

Finalmente, la aceptación de los diferentes métodos anticonceptivos indican una clara preferencia por los orales (85.7%), escogiendo nada más un 11.0% los dispositivos intrauterinos (DIU), con mayor proporción de éstos en las de la ADS.

Este hecho nos está indicando también la categoría de las usuarias de los servicios, ya que los métodos orales, por ser más caros, y más complicados, exigen una mayor capacidad económica, junto con un nivel educativo y socio-económico más elevado, al mismo tiempo que mayor disponibilidad de tiempo para las consultas médicas más frecuentes que implica. (pág. 32; más datos en el Apéndice 1).

Para concluir la información suministrada por el estudio evaluativo de referencia, solamente quiero enumerar los Establecimientos con servicio de Planificación Familiar existentes en la República en el momento de estudio citado.

La Dirección General de Salud (DGS) disponía en la Región Occidental de 25, entre Hospitales, Centros, Unidades y Puestos de Salud;

en la Región Central, de 10; en la Metropolitana, de 16; en la Paracentral, de 36; en la Oriental, de 16. Por su parte, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) disponía, en la Región Occidental, de 8 Consultorios con Servicio de Planificación Familiar; en la Central, de 4; en la Metropolitana, de 4; en la Paracentral, de 3; y en la Oriental, de 8 consultorios con ese servicio. Por último, la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS) prestaba servicios de Planificación Familiar en 1 consultorio en Santa Ana, y en 12 consultorios o Unidades de Salud en la Región Metropolitana, de los que ha cedido 11 a la DGS o al ISSS, quedándose únicamente con el Consultorio Piloto de San Salvador, y con el de Santa Ana.

Según los datos anteriores, la DGS dispone de 103 Establecimientos con tales servicios; el ISSS, de 27; y la ADS —con las salvedades indicadas anteriormente—, de 13. Todo esto nos da un total de 143 establecimientos con Servicios de Planificación Familiar distribuidos por toda la República, lo que constituye una amplia infraestructura material para poder aplicar una política nacional de población, desde el punto de vista médico-clínico.

3) Planificación Familiar en el I.S.S.S. (*)

Voy a prescindir de los datos referentes a la cuantificación y sus variables en la aplicación de la Planificación Familiar de parte del ISSS, por hallarse fundamentalmente incluidas en el apartado anterior. Únicamente presentaré algunos aspectos evaluativos y recomendaciones hechos por el autor del estudio evaluativo en referencia.

Introduce al estudio con la indicación de que en marzo de 1973 se le pidió asesoría, y su trabajo comenzó el 24 de julio del mismo año, fijando los intereses en la evaluación y en la elaboración de un plan operativo para cinco años.

En enero de 1967 el Secretario de la ADS recomienda al ISSS el prestar servicios de Planificación Familiar en sus Establecimientos, debido a que muchas usuarias del ISSS llegan a la ADS. En noviembre de 1968 el Dr. Salvador Mendoza Tobar presenta un plan piloto para un Programa de Planificación Familiar, que es aprobado, y se inician las actividades en el mismo mes. El 28 de octubre de 1969 se firma un convenio de ayuda con la A.I.D. para 3 años, que se han renovado posteriormente. Finalmente, en febrero y marzo de 1973 en una solicitud de préstamo al Banco Mundial, para construcción hospitalaria, incluye un pre-proyecto de programa de Planificación Familiar que plantea metas de cobertura del 33% de la población femenina asegurada y en edad fértil para diciembre de 1977, lo que implica una cobertura acumulada para esa fecha de un 48.8% (págs. 1-4).

En los primeros documentos no aparecen bien definidos los propósitos y objetivos del programa, lo cual nos parece indicar que éste no obedece a una política del ISSS, sino más bien a una actividad permitida y que se debe a iniciativa personal, no institucional.

(*) El documento base de este apartado es; EVALUACION DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL I.S.S.S., 1968-1972; DOCUMENTO ELABORADO POR LA ASESORIA TECNICA EN SEGURIDAD SOCIAL Y PLANIFICACION FAMILIAR DE LA O.I.T.; Agosto 1973; Dr. Ramiro Molina Cortés, Consejero Regional en Seguridad Social y Planificación Familiar.

En el documento dirigido al Banco Mundial se formulan los grandes propósitos de:

1. Combatir el aborto inducido.
2. Propiciar el espaciamiento no menor de 2 años entre embarazos.

Las metas propuestas de cobertura para diciembre de 1977, si bien son ambiciosas, sin embargo, a nivel nacional no son muy relevantes, dado que la cobertura del ISSS actualmente es muy baja (%) respecto a la población total de El Salvador (págs. 5-7). Una de las dificultades que ha tenido el ISSS, en cuanto a evaluación de sus programas de Planificación Familiar, es la deficiencia de datos y estadísticas, especialmente en lo que se refiere al seguimiento de las usuarias de tales servicios.

Probablemente el hecho de que no haya habido una política definida e institucional referente a este Servicio ha repercutido en esa deficiencia. Los cálculos y cuadros, por consiguiente, que presenta el autor del estudio, son estimativos. En un muestreo al azar realizado en el consultorio central, se encontró que el promedio de consultas de tales pacientes era de 2.6 al año (pág. 13). En cuanto a los aspectos educativos del programa —y quizás también por la misma ausencia de política ya mencionada—, el autor descubre una acción personal intensa y dedicada de los que trabajan en ese campo en el ISSS. Sin embargo, carecen de material educativo de refuerzo: audiovisual, impreso, etc., fácil y claro. Tampoco dispone de un set de charlas adaptadas, programas de cursillos de motivación, etc. Un equipo centralizado hace visitas periódicas a los Centros de Salud, impartiendo charlas educativas, pero el volumen de trabajo reduce la frecuencia de tales charlas. Así, pues, la labor de propaganda y extensión está centrada en el trato personal, como se vio en los datos referentes a los vehículos de información de las usuarias del ISSS (págs. 26-29). El adiestramiento del personal, según detectó el autor, es muy elevado, tanto clínicamente como en motivación individual, ya se trate de los médicos, o de las enfermeras y ayudantes de enfermería. Se echa de menos una política institucional y sus consiguientes instrumentos, como son seminarios, cursillos, discusiones, charlas, etc., de remotivación, de evaluación, de comunicación de experiencias y de solidaridad en el trabajo común. (págs. 29-34).

El autor del estudio descubrió en la estructura de la Organización administrativa del ISSS algunos aspectos que, a su juicio, deben ser cambiados, en beneficio de un mayor rendimiento en los Servicios de Planificación Familiar. En primer lugar, hay tres secciones separadas: Higiene Materno-Infantil, Planificación Familiar, y Detección Precoz del Cáncer, fundamentalmente cérvico-uterino; y en la práctica estas 3 entidades están enfocadas a la Atención Médica de la Mujer en sus aspectos preventivos; de estar unificadas, se evitarían triplicaciones de esfuerzos, de recursos y de administración. En segundo lugar, está muy recargada la responsabilidad del Jefe del Departamento de Medicina Preventiva, que además de atender a las secciones que de él dependen tiene que programar y obtener recursos. Asimismo, resalta la diversidad y gran volumen de responsabilidades del nivel de supervisión, para el escaso número de personas asignadas a él: Director del Departamento de Medicina Preventiva y 3 enfermeras supervisoras. Tampoco existe ninguna línea de coordinación con los niveles de gineco-obstetricia y con la Jefatura de Planificación (págs. 34-38).

Para una mayor eficiencia de los Programas de Planificación, se impone una reestructuración administrativa (que ya se está realizando), lo mismo que cambios radicales en el registro de datos y en las estadísticas (igualmente en proceso ya). Estas modificaciones posibilitarán una evaluación permanente de los programas, y una planificación de los mismos.

El impacto del Programa de Planificación Familiar del ISSS no se puede medir actualmente, por falta de datos. Solamente se pueden hacer estimaciones.

He presentado este análisis del ISSS, no como ampliación de la documentación anterior, ni como simple erudición. El estudio evaluativo realizado en esa entidad nos indica que hay un interés creciente por la Planificación Familiar en ese Organismo. Este Servicio ha dejado de ser —por este hecho— algo añadido, vertical, incrustado por el interés de algunos particulares. El mismo ISSS se ha interesado en los Programas, y ha solicitado asistencia técnica, en el área de evaluación y asesoría técnica para “La Revisión del Programa de Planificación Familiar del ISSS y para la reorientación del mismo de acuerdo a la política nacional en este campo”. (o.c., Introducción, pág. 1).

Se va a decidir una política nacional de población, y antes habrá que establecer la infraestructura que la posibilite.

Por otro lado, el ISSS, aunque actualmente tiene una cobertura muy escasa a nivel nacional y se centra principalmente en la capital y en algunas ciudades más importantes, sin embargo está llamado a cubrir el campo nacional. En efecto, a medida que se vaya ampliando el número de usuarios, a medida que se apliquen las políticas de cobertura a toda la familia del asegurado, y a medida que se vayan incorporando o integrando al mismo todos los trabajadores de la República, principalmente los del campo, sus servicios alcanzarán a la mayoría de la población. El ISSS está llamado a proveer de atención médica a la gran mayoría de los habitantes del país. Asimismo, dispone de recursos económicos fijos, y crecientes, que posibilitan la atención de sus asegurados. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, inferior en recursos potenciales, tendrá que ir disminuyendo el porcentaje de atención médica, a medida que se los vaya pasando al ISSS, y limitarse a la población que no puede ni siquiera cotizar para el Seguro.

En una realística política nacional de población, que incluya aspectos de Planificación Familiar, no sólo no se puede dejar a un lado al ISSS, sino que habrá que contar fundamentalmente con él, y habrá que prepararlo para que pueda atender a la demanda que se le va a exigir.

IV—CAMPAÑAS PUBLICITARIAS

La Asociación Demográfica Salvadoreña, así como fue la pionera de la Planificación Familiar en El Salvador, de igual modo ha sido la pionera en las campañas publicitarias a favor de la misma. Y no sólo eso. Ha sido la única, hasta el momento, que abiertamente ha promovido la Planificación Familiar por los diversos medios de comunicación social.

Ya indiqué su labor educativa y de propaganda interna. En 1968 sale de sus locales propios, y una de sus labores será el extender y difundir los conocimientos y ganar simpatizantes y adeptos a sus programas.

Los folletos y otras publicaciones son enviadas periódicamente a casi todas las empresas del país, no sólo para que tengan mayor difusión, sino también para crear el interés entre los ejecutivos de todos los niveles.

Se utilizan diversas formas de comunicación: folletos, boletines, sobre actividades de la ADS, recorrido de unidades móviles equipadas con cine y sistemas de sonido, notas editoriales en los periódicos, películas de TV, etc. Al mismo tiempo se amplían y crean nuevos y más numerosos cursos de educación sexual, de adiestramiento, charlas y mesas redondas, etc.

Se busca una integración de los diferentes medios de comunicación, dentro del plan estructurado en etapas, y de acuerdo a la disponibilidad de fondos para sufragar los costos básicos. Se obtiene, al mismo tiempo, cierta cantidad de espacios gratuitos en los distintos medios publicitarios.

En septiembre de 1969 comienza a salir al aire la radio-novela "LA CUNA DEL DOLOR", en la YSU, a las 8:00 am. y a las 6:00 pm. Pinta la tragedia humana que se vive como consecuencia del "amor". Relata el sacrificio de los hijos cuando son producto de la irresponsabilidad, y halaga la actitud serena y comprensiva de algunos seres que con su bondad tratan de hacer soportable "La Cuna del Dolor..."

1) Buzón para Opiniones

En el año 1968 comienza una campaña sistemática y permanente. La ADS abre el llamado BUZON PARA OPINIONES. Utilizando el sistema de correspondencia, se abre a todo el público, y da publicidad a las opiniones y preguntas que le llegan, añadiendo las correspondientes respuestas, de modo que se dé a conocer el criterio de la ADS y los fundamentos del Programa. El hecho de que se le dé cabida y respuesta a cualquier opinión, puede originar confianza en la gente.

Durante el año 1969 los esfuerzos de publicidad van dirigidos a la primera campaña Pater, de la que hablaré más adelante. En 1970 la campaña de la ADS se orienta a contestar todo tipo de preguntas, creando la columna en el Diario El Mundo "RESPUESTAS DE LA ASOCIACION DEMOGRAFICA SALVADOREÑA". En la primera publicación de ese año se aclara, que, debido a reorganización en el personal de información y educación, dicha columna dejó de publicarse por cierto tiempo, y se invita a los lectores que escriban haciendo las preguntas y sugerencias que crean convenientes. Los meses de mayor publicidad fueron de abril a diciembre, con un total de 21 publicaciones. Los temas abordados: Diferentes métodos para la planificación familiar, duración del efecto de los anticonceptivos, esterilización en el hombre, programa de charlas de la ADS, Enfermedades venéreas, y otros temas diversos y más secundarios.

En el año de 1971 se continúa con la columna "Respuestas de la Asociación Demográfica Salvadoreña" en El Mundo. Sus objetivos son el seguir contestando a las inquietudes de los interesados en temas referentes a la A.D.S. Los meses de mayor publicidad son también de abril a diciembre, con un total de 26 publicaciones. Los temas abordados: Aborto inducido y legal, métodos anticonceptivos, información solicitada, y temas diversos.

En 1972 sigue la columna de El Mundo "Respuestas de la Asociación Demográfica Salvadoreña", como publicación de sostenimiento de las otras campañas. Se publica de enero a octubre, más o menos con la

misma periodicidad. Pero de las preguntas dirigidas a la ADS deducimos una variación: mucha más heterogeneidad, poco sobre métodos anticonceptivos y abundan en preguntas sobre enfermedades, curiosidades sexuales y desarrollo sexual.

Finalmente, en 1973 sigue en El Mundo la columna de sostenimiento de la campaña, pero con una variación muy pronunciada. Tal vez debido a la Campaña Pater N° 4 (1972) —y pudiera ser que también debido a la última campaña política—, hay un auge de inquietudes socio-económicas. Se interesan en preguntar si la Planificación Familiar no disminuirá la mano de obra. Igualmente se duda del éxito de la ADS, ya que opinan que los problemas de un país no se resuelven por medio de la Planificación Familiar.

2) Campaña PATER

En el año 1969 se inicia una secuencia anual de campañas masivas de educación, como complemento de las actividades que ya se realizaban.

La palabra PATER, que en sí misma está llena de significado, es además una sigla, en la que cada letra representa un concepto:

P adre
A limentación
T echo
E ducación
R eligión

Esos son los objetivos que dicha campaña se propone lograr para todo hijo salvadoreño. El lema oficial de la campaña dice: "SOLAMENTE DEBES ENGENDRAR LOS HIJOS QUE PUEDas PATERNIZAR". Estas campañas se realizan en forma intensiva durante 3 meses al año. Para la primera se utilizan los medios masivos de comunicación (TV, Radio y Prensa). Para las siguientes se utilizan únicamente los periódicos más importantes del país (La Prensa Gráfica, El Diario de Hoy, Diario Latino y El Mundo), todos, o algunos de ellos.

Campaña Pater N° 1

Bajo el lema general, ya indicado, de todas las Campañas Pater, y con el mensaje de "Paternidad Responsable es lo que queremos" se desarrolla intensamente la primera campaña, de septiembre a noviembre de 1969, publicándose 6 veces en cada uno de los 4 periódicos mencionados. Se hace un llamado a la población femenina: obreras, servicio doméstico, población rural, etc., tratando de hacer conciencia de que no se deben engendrar hijos para que vivan de la caridad pública. A la vez se ha llamado a la reflexión, tanto al hombre como a la mujer, acerca del futuro de sus hijos. Se presenta el matrimonio como la base de la paternidad responsable.

Campaña Pater N° 2

El 16 de septiembre de 1970 se inicia la segunda Campaña Pater, bajo el mismo lema, y se extiende intensivamente (14 veces en los periódicos), para concluir el 27 de noviembre. Esta segunda campaña va ilustrada con fotografías que presentan panoramas desoladores, resultado de la falta de Paternidad Responsable y de Planificación Familiar. Va dirigida al sector humilde de la población, principalmente. Las ilustracio-

nes son acompañadas de textos que pretenden hacer conciencia acerca de la realidad social, la explosión demográfica, la mortalidad infantil, etc., siempre a nivel nacional.

Campaña Pater N° 3

El 8 de octubre de 1971, y bajo el mismo lema, La Prensa Gráfica edita la primera publicación de esta campaña, y en ella se hace referencia, en toda una página con ilustración alusiva, al índice de abortos anuales en el país (36.000). En el mismo mes de octubre El Diario de Hoy saca una segunda publicación a toda página, con ilustración alusiva. Presenta el índice de natalidad nacional: cada 4 minutos, lo que significa 388 al día y 141.000 al año. En noviembre El Diario de Hoy vuelve a publicar toda una página, con un llamado de la ADS a todas las señoras, para que acudan a sus Consultorios de Planificación Familiar, urgiéndoles a que los visiten cuanto antes. Estas publicaciones intentan ejercer influjo psicológico en el público.

Campaña Pater N° 4

En octubre de 1972 comienza la cuarta campaña masiva, bajo el mismo lema, pero con la introducción de un factor psicológicamente más dinámico. En cada publicación, después del problema planteado, se formula siempre la pregunta "...¿Qué esperamos?". En esta campaña se toma en cuenta no sólo la situación salvadoreña, sino que se le da un enfoque mundial, inculcando la Planificación Familiar para lograr el bienestar de toda la Humanidad. Se utilizan datos y expresiones que van a estimular la responsabilidad, por medio de citas de mensajes de Presidentes.

El Presidente de Colombia dice:

"...La solución humana, cristiana, económica y política, es el control de la natalidad, y cuanto antes se aplique, mejor".

Frei, de Chile, dice:

"...La explosión demográfica es un problema que no sólo afecta a cada familia y a cada país, sino un problema que afecta a toda la humanidad".

Otro Ejemplo: "...¿Qué esperamos?"

Explosión demográfica. Crisis Mundial. La mayor parte del crecimiento de la población —aproximadamente el 80%— ocurre en áreas que ahora están en proceso de desarrollo".

Se utilizan, pues, datos y expresiones que estimulen la responsabilidad. Y se compara la realidad salvadoreña con la de todo el mundo; lo cual es un elemento nuevo en este tipo de campaña. Se hace énfasis en la disminución de recursos naturales en el mundo y en El Salvador. Esta campaña, por lo tanto, no va dirigida a un sector, sino a toda la población, y entre ella a la más consciente y responsable.

Análisis de las Campañas Pater

A diferencia de la Columna de El Mundo, que se mantiene, más o menos, a lo largo de todo el año, las Campañas PATER son más intensivas, y siempre coinciden con los últimos meses del año. En esos meses tienen

lugar las cortas, o cosechas. Con esa ocasión, se produce una gran concentración de campesinos jóvenes, de ambos sexos, fuera de su habitat normal. Al carecer de otro tipo de distracciones, y al encontrarse libres del control social del grupo, se facilita la promiscuidad sexual, que lleva consigo un gran aumento de la población campesina con la consiguiente irresponsabilidad paterna. Creo que este fenómeno trata de contrarrestar la ADS con sus campañas PATER. Eso no significa que la campaña vaya dirigida exclusivamente a ese sector de la población, sino también al resto de la misma.

Aunque las Campañas van dirigidas a toda la población, sin embargo se hace un énfasis notable hacia el campesinado y la clase obrera —que serán las más ignorantes de los programas, y constituyen la mayoría de la población—. Para que las Campañas sean más efectivas en esa población, debería haber tenido presentes una serie de variables psico-sociales, que no se perciben en las mismas. El factor educativo es muy importante, ya que el analfabetismo —y más en la mujer— en ese medio es muy elevado (y las campañas se han desarrollado casi exclusivamente por medio de los periódicos). Igualmente son dignos de ser tomados en cuenta los valores religiosos, ya que la Iglesia Católica ejerce un gran influjo en el pueblo, y se opone a los medios artificiales de control natal. La comunicación con la población campesina tiene que haber sido muy débil, y con seguridad habría sido más efectiva por medio de un trato directo —charlas, proyecciones, etc.— en el mismo sitio de concentración campesina u obrera. Por último, habría sido conveniente incluir aspectos de higiene mental, que traten de contrarrestar el machismo, y creencias como la de que los métodos anticonceptivos permiten la infidelidad y aumentan la prostitución.

V—SONDEO DE ACTIVIDADES Y ACTITUDES (*)

En las 3 partes anteriores del presente estudio he presentado y analizado una serie de datos. Todos ellos están tomados de estudios y publicaciones. Todo esto es —o puede ser— de dominio y conocimiento público, aunque tal vez no sea fácil el acceso a los datos, ni el tenerlos recopilados.

No podía conformarme con los informes oficiales. Debía iniciar una investigación de campo, para detectar sobre el terreno qué es lo que se está haciendo, qué actitudes tienen las diversas personas interesadas, qué eco despiertan las diferentes campañas, etc. No pretendí en ningún momento el realizar una investigación exhaustiva. Ni siquiera me propuse el realizar una prueba muestral, aleatoria y representativa. Únicamente traté de realizar un sondeo que me ayudara a detectar algunos elementos que deban tomarse en cuenta en una investigación posterior.

Consideramos que hay 4 grupos de personas más directamente afectadas, o interesadas, en la Planificación Familiar. En primer lugar, las madres de familia, y a través de ellas sus esposos o compañeros de vida. En segundo lugar, el personal médico y para-médico que podrá dar la información y aplicar el programa. También es interesante conocer las actitudes de las autoridades civiles, alcaldes, regidores, etc., por el influjo

(*) La formulación de las encuestas se debe principalmente al Lic. Víctor Antonio Orellana. Debo agradecer aquí la colaboración prestada por el Dr. Julio Astacio, Ministro de Salud Pública y Asistencia Social, tanto por su interés personal como por las cartas que nos entregó para los Directores de los Centros de Salud, para que nos dieran facilidades.

que puedan tener en la población, y por el hecho de que pueden reflejar una política superior. Por último, aunque no en importancia, la actitud de los sacerdotes es de gran trascendencia para el pueblo salvadoreño.

Por estas razones seleccionamos esos 4 grupos de personas, en cada una de las poblaciones que íbamos a encuestar, buscando a cada una de ellas en su propio sitio de trabajo o de habitación. A las madres de familia se las buscó en las mismas unidades de salud, si había ese día (más o menos, la mitad de las encuestadas fueron encontradas en los Centros), y el resto de ellas en sus propias casas. A las autoridades civiles se les pasó la misma encuesta que al personal médico y paramédico, con la previsión de que no podrían contestar a las preguntas técnicas. Solamente se logró entrevistar a dos personas de esta categoría, y por lo tanto no he diferenciado la tabulación.

En cuanto a los sitios del sondeo, barajamos diversas posibilidades. En cuanto a facilidad de entrevistar, San Salvador era la primera propuesta; la rechazamos por la concentración de atención médica, etc., y el más fácil acceso a la propaganda. Otra posibilidad consistía en tomar un Departamento, y seleccionar diversas comunidades en el mismo. Preferimos, sin embargo, escoger poblaciones diversas, tanto por su ubicación, como por representar regiones diferentes, tipos variados de cultivos agrícolas, etc.

Así es como nos decidimos por: Acajutla, Sonsonate, Coatepeque, Aguilares, Cojutepeque e Ilobasco. En cada una de esas poblaciones se entrevistó a los 4 grupos de personas. Se tomaron los Centros y Unidades de Salud respectivos, menos en Sonsonate donde las encuestas se pasaron en el hospital del ISSS. A cada una de las poblaciones escogidas se envió un grupo de 5 estudiantes de 2º año de bachillerato del Externado de San José, debidamente entrenados, y con experiencia ya en encuestación, quienes dedicaron generosamente —poniendo incluso el vehículo, combustible y alimentación ellos mismos— el jueves 27 de junio de 1974, desde tempranas horas de la mañana hasta entrada de la noche. El mismo grupo tuvo que atender a las dos poblaciones de Cojutepeque e Ilobasco. La tabulación se pudo lograr con la colaboración de otro grupo de alumnos del mismo curso y colegio, quienes dedicaron el fin de semana a esa tarea.

En el Apéndice 2 transcribo las encuestas cursadas, y sus correspondientes respuestas. Por no hacer tedioso el estudio, no he presentado la tabulación diferenciada por poblaciones. En los comentarios que vaya presentando, diversificaré las poblaciones, en la medida que sea significativo. Presento los números absolutos por ser, quizás más significativos que el porcentaje.

1) Sondeo a Madres de Familia (cfr. Apéndice 2)

Logramos entrevistar a 139 (Cojutepeque, 13; Ilobasco, 14; Aguilares, 27; Coatepeque, 27; Sonsonate, 29; Acajutla, 29). Sus edades están comprendidas todas en la de fertilidad, con un 75% de ellas en la de máxima fertilidad (15-30 años). Más del 80% sabe leer y escribir (salvo en 6 casos que sólo saben leer). Este dato, que aparentemente está muy por encima de la media nacional, en el sector agrario, hay que tomarlo con ponderación, pues las encuestadas son de grupos urbanos de población rural, en los que es más fácil el acceso a la cultura. Con todo, nos está indicando que el tipo de personas que asisten a los centros médicos, y

el resto de las entrevistadas, no son de lo más popular del país. Este factor va a condicionar el resto de las contestaciones, por tener una actitud más abierta. Sin embargo, es preciso notar que las mujeres entrevistadas eran en su gran mayoría de extracción campesina, fuera de un 30% en Sonsonate y Acajutla, que fueron entrevistadas en sus casas, y se las buscó en sectores humildes (clase baja y media-baja).

El Estado Civil de las entrevistadas no se aleja notablemente de los porcentajes normales de la población del interior, en las poblaciones más numerosas.

Las 5 primeras preguntas nos ofrecen una ubicación económica de las entrevistadas y sus grupos familiares. El 60% no trabaja, fuera de la casa, y la que lo hace, es casi siempre en servicios. Pero el año anterior 21 trabajaron de 0-2 meses, la mayoría en las cortas. Pero el 85% responden que sus maridos o acompañantes tienen trabajo, y en orden creciente de los sectores: agrícola, industrial y de servicios. Este aspecto nos indica que no son muy representativas de la población del interior del país, y que amerita una investigación con personas de menos posibilidades. Las preguntas 6 y 7 nos indican que esas mujeres han recibido el influjo de la propaganda, más en el sentido de la Planificación Familiar que del Control de la Natalidad.

Las preguntas 8-12 muestran la actividad favorable hacia la limitación de los hijos.

Las preguntas 13-19 revelan no ya las actitudes, sino la participación en el control de la natalidad. Descubrimos que un alto porcentaje está bajo control. Pero hay que notar que muchas de las encuestas fueron pasadas en los mismos centros de salud. En este bloque de preguntas existe una diferencia digna de ser notada respecto a las diversas poblaciones visitadas.

A la pregunta 13 responden:

Cojutepeque:	Si, 12	—	No, 1	
Ilobasco:	Si, 12	—	No, 2	
Aguilares:	Si, 23	—	No, 4	
Coatepeque:	Si, 15	—	No, 12	
Sonsonate:	Si, 16	—	No, 2	— No responden, 11
Acajutla:	Si, 7	—	No, 13	— No responden, 9

En las 3 primeras poblaciones la proporción de las que están sometidas a Control es muy elevada; en las dos siguientes es algo mayoritaria; pero en Acajutla es mínima. Las respuestas a las otras preguntas de este bloque reflejan esa diferenciación. Los medios de información —como se puede ver en la pregunta 15— son mayoritariamente de tipo personal y directo; pero la propaganda influye en un 30%.

La pregunta 20 es interesante, porque refleja la crisis planteada entre los conceptos tradicionales de número de hijos y las corrientes actuales de valoración. Así nos encontramos con que el 50% estima que el número ideal de hijos es de 3; 21 considera que el número ideal es inferior a 3, pero todavía hay 47 que se debe tener un número elevado de hijos.

Las preguntas 21 y 22 nos descubren una situación extraña. La inmensa mayoría (124) se profesan de religión católica, pero casi el 65% responde que su religión les permite limitar el número de hijos. Este

contraste se puede explicar de dos formas: o se trata de católicas bien instruidas en su religión conocedoras de los distintos métodos de limitación de la natalidad y de la orientación oficial de la Iglesia, o se trata de personas que poseen una religión sentimental y tradicional con poca formación. Yo me inclino a pensar más bien en la segunda posibilidad. Sin embargo, tal vez las respuestas de los sacerdotes puedan hacer algo de luz en el problema.

Las preguntas 23-25 no necesitan explicación.

Las preguntas 26-36 develan una política de extensión y propaganda personal y grupal de parte de los Centros de Salud, y la acogida que pueden tener entre las mujeres.

Las preguntas 37 y 37a indican que la orientación de las charlas va primordialmente hacia la limitación de la familia, pero no excluye el planteamiento de la problemática nacional.

Desde la pregunta 38 hasta la 52 se trata de descubrir las motivaciones de las mujeres para solicitar —o acudir— los servicios de la Planificación Familiar. Los números hablan por sí mismos. Únicamente haré resaltar algunos aspectos interesantes en las respuestas. Cuatro preguntas (41-44) nos revelan la orientación de los Centros de Salud, en el sentido de que la decisión no sea tomada exclusivamente por la mujer, sino en común con el marido o acompañante. La motivación más fuerte hacia la limitación de los nacimientos es de tipo económico. Los ingresos económicos del esposo, en su gran mayoría superiores al salario mínimo en el campo, detectan el hecho de que gozan de una posición mejor, y que se debe hacer una investigación más amplia con otro grupo peor situado.

Las preguntas 53-56 revelan una alta concientización entre las encuestadas en cuanto a la estructura social del país.

Las preguntas 57-61 nos indican los criterios de las encuestadas en relación con el número de hijos.

Por último, las preguntas 62-64 sirven como de control de lo investigado anteriormente.

2) Sondeo a personal Médico y Para-médico, y autoridades civiles (cfr. Apéndice 2).

Logramos entrevistar, entre los 6 lugares referidos, a 26 médicos y de personal paramédico, en su mayoría enfermeras o ayudantes de enfermería, y todos ellos de una edad relativamente joven. En estas entrevistas se incluyen las respuestas de las dos autoridades civiles entrevistadas, por el hecho de que se les presentó la misma encuesta, por las razones que ya indiqué. Evidentemente las preguntas técnicas y específicas, no fueron respondidas por ellos, pero este hecho no altera sustancialmente los resultados.

La actitud de todos ellos hacia la Planificación Familiar es totalmente positiva, y la motivación es más bien de tipo económico (preguntas 1-5a).

La información respecto a la ADS y otras instituciones es superficialmente muy buena, pero sin profundidad, como se descubre en la pregunta 8 (preguntas 6-8a).

Respecto al conocimiento que expresan de la clientela que les llega, es bien interesante el notar que un porcentaje pequeño de los que llegan tiene conocimientos de planificación familiar, y manifiestan que falta información (preguntas 9-11).

En tales Centros se proporciona esa información, y se recomienda positivamente su uso (preguntas 12-16).

Las preguntas 17-22 indican una política nacional clínica de extensión de la Planificación Familiar. Pero esta política, por las razones que sean, no se ha hecho pública, ni se ha dado a conocer, en contraste con las campañas de vacunación infantil masiva (preguntas 23-30).

Las preguntas 31-34a nos muestran lo que se están haciendo en los Centros visitados, a la vez que su intensidad, tanto en personal como en tiempo dedicado a ello.

Las preguntas 35-37 intentan descubrir algo de la estructura sanitaria del país, cuyos centros están ubicados principalmente en poblaciones mayores. La red de Servicios Médicos se va extendiendo hacia el campo, pero en la medida en que éstos lleguen a poblaciones menores, y a su vez la población rural acuda en masa a la búsqueda de esos servicios, la política nacional de población podrá convertirse en realidad. Veíamos en la Parte III que la mayoría de las mujeres no reciben asistencia médica en los partos. En las preguntas 38-39 se descubre el objetivo de los programas: limitar el número de hijos. Asimismo, observan que la principal fuente de información la constituye el trato personal, si bien es cierto que los medios de comunicación ejercen un gran influjo en ese nivel (cfr. también preg. 47).

Una inmensa mayoría opina que la ADS debe ser incorporada al Ministerio de Salud —posiblemente para aunar esfuerzos— aunque desconocen si hay planes para ello (preguntas 40-41).

En cuanto a los métodos anticonceptivos (preguntas 42-45), se descubre una serie de condicionamientos sociales, como son la oposición a la esterilización masculina, gravitando siempre la solución hacia la mujer, lo mismo que una actitud negativa hacia los dispositivos intrauterinos.

Las preguntas 48-54 nos indican la dedicación intensiva a la Planificación Familiar, medios de que se vale, y cómo aprovechan cualquier visita de pacientes para informar (pregunta 51). Por otro lado, el personal médico y para-médico está bien capacitado y entrenado para prestar tales servicios. A pesar de todo, se encuentran con numerosos casos de mujeres que no quieren utilizar los servicios, y el motivo religioso ocupa un 30%.

También entre las personas encuestadas aquí nos encontramos con el contraste entre su religión —católica en 24 casos— y la negación de contradicción con el trabajo —23 casos— (preguntas 55 y 56).

En las preguntas relativas a la estructura social del país (preguntas 57-60) podemos observar un conocimiento bastante adecuado de la realidad nacional, con una predisposición, comprensible por su profesión, a buscar enfoques de tipo familiar.

Finalmente, si bien reconocen el influjo de los medios de comunicación social (pregunta 61), consideran que son más eficaces los contactos directos y personales (preguntas 62 y 63).

3) Sondeo a Sacerdotes (cfr. Apéndice 2).

El mismo día, 27 de junio de 1974, en que estábamos sondeando la opinión de los sacerdotes que trabajan en las poblaciones seleccionadas, fue publicada en el diario *El Mundo*, en las páginas editoriales, la opinión de otro sacerdote, que coincidentalmente externaba la posición de la Iglesia Católica que prohíbe la limitación de la natalidad por medios artificiales, y condenando como pecado cualquier uso de anticonceptivos, aclarando además que el Concilio Vaticano II enseña que "deben regirse por la conciencia ciertamente, pero que esta conciencia debe ajustarse a la ley misma y al magisterio de la Iglesia que interpreta auténticamente esa ley a la luz del Evangelio". (cfr. *EL MUNDO*, San Salvador, jueves 27 de junio de 1974, pág. 9: *ESTE ES EL ULTIMO...*, P. Juan Antonio Morán M. J.).

Esta opinión publicada en el periódico no la buscamos y, como indiqué, coincidió por casualidad. Sin embargo la cito, como una opinión más que se puede añadir a las expresadas por los sacerdotes encuestados.

Logramos respuestas de 9 sacerdotes, todos en edades relativamente jóvenes, lo cual es un factor que puede influir en el tipo de respuestas. El tiempo de trabajo en esa parroquia varía bastante, pero, fuera de uno, recién ordenado, todos los demás tienen una larga experiencia pastoral, en esa parroquia, o en otra. La diversificación de las nacionalidades, y las consiguientes orientaciones distintas en lo cultural y en su formación, pueden contribuir a ofrecernos un panorama más amplio, o reforzar la unidad de criterios a pesar de sus diferencias étnico-culturales.

La actitud de los sacerdotes entrevistados es abrumadoramente positiva hacia la planificación familiar (8 en contra 1), y los beneficios que piensan reportaría son muy diversos. Sin embargo, la información que tienen respecto a las entidades que la imparten no es muy adecuada (preguntas 1-8a).

Las preguntas 9 y 10 nos responden al interrogante planteado en los sondeos anteriores, en lo que se refiere al conflicto religioso frente a la Planificación Familiar. 7 de los sacerdotes encuestados responden que en su parroquia hay mujeres bajo control, y 2 responden que no. Tal vez no entendieron bien la pregunta, pues todos reconocen que reciben consultas de sus fieles en esta materia. Uno de ellos estima que entre el 76 y el 100% le pide consejos en este punto; 2 consideran que del 26-50% y 6, que del 0.-25%. Es decir, las poblaciones encuestadas sí encuentran conflictivo, desde el punto de vista religioso, el de aplicar la Planificación Familiar (cfr. preguntas 22-23).

Uno de los aspectos más interesantes descubiertos en la investigación es el que se detalla en las preguntas 11-20. Los sacerdotes encuestados reconocen que los campesinos carecen de información en la materia. Los sacerdotes —todos menos 1— no sólo están de acuerdo con la planificación familiar, sino que ellos mismos proporcionan información, e incluso recomiendan distintos métodos —y no sólo el del ritmo—, aunque en este punto la división es radical, y precisamente por principios religiosos. Eso sí, todos afirman que su posición es consecuente con el sentir y pensar de la mayoría de los católicos, y expresan sus hipotéticos consejos a la jerarquía (preguntas 24-25). Finalmente, 8 de ellos creen que hay circunstancias muy diversas —aunque la principal indi-

cada es la económica en la que la familia debe regular o limitar los nacimientos.

Respecto a las preguntas sobre la estructura social del país (preguntas 21, 26-27, 31-32), las respuestas reflejan una clara conciencia de la problemática nacional, y de su estructura injusta, debido al conocimiento y contacto más directo que tienen con el pueblo, y a la formación que poseen. Mayoritariamente (7 en contra de 2) juzgan que hay cosas más urgentes en el país, como son la estructura económica y política del mismo.

En cuanto a los medios de comunicación social, si bien los juzgan importantes para los fines del programa de planificación familiar, sin embargo, también unánimemente piensan que hay otros medios más eficaces, como son el trato personal y la concientización del gobierno, o el influjo de la Iglesia (preguntas 28-30).

Finalmente, aunque una mayoría (5, frente a 1 indiferente y a 3 hostiles) se adhiere a los programas de planificación familiar, 6 de ellos no están de acuerdo con la orientación dada a esos programas, porque los juzgan engañosos e impositivos; mientras que 1 los califica como de muy débiles (preguntas 33-34).

VI—CONCLUSIONES

A lo largo de todo el estudio he ido sugiriendo una serie de conclusiones y consecuencias. Ahora no haré otra cosa que explicitarlas y presentarlas en una forma ordenada.

1) Política nacional:

Aún no se había formulado una política nacional de población. Sin embargo, sí parece que hay una política definida de planificación familiar, a nivel clínico, y últimamente, a juzgar por el gran número de centros que la suministran, y lo mucho que trabajan en estos programas. Con todo, el ingreso al campo, propiamente dicho, es ínfimo, y los campesinos llegan en muy baja proporción a los Centros de Salud.

2) Usuarias de Planificación Familiar:

A pesar de lo mucho que se ha avanzado en los últimos años, todavía el número de usuarias de Planificación Familiar es muy débil (6% de la población femenina fértil, y se aspira a llegar al 15% para 1977) (igualmente el ISSS, que cubre actualmente nada más que el 4% de la población del país, pretende cubrir para 1977 el 33% de las aseguradas). Y el acceso a la Planificación Familiar es más bien tardío.

3) Nivel social de las usuarias:

El nivel social de las usuarias es relativamente alto, como hemos comprobado, tanto por los datos publicados como por las encuestas realizadas. En su mayoría es población urbana, en contraste con la población del país. El nivel educativo es mayoritariamente elevado. También gozan de un alto nivel de atención médica al parto, en contraste con la mayoría de la población que no acude al médico o a centros de salud. Todo esto revela una situación socio-económica superior a la media del país.

4) Infraestructura clínica:

Existe en el país una buena infraestructura material y clínica actual y, sobre todo, futura. 143 establecimientos imparten servicios de planificación familiar. El ISSS está verificando reformas para poder dedicarse aún más a estos programas. Los proyectos de expansión, tanto de la DGS como del ISSS —sobre todo el último, que está llamado a suministrar la mayor parte de la atención clínica—, son muy ambiciosos. Tendrán que ser complementados con una capacitación masiva de personal motivado y eficiente, y con abundante material educativo de refuerzo: medios audiovisuales y escritos o impresos.

5) Fuentes de información:

El personal médico y para-médico encuestado, lo mismo que los sacerdotes, confiesan que falta información en el pueblo, y más en la población campesina. Por otro lado, tanto los datos publicados como los resultados de nuestras encuestas, revelan un bajo influjo de los medios de comunicación social como vehículo informativo (7.2% según los estudios evaluativos, 30% según nuestras encuestas). Mientras que el trato personal, individual, o por grupos, es la principal fuente de información y motivación (más del 90% en las evaluaciones, 70% en nuestras encuestas).

6) Actitudes:

A través de las encuestas hemos encontrado una actitud muy positiva hacia la Planificación Familiar, no solamente, como era de esperar, entre el personal médico y para-médico, sino entre las madres de familia, y, tal vez lo más inesperado, entre los sacerdotes. A pesar de todo, no puedo pasar por alto el conflicto religioso que se plantea, ya sea a nivel del pueblo, ya a nivel de los sacerdotes. Este problema es fundamental, ya que el pueblo, y más aún el campesinado, es tradicionalmente muy apegado a sus costumbres, y sigue fielmente las orientaciones del clero.

7) Investigación ulterior:

Los estudios evaluativos, y el sondeo realizado, nos proporcionan datos provisionales y orientadores. Se impone una ulterior investigación, técnica y científica, y dirigida principalmente a la población campesina, para detectar la realidad, y para poder elaborar políticas eficientes.

8) Política nacional de población:

Una política nacional de población no se confunde con una política nacional de planificación familiar. Se podrían, tal vez, limitar los nacimientos, pero no se habría solucionado el problema nacional de población. Este es mucho más complejo, y está condicionado por toda una estructura socio-económica-política. Antes —o al menos simultáneamente con—, de una política nacional de planificación familiar, habrá que definir y aplicar políticas nacionales de tenencia de la tierra y de cualquier tipo de propiedad, políticas de empleo y de distribución de los beneficios, políticas de vivienda y de salubridad e higiene. Cuando el pueblo tenga aseguradas esas necesidades básicas, se podrá emprender una política de educación, pero no alienante sino concientizadora. Sólo en ese contexto tendrá sentido una política de Planificación Familiar, como parte de toda la Política Nacional de Población.

San Salvador, 5 de Junio de 1974.

APENDICE 1

CUADRO N° 14

EL SALVADOR

INSCRITAS, EMBARAZOS Y PROMEDIOS DE EMBARAZOS POR AGENCIA
MARZO 1971-AGOSTO 1972

PARIDAD	A G E N C I A			TOTAL
	D.G.S.	A.D.S.	I.S.S.S.	
INSCRITAS	26.863	4.146	10.321	40.330
EMBARAZOS	110.150	15.110	33.337	158.597
PROMEDIO EMBARAZOS	4.3	3.6	3.2	3.9

CUADRO N° 15

EL SALVADOR

INSCRITAS, ABORTOS Y PROMEDIO DE ABORTOS POR AGENCIA
MARZO 1971-AGOSTO 1972

PARIDAD	A G E N C I A			TOTAL
	D.G.S.	A.D.S.	I.S.S.S.	
INSCRITAS	25.863	4.145	10.321	40.330
ABORTOS	12.961	1.671	3.767	18.399
PROMEDIOS	0.50	0.40	0.37	0.46

CUADRO N° 16

EL SALVADOR

EMBARAZOS, ABORTOS Y % DE ABORTOS/EMBARAZOS POR AGENCIA
MARZO 1971-AGOSTO 1972

PARIDAD	A G E N C I A			TOTAL
	D.G.S.	A.D.S.	I.S.S.S.	
EMBARAZOS	110.150	15.110	33.337	158.597
ABORTOS	12.961	1.671	3.767	18.399
% ABORTOS EMBARAZOS	11.8	11.1	11.3	11.6

CUADRO N° 18
EL SALVADOR
INSCRITAS, EMBARAZOS Y PROMEDIO DE EMBARAZOS POR REGIONES D.G.S. E I.S.S.S.
MARZO 1971-AGOSTO 1972

PARIDAD	R E G I O N E S											
	OCCIDENTAL		CENTRAL		METROPOLITANA		PARACENTRAL		ORIENTAL		TOTALES	
	DGS	ISSS	DGS	ISSS	DGS	ISSS	DGS	ISSS	DGS	ISSS	DGS	ISSS
INSCRITAS	6.500	1.741	3.241	782	7.786	6.151	3.800	435	4.536	1.212	25.863	10.321
EMBARAZADAS	27.184	5.918	14.835	3.230	29.677	17.868	16.953	1.733	21.501	4.588	110.150	33.337
PROMEDIO EMB/INSC	4.2	3.4	4.6	4.1	3.8	2.9	4.5	4.0	4.7	3.8	4.3	3.2

CUADRO N° 19
EL SALVADOR
INSCRITAS, ABORTOS Y PROMEDIO DE ABORTOS POR REGIONES. D.G.S. E I.S.S.S.
MARZO 1971-AGOSTO 1972

PARIDAD	R E G I O N E S											
	OCCIDENTAL		CENTRAL		METROPOLITANA		PARACENTRAL		ORIENTAL		TOTALES	
	DGS	ISSS	DGS	ISSS	DGS	ISSS	DGS	ISSS	DGS	ISSS	DGS	ISSS
INSCRITAS	6.500	1.741	3.241	782	7.786	6.151	3.800	435	4.536	1.212	25.863	10.321
EMBARAZADAS	2.708	737	1.390	307	4.943	2.092	1.514	151	2.406	480	12.961	3.767
PROMEDIO ABORTO/INSC.	0.42	0.42	0.43	0.39	0.63	0.34	0.40	0.35	0.53	0.40	0.50	0.36

CUADRO N° 20
EL SALVADOR
INSCRITAS POR EDAD Y N° DE HIJOS VIVOS
MARZO 1971-AGOSTO 1972

NACIDOS VIVOS	E D A D D E L A S I N S C R I T A S										
	15 años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 y más	Ignor.	TOTAL
0	7	250	354	118	40	14	6	1	1	8	799
1	29	2.391	4.279	1.391	358	92	23	1	1	68	8.633
2	—	857	4.294	2.254	722	195	45	6	1	105	8.479
3	—	162	2.458	2.508	974	285	51	13	2	99	6.552
4	—	27	927	2.159	1.084	355	96	13	1	60	4.722
5	—	—	317	1.519	1.085	385	118	12	2	51	3.489
6	—	—	92	763	939	450	123	15	3	30	2.415
7	—	—	—	292	746	508	147	17	1	53	1.764
8 y más	—	—	—	182	877	1.408	766	135	9	83	3.460
Sin inf.	—	1	3	4	5	1	1	—	—	2	17
TOTAL	36	3.688	12.724	11.190	6.860	3.693	1.376	213	21	559	40.330

CUADRO N° 23
EL SALVADOR
INSCRITAS POR REGIONES SEGUN TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE TERMINACION ULTIMO EMBARAZO E INSCRIPCION
MARZO 1971-AGOSTO 1972

Tiempo Medio entre Ultimo Embarazo e Inscripción	R E G I O N E S											
	OCCIDENTAL		CENTRAL		METROPOLITANA		PARACENTRAL		ORIENTAL		TOTALES	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 1 mes	172	2.0	68	1.7	324	1.3	98	2.3	103	1.8	765	1.9
De 1 a 6 meses	4.044	47.5	1.901	47.2	8.916	50.1	2.004	47.3	2.361	41.1	19.226	47.7
De 7 a 12 meses	1.443	17.0	719	17.9	2.358	13.2	725	17.1	1.107	19.3	6.352	15.7
Más de 12 meses	2.751	32.3	1.310	32.6	5.856	32.9	1.350	31.9	2.104	36.6	13.371	33.2
No se aplica 1	50	0.6	12	0.3	280	1.6	28	0.7	47	0.8	417	1.0
Sin información	51	0.6	13	0.3	79	0.4	30	0.7	26	0.4	199	0.5
TOTALES	8.511	100.0	4.023	100.0	17.813	100.0	4.235	100.0	5.748	100.0	40.330	100.0

1/ Nunca han estado embarazadas.

CUADRO Nº 27
EL SALVADOR
INSCRITAS POR METODO Y POR REGION
MARZO 1971-AGOSTO 1972

METODO	R E G I O N E S											
	OCCIDENTAL		CENTRAL		METROPOLITANA		PARACENTRAL		ORIENTAL		TOTALES	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
DIU	1.059	12.4	484	12.0	2.117	11.9	228	5.4	555	9.6	4.443	11.0
ANOVULATORIO	7.260	85.3	3.456	85.9	14.812	83.1	3.951	93.3	5.086	88.5	34.565	85.7
OTROS	30	0.4	20	0.5	654	3.7	9	0.2	28	0.5	741	1.8
SIN INFORMACION	162	1.9	63	1.6	230	1.3	47	1.1	79	1.4	581	1.5
TOTAL	8.511	100.0	4.023	100.0	17.813	100.0	4.235	100.0	5.748	100.0	40.330	100.0

ANEXO Nº 2
EL SALVADOR
INSCRITAS SEGUN FUENTE DE INFORMACION POR AGENCIA Y REGION
MARZO 1971-AGOSTO 1972.

FUENTE DE INFORMACION	DIRECCION GENERAL DE SALUD					INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL					A.D.S.
	REGION OCCIDEN.	REGION CENTRAL	REGION METROPO.	REGION PARAC.	REGION ORIENT.	REGION OCCIDEN.	REGION CENTRAL	REGION METROPO.	REGION PARAC.	REGION ORIEN.	
RADIO	677	212	562	343	677	9	7	126	7	21	262
TELEVISION	22	2	17	2	3	1	1	10	1		8
PERSONAL DE SALUD	4.563	1.611	4.513	2.476	1.885	389	96	529	82	112	1.459
PERIODICOS	1		3	1				7		1	3
PARIENTES	193	304	382	88	272	81	51	455	42	138	265
AMIGA	829	785	1.524	464	1.437	132	201	768	44	64	341
PERSONAL A.D.S.	16	5	36	2	15			6		1	99
IMPRESOS	9	5	8	29	9	1	2	7			40
VECINA	72	17	72	27	72	4	23	9		5	13
OTRA PACIENTE	26	49	355	73	74	1	2	6			1.380
PARTERA	12	28	6	1	20						
PERSONAL CLIN. PRIVADA	7	6	23		5	2	9	46	19	27	9
PERSONAL DE I.S.S.S.	8	18	88	7	9	1.038	269	3.931	214	788	26
TRABAJADORA SOCIAL		2	16	1		34	99	107	1	13	19
PROPAGANDA ALCALDIA		2	5	11							20
INICIATIVA PROPIA	17	152	77	243	18	18	4	70	2		29
SACERDOTE		1									
PATRONOS	2	1	8			1	2	13		1	19
DAMAS VOLUNTARIAS ..	1		33	2							117
ANUNCIADORA . SIN INFORMACION ..	45	41	57	30	39	30	16	60	22	41	36
TOTAL	6.500	3.241	7.786	3.800	4.536	1.741	782	6.151	435	1.212	4.146

ANEXO N° 3
EL SALVADOR
ESTADO CIVIL DE LAS INCRITAS POR AGENCIA Y REGION
MARZO 1971-AGOSTO 1972

AGENCIA Y REGION	E S T A D O C I V I L						TOTAL
	SOLTERAS	CASADAS	VIUDAS	DIVORCIADAS	ACOMPAÑADAS	SIN INF.	
DIRECCION GENERAL DE SALUD:							
REGION OCCIDENTAL	43	1.407	3	10	5.024	13	6.500
REGION CENTRAL	58	943	1	8	2.226	5	3.241
REGION METROPOLITANA	150	1.688	6	13	5.922	7	7.786
REGION PARACENTRAL	154	1.270	2	15	2.354	5	3.800
REGION ORIENTAL	77	1.301	2	5	3.148	3	4.536
TOTAL	482	6.609	14	51	18.674	33	25.863
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL:							
REGION OCCIDENTAL	5	694	2	1	1.036	3	1.741
REGION CENTRAL	14	180		1	586	1	782
REGION METROPOLITANA	49	2.655	3	5	3.432	7	6.151
REGION PARACENTRAL	4	139			292		435
REGION ORIENTAL	9	502		1	698	2	1.212
TOTAL	81	4.170	5	8	6.044	13	10.321
ASOCIACION DEMOGRAFICA SALVADOREÑA:							
.....	110	797		6	3.229	4	4.146
TOTAL	673	11.576	19	65	27.947	50	40.330

ANEXO N° 4

EL SALVADOR

INSCRITAS POR AGENCIA Y REGION SEGUN NIVEL EDUCATIVO

MARZO 1971-AGOSTO 1972

AGENCIA Y REGION	E D U C A C I O N				TOTAL
	NINGUNA	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIA	
DIRECCION GENERAL DE SALUD:					
REGION OCCIDENTAL	22	2.674	3.463	341	6.500
REGION CENTRAL	15	1.152	1.907	167	3.241
REGION METROPOLITANA	55	1.682	5.276	773	7.786
REGION PARACENTRAL	7	1.142	2.487	164	3.800
REGION ORIENTAL	30	1.755	2.527	224	4.536
TOTAL	129	8.405	15.660	1.669	25.863
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL:					
REGION OCCIDENTAL	17	206	1.270	248	1.741
REGION CENTRAL	1	147	545	89	782
REGION METROPOLITANA	12	291	3.751	2.097	6.151
REGION PARACENTRAL	9	104	243	79	435
REGION ORIENTAL	13	251	731	217	1.212
TOTAL	52	999	6.540	2.730	10.321
ASOCIACION DEMOGRAFICA SALVADOREÑA	12	749	2.762	623	4.146
TOTAL	193	10.153	24.962	5.022	40.330

ANEXO N° 5
EL SALVADOR
INSCRITAS POR AGENCIA Y REGION SEGUN EDAD
MARZO 1971-AGOSTO 1972

AGENCIA Y REGION	E D A D									TOTAL
	15 años	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 y +	
DIRECCION GENERAL DE SALUD:										
REGION OCCIDENTAL	14	707	2.088	1.706	1.099	588	196	35	67	6.500
REGION CENTRAL	13	297	1.009	845	564	353	109	15	36	3.241
REGION METROPOLITANA	23	1.009	2.516	2.094	1.204	613	227	31	69	7.786
REGION PARACENTRAL	5	367	1.119	971	671	440	161	28	38	3.800
REGION ORIENTAL	8	331	1.288	1.210	889	525	219	37	29	4.536
TOTAL	63	2.711	8.020	6.826	4.427	2.519	912	146	239	25.863
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL:										
REGION OCCIDENTAL	3	122	504	510	318	162	66	10	46	1.741
REGION CENTRAL	1	42	204	261	147	79	37	2	15	762
REGION METROPOLITANA	14	344	2.173	1.953	1.011	431	148	17	60	6.151
REGION PARACENTRAL	1	21	115	130	58	56	30	5	19	435
REGION ORIENTAL	3	64	386	357	223	111	35	9	24	1.212
TOTAL	22	593	3.382	3.211	1.757	833	316	43	164	10.321
ASOCIACION DEMOGRAFICA SALVADOREÑA:										
TOTAL	10	403	1.369	1.152	647	341	148	24	52	4.146
TOTAL	95	3.707	12.771	11.189	6.831	3.693	1.376	213	455	40.330

ANEXO N° 6
EL SALVADOR
INSCRITAS POR AGENCIA Y REGION SEGUN LUGAR DE ATENCION ULTIMO PARTO
MARZO 1971-AGOSTO 1972

AGENCIA Y REGION	LUGAR DE ATENCION ULTIMO PARTO							TOTAL
	H. OFICIAL	H. PRIVADO	C.U.P.S. 1/	I.S.S.S.	HOGAR	NO APLICA 2/	SIN INF.	
D. G. S.								
OCCIDENTAL	3.146	8	223	105	2.903	34	81	6.500
CENTRAL	1.409	6	55	67	1.647	8	49	3.241
METROPOLITANA	5.366	25	29	394	1.792	101	79	7.786
PARACENTRAL	1.193	14	469	34	2.024	24	42	3.800
ORIENTAL	1.211	10	357	42	2.862	33	21	4.536
TOTAL	12.325	63	1.133	642	11.228	200	272	25.863
A. D. S.								
OCCIDENTAL	196	—	2	9	56	3	4	270
METROPOLITANA	2.734	22	24	237	802	41	16	3.876
I. S. S. S.								
OCCIDENTAL	438	4	50	988	225	13	23	1.741
CENTRAL	151	8	2	423	184	4	10	782
METROPOLITANA	895	85	42	4.593	322	138	76	6.151
PARACENTRAL	85	24	6	203	113	4	—	435
ORIENTAL	82	32	30	799	250	14	5	1.212
TOTAL	1.651	153	130	7.006	1.094	173	114	10.321
PAIS	16.906	238	1.289	7.894	13.180	417	406	40.330

1/ Centro, Unidad ó Puesto de Salud.

2/ Nunca han estado embarazadas.

ANEXO N° 7
EL SALVADOR
INSCRITAS POR METODO, AGENCIA Y REGION
MARZO 1971-AGOSTO 1972

AGENCIA Y REGION	M E T O D O				TOTAL
	DIU	ANOV	OTROS	SIN INF.	
D. G. S.					
OCCIDENTAL	960	5.422	10	108	6.500
CENTRAL	405	2.774	18	44	3.241
METROPOLITANA	1.056	6.469	178	83	7.786
PARACENTRAL	219	3.546	9	26	3.800
ORIENTAL	498	4.003	19	16	4.536
TOTAL	3.138	22.214	234	277	25.863
A. D. S.					
OCCIDENTAL	31	236	---	3	270
METROPOLITANA	571	3.123	156	26	3.876
TOTAL	602	3.359	156	29	4.146
I. S. S. S.					
OCCIDENTAL	68	1.602	20	51	1.741
CENTRAL	79	682	2	19	782
METROPOLITANA	490	5.220	320	121	6.151
PARACENTRAL	9	405	---	21	435
ORIENTAL	57	1.083	9	63	1.212
TOTAL	703	8.992	351	275	10.321
TOTAL PAIS	4.443	34.565	741	581	40.330

ANEXO Nº 8
EL SALVADOR
CITOLOGIAS POR AGENCIA, REGION Y METODO
MARZO 1971-AGOSTO 1972

AGENCIA Y REGION	CITOLOGIA TOMADA				CITOLOGIA NO TOMADA				TOTAL	
	DIU	ANOV	OTROS	SIN INF.	DIU	ANOV	OTROS	SIN INF.		
D. G. S.										
OCCIDENTAL	942	5.259	10	96	14	125	—	5	49	6.500
CENTRAL	387	2.596	12	31	16	164	6	4	25	3.241
METROPOLITANA	964	5.844	155	61	89	596	13	12	42	7.786
PARACENTRAL	215	3.386	7	22	4	152	2	2	10	3.800
ORIENTAL	473	3.763	16	10	24	234	2	2	12	4.536
TOTAL	2.981	20.848	210	220	147	1.271	23	25	138	25.863
A. D. S.										
OCCIDENTAL	31	236	—	3	—	—	—	—	—	270
METROPOLITANA	438	2.582	129	20	133	531	27	5	11	3.876
TOTAL	469	2.818	129	23	133	531	27	5	11	4.146
J. S. S. S.										
OCCIDENTAL	55	1.117	14	32	12	389	5	7	110	1.741
CENTRAL	67	503	1	13	10	155	1	3	29	782
METROPOLITANA	243	2.301	145	49	239	2.849	170	43	112	6.151
PARACENTRAL	9	386	—	16	—	8	—	—	16	435
ORIENTAL	53	872	8	42	4	190	—	2	41	1.212
TOTAL	427	5.179	168	152	265	3.591	176	55	308	10.321
PAIS	3.877	28.845	507	395	545	5.393	226	85	457	40.330

APENDICE 2

SONDEO DE OPINION CON MADRES QUE PUEDEN ESTAR (O ESTAN) BAJO CONTROL DE PLANIFICACION FAMILIAR EN CUALQUIERA DE LAS INSTITUCIONES TRABAJANDO CON ESTE TIPO DE PROGRAMAS EN EL PAIS.

Madres encuestadas:	139	6. Ha oído hablar de la Planificación Familiar?	
Edad:		Si	131
15-20 años	23	No	8
21-25 años	38	No responden	0
26-30 años	32	7. Ha oído hablar del Control de la Natalidad?	
31-35 años	18	Si	97
36-40 años	16	No	42
41-45 años	11	No responden	0
46 y más	1	8. Estaría usted de acuerdo con limitar el número de hijos (no tener más)?	
Sabe leer: Si	113	Si	129
(y escribir) No	26	No	9
Estado Civil:		No responden	1
Casada:	53	9. (En ambos sexos) Por qué?	
Soltera:	41	Económico	103
Acompañada:	27	Educativo	16
No responden:	18	Salud	7
1. Trabaja usted actualmente?		No responden	23
Si	60	10. Qué cosas piensa que puede lograr el país si los ciudadanos como usted limitaran el número de hijos?	
No	78	Economía	83
No responden	1	Educación	5
2. Cuánto tiempo trabajó usted el año pasado (1973)?		Salud	0
0- 2 meses	21	Político	4
3- 4	1	Ninguno	6
4- 5	3	No responden	31
5- 6	2	11. Piensa usted que el gobierno debiera de informar a las familias sobre la conveniencia de limitar el número de hijos?	
6- 7	0	Si	120
7- 8	1	No	6
9-10	5	No sabe	21
11-12	43	No responden	0
No responden	63	11a. No cree usted que ya lo está haciendo?	
3. Qué tipo de trabajo desempeña usted actualmente?		Si	100
Agricultura	1	No	9
Industria	4	No sabe	28
Servicios	85	No responden	2
Ninguno	10	12. Por lo que usted ha oído, que cosa es más importante: la Reforma Agraria o un programa para limitar el número de hijos?	
No responden	52	Reforma Agraria	48
4. Su esposo/acompañante tiene trabajo actualmente?		Límite de hijos	99
Si	122	No responden	10
No	8		
No responden	9		
5. Qué tipo de trabajo hace, desempeña?			
Agricultura	25		
Industria	38		
Servicios	56		
Ninguno	1		
No responden	17		

13. Ha estado usted (actualmente) bajo control familiar?			22. De acuerdo a su religión está bien limitar el número de hijos?		
Si	85		Si	90	
No	34		No	41	
No responden	20		No responden	8	
14. Dónde, en qué oficina/clínica ha estado (está usted actualmente) bajo control?			23. El (los) métodos que usa para limitar el número de hijos se los facilita la Unidad de Salud/la oficina?		
Unidad de salud	84		Si	87	
Todavía no	1		No	25	
Farmacia	1		No responden	27	
ISSS	13		24. Con qué frecuencia debe usted asistir (asistía) a la Clínica para obtenerlo?		
Particular	3		15 días	2	
ADS	2		1 mes	78	
No responden	35		2 meses	2	
15. Cómo se informó usted que aquí (en la oficina) proporcionaban ese servicio (cómo es que se puso en control)?			No asiste	20	
Amigos	34		Poca frecuencia	9	
Familiars	3		No responden	28	
Propaganda	35		25. Ha asistido alguna vez a la Clínica (asistió) por haberlo expulsado?		
Clínica	24		Si	15	
Varios	7		No	61	
No responden	36		No responden	53	
16. Había usted oído hablar antes de los "métodos anticonceptivos" (para no tener hijos)?			26. Ha oído usted de gente que haya venido al puesto de salud/clínica por un catarro por ejemplo y le hayan hablado sobre limitar el número de hijos?		
Si	112		Si	80	
No	26		No	57	
No responden	1		No responden	2	
17. Había usted oído hablar de los "dispositivos intrauterinos" (lo que colocan en las clínicas a las mujeres para no tener hijos)?			27. Qué piensa la gente de esto?		
Si	85		Bueno	57	
No	53		Malo	15	
No responden	1		No sabe	26	
18. (Si anterior es afirmativa) Sabe usted usarlo?			No responden	41	
Si	26		28. Usted, por favor recuerde, cómo fue que se decidió a limitar el número de hijos?		
No	76		Económicos	53	
No responden	47		Salud	12	
19. Algunas madres piensan que esas cosas provocan/producen/dan problemas, como por ejemplo calambres y dolores? Piensa usted lo mismo?			Estéril	2	
Si	56		Familia reducida	15	
No	61		Lo que Dios quiera	6	
No responden	22		No piensa limitarlos	4	
20. Cuántos hijos considera usted que debe tener una familia?			No responden	45	
0-1	2		29. La primera vez que le hablaron de eso fue cuando usted vino a pasar consulta?		
2	19		Si	74	
3	65		No	45	
4	36		No responden	20	
5 y más	11		30. Sobre qué quería pasar usted consulta?		
No responden	6		Planificación familiar	44	
21. Por favor, qué religión profesa usted?			Salud	26	
Católica	124		Embarazo	7	
Otras	13		No sabe	4	
No responden	2		No responden	48	

31. Y en esa oportunidad le hablaron de limitar el número de hijos?
- | | |
|--------------|----|
| Si | 86 |
| No | 30 |
| No responden | 23 |
32. No podría explicarme más por favor. Es decir, qué le dijeron, qué pasó la primera vez?
- | | |
|-------------------------|----|
| Métodos anticonceptivos | 80 |
| Sin métodos | 9 |
| Consultar esposo | 1 |
| No saben | 5 |
| No responden | 44 |
33. Recibió usted charlas sobre limitar el número de hijos?
- | | |
|--------------|----|
| Si | 76 |
| No | 53 |
| No responden | 10 |
34. Quién le impartió (la charla)?
- | | |
|-----------------|----|
| Personal médico | 76 |
| Familiares | 2 |
| Extraños | 8 |
| No sabe | 10 |
| No responden | 43 |
35. El personal que le dio la charla, es el mismo que trabaja en las unidades de salud?
- | | |
|--------------|----|
| Si | 70 |
| No | 29 |
| No responden | 45 |
36. De las cosas que le voy a mencionar, cuáles recuerda usted que trataron (hablaron) en las charlas?
- Valor de la planificación familiar para los niños, las madres, el padre, la familia y el país: 16.
 - Cómo se reproducen los hijos: 15.
 - Cómo se evitan: 37.
 - Cómo se usan (algunos métodos "anticonceptivos"): 41.
 - Otros: 12.
 - Todas: 30.
 - No responden: 40.
37. Hablaron en esas charlas de la realidad del país?
- | | |
|--------------|----|
| Si | 43 |
| No | 42 |
| No responden | 54 |
- 37a. Hablaron por ejemplo de cuánto gana al año la gente del campo, los campos, los campesinos?
- | | |
|--------------|----|
| Si | 32 |
| No | 60 |
| No responden | 47 |
38. Desea usted más información sobre el Control Familiar?
- | | |
|--------------|----|
| Si | 79 |
| No | 38 |
| No responden | 22 |
39. Cuántos hijos suyos han nacido vivos?
- | | |
|--------------|----|
| 0 | 13 |
| 1 | 19 |
| 2 | 26 |
| 3 | 20 |
| 4 | 17 |
| 5 y más | 34 |
| No responden | 15 |
40. Cuántos hijos se le han muerto?
- | | |
|--------------|----|
| 0 | 60 |
| 1 | 30 |
| 2 | 16 |
| 3 | 4 |
| 4 | 5 |
| 5 y más | 5 |
| No responden | 16 |
- 40a. Por qué?
- | | |
|--------------|----|
| Aborto | 13 |
| Mal parto | 14 |
| Enfermedad | 26 |
| Nació muerto | 7 |
| No sabe | 3 |
| No responden | 75 |
41. Cuándo le hablaron por primera vez de la Planificación (limitar los hijos) le dijeron que hablara primero con su esposo (acompañante) antes de tomar una decisión?
- | | |
|--------------|----|
| Si | 93 |
| No | 18 |
| No responden | 28 |
42. Lo hizo usted, es decir habló con su esposo (acompañante) primero y después por consentimiento (acuerdo) de ambos, usted se puso en control?
- | | |
|--------------|----|
| Si | 84 |
| No | 30 |
| No responden | 25 |
43. Algunas madres no consultan estas cosas con el esposo (acompañante) cree usted que eso está bien?
- | | |
|--------------|-----|
| Si | 15 |
| No | 104 |
| No responden | 20 |
44. Otras dicen que hay que seguir los consejos que dan los que saben de esas cosas y no consultarlo con nadie más. Qué piensa usted de eso?
- | | |
|--------------|----|
| Bien | 74 |
| Mal | 43 |
| No sabe | 1 |
| No responden | 21 |
45. Su esposo (acompañante) estuvo de acuerdo en que usted se pusiera en control?
- | | |
|--------------|-----|
| Si | 103 |
| No | 12 |
| No responden | 24 |

46. Cuánto ganó el mes pasado su esposo?			51. Si usted no hubiera ido (venido) a la Clínica piensa que hubiera decidido por usted misma limitar el número de hijos?		
¢ 0 - 25		3	Si		82
26 - 50		8	No		39
51 - 75		4	No responden		18
76 - 100		25	52. Alguna amiga suya o vecina ha dejado de venir a pasar consulta por temor a que le pongan en control?		
100 - 200		42	Si		41
201 y más		33	No		82
No responden		24	No responden		16
47. Qué cosa influyó más para que usted se pusiera en control?			53. Por favor, deme su opinión, sus ideas. Cree usted que en el país hay:		
Salud		32	Mucha gente		124
Económico		52	Falta de gente		2
Familiar		6	Regular número de gente		10
No sabe		1	No responden		3
No responden		47	54. La gente del país cree usted que se mueve de un lugar otro?		
48. Alguien le ha dicho a usted que tiene muchos hijos?			Si		131
Si		37	No		7
No		86	No responden		1
No responden		16	55. Los salarios de los hombres, lo que ganan a la semana, a la quincena, como lo calificaría usted?		
48a. Quién?			Poco		103
Familiares		20	Regular		33
Amigos		14	Alto		1
Médicos		9	No responden		2
Extraños		1	56. Qué cosas deberían de hacerse por la gente del campo, que cosa urge que se haga por los campesinos, la gente como usted?		
No responden		86	Económico		88
48b. Con qué motivo le dijo esto?			Planificación Familiar		6
Por conveniencia		27	Reforma Agraria		2
Económico		9	Política		2
Charlas		2	Salud y social		4
No responden		101	No sabe		8
49. Cuántos hijos tiene usted?			No responden		29
0		0	57. Piensa usted tener más hijos?		
1		22	Si		41
2		26	No		91
3		21	No responden		6
4		28	58. Los hijos, cree usted que Dios los da, o la familia (mujer y hombre) deciden tenerlos?		
5 y más		29	Dios		48
No responden		12	Familia		85
50. Alguien le ha dicho alguna vez cuántos debe tener?			Ambos		3
Si		55	No responden		3
No		76	59. Cómo calificaría usted a una familia con 10 hijos, cómo la llamaría?		
No responden		8	Malo		52
50a. Quién?			Numerosa		64
Personal médico		31	Regular		2
Familia		17	Bueno		2
Otros		15	Con suerte		5
Amigas		3	No responden		15
No responden		73			
50b. Con qué motivo le dijo esto?					
Económico		25			
Muchos hijos		1			
Conveniencias		7			
Religión		1			
No sabe		3			
No responden		102			

60. Y una familia que sólo tuviera dos o tres hijos, cómo la llamaría, qué diría usted de ello?

Malo	17
Regular y normal	37
Bueno	72
No responden	13

61. Para limitar el número de hijos, qué es lo mejor?

Obligar a la gente: 14.
 No obligarla pero darle los "anticonceptivos": 26.
 Sólo esterilizar a los hombres: 18.
 Hablar con ambos (mujer y hombre) y que ambos decidan lo mejor: 101.
 Sólo hablar con la mujer y que ella sola decida: 8.
 Sólo hablar con el hombre y que él solo decida: 0.
 No responden: 1.

62. A cuántas charlas ha asistido usted sobre Planificación Familiar?

0	43
1	22
2	8
3	17
4	7
5 y más	16
Varias	8
No responden	13

63. En esas charlas usted sólo fue informada sobre la Planificación Familiar?

Si	75
No	19
No responden	45

64. Por favor, dígame, no aprendió (conoció) cómo usar los anticonceptivos?

Si	74
No	44
No responden	21



ENCUESTA PARA PERSONAL MEDICO Y PARA-MEDICO QUE TRABAJA EN INSTITUCIONES CON PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR, AUTORIDADES Y OTROS INFORMADORES.

	— 26 médicos y paramédicos		5a. Qué beneficios económicos puede lograr (sacar) el país?	
Número de encuestados:	28		Mejor distribución de ingresos	10
			Bienestar general	4
			Mejor educación	4
			Menos población	3
			Familiares	3
			Menos inseguridad	2
			No responden	2
			6. Está usted al corriente (informado) de los programas de la Asociación Demográfica Salvadoreña?	
Edad entrevistados:	20-25 años	5	Si	22
	26-30 años	10	No	6
	31-35 años	4		
	36-40 años	4		
	41 y más	5		
Sexo:	masculino	7	7. Conoce usted otras instituciones públicas o privadas trabajando con programas de Planificación Familiar?	
	femenino	21	Si	21
			No	7
Años de trabajar en la Institución:			7a. Cuáles, puede designarlas?	
	0- 1 año	8	Médicos	1
	1- 5 años	13	Unidad y Puestos de Salud	9
	6-10 años	3	Asociación Demográfica Salv.	4
	11 y más	4	ISSS	6
1. Aprueba usted el control familiar?			Colegios	1
	Aprueba	28	No responden	7
	Desaprueba	0		
	Sin opinión	0	8. Piensa que la Asociación Demográfica Salvadoreña es una institución privada o nacional?	
2. Piensa que el planeamiento familiar debe ser parte de una política nacional?			Privada	6
	Si	20	Nacional	11
	No	8	No sabe	10
	Sin opinión	0	No responden	1
3. (Si respuesta es afirmativa en 2). Esa política, en su aplicación, cómo la considera usted?			8a. (Si ha respondido que es privada) Cómo se logra su financiamiento, cómo se sostiene económicamente?	
	Muy urgente	5	Patronato	1
	Urgente	7	Compromisos extranjeros	1
	Medianamente urgente	7	Propios fondos	2
	Débilmente urgente	0	No responden	24
	No urgente	1		
	No responden	8	9. Qué proporción de los pacientes que viene a este consultorio, clínica, unidad de salud... pide consejos sobre control de natalidad o métodos anti-conceptivos?	
4. Estima usted que el país puede lograr beneficios con un programa de Planeamiento Familiar?			0%	4
	Si	28	25%	15
	No	0	50%	3
5. (Si anterior es afirmativa). Por favor, qué beneficios sociales puede lograr el país?			100%	2
	Económico-social familiar	15	No responden	4
	Menos hambre y menos gente	9		
	Mejor educación	3		
	Menos delincuencia	1		

10. Qué grado de información juzga usted que tienen o suelen tener los pacientes de origen campesino sobre métodos anticonceptivos?			18. Qué metas persigue el programa de esta oficina (Adaptar a personal no médico). (Qué metas persigue los planes de Planificación Familiar?).		
	Adecuados	8		Reducir natalidad	8
	Parcial	4		Economía	4
	Prejuiciado	5		Mejor servicio	3
	Vago	7		Factor médico	4
	Ninguno	3		Evitar desnutrición	1
	Ingenuo	1		Buena educación familiar	1
				No responden	4
11. En general, piensa usted que falta información a las familias campesinas sobre métodos anticonceptivos?			19. Respecto de las madres, hay una edad en particular en las metas del programa?		
	Si	25		Si	8
	No	3		No	14
				Cuál edad?	14 a 49 años: 7
					(varía mucho)
12. Proporciona usted (como parte de su trabajo) esa información?				No responden	6
	Si	26	20. Este programa es el mismo (es seguido por otras instituciones)?		
	No	2		Si	25
				No	0
13. Con qué frecuencia?				No responden	3
	Siempre	18	21. El que exista este número de instituciones trabajando con programas de Planificación Familiar es en razón de la existencia de un plan nacional o pura coincidencia?		
	A veces	8		Plan Nacional (del gobierno)	23
	Nunca	1		Pura coincidencia	1
	No responden	1		No responden	4
14. Recomienda usted algún procedimiento anticonceptivo?			22. Es esto conocido (lo anterior) de la mayoría del público?		
	Si	23		Si	21
	No	4		No	6
	No responden	1		No responden	1
15. (Si es afirmativa la pregunta anterior). Cuál de los que le mencionaré recomienda usted? (Jerarquizar si hay más de uno) (Indique el preferido, el que prescribe)?			23. Ayudaría a los programas el que se hiciera de conocimiento público (qué estos programas se hicieran más explícitos)?		
	Diafragma	2		Si	28
	Dispositivos intrauterinos	10		No	0
	Gestógenos anovulatorios		24. En su opinión, qué proporción de niños entre 0 y 5 años de edad fueron tocados (vacunados) en esta población?		
	orales	10		0%	0
	Ritmo	2		entre 5 y 25%	0
	Otros	1		entre 26 y 50%	1
	No responden	8		entre 51 y 75%	2
16. Le recomienda (el de arriba) por ser de los medios puestos a disposición de la familia en la clínica, unidad de salud o por alguna característica en particular:				entre 76 y 100%	17
	Medios en clínica	6		No responden	8
	Los más efectivos	5	25. Y a nivel nacional qué proporción de niños fueron vacunados?		
	Opción personal	3		Menos de 10.000	0
	Lo más fácil	2		50.000	2
	Económico	1		100.000	0
	No responden	11		150.000	0
17. Qué número de mujeres están bajo control en esta Unidad de Salud, Puesto de Salud, Consultorio, etc.?				200.000	0
	0-100	3		300.000	0
	101-200	6		400.000	6
	201-300	2		500.000	7
	301-más	5		más de 500.000	3
	No responden	12			

26. Se le ha dado publicidad a esas cifras?			34. Hay algunos de ellos dedicados especialmente a los programas de Planificación Familiar?		
	Si	20		Si	17
	No	4		No	11
	No responden	4			
27. Qué porcentaje de mujeres entre 14 y 49 años piensa usted que están en control en todo el país?			34a. Cuáles?		
	0%	2		Médicos	12
	25%	8		Enfermeras	2
	50%	13		Todos	1
	100%	1		Cuántos? No responden:	12
	No responden	4		0- 5	14
				6-10	1
				11 y más	15
28. Más particularmente en esta unidad cuántas mujeres entre 14 y 49 años de edad están bajo control?			35. Algunos piensan que buena parte de la población rural no goza de servicios de salud por la ubicación urbana de la mayoría de los puestos? Está de acuerdo?		
	0-100	4		De acuerdo	17
	101-200	4		Desacuerdo	10
	201-300	4		No responden	1
	301-400	2			
	401-más	5			
	No responden	9			
29. Se ha informado al público del número de mujeres que están en control a nivel nacional?			36. (Si es positivo en anterior). Para el éxito de los programas de planificación familiar, no sería mejor aprovechar toda visita de las madres o padres a la unidad/puesto de salud/para darles información sobre la planificación familiar?		
	Si	5		Si	23
	No	21		No	0
	No responden	2		No responden	5
30. (Si la respuesta es no, en 29 pero sí en 26) No cree usted que al igual que con las cifras de vacunación estas cifras deberían ser conocidas del gran público?					
	Si	21			
	No	2			
	Sin opinión	5			
31. Cómo calificaría usted lo realizado por su oficina, unidad de salud, etc., en lo relativo al programa de Planificación Familiar?			37. La atención prenatal es una buena ocasión para proporcionar esta información?		
	Muy bueno	6		Si	27
	Bueno	11		No	0
	Regular	6		No responden	1
	Malo	0			
	Muy malo	0			
	No responden	5			
32. Qué tiempo tienen de estar funcionando los programas en esta Unidad, Puesto de Salud, etc.?			38. Algunos piensan que los programas de planificación familiar tienen por objeto ayudar a quienes ya desean limitar el número de hijos. Está usted de acuerdo?		
	Menos de 1 año:	0		De acuerdo	26
	Entre 1 y 3	2		En desacuerdo	1
	Entre 4 y 5	7		Sin opinión	1
	Más de 5	13		Si	22
	No responden	6			
33. Cuál es el número de profesionales trabajando en esta Unidad?			38a. (Si está de acuerdo) Ha sido ese el caso con la mayoría de madres en control en esta Unidad/Puesto?		
	0-15	13		Si	22
	6-10	5		No	3
	11-15	6		Sin opinión	3
	16-20	2			
	21 y más	1			
	No responden	1			
			39. Cómo lograrían esas madres la información. (La información inicial).		
				Medios de comunicación social	11
				Compañeros	3
				Charlas	9
				Folletos	1
				No responden	4

40. Piensa usted que instituciones como la Asociación Demográfica Salvadoreña debieran ser incorporadas al Ministerio de Salud?				49. Sería usted tan amable de distribuir ese tiempo entre casos nuevos y casos en control?			
	Si	23		Casos nuevos	17	50% - 60%	
	No	3		Casos en control	12	40% - 50%	
	No responden	2		50. Entre los instrumentos pedagógicos abajo descritos, cuáles estima usted que son más indispensables en la información a las madres bajo control? (si responde que todos, por favor, jerarquice).			
41. (Si es positivo en 40). Existe algún plan para hacerlo así en el futuro?	Si	3		Películas		18	
	No	3		Fotos, diapositivas		8	
	Sin opinión	22		Material policopiado		7	
42. Este puesto de salud/unidad de salud ha utilizado (utiliza) la esterilización masculina?	No responden	2		Exposiciones orales por miembros del personal		9	
	Si	3		Otros		4	
	No	23		No responden		3	
43. Cuá es el promedio de esterilizaciones masculinas sobre las femeninas?	0:	4		51. Ahora un caso hipotético. Si una madre viene por primera vez al consultorio por un catarro común aprovecharía usted para proporcionarle información sobre Planeamiento Familiar?	Si	22	
	Inferior:	1			No	6	
	1-10:	2		52. El personal que trabaja en esta oficina ha recibido cursos de información o capacitación sobre Planificación Familiar?	Si	23	
	15%:	1			No	4	
	No responden:	20			No responden	1	
44. Piensa usted que en los programas de Planificación Familiar existentes en el país se utilice mucho más los dispositivos intrauterinos que cualquier otro procedimiento?	Si	6		52a. Lo recibió usted?	Si	20	
	No	20			No	8	
	No responden	2		52b. Qué tiempo duró el entrenamiento (el curso de formación)?	0-7	19	
45. Por qué razones?					14 y más	3	
Temor		13			No responden	6	
Prejuicios		3		53. En su trabajo diario se ha encontrado usted alguna vez con madres que se nieguen al uso de anticonceptivos?	Si	27	
Ignorancia		2			No	0	
Trastornos		2			No responden	1	
Económico		2		53a. Qué razones alegan?	Dañino	8	
Falta de medios técnicos		2			Moral y religioso	8	
No responden		4			No les deja el esposo	6	
46. En su opinión influye el número de hijos en la decisión de someterse a control?	Si	24			Temor	5	
	No	4			No responden	1	
47. Actualmente se dice que en el país la información interpersonal de personal de los programas de Planificación Familiar es más importante que la de los medios de comunicación de masas. Está usted de acuerdo?	De acuerdo	22		54. Recomienda usted a sus pacientes que tomen una decisión frente al problema de limitar los hijos después de una plática, de una decisión en conjunto?	Si	24	
	En desacuerdo	2			No	0	
	No responden	4			No responden	4	
48. Qué proporción de horas dedica esta oficina/Unidad/Puesto de Salud a la educación (información de madres)?	0- 30 minutos	7					
	31- 60	5					
	91- 120	6					
	Toda hora	4					
	No responden	6					

55. Por favor, qué religión profesa usted?			
Católico	24		
Protestante	1		
No responden	3		
56. Su trabajo no entra en contradicción con algunos aspectos de su religión (el recomendar a otros que limiten sus hijos)?			
Si	3		
No	23		
No responden	2		
57. Respecto al tipo de reivindicación mayoritaria de las clases populares cuál/cuáles podría señalar usted como la más necesaria, la más urgente?			
1. De tipo económico para el mejoramiento del nivel de vida: 7.			
2. De tipo político: 1.			
3. De tipo religioso: 3.			
4. De tipo familiar (limitar el número de hijos): 12.			
5. De tipo ideológico: 1.			
58. Por favor, cómo se clasificaría usted en lo que concierne a su posición frente a la Planificación Familiar?			
Adhiere los programas	24		
Indiferente	1		
Hostil a toda adhesión	1		
No responden	2		
59. Entre las siguientes imágenes, cuál es la que se aproxima más a la realidad del país en lo relativo a movilidad de su población?			
Sin migración interna sensible: 1			
Débil movimiento de migración interna: 0			
Gran migración interna: 9			
Desplazamiento de las regiones rurales: 3			
Regular inmigración a zonas urbanas: 6			
Fuerte inmigración a zonas urbanas: 9			
No responden: 1			
60. De las imágenes siguientes relativas al ingreso nacional per cápita, cuál cree que se ajusta más a la realidad de las clases populares del país?			
Muy bajo en vías de degradación: 9			
Muy bajo y estacionario: 5			
Muy bajo en vías de mejoramiento: 5			
Débil/estacionario: 0			
Débil en vías de mejoramiento: 4			
Regular: 0			
Medio: 1			
Alto: 1			
No responden: 3			
61. Piensa usted que la influencia de los medios de comunicación es importante para mover a las familias a aceptar el control de la natalidad?			
Si	26		
No	1		
No responden	1		
62. Piensa usted que además de los medios de comunicación tradicionales (radio, prensa y TV) hay otros medios de comunicación más eficaces?			
Si	20		
No	7		
No responden	1		
63. Cuáles?			
Charlas	12		
Campañas	5		
Películas	2		
Carteles	1		
Personalmente	1		
No responden	9		

ACTITUDES Y OPINIONES DE SACERDOTES FRENTE A LA PLANIFICACION FAMILIAR.

Total encuestados:	9	5a. Qué beneficios económicos (puede lograr el país)?	
Edad:		Trabajo:	4
20-30 años	1	Bienestar económico:	3
31-40 "	6	No responden:	2
41-44 "	2		
Nacionalidad:		6. Está usted al corriente informado de los programas de la Asociación Demográfica Salvadoreña?	
Salvadoreño	5	Si	3
U.S.A.	3	No	6
Española	1		
Años de trabajo en la parroquia:		7. Conoce usted otras instituciones públicas o privadas trabajando con programas de Planificación Familiar?	
0- 5 años	4	Si	4
6-10 "	4	No	5
16 años	1		
1. Aprueba usted el Control Familiar?		7a. Cuáles (puede designarlas)?	
Lo aprueba	8	Clínicas:	1
Lo desaprueba	1	Unidades de Salud e ISSS:	3
Sin opinión	0	No responden:	5
2. Piensa usted que el planeamiento familiar debe ser parte de una política nacional?		8. Piensa que la Asociación Demográfica Salvadoreña es una institución?	
Si	8	Privada	2
No	1	Nacional	5
2a. Tiene usted la impresión de que ya lo es?		No sabe	1
Si	5	No responden	1
No	4	8a. (Si ha respondido que es privada) Cómo logra financiamiento o se sostiene económicamente?	
3. (Si la respuesta es afirmativa en 2) Esa política, en su aplicación, cómo la considera usted?		Por gobierno:	2
Muy urgente	3	Imperialismo:	1
Urgente	2	Ricos e Iglesias:	1
Medianamente urgente	2	No responden:	5
Débilmente urgente	0		
No urgente	0	9. Aquí en su parroquia hay fieles, mujeres, parejas, que están en Control de la Natalidad?	
No responden	2	Si	7
4. Estima usted que el país puede lograr beneficios con un programa de Planificación Familiar?		No	2
Si	8	10. Qué proporción de fieles le pide consejo sobre cuestiones relativas a limitar el número de hijos?	
No	1	0- 25%	6
		26- 50%	2
		51- 75%	0
		75-100%	1
5. (Si la anterior es afirmativa). Por favor, qué beneficios sociales puede lograr el país?		11. Qué grado de información juzga usted que tienen o suelen tener los fieles de origen campesino sobre métodos anticonceptivos?	
Posesión de tierras:	1	Adecuado	2
Fuentes de trabajo:	1	Parcial	2
Integración familiar:	2	Prejuiciado	0
Ayuda espiritual y económica:	2	Vago	4
Menos pobreza, más educación:	2	Ninguno	0
No responden:	1	Ingenuo	1

12. En general, piensa usted que falta información a las familias campesinas sobre métodos anticonceptivos?
- | | |
|----|---|
| Si | 8 |
| No | 1 |
13. Proporciona usted esa información?
- | | |
|--------------|---|
| Si | 6 |
| No | 2 |
| No responden | 1 |
14. Con qué frecuencia?
- | | |
|--------------|---|
| Siempre | 1 |
| A veces | 6 |
| Nunca | 1 |
| No responden | 1 |
15. Recomienda usted algún procedimiento anticonceptivo?
- | | |
|----|---|
| Si | 6 |
| No | 3 |
16. (Si es afirmativa la anterior) Cuál de los que le mencionaré recomienda usted? (jerarquizar)
- | | |
|----------------------------------|---|
| Diafragma: | 3 |
| Dispositivos intrauterinos: | 0 |
| Gestógenos anovulatorios orales: | 1 |
| Ritmo: | 4 |
| Otros: | 1 |
17. (Si la 15 es negativa) Lo hace usted por principios religiosos?
- | | |
|--------------|---|
| Si | 4 |
| No | 0 |
| No responden | 5 |
18. Su actitud es consecuente con la de la Iglesia Católica Salvadoreña?
- | | |
|----|---|
| Si | 9 |
| No | 0 |
19. Hay alguna circunstancia en que la familia deba regular o limitar el número de hijos?
- | | |
|--------------|---|
| Si | 8 |
| No | 0 |
| No responden | 1 |
20. Qué circunstancias?
- | | |
|------------------------|---|
| Razones económicas: | 4 |
| Educación y salud: | 2 |
| Padres irresponsables: | 1 |
| Casos aislados: | 1 |
| Peligro de muerte: | 1 |
21. Hay cosas más urgentes que el país debiera hacer antes de aplicar una política nacional de control de la natalidad?
- | | |
|----|---|
| Si | 7 |
| No | 2 |
22. En su opinión, hay familias que no aceptan ni aceptarían un control familiar?
- | | |
|--------------|---|
| Si | 8 |
| No | 0 |
| No responden | 1 |
23. Por qué motivos?
- | | |
|--------------|---|
| Religión | 6 |
| Económico | 1 |
| Tradición | 1 |
| No responden | 1 |
24. La posición de la jerarquía de la Iglesia es consecuente con el sentir y pensar de la mayoría de los católicos?
- | | |
|--------------|---|
| Si | 3 |
| No | 5 |
| No responden | 1 |
25. Si la jerarquía de la Iglesia le pidiese un consejo, qué recomendaría usted?
- | | |
|--------------------------|---|
| Concientización: | 3 |
| Guiarse por principios: | 1 |
| Prudencia: | 1 |
| Actuar con el campesino: | 2 |
| Educación familiar: | 1 |
| No responden: | 1 |
26. Entre las siguientes imágenes, cuál es la que se aproxima más a la realidad del país?
- | | |
|-------------------|---|
| Sobrepoblado: | 6 |
| Débil densidad: | 0 |
| Densidad regular: | 0 |
| Gran densidad: | 3 |
| Subpoblado: | 0 |
27. Entre las siguientes imágenes, cuál es la que se aproxima más a la realidad del país en lo relativo a movilidad de su población?
- | | |
|---|---|
| Sin migración interna sensible: | 0 |
| Débil movimiento de migración interna: | 1 |
| Gran migración interna: | 4 |
| Despoblamiento de las regiones rurales: | 1 |
| Regular migración a zonas urbanas: | 2 |
| Fuerte migración a zonas urbanas: | 3 |
28. Piensa usted que la influencia de los medios de comunicación es importante para mover a las familias a aceptar el control de la natalidad?
- | | |
|----|---|
| Si | 9 |
| No | 0 |
29. Piensa usted que además de los medios de comunicación tradicionales (radio, prensa, TV) hay otros medios de comunicación más eficaces?
- | | |
|----|---|
| Si | 9 |
| No | 0 |

30. Cuáles?
- | | |
|-------------------------------|---|
| Concientización del gobierno: | 2 |
| La Iglesia: | 1 |
| Conferencias: | 2 |
| Visitas personales: | 4 |
31. De las imágenes siguientes relativas al ingreso nacional per cápita, cuál cree usted que se ajusta más a la realidad de las clases populares del país?
- | | |
|------------------------------------|---|
| Muy bajo en vías de degradación: | 7 |
| Muy bajo y estacionario: | 0 |
| Muy bajo, en vías de mejoramiento: | 1 |
| Débil y en vías de mejoramiento: | 1 |
| Regular: | 0 |
| Medio: | 0 |
| Alto: | 0 |
32. Respecto al tipo de reivindicación mayoritaria de las clases populares, cuál podría usted señalar como la más necesaria, la más urgente?
- | | |
|---|---|
| De tipo económico para el mejoramiento del nivel de vida: | 3 |
| De tipo político: | 6 |
| De tipo religioso: | 2 |
| De tipo familiar (limitar el número de hijos): | 0 |
| De tipo ideológico: | 1 |
| Otras: un cambio estructural: | 1 |
33. Por favor, cómo se clasificaría usted en lo que concierne a su posición frente a la planificación familiar?
- | | |
|--------------------------|---|
| Adhiere a los programas: | 5 |
| Indiferente: | 1 |
| Hostil a toda adhesión: | 3 |
34. Cuáles son los aspectos que caracterizan a la planificación familiar (los programas) existentes en el país, según la experiencia recogida por usted de sus fieles?
- | | |
|---|---|
| Impositiva y engañosa: | 6 |
| Disminuir población por pastillas y esterilización: | 2 |
| Programas muy débiles: | 1 |
35. Control Natal, Planificación Familiar, Regulación de los Nacimientos y otros términos muy en boga hoy en día, piensa usted que significa lo mismo?
- | | |
|----|---|
| Si | 3 |
| No | 6 |
36. Piensa usted que pueda separarse la publicidad de la información?
- | | |
|----|---|
| Si | 6 |
| No | 3 |