

## Democratización de la Salud en la modernización del Estado: El Salvador 1950-1960

Leonel Armando Hernández Sánchez  
Universidad de El Salvador  
leonel.hhdz@gmail.com

### **Resumen**

La finalidad de este artículo es analizar los cambios producidos en las políticas de salud pública durante el inicio de la modernización del Estado salvadoreño (1950-1960). Con el propósito de dilucidar mejor el proceso nos enfocaremos en estudiar los principales proyectos de salud, cobertura y variación del gasto público en el ramo, evidenciando la relación en que la salud pública fue parte del proceso de modernización social que promovía el gobierno, al mismo tiempo que impulsaba la modernización económica.

**Palabras clave:** El Salvador, Estado de Bienestar, Política social, Salud pública

**Abstract**

*The purpose of this article is to analyze the changes produced in public health policies during the beginning of the modernization of the Salvadoran State (1950-1960). With the purpose of elucidating the process better, we will focus on studying the main health projects, coverage and variation of public expenditure in the field. That demonstrate the relation in which the public health was part of the process of social modernization that promoted the government, at the same time that impelled the economic modernization.*

**Keywords:** *El Salvador, Welfare State, Social Policy, Public Health*

### **Introducción: La salud pública como símbolo del Estado de Bienestar**

Hablar de los cambios en salud pública es hablar de un amplio programa de políticas sociales que solo pueden comprenderse dentro de su contexto. El Salvador, a finales de la década de los cuarenta, sufrió una crisis política que llevó al poder a un grupo de militares y civiles progresistas. A este proceso se le denominó la "Revolución de 1948", donde se rompió con el Estado liberal y se estableció uno más interventor en materia económica y social.

Por su parte, el contexto externo obligaba a ponerse en sintonía con los ambiciosos programas desarrollistas impulsados por la CEPAL, para transformar las economías latinoamericanas de agrarias a industriales. No hay que olvidar la época de bonanza por la que transitaba el precio internacional del café, cultivo que sustentaría el gasto de las políticas sociales. Y más importante aún: en esos años el Estado de bienestar se convirtió en finalidad del nuevo gobierno.

La salud pública fue uno de los principales pilares de esa modernización social. Esto lo evidenciamos en los esfuerzos por institucionalizar la salud y por expandir

los servicios. Dichos cambios se enmarcan en una nueva ideología estatal que busca las mejoras sociales a la par del desarrollo económico, dándole prioridad al obrero, como modelo de nuevo ciudadano en una sociedad industrial.

Con la finalidad de indagar en ese proceso, el presente artículo pone en evidencia indicadores referentes a las transformaciones producidas. Se examinan específicamente dos elementos: primero, los principales proyectos implementados y el nivel de cobertura de los servicios médicos, siempre vistos desde la lógica de descentralización de los servicios. El segundo punto es la variación del gasto en salud, así como la distribución de los recursos, haciendo énfasis en la variación entre el campo y la ciudad.

Partimos de la premisa que la democratización de la salud ocurre cuando los servicios médicos se modernizan y se expanden hacia zonas rurales y de escasos recursos, transformando la condición de vida de toda una población. Esta democratización se hace evidente cuando el derecho a la salud es accesible y garantizado por el Estado, y no solo es recibido por pequeños grupos urbanos.

### Estado del debate sobre salud pública y precisiones conceptuales

Los cambios en salud pública se enmarcan en un proceso más amplio que fue la modernización del Estado. En los años cincuenta, se intentó establecer el Estado de bienestar, el cual es un conjunto de actividades gubernamentales con la finalidad de redistribuir los recursos nacionales mediante políticas sociales. Comprendiendo actividades desarrolladas por la seguridad social: pensiones (subsidios de desempleo o vejez), la sanidad (sistema de salud universal y gratuita), servicios públicos: educación (garantizar el acceso al conocimiento de todos los ciudadanos), vivienda, alimentación, cultura y otros servicios asistenciales, aplicados al conjunto de los ciudadanos y no solo a los trabajadores.<sup>1</sup>

Dentro de esta nueva postura sobre lo social, la salud pública tuvo gran importancia. El Estado asumió su papel de garante del bienestar; por ello impulsó proyec-

tos con el fin de mejorar la calidad de los servicios médicos, y asegurar así el bienestar físico y mental de la población.<sup>2</sup> Pocos son los trabajos que han tocado el tema del cambio en salud pública, y los existentes han limitado el análisis a la hora de relacionar la salud con los proyectos de modernización económica y social de los años cincuenta.

Jorge Juárez en "Población: estadísticas y enfermedades en la configuración del Estado en El Salvador en la segunda mitad del siglo XIX" plantea cómo desde el siglo XIX el control de la población era una prioridad, tanto el control cuantitativo como el control de la salud de los ciudadanos.<sup>3</sup> También destaca el papel del Estado al fomentar y apoyar entes privados como las Juntas de Caridad y Beneficencia quienes tenían a su responsabilidad distribuir socorros a los pobres.<sup>4</sup>

1 María José Ortiz Bergia, "La democratización de la salud. Las políticas sanitarias durante de los gobiernos peronistas en Córdoba (1943-1955)." *Revista de la facultad de ciencias medicas*, 69, no. 4 (2012): 3.

2 Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, "Palabras consultada: Salud pública," (Consultado el 27 de febrero 2016).

3 Jorge Juárez, "Población: estadísticas y enfermedades en la configuración del Estado en El Salvador en la segunda mitad del siglo XIX." *Revista virtual de Instituto de Estudios Históricos, Antropológicos y Arqueológicos de la Universidad de El Salvador, IEHAA-UES*: 1.

4 *Ibid.*: 6.

Desde un punto más específico, Miguel Ángel Durán en "Algunas consideraciones sobre el seguro social en El Salvador" reflexiona sobre el debate de hacia dónde debía el Estado enfocar sus recursos en materia de salud. Varias ideas argumentaban que era mejor un sistema escalonado, donde primero se mejorara los centros de salud de la capital y progresivamente se expandieran esos servicios a las zonas rurales.<sup>5</sup> A pesar de que se era consciente que existían más necesidades de la salud en lo rural, los proyectos eran vistos también desde el lado económico. Por ejemplo, para el seguro social se creó un sistema donde fuera más fácil la recaudación de la contribución obrera, descartando el medio rural con argumentos como el empleo informal, el analfabetismo y la ignorancia, que evitarían la cooperación para el mantenimiento de los servicios.<sup>6</sup>

En una postura opuesta, Carlos Villatoro habla sobre el mundo rural en "Breve estudio de la medicina rural en El Salvador" argumenta que el problema en lo rural no era solo la inaccesibilidad territorial

sino también lo "cultural", pues la medicina científica contrastaba con las fuertes creencias y prácticas de curanderos, brujos, chamanes, parteras etc.<sup>7</sup> Menciona, además, que es hasta 1950 que se inicia un esfuerzo real por mejorar la cobertura de los servicios.

En estudios recientes ya desde la óptica de la historiadora Cristina García Castro en "Políticas sociales en El Salvador: 1948-1960" expone que los mayores beneficiarios de las políticas de salud y de las políticas sociales en general fueron el magisterio, obreros, militares y burocráticos.<sup>8</sup> Por tanto, los cambios llevados en salud eran encaminados en ayudar a mejorar las condiciones de vida de los sectores productivos urbanos que se esperaba fueran los grupos que dinamizarían la economía.

Finalmente, Herberth Morales en "Discusiones sobre el desarrollo de los servicios de salud pública en El Salvador 1948-1957" desde la

5 Miguel Ángel Durán, "Algunas consideraciones sobre el seguro social en El Salvador." (Tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador, 1951), 24.

6 Ibid., 25.

7 Carlos Alberto Villatoro, "Breve estudio de la medicina rural en El Salvador." (Tesis doctoral, Universidad de El Salvador, 1968), 19.

8 Josué Zúñiga Hernández, Teresa Linares y Cristina García Castro, "Políticas sociales en El Salvador: 1948-1960." *Identidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5, no. 8 (2015): 131.

óptica del gremio médico, estatal y universitario, expone la discusión en materia de salud. Siguiendo la línea de la medicina preventiva ahonda en lo problemático que se volvió para el Estado descentralizar los servicios de salud, y fue en ese contexto que se vio como salida el servicio social obligatorio de los egresados de la carrera de Medicina, así como campañas de salud preventiva. Sin embargo, no se profundiza en ese proceso de expansión de los servicios ni tampoco se mete en la discusión de la relación con la ideología estatal que era más afín a los obreros que con los campesinos.

### Proyectos de salud y cobertura

Con el gobierno del PRUD se creó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La salud que se encontraba mayoritariamente en manos privadas pasó a depender directamente del Estado, por tanto, el primer gran objetivo fue la institucionalización de la salud, esto implicaba una ruptura con la tradición de juntas de caridad, que según Jorge Juárez funcionaba desde el siglo XIX.

Anterior a 1950 existía un sistema de "patronatos" donde el Estado otorgaba a una institución el control sobre un hospital o asilo, mientras este lo financiase. El Es-

tado por su parte solo se dedicaba a establecer arbitrios a favor de las juntas de caridad, dejando la administración de los hospicios a entes privados.<sup>9</sup> En la década de 1950, las juntas de caridad como tal desaparecen del ramo de Salud y el Estado establece un control sobre los hospicios. A pesar de que organizaciones como el Club de Leones y la Cámara Junior seguían contribuyendo con recursos, estos debían rendir cuentas de su quehacer al Ministerio de Salud.<sup>10</sup>

Según Marcos Cueto, este proceso de institucionalización puede verse en toda América Latina a mediados del siglo pasado, haciendo notar la relación existente entre el cambio del poder político y los servicios de salud. Enfatiza tres elementos para comprender el proceso: expansión del Estado, secularización y urbanización de las sociedades.<sup>11</sup>

A la par de la institucionalización

9 Juárez, "Población: estadísticas y enfermedades en la configuración del Estado en El Salvador en la segunda mitad del siglo XIX." 8.

10 Ministerio de salud pública y asistencia social, "Breve informe sobre las campañas médicas." *Memoria de labores de salud*, no. 3 (1953): 35.

11 Marcos Cueto, "Instituciones sanitarias y poder en América Latina." *DYNAMIS*, 25(2005): 51.

**Imagen 1: Número de médicos en El Salvador**

Año	No. de médicos en el país	Población total	Médicos por cada 100 mil hab.
1948	248	1,827,849	12
1953	325	1,929,779	16.5
1961	532	2,510,984	21

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Colegio Médico de El Salvador, "Los estudios de medicina en El Salvador", *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, 2, no. 1 (marzo 1949): 97.

iba el segundo gran objetivo que era mejorar la cobertura. Es por eso que se crea en 1950 el proyecto denominado "Plan de organización de los servicios médicos para El Salvador",<sup>12</sup> con él se pretendía descentralizar los servicios médicos en sectores regionales, al alcance de las necesidades locales, se apostó para ello al aumento de profesionales médicos para contrarrestar el déficit respecto al aumento poblacional.

Esta pretensión de ampliar los servicios se vio condicionada por la escasez de médicos en el país, obligando al Estado a priori-

zar las zonas beneficiarias de los proyectos, que por cuestiones de accesibilidad y densidad poblacional se quedaban en las cercanías de la capital. Por ejemplo, las unidades sanitarias en puntos como el Barrio Candelaria, Concepción, San Jacinto y Mejicanos o las unidades sanitarias ambulantes con ruta de San Salvador a San Marcos y Santo Tomás, y de San Salvador a Soyapango, Ilopango, San Martín y Tonacateque,<sup>13</sup> denotan que los esfuerzos se concentraban en el Área Metropolitana de San Salvador.

A esta limitante en recursos humanos se suma el problema de la concentración urbana, pues los

12 Secretaria de Información del Consejo de Gobierno Revolucionario, "Mensaje del Señor Presidente de la República Teniente Coronel Oscar Osorio." *Discurso Presidencial*, no. 3 (1953): 141.

13 Ministerio de salud pública y asistencia social, "Principales trabajos sanitarios en el orden nacional." *Memoria de labores de salud*, no. 1 (1951): 11.

médicos residían mayoritariamente en la ciudad capital. Por ejemplo, para 1953, de los 325 médicos que muestra el cuadro anterior, solo 275 se encontraban en servicio activo, y de ellos el 70 % vivían y trabajan en San Salvador y el 14 %, en Santa Ana.<sup>14</sup> Más tarde, en 1961 de 532 médicos, 509 se ubicaban en zonas urbanas y solo 23 en municipios considerados rurales. Esto supone un enorme déficit, considerando que durante el censo de 1961 todavía dos terceras partes de la población total eran campesinas.

Esta concentración de médicos se explica porque la densidad poblacional de las ciudades hacía lógicamente más lucrativo el ejercicio de su profesión en esta zona que en lo rural, además, el difícil acceso vial dificultaba el trabajo en municipios del interior. Se debe considerar también el sentido elitista de la profesión médica de aquellos años: "la mayoría de los estudiantes de Medicina ven su carrera como un medio para un futuro económico satisfactorio... sueñan con una clínica suntuosa y una clientela rica, en un escenario romántico, que

sólo es realizable en la capital"<sup>15</sup>. Por eso, a pesar que el Estado se esforzó por ampliar la cobertura, la limitante en recursos humanos dificultó el proceso.

Para dar solución al problema se creó en 1951 el servicio social obligatorio por seis meses a los egresados de Medicina y carreras afines de la Universidad de El Salvador.<sup>16</sup> Según Herbert Morales, los estudiantes de medicina jugaron un papel clave en la cobertura de la zona rural, donde –a pesar de los limitados recursos– se enfocaron en promover la prevención de enfermedades a través de enseñar a la población prácticas de higiene. Es por eso que se establece la materia de Medicina Preventiva e Higiene en el plan de estudio de la carrera de doctorado en 1957.<sup>17</sup>

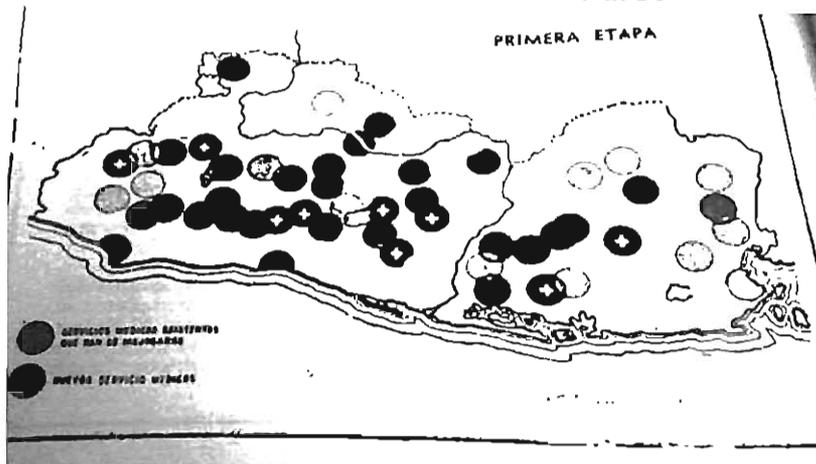
14Secretaría de Información del Consejo de Gobierno Revolucionario, "Mensaje del Señor Presidente de la República Teniente Coronel Oscar Osorio." 156.

15 J. Mayone Stycos, *Al margen de la vida, población y pobreza en América Central*. (Bogotá: Programas internacionales de población, 1970), 85.

16 Ministerio de salud pública y asistencia social, "Servicio social obligatorio." *Memoria de labores de salud*, no. 3 (1953): 46.

17 Herberth Morales, "Discusiones sobre el desarrollo de los servicios de la salud pública en El Salvador 1948-1957." *Academia*, (2015): 1. [https://www.academia.edu/15036216/Discusiones\\_sobre\\_el\\_desarrollo\\_de\\_los\\_servicios\\_](https://www.academia.edu/15036216/Discusiones_sobre_el_desarrollo_de_los_servicios)

**Imagen 2: Cobertura de Salud 1950**



Fuente: Secretaría de Información del Consejo de Gobierno Revolucionario, "Mensaje del Señor Presidente de la Republica Teniente Coronel Oscar Osorio", *Discurso Presidencial*, no. 4 (1954): 121. Se muestra 13 nuevos centros de salud, 9 hospitales departamentales y 27 centro de salud que necesitan mejorarse.

Con este grupo de estudiantes se crearon centros de urgencia en zonas como Jayaque (La Libertad) y en San Sebastián (San Vicente), para esto se formaron juntas *ad honorem*, quienes colaboraron con la obra prestando casas y aportando ayuda económica para las necesidades que se presentasen. Para poner un ejemplo sobre el caso de Jayaque, Herbert Morales menciona que los estudiantes en servicio social denunciaban la falta de agua potable, letrina y basureros como la principal causa de enfermedades

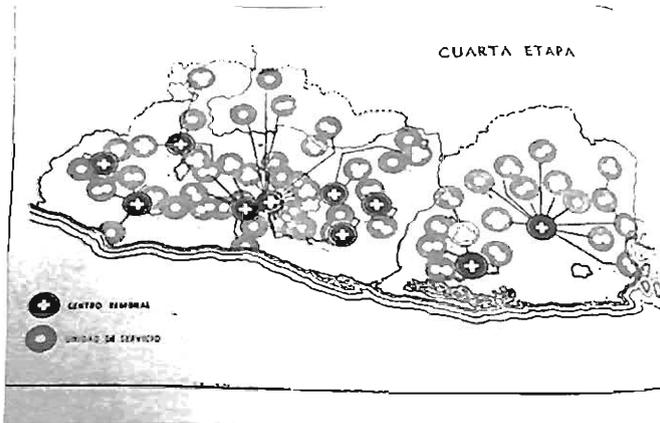
en la localidad,<sup>18</sup> de ahí que la principal causa de muerte en los años cincuenta fuera la gastroenteritis.

Un punto clave que no mencionan los documentos oficiales pero sí las publicaciones del gremio médico, es que en lo rural las pequeñas unidades de salud recién creadas con estudiantes en servicio social en su mayoría no eran permanentes, muchas cerraban cuando los estudiantes terminaban su servicio social y, además, carecían de servicios básicos como agua

de\_la\_salud\_p%C3%BAblica\_en\_El\_Salvador\_1948-1957

18 ———, "historia local de Jayaque 1880-1980." (Tesis de Licenciatura, Universidad de El Salvador, 2013), 126.

### Imagen 3: Cobertura de Salud 1954



Fuente: Secretaría de Información del Consejo de Gobierno Revolucionario, "Mensaje del Señor Presidente de la República Teniente Coronel Oscar Osorio", *Discurso Presidencial*, no. 4 (1954): 146. Se muestra 10 hospitales departamentales y 64 centros de salud. Nótese como los nuevos centros de salud se ubican en zonas alejadas de las ciudades principales.

potable y energía eléctrica. Estas unidades eran administradas por la Dirección General de Sanidad, no por el Ministerio. Sin embargo, pese a las limitantes no se puede desmentir el hecho de que el servicio social de los estudiantes sirvió para ampliar la red de salud.

El mapa anterior muestra los centros de salud administrados por la DGS, algunos de ellos se encontraban en municipios rurales; es decir, con población mayoritariamente campesina, donde el control del Estado era mínimo, por tanto, tenían mayores limitantes para cumplir sus obligaciones. Se debe tomar en cuenta que antes de 1950 no se

consideraba obligación del Estado garantizar los servicios de salud a la población.

Como se puede apreciar en apenas tres años el Ministerio de Salud, a través del trabajo conjunto con la DGS y los estudiantes de Medicina de la UES, habían establecido varios centros de salud locales en regiones de difícil acceso. Sin embargo, la zona norte del país continuó siendo la menos favorecida en este proceso, quizá por ser una zona con pésima red vial y de mínima productividad en materia agrícola.

Por otro lado, el fomento de la medicina preventiva no fue el

### Imagen 4: Proyecto de alimentación escolar



Fuente: Secretaria de Información del Consejo de Gobierno Revolucionario, "Mensaje del Señor Presidente de la Republica Teniente Coronel Oscar Osorio", *Discurso Presidencial*, no. 4 (1954): 49. Proyecto de alimentación escolar, esfuerzo que unía al ramo de salud con educación, y cuyos fondos venían en su mayoría de donativos de UNICEF.

resultado del trabajo de los estudiantes de Medicina como sostiene Herberth Morales, pues, según testimonios de la época, esta no tuvo mayor aceptación en el gremio ya que los estudiantes miraban el servicio social solo como un requisito y a la medicina preventiva como una pérdida de tiempo.

Los estudiantes quieren curar enfermedades no prevenirlas, ya que el lucro económico está en saber curar, de ahí que muchos prefieren trabajar en los hospitales de capital o sacar una especialización para poner una clínica privada, además quien quiere quedarse en un pueblito del interior, donde no hay ni si-

quiera servicios básicos, donde la paga es mala y el trabajo interminable.<sup>19</sup>

El otro gran proyecto de la época fue el conocido como "Bienestar Rural" iniciado en 1953. Este se caracterizó por ser integral, porque comprendía mejoras tanto en salud como en educación y vivienda. El trabajo conjunto entre ministerios se dio porque el gobierno cayó en cuenta que el problema en lo rural no era solo el acceso a los servicios sino la calidad de vida del campesino, la

19 Stycos, *Al margen de la vida, población y pobreza en América Central*. 85.

cual era precaria y debía mejorarse. Para poner un ejemplo; durante los años cincuenta, la principal causa de muerte era la gastroenteritis, causada por falta de higiene y mala alimentación. Un niño con desnutrición podía ser llevado a un centro salud donde podía ser internado y puesto en recuperación durante uno o dos meses, pero si este niño volvía a vivir en las mismas condiciones de insalubridad y mala nutrición, faltaría poco para que volviera posiblemente más enfermo.<sup>20</sup> De allí la necesidad de impulsar programas integrales para mejorar la condición de vida del campesino.

Muestra de ello es el accionar entre Salud, Educación y Ministerio del Trabajo en los planes de nutrición escolar, fomentos de hábitos de higiene, las charlas anti-tuberculosis impartidas en escuelas y fábricas, etc.<sup>21</sup> Además, los proyectos de agua potable, aguas negras o

la creación de letrinas relacionados al IVU, ICR y el Ministerio de Obras Públicas. Todos estos esfuerzos son los que llevarían a que la medicina preventiva diera resultados en años posteriores.

### **Inversión en salud y distribución de los recursos**

La inversión en salud que significaban estas políticas solo fue posible gracias a la aparente estabilidad de las finanzas del Estado. Durante el decenio de los cincuenta, la economía de El Salvador creció en promedio 5 % anual, pero a pesar de los esfuerzos por industrializar el país, las mayores divisas dependían del buen precio del café. Es hasta 1960 que la diversificación económica se empieza hacer notar cuando el algodón y la caña de azúcar constituyen alrededor 10 % del valor total de las exportaciones.<sup>22</sup> Pese a ello, la economía seguía siendo eminentemente agrícola.

La estabilidad política y la apertura internacional que dio la CEPAL favorecieron la economía salvadoreña. Según Héctor Dada, el impuesto a la exportación del café no

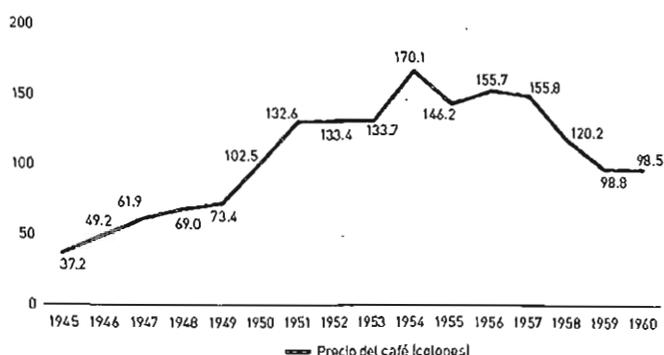
<sup>20</sup> Ibid., 87.

<sup>21</sup> Secretaria de Información del Consejo de Gobierno Revolucionario, "Mensaje del Señor Presidente de la Republica Teniente Coronel Oscar Osorio." *Discurso Presidencial*, no. 2 (1952): 48. Proyectos como la alimentación escolar tenían el objetivo de mejorar la nutrición de los niños y aumentar la población estudiantil, dar un vaso de leche y pan fue muy común en esta época.

<sup>22</sup> Héctor Dada Hirezi, *La economía de el salvador y la integración centroamericana 1945-1960*. (San Salvador: UCA Editores, 1987), 45.

### Imagen 5: Precio del café 1945-1960

GRÁFICO 3.3 | Precio del café (1945-1960)



Fuente: PNUD, "Informe sobre desarrollo humano. El Salvador 2013", (San Salvador: PNUD Programa El Salvador, 2013), 78.

solo rompió con el tradicional proteccionismo de los cafetaleros sino que permitió una redistribución de la riqueza en la medida que ayudaba a sostener el enorme gasto social del Estado.<sup>23</sup>

Por ello es importante mencionar que en 1952 se produjo una cosecha record:

La mayor en los últimos 17 años, teniendo exportaciones por 221 millones de colones, también los buenos precios del algodón en el mercado mundial han favorecido la economía salvadoreña, esto repercute en el aumento de las importaciones por 170 millones, productos que favorecen a todos los sectores sociales sin desigualdad.<sup>24</sup>

El Estado pudo beneficiarse del crecimiento económico, a través de la implantación de impuestos progresivos, como el impuesto a la renta y a la exportación de café. Por ejemplo, solo durante la administración de Óscar Osorio, el Presupuesto General de la Nación pasó de 77 millones de colones en 1950 a más de 164 millones en 1956.<sup>25</sup> Estos recursos sirvieron para la creación de infraestructura como carreteras,

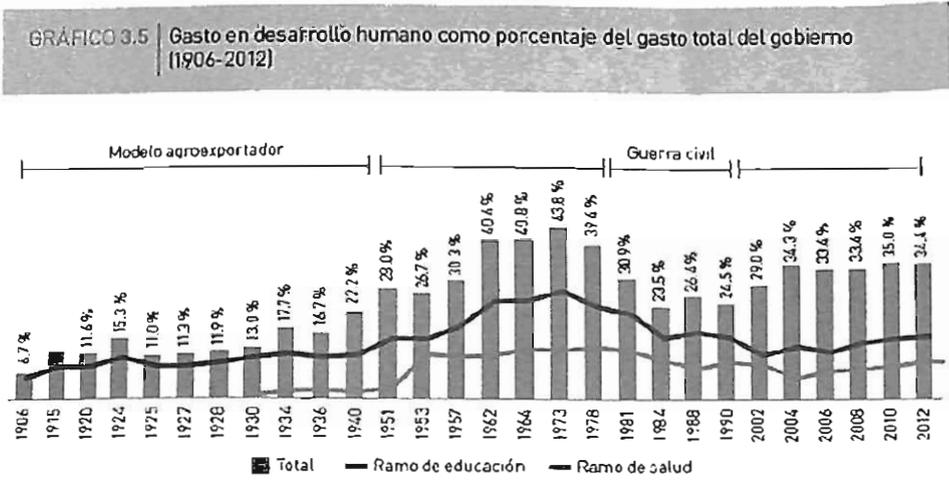
sejo de Gobierno Revolucionario, "Salud del pueblo, preocupación del gobierno de El Salvador." *Revista Informaciones de El Salvador*, 2, no. 15 (1952): 91.

25 Ministerio de Defensa, "A más de Setenta y Siete Millones asciende el Presupuesto General de la Nación." *Boletín del Ejército*, no. 48 (1956): 12.

23 Ibid., 39.

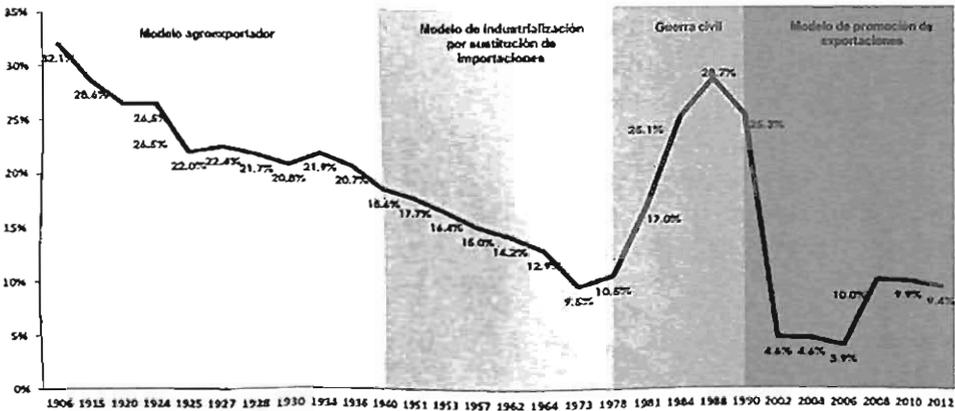
24 Secretaria de Información del Con-

**Imagen 6: Gasto en desarrollo humano 1906-2012**



Fuente: PNUD, "Informe sobre desarrollo humano. El Salvador 2013", (San Salvador: PNUD Programa El Salvador, 2013), 85.

**Imagen 7: Gasto en defensa, seguridad y justicia como porcentaje del gasto total del gobierno 1906-2012**



Fuente: PNUD, "Informe sobre desarrollo humano. El Salvador 2013", (San Salvador: PNUD Programa El Salvador, 2013), 77.

**Imagen 8: Recursos destinados a la salud pública**

Años	Presupuest o General de la Nación	Presupuesto del Ministerio de Salud Pública		Presupuest o Dirección General de Sanidad,	Población del país	Inversión en salud por hab. (en colones)
		(en millones de colones)	En % del presupu esto general			
1950	77,777,777	8,876,880	11.4%	33.1%	1,857,023	4.78
1951	110,000,000	11,970,000	10.8%	33.1%	1,880,948	6.36
1952	132,500,000	13,073,000	9.8%	26.3%	1,905,240	6.8
1953	141,600,000	14,252,000.	10.1%	27.8%	1,929,779	7.3
1954	152,000,000	15,200,000.	10%	24.8%	1,964,638	7.7
1955	163,000,000	16,300,000.	10%	23.4%	1,972,667	8.2
1956	164.000,000	17,600,000.	10.6%	22.4%	1,993,260	8.7

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos expuestos en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Recursos destinado a Salud Pública", *Memoria de labores de salud*, no. 6 (1956): 21. La DGS financiaba los proyectos rurales, por tanto los datos mostrados arriba denotan la inversión en este sector. Los donativos de organismos internacionales como UNICEF, OMS, F. Rockefeller etc., no se presentan.

puertos y represas, pero también buena parte se destinó al gasto social que suponía estas nuevas políticas estatales. Por ejemplo, se destinó en promedio 10 % anual al gasto en salud.

Además, la estabilidad política de los años cincuenta también contribuyó a este crecimiento económico, pues en la medida que no había conflictos que combatir, el Estado redujo el gasto en seguridad de manera considerable.

Por supuesto, el gobierno hacía alarde de su estabilidad eco-

nómica respecto a los débiles presupuestos de administraciones anteriores, como lo menciona Osorio en uno de sus discursos:

El hecho notorio de que un presupuesto de 58 millones de colones en 1948 y ahora en 1953 trabajemos con 141 millones, sin interrumpir el equilibrio entre las rentas y los gastos, muestran la solidez de una economía que transita hacia la modernización, y esta prosperidad es llevada a los sectores más pobres a través de la diversidad de programas sociales, que fomentan el gobierno de la revolución,

como encomendado del pueblo y finalidad última de este gobierno.<sup>26</sup>

A pesar que la mayor inversión se destinó a proyectos urbanos como el Seguro Social. También hubo un considerable aumento en el presupuesto del Ministerio de Salud y de la DGS. Esta última era la encargada de centros de salud en municipios rurales.

Como se puede apreciar, en tan solo seis años el Estado duplicó el presupuesto en salud y, de igual forma, el gasto promedio por cada habitante. Por supuesto, tomando en cuenta que este beneficio no fue equitativo por las variables ya mencionadas de accesibilidad territorial y prioridad hacia sectores obreros.

La mayor parte de los recursos económicos se destinaron a infraestructura y equipamiento de los hospitales de la capital y de las principales ciudades del país, siendo los mayores beneficiarios, la población urbana. Lo cual se explica por dos razones: la primera porque el campo se caracterizaba por el difícil acceso vial y las enfermeda-

des epidémicas de fácil tratamiento, combatibles con campañas de vacunación y medicina preventiva. Segundo, porque esta preferencia por lo urbano se enmarca dentro de la ideología modernizante del Estado, donde el nuevo modelo de ciudadano era el obrero, y por eso muchas de estas políticas fueron enfocadas a dicho sector. Además, a pesar del evidente desequilibrio poblacional, la limitante en recursos humanos evitó que el Estado aportara de igual manera en lo rural como en lo urbano.

Vale decir que los centros hospitalarios urbanos fueron promocionados por el gobierno como símbolos de las transformaciones, por ejemplo; la gran difusión del "El centro médico de El Salvador" o "Hospital central" el cual fue planeado por *Ibec Housing Corporation* de New York. Dicho centro se ubicaría en San Salvador, atendería el 40 % de las cirugías y demás referencias que hicieran los hospitales aledaños, además de atender los trabajadores afiliados al Seguro Social serviría de centro de enseñanza para nuevas enfermeras y demás personal. Esta obra tendría un valor de 18 millones de colones.<sup>27</sup> La obra finalmente sería construida bajo el nombre de

<sup>26</sup> Secretaria de Información del Consejo de Gobierno Revolucionario, "Mensaje del Señor Presidente de la Republica Teniente Coronel Oscar Osorio." 123.

<sup>27</sup> *Ibid.*: 158.

"Hospital General del ISSS", ubicado en las cercanías del actual Centro de Gobierno y al norte del Hospital Rosales.

Además, se aumentó los subsidios de los principales hospitales del país. Por ejemplo, en 1953 los subsidios ascendieron a cinco millones 565 mil colones, beneficiando a hospitales como el Rosales en San Salvador, el San Juan de Dios en Santa Ana, San Juan de Dios en San Miguel, el recién inaugurado Hospital de Maternidad, el Hospital Psiquiátrico de Soyapango, el Hospital de Sonsonate y el de Cojutepeque.<sup>28</sup>

Esta centralidad en la inversión de la salud es comprensible porque los centros médicos urbanos tenían una mayor demanda que los rurales, por ello se dotó de mejoras en equipo e infraestructura, además, la ideología del Estado priorizaba a los sectores obreros. Como ejemplo, el fuerte apoyo al sistema de Seguro Social que, según Miguel Ángel Durán, era un modelo de seguridad social pensado únicamente para empleados del sector industrial.

El Estado, consciente de que las mejoras del seguro social se

quedarían en la ciudad, decía: "naturalmente el Instituto del Seguro Social recauda dinero de los trabajadores y sus patronos, adquiriendo una responsabilidad con éstos, y por eso los beneficios deben quedarse donde se recaudó el dinero."<sup>29</sup> Es así como solo un pequeño grupo urbano de empleados contribuyentes eran los favorecidos con la creación del seguro social.

Para el resto del país, se apostó a la creación de centros de salud regionales y locales con el apoyo de estudiantes de Medicina en servicio social. Para ello se contó con la cooperación de UNICEF, entre otras asociaciones no gubernamentales como la Sociedad de Señoras de Médicos pro-Beneficencia, PRUD Benéfico Femenino, Club de Leones de El Salvador, entre otras. Sobre este punto, Steven Palmer sostiene que la tardanza de los países centroamericanos en establecer unidades administrativas encargadas de la salud motivó a que organismos internacionales y entes privados contribuyeran por muchos años a controlar enfermedades.<sup>30</sup>

28 ———, "Defensa de la salud salvadoreña." *Revista Informaciones de El Salvador*, 3, no. 29 (1953): 21.

29 Ministerio de Trabajo y Previsión Social, "Informaciones." *Revista de Trabajo* 4, no. 2 (enero-marzo, 1951): 75.

30 Steven Palmer, "Esbozo histórico

En estos nuevos centros regionales también aumentó la demanda de pacientes, motivados porque el Estado construyó una mejor red vial en el interior del país, mejoró caminos y llevó el transporte público a zonas remotas. Por ejemplo, para los centros de salud de San Miguel, Sensuntepeque y San Francisco Gotera, inaugurados en 1952 y que sumaban en conjunto una inversión a penas de 414 mil colones,<sup>31</sup> cubrían una población de más de 300 mil personas.

La creación de estos centros acercó a la población del campo a los servicios médicos, pues, anteriormente, las personas morían por enfermedades comunes sin conocer un hospital. No obstante, el aumento poblacional y la sobredemanda de pacientes hicieron ver como insuficientes los esfuerzos del Estado por llevar la salud al campo.

Como es evidente, para el final de la década el gobierno del PRUD había logrado establecer hospitales regionales en todas las cabeceras departamentales. Por supuesto, considerando siempre que el

acceso a estos centros médicos dependía de la cercanía y de la red vial existente. Regiones empobrecidas y alejadas como Chalatenango y Morazán seguían teniendo desigual beneficio en el proceso. Pese a ello, es evidente que la cantidad de camas en los hospitales no eran suficientes con respecto a la demanda y al crecimiento poblacional de la época.

A pesar de la difusión que el gobierno hacía de los esfuerzos por llevar la justicia social a todo el país, se debe considerar también la pobreza y la cultura de las familias, porque al menos en los centros de salud rurales casi siempre existió un déficit entre medicamentos y demanda de pacientes. Lo que suponía que los enfermos compraran por su parte la medicina, quienes al no tener dinero preferían consultar al curandero, brujo o partera, quienes curaban con remedios herbolarios que no solo eran baratos sino que estaban más relacionados a la cultura tradicional del campesinado.

Es por eso que para ver resultados de la inversión en salud, el Estado tuvo que realizar trabajos conjuntos entre ministerios para afrontar problemas como la desnutrición y la falta de hábitos de higiene que eran las principales causas de enfermedades. El Ministerio de

---

de la medicina estatal en la América Central." *DYNAMIS*, 25(2005): 62.

31 Secretaría de Información del Consejo de Gobierno Revolucionario, "Defensa de la salud salvadoreña." 23.

**Imagen 9: Población, hospitales y camas, El Salvador, 1959**

Departamento	Habitantes	Número de camas		No. de Camas por cada mil hab.
		Hosp. Nacionales	Hosp. Privados	
Ahuachapán	118,789	194		1.6
Santa Ana	255,891	858		3.8
Sonsonate	148,988	319		2.1
Chalatenango	133,214	34		0.2
La Libertad	180,646	154	8	0.9
San Salvador	380,064	2,384	134	6.6
Cuscatlán	110,140	81		0.7
La Paz	124,361	88		0.7
Cabañas	98,884	63		0.6
San Vicente	110,020	221		2.0
Usulután	203,383	217		1.1
San Miguel	217,422	361		1.6
Morazán	122,556	40		0.3
La Unión	144,918	50		0.3
<b>Totales</b>	<b>2,350,201</b>	<b>5,064</b>	<b>142</b>	

Fuente: Colegio Médico de El Salvador, «Asistencia hospitalaria en El Salvador», *Archivos del colegio médico de El Salvador* 15, no. 1 (Septiembre 1959): 120.

**Imagen 10: Panorama de la salud en El Salvador, 1950-1980**

CUADRO 11.1 // Situación de la salud en El Salvador (1950-1980)

INDICADORES	1950	1960	1970	1980
Esperanza de vida al nacer	45.3	52.3	59.1	62.2
Tasa bruta de mortalidad (por mil habitantes)	15.4	11.2	9.9	6.9
Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)	49.0	48.7	40.0	39.7
Tasa de mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos)	81.2	76.3	66.6	60.0
Número de médicos (por 10 mil habitantes)	Nd	1.9	2.4	2.6
Número de camas (por mil habitantes)	Nd	2.2	1.9	1.4
Gasto en salud (% del PIB)	Nd	Nd	1.3	1.3

Nd: No disponible  
Fuente: Elaboración propia con base en CEPAL, 1983.

Fuente: PNUD, “Informe sobre desarrollo humano. El Salvador 2010”, (San Salvador: PNUD Programa El Salvador, 2010). 287.

Educación y el Ministerio de Trabajo fueron de los principales aliados de la salud pública en esta lucha. El cambio en salud iniciado en los cincuenta fue lento y los frutos solo son evidentes hasta las décadas siguientes.

Como se puede apreciar, en apenas 30 años la esperanza de vida de los recién nacidos subió 16 puntos, mientras que la mortalidad infantil cayó en 20 puntos. Esto nos lleva a una reflexión importante; la democratización de la salud no debe verse como la simple mejora en el aumento y acceso de los servicios médicos, sino que los esfuerzos deben ser visibles en indicadores que denoten una mejora en la calidad de vida de una población.

### Conclusiones

El Estado, a través del Ministerio de Salud, cumple con su objetivo de institucionalizar el ramo, dejando fuera de la administración a juntas de caridad y otros entes privados. Hacia final de la década de los cincuenta, ya existía la jerarquía de salud: hospitales, centros de salud, unidades de salud y puestos de salud.<sup>32</sup>

---

32 PNUD, *Informe sobre desarrollo humano. El Salvador 2010*. (San Salvador: PNUD Programa El Salvador, 2010), 288.

Con respecto a la cobertura, se pasa de 37 centros de salud municipales en 1953 a 230 unidades de salud en 1979. Durante las décadas del sesenta y setenta se consolida el control del Estado de los centros de salud locales. Este proceso de expansión de los servicios no debe entenderse como un esfuerzo aislado sino dentro de la dinámica de modernización de la época.

Por eso en la cobertura del campo se debe considerar que el beneficio solo se expande en la medida que se mejoran las comunicaciones, el transporte y la red vial. La infraestructura que creó el Estado –con el objetivo de dinamizar la economía– desarrolló de manera indirecta otros procesos paralelos, ya que al mejorar la red vial, el transporte público aumentó y fue más eficiente, haciendo posible el flujo constante de personas entre el campo y la ciudad. Con ello las personas podían tener acceso a los centros médicos municipales y a los hospitales de la capital. Estas dinámicas paralelas se pueden enmarcar en un proceso más amplio como fue la urbanización de la sociedad.

Sin embargo, pese a las mejoras en la cobertura, el rápido

crecimiento poblacional sumado al mayor flujo de personas entre el campo y la ciudad, aumentó lógicamente la demanda de los servicios, haciendo ver como insuficientes los esfuerzos del Estado por mejorar el alcance de los nuevos proyectos.

El servicio social obligatorio de los estudiantes de Medicina de la UES fue clave para hacer llegar los servicios de salud a municipios alejados de la capital. Aunque es discutible el apoyo a estos centros de salud que no siempre eran permanentes, se destaca que sirvieron para que el Estado ampliara su control sobre esta población.

En lo que respecta a la medicina preventiva, esta solo da resultados hacia finales de los años setenta, cuando el fomento de hábitos de higiene, mejora en alimentación, servicios de agua potable, aguas negras, uso de letrinas, etc., habían dado frutos, disminuyendo de forma considerable la mortalidad infantil y aumentando la esperanza de vida al nacer, llevando lógicamente a un acelerado crecimiento poblacional que, paradójicamente, agravaría otros problemas sociales en los años futuros.

Además, hay que considerar que el factor cultural jugó en contra de los proyectos de salud,

porque para los años cincuenta, curanderos, brujos, parteras, etc., aún acumulaban mucho poder local en la mentalidad del campesino, es así como los proyectos estatales también tuvieron que librar una lucha entre medicina empírica y medicina científica.

Por otro lado, la situación de pobreza hacía necesario elevar la calidad de vida de las familias campesinas, y no solo mejorar el acceso a los servicios. Por eso fue importante el trabajo conjunto con ministerios como los de Educación, Trabajo, Obras Públicas, IVU, ICR, etc., los cuales compartieron esfuerzos en programas de nutrición, fomento de hábitos de higiene, saneamiento ambiental, ingeniería sanitaria, mejoras en vivienda, etc.

Todos estos cambios demandaban un aumento en el presupuesto de salud, este dependió de la mejora en el ingreso fiscal y la prioridad estatal de invertir en lo social en detrimento del gasto militar. Por eso fue vital el auge del precio internacional del café y la nueva política fiscal que establecía impuestos progresivos, lo cual sumado a la disminución del gasto en seguridad dejaba buenos excedentes que permitieron cubrir amplios programas sociales. Por todo esto

se deben comprender los cambios en un contexto de crecimiento económico y, sobre todo, donde el Estado asumió como responsabilidad mejorar la salud y otros aspectos sociales que llevaron a un mejor nivel de vida de la población en general.

### Referencias bibliográficas

- Cueto, Marcos "Instituciones sanitarias y poder en América Latina." *DYNAMIS*, 25 (2005): 49-57.
- Dada Hirezi, Héctor. *La economía de el salvador y la integración centroamericana 1945-1960*. San Salvador: UCA Editores, 1987.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. "Palabras consultada: Salud pública." Consultado el 27 de febrero 2016.
- Durán, Miguel Ángel. "Algunas consideraciones sobre el seguro social en El Salvador." Tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador, 1951.
- Juárez, Jorge. "Población: estadísticas y enfermedades en la configuración del Estado en El Salvador en la segunda mitad del siglo XIX." *Revista virtual de Instituto de Estudios Históricos, Antropológicos y Arqueológicos de la Universidad de El Salvador, IEHAA-UES*.
- Ministerio de Defensa. "A más de Setenta y Siete Millones asciende el Presupuesto General de la Nación." *Boletín del Ejercito*, no. 48 (1956).
- Ministerio de salud pública y asistencia social. "Breve informe sobre las campañas médicas." *Memoria de labores de salud*, no. 3 (1953).
- . "Principales trabajos sanitarios en el orden nacional." *Memoria de labores de salud*, no. 1 (1951).
- . "Servicio social obligatorio." *Memoria de labores de salud*, no. 3 (1953).
- Ministerio de Trabajo y Previsión Social. "Informaciones." *Revista de Trabajo* 4, no. 2 (enero-marzo, 1951).
- Morales, Herberth. "Discusiones sobre el desarrollo de los servicios de la salud pública en El Salvador 1948-1957." *Academia*, (2015).
- . "historia local de Jayaque 1880-1980." Tesis de Licenciatura, Universidad de

El Salvador, 2013.

Ortiz Bergia, María José "La democratización de la salud. Las políticas sanitarias durante de los gobiernos peronistas en Córdoba (1943-1955)." *Revista de la facultad de ciencias medicas*, 69, no. 4 (2012): 228-35.

Palmer, Steven. "Esbozo histórico de la medicina estatal en la América Central." *DYNAMIS*, 25 (2005): 59-85.

PNUD. *Informe sobre desarrollo humano. El Salvador 2010*. San Salvador: PNUD Programa El Salvador, 2010.

Secretaria de Información del Consejo de Gobierno Revolucionario. "Defensa de la salud salvadoreña." *Revista Informaciones de El Salvador*, 3, no. 29 (1953).

———. "Mensaje del Señor Presidente de la Republica Teniente Coronel Oscar Osorio." *Discurso Presidencial*, no. 3 (1953).

———. "Mensaje del Señor Presidente de la Republica Teniente Coronel Oscar Osorio." *Discurso Presidencial*, no. 2 (1952).

———. "Salud del pueblo, preocupación del gobierno de El Salvador." *Revista Informaciones de El Salvador*, 2, no. 15 (1952).

Stycos, J. Mayone. *Al margen de la vida, población y pobreza en América Central*. Bogotá: Programas internacionales de población, 1970.

Villatoro, Carlos Alberto "Breve estudio de la medicina rural en El Salvador." Tesis doctoral, Universidad de El Salvador, 1968.

Zúñiga Hernández, Josué, Teresa Linares y Cristina García Castro. "Políticas sociales en El Salvador: 1948-1960." *Identidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5, no. 8 (2015): 121-52.