

**ENSAYO: EL ABANDONO ESTATAL DE LA SALUD DESPUÉS DE LA  
INDEPENDENCIA DE EL SALVADOR.**

**BREVE COMENTARIO AL LIBRO: “LA ECONOMÍA SALVADOREÑA  
DESPUÉS DE LA INDEPENDENCIA. POR QUÉ ESTAMOS COMO ESTAMOS”  
DE WILLIAM PLEITES.**

Aldo Hernández  
Médico y docente de la  
Universidad de El Salvador -UES-

**ESSAY: THE STATE ABANDONMENT OF HEALTH AFTER THE  
INDEPENDENCE OF EL SALVADOR. BRIEF COMMENTARY ON THE BOOK:  
“THE SALVADORAN ECONOMY AFTER INDEPENDENCE. WHY ARE WE  
THE WAY WE ARE” BY WILLIAM PLEITES**

**RESUMEN**

En el análisis exhaustivo de los datos y palabras del libro económico de “Pleites”, es evidenciado un abandono de la salud por parte del Estado Salvadoreño en sus últimos doscientos años, desde tres aspectos: conceptual, económico-concreto y científico-tecnológico. El primero es demostrado, en su pobre concepción de salud como caridad pública y concretado en su pírrico gasto en el rubro de atención en salud, educación, vivienda, trabajo y alimentos; el segundo, referido a las escasas asignaciones presupuestarias gubernamentales tanto en tratar la enfermedad con médicos, infraestructura sanitaria y medicinas, y asociado a la pobre inversión en salud, asociado a los aspectos educativos, de vivienda, laborales, de agricultura-seguridad alimentaria; finalmente, el tercero, se descubre en las ausencias de registros de cifras de inversión en tecnología y ciencia para la salud, nulos pormenores sobre inversiones en infraestructura moderna nosocomial y ninguna participación gubernamental conspicua en la introducción de avances científicos médicos contemporáneos.

*Palabras claves:* salud, medicina, seguridad alimentaria, ciencia, tecnología médica.

**ABSTRACT**

In the exhaustive analysis of the data and words of the economic book of “Pleites”, it is evidenced an abandonment of health by the Salvadoran State in its last two hundred years, from three aspects: conceptual, economic and scientific-technological. The first is demonstrated, in its poor conception of health as a public charity and materialized in its pyrrhic spending in the area of health care, education, housing, work and food; the second,

referring to the scarce government budget allocations both in treating the disease with doctors, health infrastructure and medicines, and associated with poor investment in health, associated with educational, housing, labor, agriculture-food security aspects; finally, the absence of records of figures for investment in technology and science for health, null details on investments in modern hospital infrastructure and no conspicuous government participation in the introduction of contemporary medical scientific advances.

**Key words:** Food safety, health, medicine, medical technology, science.

## **I- A MANERA DE INTRODUCCIÓN**

Una conclusión a la que se llega, luego de una lectura detenida de tal magistral opúsculo de William Pleites es el abandono conceptual, científico-tecnológico y económico-concreto de la salud en favor de las grandes mayorías por los gobiernos en los últimos doscientos años después de la independencia en El Salvador.

Para las grandes mayorías populares esa conclusión ha sido vivenciada por décadas de generación en generación, una certeza comprobada en su cotidianidad cada vez que la enfermedad ha tocado a sus hogares. Cuando debían ser atendidos en sus partos de manera digna; en el puerperio, al intentar recibir atención preventiva en la niñez, adolescencia y adulto mayor; al recibir una y otra vez la explicación que no hay medicinas, que no hay médicos especialistas, que no hay aparatos tecnológicos disponibles, que no hay un lugar digno de hospitalización que debería buscar lo privado; lo confirmaba si el único que le prestaba atención en su padecimiento era el brujo, chamán, hierbero, boticario, partera, sobador, quiropráctico, cura, pastor, a veces una vecina enfermera piadosa; así sucedió año tras año; los tatarabuelos transmitieron la verdad que cada quien se debía salvar como pudiera, los antepasados les hicieron saber que por ser indígena o descendiente directo, mestizo u otro tipo de paria debía recurrir solo a la obra sobrenatural, a la caridad pública, a algún familiar profesional o según la alineación planetaria alguna limosna estatal. Las epidemias como la gripe española, el cólera, la influenza, paludismo, tuberculosis afectaban siempre a los indigentes, proletarios, ancianos, niños y mujeres, grupos paupérrimos y vulnerables. Lo que estaba claro era que el Estado invertía prioritaria y mayormente en cualquier rubro en detrimento de la salud. Por ejemplo, tal abandono es elocuentemente verificado empíricamente al prestar atención al arraigo que la población salvadoreña tiene para acudir a cualquier forma de automedicación como primera opción (a veces única),

dependiendo de sus posibilidades económicas, ya sea usando plantas accesibles, visitando a líderes etnoprácticos, o ir a clínicas privadas disponibles. Es decir, antes de asistir a una forma de atención en salud pública, mejor se decide por los propios medios.

Tales aseveraciones podrían sonar como demagogia politiquera o limitadas sospechas sesgadas si no fuera por los sólidos datos vertidos en tal libro, que evidencian las tres maneras de abandono a las que incurrió el Estado en los últimos doscientos años. Dicho texto está sumamente fundamentado y puede revisarse la información de las fuentes, además es imparcial, no emite juicios de valor, solamente señala los hechos evidentes en las cifras y se caracteriza por su sencilla didáctica volviendo clara la información y fácil de asimilar. Ha dividido en la historia económica del bicentenario salvadoreño en cinco grandes modelos, a saber: Modelo Agroexportador (1848-1948), Modelo Industrialización por Sustitución de Inversiones (1949-1979), Economía de Guerra (1980-1990), Modelo de Promoción de Exportaciones (1989-2004) y Modelos de Digresiones Populistas (2004-2019). Y en cada uno de ellos destaca un esquema donde se organiza la dinámica desarrollada, presentando los datos en tablas y gráficas. Emite conclusiones y hace énfasis acorde a la magnitud relevante del dato. No se pretende presentar todos los datos de salud y atención médica, solamente se enfocará los que se considera claves para la argumentación del comentario.

Al estudiar su contenido, se puede verificar fácticamente el abandono sistemático de salud por las gestiones gubernamentales; y se insiste, no son interpretaciones o valoraciones a priori, son datos duros, son tendencias, son gráficas. Aquí, no son suposiciones o sospechas, son acumulaciones de números que acusan al Estado de El Salvador en sus doscientos años posindependencia de un escandaloso descuido por la salud. También es importante aclarar que la clasificación de los aspectos de la salud es de propia construcción, en base a los datos y conclusiones del Dr. Pleites. De manera contundente se puede afirmar que el abandono de la salud ha sido total. Un triple abandono. Son tres aspectos que considero claves para una perspectiva más amplia, estos son: a) el abandono conceptual, b) el abandono científico-tecnológico y c) el abandono económico-concreto.

## II- EL ABANDONO CONCEPTUAL DE LA SALUD.

El primer aspecto del abandono de la salud, el conceptual, es crucial, dado que implica el daño más radical, el esencial y generador de cada desacierto y fracaso con respecto al abordaje de la salud por un Estado. Además, es el abandono más difícil de detectar, porque sólo es posible verificarlo previos conocimientos. También, es importante reconocer, dado que el documento comentado no es de sociología, filosofía o de salud pública, sino un tratado histórico económico, no se hacen aseveraciones explicativas, declarativas o interpretativas, por lo tanto, en los registros solamente se puede encontrar datos, reportes de historiadores, cifras esquematizadas, extractos del diario oficial o discursos de funcionarios públicos, los cuales requieren interpretación y el descubrimiento entrelíneas de los conceptos que se dominaban en cuanto a la salud; no obstante, de tal manera desbordaba la carencia de salud en El Salvador, que el Dr. Pleites, hablando del abandono de la salud por el Estado circunscrito en el Modelo Agroexportador (MAE en adelante), resalta lo siguiente:

*[...] Entre 1874 y 1948 el gasto en salud (beneficencia) apenas representó como promedio un 4.3% del gasto público total. Y es que, hasta bien entrado el siglo XX, las autoridades del Estado concebían la prestación de servicios de salud como caridad pública y no como derecho. (El subrayado es agregado). (Pleites, 2022)*

Si bien es cierto, esta concepción no era única en El Salvador, y las conceptualizaciones mundiales sobre la salud aun eran atrasadas y limitadas (La Organización Mundial de la Salud no había emitido su definición ya resabida de un estado de completo bienestar); no obstante, eso no representaba ninguna excusa para la devaluación en el trato del ser humano, en cuanto a salud (desde toda su complejidad); donde, si únicamente se enfoca desde el punto de vista económico, es claro que la inversión era mayor en plantas de café que en la misma vida humana. Así, el Dr. Pleites, retoma la siguiente conclusión de un estudio económico de 1950:

*En El Salvador la actividad económica principal es el cultivo del café. Por otra parte, el elemento económico primordial es el hombre. Pues bien, para el cuidado de cada persona se halla invertida en El Salvador, la suma de 7 colones con 80*

*centavos. En cambio, por cada cinco plantas de café, se calcula una inversión de 8 colones con 75 centavos. Resultan aún más significativas estas sumas cuando se piensa que hay ciento cuarenta millones de matas de café, y solo dos millones doscientos mil habitantes. (El subrayado es agregado). (Pleites, 2022)*

Es decir, claramente, el abandono estatal de la salud de tipo conceptual, es demostrado, de manera esencial, no solamente partiendo de la interpretación de su pírrico gasto en el rubro de atención en salud, sino, también en la pobre inversión en educación, vivienda, nutrición, trabajo, aspectos incluidos en un concepto integral de salud, lo cual desnuda la opción a la cual el Estado prefería dejar la atención al ser humano en su salud integral como si fuera un acto caritativo y no un reconocimiento como legítimo derecho.

Así lo resume Pleites al iniciar el análisis del rubro:

*Todos los gobiernos del país durante la vigencia del MAE se olvidaron de que es imposible construir una sociedad de bienestar si las apuestas productivas no son acompañadas de una inversión sostenida en la expansión de las capacidades de las personas a lo largo del ciclo de vida, con el propósito de ampliar sus opciones y oportunidades; es decir, sin un compromiso firme con la salud y la nutrición, con la educación, y con la vivienda y el hábitat, entre otros. (Subrayado es agregado) (Pleites, 2022)*

Es importante notar, muy claro, en el párrafo citado, que aún desde la perspectiva económica de un experto economista, no de un médico salubrista o epidemiólogo, sino desde la óptica puramente de las normas de la economía en un texto histórico económico, es obvio el olvido de la inversión en el ciclo de vida de las personas, que incluye: salud, nutrición, educación, vivienda y hábitat, es decir, en la inversión en salud.

Para este momento, es pertinente recordar la diferencia conceptual entre: salud y medicina; en cuanto al término salud, en su mayor parte en el tratado, se hace referencia al rubro en “Salud” dentro del gasto estatal, es decir, su aspecto limitado a servicios de atención en salud tales como: salarios del personal médico, hospitales, centros de atención, medicamentos, etc.; sin embargo, siendo precisos se debería llamar: “Medicina”, debido que, al considerar el término: medicina, se indica únicamente cuando se habla de la práctica médica clínica al

tratar la enfermedad; y asimismo, se entiende “Salud” en su más exacta concepción, su valoración más holística que involucra: a sus aspectos ya destacados (trabajo, vivienda, educación, etc.), luego, en palabras más breves: la medicina, es la gestión estatal, individual, social y profesional para quienes ya se encuentran en situación de enfermedad en su intento de recuperar la salud y la salud, es la acción política, económica, personal y social para evitar encontrarse en una situación de enfermedad.

Lo crítico del abandono conceptual de la salud del Estado durante el MAE, es que, no solo renunció, como el mundo en general, en esas décadas, a la valoración integral de la salud, también abrazó la suposición que no era su responsabilidad directa atender la enfermedad de la población, si acaso “*lo que sobra*” como si fuera un acto extraordinario de beneficencia. Este fenómeno de abandono de tipo conceptual no solo se manifestó inmediatamente después de la independencia, también, aunque en menor grado, era notorio en la gestión estatal, cuyo modelo es categorizado por el Dr. Pleites como Industrialización por Sustitución de Inversiones (MISI en adelante),

*Estos bajos niveles de desarrollo humano fueron resultado de las dificultades para generar suficientes empleos formales y de la poca atención que se brindó durante el MISI a mejorar las condiciones de vida de la población de las áreas rurales. Sobre la poca creación de empleo formal (como se verá más adelante), resalta que, aunque cuando se creó el ISSS, se concibió como un sistema obligatorio al que deberían afiliarse todos los trabajadores, para 1979 el total de cotizantes apenas equivalía al 9.4 % de la población económicamente activa. Los cotizantes del INPEP, por su parte, solo constituían un 4.6 % adicional. Por otra parte, la marginación de las zonas rurales fue tal que para 1978 casi la mitad de la población rural de 15 años o más no sabía leer ni escribir. (Pleites, 2022)*

Tal extracto demuestra lo poco que se había trabajado según el concepto: “Salud”, entendido como medicina que atiende estrictamente la enfermedad, y simultáneamente dejando en evidencia el abandono conceptual de la salud en su forma integral.

Asimismo, se retoma otro segmento del texto, donde se describen indiscutiblemente las condiciones de la población en cuanto a salud y medicina a finales del siglo XX, ahí explica Pleites:

*En el caso de la salud y la nutrición, la situación a principios del siglo XX era tan alarmante que, según Fonseca, entre 1899 y 1920, la tasa de mortalidad promedio en el país fue de 24.5 personas por cada mil habitantes. Entre 1910 y 1920, de cada mil nacimientos, 145 niños murieron en el primer año, la mayoría por enfermedades curables, lo que representaba el 23.14 % del total de defunciones. Además, en 1920, 89 de cada 100 personas murieron sin recibir asistencia médica, en gran medida debido a que, para entonces, el país apenas contaba con un médico por cada 6476 habitantes. Castro, por su parte, describía a las familias rurales salvadoreñas a principios de los años veinte de la siguiente manera:*

*Mal vestidos y peor alimentados, víctimas del rigor de las variables estacionales, con una prole siempre creciente en cuya faz se delatan los signos lívidos del hambre y los pálidos tintes de anemias. [...] Falta de nutrición confortable, de medicinas y de asistencia médica hacen que el proletariado sea víctima propicia de esos flagelos, cuyo factor predominante es la miseria.*

*Según el Anuario Estadístico de la DIGESTYC de 1926, las principales enfermedades causantes de las muertes ocurridas en el país eran la fiebre y la caquexia palúdica (10.9 %), las afecciones del estómago (10.9 %), la bronquitis y otras enfermedades del aparato respiratorio (6.5 %), el sarampión (3.5 %) y la gripe (3.2 %). Del total de muertes, un 32.2 % fueron diagnosticadas como causadas por enfermedades desconocidas o mal definidas. Estos datos concuerdan con la valoración que hacía Castro unos años atrás al afirmar:*

*Sabemos que el paludismo, la tuberculosis, la influenza, las enfermedades del aparato digestivo y la viruela causan estragos entre la gente pobre, que casi en su totalidad muere sin asistencia médica, porque los hospitales, por muy buenos servicios que presten, son insuficientes para dar cabida a los miles de contagiados que impedidos por la miseria y la necesidad solicitan asistencia gratis. (Los subrayados son agregados). (Pleites, 2022)*

Las palabras, frases y oraciones subrayadas, resaltan los dos hechos que confirman el abandono de la salud, tanto desde el concepto salud como gestión gubernamental para recuperar la salud, es decir: sin médicos, sin medicinas y sin infraestructura sanitaria suficiente y según el concepto de salud como promoción y mantenimiento integral de la misma, es decir: nutrición, vestuario, casa, etc.

Tal como lo hemos afirmado anteriormente, este tipo de abandono que hemos descrito requiere cierto análisis intelectual; es decir, valorar los hechos y compararlos con los esquemas teóricos, no obstante, los otros dos, el científico-tecnológico y el económico-concreto, basta leer las cifras sistematizadas que muestran un patrón claro insidioso de la desidia estatal con respecto a la salud, después de lo que tradicionalmente conocemos como: independencia. No obstante, en el libro del Dr. Pleites, dado el enfoque, es más difícil detectar el tipo científico-tecnológico, debido a que este requiere detalles técnicos concretos que señalen explícitamente la carencia de la aplicación de avances en el campo científico-tecnológico, tales como: aplicación de guías clínicas escritas, programas de salud pública recomendados por organizaciones mundiales, avances en tratamientos, tipo de infraestructura hospitalaria o del primer nivel, disponibilidad de aparatos de diagnóstico, tales como: Tomografías de alta gama, Resonancias Magnéticas, entre otras, aunque ello se podría inferir cruzando ciertos datos expuestos en tal documento, no es posible enunciarlos en lista, pero haremos el ejercicio demostrar tal falencia en el sistema de salud recurriendo al texto del Dr. Pleites; pero, lo dejaremos en la siguiente y final entrega, y por ello, abordaremos, el abandono más llamativo de la salud, el abandono económico-concreto.

### III- EL ABANDONO ECONÓMICO-CONCRETO DE LA SALUD.

El abandono económico-concreto es el que se puede verificar al revisar las asignaciones pírricas del presupuesto gubernamental en relación a otros rubros, en razón de ello, podemos destacar las observaciones en el libro analizado, donde se refiere al Modelo de Promoción de Exportaciones, describiendo así: “[...]Obsérvese en la tabla 4.3. que para el período 1989-2004 los gastos en salud y educación apenas representaron el 8.4 % y el 15.4 % del gasto público total; es decir, niveles bastante similares a los registrados durante el conflicto armado y mucho menores a los alcanzados durante el MISI.” (Subrayado es agregado) (Pleites, 2022). El párrafo es sumamente elocuente, primero, porque nos coloca en perspectiva con respecto a otros modelos económicos, el desinterés cínico de las administraciones gubernamentales en cuanto a la salud, donde compara tres de ellos y podemos confirmar el patrón del abandono; segundo, a las cifras se les califica de “apenas”, lo cual se entiende bajo el criterio de un economista como: insuficiente en un presupuesto para un propósito desarrollista de bienestar que incluye la salud; tercero, nos correlaciona salud y educación, lo cual indica que la marginación de la salud en cuanto al gasto público fue más profunda que solo responder carencialmente a lo mínimo como invertir en medicinas, médicos e infraestructura, y trastocó pilares esenciales como la educación; finalmente, nos remite a una tabla, la cual, al examinarla, nos enteramos que la salud (en su nivel más simple) quedaba en los últimos lugares, siendo sobrepasada en gastos de deuda, militares y otros, acentuando la verdad que la salud no era una pública prioridad.

Además, hablando del mismo modelo, en cuanto a los indicadores de bienestar se hace una aseveración significativa y hasta enigmática, porque plantea una paradoja, pero que se resuelve al ser acucioso, así explica:

*Pese a que las políticas sociales impulsadas ocuparon un rol subordinado frente a las políticas económicas, el hecho de que fueran acompañadas de un aumento creciente de remesas, recibidas en su mayoría por hogares pobres, trajo como consecuencia que, entre 1989 y 2004, se avanzara más en el logro de las metas sociales que en la consecución de las metas económicas que el MPE se había trazado. Prueba de ello es que los*

*principales indicadores sociales experimentaron importantes mejoras durante ese período.* (El subrayado es agregado). (Pleites, 2022)

El párrafo es de tal manera revelador que deja entrever la explicación del porque hay mejoría en los indicadores sociales tales como la pobreza (medida acorde a la capacidad de acceder a una canasta básica de alimentos), un sustrato esencial para la nutrición y por lo tanto, la salud en su máxima expresión; y se debe al aumento de las remesas, lo cual hace resonar: las remesas, como el medio en que cada salvadoreño, abandonado por su Estado, se rebusca para cuidar su bienestar, nos connota el duro viaje fuera del país, nos dibuja los múltiples trabajos extenuantes de nuestros hermanos lejanos, nos permite recitar lapidariamente: “Sánese quien pueda”; la mayoría de personas pueden acceder a hospitales privados, visitar clínicas médicas de alto nivel, realizarse intervenciones quirúrgicas costosas, costear super especialistas carísimos gracias a que el familiar le envía el dinero para ello desde el extranjero, eso también, casi sin lugar a equivocarme, la proliferación de grandes hospitales y clínicas en el oriente del país, por las remesas, diría sin duda, preguntándole al azar a algún ciudadano de esa zona. Así, resulta una cascada de explicaciones sobre la asistencia a colegios privados, universidades privadas, casas con estilo gringo, luego es así: el Estado abandona el concreto bienestar (salud) de las grandes mayorías como su prioridad, solo forma parte de una última línea de su plan de gastos, no pinta en su economía, entonces, las personas van en busca del sueño (pesadilla, diría yo) americano para habérselas por su propia cuenta. Y esto no es una conclusión peregrina del texto, es parte, según Pleites, la migración (y las remesas consecuentemente) como un eje lógico en todo su planteamiento económico que explica históricamente, entre otros asuntos, porque no ha colapsado absolutamente las finanzas del país.

Finalmente, se cita un párrafo, donde se ilustra un aspecto más sobre el abandono de la salud en su aspecto concreto que se manifestó en el Modelo de Digresiones Populistas, ahí Pleites, detalla:

*Durante el período 2004-2019, llamado en este libro de digresiones populistas, varios de los programas y políticas parecieran apuntar a aumentar la inversión en la expansión de las capacidades de las*

*personas (FOSALUD, Comunidades Solidarias, Paquete Escolar, Sistema de Protección Social Universal, Ciudad Mujer; Una Niña, Un Niño, Una Computadora; etc.), sin embargo, en la práctica, han sido de carácter paliativo y mediático, con el agravante de que la mayoría han sido abandonados o debilitados después de una o dos administraciones gubernamentales. (Subrayado es agregado). (Pleites, 2022)*

El texto habla por sí mismo, el Estado abandona sus fachadas, sus remiendos a la salud; no bastaba la acción sistemática falaz del Estado intentando disimular, no corregir su abandono, sino disfrazar por medio de programas aislados y poco sustentados económicos, tratando de tapar el sol con un dedo; aún peor, también los debilita y vuelve a incurrir en un abandono más grave. Continuaremos en la siguiente última entrega.

Hasta el momento se ha destacado el abandono por parte del Estado Salvadoreño de la gestión en salud en el aspecto conceptual, donde se entiende la salud en su integralidad, no solo tratar la enfermedad, así como el abandono concreto-económico, este referido a la gestión de las administraciones en cuanto a las escasas asignaciones presupuestarias al ramo de salud-medicina, tanto en su valoración más simple: de tratar la enfermedad con médicos, infraestructura sanitaria y medicinas, y al integral, en cuanto a su consideración más integral-compleja, asociada a educación, vivienda, situación laboral, agricultura-seguridad alimentaria.

#### **IV- EL ABANDONO CIENTÍFICO-TECNOLÓGICO DE LA SALUD.**

Tal como lo anticipamos en el artículo anterior, construir teóricamente este tipo de abandono, requiere, además de una vivencia en la cotidianidad del medio médico-administrativo en salud, un análisis más minucioso y deductivo del texto, eso implica descifrar ciertas aseveraciones, encontrando pistas que nos orienten a la exposición de la realidad esencial, dado que la misma, como se sabe, nunca se muestra de primas a primeras, sino encubierta y aparente.

Entonces, cinco son las principales pistas para las argumentaciones que acusan el abandono científico-tecnológico de la salud desde el Estado; de las cuales, tres, parten de manera indirecta y las otras dos, de manera directa.

La primera pista indirecta es aquella se origina de la deducción lógica acerca de lo siguiente: la ciencia y la tecnología requiere una gran inversión económica, una ruidosa cantidad de ceros en licencias para acceder a revistas científicas, asistencia a las actualizaciones de profesionales, altos costos de investigación, onerosos gastos en terrenos y edificios, aparatos y personal para la toma de exámenes de laboratorio o de gabinete (radiografías, tomografías, resonancias magnéticas, endoscopías, etc.), lo cual no se verifica en ningún presupuesto erogado gubernamentalmente desde 1821 hasta 2019, no hay ninguna elevación abrupta que haga señalar: eso fue por inversión en tecnología y ciencia para la salud; si acaso hay una mención significativa de aumento durante la implementación del Modelo Industrialización por Sustitución de Inversiones (1949-1979), asociado a la nueva Constitución Política de los cincuenta, detallado así por el autor: “...*el Estado aumentó de manera sostenida y significativa el gasto social en educación y salud, cuya participación promedio anual en el gasto público total durante el período 1949-1979 subió a 20.2 % y 10.8 %, respectivamente (tabla 6.6)...*” (Pleites, 2022) cuyo gasto venía de entre 1.8 a 5% en los años anteriores, pero, aun así, no es suficiente para asumir que se debía a inversión en lo mencionado anterior.

La segunda pista indirecta, se basa en la premisa siguiente: la ausencia de la evidencia es la evidencia, así, cuando se revisa la ausencia de los pormenores sobre inversiones en infraestructura moderna asociada a hospitales o clínicas (o por lo menos, erogaciones para los edificios), se encuentra completamente ausente, y no es que el autor no se detenga en eso, dado que hace listados sobre gastos en ferrocarril, puentes, carreteras, edificio postal, entre otro tipo de obra pública entre finales del siglo 19 y principios del siglo 20. Claro, eso es lógico; es lógico que no aparezca en los datos de gastos del ministerio de Hacienda sobre inversión en construcción, mantenimiento, modernización y equipamiento, dado que la misma historia consigna que los hospitales emblema de El Salvador fueron el resultado de donaciones, sí donaciones, el Estado no destinó presupuesto para ello, pero, sí, sí gastaba en ciencia y tecnología de armas, de transporte, puentes u otros rubros, porque ellos sí eran su prioridad, reconfirmando así, como la obra pública en salud (implícita la inversión en

tecnología) era considerada como obligación de la caridad de millonarios y no estatal, derivando, por lo tanto, en el abandono científico-tecnológico.

En lo que respecta a la tercera pista indirecta, se asocia con el enfoque complejo de la salud, es decir, la salud y su relación con otras áreas no sanitarias, esto es así, este tipo de abandono de la salud, del aspecto científico-tecnológico implica una *renuncia* a la calidad de la salud, no solo modernización en el aspecto meramente médico de salud, como recuperación, es decir, mediante avances en técnicas de detección, procedimientos quirúrgicos, aplicación de tecnologías, acceso a mejores protocolos de abordajes de enfermedades, equipos de diagnóstico y tratamiento; también, está incluido *negarse* a la ampliación de las perspectivas atrasadas de la salud como ausencia de enfermedad, las cuales requieren inversión estratégica y altamente vinculada a otros sectores gubernamentales como los ministerios de Agricultura y Medio Ambiente, en cuanto seguridad alimentaria; Trabajo, en cuanto a salud laboral; Educación, en cuanto a la promoción de salud. En otras palabras, abandonar la salud es no generar extensiones burocráticas, pero efectivas, desde el ministerio de salud hacia las demás carteras estatales, únicamente hacer cambios formales en el organigrama, concejos o documentos llenos de rúbricas banales, pero, no gasto en institucionalidad sostenida con presupuestos robustos y leyes específicas que impacten en el entramado causal de una salud sostenible. Esto es claro al revisar los datos, donde se observan disminuciones en los rubros enfatizados. Ejemplo, es sobre el empleo y política salarial, explicado así:

*“...en El Salvador, el pleno empleo y la eficacia salarial casi nunca han sido asumidos como objetivos centrales de sus estrategias y políticas de desarrollo. Tanto es así que el país ni siquiera cuenta con información oportuna ni con series estadísticas largas sobre las variables relacionadas con el comportamiento del mercado laboral, tales como desempleo, subempleo, trabajo decente, productividad laboral, salarios, etc. Incluso, son muy pocos los planes de gobierno en que se usan los datos sobre la situación laboral para formular objetivos, metas, estrategias y políticas...”*  
(Pleites, 2022).

En cuanto a la primera pista directa, es la que se infiere a partir de la siguiente aseveración donde concluye:

*“Un aspecto común de los países que más progresan en desarrollo humano es que hacen inversiones fuertes y oportunas en el despliegue de los talentos y capacidades de sus habitantes, asignándoles una alta prioridad a ámbitos tales como la salud y la nutrición, la vivienda y el hábitat, la educación, la capacitación, la ciencia y la tecnología [...] Aunque parecen obvios, estos planteamientos han sido muy difíciles de ponerse en práctica en El Salvador.”* (Subrayado es agregado) (Pleites, 2022)

No ha habido de ninguna como iniciativa directa de los gobiernos hasta 2019 para actualizar la práctica médica, no se ha considerado importante invertir en la modernización en salud por ninguno de los cinco modelos económicos, la salud era marginal, y el modelo que decidió aumentar el gasto, se concentró en área urbana y asalariados (como es el caso del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que aunque se menciona en el texto, dada la naturaleza histórica, legal y conceptual de sus orígenes, amerita su abordaje como caso atípico mediante un estudio aislado), por lo cual, ningún gobierno ejecutivo decidió aprovechar los avances científicos y tecnológicos para la salud, invertir en ellos y brindarlos gratuitos a las grandes mayorías. Luego, podríamos reconstruir el párrafo del Dr. Pleites y parafrasearlo así: En El Salvador fue muy difícil poner en práctica las inversiones fuertes y oportunas, asignándole una alta prioridad a la salud, en cuanto a ciencia y tecnología.

Finalmente, en lo relacionada a la segunda pista directa, es la que se extrae del párrafo que cito y donde el Dr. Pleites aclara:

*Las fuertes reducciones experimentadas en la tasa bruta de mortalidad y en la tasa de mortalidad infantil, así como el aumento en la esperanza de vida al nacer, registradas a partir de los años cuarenta fueron, en gran medida, el resultado de la extensión al país de los progresos experimentados en la medicina a través de las vacunas y del mejor tratamiento contra ciertas enfermedades. Empero, también tuvieron una fuerte incidencia los avances en la salud pública y la educación derivados del aumento progresivo que,*

*hasta los años setenta, experimentaron los porcentajes del gasto público destinados a salud y educación (el subrayado es agregado). (Pleites, 2022)*

El autor tiene el cuidado de diferenciar explícitamente las dos razones por las cuales mejoraron los indicadores de salud; son dos diferentes fuentes, unas provienen de la extensión de progresos en la medicina los cuales no están asociados a la intervención estatal en ellos y en la que sí está involucrado el Estado salvadoreño a través del gasto público. Aunque no aclara que o quienes fueron el medio por el cual se extendió el progreso médico (entendido como actualización mediante tecnología y ciencia), se deduce por la experiencia, que fue por la práctica privada desde los profesionales quienes buscaron mejorar sus servicios médicos o simplemente inversionistas industriales que vieron en la ciencia y tecnología médica un afán de lucro. Sea como sea, no fue el Estado el que aprovechó los avances en la medicina. Nuevamente, las grandes mayorías tuvieron que conformarse con el lento ritmo mortal en la atención de sus enfermedades provocado por un Estado nulo a ello y solo accedían a las innovaciones de la medicina quienes podían pagar.

## **V- CONCLUSIONES**

Se concluye, siempre desde el párrafo citado, el cual, nos abre una brecha de esperanza, que establece: si el Estado de los años sesenta pudo ser una pequeña parte de ciertas mínimas mejoras en disminuir la muerte materno-infantil y aumentar esperanza de vida con tímidos y erráticos aumentos en el gasto, solo en los rubros: salud y educación, ¡Lo qué se lograría con un estratégico y absoluto compromiso, participando a través de una gran inversión en la salud y todos los rubros asociados a ella!

## **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.**

1. Pleites, W. (2022). *La Economía Salvadoreña*. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Educación de El Salvador.