



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE
MÉXICO Y CENTROAMÉRICA**

T E S I S

CREACIÓN Y DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EL SALVADOR, 1950-1960

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS

PRESENTA

**HERBERTH STANLEY MORALES
HERRERA**

DIRECTOR

DR. ANTONIO GARCIA ESPADA

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

Octubre de 2023





UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE
MÉXICO Y CENTROAMÉRICA**

T E S I S

CREACIÓN Y DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA DE EL SALVADOR, 1950-1960

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRO EN CIENCIAS
SOCIALES Y HUMANÍSTICAS**

PRESENTA

**HERBERTH STANLEY MORALES
HERRERA**

COMITÉ TUTORIAL

**DR. ANTONIO GARCIA ESPADA
DR. CARLOS GREGORIO LÓPEZ BERNAL
DR. LUIS GERARDO MONTERROSA CUBÍAS**



San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

Octubre de 2023



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 25 de septiembre de 2023

Oficio No. SA/DIP/826/2023

Asunto: Autorización de Impresión de Tesis

C. Herberth Stanley Morales Herrera

CVU: 1009477

Candidato al Grado de Maestro en Ciencias Sociales y Humanísticas

Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica

UNICACH

Presente

Con fundamento en la opinión favorable emitida por escrito por la Comisión Revisora que analizó el trabajo terminal presentado por usted, denominado **Creación y desarrollo del sistema de salud pública de El Salvador, 1950-1960**, cuyo Director de tesis es el Dr. Antonio García España (CVU 42475) quien avala el cumplimiento de los criterios metodológicos y de contenido; esta Dirección a mi cargo **autoriza** la impresión del documento en cita, para la defensa oral del mismo, en el examen que habrá de sustentar para obtener el **Grado de Maestro en Ciencias Sociales y Humanísticas**.

Es imprescindible observar las características normativas que debe guardar el documento impreso, así como realizar la entrega en esta Dirección de un ejemplar empastado.

Atentamente
"Por la Cultura de mi Raza"

Dra. Carolina Orantes García
Directora



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

C.c.p. Dr. Amin Andrés Miceli Ruiz, Director del Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, UNICACH. Para su conocimiento.
M.S.P. Claudia Cabrera Hernández, Coordinadora del Posgrado, Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica, UNICACH. Para su conocimiento.
Archivo/minutario.

RJAG/COG/fig/ctr

2023 AÑO DE FRANCISCO VILLA
EL REVOLUCIONARIO DEL PUEBLO

Dirección de
Investigación
y Posgrado

Dirección de Investigación y Posgrado
Libramiento Norte Poniente No. 1150
Colonia Lajas Maciel C.P. 29039
Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México
Tel:(961)6170440 EXT.4360
investigacionyposgrado@unicach.mx

Dedicatoria

A mis abuelos maternos, María Magdalena y Julio Héctor. Las dos personas que me llenaron la vida con sus memorias y atenciones.

Agradecimientos

Agradezco a mi madre, Virginia Margarita, su comprensión sobre esta travesía académica; te quite mucho del tiempo que te merecías de mi parte. De igual manera doy las gracias a Sindy Carolina, que como pareja me apoyó en momentos importantes del proceso de investigación. A mis familiares más cercanos extendiendo mí gratitud.

Reconozco considerablemente el trabajo de mi director de tesis, el doctor Antonio García Espada por su guía, confianza y solidaridad en este proceso investigativo. El doctor García Espada me enseñó que la imaginación y la escritura condicionan mucho el método del historiador. Puedo asegurar que las pautas metodológicas que aprendí de García Espada son fundamentales para mi trabajo. Asimismo, valoro grandemente las críticas de mi director, las cuales me permitieron crecer en este camino.

También, valoro infinitamente la labor de los doctores Carlos Gregorio López Bernal y Gerardo Monterrosa Cubías por dedicar parte de su tiempo a leer y comentar la presente tesis. Sus observaciones y críticas contribuyeron a mis reflexiones.

Fueron de gran ayuda las fuentes primarias del Rockefeller Archive Center que me facilitó el doctor Héctor Lindo Fuentes, mientras fungí como su asistente de investigación.

Este proceso de maestría fue posible por la beca que me proporcionó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) de México y la Fundación Heinrich Böll. Revalido una vez más mi compromiso social ante estas instancias que me apoyaron.

Destaco los valiosos apoyos que recibí de mis compañeros y amigos durante mi estancia en México. De mis amigos Andrés Felipe Escovar y Daniel Maldonado siempre tendré presente sus manos generosas y sus agudas reflexiones sobre literatura. Lezly Chibamba, Karen Martínez y Víctor Méndez, gracias por su amistad y volver acogedores mis días en San Cristóbal de las Casas. Rigoberto Solano y familia, los días fueron más cálidos porque me sentí como uno de ustedes. Tonatiuh y Felipe, nuestras platicas siempre fueron estrambóticas, pero necesarias para pausar el tedio.

Estoy en deuda por el apoyo recibido de mis amigos salvadoreños. Especialmente, Roberto Deras, Marcela Menjívar, Óscar Meléndez, César Rodas y Rodrigo Colorado. Sus palabras oportunas y apoyos materiales concretos fueron importantes en momentos difíciles.

Índice

Introducción	9
Capítulo 1	
Antecedentes del sistema de salud pública en El Salvador	19
1.1 Consejo Superior de Salubridad	21
1.1.1 Tiempo de reformas: La creación de la Dirección General de Sanidad	30
1.2 La Dirección General de Sanidad del martinato	35
1.3 El Ramo de Beneficencia: El funcionamiento triádico de los hospitales	55
1.4 El Ramo de Beneficencia: Los hospitales públicos durante el martinato	64
Capítulo 2.	
El establecimiento del sistema de salud pública	75
2.1 El surgimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	76
2.2 El punto de partida para el establecimiento del sistema de salud pública	83
2.3 La Área de Demostración Sanitaria	92
2.4 El crecimiento de los servicios de salud pública	102
Capítulo 3.	
El gremio médico y la salud pública en El Salvador	121
3.1 Las propuestas del Colegio Médico	123
3.2 El proyecto de reforma de la facultad	127
3.2.1 El grupo de médicos al frente de la reforma	129
3.2.2 La modalidad de docentes a tiempo completo	131
3.2.3 La modificación al plan de estudios de medicina	133
3.3 La financiación de la facultad	136
3.3.1 La filantropía estadounidense	137
3.3.2 Crisis política del año 1960 y la fragilidad de la cooperación estadounidense	143
3.3.3 El financiamiento gubernamental	149
3.4 La epidemia de disentería	153
3.4.1 El comienzo	154
3.4.2 La explosión	158

3.4.3 La resolución	162
Conclusiones	165
Apéndice	173
Fuentes	179
Bibliografía	182

Índice de imágenes

Imagen 1. Auxiliar sanitaria del proyecto ADS en visita domiciliar	100
Imagen 2. Médicos del hospital Rosales durante la epidemia de disentería, 1970	159

Índice de mapas

Mapa 1. Proyecto piloto Área de Demostración Sanitaria, 1951-1960	93
Mapa 2. El Salvador, unidades de salud pública por departamento en 1950	105
Mapa 3. Unidades de salud distribuidas por regiones en El Salvador, 1970	113
Mapa 4. Puestos de salud rural distribuidos por regiones en El Salvador, 1970	114

Índice de gráficos

Gráfico 1. Reporte de casos nuevos de viruela al año, 1931-1935	49
Gráfico 2. Unidades de salud y Puestos de salud rural en El Salvador, 1961-1970	112
Gráfico 3. Distribución porcentual de los servicios hospitalarios por regiones, 1970	115
Gráfico 4. Distribución porcentual del presupuesto de salud pública por regiones, 1970	117
Gráfico 5. Porcentaje del gasto social como parte del gasto estatal global de El Salvador	118
Gráfico 6. Consultas médicas del sistema público de salud de El Salvador, 1966-1969	120
Gráfico 7. Morbilidad de disentería por diversas causas, 1966-1969	156

Índice de esquemas

Esquema 1. Organigrama de la Dirección General de Sanidad, 1931-1932	38
Esquema 2. Organigrama de la Dirección General de Sanidad, 1936	53
Esquema 3. Propuesta Grimmer para el sistema hospitalario, 1950	89

Índice de tablas

Tabla 1. Presupuesto del CSS y DGS en colones, 1902-1930	32
Tabla 2. Ingresos de la DGS en colones, 1930-1938	48
Tabla 3. Población vacunada contra la viruela, 1931-1935	50
Tabla 4. Ingresos anuales de los hospitales en colones, 1930-1934	69
Tabla 5. Gastos anuales de los ramos de Beneficencia, Guerra y Gobernación	72
Tabla 6. Planificación de la infraestructura médica en El Salvador, 1965-1969	109
Tabla 7. Comparativa entre población por regiones y establecimientos de salud pública	113
Tabla 8. Distribución geográfica de los profesionales de la salud en El Salvador, 1971	115
Tabla 9. Gasto público total y porcentaje correspondiente al Mspas en colones	118
Tabla 10. Cooperación financiera de la Fundación Rockefeller a la Facultad de Medicina	148
Tabla 11. Erogaciones del Gobierno salvadoreño a la Facultad de Medicina	150

Introducción

Cuando el arte toma la delantera en el abordaje de un problema humano, las ciencias sociales no pueden prescindir de esta inspiración. Carlos Cañas fue el primer artista plástico salvadoreño que retrató en una serie de 37 dibujos las carencias del sistema salvadoreño de salud pública, en 1973. Cañas tituló a esta serie: *De hospitales y dibujos*. Esta obra de Cañas es una fuerte interpelación para los historiadores interesados en alumbrar los pasajes, aún oscuros, de la historia de la salud pública y la medicina en El Salvador. Pasajes oscuros del pasado en donde los vencidos también han sufrido las carencias de los servicios de salud pública salvadoreña.

Ante semejante reto, en esta tesis solo reflexiono sobre una parte de la infraestructura institucional de la salud pública en El Salvador. Mi objetivo es determinar y explicar las apuestas establecidas para la creación y desarrollo del sistema de salud pública de El Salvador en las décadas de 1950 y 1960. De esta manera se podrá dimensionar las razones que llevaron al Estado salvadoreño a instituir el sistema de salud hasta la segunda mitad del siglo XX.

El abordaje de la creación del sistema de salud pública salvadoreño lo enmarco en tres campos de influencia de las ciencias sociales. El primero atañe a la clásica historia institucional que se vuelve manifiesta a la hora de comprender los antecedentes del Ministerio de Salud, y su posterior creación y desarrollo. En este punto no bastó detallar como era el edificio institucional de una entidad estatal en su funcionamiento cotidiano, también fue importante determinar su respuesta ante eventos excepcionales, como lo fueron las epidemias o pandemias acá tratadas. En buena medida esto me obligó a reflexionar sobre las políticas públicas de salud. Ahora, puedo afirmar contundentemente que fue a partir de la década de 1950 cuando el Estado salvadoreño le imprimió un carácter eminentemente público a las políticas de salud. El segundo campo tiene que ver con la historia social que me permitió observar que las epidemias y pandemias no son simples manifestaciones biológicas, sino que también son catalizadoras de las tensiones estructurales preexistentes en las sociedades. Por mi parte, extendí el análisis al papel jugado por el gremio médico en el desarrollo del sistema de salud y ante las emergencias sanitarias. La tercera influencia me deviene de la salud internacional que fue cultivada por la OPS en la década de 1980. Gracias a esta última corriente intelectual pude reflexionar la salud pública a dos niveles: los factores estructurales de índole nacional y las variables internacionales. Así, discurro sobre la influencia relevante que ejercieron las fundaciones filantrópicas estadounidenses y los

organismos internacionales (como la OMS) en la construcción del sistema de salud pública salvadoreño.

Ahora bien, es necesario delimitar el contexto historiográfico del cual parto para investigar. A nivel latinoamericano, los trabajos de académicos sociales como Marcos Cueto, Anne-Emanuelle Birn, Juan Cesar García y Claudia Agostoni se vuelven referencias de interlocución obligatoria para comprender las particularidades que han tenido la medicina y la salud pública como procesos sociales en Latinoamérica. Estos académicos han trabajado sus investigaciones en las siguientes áreas: paradigmas de la salud, instituciones de salud pública, gremios médicos, influencia de los organismos internacionales, fundaciones privadas en la salud internacional, el imperialismo estadounidense, la filantropía, las epidemias, aspectos culturales y las respuestas desde los movimientos sociales.

Claudia Agostoni en su libro *Médicos, campañas y vacunas* proporciona un análisis sobre la viruela y las respectivas campañas de inmunización que acontecieron en México entre 1870-1950. Este libro precisa en aspectos como: el funcionamiento de las instituciones vinculadas a la salud pública, las iniciativas de vacunación, los conflictos sociales a causa de la implementación de una política sanitaria, los códigos sanitarios y la medicina popular. Estos puntos son una influencia para este trabajo, pero para mi análisis retomo la categoría de «coyunturas epidémicas», que deduzco de la reflexión de Agostoni. Según Claudia Agostoni, las coyunturas epidémicas son tiempos extraordinarios y sumamente confusos para el conglomerado social. Para Agostoni cada una de las epidemias en la historia han contado con una manifestación muy particular, como resultado de las diversas respuestas que han dado las sociedades en su tiempo ante un patógeno causante de una enfermedad. En otras palabras, la novedad de una epidemia o pandemia se traduce en incertidumbre colectiva, lo cual termina por poner a prueba a las instituciones de salud pública. Esto último es un aspecto que incluyo en la reflexión de los capítulos uno y tres de esta tesis.

La medicina estatal en América Latina 1880-1930 de Juan Cesar García es todo un clásico para tener una lectura panorámica sobre el desarrollo institucional de la salud pública en la región. En ese trabajo se argumenta que los países latinoamericanos tuvieron sus inicios en el tema de la salud a través de sus ministerios de Gobernación o Interior. Además, se sostiene que entre 1880 y 1930 en Latinoamérica aconteció el interés por fundar instituciones de sanidad con facultades de impacto nacional. Estos argumentos fueron articulados desde una perspectiva marxista, que

concibió estos cambios institucionales como parte del modelo agroexportador de la época. Particularmente, este trabajo de García me brinda elementos para contextualizar el surgimiento de la Dirección General de Sanidad de El Salvador a inicios del siglo XX, institución a la que presto mucha atención en el capítulo uno.

No hay duda de que la producción historiográfica de Marcos Cueto lo vuelve uno de los referentes de la historia de la salud pública y la medicina en Latinoamérica. Entre los temas abordados por Cueto sobresalen las epidemias, programas de salud y organizaciones internacionales. En esta tesis utilizo su libro en coautoría que se titula: *Historia, salud y globalización*. Esta obra de Cueto y Zamora me facilita la identificación del contexto internacional de la salud para la década de 1950 y así ambientar el surgimiento del Ministerio de Salud de El Salvador.

Anne-Emanuelle Birn es una especialista en historia de la salud internacional que ha prestado atención a la incidencia mundial de la Fundación Rockefeller (FR). De Birn retomo su análisis sobre las campañas sanitarias que realizó la FR en el siglo XX. Por otra parte, la propuesta analítica de Birn me ayuda a entender las formas de cooperación filantrópica que tuvo la FR con sus contrapartes en los países subdesarrollados. Esto último es de mucha utilidad para profundizar en la modalidad de cooperación que implementó la FR con la Universidad de El Salvador en las décadas de 1950 y 1960, aspecto que abordo en el capítulo tres al analizar la reforma de la Facultad de Medicina.

A nivel centroamericano el panorama historiográfico lo delimito a tres autores: Richard N. Adams, Steven Palmer y Ana Paulina Malavassi Aguilar. Estos académicos han discurrido temáticas de la salud pública centroamericana como: las epidemias, instituciones sanitarias e influencia de la Fundación Rockefeller. El siglo XX centroamericano es el foco de atención de estos académicos. Fueron estas las razones por las que opté por estos autores para incorporarlos al panorama historiográfico.

Richard N. Adams es un antropólogo que analizó el impacto de la pandemia de influenza de 1918 en Guatemala. *Estado e indígenas durante la epidemia de influenza de 1918-1919 en Guatemala* es el título de su trabajo. Metodológicamente, Adams priorizó para su reflexión el departamento de San Marcos. Esto le permitió exponer las carencias institucionales del Estado guatemalteco frente a la influenza. A través de las reflexiones de Adams logro comparar el papel de las autoridades sanitarias de Guatemala y El Salvador con respecto a la influenza. No está demás

apuntar que esta obra de Adams es una referencia obligatoria para quien se atreva ir más lejos y trate de hacer historia comparada de las epidemias en Centroamérica.

Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central es un artículo que presenta una perspectiva comparada del desarrollo institucional de la salud pública en la región. Su autor es el historiador Steven Palmer. El sucinto recorrido que hace Palmer lo concentra en el siglo XX; sin embargo, describe ciertas características de los protomedicatos del siglo XIX que establecieron los incipientes Estados de América Central. Por otra parte, Palmer pone en tela de juicio el atribuir excesiva determinación a los factores externos que configuran a las instituciones de salud pública; en su lugar, termina por destacar la importancia que tiene la cultura política de Centroamérica. Ahora bien, algunos de estos elementos que encuentro en Palmer fortalecieron aspectos del contexto centroamericano que presento para explicar el desarrollo institucional de El Salvador a inicios del siglo XX, a modo de antecedentes en el capítulo uno.

De Ana Paulina Malavassi Aguilar me interesa destacar su trabajo titulado: *El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1921*. Esta es una reflexión sobre la novel Fundación Rockefeller en Centroamérica. Esencialmente, Malavassi discurre sobre el programa que la Fundación Rockefeller financió para contrarrestar la anquilostomiasis en la región. En relación a la presente tesis, este trabajo de Malavassi me proporciona algunos insumos para comprender la trayectoria filantrópica de la Rockefeller.

En El Salvador, la salud pública como problema historiográfico ha sido abordado por los historiadores Jorge Juárez, Diana Durán y Pablo Benítez. Estos tres historiadores pertenecen a un grupo más amplio de académicos que han nutrido la historiografía salvadoreña después de terminado el conflicto armado de los años ochenta del siglo pasado. Esto los vuelve parte de una generación de historiadores que han diversificado el abanico de temas, y dar los primeros acercamientos a la historia de la salud pública es parte de ello.

Población: estadísticas y enfermedades en la configuración del Estado en El Salvador en la segunda mitad del siglo XIX es un texto inédito de Jorge Juárez, que demuestra la relevancia de los datos estadísticos para la entonces incipiente labor estatal. Juárez reflexiona brevemente cuatro temas: el desarrollo de la estadística estatal, el enfoque maltusiano, las epidemias y las atribuciones del protomedicato. Por su parte, Diana Durán es autora de una tesis, en la cual realiza una investigación descriptiva de las enfermedades infectocontagiosas y sus respectivas políticas públicas de control o erradicación en El Salvador. Temporalmente, la tesis de Durán está ceñida

a trabajar la segunda mitad del siglo XX, sin embargo, cuenta con un capítulo de antecedentes que se remite hasta el periodo colonial, lo cual se torna en una tarea sumamente compleja de querer abarcar.

Gripe española de 1918 en El Salvador es el único trabajo que hasta el momento ha reflexionado la llegada de la pandemia de influenza al país. La autoría de esta reflexión le pertenece a Pablo Benítez. En su artículo, Benítez presta atención a los álgidos cuatro meses (agosto-noviembre) de la coyuntura epidémica de influenza. En términos metodológicos el trabajo de Benítez concatena tres aspectos: la dinámica de la política salvadoreña, la transmisión de la influenza y la evaluación de las instituciones de salud pública; todo ello, fundamentado con fuentes estatales y periodísticas. Por mi parte, este abordaje metodológico lo aplico al momento de analizar las coyunturas epidémicas de viruela (1932-1935) y disentería (1969-1973) en El Salvador.

En términos generales, los trabajos antes citados de los tres historiadores salvadoreños permiten identificar ciertos elementos de la historia institucional de la salud pública en El Salvador. Sin embargo, es necesario profundizar en un problema aún ausente en la historiografía salvadoreña: el desarrollo institucional vinculado al sistema de salud pública. En ese sentido, planteo estudiar como problema de investigación las apuestas que conllevó la creación y desarrollo del sistema de salud pública en El Salvador entre las décadas de 1950 y 1960.

Por lo tanto, ¿por qué se creó un sistema de salud pública en El Salvador hasta la mitad del siglo XX? La historiografía política y económica de las décadas de 1950 y 1960 ha destacado que a los cambios acaecidos en este periodo les subyacen cuatro procesos concatenados: la industrialización de la económica con el propósito de diversificar la matriz productiva, la instauración de un Estado interventor, la integración centroamericana y las prácticas políticas de corte autoritario. De todo esto dan cuenta las obras de Roberto Turcios, Jorge Cáceres Prendes y Héctor Lindo. Además, los decenios de 1950 y 1960 son parte de un contexto de crecimiento económico que facilitó la política fiscal y social de El Salvador. Precisamente, los niveles de inversión social que se alcanzaron entre 1950 y 1960 no tenían precedentes en el país; por ejemplo, según el PNUD, entre 1951 y 1979 el gasto público en salud y educación de El Salvador promedió un 35.6%, lo cual significó casi triplicar el valor promedio que se asignaba en la primera mitad del siglo XX. Al respecto, Carlos Gregorio López Bernal considera que «las primeras políticas sociales de Estado realmente funcionales» son de estos años cincuenta y sesenta. En la

presente tesis parto de las reflexiones macro de estos cuatro historiadores, pero propongo observar el periodo entre 1950 y 1960 desde la óptica de la historia de la salud pública. En síntesis, considero que la creación del sistema de salud pública de El Salvador formó parte de los cambios ocurridos entre 1950 y 1960 en materia de políticas sociales.

En términos metodológicos, el abordaje del problema de investigación lo realizo desde cuatro tipos de fuentes, lo cual puede darle un carácter poliédrico al trabajo. Para los propósitos de la presente tesis he clasificado las fuentes históricas en razón de su procedencia, características particulares y potencial argumentativo que encierran. Entre los archivos y repositorios institucionales mayormente consultados están: Diario Oficial, hemeroteca del MUNA, repositorio de la OPS/OMS, archivo del Ministerio de Salud Pública de El Salvador, colecciones especiales de la UCA, Redicces, archivo de la UES y archivo de la Fundación Rockefeller.

El primer tipo de fuentes que trabajo son las institucionales. Aquí se ubican los documentos relacionados con la Dirección General de Sanidad y el Ramo de Beneficencia. Estos documentos me facilitan la elaboración de un antecedente institucional que abarca el periodo entre 1900 y 1944. Gracias a este antecedente el lector será capaz de identificar el funcionamiento de la Dirección General de Sanidad y el Ramo de Beneficencia, instancias que tuvieron a su cargo el control de las epidemias y la administración de los hospitales públicos, respectivamente. Por ejemplo, las fuentes me permiten asegurar que los hospitales salvadoreños, a parte del financiamiento público, contaron con recursos filantrópicos y la participación de algunas congregaciones religiosas, situación identificada por lo menos hasta la década de 1930.

Por otra parte, incluyo dentro de las fuentes institucionales aquellos documentos que dan cuenta de la creación y funcionamiento del Ministerio de Salud Pública para las décadas de 1950 y 1960, como, por ejemplo: decretos, informes ministeriales y diagnósticos. Verbigracia, el diagnóstico del consultor Herman Grimmer, que utilizo constantemente, es un buen ejemplo de fuente histórica que permite observar la labor de las instituciones de salud pública al inicio del periodo de análisis. Además, las planificaciones e informes de salud pública de los años sesenta son fuentes que registran el funcionamiento de diferentes instancias sanitarias que lograron conformar una totalidad. Esto último es esencial para sustentar la existencia de un sistema de salud pública, que contaba con un ministerio como instancia central de la cual emanaban las directrices de trabajo.

El segundo tipo de fuentes lo constituyen las hemerográficas y estadísticas. Estas fuentes proporcionan un registro bastante detallado sobre las epidemias de viruela y disentería, que aquí reflexiono bajo la categoría de coyunturas epidémicas. Esta epidemia de viruela aconteció durante los primeros cuatro años del martinato y la de disentería hacia finales de la década del 1960. Combino datos periodísticos y estadísticos para lograr una descripción rigurosa sobre estas dos epidemias. Opte por estas fuentes para tratar las epidemias porque captan de mejor manera los momentos de incertidumbre ante una enfermedad en descontrol. No está de más recordar que las fuentes estadísticas brindan el ritmo que toma una enfermedad con alto grado de propagación. Ahora bien, con la reflexión de estas dos epidemias es posible identificar nuevos aspectos sobre el martinato y la década del sesenta. Por ejemplo, la evaluación de las instituciones de salud pública durante el desarrollo de dos emergencias epidémicas es un aspecto novedoso que esta tesis aporta a la historiografía salvadoreña.

Un tercer tipo de fuentes son las de carácter académico. Las instituciones académicas son productoras de fuentes históricas que pueden contener lecturas globales sobre los procesos sociales. Para el caso, retomo documentos producidos por la Universidad de El Salvador (UES) y el Colegio Médico del país. Estas fuentes académicas me sirven para analizar dos procesos: la reforma de la Facultad de Medicina de la UES (a partir de 1954) y la generación de propuestas para elevar la calidad de los servicios de salud pública en el país. El análisis de ambos procesos reconfirma el gran prestigio académico que alcanzó la Facultad de Medicina de la UES en las décadas entre 1950 y 1960. Mismo prestigio que reconoció la Fundación Rockefeller al entablar relaciones de cooperación financiera con la entidad académica. A propósito, la reforma de esta facultad influyó en el aumento del número de médicos graduados, aspecto necesario para el desarrollo del sistema de salud pública de El Salvador.

El último grupo de fuentes analizadas son las generadas por las entidades internacionales. Particularmente, trabajo documentos que pertenecen a la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Fundación Rockefeller. Estas fuentes internacionales brindan un panorama que puede complementar o matizar aquellos aspectos concernientes a la creación del sistema de salud pública en El Salvador. Por otra parte, es gracias a los documentos de la Fundación Rockefeller que logro reconstruir el papel jugado por esta entidad filantrópica durante la reforma de la Facultad de Medicina de la UES, en las décadas de 1950 y 1960. Considero que la inclusión de la perspectiva de los organismos internacionales brinda la

posibilidad de entablar un dialogo con los trabajos que pertenecen al campo de la salud internacional.

Por otro lado, utilizo las categorías de *salud pública* y *sistema* para vertebrar la reflexión. Defino la salud pública como el conjunto de acciones emprendidas en las sociedades para prevenir y controlar la propagación de las epidemias y las enfermedades que no tienen un carácter epidémico. Además, atañe a la estructuración de los servicios de atención médica que garantizan la preservación y goce de un adecuado estado de salud para los ciudadanos. El Estado ha tenido un rol fundamental como ente rector que organiza y garantiza el carácter público de las acciones emprendidas a favor de la salud de toda sociedad; sin embargo, hay actores sociales que influyen en las acciones estatales vinculantes a la salud pública. Esto último, propicia pensar la salud pública más allá del puro ámbito estatal y observar a los sectores sociales interesados en hacer parte de la salud pública.

Con respecto a la categoría sistema, la asumo como elementos o instancias interrelacionadas que conforman una totalidad. Las interrelaciones particulares entre estas instancias generan la identidad de un sistema, y esto permite decir que un sistema se auto-relaciona a través del conjunto de relaciones que le constituyen. No obstante, todo sistema está condicionado por las demás relaciones de la sociedad que le sirven de contexto diferenciador. Ya lo decía Niklas Luhmann, las relaciones particulares de los sistemas sociales funcionan «en un entorno que no está estructurado a su gusto»¹. Dicho lo anterior, propongo observar bajo esa conceptualización a las diferentes instancias que conformaron el sistema de salud pública en El Salvador. Las instancias del sistema de salud pública salvadoreño se interrelacionaron a través de un lenguaje común. Ese lenguaje considero que fue el de la planificación de las apuestas de salud pública. El lenguaje de la planificación se introdujo a partir de la década de 1950 con el primer Gobierno prudista y, más tarde, se profundizó bajo la influencia de la Alianza para el Progreso que exigió la elaboración de planes para las inversiones socioeconómicas.

En cuanto a la estructura de la tesis, la presento en tres capítulos. En el primer capítulo reconstruyo el desarrollo institucional de la Dirección General de Sanidad y el Ramo de Beneficencia para la primera mitad del siglo XX. Esto permite establecer un escenario previo que facilita la comprensión del cambio que implicó la creación del sistema de salud pública a

¹ Niklas Luhmann, *Sistemas sociales* (Barcelona: Anthropos, 1998), 38. Además, retomo su idea sobre como la comunicación es necesaria para el funcionamiento de los sistemas.

mediados del siglo XX. Ahora bien, es necesario escribir este extenso antecedente debido a que los trabajos históricos existentes sobre las instituciones salvadoreñas de salud pública no proporcionan un panorama del todo claro. Este primer capítulo establece dos aportes precisos: a) identificar que la salud fue concebida por el Estado y la clase dominante como un favor caritativo hacia los pobres; b) determinar que las instituciones de salud pública no contaban con el suficiente despliegue territorial para atender a la población, lo cual era notorio en momentos de emergencia epidémica.

En el segundo capítulo argumento que en El Salvador se creó un sistema de salud pública de manera gradual durante las décadas de 1950 y 1960. El crecimiento de los servicios de salud pública e inversiones inéditas de carácter social fueron dos de los signos del nuevo sistema de salud pública. Todo esto aconteció mientras el Estado salvadoreño poseía un talante interventor en los ámbitos económico y social, que se instituyó a partir de la Constitución de 1950. Por otra parte, este segundo capítulo permite identificar que fue a partir de la década de 1950, cuando se comenzó a concebir la salud como un derecho social en el país.

En el último capítulo reflexiono sobre la participación del gremio médico durante la creación del sistema de salud pública. Precisamente, me centro en tres temas: la generación de propuestas para elevar la calidad de los servicios de salud pública, el proceso de reforma de la Facultad de Medicina de la UES y el funcionamiento del sistema de salud pública ante una emergencia epidémica que ocurrió a finales de los años sesenta. El abordaje de estos temas confirma que los galenos ya gozaban de una mayor influencia en la sociedad salvadoreña.

No hay duda de que los decenios de 1950 y 1960 configuran un momento de altas expectativas en la sociedad salvadoreña. Por ejemplo, el movimiento cívico-militar de 1948 prometió una nueva visión en la administración del Estado con el propósito de generar cambios sociales y económicos. Por su parte, la academia salvadoreña se entusiasmó con la reforma de la Universidad de El Salvador, en la década de 1960. Al cierre de esta misma década, el Gobierno salvadoreño era optimista con la reforma del sistema educativo, que hizo de la televisión su principal apuesta. A propósito, el historiador Antonio García Espada menciona que en la década del cincuenta la National Geographic hizo «públicos unos malabares estadísticos que convertían El Salvador en el mejor lugar del mundo para vivir»². La creación y desarrollo del sistema de salud pública que estudio a continuación, también lo concibo como otro proyecto entusiasta de

² Antonio García Espada, *Restos del pasado y la imaginación salvadoreña* (Tuxtla Gutiérrez: Unicach Cesmecha, 2019), 21.

los gobernantes salvadoreños; no obstante, tengo toda la intencionalidad de realizar un contraste crítico entre las apuestas en salud pública y los resultados reales.

Finalmente, el presente trabajo está atravesado por mi experiencia personal, que en definitiva es mi memoria. Durante mi infancia, allá en los años noventa del siglo pasado, conviví la mayor parte del tiempo en una atmósfera clínica impregnada de esa mezcla de los olores a creolina, alcohol y medicamentos. Sí, ese mismo olor característico que describimos con la frase: “¡Qué huele a clínica!” La razón de casi vivir en una clínica pública en los primeros años de mi vida se la debo a mis abuelos maternos, quienes trabajaban como ordenanza y orientadora de planificación familiar. Mis recuerdos de infancia más recurrentes sobre esta experiencia clínica suelen ser las largas filas de pacientes compungidos, gritos estridentes de mis coetáneos y una sala llena de pacientes postrados con cólera. Esta memoria infantil alguna responsabilidad tiene sobre mis elecciones temáticas en esta tesis. En otro sentido, mis elecciones racionales del presente también reconfiguran a esa memoria infantil.

Capítulo 1.

Antecedentes del sistema de salud pública en El Salvador: El desarrollo institucional de la Dirección General de Sanidad y el Ramo de Beneficencia

*No pueden menos que tener la atmósfera infecta y
enfermar*

[Roque Dalton]

En este capítulo tengo por objetivo identificar los aspectos esenciales de la trayectoria institucional de la Dirección General de Sanidad (DGS) y el ramo de Beneficencia de El Salvador. La primera institución tuvo a su cargo la vigilancia y prevención de las enfermedades consideradas epidémicas; la segunda se encargó de velar por el funcionamiento de los hospitales públicos. Comprender el desarrollo de ambas instituciones me permite vislumbrar qué ha ocurrido con la salud pública durante la primera mitad del siglo XX. Para orientar el desarrollo de este capítulo, me he planteado las siguientes preguntas: ¿cuáles fueron las instituciones estatales encargadas de la salud pública? ¿cómo fue el funcionamiento y atribuciones de las instituciones de salud pública? ¿cuáles instituciones del Estado tuvieron bajo su responsabilidad el controlar de las enfermedades?

Para contextualizar el recorrido institucional de la DGS y la Beneficencia, parto de la década de 1900, que fue el momento en el que se promulgó el primer Código de Sanidad y se crearon las Juntas Directivas, de carácter laico, que asumieron la administración de los hospitales públicos. Se considera que, desde entonces, el Estado salvadoreño comienza a adquirir mayores atribuciones relativas a la salud pública; esto justifica porque lo establezco como mi punto de

inicio para la reflexión. Cierro la exposición del capítulo con un énfasis en el período del martinato, a razón de encontrar en él muchas de las propuestas inconclusas que, años después, con la creación del ministerio de salud son retomadas o reformuladas; un ejemplo de ello es la intención de expandir la presencia territorial de las instituciones de salud pública. Con todo esto, elaboro un antecedente institucional con miras a comprender el surgimiento del sistema de salud pública de las décadas de 1950 y 1960.

Al preguntarme qué reflexionaré sobre el desarrollo institucional de la DGS de El Salvador, tomo como criterio metodológico el delimitar tres momentos analíticos, en el siguiente orden: 1) exposición de los cuerpos de ley que establecen las facultades de la DGS en materia de salud pública; 2) evaluación del funcionamiento de las facultades de la DGS de cara a las coyunturas epidémicas; y 3) la exposición de las reformas a la DGS, posterior a las coyunturas epidémicas. En este capítulo prestaré atención a dos coyunturas epidémicas: la llegada de la influenza a El Salvador en 1918 y la manifestación de una epidemia de viruela durante el martinato.

Con respecto al análisis de los hospitales del Ramo de Beneficencia, he acotado dos variables a reflexionar: los actores sociales involucrados en el funcionamiento y las vías de financiamiento. En la primera variable, identifico a una triada de actores compuesta por Estado, iglesia y la clase dominante. A estos tres actores sociales los unificó la idea de concebir los hospitales como centros de caridad destinados para los menesterosos de la sociedad. En ese sentido, los servicios hospitalarios eran vistos como un favor y no como un derecho. Con respecto al financiamiento de los nosocomios, ha sido posible identificar dos fuentes recurrentes: la filantropía realizada por la clase dominante y el dinero de la hacienda pública. De estas dos vías de financiamiento, siempre el dinero público superó a las aportaciones hechas desde la filantropía; no obstante, la importancia de las acciones filantrópicas estribó en su capacidad para volverse un recurso simbólico al que recurrió la clase dominante al momento de buscar legitimidad social.

La categoría teórica esencial de este capítulo es la de *salud pública*. Para la primera mitad del siglo XX, es usual que algunos teóricos de la historia de la salud utilicen la categoría de *medicina estatal*, dada la importancia que adquirió la salud para los estados latinoamericanos en ese

momento³. Sin embargo, considero que la categoría de *medicina estatal* es muy limitada al funcionamiento institucional del Estado y deja por fuera otras variables sociales; por esa razón, opté por el uso de la categoría de *salud pública* para reflexionar las casi cuatro décadas de exposición del capítulo.

1.1 Consejo Superior de Salubridad

Lo que se conoció como la Dirección General de Sanidad (DGS) durante la primera mitad del siglo XX en El Salvador cuenta con cinco momentos emblemáticos en su desarrollo institucional. Estos se relacionan con el surgimiento de tres códigos de sanidad en los años 1900, 1914 y 1931 y dos reformas en 1920 y 1936, los cuales dieron la base jurídica para esta institución vinculada a la salud pública. En términos generales, estos tres códigos estipularon que el control de las enfermedades epidémicas y de aquellos factores medio ambientales que pusieran en riesgo la salud de la población del territorio salvadoreño estuviesen bajo la responsabilidad del Consejo Superior de Salubridad (CSS) que, posteriormente, cambió su nombre a Dirección General de Sanidad (DGS). Este desarrollo institucional, que marcó a la institucionalidad sanitaria desde 1900, es un antecedente para lo que se vendría con la creación del Ministerio de Salud Pública, allá entre los años 1946 y 1950⁴.

En 1900 se emitió el primer Código de Sanidad, el cual fue el antecedente para las posteriores normativas jurídicas en materia de salud pública. El 23 de julio de 1900, se creó el Consejo Superior de Salubridad (CSS)⁵ a razón del mandato que determinó el Código de Sanidad de ese año. Entre los argumentos para aprobar este primer código de sanidad se planteaba la necesidad de establecer un marco jurídico completo en materia de salud. Este código de 1900 definió que el CSS fuese una instancia técnica de influencia nacional y responsable de la vigilancia de las enfermedades contagiosas y de aquellos factores medio ambientales que generaran condiciones de insalubridad en la población⁶. En ese sentido, el CSS se constituyó en una

³ Juan César García, «La medicina estatal en América Latina 1880-1930», *Revista Cubana de Salud Pública*, n.º 1 (2016): 1-20.

⁴ «Decreto número 134», *Diario Oficial*, n.º 234, (San Salvador), 22 de octubre de 1946: 3390. «Decreto 521», *Diario Oficial*, n.º 57, (San Salvador), 10 de marzo de 1950: 862.

⁵ «Acuerdo», Salvador, *Diario Oficial*, n.º 173, (San Salvador), 24 de julio de 1900: 1261.

⁶ «Código de sanidad de la República de El Salvador, 1900», *Diario Oficial*, n.º 168, (San Salvador), 18 de julio de 1900: 1213-1222.

dependencia del Ministerio de Gobernación, que no era una instancia exclusiva para el abordaje de la salud, pero sí muy importante en términos territoriales dada la influencia que ejercía sobre los gobernadores departamentales y las autoridades municipales; en el caso de estas últimas, a partir del último tercio del siglo XIX se subyugaron de manera más efectiva al poder central representado en el Ejecutivo⁷. La creación del CSS en 1900 formó parte de una preocupación por tener control a nivel nacional sobre las enfermedades, y así lo manifestó a nivel discursivo el Dr. Tomás G. Palomo, primer presidente de aquella incipiente institución, en 1907:

Proporcionalmente a la ampliación de la esfera de acción del Consejo así se ha notado su benéfica influencia, especialmente en algunos lugares de la república, donde anteriormente sólo se conocían las leyes de higiene más rudimentarias. Una gran mayoría de las autoridades municipales está demostrando ya alguna aptitud en el mejoramiento de las condiciones sanitarias de sus respectivas localidades, y si las cosas continúan de esta manera pronto llegaremos a la erradicación de las enfermedades endémicas de ciertos distritos de la república⁸.

Ahora bien, en los diferentes países de Latinoamérica estas instancias sanitarias adquirieron los nombres de Dirección, Departamento o Servicio. En El Salvador se adoptó los de Dirección o Consejo. Al respecto, Juan Cesar García, teórico de la medicina social, sostiene que durante los años entre 1880 y 1930 en Latinoamérica surgió la preocupación por establecer instituciones de sanidad que concibieran que su trabajo debía tener una incidencia a nivel nacional. García argumenta que cuando los Estados nacionales de Latinoamérica incursionaron en el siglo XIX con el tema específico de la salud, lo hicieron a través de sus ministerios de Gobernación o del Interior y luego agrega que, cuando estos Estados estaban en sus procesos de centralización, crearon las Direcciones nacionales de sanidad durante el periodo de 1880 a 1930. A estas dependencias, a su vez, les asignaron dos características: volverse unidades ejecutivas, y no simplemente consultivas del ministerio de Gobernación o Interior del que dependían, y asumir las funciones que antes desempeñaban las municipalidades⁹.

En relación a esto último, el Código de Sanidad de 1900 de El Salvador estableció que los gobernadores, municipalidades y otros funcionarios a nivel local debían apoyar las acciones en

⁷ Carlos Gregorio López Bernal, «Las reformas liberales en El Salvador y sus implicaciones en el poder municipal 1871-1890», *Dialogo*, vol. 9 (2008): 1771-1796.

⁸ Percy F. Martín, *El Salvador del siglo XX* (San Salvador: UCA Editores, 1985): 268.

⁹ García, 2016, 1-20.

materia de salud pública que ejecutara el CSS¹⁰; pero se estipulaba, que de existir alguna diferencia de criterio entre las funciones que le correspondía a cada quien, sería el Ministerio de Gobernación¹¹ quien dirimiría las controversias como última instancia, como se puede apreciar:

Siempre que un Gobernador o Comandante, Capitán de puerto o ayuntamiento, no esté conforme con cualquier determinación del Consejo Superior de Salubridad, pueden acudir al Ministerio de Gobernación para que resuelva lo que estime oportuno en cada caso. Así también será la misma autoridad quien resuelva las dudas que pudieran suscitarse entre los Delegados del Consejo Superior de Salubridad y los Agentes Sanitarios con los Directores de Policía¹².

Para el caso salvadoreño, se ha considerado que el CSS que se creó a partir de 1900 tuvo un carácter más coyuntural vinculado a la vigilancia de las epidemias. Y se ha sostenido que el CSS se limitó a adquirir atribuciones como registrar las estadísticas de las enfermedades y hacer actividades de saneamiento preventivo y labores de inspección sanitaria. Inclusive, se ha argumentado que la creación de las instituciones relacionadas con la salud pública en los primeros dos decenios del siglo XX no tiene una correlación del mismo nivel con respecto a las débiles acciones que llevaban a cabo¹³ y a sus evidentes carencias en la prestación de servicios sanitarios. A pesar de lo incipiente que resultaba ser el CSS, hacia 1911 no faltó quien dijera que las autoridades sanitarias realizaban un esfuerzo encomiable frente a enfermedades como la viruela y la malaria y que la población no estaba poniendo de su parte, por lo menos eso opinó el viajero Percy F. Martin:

En El Salvador una clase perniciosa de malaria es la enfermedad predominante, y se presenta en diferentes fases y manifestaciones. El Consejo ha recomendado varias medidas para minimizar sus efectos; pero el resultado obtenido no corresponde en todo a los esfuerzos de las autoridades, porque, además de los elevados gastos de las obras de sanidad en varias partes del país, la mayoría de la gente se opone a todas las

¹⁰ «Código de sanidad de la República de El Salvador, 1900», Diario Oficial, n.º 168, (San Salvador), 18 de julio de 1900: 1213

¹¹ En relación a este ministerio, las reformas liberales del último tercio del siglo XIX se venían fortaleciendo el poder central en detrimento del poder local que desde antaño las corporaciones municipales habían ostentado. El historiador Carlos Gregorio López, uno de los conocedores de estas reformas decimonónicas en El Salvador, dice lo siguiente: «El denominador común del periodo fue la tendencia a subordinar lo local frente a los agentes del Ejecutivo, a la vez que se reducían los recursos y espacios de acción municipal, y se fortalecían y afinaban los mecanismos de control sobre las municipalidades» (1778). Para profundizar ver: López Bernal, 2008, 1771-1796.

¹² «Código de sanidad de la República 1900...», 1213.

¹³ Pablo Benítez, «La gripe española de 1918 en El Salvador: reseñas y debates en el Diario Oficial y Diario del Salvador», *Americanía*, n.º 6 (2017): 59.

medidas higiénicas, y debido a su pobreza está condenada a vivir en viviendas pequeñas, las cuales están mal ventiladas y húmedas, y consecuentemente insalubres¹⁴.

Y agregaba:

Desafortunadamente, a fines del año 1909, se produjo un brote de viruela en el occidente de la república, principalmente en el departamento de Santa Ana [...] El Consejo de Salud despachó inmediatamente al director general de vacunación a dicho departamento, con los medios necesarios para combatir la viruela. Sin embargo, la enfermedad se extendió y continuó mostrándose en diferentes partes del país, de modo que el consejo se vio obligado a ordenar el establecimiento de lazaretos en Santa Ana, Candelaria y Santiago de la Frontera, y también a nombrar varios vacunadores viajeros para cada departamento, al mismo tiempo que insistió en establecer cordones sanitarios, y, en efecto, tomó todas las medidas que el inminente peligro exigió. Ha habido lugares bastante inmunes, y en la capital no se presentaron más de cinco casos, todos los cuales fueron aislados inmediatamente¹⁵.

Al margen de la falta de efectividad, la cita de Martin supone una narrativa que se construyó en torno a la idea de que el Estado sí tenía capacidad de respuesta por medio de sus instituciones de salud, como se describe en el caso de la viruela. Otro aspecto que es sumamente curioso es cuando el autor apunta que los sectores populares de El Salvador se oponían «a todas las medidas higiénicas», dando a entender que el fracaso frente a la malaria se debió a ese tipo de actitudes de la población y no a la existencia de una institución muy limitada como lo era el CSS en estos primeros años.

El desarrollo institucional continuó y en 1914 surgió un nuevo Código de Sanidad que le otorgó al CSS más autonomía frente a las municipalidades, gobernaciones departamentales y otro tipo de instancias a nivel local, las cuales se concibieron como auxiliares de las labores sanitarias. El CSS se componía por los siguientes miembros: dos médicos, un farmacéutico, un abogado y un ingeniero. La lógica de organización del CSS fue la de una corporación que centralizaba sus decisiones. Por debajo de esta corporación, se ubicó al personal auxiliar y demás funcionarios locales o departamentales de otras dependencias del Estado. En concreto, se definió que las funciones sanitarias las ejercería el CSS bajo el amparo de una personería jurídica y se eliminó la posibilidad de que los alcaldes, gobernadores, comandantes, capitanes de puerto

¹⁴ Martin, 1985, 268.

¹⁵ Martin, 1985, 269.

y policías refutaran sus decisiones sanitarias, como sí ocurría antes. Sin embargo, el código de 1914 mantenía la disposición de que el CSS fuese una dependencia del Ministerio de Gobernación¹⁶.

Hacia 1918, el CSS ya contaba con casi dos décadas de lidiar con epidemias focalizadas en ciertas zonas del país¹⁷ y había adquirido un grado de mayor autonomía en su accionar de cara a los poderes locales. En este año, todo este recorrido institucional del CSS se puso a prueba frente a una coyuntura epidémica condicionada por la pandemia de influenza que azotaba al mundo (la cual es considerada «la mayor catástrofe sanitaria del siglo XX»¹⁸ a razón de su elevado número de fallecidos). En 1918, el discurso oficial que tejieron personajes como el Dr. Tomás G. Palomo y Percy F. Martin fue desvirtuado por la magnitud que adquirió la influenza en el territorio nacional.

Los historiadores de la salud aún discuten sobre dónde ubicar el lugar originario de la pandemia de influenza de 1918. Aunque existen registros de que la primera oleada comenzó en marzo al interior del Fuerte Riley, en Kansas, Estados Unidos, y que en tan sólo cinco meses ya había alcanzado a propagarse en casi todo el mundo¹⁹. En el caso de El Salvador, los primeros contagiados de influenza se reportaron en agosto y las primeras noticias internacionales que se publicaron en el país sobre la pandemia datan de mayo y junio²⁰. A pesar de que la prensa salvadoreña hizo circular esta información de manera oportuna, la respuesta por parte del CSS de El Salvador fue lenta y tardía, lo cual evidenció que la institución no había adquirido todavía la capacidad de despliegue en todo el territorio nacional. El Salvador no era el único parsimonioso en Centroamérica. Según Richard N. Adams, Guatemala fue otro de los países centroamericanos que contó con información temprana sobre la influenza, pero la incompetencia de sus autoridades no les hizo prever «el potencial explosivo de la pandemia»²¹. Sin embargo, estos dos casos centroamericanos no se distancian en mucho de la respuesta

¹⁶ «Código de sanidad de la República de El Salvador, 1914», *Diario Oficial*, n.º 68, (San Salvador), 23 de marzo de 1914: 633-634.

¹⁷ Martin, 1985, 268-269.

¹⁸ Alberto González García, «Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919», *Vínculos de historia*, n.º 2 (2013): 310.

¹⁹ Eshyllt W. Jones, *Influenza 1918, disease, death, and struggle in Winnipeg*. (Toronto: University of Toronto Press, 2007): 13-14. González García, 2013, 311-314. En relación al debate sobre el origen del virus de esta gripe, también existe la hipótesis de que pudo surgir en Asia, pero hay argumentos que no favorecen del todo a esta propuesta.

²⁰ «Noticias por cable», *Diario Oficial*, (San Salvador), 31 de mayo de 1918: 927. *Diario Oficial*, (San Salvador), 1 de junio de 1918: 934.

²¹ Richard N. Adams, «Estado e indígenas durante la epidemia de influenza de 1918-1919 en Guatemala», *Mesoamérica*, n.º 34 (1997): 484 y 491.

negligente de otras partes del mundo, aunque las razones fuesen otras. Para el caso, en algunas zonas de los países europeos que estuvieron involucrados en la Primera Guerra Mundial se priorizó la atención médica para las fuerzas militares y se dejó sin servicios médicos a los civiles, por ende, estos últimos quedaron, en mayor medida, vulnerables ante la influenza²².

En agosto de 1918, los periódicos nacionales reportaron los primeros casos de influenza de manera masiva en la zona oriental de El Salvador. Durante los meses de agosto y noviembre el virus de la influenza se diseminó por todo el territorio salvadoreño, lo cual coincidió con la segunda oleada de la pandemia que ya experimentaba el mundo con cifras alarmantes. El malestar no se hizo esperar en cierta parte de la prensa, pues a inicios de septiembre se criticaba que el Gobierno de los Meléndez-Quñones no asumía las diligencias necesarias ante la pandemia. Hacia la segunda semana de septiembre, ya se reportaban elevados contagios en la capital salvadoreña al grado de parar las actividades de ocio como bailes y espectáculos en el teatro nacional. En los últimos días de septiembre la prensa informaba del fallecimiento de contagiados por la gripe sin haber recibido la atención médica necesaria y de un cementerio capitalino muy demandado²³.

El Consejo Superior de Salubridad (CSS) entró en escena hasta mediados del mes de septiembre, cuando la gripe ya cumplía un mes de haber contagiado a la población salvadoreña. Esta respuesta tardía solo puso en duda el rol vigilante que debía asumir el CSS ante una enfermedad epidémica. Todo esto generó una situación de descontento y críticas debido a la poca agilidad mostrada por el CSS. Las acciones tardías que emprendió el CSS en 1918 fueron tres: cerrar los espacios que propiciaran aglomeraciones (escuelas, cines y teatros), brindar servicios médicos y restringir el tránsito marítimo. La primera de ellas se hizo por la intermediación del Ministerio de Gobernación²⁴, que tenía un mayor despliegue territorial en el país. Al año siguiente, el subsecretario del Ramo de Beneficencia, el Dr. David Rosales, declaró ante el parlamento sobre la caótica situación que generó la pandemia de gripe en los servicios del hospital Rosales. Debo comentar que la locución no deja de tener su acento tragicómico por la manera absurda de explicar los sucesos:

²² González García, 2013, 319.

²³ Benítez, 2017, 62-68.

²⁴ Benítez, 2017, 69-70.

Durante la epidemia de la gripe, estuvieron al servicio público, el lazareto antiguo y el nuevo, dependencias del hospital. El doctor Luis Lazo Arriaga, encargado de tal servicio, hace constar que el gran número de defunciones fue debido en su mayor parte no solo a la neumonía gripal, sino que también a que muchos de los que fallecieron entraron en estado agónico, no habiendo habido tiempo siquiera para colocarlos en las camas, pues murieron en las camillas de las ambulancias, mientras se les preparaban los lechos. [...] La influencia, que tan espantosa mortalidad ha causado en el mundo, produjo entre nosotros sus funestos efectos, pero merced a nuestro clima, El Salvador ha sido uno de los países que menos ha sufrido (sic)²⁵.

La limitada respuesta del CSS ante la propagación de la influenza de 1918 también propició el surgimiento de actividades filantrópicas encaminadas a tratar de contrarrestar los efectos de la enfermedad. Precisamente, la filantropía puso de manifiesto que el CSS aún no poseía un despliegue territorial efectivo en todo el plano nacional para vigilar el desarrollo de una enfermedad epidémica y brindar alguna atención médica por medio del Ramo de Beneficencia, como lo estableció el Código de Sanidad de 1914. Para el caso, a mediados de septiembre, cuando la influenza ya hacía estragos en San Salvador, un grupo de notables convocó a una junta a los galenos, farmacéuticos y público en general que desearan ayudar a los más necesitados a consecuencia de la pandemia. Además, algunos establecimientos comerciales de la capital se sumaron a otras iniciativas filantrópicas como la donación de medicamentos. De igual manera, con la anuencia del gobernador departamental de La Libertad, a inicios de octubre en Santa Tecla, otra junta de notables estableció dos clínicas que proporcionaron consultas y medicamentos sin ningún costo para los enfermos de influenza²⁶. Al parecer, estas juntas o comités de filántropos en pro de los enfermos de influenza se replicaron en otras partes de El Salvador²⁷. Finalmente, en la memoria de labores del ramo de Beneficencia del año 1918 se dijo que la Cruz Roja Salvadoreña había recibido un donativo por parte de «varias distinguidas señoras» por la cantidad de 2,500 pesos «a causa de la epidemia de la influenza»²⁸.

Ahora bien, debilidades como la falta de vigilancia y registro de las enfermedades por parte del CSS ya con anterioridad las habían puesto al descubierto algunas de las investigaciones publicadas en la revista *Archivos del Hospital Rosales*. Por ejemplo, en 1916, los doctores Luis V.

²⁵ «Memoria de los trabajos del supremo poder ejecutivo en el departamento de beneficencia», *Diario oficial*, n.º 43, (San Salvador), 20 de febrero de 1919: 309.

²⁶ Benítez, 1917, 71-72.

²⁷ Benítez, 1917, 71. En la referencia número 14 del texto de Richard N. Adams se alude a la creación de una junta a favor de los enfermos de influenza de Sonsonate en el mes de octubre de 1918. Ver: Adams, 1997, 486.

²⁸ «Memoria de los trabajos del supremo poder ejecutivo en el departamento de beneficencia», *Diario oficial*, n.º 43, (San Salvador), 20 de febrero de 1919: 313.

Velasco y Benjamin E. Mancía publicaron artículos en los cuales dejaron al descubierto la situación de que no existía un registro histórico desde las instancias sanitarias sobre la presencia de la fiebre biliosa hemoglobinúrica. El doctor Luís V. Velasco, quien ejercía su servicio en el hospital Rosales, aseguró que él y otro médico descubrieron, entre 1915 y 1916, los primeros casos de fiebre biliosa hemogloninúrica para El Salvador. En ese sentido, Velasco no desaprovechó la ocasión para asegurar que su descubrimiento era un aporte inédito a la literatura médica del país²⁹. Muy por el contrario, el doctor Mancía, quien residía en Metapán, contraargumentó con un extenso artículo, en cual sostuvo que él poseía registros locales de la misma enfermedad que databan de 1905. El doctor Mancía para sustentar su argumentación utilizó datos que le proporcionaron otros médicos que atendieron la enfermedad en el departamento de Santa Ana y de su propio ejercicio como galeno en Metapán³⁰.

Esta contradicción que protagonizaron los doctores Velasco y Mancía evidenció que reconocer en 1911 al paludismo como «la enfermedad predominante»³¹ y pernicioso que aquejaba a los salvadoreños no sirvió de mucho en la práctica, pues la fiebre biliosa hemoglobinúrica es una situación agravada de cuadros reiterativos de paludismo en los pacientes³²; patogénesis que el doctor Mancía demostró conocer, dada las referencias de bibliografía médica que citó en su artículo³³. Y surge la pregunta: ¿por qué los casos de fiebre bilioso hemoglobinúrica, atendidos por los médicos de Santa Ana desde 1905, nunca fueron objeto de registro estadístico por parte del CSS? Es difícil dar una respuesta satisfactoria, pero la situación manifiesta que el CSS no era capaz ni de cumplir con la obligación de registrar las estadísticas médicas como se lo demandaba su propia ley de creación. Para el caso, los códigos de Sanidad de 1900 y 1914 establecieron que el CSS debía encargarse de sistematizar los datos relativos a la mortalidad y morbilidad que emanaran de las dependencias del Poder Ejecutivo, los hospitales públicos y el ejercicio privado de la medicina³⁴.

²⁹ Luís V. Velasco, «¿Existe entre nosotros la fiebre biliosa hemoglobinúrica?», *Archivos del Hospital Rosales*, n.º. 104-106 (1916): 681-684.

³⁰ Benjamín E. Mancía, «La fiebre biliosa hemoglobinúrica», *Archivos del Hospital Rosales*, n.º. 113-115 (1916): 942-953.

³¹ Martín, 1985, 268.

³² Alexanders García Balmaseda y Yamilka Miranda Pérez, «Fiebre de orinas negras», *Revista Cubana de medicina Intensiva y Emergencias*, n.º 15, (2016). El abuso de la quinina es otro factor al que se le atribuye este cuadro agravado.

³³ Mancía, 1916, 945.

³⁴ «Código de sanidad de la República 1900» ..., 1214. «Código de sanidad de la República de El Salvador, 1914» ..., 634.

A mediados de 1919, cuando la pandemia de influenza perdió su incidencia, el médico Salvador Peralta Lagos, a través de otra investigación, manifestó su preocupación por una serie de casos de fiebre amarilla, ubicados en el Golfo de Fonseca desde diciembre de 1918. En su estudio, Peralta remarcó la debilidad institucional del CSS. Precisamente, Peralta reiteró que el CSS era una institución que enfrentaba las epidemias con recursos financieros exiguos y, por lo tanto, recomendó una serie de acciones encaminadas a evitar que los casos de fiebre amarilla detectados en el Golfo de Fonseca se volvieran una epidemia nacional. Las observaciones sanitarias de Peralta apuntaron a lograr un efectivo control y vigilancia de la fiebre amarilla en todo el territorio nacional. En realidad, muchas de las propuestas que hizo Peralta ya las contemplaba el Código de Sanidad de 1914 como facultades propias del CSS, pero él insistió que su intención al proponer acciones frente a la enfermedad de la fiebre amarilla era tratar de influir en las autoridades sanitarias para que estas, de una vez por todas, emprendieran una verdadera campaña contra esta enfermedad³⁵.

Una evaluación que confirmó las debilidades presentes en las instituciones de salud pública en El Salvador fue de la Fundación Rockefeller. Hacia junio de 1921, esta entidad realizó un diagnóstico sobre el estado de las instituciones de salud pública en Centroamérica. El estudio estuvo bajo la responsabilidad del experimentado médico Frederick Russell, quien era miembro del Consejo Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller. El Salvador era muy parecido en sus deficiencias al resto de países de Centroamérica, con la única excepción de Costa Rica que contaba con más médicos y una institucionalidad sanitaria más poderosa. Russell destacó lo valioso que era que El Salvador tuviera en funcionamiento una instancia como la Dirección General de Sanidad (DGS) y que el gremio de médicos fuera muy entusiasta. Sin embargo, volvió a enfatizar que, en la práctica, las instituciones sanitarias contaban con una asistencia deficiente en el área rural y las ciudades fuera de la capital³⁶, confirmando lo que la pandemia de influenza de 1918 ya había puesto al descubierto: que el CSS fue una institución sin presencia en todo el territorio nacional para tratar de cumplir con su mandato de vigilar y controlar las enfermedades epidémicas. Sin embargo, en 1921, el Gobierno de El Salvador respondió a las observaciones de

³⁵ Salvador Peralta Lagos, «Estudio de un foco accidental de fiebre amarilla en el Golfo de Fonseca», *Archivos del Hospital Rosales*, n.º. 128 (1919): 1181-1200.

³⁶ Steven Palmer, «Esbozo Histórico de la medicina estatal en América Central», *Dynamis: Acta Hispanica ad medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 25 (2005): 60-61.

Russell al plantearse como propósito «una acción más agresiva en el terreno»³⁷, a través de la reorganización de la DGS y los servicios médicos.

1.1.1 Tiempo de reformas: La creación de la Dirección General de Sanidad

Es sumamente llamativo que en el año de 1920 inició un periodo de reformas para las instituciones de salud pública en El Salvador. Sucedió poco después de un momento crítico como el constituido por la pandemia de influenza de 1918 y la epidemia de fiebre amarilla, que alertó a las autoridades salvadoreñas durante los años de 1919 y 1920³⁸. Al respecto, Claudia Agostoni, historiadora de la salud pública y la medicina, teoriza que las «coyunturas epidémicas» tienen por característica el estar colmadas de dudas y temores, de allí, concluye ella, que las respuestas de las sociedades hayan sido múltiples en la historia de las epidemias³⁹. En el caso concreto de la respuesta del Estado este puede ensanchar sus facultades de carácter social⁴⁰; las cuales se revisten de un cariz preventivo ante futuras epidemias, según Agostoni. Surge, entonces, la siguiente interrogante: ¿Puede interpretarse un conjunto de reformas institucionales como la respuesta de las autoridades salvadoreñas luego de pasadas la pandemia de 1918 y el brote de fiebre amarilla de 1919-1920?

Lo inmediato es afirmar que las reformas iniciadas en 1920 fueron la respuesta por parte del Estado salvadoreño. Sin embargo, considero que existen falencias institucionales previas que también operaron. Por esa razón, sostengo que las debilidades institucionales que arrastraba el CSS condicionaron a las reformas y lo que en realidad hizo la pandemia de 1918 y el brote de fiebre amarilla fue hacer más imperiosos los cambios institucionales.

Las modificaciones empezaron un 24 de julio de 1920, con la reforma al Código de Sanidad de 1914 que cambió el nombre del Consejo Superior de Salubridad por el de Dirección General de Sanidad (DGS) y redefinió algunas de sus competencias⁴¹; entre las incorporadas o

³⁷ Rockefeller Foundation, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1921*, (New York: Rockefeller Foundation, 1922): 134-135.

³⁸ Baltasar Estupinián, «Memoria de la secretaria de Estado en los despachos de Gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario Oficial*, n.º 75, (San Salvador), 5 de abril de 1921:467-468.

³⁹ Claudia Agostoni, «Historia y salud pública», (conferencia, Universidad Autónoma de México, 17 de junio 2020).

⁴⁰ Marcos Cueto, *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX* (Lima: IEP ediciones, 2000), 18.

⁴¹ Carlos R. Lardé, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 2 (1930): 131. Víctor Arnoldo Sutter y M. Zuñiga Idiáquez, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 12 (1941): 1235.

modificadas para el trabajo de la DGS estuvieron las siguientes: establecer la obligación de conformar tribunales de apelación sobre sus decisiones sanitarias, reglamentar los sistemas de aguas negras, regular los procesos industriales y agrícolas que generaban contaminación, ejercer un mayor control sobre el ejercicio de la medicina y vigilar las actividades sanitarias de las municipalidades. También, la reforma al Código de Sanidad estableció que la DGS debía reorganizarse bajo la lógica de secciones o departamentos especializados, con la capacidad de dictar disposiciones sobre sus áreas de trabajo, y ya no como un cuerpo colegiado que centralizaba todas las decisiones⁴².

Esta reorganización por secciones especializadas es importante tenerla en perspectiva porque bajo esta lógica de trabajo se pretenderá expandir el rol de la DGS a todo el territorio nacional. Precisamente, en la memoria de Gobernación del año 1920 (ministerio al que estaba adscrita la DGS) se decía que el poder ejecutivo dio cumplimiento a la reforma del Código de Sanidad al crear los reglamentos de funcionamiento de las secciones especializadas que conformarían a la DGS; y se agregaba que la iniciativa del ejecutivo por reformar el Código de Sanidad estuvo motivada por dos propósitos que debía cumplir la DGS: incidir en aquellos factores medio ambientales que causaran el deterioro de la salud en todas las localidades del país y prevenir la propagación de las enfermedades epidémicas, particularmente la fiebre amarilla que durante 1920 se diseminó por el centro y occidente de El Salvador⁴³.

Durante 1921, las autoridades salvadoreñas insistieron que la reforma institucional de la DGS debía apostar por la expansión territorial. Por esa razón, a lo largo de 1921, la DGS realizó una serie de acciones encaminadas a fortalecer el despliegue territorial. Por ejemplo, se fortaleció al personal, se creó un laboratorio bacteriológico y se definió el control de la uncinariasis como una de sus obligaciones⁴⁴. Todo esto se vio acompañado de un aumento sustancial en el presupuesto de la DGS en 1921, que marcó un precedente porque no habrá incremento posterior que se le iguale en términos porcentualmente durante la década de 1920; además, fue diferente al comparado con el periodo de 1902-1911 donde los presupuestos del CSS no registraron incrementos porcentuales parecidos, y hay que ir hasta 1916 para encontrar un precedente similar.

⁴² «Reformas al Código de Sanidad de 1914», *Diario oficial*, n.º 167, (San Salvador), 09 de agosto de 1920: 1333.

⁴³ Baltasar Estupinián, «Memoria de la secretaria de Estado en los despachos de Gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario Oficial*, n.º 75, (San Salvador), 5 de abril de 1921: 467-468.

⁴⁴ Rockefeller Foundation, 1922, 134-135.

Tabla 1.
Presupuesto del CSS y DGS en colones, 1902-1930

Año	Fondos	Variación porcentual
1902	27,560	
1906	22,400	-18.72 %
1911	30,260	35.09 %
1916	60,620	100.33 %
1921	152,050	150.82 %
1926	197,120	29.64 %
1930	279,477	41.78 %

Fuente: Elaboración propia en base a Víctor Arnoldo Sutter y M. Zuñiga Idiáquez, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 12 (1941): 1236.

Sin embargo, este ímpetu por quererle brindar más presencia territorial a la DGS se enfrentó con un problema concreto: la institución no tenía el personal suficiente para tal propósito. Desde el Ministerio de Gobernación eran muy conscientes de esta carencia institucional, por esa razón se recurrió a la Guardia Nacional, para encomendar en ésta la vigilancia de aquellos factores medioambientales que pusieran en riesgo la salud pública de las zonas rurales, particularmente en aquellas sin presencia de la DGS. Para esta encomienda se redactó una cartilla de higiene⁴⁵. Esta decisión de buscar apoyo en la Guardia Nacional era pragmática desde el objetivo de una expansión territorial, como aspecto clave de las reformas a la DGS.

Otro aspecto importante de este tiempo de reformas fue juntar a la DGS y a los hospitales públicos en un mismo ministerio. Como parte del mismo interés por expandir el trabajo de la DGS, en 1923 se le unieron los hospitales públicos del Ramo de Beneficencia para conformar una sola subsecretaría, la cual se llamó Sanidad y Beneficencia y dependió del Ministerio de Gobernación⁴⁶. De alguna manera, era ganancioso sumar al Ramo de Beneficencia, pues esta contaba con una estructura nacional de doce hospitales y cinco clínicas más algunos hospicios y asilos. Esta fusión de instituciones conllevó la tarea de reorganizarse bajo la apuesta de «tratar de imprimir a los establecimientos de Beneficencia e instituciones de Sanidad una nueva

⁴⁵ Arturo Argüello Loucel, «Memoria de la secretaria de Estado en los despachos de Gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario oficial*, n.º 51, (San Salvador), 04 de marzo de 1922: 342.

⁴⁶ Rodolfo Schöenberg, «Memoria de Gobernación», *Diario oficial*, n.º 51, (San Salvador), 29 de febrero de 1924: 453 y 461.

orientación a fin de impulsar su marcha con más seguro y próspero funcionamiento»⁴⁷. Sin embargo, en 1924 el subsecretario de Sanidad y Beneficencia manifestó ante la Asamblea Legislativa que este camino de reorganización institucional no estaba exento de «obstáculos» dada la antigüedad de las deficiencias al interior de la DGS y los hospitales públicos⁴⁸. De hecho, una constatación directa que tuvo el subsecretario fue durante noviembre de 1923, cuando visitó las principales ciudades del país en donde confirmó la existencia de lugares «insalubres» y hospitales deficientes⁴⁹.

También, en este contexto de reformas, la Fundación Rockefeller fue una instancia que brindó su apoyo a la DGS para que esta ampliara su estructura nacional. Particularmente, en 1924 la DGS asumió la administración y financiamiento de la Oficina contra la uncinariasis, la cual fue fundada en 1915 por la Fundación Rockefeller, y administrada y financiada desde entonces por ésta⁵⁰. En octubre de 1924 se fusionó esta oficina con la sección especializada que también la DGS tenía para contrarrestar la infección parasitaria de la uncinariasis⁵¹. Con esta transferencia de la Oficina contra la uncinariasis, la Fundación Rockefeller donó a la DGS una estructura de 34 laboratorios diseminados en 10 de los 14 departamentos del país, con la capacidad de realizar entre 30,000 a 50,000 pruebas anuales para detectar parásitos⁵². La interrogante con esta estructura nacional de laboratorios era si la DGS fuese capaz de lograr la sostenibilidad en el tiempo pues, hacia 1928, esta se quejó de que no todas las municipalidades del país cumplían con su obligación de pagar por sus servicios de laboratorio y tratamiento antiparasitario:

Este Servicio desarrolló sus actividades en 8 departamentos: San Salvador, Santa Ana, Chalatenango, Cuscatlán, San Vicente, La Paz, Usulután y San Miguel [...] En los demás departamentos no se le da a este Servicio el desarrollo deseable por falta de apoyo de las autoridades respectivas, que frecuentemente se niegan a desembolsar las cantidades ofrecidas de antemano y consignadas en sus Presupuestos⁵³.

⁴⁷ Carlos Guillen, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 51, (San Salvador), 29 de febrero de 1924: 472 y 478.

⁴⁸ Guillen, 1924, 473.

⁴⁹ Guillen, 1924, 480.

⁵⁰ Sutter y Zuñiga Idiáquez, 1941, 1235

⁵¹ Carlos Guillen, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 51, (San Salvador), 2 de marzo de 1925: 476.

⁵² Arturo Argüello Loucel, «Memoria de la secretaria de estado en los despachos de gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario Oficial*, n.º 51, (San Salvador), 4 de marzo de 1922: 343.

⁵³ Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 64, (San Salvador), 16 de marzo de 1929: 537.

Hacia 1930, el Dr. Carlos R. Lardé, director de la DGS, informó en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana sobre los logros que la institución alcanzó durante la primera década de existencia. Lardé mencionaba que la DGS ya contaba con una estructura de 14 delegados departamentales que representaban a la institución, que a su vez fungían como los responsables de las actividades sanitarias en los departamentos y agregaba que crearon subdelegaciones «en algunos distritos por su importancia y posición geográfica»⁵⁴. Todo esto era importante, tomando en cuenta que un poco antes de la reforma iniciada en 1920 el CSS aún recurría a los gobernadores departamentales para que estos coordinaran las acciones antiepidémicas en sus territorios, como fue el caso de la coyuntura epidémica de fiebre amarilla entre 1919 y 1920⁵⁵.

Además, Lardé destacó que la institución aumentó su «eficiencia y el radio de acción en sus trabajos»⁵⁶ gracias al incremento de personal sanitario, particularmente el dedicado a dar atención en las escuelas. A este se agregaba una modesta policía de sanidad que estaba constituida por 40 agentes dedicados a inspeccionar los establecimientos de ventas de alimentos y realizar tareas de vigilancia sobre las personas dedicadas a la prostitución. En total, la DGS ya contaba con 293 empleados para 1930⁵⁷, lejos quedaban aquellos primeros años del CSS que se fundó teniendo solo tres personas⁵⁸ y actuando de manera coyuntural ante las epidemias⁵⁹. Posiblemente este periodo de reformas, que inició en 1920, tenga su punto más alto en la coyuntura entre 1930 y 1931 cuando se abrió el proceso para crear un nuevo Código de Sanidad, cuerpo jurídico que perduraría prácticamente hasta finales del siglo XX. A todo esto, ¿la DGS realmente ya contaba con una estructura institucional eficaz para ejercer control y vigilancia de las epidemias y otras condicionantes que generaran deterioro a la salud pública?

⁵⁴ Lardé, 1930, 131.

⁵⁵ Baltasar Estupinián, «Memoria de la secretaria de Estado en los despachos de Gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario Oficial*, n.º 58, (San Salvador), 11 de marzo de 1920: 405.

⁵⁶ Lardé, 1930, 135.

⁵⁷ Lardé, 1930, 136-137.

⁵⁸ «Acuerdo», Salvador, *Diario Oficial*, n.º 173, (San Salvador), 24 de julio de 1900: 1261.

⁵⁹ Lardé, 1930, 131.

1.2 La Dirección General de Sanidad del martinato: «Un pueblo sano, saludable y fuerte es el pueblo que queremos»⁶⁰

Con esta frase comenzó un editorial del suplemento oficialista, *La República*, el cual desarrolló la idea de que el Gobierno del general Maximiliano H. Martínez tenía el anhelo de mejorar la salud de la población salvadoreña. Esta fuente me devela dos cosas sobre el martinato: la primera se refiere a la existencia de cierto interés gubernamental por la salud pública en estos años y, la segunda, alude a que la historiografía del periodo ha destacado muy poco a la salud como problema de investigación; precisamente, cuando ha reflexionado sobre las políticas sociales del martinato se ha centrado en el Programa de Mejoramiento Social con sus componentes de vivienda y reforma agraria⁶¹. Teniendo presente esto, a lo largo de este apartado reflexionaré lo relativo a la salud pública, pero centrando la mirada en el desarrollo institucional y funcionamiento de la DGS durante el martinato.

Primeramente, retomemos el Código de Sanidad de 1931. Este cuerpo jurídico definió que la DGS contase en su cúspide con el mando de una sola persona, que fungió como Director General y, abajo de este, estaban todos los jefes de las secciones o departamentos especializados; luego, con menor rango, les seguían: los jefes de servicios, el secretario general, los delegados departamentales, los delegados de puertos, los delegados especiales y finalmente los funcionarios a nivel local (vacunadores, policías sanitarios e inspectores etc.). El código también detallaba que la DGS podía contar con el apoyo de aquellos funcionarios departamentales como los gobernadores o comandantes y, a nivel municipal, debía auxiliarse de las municipalidades y los capitanes de los puertos. Otras instancias con las que podía apoyarse la DGS para su trabajo eran la Policía y la Guardia Nacional. Y, por último, pero no menos importante, se establecía que la

⁶⁰ «Campaña de mejoramiento rural», *La República* (San Salvador), 10 de agosto de 1934: 1.

⁶¹ Luis Gerardo Monterrosa Cubías, *La sombra del martinato: Autoritarismo y lucha opositora en El Salvador 1931-1945*, (San Cristóbal de las Casas: Unam-Cimsur, 2019): 79. Erik Ching, «El clientelismo y la política bajo Martínez 1931-1939», en Erik Ching, Carlos López y Virginia Tilley, *Las masas, la matanza y el martinato en El Salvador. Ensayos sobre 1932* (San Salvador: UCA Editores, 2007): 145. Rafael Lara Martínez, *Política de la Cultura del Martinato* (San Salvador: Editorial-Universidad Don Bosco, 2011): 99 y 112. Dennis Sevillano, «La política rural de mejoramiento social del general Maximiliano Hernández Martínez y la transformación del paisaje geográfica del Valle de Zapotitán 1934-1950», (tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador, 2012), 70-78. El trabajo de Lara Martínez es el único que ha en listado una serie de iniciativas relativas a la salud pública que aparecían en 1934.

DGS debía mantener coordinación con las dependencias del Ramo de Beneficencia que lo constituían: los hospicios, asilos, hospitales y manicomios⁶² (ver esquema 1). En términos organizativos, este código de 1931 era totalmente opuesto al esquema del Código de Sanidad de 1914 que definió en la cima del organigrama un mando corporativo constituido por 5 personas y sin crear secciones especiales.

Ahora bien, el Código de Sanidad de 1931 le proporcionaba a la DGS múltiples facultades para ejecutar medidas preventivas y enfrentar aquellas enfermedades calificadas como epidémicas (cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, tuberculosis, viruela etc.). Por ejemplo, en el caso de los controles fronterizos, la DGS podía implementar cuarentenas e inspecciones a los extranjeros ante la amenaza de epidemias «o de otra enfermedad calificada de alarmante». Esta facultad otorgada a la DGS para definir qué enfermedad es alarmante, ya nos dice mucho como instancia rectora. Incluso, ante la prohibición de la entrada a los extranjeros a causa de ser portadores de cualquiera de las enfermedades consideradas epidémicas, el mismo Código de Sanidad le daba un amplio margen a la DGS para poder «hacer las excepciones» que le parecieran justas. Este código de 1931 fue claro en decir que la DGS era la principal responsable de la salubridad pública, entiéndase esto como la instancia encargada del control de las epidemias y otros factores medio ambientales que afectaran a la salud⁶³.

Además, este Código de Sanidad de 1931 definió que otras medidas de control para prevenir enfermedades eran los cordones sanitarios, aislamientos individuales o colectivos, la vacunación, el control de las fronteras, la inspección en los puertos, la observancia de las fábricas para la correcta disposición final de sus lixiviados, la supervisión de la venta de alimentos, la entrega de permisos de construcción y el reporte oportuno de enfermedades por parte de los médicos⁶⁴. El carácter imperativo del Estado, por medio de la DGS, se evidenció en los siguientes artículos del código:

Art. 3.- El servicio sanitario será ejercido por la Dirección General de Sanidad y sus delegados departamentales.

Art. 23.-Se procura extinguir la enfermedad epidémica tan luego como aparezca, para lo cual se pondrá en práctica los siguientes preceptos:

⁶² «Código de sanidad de la república de El Salvador», *Diario Oficial*, n.º 26 (San Salvador), 31 de enero de 1931:173.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ *Ibidem*., 173-182.

1º. Se someterá a los atacados al aislamiento individual, o colectivo en lugares apropiados...Se exceptúan los enfermos que puedan ser bien asistidos en sus propias casas, si no lo creyere perjudicial la Dirección General de Sanidad.

2º. Se desinfectarán escrupulosamente las habitaciones, ropa y todo lo que haya estado expuesto a la infección.

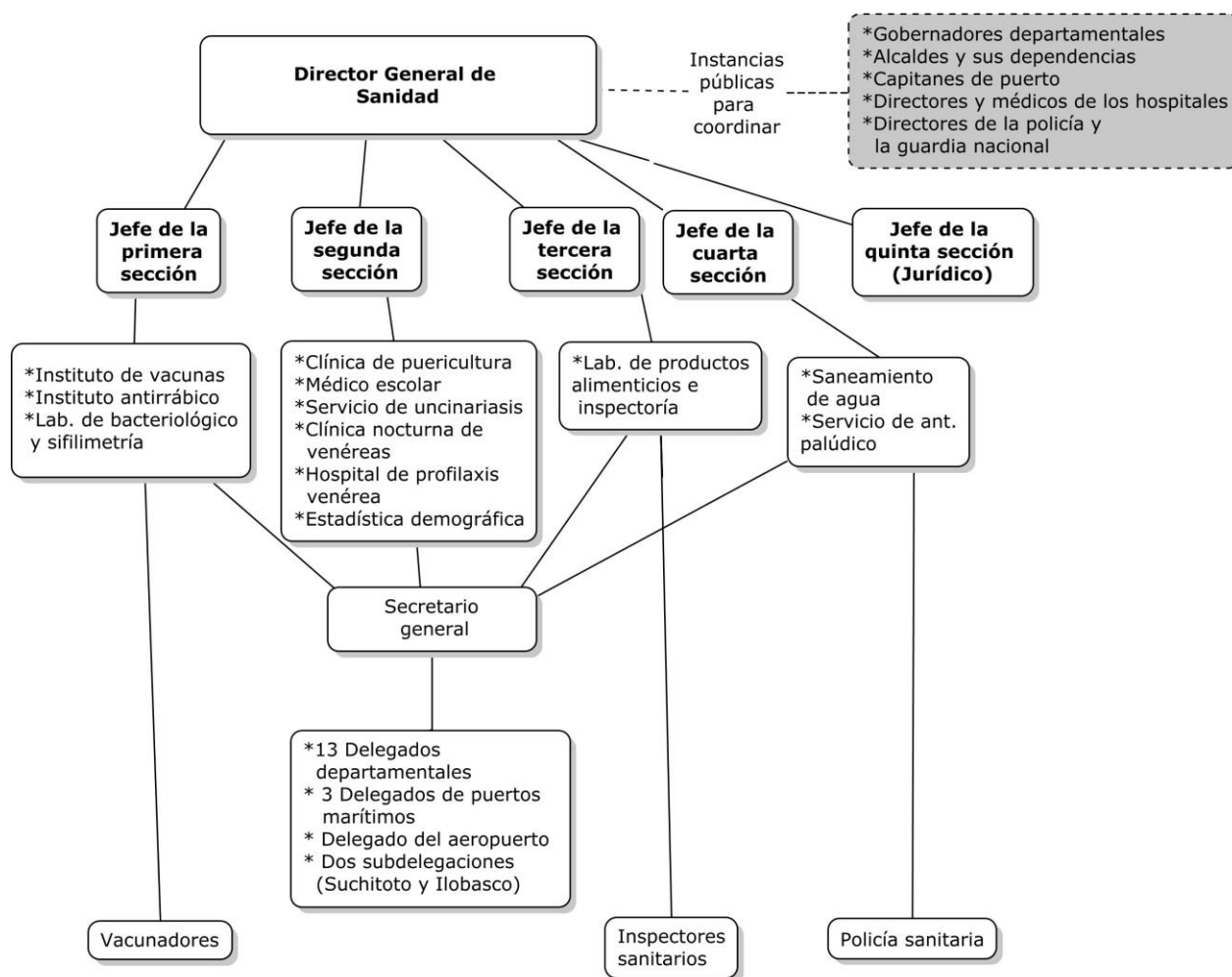
Art. 24.- Si no se logra extinguir la enfermedad, se aislará a la población invadida, por un cordón sanitario, en los casos en que esto sea practicable.

Art. 27.-La vacunación y revacunación son obligatorias en todos los habitantes de la República, quedando a cargo de los Médicos y las personas encargadas por la Dirección General de Sanidad, quienes llevarán la estadística correspondiente, y la comunicarán a la Dirección General de Sanidad en la forma reglamentaria (sic)⁶⁵.

⁶⁵ Ibidem., 173-174.

Esquema 1.

Organigrama de la Dirección General de Sanidad, 1931-1932



Fuente: Elaboración propia en base a «Código de sanidad de la república de El Salvador», *Diario Oficial*, n.º 26 (San Salvador), 31 de enero de 1931: 173. Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 397-402.

Con las herramientas jurídicas del código de 1931, la herencia dejada por las reformas a la DGS en la década pasada y el interés del martinato por tratar de solucionar la problemática social se abordó la salud pública en El Salvador entre 1932-1944. Es muy sabido que el martinato se caracterizó por trazar una agenda social, con la cual pretendía dar solución a los problemas de los salvadoreños que, al mismo tiempo, se mezclaba con las prácticas autoritarias del régimen. Sin embargo, el martinato no realizó cambios profundos en materia de políticas sociales y

realmente sus alcances fueron exiguos en términos del número de población beneficiada⁶⁶. A pesar de esto último, me interesa identificar cómo funcionó una instancia como la DGS en estos años que gobernó Maximiliano H. Martínez. Debe recordarse que la DGS continuó siendo durante el martinato una dependencia del poderoso Ministerio de Gobernación. En ese sentido, es imperioso aludir al papel jugado por este ministerio y a las ideas que de ahí emanaban sobre las carencias de la salud pública.

En el discurso oficial del martinato no faltó anunciar que las apuestas del ejecutivo irían encaminadas a dar soluciones a los problemas sociales de los salvadoreños⁶⁷. Con este ímpetu y las dificultades⁶⁸ de los primeros años de un martinato en construcción, es notable ver en el ministro de Gobernación, general Salvador Castaneda Castro, el ejemplo de ese funcionario entusiasta del régimen⁶⁹, que a nivel discursivo planteaba la necesidad de enfrentar la problemática social. Al respecto, en la memoria de 1932, el ministro Castaneda Castro expresó: «la preocupación de todos los funcionarios [la del que habla, inclusive] ha sido y es la de encontrar la manera mejor de promover una reforma, que, siendo susceptible de elevar el standard de vida de la inmensa mayoría de los salvadoreños, no lastime...»⁷⁰. La salud pública como problema social estaría en el radar del ministro Castaneda Castro.

En el caso específico del estado de la salud de los salvadoreños, desde un inicio Castaneda Castro consideró que formaba parte de los problemas sociales a solucionar. Esto se puede deducir a partir de un diagnóstico socioeconómico que Castaneda Castro expuso en febrero de 1933 ante el Parlamento, que entre los hallazgos incluía los datos relativos a las precariedades existentes en materia de salud pública. Este diagnóstico fue producto de la instrucción girada en

⁶⁶ Monterrosa Cubías, 2019a, 79. Ching, 2007, 145. Lara Martínez, 2011, 99. Dennis Sevillano es uno de los historiadores salvadoreños que ha reflexionado la política de mejoramiento social del martinato, particularmente el componente rural dedicado a repartir tierra a los campesinos sin propiedad. Sevillano afirma que durante el periodo entre 1930-1950 los Gobiernos salvadoreños se hicieron de unas 26 haciendas que repartieron entre unas 6,968 personas que no tenían tierra. Este número es muy irrelevante teniendo presente que en la década de 1930 solo en la zona occidental del país existían unos 55,000 campesinos sin tierra, nos relata Sevillano. Ver: Sevillano, 2012.

⁶⁷ Editorial, «La obra que deja el General Martínez», *La República*, 30 de agosto de 1934: 1. Monterrosa Cubías, 2019a, 79.

⁶⁸ Ching, 2007, 140-146.

⁶⁹ Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 334. En su discurso inicial Castaneda expresa su gran entusiasmo de pertenecer a un «régimen», que él consideró que poseía una doctrina y un programa surgido para solucionar los problemas sociales; y él agregaba que «en cada uno de los funcionarios» vivía «un entusiasta colaborador» de Martínez.

⁷⁰ Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 333.

marzo de 1932 a todos los gobernadores para que recolectaran datos sobre las condiciones de vida en las zonas rurales. Esta tarea diagnóstica la llevaron a cabo los alcaldes, que redactaron informes detallados en las siguientes áreas: cantidad de tierra ociosa, costo o modo del alquiler de la tierra, condiciones laborales en las fincas, acceso a la vivienda rural, servicios de atención médica y condiciones sanitarias, salario de los trabajadores rurales y la presencia de la educación escolar⁷¹. Por ejemplo, el alcalde de Santa Tecla, Manuel Mónico, respondió a tres preguntas relativas a la salud pública de la siguiente manera:

VI.- Sexta pregunta: ¿Cuál es el estado sanitario de las zonas rurales de esta región? ¿Qué enfermedades endémicas o epidémicas se observan aquí? ¿En qué fincas se proporciona servicio médico y medicinas, dándose el detalle de las que no los proporcionan?

En esta jurisdicción se observan raros casos de enfermedades graves. -Paludismo y Gripe son las más frecuente. -La mortalidad infantil es elevada, más se debe a la falta de condiciones higiénicas y a mala e insuficiente alimentación. -

Por cuenta a la asistencia médica, es regla general: que no la dan las fincas a sus mozos enfermos. - De las investigaciones verificadas se deduce que la única excepción a esa regla la constituyen las fincas de los señores Walter Soudy y Deininger, extranjeros, quienes tienen como médico para que visite a sus mozos al doctor Rubén Alonso Rochi. -⁷².

Esta inquietud de Castaneda Castro por la salud pública de la campiña salvadoreña forma parte de las ideas en boga a nivel internacional. Por ejemplo, en un artículo del suplemento *La República* de 1933 se aludió que El Salvador debía seguir las tendencias mundiales, como las sugerencias planteadas en la Conferencia Europea de Higiene Rural de 1931 que centraron su atención en la salud de los campesinos. En el artículo se aseguró lo beneficioso que era contar con trabajadores rurales sanos para la producción agrícola y la prevención de las enfermedades. Al final, el articulista afirmaba que las autoridades de la DGS se proponían desarrollar un amplio programa que aspiraba a «observar técnicamente las condiciones de vida de la población rural»⁷³ y agregaba lo siguiente:

⁷¹ Castaneda Castro, 1933, 334-335.

⁷² «Informe del alcalde de Nueva San Salvador al gobernador de La Libertad», Nueva San Salvador, 28 de abril de 1932, AGN-SV, caja sin clasificar, 1932, Ministerio de Gobernación, caja 54.1: 8.

⁷³ «La necesidad de proteger la salud de los campesinos», *La República*, 03 de julio de 1933: 3.

El jefe de la nación anhela y quiere que esta batalla salvadora rinda los mejores resultados, y es así como en estos momentos, contando con el apoyo honrado y decidido de sus colaboradores, sin ahorrar la menor energía, inicia el movimiento de salubridad en los campos agrícolas. En consecuencia, El Salvador, en no lejano día, tendrá una agricultura más abundante, atendida por hombres sanos, alegres y robustos⁷⁴.

En este orden de cosas, ¿La DGS se fortaleció durante el martinato? ¿Fue eficaz la DGS al realizar las tareas de control y vigilancia ante las epidemias? Buena parte de las respuestas a estas interrogantes están en el periodo entre 1932-1935, cuando El Salvador tuvo que experimentar una nueva coyuntura epidémica configurada por una epidemia de viruela. Durante la década de 1920, la viruela no causó tanta alarma por su baja mortalidad⁷⁵ o porque las autoridades sanitarias aparentemente la controlaban con las medidas sanitarias de prevención⁷⁶. Pero la epidemia de viruela, que atacó entre 1932 y 1935, puso en serios aprietos a los funcionarios de la DGS al grado de que estos ocultaron o distorsionaron la información. Esta nueva epidemia fue otro factor que formó parte de los ya de por sí difíciles primeros años del martinato, los cuales se caracterizaron por las siguientes situaciones: la crisis económica, el alzamiento popular de 1932, la ausencia de una red clientelar de influencia nacional a favor del general Martínez (conseguida hasta finales de 1933), la presencia de sectores opositores y el no reconocimiento diplomático por parte de Estados Unidos, que fue conseguido hasta 1934⁷⁷.

Es difícil precisar cuando inició su ciclo la epidemia de viruela que tuvo que enfrentar el martinato, teniendo presente los siguientes tres datos: el primero, alude que a lo largo de la segunda mitad de la década de 1920 las autoridades sanitarias de El Salvador reportaron haber hecho las labores de control y prevención ante una potencial propagación de la viruela, sin reconocer en ningún momento la existencia de una epidemia como tal, mientras tanto, la

⁷⁴ Ibidem.

⁷⁵ Dirección General de Estadísticas, *Anuario estadístico de 1921*, (San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1921): 83. Dirección General de Estadísticas, *Anuario estadístico de 1922*, (San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1922): 115. Dirección General de Estadísticas, *Anuario estadístico de 1929*, (San Salvador: Tipografía La Unión, 1929): 40.

⁷⁶ Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 47, (San Salvador), 26 de febrero de 1930: 321-322. Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 44, (San Salvador), 21 de febrero de 1931: 395. Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 64, (San Salvador), 16 de marzo de 1929: 536. Carlos Guillén, «Memoria en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 41, (San Salvador), 19 de febrero de 1927: 287. Carlos Guillén, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 51, (San Salvador), 2 de marzo de 1925: 475.

⁷⁷ Ching, 2007, 140-144 y 166.

enfermedad ya tenía un patrón de morbilidad en el resto de la región de Centroamérica⁷⁸. El segundo, remite a la sospecha de que las autoridades sanitarias ocultaron posibles casos de viruela en 1930, pues en este año la prensa sufrió la censura gubernamental que prohibió la publicación de aquellas notas que fueron consideradas como «noticias alarmantes sobre enfermedades contagiosas»⁷⁹, como lo era la viruela. Y el último dato señala que, al cierre de 1931, la DGS reconoció la existencia de un foco de viruela que lo calificó de no grave, a razón de los casos que se registraron en el departamento de Chalatenango y el municipio de El Paisnal, al norte de San Salvador⁸⁰.

A pesar de estos tres datos anteriores, es claro que, desde 1932, tanto las fuentes oficiales como las periodísticas, a pesar de sus diferencias cualitativas, coinciden en reportar una mayor presencia de casos de viruela, como se verá más adelante. Esto me permite plantear que, desde entonces, existió un comportamiento epidémico que registró una elevación gradual de casos que rompió con cualquier patrón de prevalencia anterior. De hecho, al comparar las cifras oficiales de muertes por viruela de la década de 1920⁸¹ frente a 1932⁸², se produjo una elevación significativa de los fallecidos por viruela en este último año y, a partir de esto, es loable pensar que hubo también un crecimiento en el número de personas contagiadas.

Ahora bien, el director de la DGS que tuvo que comenzar a lidiar con la epidemia de viruela fue el Dr. David Escalante, un ferviente partidario del general Martínez que abogó por los intereses del régimen desde los primeros días⁸³. Escalante fue nombrado a inicios de enero de 1932 como director. El *Diario Latino* elogió la designación del facultativo como director y

⁷⁸ Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 47, (San Salvador), 26 de febrero de 1930: 321-322. Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 64, (San Salvador), 16 de marzo de 1929: 536. Carlos Guillén, «Memoria en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 41, (San Salvador), 19 de febrero de 1927: 287. Carlos Guillén, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 51, (San Salvador), 2 de marzo de 1925: 475.

⁷⁹ Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 44, (San Salvador), 21 de febrero de 1931: 395.

⁸⁰ Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en el ramo de sanidad», *Diario Oficial*, n.º 49, (San Salvador), 27 de febrero de 1932: 374.

⁸¹ Dirección General de Estadísticas, *Anuario estadístico de 1921*, (San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1921): 83. Dirección General de Estadísticas, *Anuario estadístico de 1922*, (San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1922): 115. Dirección General de Estadísticas, *Anuario estadístico de 1929*, (San Salvador: Tipografía La Unión, 1929): 40.

⁸² Dirección General de Estadísticas, *Anuario estadístico de 1932*, (San Salvador: S.E., 1932):118 y 120.

⁸³ «Solicitan su intervención al Señor Arzobispo Dr. Beloso», *El Día*, 30 de enero de 1932: 1 y4.

agregaba que las capacidades de Escalante le aseguraban en la DGS «un gran campo de acción para futuros triunfos»⁸⁴; aunque eso estaba por verse de cara a la realidad.

La segunda semana de enero de 1932 transcurría, y la coyuntura política estaba siendo dominada por las elecciones legislativas y la agitación social previa al levantamiento popular del 22 de enero⁸⁵. Mientras tanto, al Dr. Escalante también le preocupaba otro aspecto de la realidad: negar la existencia de casos de viruela en sus primeros días como director. El sábado 9 de enero, el periódico *El Día* publicó la noticia sobre la existencia de un caso de viruela en San Salvador y cuestionó si la DGS ya había realizado las acciones preventivas al respecto⁸⁶. Al día siguiente⁸⁷, a través de una carta, el Dr. Escalante salió a contradecir lo relatado por el rotativo y posicionó su versión como la única en otros medios de comunicación⁸⁸, al afirmar que no se trataba de un caso de viruela sino de varicela común. Escalante decía que su diagnóstico lo basó a partir de las pruebas realizadas en la paciente y esperaba que con esto se guardase la calma entre la población capitalina.

Sin embargo, la calma no llegó. El 15 de enero salió al público otra nota en la que se aseguraba la presencia de «innumerables» casos de viruela en el departamento de Chalatenango⁸⁹, y de nuevo la respuesta de la DGS fue repetir su guion: negar la existencia de viruela⁹⁰. Al finalizar el mes de enero de 1932, la DGS no tuvo otra opción que reconocer la presencia de viruela en esta zona del país. Este reconocimiento por parte de la DGS vino acompañado de la expectativa de hacer creer que la enfermedad sería controlada por medio de las acciones preventivas que realizaba en ese preciso momento, como lo fueron la vacunación y los «cordones sanitarios de las fronteras»⁹¹. No obstante, la realidad fue otra, pues la viruela continuó su propagación más allá del departamento de Chalatenango.

⁸⁴ «Nombramiento muy acertado», *Diario Latino*, 05 de enero de 1932: 1 y 5.

⁸⁵ Jeffrey L. Gould y Aldo Lauria Santiago, *1932 Rebelión en la oscuridad* (San Salvador: MUPI, 2008), 206-226. Los autores afirman que desde mediados de 1931 existía un ambiente de efervescencia social entre los sectores populares, lo cual ya era evidente hacia noviembre de ese año con posturas más proclives a acciones insurreccionales o huelgas en las plantaciones de café, como lo dejó ver el caso del departamento de Ahuachapán.

⁸⁶ «Hay viruela en esta capital y es necesario se tomen medidas», *El Día*, 9 de enero de 1932: 1 y 4.

⁸⁷ «No es viruela, sino que varicela la que hay aquí», *El Día*, 11 de enero de 1932: 1.

⁸⁸ «No hay viruela en la capital», *Patria*, 12 de enero de 1932: 4. «No es cierto que sea un caso de viruela», *Diario Latino*, 12 de enero de 1932: 5.

⁸⁹ «En unos valles hay casos de viruela», *Diario Latino*, 15 de enero de 1932: 1.

⁹⁰ «No existe viruela en el departamento de Chalatenango se ha informado a esta», *El Día*, 18 de enero de 1932: 1.

⁹¹ «Fue dominada la viruela en el país», *Diario Latino*, 29 de enero de 1932: 5.

El director David Escalante aseguró el 29 de enero que las medidas implementadas en contra de la viruela garantizaban «un golpe decisivo»⁹² a la enfermedad. Con ese mismo entusiasmo, a inicios de febrero, el Dr. Escalante anunció la reanudación de la campaña de vacunación en todo el país, la cual habría tenido por estrategia el empezar en las zonas fronterizas y de costa para luego incursionar hacia el interior del país, «en forma de cortina». Para tal propósito, Escalante agregaba que se había reunido con los generales Maximiliano H. Martínez y Salvador Castaneda Castro, quienes le aseguraron que tendría los fondos necesarios para la campaña nacional de vacunación⁹³. Fue así como el 4 de febrero, el Gobierno le entregó a la DGS la suma de 2,000 colones para que emprendiera la campaña de vacunación⁹⁴.

La interrogante era saber si esa cantidad de dinero alcanzaba para cubrir realmente una campaña nacional de vacunación, teniendo en cuenta que la población ascendía a 1,434,361 habitantes. Al respecto, el jefe del Instituto de Vacuna de la DGS, Dr. Jule Gálvez, opinó que el dinero destinado para vacunar contra la viruela en ese momento era muy limitado y solo ajustaba para realizar una campaña de vacunación en algunos departamentos durante un mes. A todo esto, a mediados de febrero se reportaron más casos de viruela en las zonas aledañas a la capital. Al mismo tiempo, estaba ya en marcha la vacunación en la ciudad capital y se proyectaba continuar en 6 de los 14 departamentos del país, siendo notorio el énfasis en los departamentos de frontera y el de San Salvador⁹⁵.

Las autoridades sanitarias confiaban que la campaña de vacunación emprendida en febrero daría resultados positivos para controlar la viruela, pues, todavía a mitad de febrero, no aceptaban que se trataba de una epidemia que tomaba mayores dimensiones de incidencia en el territorio y concebían el fenómeno como si de casos esporádicos se trataran, dinámica que aseguraban que se mantendría con la vacunación⁹⁶. Hacia el 3 de marzo, los funcionarios de la DGS afirmaban, en tono épico, el haber erradicado la viruela, y fue hasta entonces cuando la prensa relató que la enfermedad adquiriría una expansión por casi todo el territorio nacional:

⁹² Ibidem.

⁹³ «Gran campaña de vacunación en el país», *Diario Latino*, 02 de febrero de 1932: 1.

⁹⁴ «Fondos para batir la viruela negra», *Diario Latino*, 04 de febrero de 1932: 5.

⁹⁵ «Gran campaña para detener el avance de la peste negra», *Diario Latino*, 13 de febrero de 1932: 1-2. «Casos de viruela negra en Milingo», *Diario Latino*, 12 de febrero de 1932: 1.

⁹⁶ «Gran campaña para detener el avance de la peste negra», *Diario Latino*, 13 de febrero de 1932: 1-2.

FUE TOTALMENTE EXTIRPADA LA VIRUELA POR LAS BRIGADAS DE LA SANIDAD

Se Emprendió Enérgica Batida

Fue extinguida al fin, de una manera definitiva la plaga de la viruela, que ya estaba tomando vigoroso impulso casi por todo el país según hemos sido informados, en la mañana de hoy, por el Director General de Sanidad doctor David Escalante.

Efectivamente, el doctor Escalante nos manifestó, durante un breve momento de conversación que con él tuviéramos en su despacho que ya se había logrado la extinción total de la peste negra, gracias a la actividad sanitaria desarrollada en los últimos días, especialmente a la ardua labor ejercida por el jefe del Instituto de vacuna, doctor Jule Gálvez (sic)⁹⁷.

Lo anterior indicó que la campaña de inmunización contra la viruela logró su objetivo, teniendo en cuenta que en ese momento la cifra oficial de personas vacunadas en todo el país ya ascendía a cien mil⁹⁸. Sin embargo, en marzo se develó que la vacunación, iniciada en febrero, no era efectiva del todo. Por ejemplo, el 9 de marzo en Quezaltepeque, departamento de La Libertad, se reportaron unos casos de viruela que obligaron a las autoridades sanitarias a instalar un lazareto, cerrar escuelas y establecer una cuarentena en todo el municipio. Fue en este contexto que el Dr. David Escalante, en su calidad de director de la DGS, le solicitó al arzobispo de San Salvador que suspendiera las actividades religiosas de Semana Santa⁹⁹. A todo esto, se sumó el establecimiento de controles sanitarios en las entradas a San Salvador, con el objetivo de verificar que las personas que llegaran a la capital cumplieran con el requisito de contar con la vacuna contra la viruela¹⁰⁰.

Junto a todas estas medidas sanitarias, la DGS insistió con el discurso de promoverse como la instancia eficaz en el accionar contra la viruela al afirmar que ya tenía controlada la situación¹⁰¹. Sin embargo, la preocupación del ministro Salvador Castaneda Castro manifestó todo lo contrario a este discurso. Por ejemplo, el 11 de marzo, el gobernador de San Salvador envió una circular a todos los alcaldes de su circunscripción que contuvo las instrucciones de Castaneda Castro, las cuales insistieron en la vigilancia y control de la viruela:

⁹⁷ «Fue totalmente extirpada la viruela por las brigadas de la Sanidad», *Diario Latino*, 3 de marzo de 1932: 1.

⁹⁸ «Intensa es la campaña antivariolosa», *Diario Latino*, 7 de marzo de 1932: 5.

⁹⁹ «Quezaltepeque es un foco de viruela», *Diario Latino*, 9 de marzo de 1932: 1.

¹⁰⁰ «Cordones de sanitarios en esta», *Diario Latino*, 10 de marzo de 1932: 1.

¹⁰¹ «Dominan la viruela en Quezaltepeque», *Diario Latino*, 11 de marzo de 1932: 1.

En esta fecha se han recibido instrucciones del señor Ministro de Gobernación, general Salvador Castaneda C., referente a prevenir a los habitantes del Departamento sobre la obligación en que están todos los habitantes de denunciar a las autoridades municipales los casos de viruela que conozcan existan en su comprensión. Inmediatamente que las autoridades se den cuenta de la existencia de esta terrible epidemia deben proceder a aislar a los individuos variolosos con el objeto de evitar tan peligroso contagio¹⁰².

A mediados de marzo de 1932, el Ministerio de Relaciones Exteriores hizo un llamado de atención sobre las noticias que se publicaron con respecto a la presencia de viruela en El Salvador. Este despacho consideró que era «contraproducente» dar detalles sobre la viruela, en tanto que podía causar efectos negativos al flujo de turistas y barcos mercantes¹⁰³. Desde entonces las noticias sobre la viruela bajaron significativamente a lo largo de 1932. Al evaluar 1932, el ministro de Gobernación consideró que la DGS había desarrollado un estricto trabajo de vacunación e implementación de otras medidas sanitarias que le permitieron, según él, detener el avance de la viruela en todo el país, pues la enfermedad alcanzaba su mayor influencia en los departamentos de Chalatenango, La Libertad y La Unión. Con este panorama, el ministro de Gobernación afirmó que la enfermedad al cierre del año no podía ser considerada como una epidemia, sino como brotes esporádicos que fueron controlados¹⁰⁴; no obstante, en 1933 esta aseveración será puesta en cuestión. Desde los primeros días de 1933, ya era difícil para los personeros de la DGS negar la existencia de una epidemia de viruela como tal.

Hacia el 10 de enero de 1933, la DGS reconoció la existencia de los primeros casos de viruela del año y aseguró que el origen de la enfermedad provenía de los territorios fronterizos con Honduras. Los casos reportados eran de habitantes del departamento de Cuscatlán. La prensa describió que la DGS había tomado la decisión rápida de movilizar a sus vacunadores a la zona afectada para «contrarrestar el mal», antes de que la situación se desbordara a otras localidades del país¹⁰⁵. Dos semanas después de estas medidas tomadas supuestamente con agilidad y efectividad, la realidad se impuso y surgían más casos. Esta vez, el brote de viruela fue reportado por el alcalde del municipio de Victoria, en el departamento de Cabañas, que informó al gobernador departamental de que la «viruela maligna» estaba presente en el territorio¹⁰⁶. Ante

¹⁰² «Circular que giran a los alcaldes», *Diario Latino*, 11 de marzo de 1932: 1.

¹⁰³ «Las noticias sobre la viruela son dañinas», *Diario Latino*, 15 de marzo de 1932: 1.

¹⁰⁴ Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 397.

¹⁰⁵ «Hay viruela en el país y en Honduras», *Diario del Salvador* (San Salvador), 10 de enero de 1933: 1.

¹⁰⁶ «En el corazón del país encuéntrase la viruela», *Diario del Salvador* (San Salvador), 21 de enero de 1933: 1

esta situación alarmante, el doctor David Escalante comenzó a negar la existencia de viruela en el país, contradiciéndose totalmente con el reconocimiento que a inicios del mes de enero ya había hecho la institución que él dirigía¹⁰⁷.

La viruela continuó con el proceso de contagio sobre la población salvadoreña, a pesar de que las autoridades afirmaban la presencia de un «suficiente número de vacunadores diseminados por toda la república con material» para inmunizar a las personas. A inicios de mayo de 1933, la prensa informó de la presencia de más contagios de viruela en el municipio de Santa Elena, en el departamento de Usulután, al extremo Suroriente de los casos que se notificaron al inicio del año. Frente a la propagación eminente de la viruela, el director de la DGS optó de nuevo por la irresponsable narrativa de negar la existencia de la enfermedad y, contrario a las voces locales que reportaban más casos de viruela, aseguraba que lo que ocurría en todo el país eran brotes de varicela¹⁰⁸. La respuesta no se hizo esperar, pues a mediados de mayo un periodista de Santa Elena contradijo a la DGS, al asegurar una vez más que la viruela estaba presente en la zona¹⁰⁹. Con la obstinación propia del funcionario público que niega la realidad, el 20 de mayo el director de la DGS le dijo al periódico *El Día* que la viruela estaba controlada¹¹⁰.

Pasados estos desatinos del director de la DGS en torno a la viruela, se tuvo que asumir la realidad. El Dr. José Lázaro Arévalo, subsecretario del Ministerio de Gobernación, terminó por aceptar ante la Asamblea Legislativa que, durante todo el año de 1933, sí hubo una epidemia de viruela. Pero sus declaraciones las matizó con que se había logrado una efectiva vacunación en los departamentos de San Miguel, Chalatenango, Cabañas, Usulután, La Unión y Morazán; además, de destacar que se hizo un control sobre las fronteras con el objetivo de contrarrestar la viruela. Esta imagen del funcionario eficiente se complementó con la narrativa de hacer ver que la viruela no era controlada de la mejor manera en Honduras, y que por esa razón El Salvador tuvo contagios¹¹¹. De hecho, desde enero de 1933, se dijo que la enfermedad venía desde

¹⁰⁷ «No hay viruela en el país, declara el Dr. David Escalante», *Diario del Salvador* (San Salvador), 31 de enero de 1933: 1.

¹⁰⁸ «Viruela no hay sino varicela nos dicen. La sanidad trabaja con actividad en todo el país», *Diario del Salvador*, 7 de mayo de 1933, acceso el 10 de noviembre de 2020.

¹⁰⁹ «Con tales argumentos uno se inclina ante ellos, dice La Nación...», *Diario del Salvador*, 14 de mayo de 1933, acceso el 10 de noviembre de 2020.

¹¹⁰ «Regresó de oriente el Director General de Sanidad...», *El Día*, 20 de mayo de 1933, acceso el 10 de noviembre de 2020.

¹¹¹ José Lázaro Arévalo, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 55 (San Salvador), 7 de marzo de 1934: 458.

Honduras¹¹² y el director David Escalante continuó con este artificio en los siguientes años de su mando de la DGS¹¹³.

Ahora bien, ¿qué tan efectivas fueron las acciones emprendidas por la DGS frente a la viruela en 1933? El dato de la aplicación de vacunas y el número de población total nos podría dar una aproximación al respecto. Si se toma como base el censo del año 1930¹¹⁴, que registró una población total de 1,434,361 frente a las 155,268 dosis que se aplicaron en 1933, nos indica que apenas se cubrió a un 10.82% de los salvadoreños (ver tabla 3). En realidad, este dato de vacunados fue muy bajo para tratar de alcanzar la inmunización de la población de manera efectiva y rápida. Pero los funcionarios del martinato continuaron diciendo durante 1933 que sí «se llevó a feliz término la campaña contra la viruela»¹¹⁵. A esta circunstancia de la baja cantidad de personas vacunadas, debe agregarse la difícil situación financiera por la que atravesó la DGS, pues sus ingresos experimentaron reducciones a consecuencia de la crisis económica durante los años de 1933-1934, y será hasta después del año 1937 que habría una recuperación significativa.

Tabla 2.
Ingresos de la DGS en colones, 1930-1938

Año	Ingreso	Variación porcentual
1930	279,477	
1931	255,209	-8.68 %
1932	275,696	8.03 %
1933	254,867	-7.56 %
1934	209,782	-17.69 %
1937	273,065	30.17 %
1938	306,451	12.23 %

Fuente: Elaboración propia en base a Knut Walter, *Las políticas culturales del Estado salvadoreño 1900-2012* (San Salvador: AccesArte, 2014): 58-59.

¹¹² «Hay viruela en el país y en Honduras», *Diario del Salvador* (San Salvador), 10 de enero de 1933: 1.

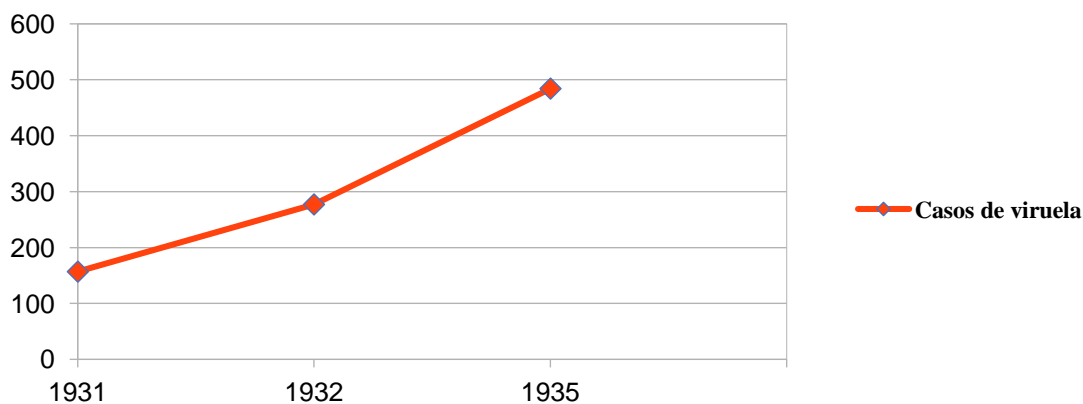
¹¹³ José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 43 (San Salvador), 21 de febrero de 1935: 483.

¹¹⁴ «Censo de población de El Salvador de 1930», Biblioteca Virtual en Población y Salud, acceso 20 de julio de 2020, https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/censos/El_Salvador/1930/pdf/censo-1_SV.pdf.

¹¹⁵ José Lázaro Arévalo, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 55 (San Salvador), 7 de marzo de 1934: 458.

Durante el año de 1934, la viruela mantuvo su influencia y la DGS continuó con el desarrollo de las mismas actividades: vacunación y controles sanitarios en las fronteras¹¹⁶. Al siguiente año, la viruela mostró un desplazamiento hacia los departamentos del occidente salvadoreño, volviéndose la zona de mayor presencia¹¹⁷. Mientras tanto, el cambio más sustancial para manejar de manera distinta la epidemia de viruela sucedió en marzo de 1935, cuando el Dr. David Escalante fue sustituido del cargo de director de la DGS y asumió en su lugar el Dr. Carlos Roberto Lardé¹¹⁸, que terminó por implementar las medidas más efectivas en contra de la viruela. Las causas que motivaron este giro de timón en la conducción de la DGS fueron la incapacidad manifiesta de Escalante y la alta prevalencia alcanzada por la viruela. En relación a esto último, en 1935 se reportó la cifra oficial de 484 nuevos casos de viruela¹¹⁹, dato que se alcanza a dimensionar si se le compara con los 157 casos de viruela reportados en el año de 1931 y los 277 del año 1932 (ver gráfico 1). Al margen de la exactitud y de un posible subregistro al alza en estos datos, es importante ver que coinciden con los datos más cualitativos que previamente presenté y que también dan cuenta del crecimiento en los casos de viruela.

Gráfico 1.
Reporte de casos nuevos de viruela al año, 1931-1935



Fuente: Elaboración propia en base a Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en el ramo de sanidad», *Diario Oficial*, n.º 49, (San Salvador), 27 de febrero de 1932: 374. Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 397. Walter René Molina, «Una prensa a la medida del general Martínez», *El Faro*, 30 de octubre de 2020, acceso el 10 de noviembre de 2020, https://elfaro.net/es/202010/ef_academico/24938/Una-prensa-a-la-medida-del-general-Mart%C3%Adnez.htm.

¹¹⁶ José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 43 (San Salvador), 21 de febrero de 1935: 483

¹¹⁷ José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 58 (San Salvador), 10 de marzo de 1936: 697.

¹¹⁸ «Acuerdo número 38», *Diario Oficial*, n.º 55 (San Salvador), 8 de marzo de 1935: 667.

¹¹⁹ Walter René Molina, «Una prensa a la medida del general Martínez», *El Faro*, 30 de octubre de 2020.

Ciertamente, si algo puso en evidencia la epidemia de viruela durante 1932-1935 fue la ineficacia de la DGS para enfrentar la enfermedad. Esto se debió en buena medida a la escasa presencia que podía ejercer su personal sobre el territorio nacional, particularmente los vacunadores, puesto que, a inicios de la década de 1930, la DGS apenas contó con una estructura de vacunadores que osciló entre 19¹²⁰ y 37 personas¹²¹ para una población que ya superaba el millón cuatrocientos mil. Y por eso, la poca eficacia demostrada por la DGS durante la administración del Dr. David Escalante, en parte, se explicaría por esta escasez de personal dedicado a la vacunación, lo cual condujo a que en 1935 el Dr. Carlos Roberto Lardé optara por la idea de incorporar a más personal en su estrategia de vacunación contra la viruela.

El Dr. Carlos Roberto Lardé cambió el enfoque sobre cómo abordar la epidemia de viruela gracias a su especialidad en temas sanitarios¹²², a diferencia de su antecesor, que solamente era un médico. Es con la llegada del Dr. Lardé a la DGS cuando se instalaron más lazaretos en el país, se incorporó al personal médico de las unidades militares y policiales a las labores de vacunación¹²³ y se logró vacunar a unas 400,000 personas¹²⁴ al cierre de 1935, lo cual significó cubrir a un 27.89 % de la población solo en ese año. Este último dato sobre los vacunados es importante entenderlo en retrospectiva para hacer la comparación con los primeros años de la epidemia, en tanto que provocó un cambio sustancial para subir el porcentaje de vacunación y, a la vez, generar una mayor acumulación de inmunización en el conglomerado social.

Tabla 3.
Población vacunada contra la viruela, 1931-1935

Año	Vacunados	Porcentaje de vacunados respecto al total de la población (1,434,361)
1931	160,660	11.20 %
1932	261,047	18.20 %

¹²⁰ Lardé, 1930, 138.

¹²¹ Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 397.

¹²² Molina, 2020.

¹²³ José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 58 (San Salvador), 10 de marzo de 1936: 697.

¹²⁴ Andrés Góens, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 5, mayo de 1938: 386.

1933	155,268	10.82 %
1935	400,000	27.89 %

Fuente: Elaboración propia en base a Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en el ramo de sanidad», *Diario Oficial*, n.º 49, (San Salvador), 27 de febrero de 1932: 374. Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 397. José Lázaro Arévalo, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 55 (San Salvador), 7 de marzo de 1934: 460. Andrés Góens, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 5, mayo de 1938: 386. El último dato se deduce de la referencia que hace Góens de que durante el trabajo del Dr. Lardé se alcanzó una cifra de 400,000.

Aparentemente, las medidas implementadas por Lardé tuvieron un efecto positivo en 1936, pues se informó que la viruela ya no tenía un comportamiento epidémico y solo se hacía alusión a unos pocos casos reportados durante la primera mitad del año en algunos municipios de los departamentos de Sonsonate, Ahuachapán y La Paz¹²⁵. Sin embargo, la viruela como causa de morbilidad en El Salvador se siguió registrando aún a inicios de la década de 1950¹²⁶.

Lo llamativo de todo lo antes expuesto es que, luego de pasada la mayor prevalencia de la epidemia de viruela se haya planteado en 1936 la necesidad de realizar una reforma al funcionamiento de la DGS. El argumento central que se utilizó para reformar a la DGS en 1936 fue el de decir que la institución sanitaria debía trabajar de un «modo más intenso» en todo el territorio nacional¹²⁷, de acuerdo con las necesidades del momento¹²⁸. Valga recordar que, con similar argumentación, se justificó la reforma a la institución sanitaria en 1920, poco después de la coyuntura epidémica que generó la influenza de 1918 en El Salvador. Ahora bien, reformar el funcionamiento de la DGS fue una noticia importante en agosto de 1936, y la prensa lo relató en los siguientes términos:

De fuente extra oficial pero que nos merece absoluto crédito, hemos obtenido informes de que dentro de poco se dará una total reorganización a todas las dependencias de la Dirección General de Sanidad, para colocarla en condiciones de que puede responder a las exigencias del momento, resolviendo con eficacia los problemas de salubridad pública que tiene encomendados aquel organismo¹²⁹.

¹²⁵ José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 61 (San Salvador), 18 de marzo de 1937: 737.

¹²⁶ Diana Durán, «Historia de las políticas de salud sobre las enfermedades transmisibles en El Salvador 1950-2000» (tesis en Licenciatura, Universidad de El Salvador, 2016), 133.

¹²⁷ José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 61 (San Salvador), 18 de marzo de 1937: 736.

¹²⁸ «Decreto 77», *Diario Oficial*, n.º 134 (San Salvador), 18 de junio de 1936: 1817.

¹²⁹ «Hoy que se trata de organizar debidamente la sanidad», *Patria* (San Salvador), 20 de agosto de 1936: 1.

Al respecto, el Ministro de Gobernación, general José Tomas Calderón, era muy consciente de la limitada presencia territorial que ejercía la DGS y de cómo esta situación terminaba por afectar la eficacia de la institución ante las coyunturas epidémicas. Por ejemplo, Calderón, en su reflexión sobre la reforma de 1936 a la DGS, opinó que esta tenía entre sus objetivos el alcanzar un mayor despliegue territorial para mejorar el trabajo de la institución sanitaria. En ese sentido, ponderó como necesaria la utilización de otras formas de trabajo¹³⁰, o eso quería dar entender cuando se refería a la implementación de las brigadas sanitarias:

Una de las nuevas formas de actividad para llenar los fines del Servicio con mayor diferenciación y más eficacia, es la que se encomienda a las Brigadas Sanitarias, las cuales han de recorrer desde la más importante urbe hasta el más humilde caserío, llevando el consejo previsor de las enfermedades y, en su caso, los medios posibles para combatir las existentes¹³¹.

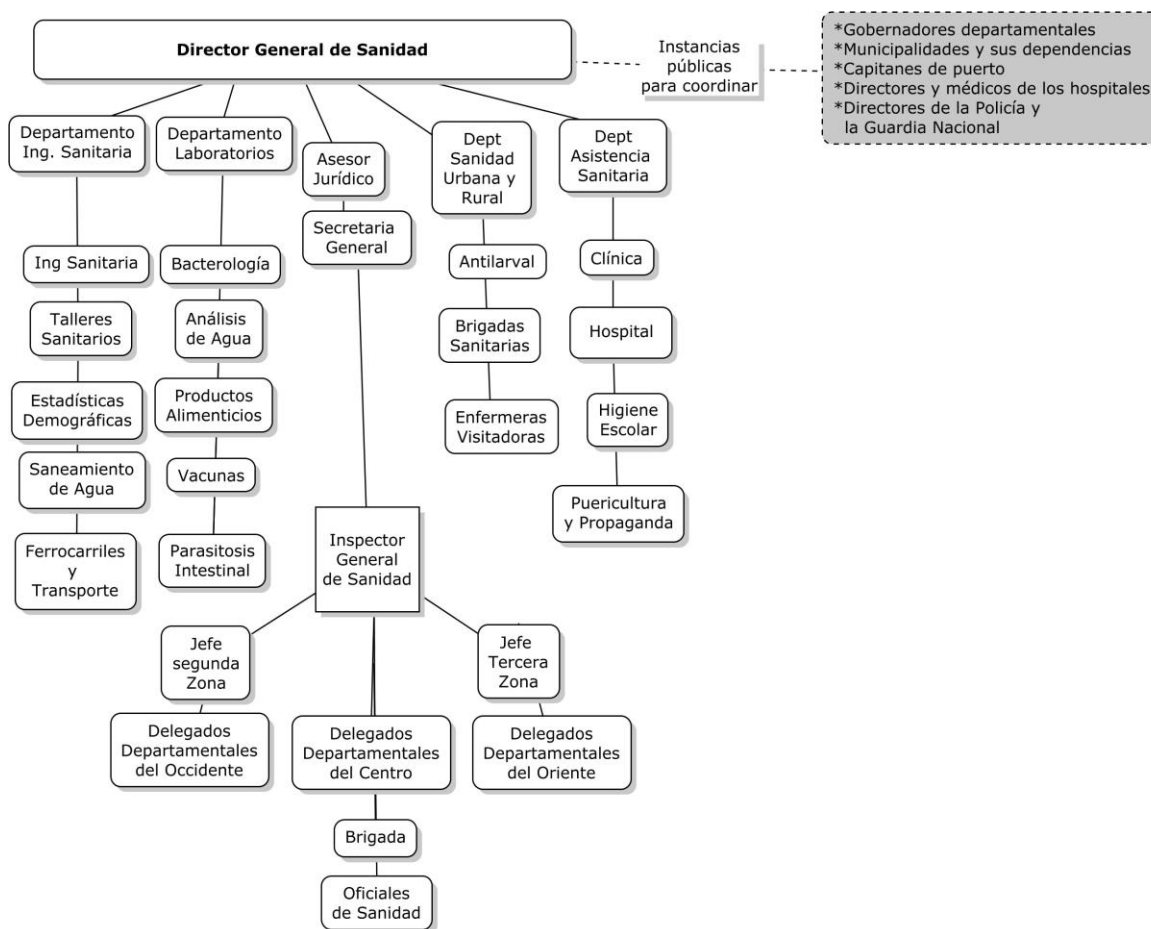
Esta reforma a la DGS en 1936 comenzó con cambios jurídicos al Código de Sanidad que terminaron por repercutir en modificaciones a la organización preexistente de la DGS e incorporaron nuevas dependencias que buscaban ampliar la presencia territorial de la institución sanitaria (ver esquema 2). Por lo tanto, el cambio más importante que se definió fue el establecimiento de un inspector general de sanidad como nueva figura que formaría parte de la estructura organizacional de la DGS. Este inspector general tendría la encomienda de expandir el trabajo sanitario a todo el país. Para cumplir con este propósito, el territorio nacional se dividió en tres zonas de trabajo que contarían con sus respectivos jefes de zona, los cuales supervisarían el trabajo de los delegados sanitarios de los departamentos del país. Y así se estableció en Santa Ana la jefatura de la zona occidental que incluyó a los departamentos de Sonsonate y Ahuachapán; y en San Miguel se asentó la jefatura de la zona oriental que tenía a su cargo los departamentos de La Unión, Morazán y Usulután; el resto de los departamentos del país fueron supervisados directamente por el inspector general de sanidad desde San Salvador para conformar la zona central. Los jefes de las zonas occidental y oriental estaban subordinados al

¹³⁰ José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 61 (San Salvador), 18 de marzo de 1937: 736.

¹³¹ Calderón, 1937, 736.

inspector general de sanidad, como su jefe superior. Por su parte, el inspector general de sanidad rendía cuentas de su trabajo a las autoridades superiores de la DGS¹³².

Esquema 2.
Organigrama de la Dirección General de Sanidad, 1936



Fuente: Elaboración propia en base a «Decreto 77», *Diario Oficial*, n.º 134 (San Salvador), 18 de junio de 1936: 1817. José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 61 (San Salvador), 18 de marzo de 1937: 736 y 739.

Si la epidemia de viruela que enfrentó el martinato volvió a poner en evidencia la necesidad de profundizar en el despliegue territorial de la DGS y, ante ello, la respuesta fue crear la figura

¹³² «Decreto 77», *Diario Oficial*, n.º 134 (San Salvador), 18 de junio de 1936: 1817. José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 61 (San Salvador), 18 de marzo de 1937: 736 y 739.

de un inspector general, surge la interrogante: ¿logró el martinato mejorar la presencia territorial y volver más eficaz la labor sanitaria de la DGS con el establecimiento de un inspector general de sanidad?

Quien proporcionó una respuesta a esta interrogante es el mismo ministro de Gobernación, José Tomas Calderón, en 1940. Calderón consideró que eran notables los avances ya alcanzados en los servicios de salud pública y ponía como ejemplo el abordaje sobre la viruela, al decir que ya no era tratada como en tiempos pasados con medidas surgidas de manera improvisada y coyuntural. En ese sentido, destacó que los servicios de la DGS adquirieron una mayor ampliación hasta llegar al «último confín de la República», sin embargo, reconoció que faltaba mucho por hacer¹³³. Es cierto que las medidas implementadas en la pasada epidemia de viruela por parte del martinato tuvieron efectividad. Pero también es verdad que, en los primeros tres años de la epidemia, la DGS manifestó incapacidad y encubrimiento de la alta prevalencia de la viruela, como lo demostró la gestión del Dr. David Escalante. Además, no es verdad que el trabajo de la DGS tenía una presencia territorial hasta el último confín del país, como lo afirmó el ministro Calderón, pues El Salvador alcanzó a abarcar casi la totalidad del territorio nacional con alguna instancia del Ministerio de Salud hasta finales de la década de 1970¹³⁴.

Finalmente, la salida negociada del general Maximiliano Hernández Martínez en mayo de 1944 abrió un momento para repensar los quehaceres de la política en términos de enarbolar propuestas de corte democrático o continuar por la senda autoritaria. Desde entonces, y durante el resto del año, la palabra democracia adquirió un aire de anhelo «en un escenario en el que imperaba una disyuntiva: democracia mínima o retorno al autoritarismo»¹³⁵. Precisamente, fue en este ambiente de aspiración democrática que algunos estudiantes de la Universidad de El Salvador aprovecharon la oportunidad para lanzar una imagen elocuente sobre como estaban los problemas de la salud pública, en octubre de 1944, previo a los comicios del siguiente año:

Nosotros no sólo queremos que nuestra Universidad Autónoma este abierta a los cuatro rumbos cardinales [...] El espíritu, el pulso juvenil de la Universidad debe palpitar no sólo en la ciudad, sino que intensificarse con mayor energía en el agro salvadoreño. De ahí este ferviente anhelo: de que al llegar el Dr. Arturo Romero

¹³³ José Tomas Calderón, «Memoria de los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo y Asistencia Social», *Diario Oficial*, n.º 61 (San Salvador), 13 de marzo de 1940: 983-984.

¹³⁴ Herberth Morales, «Opinión pública y salud: las discusiones sobre el desarrollo de los servicios de salud en El Salvador 1948-1950», *Liminar*, n.º 1 (2019): 84.

¹³⁵ Monterrosa Cubías, 2019a, 135, 141-143.

a la Presidencia del País realizaremos brigadas de la cultura entre el campesinado salvadoreño [...] Llevaremos al campo, la mano servicial y bondadosa del Médico y del estudiante de Medicina, logrando combatir las enfermedades que minan la potencia trabajadora de nuestra clase campesina. Los partos serán atendidos como se deben atender y habrá en consecuencia menos mortalidad infantil. En forma parecida trabajarán también los compañeros Dentistas y los compañeros de Química y Farmacia¹³⁶.

Estos problemas de salud pública, que identificaron los universitarios en su editorial, pueden complementarse con algunos datos estadísticos de la sociedad salvadoreña. El Salvador, hacia la década de 1950, fue un país con los siguientes problemas estructurales: la esperanza de vida era de apenas 42.89 años¹³⁷, las principales causas de muerte fueron enfermedades sumamente prevenibles como el paludismo y la gastroenteritis¹³⁸ y la tasa de mortalidad infantil era tan elevada que se contabilizó en cifras de «150.2 muertes por cada 1000 nacidos vivos»¹³⁹. En resumidas cuentas, El Salvador era un país hostil para la vida de quienes dependían de la salud pública.

1.3 El Ramo de Beneficencia: El funcionamiento triádico de los hospitales

A finales de la primera década del siglo XX se dijo que en el patio principal se ubicaba una estatua tallada en bronce de un hombre elevado sobre un pedestal mucho más grande, a quien todos conocían como el filántropo José Rosales. Contiguo a la parte frontal del pedestal se colocaron dos figuras femeninas de mármol: una representaba a una enferma que se arrodillaba y suplicaba ayuda y la segunda a una religiosa de las Hermanas de la Caridad que inclinaba levemente su cuerpo, como en posición de ir al auxilio de la necesitada. Al fondo se podía apreciar el edificio nuevo del hospital Rosales, el cual había tenido el apoyo de la filantropía y fundado apenas el 13 de julio de 1902. Si se hace una justa interpretación de este espacio médico a inicios del siglo XX uno puede darse cuenta de una triada compuesta por la filantropía (ejercida

¹³⁶ «Lo que queremos de nuestra universidad», *Líder* (San Salvador), 18 de octubre de 1944: 3.

¹³⁷ Ministerio de Economía, *El Salvador fuentes de datos, metodología y estimaciones demográficas del periodo 1950-2007* (San Salvador: Digestyc, 2008), 24.

¹³⁸ Morales, 2019, 93.

¹³⁹ Werner Peña y María Elena Rivera, «Dividendo demográfico y migración en El Salvador: ¿cuánto se ha perdido», *Notas de Población*, n.º 106 (2018): 289.

por la clase dominante), el Estado y las congregaciones religiosas, como símbolo que remitía a la caridad cristiana¹⁴⁰. Esta tríada la interpreto como una idea sobre la salud pública que estuvo presente en los servicios hospitalarios a cargo del Ramo de Beneficencia del Estado salvadoreño a inicios del siglo XX. De igual manera, esta tríada arroja el indicio sobre como funcionaron los hospitales en El Salvador.

En términos generales, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, esta tríada operó bajo el amparo del Ramo de Beneficencia¹⁴¹ y las Juntas de Caridad¹⁴². Pero lo novedoso durante las primeras tres décadas del siglo XX fue que el Estado salvadoreño asumió mayores responsabilidades vinculadas a la salud pública a consecuencia de los siguientes hechos: la fundación del Consejo Superior de Salubridad en 1900, la creación de la Dirección General de Sanidad en 1920, la promulgación de los códigos de sanidad (1900, 1914 y 1931)¹⁴³ y el establecimiento de las Juntas Directivas de carácter laico que administraron los hospitales desde 1904. Estas razones volvieron al Estado salvadoreño en un actor distinto en materia de salud pública hacia el primer tercio del siglo XX.

Por lo tanto, se ha interpretado que la influencia que ejerció la iglesia católica en los nosocomios fue desplazada totalmente a consecuencia del nuevo rol que asumía el Estado. Esta interpretación ha servido para sostener que el Estado adquirió el control total de los hospitales y redujo a los religiosos a simples cuidadores de unos pocos asilos y orfanatos desde entonces¹⁴⁴. Evidentemente, desde el último tercio del siglo XIX, la Iglesia católica ya no tuvo el peso de otros tiempos en los hilos del Estado salvadoreño; no obstante, supo sobrellevar sus relaciones y adaptarse al poder político¹⁴⁵. Este fue el caso de la presencia de las congregaciones religiosas en la prestación directa de los servicios de enfermería¹⁴⁶ al mismo tiempo que los hospitales eran dirigidos con un carácter laico por los representantes del Gobierno.

¹⁴⁰ «The Rosales hospítal», *Pan American Magazine*, n.º 5 (1909): 253-255. Carlos Infante Meyer, *Historia de la medicina en El Salvador*, (San Salvador: Ancalmo, 2000): 163-164.

¹⁴¹ Patricia Alvarenga Venutolo, «Los marginados en la construcción del mundo ciudadano. El Salvador 1880-1930», *Revista de historia*, n.º 9 (1997): 5-6.

¹⁴² Mario Daniel Ernesto Oliva Mancía, «Ciudadanía e higienismo social en El Salvador 1880-1932», (tesis doctoral, Universidad Centroamérica José Simeón Cañas, 2011), 262-270. Oliva identifica que es a partir de 1841 cuando se crearon oficialmente las Juntas de Caridad que administraron los hospitales salvadoreños.

¹⁴³ García, 2016, 20-21

¹⁴⁴ Benítez, 2017, 57.

¹⁴⁵ Rodolfo Cardenal, *El poder eclesiástico en El Salvador 1871-1931* (San Salvador: Concultura, 2001), 244-261.

¹⁴⁶ General Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Trabajo y Beneficencia» *Diario Oficial* n.º 48, (San Salvador) 26 de febrero de 1932: 367. José Tomas Calderón, «Actuación del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura y Asistencia social» *Diario Oficial* n.º 52, (San Salvador) 6 de marzo de 1941: 734.

Antes de todo, aquí hay que hacer una precisión conceptual con respecto a este proceso de laicización de los hospitales hacia el primer tercio del siglo XX. La dirección sobre la administración de los hospitales pudo estar en manos de los representantes del Estado y tener un carácter laico, pero algunas ejecuciones hospitalarias, como la antes mencionada atención de enfermería, estuvieron a cargo de las congregaciones religiosas ya bien entrado el siglo XX; sin embargo, esto último no significó que el Estado perdiera el carácter de ente rector y la salud dejara de tener el componente laico, sino que había que recurrir a las religiosas por una necesidad práctica ante la ausencia de personal, lo cual no dejó de generar conflictos. Es en este punto, donde debe distinguirse entre la laicización de la administración de los servicios hospitalarios y la concesión hecha por el mismo Estado para que entes religiosos ejecutaran servicios concretos. Además, la idea de la caridad, aun presente en los hospitales públicos, permitió que las congregaciones religiosas estuvieran en el espacio hospitalario que administraba el Estado.

Ahora bien, abordemos situaciones concretas con respecto a la triada hospitalaria antes aludida. Hacia 1904 el Ministerio de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia registró que El Salvador poseía tan solo 16 hospitales distribuidos en todo su territorio, los cuales contaban con diferentes capacidades y cantidades de recursos, donde sobresalía el hospital Rosales por ser el principal centro de atención. También se aseguró que todos los nosocomios eran sostenidos «por el erario nacional y gobernados por juntas directivas»¹⁴⁷ que eran conformadas por médicos y población civil designada por el Ejecutivo. Sin embargo, veamos cómo se describió el funcionamiento del personal laico y religioso en el hospital Rosales:

Demás está informaros que el Cuerpo facultativo ha ejercido, como siempre, en misión, con ciencia y habilidad que han hecho de nuestros Médicos y Cirujanos una verdadera honra nacional [...] Diez y ocho son las hermanas de Caridad que hacen el servicio del hospital y me es grato consignar que tanto el directivo como el administrativo han estado a la altura del primer instituto de caridad de la República (sic)¹⁴⁸.

Lo que se describe anteriormente en el caso del hospital Rosales se repitió de similar forma en otros hospitales. Por ejemplo, del hospital de San Miguel se dijo que el establecimiento había sido objeto «de la especial dedicación del cuerpo de gobierno y las Hermanas de la Caridad». En

¹⁴⁷ Manuel L. Morales, «Memoria de los actos del Poder Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 61, (San Salvador) 11 de marzo 1904: 422-424.

¹⁴⁸ Morales, 1904, 422.

el mismo sentido, se mencionó que en el hospital de Santa Ana las atenciones a los pacientes tenían el trabajo particular de las Hermanas de la Caridad. Pero como era de esperar el ministro Manuel L. Morales no perdió la ocasión para resaltar el papel de las Juntas Directivas conformadas por civiles y creadas por el Gobierno: «Me es grato repetiros que las juntas de Gobierno de los establecimientos de beneficencia se han esforzado noblemente por aliviar los dolores de los pobres»¹⁴⁹.

Hacia 1909 las Hermanas de la Caridad superaron en número a los médicos que trabajaban en el hospital Rosales. En ese entonces había veinte religiosas y catorce médicos para trece unidades en las que se dividía este hospital. Alguien que sí tuvo claridad de este híbrido conformado por la figura de las religiosas y los médicos fue el Dr. Salvador Rodríguez González, ministro a cargo del Ramo de Beneficencia, que se refirió al asunto en los siguientes términos: «completa es la relación anexa de las faenas efectuadas en ese asilo de la caridad y de la ciencia». Para este mismo año El Salvador sumó dos nuevos hospitales para lograr dieciocho centros de atención, todos tenían por directores a médicos o ciudadanos connotados, pero la única excepción fue el hospital de Usulután que tenía como director al presbítero Pedro Poch¹⁵⁰.

En 1915, el Dr. Tomas G. Palomo consideró que era necesario tomar una decisión definitiva en todos los hospitales de El Salvador para contar con enfermeras calificadas y desvinculadas de todo tipo de prejuicio religioso al momento de atender a un paciente. Para entonces, Palomo era el ministro de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia. Este ministro manifestó que las Hermanas de la Caridad cumplían con un papel valioso para los servicios de salud del Estado, pero sostenía que la misma condición de religiosas imposibilitaba el funcionamiento científico de los hospitales y la atención adecuada hacia los pacientes, al respecto se expresó así:

El servicio ha estado a cargo siempre de las filantrópicas Hermanas de la Caridad [...] Pero ya es tiempo que los Directores de los principales establecimientos de ésta índole, establezca de una manera científica el servicio de enfermeras que se dediquen a ser, no solamente vigilantes de la administración interior, sino también a ser factor importante en la preparación de enfermos destinados a ser operados, ayudando, sin

¹⁴⁹ Manuel L. Morales, «Memoria de los actos del Poder Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 61, (San Salvador) 11 de marzo 1904: 423-424.

¹⁵⁰ Salvador Rodríguez González, «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 58, (San Salvador) 10 de marzo de 1910: 420-426.

fijarse en sexos, a asistir a las operaciones y a los enfermos, cumpliendo única y solamente las prescripciones facultativas.

Los enfermos que han sido asistidos en hospitales o casas de salud en países extranjeros, más adelantados, como los de EE. UU de América, Alemania, Inglaterra y Francia, han notado la importante utilidad de estas instituciones, que unas son religiosas y otras laicas; pero ambas asisten a los enfermos sin fijarse en sexos ni averiguar la religión a que pertenecen.

Esto no está de ninguna manera en oposición con el servicio de Las Hermanas de la Caridad, que por administración económica, son un factor importante; pero su carácter religioso las hace tener cierto escrúpulo que les impide la asistencia de ciertos enfermos¹⁵¹.

Al final, el ministro Palomo completó su reflexión al decir que las religiosas de la Caridad podían seguir prestando sus servicios, pero con la condición de ser parte de una instancia que se limitara a la realización de los trámites económicos de un nuevo cuerpo de enfermeras bien formadas con criterios científicos que dependieran de los médicos¹⁵². En el fondo el ministro Palomo, recubierto con el discurso científico, planteó la formación de un personal estatal bajo el carácter que demandaba la política moderna que «consistía en sacralizar instituciones laicas»¹⁵³. La apuesta de Palomo fue ambiciosa, pues el objetivo era gobernar los cuerpos desde el discurso médico y laico sin la ayuda de las ideas religiosas. En otras palabras, era por fin consolidar «un clero de la terapéutica» que se encargara de «la salud de los cuerpos»¹⁵⁴, lo cual iría en detrimento del antiguo clero de las almas.

Sin embargo, estos anhelos modernizantes por parte del ministro Palomo chocaron con una realidad concreta: las Hermanas de la Caridad eran un recurso significativo para los servicios de salud ante la ausencia de enfermeras laicas. A nivel nacional el número de religiosas que ejercían sus servicios en el ramo de Beneficencia en el año de 1915 no era nada despreciable, si se compara con el número de médicos a disposición, pues las religiosas sumaban 93 y los galenos totalizaban 59. Este último dato se conformaba con los médicos titulares y suplentes de todos los hospitales¹⁵⁵.

¹⁵¹ Tomas G. Palomo, «Memoria presentada a la honorable Asamblea Nacional», *Diario Oficial*, n.º 55, (San Salvador) 07 de marzo de 1916: 467.

¹⁵² Palomo, 1916, 467.

¹⁵³ Enzo Traverso, *Las nuevas caras de la derecha* (Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2018), 38.

¹⁵⁴ Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2004), 57-58.

¹⁵⁵ Tomas G. Palomo, «Memoria presentada a la honorable Asamblea Nacional», *Diario Oficial*, n.º 55, (San Salvador) 07 de marzo de 1916: 467-478.

Ante la falta de enfermeras laicas el Dr. Santiago Letona, director del hospital Rosales, manifestó en su momento una postura totalmente diferente a la del ministro Palomo. El Dr. Letona, en su memoria de labores de 1915, le argumentó al ministro Palomo que la «eficaz cooperación» que proporcionaban las Hermanas de la Caridad le aseguraban la «buena marcha del hospital». Además, Letona agregó que estas religiosas contribuían de gran manera «a mitigar con sus cristianos consejos y sus caritativos cuidados, las dolencias de los que sufren»¹⁵⁶. He aquí la idea de la caridad en el espacio hospitalario. De hecho, las normativas jurídicas que ampararon al cuerpo de enfermeras compuesto por religiosas dan una idea de la importancia de estas en el funcionamiento de los hospitales públicos. Por ejemplo, los estatutos que rigieron en su momento al hospital Rosales decían lo siguiente:

Art. 56.- Mientras las Hermanas de la Caridad tengan a su cargo el servicio de enfermería, queda a cargo de la Hermana Superiora la administración inmediata de los departamentos de Despensa, Farmacia, Cocina y los demás similares que la Dirección, de acuerdo con ella, le encomiende siempre bajo la inspección inmediata del Administrador¹⁵⁷.

En 1916, el Reglamento Interior del Hospital Rosales estipuló que los servicios de enfermería estaban «bajo la vigilancia y a las ordenes inmediatas de la Hermana de la Caridad» asignada para cada una de las subdivisiones que poseía el hospital. Y por si esto fuera poco, este mismo reglamento definió que en «ausencia del Director y del Administrador» era la Hermana Superiora «la autoridad superior encargada del régimen y disciplina interior del Hospital»¹⁵⁸. Prescindir de los servicios de las Hermanas de la Caridad, al parecer, no fue una opción en el corto plazo, pues hacia 1920 ante el cambio de las autoridades religiosas que regentaban en el hospital Rosales, el Dr. Letona dijo lo siguiente:

Por disposición de la hermandad de San Vicente de Paúl, la antigua Superiora de este hospital, Sor Trinidad Muñoz, fue sustituida por Sor Juana Francisca Peltier [...] La nueva Superiora, que ha llegado rodeada de los mejores prestigios en su santo apostolado, ha encontrado la más amplia acogida en el Hospital y la

¹⁵⁶ Salvador Letona, «Memoria del hospital Rosales», *Archivos del Hospital Rosales*, n.º 107-109 (1916): 745-746.

¹⁵⁷ Poder Ejecutivo, «Estatutos de 1913», *Redicces* (Colección salud): 22, <http://redicces.org.sv/jspui/handle/10972/2613>.

¹⁵⁸ Poder Ejecutivo, «1916 Reglamento interior del Hospital Rosales», *Redicces* (Colección salud): 59 y 84, <http://redicces.org.sv/jspui/handle/10972/2613>.

Dirección abriga la firme convicción de que Sor Peltier, sabrá ser como su antecesora, una colaboradora eficaz en la buena marcha del Establecimiento¹⁵⁹.

En enero de 1921, una noticia destacó que «el preclaro hombre de ciencia, Dr. Tomas G. Palomo»¹⁶⁰, había muerto y dejaba atrás una vida entregada a la ciencia y la medicina, como le reconocieron sus colegas¹⁶¹. La vida apenas le alcanzó a Palomo para ver como el hospital Rosales creaba su primera escuela de enfermeras en 1920¹⁶². Sin embargo, esta iniciativa de formar enfermeras no era del todo laica, pues las Hermanas de la Caridad fueron las promotoras de desarrollar la propuesta educativa al interior del nosocomio¹⁶³. Fue hacia finales de la década de 1920 que el número de enfermeras aumentó en el país a 199 personas, de estas 90 se concentraban en el departamento de San Salvador; y al parecer, en comparación a las dos décadas anteriores, el número de elementos laicos en las labores de enfermería creció en el espacio hospitalario, el cual con anterioridad había sido un reducto de religiosas¹⁶⁴. Luego, en 1931, a raíz de un conflicto entre las Hermanas de la Caridad y la dirección del hospital Rosales estas «fueron separadas» de sus cargos¹⁶⁵, y al año siguiente se volvió a crear una nueva escuela de enfermería¹⁶⁶. Y fue esta última escuela que a lo largo de la década de 1930 terminó por fusionar a todas las demás escuelas de enfermería existentes en el país, con el objetivo de conformar un solo centro educativo que proporcionara una educación laica de acuerdo a los intereses del Estado¹⁶⁷.

Ahora pasemos a dar revisión al otro elemento del funcionamiento triádico de los hospitales salvadoreños: la filantropía. Las contabilidades de los hospitales tuvieron un rubro denominado *donativos*, en el cual se registraron tanto las aportaciones hechas por la clase dominante a través de la filantropía y las contribuciones más modestas que provenían de las clases subalternas. En lo que respecta al rubro donativos es factible comparar sus cifras

¹⁵⁹ Salvador Letona, «Memoria del hospital Rosales», *Archivos del Hospital Rosales*, n.º 133, (1920): 2.

¹⁶⁰ «Chinameca está conmovido con el fallecimiento del doctor Palomo», *Diario del Salvador*, 25 de enero de 1921: 5.

¹⁶¹ «Ha muerto Tomás García Palomo», *Diario del Salvador*, 27 de enero de 1921: 1.

¹⁶² Tomas García Palomo no solo tuvo un rol científico para la medicina salvadoreña, sino que forma parte del panteón de figuras veneradas como Hermano Espiritual. También es identificado como un destacado espiritista karcdecista. Para más detalles ver: García Espada, 2019, 120.

¹⁶³ Infante Meyer, 2000, 224.

¹⁶⁴ José Mejía Pérez, *Censo de población de El Salvador 1930* (San Salvador: S.E, 1930): 20 y 164.

¹⁶⁵ General Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Trabajo y Beneficencia», *Diario Oficial* n.º 48, (San Salvador) 26 de febrero de 1932: 367.

¹⁶⁶ José Tomas Calderón «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 43, (San Salvador) 21 de febrero de 1935: 475.

¹⁶⁷ José Tomas Calderón, «Actuación del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura y Asistencia social» *Diario Oficial* n.º 52, (San Salvador) 6 de marzo de 1941: 736.

monetarias a lo largo de las dos primeras décadas del siglo XX a razón de poseer criterios de contabilidad similares, lo cual me permite la realización de un análisis comparativo de las cantidades (ver apéndice) e interpretar cómo funcionó la filantropía al interior de los hospitales públicos.

Al consultar las fuentes hospitalarias de las tres primeras décadas del siglo XX¹⁶⁸ es recurrente observar la promoción de las acciones filantrópicas que realizaron los miembros de la clase dominante. Esto permitió a hombres y mujeres de la clase dominante la posibilidad de que sus nombres fueran reconocidos como personas filántropas en los documentos oficiales o en la prensa. Desde las últimas dos décadas del siglo XIX y durante las primeras tres del XX, la clase dominante salvadoreña utilizó la filantropía como un «mecanismo legitimador de su riqueza y poder», que le permitió «reafirmarse como grupo social» que creó «elementos culturales que consolidaban su identidad»¹⁶⁹. Ahora bien, los registros contables de los hospitales entre 1903 y 1918 dan cuenta de la importancia financiera que tuvo el rubro de *donativos*, pero éste nunca sobrepasó al ingreso *ordinario* de los hospitales públicos, el cual provenía de las arcas del Estado, como se puede apreciar en las tablas anexas a esta tesis¹⁷⁰. Debe decirse que no todas las donaciones fueron realizadas con dinero, pues muchas de las contribuciones encontradas en las

¹⁶⁸ «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 61, (San Salvador) 11 de marzo 1904: 422-424. «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia». *Diario Oficial*, n.º 52, (San Salvador) 02 de marzo 1906: 392-395. «Memoria de los actos del Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador) 22 febrero de 1907: 330-334. «Memoria de los actos del Ejecutivo en los departamentos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia» *Diario Oficial*, n.º 51, (San Salvador) 29 de febrero de 1908: 402-406. «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 51, 02 de marzo de 1909: 362-366. «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 58, (San Salvador) 10 de marzo de 1910: 420-426. «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 37, (San Salvador) 14 de febrero de 1911: 411-418. «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 49, (San Salvador) del 27 de febrero de 1912: 374-383. «Memoria de los actos del Ejecutivo en el departamento de beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 50, (San Salvador) 27 de febrero de 1913: 390-401. «Memoria de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 61, (San Salvador) 14 de marzo de 1917: 424-440. «Memoria de los trabajos del ejecutivo en el departamento de Beneficencia correspondiente al año de 1917» *Diario Oficial*, 12 de marzo de 1918: 395-411. «Memoria de los trabajos del supremo poder ejecutivo en el departamento de beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 43, (San Salvador) 20 de febrero de 1919: 307-322. «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, 64, (San Salvador) 16 de marzo de 1929: 533.

¹⁶⁹ Alvarenga Venutolo, 1997, 7.

¹⁷⁰ Ir a las tablas anexas al final de esta tesis para corroborar el sustento de lo afirmado.

memorias del Ramo de Beneficencia se hicieron con productos en especies como: alimentos, enseres de cocina y ropa¹⁷¹.

Para el caso, en 1903, la memoria de Beneficencia reportó un listado de las donaciones hechas a favor del hospital Rosales, donde aparecieron los nombres de siete personas que habían hecho aportaciones, pero sobresalía el nombre de la señora Mercedes R. de Meléndez quien entregó 20 quintales de azúcar¹⁷². Hacia 1910, la señora de Meléndez (matriarca de la dinastía Meléndez-Quiñones que gobernó El Salvador entre los años de 1913 y 1927) volvió a ser reconocida como una de las filántropas frecuentes que contribuían al funcionamiento del hospital Rosales¹⁷³. La fama de la señora de Meléndez podía ser tal, que incluso la revista intelectual Ateneo de El Salvador le dedicó en 1915 una de sus portadas y la calificó de ser una persona caritativa. En la misma revista apareció una semblanza que destacó las cualidades de la señora de Meléndez. Estas acciones del Ateneo pueden interpretarse como una manera de congraciarse con la poderosa familia Meléndez-Quiñones. El Ateneo al referirse particularmente a las acciones filantrópicas de la señora de Meléndez y su familia dijo lo siguiente:

...consagrados al trabajo ennoblecedor, lograron reunir una considerable fortuna, un capital saneado, que no solo responde a las necesidades de la familia, sino que también ha servido a la hermosa obra de la filantropía, pues numerosos necesitados encontraron en él el socorro solicitado y suministrado con la cariñosa sonrisa que acompaña siempre al beneficio que se prodiga por las almas nobles plétóricas de altruismo.

Muchos miles de pesos han salido de las arcas de la estimable familia Meléndez, para la obra grandiosa de la sublime caridad que predicó y enalteció siempre el Dios-Hombre; y esto no es una fábula de nuestra imaginación, pues existen pruebas palpitantes de esa generosidad de ese desprendimiento digno de encomio, que no tienen todos los poseedores de grandes riquezas...¹⁷⁴.

La anterior cita del Ateneo de El Salvador y el ejemplo de Mercedes R. de Meléndez como donadora recurrente del hospital Rosales son una muestra clara de cómo la clase dominante de

¹⁷¹ Reyes Arrieta Rossi, «Memoria de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador) 23 de febrero de 1923: 369. Tomas G. Palomo, «1915 memoria», *Diario Oficial*, n.º 55, (San Salvador) 7 de marzo de 1916: 476.

¹⁷² Manuel L. Morales, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 61, (San Salvador) 11 de marzo 1904: 422.

¹⁷³ Salvador Rodríguez González, «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 37 (San Salvador) 14 de febrero de 1911: 412.

¹⁷⁴ Juan Gomar, «Doña Mercedes R. de Meléndez en su natalicio», *Ateneo de El Salvador*, n.º 28, (1915): 449.

El Salvador usó la filantropía para legitimar sus intereses de clase, como he apuntado anteriormente.

La Sociedad de Beneficencia Pública es otro caso que ayuda a comprender como la filantropía aportó al funcionamiento de los hospitales públicos y al mismo tiempo sirvió como «mecanismo legitimador» de la clase dominante salvadoreña. La Sociedad de Beneficencia Pública fue una organización privada creada en 1918, que congregó a miembros de la clase dominante interesados en realizar acciones filantrópicas; tal fue el caso de la acaudalada familia Guirola que desde los primeros años estuvo en la conducción de esta sociedad¹⁷⁵. Otro ejemplo fue el banquero Benjamín Bloom, quien en 1928 donó un hospital infantil para que la Sociedad de Beneficencia Pública lo administrara en sus primeros años¹⁷⁶. Entre otras acciones filantrópicas que desarrolló esta sociedad estuvo el apoyo financiero para algunas instancias de salud como: las clínicas profilácticas, el consultorio infantil y el dispensario para adultos¹⁷⁷. Incluso, esta sociedad continuó con su labor filantrópica en los hospitales públicos durante los años del martinato¹⁷⁸.

1.4 El Ramo de Beneficencia: Los hospitales públicos durante el martinato

El ministro de Gobernación, Salvador Castaneda Castro, y a la vez responsable superior del Ramo de Beneficencia, convocó a una reunión para las diez de la mañana del día 2 de julio de 1932 en su despacho ministerial. Los convocados eran los directores de algunos de los principales centros de beneficencia de la capital y los miembros de una Junta recién creada por el mismo ministro Castaneda Castro. El ministro de Gobernación dijo que el objetivo de la reunión era «dar los primeros pasos para ver el mejoramiento de los centros de beneficencia». En ese sentido, se discutió en esta oportunidad la propuesta de crear una comisión, como

¹⁷⁵ Alvarenga Venutolo, 1997, 7.

¹⁷⁶ Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 64, (San Salvador), 16 de marzo de 1929: 535.

¹⁷⁷ Reyes Arrieta Rossi, «Memoria de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador) 23 de febrero de 1923: 367.

¹⁷⁸ Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 389-390.

instancia encargada de evaluar la situación en la que se encontraban las instituciones del Ramo de Beneficencia, constituidas por: los hospitales, auspicios, asilos y los manicomios. La reunión transcurrió durante dos horas entre argumentos sobre la mejor manera de conformar la comisión evaluadora, la creación de propuestas de impuestos y las sugerencias sobre como deberían de hacerse las evaluaciones por parte de la comisión. Entre los asistentes se encontraba el general José Tomás Calderón, quien presentó un plan para evaluar los hospitales y demás centros benéficos, mismo que fue aprobado. En este documento, Calderón detallaba que la comisión evaluadora debía prestar atención a los aspectos administrativos, financieros y de calidad de los servicios brindados por las instancias de beneficencia¹⁷⁹.

Ahora bien, la convocatoria de esta reunión del 2 de julio de 1932 también tuvo un móvil más complejo: la difícil situación financiera por la que atravesaban los hospitales y demás dependencias del Ramo de Beneficencia. Ismael Gómez, quien fue uno de los asistentes de aquella reunión, confirmó la situación que vivían las dependencias del Ramo de Beneficencia, al decir que el presupuesto que él administraba se había visto sumamente disminuido, pues pasó de 100,000 a 15,000 colones¹⁸⁰. De hecho, a partir del segundo trimestre de 1932 se comenzó a reportar en los periódicos la situación de que el hospital Rosales estaba a punto de cerrar sus servicios a consecuencia de tener dificultades para mejorar sus finanzas¹⁸¹.

Así estaba el panorama para el principal nosocomio del país cuando se reunieron el director del hospital Rosales, Dr. Alonso V. Velasco, y el ministro Salvador Castaneda Castro, un 17 de mayo de 1932. Velasco manifestó en esa ocasión que la deuda del hospital ya ascendía a 153,000 colones, prácticamente esa cantidad significó dos tercios del ingreso del hospital en ese año (ver tabla 4). El doctor Velasco calificó esta situación de precaria para el principal hospital del país. Velasco agregó en esa oportunidad que el panorama del hospital se agravaba aún más porque este había perdido todas las fuentes de crédito, que provenían de los acreedores nacionales e internacionales, quienes solo querían vender al contado. Además, el doctor Velasco le expuso a Castaneda Castro un pliego de propuestas, con las cuales creía que se podían generar más ingresos para el hospital, entre estas enlistó: crear un impuesto a favor del hospital, vender algunos inmuebles, reducir los gastos, aumentar la partida presupuestaria asignada desde el

¹⁷⁹ «Medidas para salvar a las casas de beneficencia», *Diario Latino* (San Salvador), 2 de julio de 1932: 1-7.

¹⁸⁰ *Ibidem.*, 4.

¹⁸¹ «El hosp. Rosales a punto de cerrarse-Angustiosa situación» *Diario Latino* (San Salvador), 17 de mayo de 1932: 1.

ejecutivo, establecer un sistema de atención médica cubierto por las empresas privadas y saldar la deuda que el Ministerio de Guerra tenía con el hospital. Finalmente, el Dr. Velasco apeló en la reunión a la vieja mentalidad filantrópica, al decir que se podía influir en los «acaudalados» del país para que estos contribuyeran «a la salvación del Hospital»¹⁸². En consecuencia, a los pocos días, el *Diario Latino* publicó la misiva que enviaría el director del hospital Rosales a todas aquellas personas consideradas pudientes:

Señor:

Los sentimientos de verdadero altruismo se revelan con hechos, y éstos son el más alto exponente de todo noble sentir.

Los ciudadanos que aman a su Patria se preocupan por su progreso y engrandecimientos son, por lo general, personas altruistas, y entre ellas, no dudamos, querrá usted ser de las primeras.

Nuestro prestigiado Centro de Caridad, el Hospital Rosales, se encuentra en la actualidad, debido a múltiples causas, pasando por un período de penosísima crisis; la agudeza de esta puede medirse por lo que dicho establecimiento debe actualmente: CIENTO CINCUENTA MIL COLONES, aproximadamente, es su pasivo, procedente de la deuda interna y externa, que hay que cancelar a todo trance, pues sus acreedores, con justicia, así lo exigen; careciendo por aquello de suficientes medicinas, ropa, y todo lo demás indispensable para el buen servicio.

En estas precarias condiciones toda labor es deficiente, los pobres enfermos lo padecen, y el prestigio de nuestro primer Centro de ciencia y caridad decrece paulatinamente.

Al palpar de lleno este doloroso estado, he creído firmemente en que su salvación es posible, recurriendo con actividad y fe al nunca desmentido altruismo de los que saben ser filántropos y abnegados cuando el deber así lo exige.

Y es en este sentido que me permito hacer un llamamiento a sus nobles sentimientos de amor a la humanidad, que, hoy más que nunca, sufre los rigores del infortunio unidos a los no menos terribles de las enfermedades, a fin de que usted contribuya con su dacio generoso¹⁸³.

La carta anterior es propicia para una reflexión sobre los servicios que brindaron los hospitales públicos en los años del martinato. Los ministros de Gobernación y demás funcionarios vinculados a la salud pública, durante el martinato, concibieron los hospitales como centros de caridad, pero administrados y dirigidos por el Estado¹⁸⁴. Esta aparente contradicción pudo convivir gracias a una idea común sobre la salud pública, la cual concibió los servicios hospitalarios como un favor o «una concesión graciosa» que se le brindaba a los menesterosos

¹⁸² Ibidem., 1 y 4.

¹⁸³ «La salvación del hospital» *Diario Latino* (San Salvador), 19 de mayo de 1932: 1 y 8.

¹⁸⁴ Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en el ramo de sanidad», *Diario Oficial*, n.º 48, (San Salvador), 26 de febrero de 1932: 366-367. José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 58 (San Salvador), 10 de marzo de 1936: 686.

de la sociedad por parte del Estado y la clase dominante a través de la filantropía¹⁸⁵. Esta concepción de salud pública estuvo muy lejos de entender los hospitales públicos como instancias garantes del derecho a la salud para los ciudadanos.

La difícil situación del hospital Rosales continuó a lo largo del mes de mayo de 1932 al grado de proponerse la suspensión de los salarios a los médicos¹⁸⁶. Según una nota del *Diario Latino* del 22 de mayo, la mayoría de los médicos del Rosales accedió a la propuesta de no recibir sus salarios¹⁸⁷. A esta medida se sumó la intención de un grupo de obreros capitalinos de enviar una carta al ministro Salvador Castaneda Castro, por medio de la cual solicitarían al Ejecutivo un apoyo económico para el hospital Rosales¹⁸⁸.

Lo temible llegó al siguiente mes. El 1 de junio, los periódicos describieron a un hospital Rosales en estado de agonía que comenzaba a cerrar algunos de sus servicios, y decían en tono imperativo que debía de «iniciarse cuanto antes un movimiento para salvar del cierre a ese centro» de salud pública. Desde esta fecha, las autoridades del Rosales cerraron el servicio de medicamentos gratuitos para los pobres, el cual pertenecía a la sección de Consultas Externas¹⁸⁹. El *Diario Latino* editorializó la situación en términos poco halagüeños:

Es verdaderamente doloroso que la sociedad contemple impávida el paulatino cierre de los varios servicios. Hoy con el servicio de consultas externas, mañana el cierre del servicio de la sala de oftalmología [...] en seguida el de electroterapia, rayos X, sala de niños, servicio de medicina, cirugía, etc., hacia la completa extinción del Hospital.

El hospital, lo que ahora necesita es energía, iniciativa, actividad y absoluta dedicación, pues de lo contrario, vamos directamente hacia el desastre del primer centro de caridad y ciencia del país¹⁹⁰.

Para entonces, la prensa salvadoreña manejó un diagnóstico muy claro de la coyuntura hospitalaria: las arcas del Estado no pasaban por su mejor momento a causa de la crisis económica y, por ende, el hospital Rosales recibía menos ingresos estatales¹⁹¹. A esto se agregó la circunstancia de que el hospital dejó de percibir ingresos a través de algunos de los servicios

¹⁸⁵ Alvarenga Venutolo, 1997, 9.

¹⁸⁶ «Diecisiete mil quinientos colones cuesta cada doctor al Estado», *Diario Latino*, 20 de mayo de 1932: 1.

¹⁸⁷ «Los médicos servirán al hospital», *Diario Latino*, 22 de mayo de 1932: 5.

¹⁸⁸ «Apoyo eficiente al hospital Rosales» *Diario Latino*, 25 de mayo de 1932: 4.

¹⁸⁹ «El hospital Rosales, agonizante, cierra su primer servicio», *Diario Latino*, 01 de junio de 1932: 1.

¹⁹⁰ *Ibidem.*, 1 y 5.

¹⁹¹ «El DR. García González es un verdadero obstáculo en el hospital Rosales», *Diario Latino*, 4 de junio de 1932: 1.

que ofrecía al público¹⁹². Todo esto volvió a posicionar la discusión sobre las posibles maneras de generar ingresos para el principal sanatorio del país. En ese sentido, se pensó en «acudir al esfuerzo público»¹⁹³.

Esto último tuvo dos respuestas inmediatas a favor del hospital Rosales: la creación de un impuesto y algunas acciones paliativas desde la filantropía. Así, el 11 de junio se decretó un gravamen de dos centavos de colón por cada litro de cerveza producido en el país, con este impuesto se esperaba crear un fondo para el «sostenimiento» del hospital¹⁹⁴. Con respecto a la filantropía, en el mismo mes de junio, la ya conocida Sociedad de Beneficencia Pública gestionó por medio de otra sociedad filantrópica, Hermandad Salvadoreña, la cantidad de 2,500 colones¹⁹⁵. Además, hacia finales de junio, un comité integrado por «señoras, damitas y caballeros» hizo un llamado «a todos los salvadoreños sin distinción de clases» a participar de una feria, con la cual se esperaba recaudar fondos para el hospital Rosales¹⁹⁶; se estimó que la afluencia de personas al evento se mantendría hasta bien entrada la noche, pues las autoritarias fuerzas del orden, solo por esa ocasión, suspenderían la aplicación de la ley marcial¹⁹⁷.

Fue en este ambiente voluntarioso, a mediados de junio de 1932, que un grupo de personas envió una carta a Maximiliano Hernández Martínez, en la cual le solicitaban que interviniera directamente en la preocupante situación por la que atravesaba el hospital Rosales. Todo para evitar el cierre del nosocomio¹⁹⁸. Ante esta comunicación el general respondió: «tengan ustedes y demás exponentes la plena seguridad de que el Hospital Rosales no será cerrado, más bien se le dará apoyo y se arreglará mejor su funcionamiento para que pueda cumplir su misión altruista»¹⁹⁹. Otro que hizo declaraciones optimistas fue el Dr. Alonso V. Velasco, pues opinó que con las medidas gubernamentales emprendidas²⁰⁰ en junio y los donativos ya realizados se solucionaría el problema financiero del hospital Rosales²⁰¹.

¹⁹² «El hosp. Rosales a punto de cerrarse-Angustiosa situación», *Diario Latino*, 17 de mayo de 1932: 1.

¹⁹³ «El DR. García González es un verdadero obstáculo en el hospital Rosales», *Diario Latino*, 4 de junio de 1932: 1.

¹⁹⁴ «Decreto 84», *Diario Oficial*, 16 de junio de 1932: 1097.

¹⁹⁵ Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 390. «Hospital Rosales expresa su gratitud», *Diario Latino*, 8 de junio de 1932: 4.

¹⁹⁶ «La Gran Feria Pro-Hospital Rosales y para las víctimas», *Diario Latino*, 23 de junio de 1932: 5.

¹⁹⁷ «Mañana se celebrará la gran feria», *Diario Latino*, 25 de junio de 1932: 1.

¹⁹⁸ «Se pide apoyo para el hospital Rosales al presidente Martínez», *Diario Latino*, 21 de junio de 1932: 5.

¹⁹⁹ «El presidente decidido a dar ayuda al hospital», *Diario Latino*, 25 de junio de 1932: 1.

²⁰⁰ «El hospital se considera salvado de la penuria», *Diario Latino*, 14 de junio de 1932: 1.

²⁰¹ «El Gobierno y la sociedad dan efectiva ayuda al hospital», *Diario Latino*, 01 de julio de 1932: 5.

Ante estas declaraciones de Martínez y Velasco surge la pregunta: ¿en realidad se mejoraron los ingresos del hospital Rosales en 1932 y superó su crisis financiera? Fue al cierre de este año que el mismo ministro de Gobernación, Salvador Castaneda Castro, reconoció la reducción del ingreso, no solo del hospital Rosales, sino de todos los hospitales del Ramo de Beneficencia²⁰². Efectivamente, en 1932 el hospital Rosales sufrió una disminución del 37% en sus finanzas, si se toma como año base a 1930. También, en 1932 es notable observar un descenso de los ingresos del hospital de Santa Ana, el segundo más importante del país en relación al volumen de dinero que administraba. Es durante los años de 1933 y 1934 que el hospital Rosales manifestó una leve recuperación de sus ingresos, sin alcanzar las cifras del año 1930. Incluso, si se observan las finanzas de todos los hospitales del país para el año de 1934 y se vuelve a tomar como año de referencia a 1930, se puede apreciar que 13 de los 17 hospitales a nivel nacional disminuyeron sus ingresos, siendo los hospitales de Sonsonate, Santiago de María y Cojutepeque los casos más graves de todos.

Tabla 4.
Ingresos anuales de los hospitales en colones, 1930-1934

Hospital	1930	1931	1932	1933	1934
Rosales	349,981.92	294,651.59	220,484.20	287,999.85	342,407.10
Santa Ana	92,729.89	83,347.05	79,841.27	86,603.85	83,863.79
Chalduapa	5,097.44	3,970.06	5,162.94	3,107.69	2,768.81
Metapán	5,914.00	4,467.40	4,981.05	3,112.06	5,861.29
Sonsonate	55,593.36	84,031.03	57,416.17	50,112.52	40,966.97
Santa Teda	29,910.98	30,863.29	34,849.35	29,831.66	30,864.59
Ahuachapán	21,746.69	16,118.66	23,246.04	17,141.80	15,673.85
San Miguel	66,631.33	47,336.84	66,627.30	60,432.24	65,905.35
Zacatecoluca	15,755.85	11,069.77	14,257.90	6,683.87	10,844.11
Usulután	8,355.45	9,195.33	7,775.23	8,038.26	8,315.52
San Vicente	14,692.63	16,711.77	21,077.88	18,721.10	16,410.99
Santiago de María	7,976.75	6,308.78	6,501.06	4,579.63	2,317.27
Jucuapa	16,537.84	11,311.85	10,066.07	10,252.94	10,630.22
Suchitoto	5,860.63	4,657.97	4,499.36	2,161.74	**
Chalatenango	3,753.53	3,778.06	4,546.83	4,715.54	5,042.92
Cojutepeque	7,846.65	9,976.93	9,747.76	1,911.62	2,472.38
La Unión	10,370.25	6,478.72	7,452.96	6,912.09	6,347.84

Fuente: Elaboración propia en base a Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Trabajo y Beneficencia» *Diario Oficial*, n.º 48, (San Salvador), 26 de febrero de 1932: 368. Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 393. José Lázaro

²⁰² Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 23 de febrero de 1933: 381.

Arévalo, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 55 (San Salvador), 7 de marzo de 1934: 455. José Tomas Calderón «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 43, (San Salvador) 21 de febrero de 1935: 481. ** No reporta datos para este hospital.

Fue en este contexto de dificultades financieras para los hospitales salvadoreños cuando surgió en marzo de 1933 una figura como la Junta Central de Beneficencia. Esta Junta fue una instancia creada por el Gobierno del general Hernández Martínez, que tuvo el objetivo de mejorar la administración de los servicios y finanzas de los hospitales y demás dependencias del Ramo de Beneficencia. Se estableció que era facultad de la Junta la búsqueda de los mejores precios para los servicios y productos que necesitaran los hospitales. En ese sentido, la Junta Central de Beneficencia tuvo a su cargo la autorización de las compras públicas que solicitaran los directores de los nosocomios del país²⁰³. La Junta Central de Beneficencia estuvo integrada por un representante del Ministerio de Gobernación, el director del hospital Rosales, un delegado del banco Agrícola Comercial y la representación de la Iglesia católica, por medio del arzobispo de San Salvador²⁰⁴.

Un 7 de julio de 1933, el general Maximiliano H. Martínez le externó a los miembros de la Junta Central de Beneficencia que su Gobierno tenía como propósito el alentar «toda iniciativa» que buscase «el mejoramiento de las condiciones de vida de los menesterosos» que acudían a los hospitales públicos «en demanda de auxilio»²⁰⁵. Fue en esta ocasión que el general plateó la idea de mejorar el circuito de teatros con el objetivo de proyectar películas de manera masiva y, así, generar rentas a favor de los hospitales y demás dependencias del Ramo de Beneficencia. A los pocos días, por disposición legislativa²⁰⁶, todos los teatros nacionales pasaron a ser administrados por la Junta Central de Beneficencia. De esta manera, la Junta Central de Beneficencia se volvió un ente que aportó al financiamiento de los hospitales públicos a través del usufructo de los teatros nacionales que se transformaron en salas de cine. El primer teatro que funcionó de esta forma fue el de San Salvador a partir de diciembre de 1933²⁰⁷.

²⁰³ «Ministerio General», *Diario Oficial*, n.º 54 (San Salvador), 6 de marzo de 1933: 521-522.

²⁰⁴ José Lázaro Arévalo, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 55 (San Salvador), 7 de marzo de 1934: 448.

²⁰⁵ Arévalo, 1934, 448.

²⁰⁶ «Decreto 133», *Diario Oficial*, n.º 168 (San Salvador), 28 de julio de 1933: 1606.

²⁰⁷ José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 43, (San Salvador) 21 de febrero de 1935: 474.

Entre 1934 y 1935, los teatros de San Salvador, Santa Ana, Sonsonate, Zacatecoluca, Chinameca, Ilobasco, La Unión y San Vicente se constituyeron en las salas de cine que aportaban al sostenimiento económico de los hospitales²⁰⁸. En 1935, la demanda creció en la ciudad capital y se tuvo que abrir un segundo cine. Esto último generó satisfacción en el ministro de Gobernación, general José Tomas Calderón, que calificó el hecho como la expresión de un «público ansioso de contribuir en la obra benéfica» de la que formaban parte los teatros nacionales. Estas salas de cine tuvieron un relativo éxito para la Junta Central de Beneficencia que capitalizó de manera rápida lo invertido, pues en el año de 1933 inició con una inversión de 50,000 colones para luego alcanzar en 1935 la cantidad de 121,861.94²⁰⁹. Sin embargo, esta última cifra solo cubría el 18% de los ingresos de los hospitales públicos del país.

Como parte de la atribución de mejorar la administración de los fondos del Ramo de Beneficencia, la Junta Central de Beneficencia autorizaba la entrega de fondos a favor de los hospitales, asilos, orfanatos, etc. Y fueron estas mismas autorizaciones las que dejaron ver como la Junta se volvió una intermediaria entre las fuentes de financiamiento y los hospitales que solicitaban dinero. Es curioso como los fondos provenientes de la hacienda pública y la filantropía debieron tener primero el visto bueno de la Junta Central de Beneficencia para después ser entregados a los hospitales públicos²¹⁰. Fue hasta en 1939 que una reforma a la hacienda pública estipuló que el financiamiento de los hospitales se hiciera por medio del Servicio Nacional de Tesorería²¹¹, pero se reafirmó que el Circuito de Teatros Nacionales continuaría como fuente de ingresos para los nosocomios de manera autónoma²¹². Hacia el final del martinato se destacó el papel de la Junta Central de Beneficencia de esta manera:

De acuerdo con los términos del decreto que le diera vida, la Junta Central de Beneficencia ha desarrollado una labor amplia y útil, especialmente en relación con el buen funcionamiento del Circuito de Teatros Nacionales, empresa que está bajo su vigilancia inmediata, arbitrando fondos, medios y elementos para la obra benéfica del Estado, señalando pautas y normas de buena administración, gestionando facilidades y

²⁰⁸ Calderón, 1935, 474.

²⁰⁹ José Tomas Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 58 (San Salvador), 10 de marzo de 1936: 688.

²¹⁰ José Tomas Calderón «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, n.º 58 (San Salvador), 10 de marzo de 1936: 686-687.

²¹¹ José Tomas Calderón «Memoria en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Trabajo y Asistencia Social», *Diario Oficial*, n.º 61 (San Salvador), 13 de marzo de 1940: 975.

²¹² «Decreto 45», *Diario Oficial*, n.º 98 (San Salvador), 9 de mayo de 1939:1265.

oportunidades de todo orden con tal fin, para lo cual ha sesionado con la periodicidad reglamentaria, conociendo de gran número de asuntos y acordando en cada caso la solución más apropiada²¹³.

Frente a todo lo antes referido sobre los hospitales durante el martinato me pregunto: ¿Cuál fue el comportamiento de las finanzas de los hospitales públicos entre 1932-1944? Una parte de la respuesta pudo ya observarse en los ingresos de los hospitales públicos antes presentados para los años 1930-1934, donde permite apreciar un descenso a causa de la crisis económica del momento. Ahora bien, si se revisan los datos del gasto total del Ramo de Beneficencia arrojan otros elementos al respecto. Durante el martinato, la Beneficencia manifestó reducciones en su capacidad de gasto, como consecuencia del momento de crisis económica, siendo el año de 1940 el más drástico de todos. Pero la Beneficencia no fue la única instancia afectada en su capacidad de gasto. Hagamos un ejercicio de comparación con dos de los ministerios que usualmente recibían más fondos del presupuesto nacional. En la tabla número 5 podrá verse que las instancias de Beneficencia, Guerra y Gobernación experimentaron reducciones en su capacidad de gasto entre 1930-1942; no obstante, la dependencia gubernamental que usualmente se vio más afectada de estas tres fue la Beneficencia, al reflejar las variaciones porcentuales en negativo más severas.

Tabla 5.
Gastos anuales de los ramos de Beneficencia, Guerra y Gobernación en colones, 1930-1942

Año	Gasto de Beneficencia	Variación porcentual	Gasto de Guerra	Variación porcentual	Gasto de Gobernación	Variación porcentual
1930	574,850		3,780,168		2,635,451	
1931	705,019	22.64 %	3,194,954	-15.48 %	2,327,889	-11.67 %
1932	684,464	-2.92 %	3,239,704	1.40 %	2,800,032	20.28 %
1933	596,047	-12.92 %	3,437,432	6.10 %	2,602,420	-7.06 %
1934	500,090	-16.10 %	2,904,888	-15.49 %	2,343,599	-9.95 %
1937	657,201	31.42 %	3,481,161	19.84 %	2,711,006	15.68 %
1939	696,356	5.96 %	3,592,832	3.21 %	2,833,408	4.52 %
1940	446,799	-35.84 %	3,570,456	-0.62 %	2,850,886	0.62 %
1941	442,109	-1.05 %	3,496,432	-2.07 %	2,729,993	-4.24 %
1942	480,460	8.67 %	3,451,332	-1.29 %	2,837,816	3.95 %

Fuente: Elaboración propia en base a Knut Walter, *Las políticas culturales del Estado salvadoreño 1900-2012* (San Salvador: AccesArte, 2014), 58-59 y 68.

²¹³ Rodolfo Víctor Morales, «Actuación del Poder Ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura y Asistencia Social», *Diario Oficial*, n.º 77 (San Salvador), 2 de abril de 1943: 977.

Otra deducción que puede desprenderse de la tabla anterior, son las notables diferencias entre los montos asignados para el gasto de cada una de las tres instancias. Pero estas diferencias entre los ramos de Beneficencia, Guerra y Gobernación no eran nada nuevas al momento de repartir los dineros de la hacienda pública. Pues durante el periodo entre 1897-1942 el promedio gastado por el ramo de Guerra fue de un 21.46% del total de los presupuestos nacionales; mientras tanto, el gasto promedio del Ministerio de Gobernación fue de un 15.41 %. Y diametralmente opuesto fue el caso del ramo de Beneficencia que promedió para este mismo periodo un pírrico 3.57%²¹⁴.

Dicho lo anterior, la pregunta que me surge es ¿por qué se gastó menos en el Ramo de Beneficencia durante el periodo 1897-1942? Considero que mientras no existió un ministerio especializado en la salud pública para este tiempo, la inversión en el ramo de Beneficencia se mantuvo por debajo de otras carteras de Estado que sí tenían el rango ministerial. Caso contrario fue a partir de finales de la década de 1940, que con la creación y puesta en marcha del Ministerio de Salud Pública se rompió con los bajos niveles de inversión que mostró la cartera de Beneficencia durante la primera mitad del siglo XX²¹⁵. En este punto de la creación del Ministerio de Salud Pública debe tenerse muy presente que sucedió entre las décadas de 1950 y 1960, cuando la economía salvadoreña creció de manera positiva, alcanzando cifras récord que marcaron un antecedente importante para la historia económica de la segunda mitad del siglo XX²¹⁶. Esto permitió una mayor disponibilidad de «ingresos fiscales» para que el Estado salvadoreño elevara la inversión social²¹⁷.

Con la continuidad de inversiones bajas en el Ramo de Beneficencia durante el martinato es pertinente preguntarse ¿en qué condiciones quedaron los hospitales? Un diagnóstico hospitalario realizado hacia finales de la década de 1940 es la radiografía más cercana con la que cuento para afirmar que los hospitales que dejó el martinato eran deficientes. El diagnóstico lo hizo el consultor internacional Herman Grimmer. Este diagnóstico es también uno de los indicios que tengo para sostener que la salud pública salvadoreña no logró para entonces el

²¹⁴ Knut Walter, *Las políticas culturales del Estado salvadoreño 1900-2012* (San Salvador: AccesArte, 2014), 28-68. Los cálculos los hice en base a datos proporcionados por el autor.

²¹⁵ Morales, 2019, 94. PNUD, *Informe sobre desarrollo humano El Salvador 2013*, (San Salvador: Impresos Múltiples, 2013), 77.

²¹⁶ Carlos Acevedo, *La experiencia de crecimiento económico en El Salvador durante el siglo XX* (Washington: BID, 2003): 3-4.

²¹⁷ Roberto Turcios, *Autoritarismo y modernización*, (San Salvador: Concultura, 2003), 84.

cometido de tener «un pueblo sano, saludable y fuerte»²¹⁸, como se lo había propuesto el martinato en sus inicios. Precisamente, Grimmer estimó que 1.3 millones de salvadoreños, de los 1.8 millones, no estaban cubiertos directamente por el radio de acción de los hospitales públicos. Este consultor argumentó que por lo menos 5 de los 23 hospitales²¹⁹ públicos no cumplían con todos los requerimientos para nombrarles como tal. Incluso, Grimmer cuestionó los aspectos administrativo y organizativo del hospital Rosales, el cual contaba con la mayor capacidad de atención en el país. En conclusión, Grimmer identificó la continuidad de carencias en los servicios hospitalarios, pero, a su criterio, el hospital Bloom era el único que cumplía con todos los estándares requeridos²²⁰.

Para finalizar, me he preguntado insistentemente cuál acontecimiento histórico resume de mejor manera la baja inversión que tuvo el Ramo de Beneficencia en la primera mitad del siglo XX y que a la vez deje ver la participación de la filantropía. De revisar diversos documentos, he llegado a la conclusión que la construcción lenta que tuvo el hospital de Santa Ana es el ejemplo que mejor condensa el proceso. El hospital de Santa Ana se comenzó a construir en el año de 1929 y contó desde un inicio con el apoyo de la filantropía. Finalmente, el hospital se terminó de edificar en 1949. Y así lo narró la prensa en octubre de 1949:

Un acontecimiento de la mayor importancia quizá el más relevante de los últimos tiempos para aquella sociedad, tendrá lugar en Santa Ana el próximo 24 del corriente, Día de San Rafael y escogido en la República como el Día del Hospital. Se trata de la inauguración y bendición del nuevo gran centro hospitalario de la metrópoli occidental, a cuya costoso y prolongada construcción han contribuido altruistas elementos santanecos y el pueblo en general de la segunda ciudad salvadoreña²²¹.

²¹⁸ «Campana de mejoramiento rural», *La República* (San Salvador), 10 de agosto de 1934: 1.

²¹⁹ Aquí incluyo los 20 hospitales públicos más los hospitales especializados como el Bloom, Militar y de Tuberculosos.

²²⁰ Herman Grimmer, «Programa nacional de hospitales Generales en El Salvador», *Archivos del Colegio Médico*, n.º 4 (1950): 201-207.

²²¹ «Inauguración de NVO. Hospital de Santa Ana», *El Diario de Hoy*, (San Salvador), 20 de octubre de 1949: 3.

Capítulo 2.

El establecimiento del sistema de salud pública

Un bazo, un riñón, una glándula suprarrenal tienen funciones definidas y un nivel óptimo para esas funciones, pero esto era algo que sólo recibía y registraba. Lo hacía sin palabras, sin un sistema de códigos de ningún tipo...

[Más que humano, Theodore Sturgeon]

A lo largo del presente capítulo pretendo rastrear el proceso de creación y funcionamiento del sistema de salud pública de El Salvador. Mantengo el hilo conductor y metodológico con el anterior capítulo, en el sentido de dar continuidad al recorrido institucional de las instancias de salud pública. Toda la reflexión del capítulo está orientada a sustentar el siguiente planteamiento: El Salvador construyó un sistema de salud pública de manera gradual durante las décadas de 1950 y 1960. La periodización tiene por justificación metodológica el iniciar en 1950, cuando surgió el novel Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; y cierro en 1970, cuando las autoridades de salud de El Salvador le informaron a la OPS de que ya tenían una estructura de servicios de salud que había logrado un incremento significativo.

El capítulo está dividido en cuatro acápite. El primer acápite está orientado a contextualizar el surgimiento del Ministerio de Salud al mismo tiempo que incursionaba la revolución de 1948. Este apartado es relevante para comprender que el establecimiento del Ministerio de Salud sucedió mientras se configuraba el nuevo Estado salvadoreño que adquirió un carácter intervencionista en los ámbitos social y económico. Todo esto producto de la nueva Constitución salvadoreña que amplió el rol social del Estado. Además, el acápite brinda un contexto internacional necesario para entender el momento en el que surgió el Ministerio de Salud de El Salvador.

En el acápite dos presento el punto de partida del proceso de construcción del sistema de salud pública. Este apartado es importante porque logra retratar la situación inicial de los

servicios de salud a principios de la década de 1950. También expongo una propuesta de sistema de salud pública con cuatro niveles que fue del conocimiento del Ministro de Salud, en 1950.

A lo largo del tercer apartado describo ampliamente el proyecto de la Área de Demostración Sanitaria (ADS). Este proyecto permite observar cómo el Ministerio de Salud implementó un proyecto piloto con la lógica de sistema en un radio de doce municipios durante la década de 1950. Es importante destacar que la ADS de El Salvador fue el primer proyecto piloto que financió la OMS en Latinoamérica.

El último apartado lo dedico al crecimiento de los servicios de salud pública durante las décadas de 1950 y 1960. Aquí hago un recorrido por los principales aportes que hicieron los diferentes Gobiernos salvadoreños para expandir los servicios de salud a todo el territorio nacional. En este acápite las planificaciones de salud pública son relevantes para comprender las apuestas sanitarias que luego son contrastadas con los resultados concretos.

2.1 El surgimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: «Es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República el goce de [...] la salud»²²²

Un movimiento cívico-militar irrumpió en la palestra política a través de un golpe de Estado el 14 de diciembre de 1948. De manera inmediata este golpe de 1948 (o el Golpe de los Mayores) depuso al Gobierno del general Salvador Castaneda Castro (1945-1948) y frenó sus pretensiones reeleccionistas. El liderazgo golpista lo constituyeron militares jóvenes que renovaron el mando castrense y civiles de posturas progresistas que se habían opuesto a los Gobiernos anteriores. Desde el inicio del golpe sus líderes se asumieron como los gestores de una revolución que aspiraba a una «nueva organización del Estado»²²³. La conducción inicial del poder se ejerció bajo la figura de un Consejo de Gobierno Revolucionario (CGR), que tuvo una composición de militares y civiles, lo cual era toda una novedad en la historia política del país hasta ese momento. El CGR lo integraron el teniente coronel Manuel de J. Córdova y los

²²² Fragmento del artículo 2 de la Constitución de 1950.

²²³ Turcios, 2003, 29-33.

mayores Oscar Osorio y Oscar Bolaños, con ellos, se sumaron los doctores Humberto Costa y Reynaldo Galindo Pohl. Con el transcurrir de los días, el mayor Oscar Osorio «se constituyó en la figura dirigente dentro del Consejo»²²⁴.

En el largo plazo, el golpe de 1948 aperturó un proceso político que gradualmente generó cambios institucionales que apuntaron al establecimiento de un Estado intervencionista, algo inédito para El Salvador. Esta forma de concebir el Estado trascendió hasta finales de la década de 1970²²⁵. El Estado interventor que promovieron los golpistas de 1948 bien puede caracterizarse por la implementación de una «estrategia de desarrollo» que buscaba modernizar la economía salvadoreña e incrementar el gasto social²²⁶. Esto propició en las décadas de 1950 y 1960 la creación de «las primeras políticas sociales de Estado realmente funcionales», las cuales tuvieron un financiamiento que aumentó progresivamente en esos años²²⁷. Por ejemplo, en El Salvador el gasto público en salud y educación pasó del 28% al 43.8% entre 1951 y 1973²²⁸.

Darle un carácter social a la revolución de 1948 se percibe desde los primeros pronunciamientos públicos. Por ejemplo, en la Proclama de los 14 puntos, del 25 de diciembre de 1948, se definió como necesario el mejoramiento de las condiciones «de vida de los salvadoreños» a través del crecimiento productivo y «la justicia social»²²⁹. El 11 de mayo de 1950, el Dr. Reynaldo Galindo Pohl pronunció el discurso inaugural de la Asamblea Constituyente, y apuntó a lo siguiente: «En ningún caso y por ningún motivo debe descuidarse el desarrollo económico del país; pues la técnica y la industria aseguran el éxito inmediato de las reformas sociales. Pero por otro lado el desarrollo económico, a secas, sin justicia, compromete la estabilidad de las instituciones.»²³⁰ Esta cita de Galindo Pohl sintetizó muy bien el ideario de la revolución del 1948: armonizar la modernización económica y la justicia social. Incluso, en las reflexiones que contiene el proyecto constitucional de 1950 se planteaba que la nueva

²²⁴ Jorge Cáceres Prendes, Rafael Guidos Béjar y Rafael Menjívar Larín, *El Salvador una historia sin lecciones* (San José: Flaco, 1988), 89-91.

²²⁵ Según Rafael Guidos Béjar el Estado salvadoreño tuvo claramente sus primeras incursiones intervencionistas a partir de la década de 1950, pero advierte que desde la década de 1930 se pueden apreciar algunos rasgos mínimos de intervención. Ver: Cáceres Prendes, Guidos Béjar y Menjívar Larín, 1988, 19, 141-143.

²²⁶ Turcios, 2003, 77-86.

²²⁷ Carlos Gregorio López Bernal, «El Salvador 1960-1992: reformas, utopía revolucionaria y guerra civil», en *As revoluções na América Latina contemporânea. Entre o ciclo revolucionario e as democracias restringidas*, Comps. por Marcela Cristina Quinteros y Luiz Felipe Viel Moreira (Medellín: Pulso & Letra, 2017), 244.

²²⁸ PNUD, 2013, 85.

²²⁹ «Proclama del 25 de diciembre de 1948» en Cáceres Prendes et al., *El Salvador...*, 115-116.

²³⁰ Asamblea Constituyente, *Documentos históricos de la Constitución Política Salvadoreña* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951), 33.

constitución debía complementar la formalidad de los derechos con la obligatoriedad del Estado por «asegurar» los derechos de índole social²³¹. Esto solo se podía lograr con la creación de un Estado intervencionista.

Una vez promulgada la Constitución de 1950, los líderes del movimiento de 1948 dieron un paso importante porque materializaron sus concepciones económicas y sociales que estaban vinculadas al intervencionismo estatal. En otras palabras, la Constitución de 1950 fue el punto de partida para el surgimiento del Estado intervencionista en el país. Con esto, se apartó la doctrina liberal que había estado presente en los ordenamientos constitucionales desde el siglo XIX²³². Los análisis jurídicos sobre el artículo 2 de la Constitución de 1950 han coincidido que es ahí donde se definió el carácter interventor del nuevo Estado salvadoreño que actuaría en los ámbitos económico y social²³³. Específicamente, este artículo 2 marcó un precedente importante para la salud pública en El Salvador, pues determinó que la salud fuese un derecho que el Estado debía de garantizar a todos los ciudadanos. Esto fue un cambio conceptual importante para la salud pública porque atrás quedaba la vieja idea de que los servicios de salud eran favores caritativos que se les brindaban a los pobres desde el Estado o las asociaciones filantrópicas²³⁴.

En paralelo a la emergencia del Estado intervencionista salvadoreño surgió una nueva institución: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas). Este nuevo ministerio debía asegurar el cumplimiento del derecho a la salud a los salvadoreños, como quedó estipulado en la nueva Constitución de 1950. Por esa razón, considero que es con el establecimiento del Mspas, en 1950, cuando se inició el proceso para crear el sistema de salud pública de El Salvador. Las dos instituciones trabajadas en el capítulo uno, la Dirección General de Sanidad (DGS) y el Ramo de Beneficencia, fueron la base para crear el nuevo Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Mspas hizo su travesía institucional a lo largo de las décadas de 1950 y 1960 al ritmo de los vaivenes del nuevo proyecto modernizante: cambios institucionales, mayor inversión en las políticas sociales, cooperaciones internacionales, un Estado más interventor en la economía y la continuidad de las prácticas autoritarias.

Dos años antes de la revolución de 1948, el Gobierno de Salvador Castaneda Castro creó el Ministerio de Asistencia Social (MAS)²³⁵. Este fue el primer paso para juntar a la Dirección

²³¹ «Proyecto de Constitución Política» en Asamblea Constituyente, 1951, 40-41.

²³² Turcios, 2003, 33 y 78-79.

²³³ «Proyecto de Constitución Política» en Asamblea Constituyente, 1951, 40-41. Turcios, 2003, 33-34.

²³⁴ Alvarenga Venutolo, 1997, 8-9.

²³⁵ «Decreto número 134», *Diario Oficial*, n.º 234, (San Salvador), 22 de octubre de 1946: 3390.

General de Sanidad y al Ramo de Beneficencia en una sola institución con rango ministerial que asumía la salud pública en El Salvador. Pero, la categoría *asistencia social* aún remitía al concepto de salud como un favor caritativo para los «menesterosos» de la sociedad, como lo había conceptualizado el martinato en sus últimos años²³⁶. Esta idea sobre la salud cambió sustancialmente con los Gobiernos prudistas²³⁷, quienes en realidad fueron los primeros desarrolladores del Ministerio de Salud al introducir la noción de salud como un derecho e incrementar los fondos para salud pública.

El 10 de marzo de 1950, entró en vigor el decreto 521, el cual reformó la creación del Ministerio de Asistencia Social, y le cambió su nombre por el de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas)²³⁸. Conceptualmente esto significó un cambio importante para abordar la salud en El Salvador, ya que la categoría de *salud pública* ampliaba el horizonte de trabajo, y marcó distancia con las anteriores concepciones que habían visto a los hospitales públicos como centros de caridad o filantropía. Precisamente, con los prudistas en el Gobierno, el Mspas comenzó a operar con el mandato de asumir la salud como un derecho social consagrado en la Constitución de 1950. Otro avance sustantivo durante los dos Gobiernos prudistas fue el incremento paulatino del presupuesto destinado a salud pública; en el periodo comprendido entre 1950 y 1959, el presupuesto del Mspas creció de ₡ 2,700,000 de colones a ₡ 18,054,747²³⁹.

En perspectiva comparada, la creación del Mspas de El Salvador entre 1946-1950 formó parte de los ministerios de salud pública que surgieron en algunos países de Centroamérica a lo largo de la década de 1940²⁴⁰. En otro plano comparación, El Salvador prácticamente creó su Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social cuatro décadas después de la existencia del primer ministerio de salud pública en Latinoamérica, que databa de 1902²⁴¹. Ahora bien, ¿qué factores internacionales influyeron en el establecimiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia

²³⁶ José Tomas Calderón, «Memoria de los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo y Asistencia Social», *Diario Oficial*, n.º 61 (San Salvador), 13 de marzo de 1940: 973. También en esta memoria se alude a la creación de un Ministerio de Asistencia Social, pero lo que se creó en realidad fue una dependencia que se mantuvo adscrita al Ministerio de Gobernación, como se puede notar en las posteriores memorias de Gobernación y en el decreto ejecutivo publicado el 2 de marzo de 1939 en el Diario Oficial.

²³⁷ Prudista remite a los dos Gobiernos del Partido Revolucionario de Unificación Democrática que gobernaron en El Salvador durante la década de 1950, con un ideario de modernización de la economía y el Estado.

²³⁸ «Decreto 521», *Diario Oficial*, n.º 57, (San Salvador), 10 de marzo de 1950: 862.

²³⁹ Morales, 2019, 94.

²⁴⁰ Palmer, 2005, 69. Costa Rica es una excepción en Centroamérica, pues este país contaba desde 1927 con un Ministerio de Salud Pública.

²⁴¹ Enrique Saforcada, «Conferencia Magistral: Paradigmas de la salud pública comunitaria en América Latina», (conferencia, Cesmeca-Unicach, 30 de mayo de 2019).

Social en El Salvador? Considero que son tres los factores que contribuyen a la comprensión del momento en el cual emergió el Mspas: 1) un panorama mundial que establecía la salud como un derecho humano, al mismo tiempo que se creaba una nueva instancia como la Organización Mundial de la Salud (OMS); 2) la polarización ideológica de la Guerra Fría en la OMS; 3) la influencia de las teorías desarrollistas al interior de la OMS.

En relación con el primer factor, la etapa de Posguerra Mundial abrió la posibilidad para concebir la salud como un derecho humano y retomar su dimensión de fenómeno mundial²⁴². Tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y la Constitución de fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que entró en vigor en abril de 1948, establecieron la salud como un derecho humano. Luego, hacia junio de ese mismo año, por vez primera, se llevó a cabo la Asamblea Mundial de la Salud. Fue en este panorama que la OMS, al poco tiempo, se volvió el nuevo referente de la salud internacional, porque terminó por absorber o cooperar con las antiguas instancias que habían velado anteriormente por la salud en el mundo. La OMS en su primera etapa entre 1949-1956 estuvo en alguna medida replegada a las disposiciones de la política exterior de Estados Unidos. Por su parte, la Unión Soviética, que se había retirado del organismo de manera temporal, cuestionó el sesgo pro estadounidense que había adquirido el nuevo organismo de la salud mundial²⁴³.

Con respecto al segundo factor, puede afirmarse que la primera etapa de la OMS fue el reflejo del contexto polarizado que configuró el fenómeno ideológico de la Guerra Fría. Precisamente, el enfoque de los programas de salud que desarrolló la OMS en estos primeros años, no estuvieron exentos de la polarización ideológica. La OMS durante la primera mitad de la década de 1950, con una mayor influencia de EE. UU y sin la participación de la URSS, concibió que era necesario dar una solución simultánea a los problemas vinculados a la salud y economía de los países periféricos; al mismo tiempo que se buscaba con ello, el objetivo de detener cualquier influencia que la Unión Soviética pudiera ejercer en los países pobres. Por ejemplo, la campaña mundial contra la malaria emprendida por la OMS a mitad de los años 1950 fue concebida como un catalizador para dinamizar las economías y abrir nuevos mercados, a la vez que se pretendía frenar cualquier injerencia que tuviera visos de comunismo. Bajo este

²⁴² Carlos Bustíos, «La salud pública al final del siglo XX», *Anales de la Facultad de Medicina*, n.º 4 (1998): 5.

²⁴³ Theodore M. Brown, Marco Cueto y Elizabeth Fee, «La Organización Mundial de la Salud y la transición de la Salud Internacional a la Salud Global», en *Historia, salud y globalización*, ed. por Marco Cueto y Víctor Zamora (Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2006), 74-80.

enfoque, la OMS fue vista como determinante para emprender la tarea de «controlar las principales enfermedades epidémicas del mundo»²⁴⁴.

Del tercer factor, puede asegurarse que las teorías desarrollistas influenciaron a una incipiente OMS y a sus programas. Y por esa razón, los proyectos de la OMS tuvieron un esquema de cooperación vertical, el cual definía que un reducido «grupo de expertos» tomaba las decisiones sin involucrar a los pobladores²⁴⁵. Esto estuvo muy en sintonía con los planteamientos de la modernización del teórico W.W Rostow, quien se dio a conocer en la década de 1960. Rostow era de la idea que los países ricos debían contribuir por medio de sus recursos a las demás naciones consideradas como atrasadas²⁴⁶ o que vivían en una etapa de crecimiento inferior²⁴⁷. Precisamente, la fórmula sugerida por Rostow fue la de transferir desde los países ricos los recursos financieros y técnicos que requerían los países subdesarrollados, al mismo tiempo que le disputaban el campo ideológico a la URSS²⁴⁸.

A nivel nacional, considero que los anteriores factores internacionales pueden identificarse en las siguientes situaciones: los postulados jurídicos de la Constitución de 1950, en la narrativa oficial del PRUD y en el establecimiento de un proyecto insigne de la OMS en El Salvador.

Como ya adelanté, en la Constitución salvadoreña de 1950 se reconoció por vez primera el derecho a la salud²⁴⁹. Definir la salud como un derecho en este momento no fue una situación aislada del contexto internacional, y esto se puede constatar si se busca a los actores sociales que asesoraron la redacción de la nueva constitución en el país. Para el caso, los galenos del Colegio Médico de El Salvador aseguraron que el asesoramiento que le impartieron a los constituyentes de 1950 tuvo la idea rectora de definir la salud como un derecho ya reconocido universalmente²⁵⁰. Estos médicos salvadoreños estaban influenciados por la idea de concebir la salud como un derecho universal²⁵¹ en buena medida por estar al tanto de los últimos cambios internacionales

²⁴⁴ Brown, et al., 2006, 80-81.

²⁴⁵ Brown, et al., 2006, 81.

²⁴⁶ W.W Rostow, *Las etapas del crecimiento económico un manifiesto no comunista* (México: Fondo de Cultura Económica, 1970), 196.

²⁴⁷ Rostow planteaba que la historia económica del capitalismo había dibujado un esquema lineal de cinco etapas, que, según él, habían vivido las naciones ricas, y que sugería que los países subdesarrollados debían de atravesar por ellas si querían alcanzar la modernización de alto consumo de las sociedades capitalistas.

²⁴⁸ Héctor Lindo Fuentes y Erik Ching, *Modernización, autoritarismo y Guerra Fría* (San Salvador: UCA Editores, 2017), 32.

²⁴⁹ «Constitución política de El Salvador de 1950», Instituto de Investigaciones Jurídicas, acceso el 12 de mayo de 2019, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1575/20.pdf>.

²⁵⁰ CMES, «La medicina y la nueva constitución política», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 2 (1949a): 133.

²⁵¹ «Acuerdos y recomendaciones del Segundo Congreso Médico-Social Panamericano», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 3 (1949): 208.

que generaba la OMS, por lo menos eso se puede deducir de las publicaciones hechas en su revista médica²⁵².

El enfoque de la OMS de brindar soluciones simultáneas a los problemas económicos y sanitarios fue incluido en la narrativa oficial del primer Gobierno del PRUD. Por ejemplo, con motivo del primer año de gobierno, el Presidente Oscar Osorio dirigió un discurso en el cual puntualizó que el trabajo del novel Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas) era «fundamental» porque podía garantizar el progreso económico de los salvadoreños. Por esa razón, Osorio argumentaba que «la acción del Gobierno» debía «impulsar con firme determinación un Programa de trabajo, definido y realizable en el campo de la salubridad». En discursos anteriores Osorio había insistido en esta misma argumentación, lo cual habla de una línea discursiva sostenida²⁵³. Incluso, en un acuerdo de asistencia técnica que suscribieron el Gobierno de El Salvador y la OMS, en 1951, se plantearon los siguientes objetivos:

Desarrollar y demostrar métodos de interrelación y coordinación entre los programas sanitarios y otros programas de mejoramiento social y económico, tales como la agricultura, la educación, las relaciones obrero-patronales y materias afines. [...] Evaluar los efectos que los programas integrales de salud pública que van a desarrollarse, ejerzan sobre el bienestar del pueblo y sobre su mejoramiento económico y social²⁵⁴.

Esta relación entre el desarrollo económico y las condiciones deficitarias de salud de los salvadoreños estaba muy clara para el jesuita Basiliano Muruzábal, quien en 1949 había publicado en la *ECA* sus reflexiones al respecto. Muruzábal describió que en la capital salvadoreña existían amplias zonas empobrecidas donde «la higiene brillaba por su ausencia» y sus habitantes vivían en «miseros cuartuchos» desde donde veían «levantarse almacenes y tiendas fantásticas para la exhibición del lujo y la opulencia»²⁵⁵. En este ambiente de contrastes, a Muruzábal le preocupaba mucho que «los propagandistas del comunismo» trataran de «imponer su materialismo» y «la dictadura roja»²⁵⁶. Al margen de este fantasma rojo, la realidad era que El Salvador todavía a inicios de los años 1950 tenía serios problemas de salud. Por ejemplo, la esperanza de vida rozaba

²⁵² Juan Allwood Paredes, «Organismos médicos internacionales», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1949): 269-271.

²⁵³ Oscar Osorio, «Boletines de la secretaria de información», *Diario Oficial*, n.º 183, (San Salvador), 3 de octubre de 1951: 6036

²⁵⁴ «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, n.º 113, (San Salvador), 19 de junio de 1951: 3777.

²⁵⁵ Basiliano Muruzábal S.J., «El mesón, cáncer gangrenoso de la ciudad», *ECA*, n.º 33 (1949): 1171.

²⁵⁶ Basiliano Muruzábal S.J., «A los que gobiernan ¿Quiénes tienen la culpa?», *ECA*, n.º 28 (1949): 833.

apenas los 42.89 años²⁵⁷ y sus dos principales causas de muerte seguían siendo: la gastroenteritis y el paludismo, dos enfermedades que en principio podían ser prevenibles si se intervenían las condiciones sanitarias del entorno²⁵⁸.

Hacia 1951, la OMS instauró en El Salvador un proyecto insigne que denominó: Área de Demostración Sanitaria (ADS). En ese momento este proyecto era el único en Latinoamérica. La OMS se responsabilizó a desembolsar un monto máximo de 151,000 dólares en el primer año de operaciones de la ADS. El objetivo del proyecto era el establecimiento de servicios de salud pública en un área rural que abarcara una población estimada de 100,000 personas²⁵⁹. Al mismo tiempo, con la ADS se buscaba desarrollar procesos formativos que irían dirigidos al personal de salud del país. Por su parte, el Gobierno salvadoreño a través del Mspas se comprometió a recibir el asesoramiento de los expertos de la OMS por un periodo de cinco años que duraría el proyecto. Esto último, permite observar como el Mspas recibió, desde su etapa inicial, la influencia directa de una OMS que estaba interesada en promover el derecho humano a la salud en el mundo. Si el Estado salvadoreño adoptó el derecho a la salud a partir de su Constitución de 1950, con la implementación de la ADS lo tenía que revalidar, pero en el marco de un acuerdo de cooperación internacional con la OMS²⁶⁰. Esto indicaría que asumir la salud como un derecho no fue una cuestión solo de factores nacionales. En este punto, es importante destacar que los revolucionarios de 1948 se interesaron desde un inicio por atraer cooperación y expertos del extranjero que ayudaran a intervenir los problemas sociales de El Salvador²⁶¹.

2.2 El punto de partida para el establecimiento del sistema de salud pública

El carácter social que los líderes del movimiento cívico-militar de 1948 quisieron imprimirle a su estilo de gobernar debió traducirse en apuestas concretas. En ese sentido, la

²⁵⁷ Ministerio de Economía, 2008, 24

²⁵⁸ Morales, 2019, 93.

²⁵⁹ Héctor Rubén Acuña y Lydia D. Damasceno, «El puesto de salud rural en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 47 (1959): 13. Efraín Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental en el Área de Demostración Sanitaria de El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 41 (1956): 121-122.

²⁶⁰ «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, n.º 113, (San Salvador), 19 de junio de 1951: 3776-3780.

²⁶¹ Lindo Fuentes y Ching, 2017, 31.

creación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en el año 1949, fue uno de los proyectos que encerró apuestas ambiciosas en materia de salud pública y derechos laborales. Los creadores del ISSS definieron que la apuesta principal sería la inscripción de todos los trabajadores que formaban parte de la base productiva. A la larga, con el nuevo instituto se esperaba brindar servicios médicos, subsidios y pensiones a los trabajadores. El liderazgo del Consejo de Gobierno Revolucionario (CGR) estaba claro que toda apuesta relativa al ISSS debía implementarse bajo la lógica de gradualidad y en coordinación con los demás servicios de salud pública preexistentes en el país. Esto fue uno de los primeros llamados para tratar de funcionar como un sistema de salud pública en El Salvador²⁶².

A inicios de enero de 1950, el CGR reconoció que El Salvador necesitaba «liquidar el analfabetismo, la miseria, las enfermedades endémicas y epidémicas» del territorio²⁶³. Esta sentencia no era para menos, si se tiene presente que las principales causas de muerte durante la década de 1950 estuvieron muy asociadas a enfermedades como el paludismo y la gastroenteritis que tenían un comportamiento endémico, las cuales podían bajar su incidencia si se atacaban los factores medioambientales. Pero, esta urgencia de contrarrestar las enfermedades consideradas endémicas por parte del CGR no tenía nada de nuevo en el país. Desde el surgimiento del Consejo Superior de Salubridad, a inicios del siglo XX, se había reconocido la importancia de enfrentar las enfermedades epidémicas o endémicas en todo territorio nacional. Lo que cambiaba en 1950 era la disposición por parte del Estado salvadoreño de comenzar a concebir la salud como un derecho, lo cual implicaría cambios institucionales. Fue en este contexto cuando todas las dependencias del Mspas (los hospitales y la DGS) atravesaban por un proceso de reorganización del personal, a consecuencia de una serie de acuerdos ministeriales²⁶⁴.

Ahora bien, en el año de 1950 ¿con cuánta capacidad expresada en clínicas, hospitales y médicos contaba el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para establecer el sistema de salud pública? El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas) inició el trayecto hacia la conformación de un sistema de salud pública al sumar la capacidad preinstalada de la antigua

²⁶² «Decreto 329», *Diario Oficial*, n.º 215 (San Salvador), 30 de septiembre de 1949: 3404-3408.

²⁶³ «Mensaje del Consejo de Gobierno al pueblo salvadoreño con motivo del año nuevo», *Diario Oficial*, n.º 1 (San Salvador), 3 de enero de 1950: 1-2.

²⁶⁴ «Acuerdo 8», *Diario Oficial*, n.º 14, (San Salvador), 19 de enero de 1950: 164. «Acuerdo 21», *Diario Oficial*, n.º 24, (San Salvador), 31 de enero de 1950: 305-309. «Acuerdos 69 y 78», *Diario Oficial*, n.º 36, (San Salvador), 14 de febrero de 1950: 547-548. «Acuerdo 105», *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador), 24 de febrero de 1950: 683. «Acuerdo 125», *Diario Oficial*, n.º 53, (San Salvador), 06 de marzo de 1950: 807. «Acuerdo 248», *Diario Oficial*, n.º 61, (San Salvador), 15 de marzo de 1950: 991.

Dirección General de Sanidad (DGS), que en ese momento ya funcionaba como una dependencia a su cargo. En 1950 la DGS aportó 33 unidades de salud pública al Mspas, las cuales proporcionaban servicios básicos de atención médica como clínicas municipales.

Estas 33 unidades de salud pública estaban divididas en tres niveles de atención según el tamaño de su personal y la cantidad de servicios disponibles al público: el primer nivel lo constituían 23 unidades que se ubicaban usualmente en municipios de menor tamaño que las cabeceras departamentales y poseían un personal básico compuesto por un médico, un auxiliar, una secretaria y ordenanza. El segundo nivel estaba integrado por tres unidades de salud situadas en cabeceras departamentales y contaban con un personal no mayor a ocho personas, el cual podía tener técnicos de laboratorio y poseer un máximo de tres médicos a disposición. Finalmente, el tercer nivel lo componían 7 centros salud que oscilaban con un personal entre 13 y 29 personas; en este nivel ya se contaba con una mayor cantidad de médicos generales y se disponía de dentistas, radiólogos y laboratoristas. Un aspecto importante del tercer nivel era que sus servicios se ubicaban en las principales ciudades del país, siendo la capital la que concentraba tres de estos centros de salud²⁶⁵.

Antes de todo, debo hacer una precisión conceptual con respecto a estas 33 unidades de salud pública. Indistintamente del tamaño y el desarrollo material del municipio, estos centros de salud se ubicaban en lo que se conocía como el casco urbano. Este casco urbano se entendía entonces como el núcleo poblacional principal de los municipios, que contaba con los principales edificios públicos y constituía un conjunto continuo de viviendas a diferencias de la dispersión de casas que caracterizaba a los cantones o caseríos. Y es en ese sentido que a estas 33 unidades de salud pública se les debe de ver como urbanas²⁶⁶.

Por su parte, el extinto Ramo de Beneficencia le heredó 21 nosocomios al Mspas, los cuales se hallaban diseminados en todo el país. En realidad, este número de hospitales públicos no había cambiado en mucho durante la primera mitad del siglo XX, cuando fueron administrados por el Ramo de Beneficencia, puesto que los nosocomios habían oscilado entre 18 y 21²⁶⁷. El principal centro de salud en 1950, aún lo era el capitalino hospital Rosales a consecuencia de su mayor cantidad de recursos humanos y capacidad de atención. El segundo

²⁶⁵ «Acuerdo 21», *Diario Oficial*, n.º 24 (San Salvador), 31 de enero de 1950: 307-309.

²⁶⁶ Rodolfo Barón Castro, *La población de El Salvador* (San Salvador: Concultura, 2003), 452. Ministerio de Economía, *Tercer Censo Nacional de Población de 1961* (San Salvador: Digestyc, 1965), XII.

²⁶⁷ Ver los apéndices 2-6 y la tabla 4 del capítulo 1 e incluir los hospitales Bloom, psiquiátrico y de tuberculosis.

lugar se lo agenciaba el hospital de Santa Ana. La importancia de ambos nosocomios no era nada nuevo, pues desde principios del siglo XX lo habían sido. Después de estos dos hospitales importantes, le seguían los demás que contaban con menos capacidad de atención y que se ubicaban en las otras cabeceras departamentales o en ciudades intermedias²⁶⁸.

En 1950, el Mspas apenas disponía de 257 médicos activos en todo el país, mientras la población salvadoreña ya ascendía al 1,855,917. Esto significaba tener un médico por cada 7,221 habitantes, lo cual situaba a El Salvador en niveles preocupantes porque los países mejor posicionados de Latinoamérica lograban tener un médico por cada 840 habitantes²⁶⁹. La situación se agravaba aún más en las zonas rurales, si se toma en cuenta que 146 de los 257 médicos se concentraban en la ciudad de San Salvador²⁷⁰. Desde cualquier punto que se le viera, la disponibilidad de galenos era insuficiente para cubrir la demanda de una población salvadoreña que aumentaba a un ritmo sostenido. Esto fue confirmado por un diagnóstico sobre servicios de salud que el presidente Oscar Osorio recibió de la consultora Ibec Housing Corporation (IHC), al inicio de su mandato. Según IHC, El Salvador debía poseer un contingente aproximado de 800 médicos para atender de mejor manera a la población²⁷¹. La preocupación por elevar el número de médicos en proporción al crecimiento poblacional fue un problema de común interés para la UES y el Gobierno salvadoreño a partir de mediados del decenio de los cincuenta, aspecto que trataré más adelante en el capítulo tres.

Por otra parte, la eficiencia de los servicios de salud del Mspas fue puesta en cuestión desde un inicio. Por ejemplo, en diciembre de 1950 se publicaron los resultados de una consultoría internacional que había evaluado el funcionamiento de los hospitales públicos del país. El encargado de evaluar el desempeño de los hospitales salvadoreños fue Herman Grimmer, un consultor del Instituto de Asuntos Interamericanos (IAIA)²⁷². Grimmer fue tajante en decir que,

²⁶⁸ Grimmer, 1950, 200-214. Tomo los datos de la tabla 2 más los hospitales de psiquiatría y tuberculosis. Excluyo al hospital militar por la simple razón de ser un hospital que no era para el amplio público. No incluyo el establecimiento de Ilobasco por ser una clínica.

²⁶⁹ Organización Mundial de la Salud, *Primer informe sobre la situación sanitaria mundial 1954-1956* (Ginebra: OMS, 1959), 158.

²⁷⁰ Grimmer, 1950, 214.

²⁷¹ «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York. Para deducir la cifra aproximada de 800 médicos, tomo como base el dato de 257 médicos que presentó Grimmer y lo multiplico por 3 como lo sugirió la consultora IHC.

²⁷² El IAIA fue una agencia estadounidense que desde 1942 ejecutaba proyectos de salud pública con los Estados de América Latina en el contexto de la política internacional del “buen vecino” de Estados Unidos. Para profundizar al respecto ver: André Luiz Vieira de Campos, «The institute of Inter-American Affairs and its Health Policies in Brazil during World War II», *Presidential Studies Quarterly*, n. ° 3 (1998): 523.

de todos los hospitales existentes en El Salvador, solo el hospital Bloom estaba bien dotado de materiales y tecnología médica para su funcionamiento, y lo calificaba como el «más moderno». Precisamente, este consultor puso entredicho si realmente el hospital más grande del país, el Rosales, contaba con la adecuada estructura organizativa²⁷³. Además, Grimmer sostuvo que la mayoría de las áreas encargadas de la consulta externa en los hospitales públicos (sin incluir al Bloom) manifestaban deficiencias, siendo notable una estructura hospitalaria con «poca organización, dirección y una alarmante carencia de personal»²⁷⁴. Esto último, Grimmer lo explicó de la siguiente manera:

Se considera que ningún hospital [sin incluir al Bloom] en El Salvador cuenta con un personal médico bien organizado, ni se ha encontrado uno que posea una constitución adecuada. Ninguno de ellos puede llenar los requisitos mínimos para hospitales, de acuerdo con el Colegio Americano de Cirujanos [...] Con respecto del servicio de enfermeras graduadas, el 97% del total de enfermeras graduadas se encuentra en San Salvador. En Santa Ana hay dos y en Santa Tecla seis, todas las cuales están empleadas por Sanidad [se refiere a la DGS] y no por los hospitales. La necesidad de enfermeras graduadas es demasiado obvia para mencionarse. Al tiempo de escribir este informe, no hay esperanza de suplir esta considerable necesidad en el próximo futuro, debido al limitado número de alumnas de la Escuela de Enfermeras [...] La enfermería práctica, que aún en los mejores hospitales constituye una necesidad para completar los servicios de las enfermeras graduadas, fuera del Hospital Rosales y uno o dos de los demás hospitales de la República, ha demostrado ser del standard más bajo²⁷⁵.

El doctor José Pacheco Araujo, técnico de la DGS, complementó el diagnóstico hecho por Grimmer, al reflexionar sobre el funcionamiento de los servicios de salud que brindaban tanto las 33 unidades de salud pública y los 21 hospitales públicos. Según Pacheco «aproximadamente el 80%» de las personas fallecidas en El Salvador no recibían previamente alguna «asistencia médica». A Pacheco este dato le alarmó en el sentido de ocurrir en un país con una estructura poblacional mayoritariamente rural y, frecuentemente, desprovista de atención médica²⁷⁶. De hecho, el consultor Grimmer hizo una estimación similar a la de Pacheco en

²⁷³ Grimmer, 1950, 203-205.

²⁷⁴ Grimmer., 1950, 206.

²⁷⁵ Grimmer, 1950, 206-207. La nota aclaratoria sobre el Bloom la incorporo porque así se entiende en el contexto del documento.

²⁷⁶ José Pacheco Araujo, «Descripción de los servicios médicos rurales: sugerencia sobre su posible implantación en El Salvador», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1949): 219.

relación a la cobertura efectiva de los hospitales públicos del país²⁷⁷. Evidentemente, las condiciones sociodemográficas que le preocuparon al doctor Pacheco contrastaban con unas unidades de salud y hospitales públicos que se asentaban preferentemente en los centros urbanos del país. Seguramente por estas razones, el Colegio Médico de El Salvador exhortó a sus asociados a que se tomaran muy en serio de que muchos de sus pacientes venían de las zonas rurales, lo cual implicaba hacer «grandes sacrificios» de movilidad para llegar a las ciudades por atención médica²⁷⁸. Todo esto me lleva a afirmar que en 1950 los servicios de atención médica tenían la característica de un marcado sesgo a ubicarse en el espacio urbano.

A propósito, en febrero de 1950, *La Prensa Gráfica* reprodujo las declaraciones hechas por las autoridades de la DGS con relación al acercamiento de los servicios de salud a la población, en los siguientes términos: «El principal objetivo de esta organización consiste en distribuir las Unidades Sanitarias de modo que los grupos de vecinos sean atendidos a inmediaciones suyas, en su propia comunidad, evitándoles así las molestias de tener que desplazarse desde sitios distantes hasta el centro de la capital»²⁷⁹. De hecho, la utilización de servicios médicos itinerantes fue una medida paliativa para tratar de contrarrestar el sesgo urbano que tenía la atención médica en El Salvador a inicios de los cincuenta. Por ejemplo, se implementó el uso de cuatro unidades móviles provistas con un médico para que éste se movilizase en aquellos municipios circundantes a los principales centros urbanos de los departamentos de San Salvador y Sonsonate²⁸⁰.

1950, también fue un momento propicio para lanzar propuesta dirigidas a mejorar los servicios de salud pública en El Salvador. Fue así como Herman Grimmer planteó que todos los hospitales públicos funcionaran de una vez por todas como un sistema con directrices comunes, las cuales debían emanar del nuevo Mspas. En ese sentido, Grimmer le propuso al Mspas la creación de un sistema hospitalario tripartito.

Grimmer planteaba que un primer grupo de nosocomios, llamados *Hospitales Básicos*, debían conformarse exclusivamente por los establecimientos ubicados en las ciudades de San Salvador, Santa Ana y San Miguel. Para este primer grupo de hospitales se definía que cada uno podía funcionar con un rango entre 300 y 800 camas y contar con un mínimo de dos especialidades médicas para atender a poblaciones que oscilaban entre las 50,000 y 127,000

²⁷⁷ Grimmer, 1950, 201.

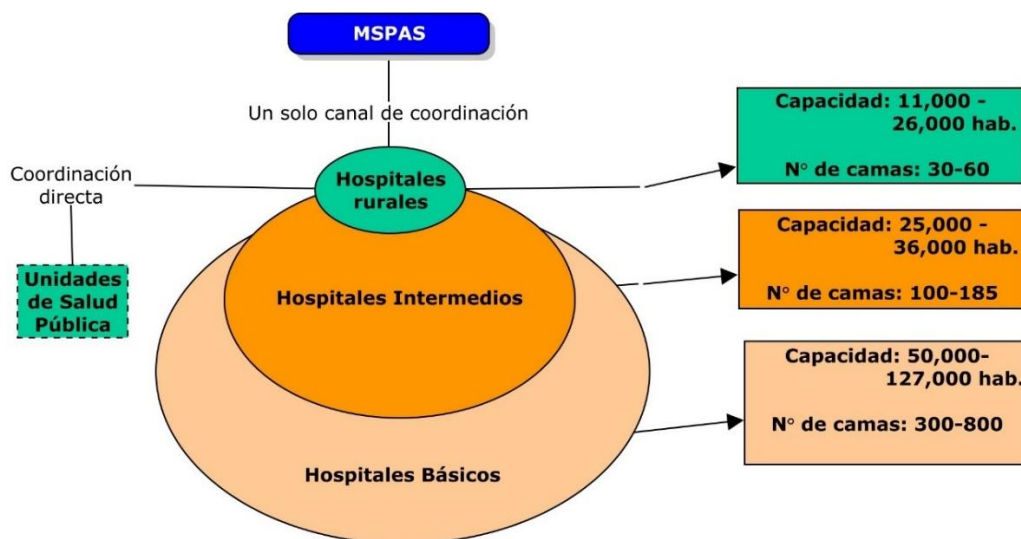
²⁷⁸ Colegio Médico de El Salvador, «Editorial: Función del médico en las consultas externas», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1958b): 239.

²⁷⁹ «Algunos detalles sobre la labor sanitaria en 1949», *La Prensa Gráfica*, 2 de febrero de 1950: 8.

²⁸⁰ «Acuerdo 21», *Diario Oficial*, n.º 24 (San Salvador) 31 de enero de 1950: 309.

personas. Además, a estos *Hospitales Básicos* se les asignaba la labor de funcionar como centros de formación en diversas áreas de la medicina. El segundo grupo, nombrados *Hospitales Intermedios*, lo constituirían los nosocomios de Ahuachapán, Sonsonate, Santa Tecla, San Vicente y Usulután; a estos se les proyectaba que funcionarían con un mínimo de 100 camas por hospital y estarían destinados para poblaciones no menores a 25,000 habitantes; y tendrían que brindar las condiciones para la formación de los estudiantes de medicina. El último grupo, denominado *Hospitales Rurales*, se esperaba que lo compusieran los hospitales de los siguientes municipios: Metapán, Chalchuapa, Cojutepeque, Chalatenango, Zacatecoluca, Sensuntepeque, Santiago de María, La Unión y Gotera; estos hospitales con menor capacidad de atención tendrían un máximo de 60 camas por hospital y podrían atender a poblaciones entre los 11,000 y 26,000 habitantes²⁸¹.

Esquema 3.
Propuesta Grimmer para el sistema hospitalario, 1950



Fuente: Elaboración propia en base a Grimmer, «Programa nacional...», 208-211.

Al plantear Grimmer que los hospitales de El Salvador debían funcionar como un «sistema coordinado» no lo limitó al solo hecho de unificar criterios y operar con directrices comunes emanadas desde el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; sino que ampliaba el concepto

²⁸¹ Grimmer, 1950, 210-211.

de sistema en el sentido de construir «una red de hospitales» que debían establecer apoyos mutuos en favor de los hospitales de menor capacidad. Incluso, Grimmer propuso que las 33 unidades de salud pública que tenían un alcance municipal mantuvieran una comunicación directa con los Hospitales Rurales. Esto último, permite vislumbrar en realidad una propuesta de sistema de salud pública con cuatro niveles, como puede apreciarse en el esquema 3.

Entre 1950 y 1951, hay tres hechos políticos que garantizarían la viabilidad para el establecimiento de un sistema de salud pública en El Salvador: 1) la suscripción de los primeros acuerdos de cooperación con la Organización Mundial de la Salud (OMS); 2) el plan de gobierno del presidente Oscar Osorio que definió la salud como una de las prioridades sociales a trabajar; y 3) el reconocimiento de las autoridades del Mspas sobre la necesidad de establecer un sistema de hospitales públicos en El Salvador.

En junio de 1950 el Estado salvadoreño aceptó ser miembro de la OMS²⁸². Con esto se buscaba formalizar la relación entre El Salvador y la OMS, lo cual a futuro se tradujo en apoyos concretos a favor de la salud pública del país. Por ejemplo, como producto de un convenio suscrito entre el Mspas y el organismo mundial, en el mismo mes de junio llegó una pequeña delegación de técnicos de la OMS con el objetivo de apoyar al programa nacional contra la tuberculosis durante dieciocho meses²⁸³. Al año siguiente, el Mspas y la OMS suscribieron otro convenio para instalar en el país el proyecto piloto de la Área de Demostración Sanitaria (ADS), con el cual se pretendía «organizar y desarrollar» los servicios de salud pública²⁸⁴ en zonas rurales de los departamentos de San Salvador y La Libertad²⁸⁵. A la larga, el desarrollo de la ADS vendría a dar un impulso importante al proceso de creación del sistema de salud pública en el país. Debe recordarse que estos acuerdos entre la OMS y El Salvador estaban enmarcados en el contexto más amplio de la búsqueda de cooperación internacional, que en diversas materias socioeconómicas gestionaron desde sus primeros meses en el poder los dirigentes del golpe de Estado de 1948²⁸⁶.

²⁸² «El Salvador acepta ser miembro de la OMS», *La Prensa Gráfica*, 2 de junio de 1950: 7.

²⁸³ «Programa Antituberculoso de la OMS y Sanidad Salvadoreña», *La Prensa Gráfica*, 9 de junio de 1950: 3. «El programa anti-tuberculoso», *La Prensa Gráfica*, 12 de junio de 1950: 3.

²⁸⁴ «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, n.º 113, (San Salvador), 19 de junio de 1951: 3776-3777.

²⁸⁵ Ribeiro, 1956, 121-122.

²⁸⁶ Lindo Fuentes y Ching, 2017, 31.

Oscar Osorio fue investido como presidente del país un 14 de septiembre de 1950 en el Estadio Nacional. Dieciséis días después del acto de toma de posesión del Ejecutivo, se publicó en la *Revista del Ministerio del Interior* el plan de gobierno que pretendía ejecutar el PRUD. Una problemática social que apareció en ese documento como urgente de resolver fueron las deficiencias en materia de salud pública. El plan del PRUD partía de la premisa que «un buen Gobierno en El Salvador» debía prestar atención «a los grandes problemas de salud pública» para dar solución a los mismos. Para ello, el documento planteaba la realización de una ruta de trabajo que fuese alcanzable y con prioridades ante el acumulado histórico de problemas sanitarios. La primera prioridad que definió el PRUD iba en el orden de intervenir la estructura organizativa que tenía a su cargo la salud pública en el país; y para ello, decían los prudistas que echarían mano de los avances en materia de salud pública y destinarían un presupuesto que permitiera «el desarrollo gradual pero constante de los programas» de salud²⁸⁷.

En diciembre de 1951, cuando el Gobierno de Osorio ya cumplía un poco más de un año de haber publicado su plan de gobierno, el subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Roberto Cáceres Bustamante escribió un artículo relativo a la puesta en marcha del sistema de salud pública en el país; particularmente sobre la organización de los hospitales. El argumento central del escrito del Dr. Cáceres sostenía que los hospitales públicos nunca habían funcionado con la lógica de sistema. Ante tal necesidad, él proponía intervenir en cuatro áreas elementales de los hospitales: administración, capacitación del personal técnico, infraestructura hospitalaria y suministros médicos. De trabajarse estas cuatro áreas, Cáceres consideraba que se podrían ejecutar las recomendaciones ya planteadas en los diagnósticos internacionales²⁸⁸. Seguramente, a uno de los diagnósticos que se estaba refiriendo el subsecretario Cáceres fue a la consultoría realizada dos años antes por Herman Grimmer, que tuvo como propuesta principal la estructuración de un sistema de salud pública para El Salvador.

²⁸⁷ PRUD, «Plan de gobierno», *Revista del Ministerio del Interior*, n.º 6 (1950): 60-61.

²⁸⁸ Roberto Cáceres Bustamante, «Plan hospitalario de El Salvador» *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1951): 249-255.

2.3 La Área de Demostración Sanitaria

Hacia finales de 1951, el subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Roberto Cáceres Bustamante insistía en la necesidad de instalar un sistema de hospitales públicos²⁸⁹. Al mismo tiempo, Oscar Osorio ya cumplía un poco más de un año de haber declarado como una de sus prioridades la reestructuración de las instancias de salud pública. Ambos, Cáceres y Osorio, partían de un mismo imperativo: los servicios de salud pública debían mejorar para resolver el rezago de los problemas de salubridad; y esto pasaba en buena medida por reorganizar las instancias de salud pública con la lógica de sistema. Ahora bien, desde un inicio los prudistas fueron cautelosos ante las dificultades estructurales del país en materia de salud pública, y aseguraban que «los problemas acumulados a lo largo del tiempo en todos y cada uno de los aspectos de la salubridad pública en El Salvador» no podían «resolverse de una vez, dados los enormes recursos económicos y humanos» que se necesitaban. Por esa razón, desde 1950 los dirigentes prudistas se plantearon una ejecución gradual en sus apuestas relativas a la salud pública. Entre las apuestas que perfiló el Gobierno de Osorio en su plan de trabajo estuvieron: intervenir las instituciones de salud pública, realizar programas de educación higiénica y aprovisionamiento de agua potable y ejecutar campañas contra enfermedades endémicas y otras de carácter venéreo²⁹⁰.

Fue en este contexto que la instalación del proyecto que se conoció como Área de Demostración Sanitaria (ADS) dio un primer aporte para que los servicios de salud pública de El Salvador funcionaran como un sistema. La ADS fue un proyecto piloto que se instaló a partir de 1951 en El Salvador y formó parte de un conjunto de tres proyectos similares que financiaba la OMS en el mundo. El proyecto de la ADS estableció criterios comunes dentro de un espacio geográfico que abarcó a doce municipios pertenecientes a los departamentos de San Salvador y La Libertad (ver mapa 1). Para la OMS un proyecto como la ADS era una propuesta para organizar los servicios de salud pública²⁹¹. Desde el Gobierno salvadoreño se hicieron todas las

²⁸⁹ Cáceres Bustamante, 1951, 249-255.

²⁹⁰ PRUD, 1950, 60-61.

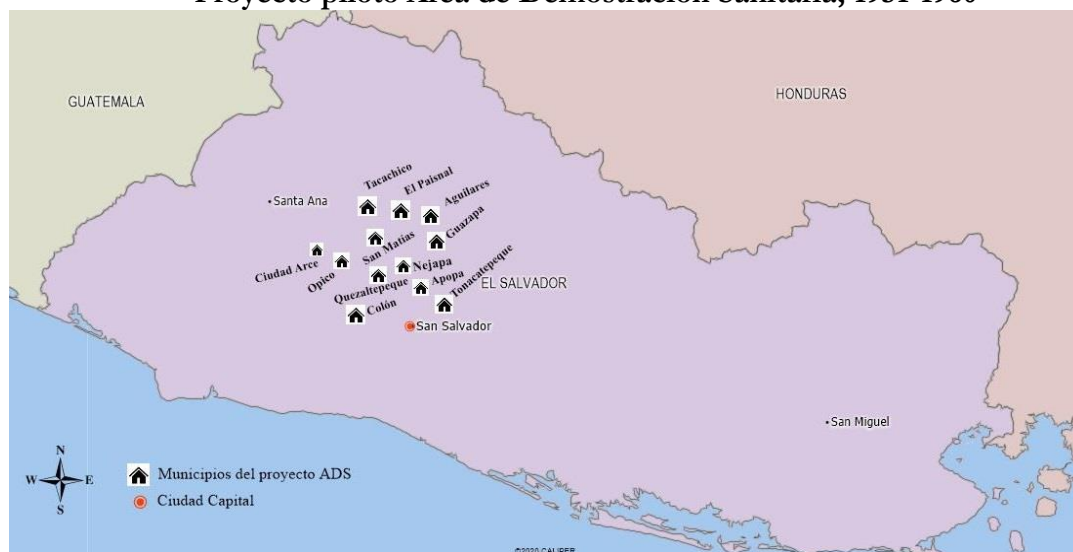
²⁹¹ Esteban Rodríguez Ocaña, «Construcción de la salud global: zonas de demostración sanitaria en Europa, décadas de 1950 y 1960», *História, ciências, saúde-Manguinhos*, n.º 27, suplemento 1, (2020): 6.

gestiones para verse beneficiado con este proyecto piloto para Latinoamérica, pues se comprometieron a sufragar ciertos costos de operación que la OMS no asumiría²⁹².

La ADS tenía como objetivos organizar y desarrollar servicios de salud de manera preferente en poblados rurales. De esta manera, la ADS circunscribió su radio de acción a los municipios de Opico, Quezaltepeque, Ciudad Arce, Nejapa, Colón, Apopa, Tonacatepeque, El Paisnal, Guazapa, Tacachico, San Matías y Aguilares, ubicados al occidente y norte de las principales ciudades o cabeceras departamentales de San Salvador y La Libertad. Si bien es cierto que dentro de la ADS se terminó por incluir a los pobladores de los cascos urbanos, pero el grueso poblacional a beneficiar lo constituyeron los habitantes rurales de los 128 cantones que pertenecían a esos doce municipios seleccionados. En un inicio, estos doce municipios que conformaban la ADS contaban con una población total que ascendía a 99,862 habitantes. De esta cantidad, unos 81,183 habitaban los 128 cantones con características sumamente rurales²⁹³.

Mapa 1.

Proyecto piloto Área de Demostración Sanitaria, 1951-1960



Fuente: Elaboración propia en base a Efraín Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental en el Área de Demostración Sanitaria de El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 41 (1956): 124.

La lógica de sistema con la que operó la ADS se definió en el acuerdo marco que suscribió el Gobierno salvadoreño y la OMS, de la siguiente manera: «Desarrollar y demostrar métodos

²⁹² Ribeiro, 1956, 121-122.

²⁹³ Ribeiro, 1956, 121-122.

de interrelación y coordinación entre los programas sanitarios y otros programas de mejoramiento social y económico»²⁹⁴; en otras palabras, se demandaba que las diferentes instancias nacionales e internacionales trabajaran de manera articulada y con criterios comunes para lograr un funcionamiento armónico. Entre los programas sanitarios que se esperaban desarrollar bajo esta lógica de sistema se encontraban los siguientes: saneamiento medioambiental, cuidados materno-infantiles, educación sanitaria, control de enfermedades endémicas (tuberculosis y paludismo), control de enfermedades venéreas, salud dental, nutrición, servicios de laboratorio y asistencia médica general. A propósito, en 1950, algunos de estos programas sanitarios ya habían aparecido esbozados como prioridades del plan de gobierno que los prudistas pensaban ejecutar en materia de salud pública²⁹⁵.

Pero la lógica de sistema de la ADS no se limitó a definir criterios comunes de trabajo solo para las instancias de salud pública que la conformarían, sino que también posibilitó que diferentes ministerios del Estado salvadoreño se interrelacionaran y dependieran entre ellos bajo un enfoque de salud pública. Precisamente, los apoyos específicos que brindaban otros ministerios no especializados en salud pública debían ser armonizados en favor de los programas sanitarios que se desarrollaran al interior de los doce municipios que conformaban la ADS²⁹⁶. Por ejemplo, el proyecto de saneamiento medioambiental que se ejecutó al interior de la ADS en el periodo entre 1951 y 1952 tuvo el siguiente enfoque común para los ministerios participantes:

Debe ser reconocido y aceptado que el programa de mejoramiento ambiental no puede ser resuelto por ninguna organización pública trabajando sola, y en este caso el Ministerio de Obras Públicas, el de Cultura, el de Agricultura, el del Interior y el de Salud Pública y Asistencia Social son llamados a colaborar estrechamente en la resolución de este problema básico [...] Las actividades de saneamiento estarán orientadas en el sentido de proveer lo necesario para la creación, fomento, mejoramiento, mantenimiento y vigilancia de las obras y trabajos destinados a proporcionar al individuo y a la comunidad un ambiente sano y que tenga el margen más amplio posible de seguridad, en lo que se refiere a riesgos que ponga en peligro la salud²⁹⁷.

²⁹⁴ «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, n.º 113, (San Salvador), 19 de junio de 1951: 3777.

²⁹⁵ PRUD, 1950, 60-61.

²⁹⁶ Ribeiro, 1956, 125.

²⁹⁷ Ribeiro, 1956, 124.

Por otra parte, la ADS también fue concebida como un modelo para la formación en salud pública. El acuerdo marco que suscribió el Gobierno salvadoreño con la OMS en 1951, estipuló que la ADS tenía la misión de generar procesos formativos para el personal de salud del país. Esto obligaba a desarrollar «métodos eficaces de adiestramiento en materia de salud pública»²⁹⁸. En 1956, una investigación sobre el desempeño de la ADS concluyó que este proyecto operaba bajo la premisa de que los conocimientos generados en su ejecución podían ser eventualmente replicados en otras partes del territorio salvadoreño que aún no eran beneficiados²⁹⁹. Por su parte, los expertos traídos por la OMS para este proceso educativo de la ADS fueron vistos como transmisiones de conocimiento desde los países ricos hacia un país pobre como El Salvador; todo un esquema clásico de la cooperación vertical y las teorías desarrollistas³⁰⁰.

Hacia octubre de 1951, el presidente Oscar Osorio reflexionó sobre la cooperación brindada por los organismos internacionales en el país, incluidos los aportes realizados por la OMS en ese año. Al respecto, Osorio consideró que El Salvador había dado «un paso avanzadísimo hacia su resurgimiento económico, social y cultural»³⁰¹. Al margen de este entusiasmo de Osorio, en materia de salud pública solo el tiempo diría hasta donde llegarían las apuestas; lo concreto en el año de 1951 era que el acuerdo para crear la Área de Demostración Sanitaria (ADS) garantizaba cinco años para su funcionamiento y que operaría bajo la lógica de sistema en un espacio que abarcaba a doce municipios salvadoreños con poblaciones mayoritariamente rurales³⁰².

Durante el primer año de operaciones (1951-1952) de la ADS se generaron las condiciones necesarias para contar con personal, financiamiento y equipamiento idóneo. Al arrancar el proyecto surgió el primer problema: el país no contaba con los técnicos lo suficientemente especializados en las áreas de saneamiento. Por esa razón, la OMS se hizo cargo de traer al país un equipo de cinco especialistas que contaban con la experiencia suficiente en las materias

²⁹⁸ «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, n.º 113, (San Salvador), 19 de junio de 1951: 3777-3778.

²⁹⁹ Ribeiro, 1956, 124.

³⁰⁰ «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, n.º 113, (San Salvador), 19 de junio de 1951: 3777-3778. Para profundizar sobre los esquemas de cooperación vertical en la salud pública internacional ver: Marco Cueto y Víctor Zamora, *Historia, salud y globalización*, ed. (Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 2006), 81. Rodríguez Ocaña, 2020, 6.

³⁰¹ Oscar Osorio, «Boletines de la secretaria de información», *Diario Oficial*, n.º 183, (San Salvador), 3 de octubre de 1951: 6036.

³⁰² «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, n.º 113, (San Salvador), 19 de junio de 1951: 3780.

relativas a saneamiento ambiental, salud pública y estadística. Este equipo de expertos de la OMS capacitó al personal salvadoreño que posteriormente asumió las actividades de la ADS, lo cual requirió de «buena parte de los esfuerzos iniciales»³⁰³.

Con respecto al financiamiento, en el primer año de funcionamiento del proyecto la OMS se comprometió a realizar un desembolso de 151,000 dólares, de los cuales se usó un 25% para emprender un proyecto de agua potable, como parte del programa de saneamiento medioambiental; el otro 75% sirvió para cubrir los salarios de los cinco miembros enviados por la OMS y financiar un programa de becas internacionales para salvadoreños³⁰⁴.

Por su parte, el Gobierno salvadoreño, por medio del Mspas, se responsabilizó de sufragar de manera gradual el costo de un grupo nacional de 86 empleados que lo integrarían: médicos, enfermeras, dentistas, laboratoristas, ingenieros sanitarios, educadores sanitarios, personal de oficina y otros. Para finales de 1952, el Gobierno ya había contratado a unos 26 empleados³⁰⁵ y tenía equipada la infraestructura básica de las sedes del proyecto. Un funcionario clave que nombró el Gobierno salvadoreño, a los pocos meses de firmado el acuerdo con la OMS, fue el Coordinador Gubernamental de la ADS, quien representó al país ante los organismos internacionales y tuvo la potestad de conformar el personal salvadoreño que trabajó en el proyecto³⁰⁶. Este puesto de Coordinador de la ADS recayó en el Dr. Roberto Cáceres Bustamante, uno de los funcionarios prudistas que había expresado con anterioridad la necesidad de pensar de forma sistémica los servicios de salud pública en El Salvador³⁰⁷.

Otro ingreso con que contó la ADS, fue el Fondo de Higiene y Saneamiento de las municipalidades donde se situó el proyecto. Este fondo municipal no estaba contemplado como fuente de financiamiento en el convenio que suscribió el Gobierno y la OMS. Pero, la lógica de sistema de la ADS se terminó por imponer, pues estos recursos municipales que estaban presentes en el territorio se sumaron en favor de las metas del proyecto sanitario. De igual manera sucedió con algunos recursos del Ministerio del Interior³⁰⁸. Incluso, la lógica de sistema

³⁰³ Ribeiro, 1956, 124-125.

³⁰⁴ Ribeiro, 1956, 125.

³⁰⁵ «Acuerdo 37», *Diario Oficial*, n.º 174, (San Salvador), 16 de septiembre de 1952: 6143. «Acuerdo 39», *Diario Oficial*, n.º 178, (San Salvador), 22 de septiembre de 1952: 6321. «Acuerdo 41», *Diario Oficial*, n.º 195, (San Salvador), 15 de octubre de 1952: 6948. «Acuerdos 42 y 43», *Diario Oficial*, n.º 223, (San Salvador), 25 de noviembre de 1952: 7925-7926. «Acuerdo 45», *Diario Oficial*, n.º 233, (San Salvador), 9 de diciembre de 1952: 8268.

³⁰⁶ «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, n.º 113, (San Salvador), 19 de junio de 1951: 3778. Ribeiro, 1956, 124-126.

³⁰⁷ «Acuerdo 1776» *Diario Oficial*, n.º 164, (San Salvador), 5 de septiembre de 1951: 5384.

³⁰⁸ Ribeiro, 1956, 125.

generó que los pobladores que eran usuarios del proyecto de la ADS fuesen vistos como otro actor social que aportaba:

También desde un principio se ha estimulado la cooperación particular, en especial de las comunidades interesadas, no sólo con el objeto de aumentar los fondos disponibles para la operación del programa, sino con el de utilizar uno de los recursos más valiosos y efectivos en las labores de promoción del bienestar y organización de la comunidad [...] Ha sido política del ADS despertar y lograr de las comunidades locales el sentido de responsabilidad y cooperación en la construcción de obras rurales de saneamientos de que ellas van a ser beneficiados directamente³⁰⁹.

La Oficina Sanitaria Panamericana publicó una evaluación sobre el desempeño de la ADS para el periodo entre 1951 y 1956. En el documento se aseguró que las diferentes fuentes de financiamiento (Gobierno central, municipalidades, beneficiados y OMS) con que contó el proyecto, siempre tuvieron la supervisión del criterio técnico de los empleados de salud pública de la ADS. Esta dinámica apuntada refuerza la idea de que la ADS, por medio de la aplicación de criterios comunes, sí propició una forma de articular los diversos recursos que podían estar dispersos en los doce municipios donde se instaló el proyecto³¹⁰.

Mientras se generaban las condiciones necesarias para el funcionamiento de la ADS, en 1952 se ejecutó un diagnóstico situacional. El diagnóstico se realizó en 6 de los 12 municipios participantes del proyecto, todo con el propósito de «conocer, en forma sistemática, las condiciones del medio ambiente» donde «se iban a desarrollar labores de saneamiento ambiental y medicina preventiva». Entre los datos obtenidos estuvieron los relativos a los servicios de agua potable, edificación de viviendas, sistemas de alcantarillados, disposición final de la basura y las condiciones sanitarias en los mercados y rastros; además de datos geográficos, demográficos y económicos. Ya con el diagnóstico en mano, este sirvió de insumo para tomar decisiones sanitarias al interior de la ADS³¹¹.

El 14 de diciembre de 1952, como habían acostumbrado los prudistas, se celebró con todos los recursos propagandísticos el cuarto aniversario de la llamada revolución de 1948³¹². En esa ocasión, Osorio no perdió la oportunidad para decir que el «régimen revolucionario» que él

³⁰⁹ Ribeiro, 1956, 125-126.

³¹⁰ Ribeiro, 1956, 126.

³¹¹ Ribeiro, 1956, 125-126.

³¹² Luis Gerardo Monterrosa Cubías, «La revolución salvadoreña de 1948. Propaganda visual e imágenes», *Liminar*, n.º 1 (2019): 68-70.

presidía ya había alcanzado una etapa de madurez para «abordar llana y francamente los problemas del hombre del campo»³¹³; el problema agrario era uno, pero la salud pública era otro. Al momento de estas declaraciones de Osorio, la ADS ya cumplía dieciocho meses de existir en las entrañas institucionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas), y era una opción incipiente que abordaba la salud pública en las zonas rurales de doce municipios. En esos dieciocho meses la ADS básicamente había logrado lo siguiente: fuentes de financiamiento diversas, un coordinador nacional para el proyecto, personal de salud pública para brindar servicios, asesorías técnicas por parte de la OMS y un diagnóstico situacional de las condiciones sanitarias. A propósito, es posible que algunos de estos logros de la ADS aparecieron en el video propagandístico que el Mspas presentó en el Campamento Marte el día 14 de diciembre, con motivo de las actividades conmemorativas a la revolución de 1948³¹⁴.

Un mes después del discurso que Oscar Osorio emitió el 14 de diciembre de 1952, los jesuitas agrupados en la revista *ECA* aludieron a la locución. Los jesuitas se desbordaron en elogios hacia el mandatario salvadoreño y avizoraban «albores de redención» en sus palabras. Estos jesuitas interpretaron que las palabras de Osorio encerraban la voluntad por volver de 1953 el «año del campesino», dado que prometió resolver los problemas vinculados al acceso a la tierra³¹⁵. En este punto, hay que tener presente que los prudistas no limitaron las difíciles condiciones materiales de los salvadoreños solo al problema del acceso a la tierra, puesto que incluyeron la necesidad de resolver los problemas sanitarios de su entorno³¹⁶. Y por esta razón, la ADS tuvo el mandato de trabajar de manera coordinada con otras instancias que buscaban el mejoramiento económico y social³¹⁷; esto último los prudistas lo concebían como apoyos interministeriales. Ahora bien, es sumamente conocido que los dos Gobiernos prudistas no lograron cambios sustanciales en la inflexible estructura de la tierra, que se caracterizaba por una aguda concentración³¹⁸. Frente a esta situación estructural de la tierra, es pertinente dudar si la ADS, que estaba concebida para tratar el tema de la salud en una zona rural muy limitada, corrió con la misma suerte de no lograr nada sustantivo en materia de salud pública.

³¹³ *ECA*, «1953! Año del campesino», *ECA*, n.º 68 (1953): 1.

³¹⁴ «Acuerdo 1293», *Diario Oficial*, n.º 231 (San Salvador), 5 de diciembre de 1952: 8202.

³¹⁵ *ECA*, 1953, 1-2.

³¹⁶ PRUD, «Plan de gobierno», 60-61

³¹⁷ «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, n.º 113, (San Salvador), 19 de junio de 1951: 3777. Ribeiro, 1956, 124-125.

³¹⁸ Turcios, 2003, 166-170.

La duda anterior puede disiparse, en parte, si nos remitimos a los resultados de la ADS. A inicios de 1956, Efraín Ribeiro, técnico de la Oficina Sanitaria Panamericana, evaluó el trabajo desarrollado por la ADS, justo en el momento en que el programa estaba a punto de concluir los primeros cinco años pactados por el Gobierno salvadoreño y la OMS. El resultado que más destacó la evaluación de Ribeiro para el periodo entre 1951 y 1956, fue el proyecto de saneamiento y abastecimiento de agua, el cual había acaparado la mayoría de los fondos del programa. Sin embargo, no debe sobredimensionarse, pues este proyecto solo fue capaz de llevar agua potable a unas 12,000 personas de un total de 108,161 habitantes que residían en los doce municipios que comprendían el radio de acción de la ADS³¹⁹. Pero a pesar de este resultado, tenía todo el sentido trabajar en el saneamiento y abastecimiento de agua, pues tanto los diagnósticos realizados por los técnicos de la ADS y las proyecciones del Gobierno de Osorio habían concluido que era urgente llevar agua potable a los salvadoreños³²⁰. Esto del saneamiento del agua guardaba conexión con la situación alarmante que representó la gastroenteritis como principal causa de muerte en el país durante la década de 1950 y principios de la siguiente³²¹.

Ribeiro hizo mención que otro proyecto importante de la ADS fue la instalación de letrinas y asesoramiento a las municipalidades para que estas ampliaran los sistemas de alcantarillados en las zonas urbanas. Incluso, los técnicos de la ADS realizaron diagnósticos sanitarios de los cuales extrajeron insumos, que luego se tradujeron en asesorías hacia las municipalidades para que estas mejoraran los servicios de recolección de basura, mercados y rastros. Otro resultado positivo de la ADS fue el establecimiento de un centro de formación para inspectores sanitarios en el municipio de Quezaltepeque³²². Con relación a la lógica de sistema que estandarizó procesos al interior de la ADS, Ribeiro remarcó lo siguiente:

Muchos de los formularios, fichas, métodos de encuesta e investigación, estudios sanitarios y reglamentos empleados en el ADS en el desenvolvimiento de su programa de saneamiento ambiental, han sido adoptados por diversas dependencias de sanidad del país [...] Las autoridades sanitarias del país han adoptado los métodos de adiestramiento en servicio instituidos en el ADS para su personal de campo³²³.

³¹⁹ Ribeiro, 1956, 126-127.

³²⁰ PRUD, «Plan de gobierno», 60.

³²¹ Morales, 2019, 93.

³²² Ribeiro, 1956, 129-133.

³²³ Ribeiro, 1956, 134.

Hacia 1958, dos consultores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizaron una breve reflexión sobre la evolución de los servicios de asistencia médica al interior de la ADS. Como hallazgo principal obtuvieron que la ADS había creado la figura del puesto de salud, el cual se ubicaba en zonas rurales y dependía directamente de alguna unidad de salud, usualmente asentada en el casco urbano de un municipio. El proyecto de la ADS contaba para este año³²⁴ con 6 unidades de salud y 9 puestos de salud rural. Estos 15 establecimientos debían cubrir a una población de 108,161 habitantes. En concreto, los puestos de salud fueron el eslabón más pequeño de la ADS en lo que atención de salud pública se refiere, pues su radio de trabajo se delimitó al cantón³²⁵.

Imagen 1.

Auxiliar sanitaria del proyecto ADS en visita domiciliar



Fuente: Argelia Sandoval y Bertha Hernández, «Papel de la auxiliar sanitaria en un programa de salud pública rural», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 39 (1955): 235.

³²⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Proyecto de programas y presupuesto* (Washington: OPS, 1959), 32.

³²⁵ Acuña y Damasceno, 1959, 13-17. En el documento los autores todavía utilizaron el nombre antiguo de: Oficina Sanitaria Panamericana, sin embargo, utilizo su nombre actual dado que a partir del año 1958 la OPS cambió su nombre al que está vigente.

Los puestos de salud rural de la ADS estuvieron a cargo de una auxiliar sanitaria que debía contar con sexto grado de escolaridad y someterse a un curso de formación en salud pública. Regularmente, la auxiliar sanitaria venía siendo alguna residente del cantón. Entre las actividades que desarrollaban las auxiliares sanitarias, estuvieron: vigilar las enfermedades epidémicas, visitar enfermos, dar cuidados elementales a los enfermos, promocionar las ventajas de la inmunización ante las enfermedades, incitar a la gente a recibir la atención médica, visitar a las embarazadas, censar a las parteras y enseñar medidas higiénicas a la comunidad. Los puestos de salud rural complementaron sus servicios por medio de su instancia superior que era la unidad de salud, la cual si contaba con personal de mayor nivel de especialización. En ese sentido, el médico, enfermera e inspector de la unidad de salud estaban obligados a desarrollar jornadas médicas de manera periódica en los cantones donde se situaban los puestos de salud rural, todo dependía de la carga laboral³²⁶. Argelia Sandoval y Bertha Hernández, dos enfermeras que trabajaron en la ADS, sintetizaron de mejor manera el rol de las auxiliares sanitarias:

La auxiliar sanitaria es el único miembro del personal de la Unidad que presta sus servicios en forma continua a los campesinos dentro de su propio ambiente; ejecuta, dentro de las limitaciones técnicas de su cargo, labores de enfermería preventiva y curativa e importantes actividades de promoción de bienestar en la colectividad. Parte de sus actividades las desempeña en el consultorio del Puesto y parte en los hogares; participa en la atención del médico al público durante la visita periódica que éste hace al Puesto [...] Generalmente, la auxiliar viaja a pie durante las visitas de su Sector, aunque en algunos casos, lo hace a caballo, aprovechando la facilidad que pueda ofrecerle algún vecino o hacendado³²⁷.

La OPS, como representante regional de la OMS, manifestó a mediados de 1959 que realizaba una evaluación del proyecto salvadoreño de la ADS. Entre algunos detalles que adelantó en esa ocasión la OPS, fue el de asegurar que el programa de la ADS se iba expandir a «otras zonas del país, intensificándose las actividades de adiestramiento de personal». Sin embargo, la ADS como proyecto del Ministerio de Salud se mantuvo hasta el año de 1960³²⁸. A partir de 1961, la ADS ya no figuró formalmente como un proyecto del ministerio, pero sí se reconfiguró como un departamento que se limitó a continuar con la formación en salud

³²⁶ Acuña y Damasceno, 1959, 13.

³²⁷ Argelia Sandoval y Bertha Hernández, «Papel de la auxiliar sanitaria en un programa de salud pública rural», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 39 (1955): 233 y 236.

³²⁸ «Decreto 2984», *Diario Oficial*, n.º 234 (San Salvador), 23 de diciembre de 1959: 10248-10255.

pública³²⁹. Atrás quedó el anhelo por volver de la ADS la base para desarrollar los servicios de salud pública en el país, como se pensó en un inicio³³⁰.

2.4 El crecimiento de los servicios de salud pública

Las pésimas condiciones de salud de El Salvador al iniciar la década de 1950 fueron las razones de peso para tratar de incrementar el número de establecimientos de salud pública. En 1950, la esperanza de vida de los salvadoreños apenas alcanzaba los 43 años, en un país donde sus dos principales causas de muerte eran la gastroenteritis y el paludismo³³¹. A toda esta situación se le sumaba una alta tasa de mortalidad infantil, que en los años entre 1950 y 1955 alcanzó los 150.2 muertos por cada mil nacimientos³³². Este último dato se logra dimensionar si se le compara con la tasa de mortalidad infantil que tuvo el continente americano para la década de 1950, la cual osciló entre 60.3 y 51.6 niños muertos por cada mil nacidos³³³. Pero, El Salvador no estuvo solo con sus cifras elevadas de mortalidad infantil; por ejemplo, en el año 1951, países centroamericanos como Honduras y Costa Rica tuvieron tasas de mortalidad infantil de 187.3 y 93.2³³⁴, respectivamente. Las anteriores cifras salvadoreñas fueron el reflejo de una cobertura sanitaria deficiente. En 1950, algunas estimaciones apuntaron que los hospitales salvadoreños solo podían cubrir efectivamente a un 33% de la población, que ya rondaba los 1.8 millones de habitantes³³⁵.

En El Salvador los servicios de salud pública experimentaron un crecimiento paulatino durante las décadas de 1950 y 1960. Esto conllevó un despliegue territorial que necesitó de un funcionamiento sistémico. Una manera de acercarme a este despliegue territorial es por medio de las planificaciones de salud pública; las cuales contenían las apuestas que confrontaré con los resultados reales, en lo que resta del capítulo. En términos generales, las planificaciones de las décadas de 1950 y 1960 tuvieron como apuesta común el incremento de los servicios de salud

³²⁹ «Decreto 53», *Diario Oficial*, n.º 240 (San Salvador), 23 de diciembre de 1960: 10333-10341.

³³⁰ Organización Panamericana de la Salud, *Proyectos de programas y presupuesto* (Washington: OPS, 1959), 31-32.

³³¹ Ministerio de Economía, 2008, 24.

³³² Peña y Rivera, 2018, 289.

³³³ Organización Mundial de la Salud, *Segundo informe sobre la situación sanitaria mundial 1957-1960* (Ginebra: OMS, 1963), 8.

³³⁴ Héctor H. Hernández Brigas y José Narro Robles, «Mortalidad Infantil en México: logros y desafíos», *Papeles de Población*, n.º 101 (2019): 24.

³³⁵ Grimmer, 1950, 201.

pública para atender a un número mayor de salvadoreños. Esto en ningún momento significó comprometerse abiertamente con la universalización de los servicios de salud pública, dado su alto costo de inversión. Más bien a lo que aspiraron los Gobiernos salvadoreños fue a la mejora de los hospitales existentes o la construcción de un reducido número de nosocomios nuevos. Esto se complementó con la creación gradual de los servicios de salud pública a escala municipal y cantonal, lo cual posibilitó que el Estado llegase a más espacios del territorio nacional con una política de salud. Con todo ello, se esperaba disminuir el alto porcentaje de personas desprovistas de atención médica que se estimaba en un 67 % de la población salvadoreña al iniciar el decenio de 1950³³⁶.

El *Plan de Gobierno del PRUD* de 1950 fue la primera planificación del periodo que abordó el tema de la salud pública. En este documento los prudistas plasmaron con claridad que el acumulado histórico de los problemas sanitarios del país demandaban de «enormes recursos económicos y humanos». Por esa razón, este plan de 1950 definió programas prioritarios que debían ejecutarse bajo una lógica de gradualidad. Cinco fueron los programas priorizados en esa oportunidad: 1) educación higiénica, 2) aprovisionamiento de agua potable, 3) control de enfermedades venéreas, 4) programa contra el paludismo, y 5) programa para contrarrestar la tuberculosis³³⁷.

En 1953, las autoridades del Mspas promulgaron el *Plan Nacional de Organización de los Servicios Médicos*. Este segundo documento orientó el trabajo de la salud pública durante el periodo entre 1953 y 1961. Este Plan Nacional retomó básicamente los cinco programas priorizados con anterioridad en el *Plan de Gobierno del PRUD* de 1950. Pero el plan de 1953 incorporó la ampliación de los servicios de salud pública a todo el territorio nacional como apuesta central³³⁸. Al interior del Mspas tenían plena conciencia que la expansión de la cobertura sanitaria, a través del establecimiento de más unidades de salud o puestos de salud rural, obligaba a incrementar los recursos humanos y financieros. Por otra parte, los planificadores del Mspas plantearon que cualquier despliegue territorial de los servicios de salud pública necesitaría de un funcionamiento sistémico que lograra bajo directrices comunes «la integración de los servicios médicos». En todo caso, Oscar Osorio creía que el Plan Nacional de 1953 «expresaba la forma adecuada de llevar la

³³⁶ Grimmer, 1950, 201.

³³⁷ PRUD, «Plan de gobierno», 60-61.

³³⁸ Durán, 2016, 158.

bondad de la medicina a todos los rincones del país para establecer la mayor ventaja técnica al servicio de un sector más considerable de la población»³³⁹.

Para iniciar con la ejecución del Plan Nacional de 1953 el Gobierno de Oscar Osorio contaba con 33 unidades de salud pública que se encontraban por todo el país, siendo el departamento de San Salvador el que concentraba el mayor número (ver mapa 2). Estas unidades de salud en su mayoría eran pequeñas clínicas municipales que podían abarcar aproximadamente a siete municipios y contaban con un personal sanitario que no sobrepasaba la decena; poseer un número mayor de personal estuvo reservado para aquellas unidades de salud que se ubicaban en las ciudades de San Salvador, Santa Ana, San Miguel, Santa Tecla y Sonsonate³⁴⁰. A las 33 unidades de salud se le sumaban 21 hospitales que usualmente funcionaban en las cabeceras departamentales. En lo que respecta al personal médico el país necesitaba unos 800 médicos para alcanzar la cifra de un galeno por cada 2,320 habitantes. Pero El Salvador solo tenía 257 galenos al iniciar la década de 1950, lo cual equivalía a un médico por cada 7,221 habitantes³⁴¹. No contar con el suficiente personal médico significó un primer obstáculo a superar en aras de expandir los servicios de salud pública en el territorio nacional. Otra dificultad fue la alta concentración de médicos en la capital, pues solo la ciudad de San Salvador concentraba el 56.81% del personal médico al iniciar los años cincuenta³⁴².

³³⁹ «Mensaje presidencial», *Diario Oficial*, n.º 169 (San Salvador), 18 de septiembre de 1953: 6830.

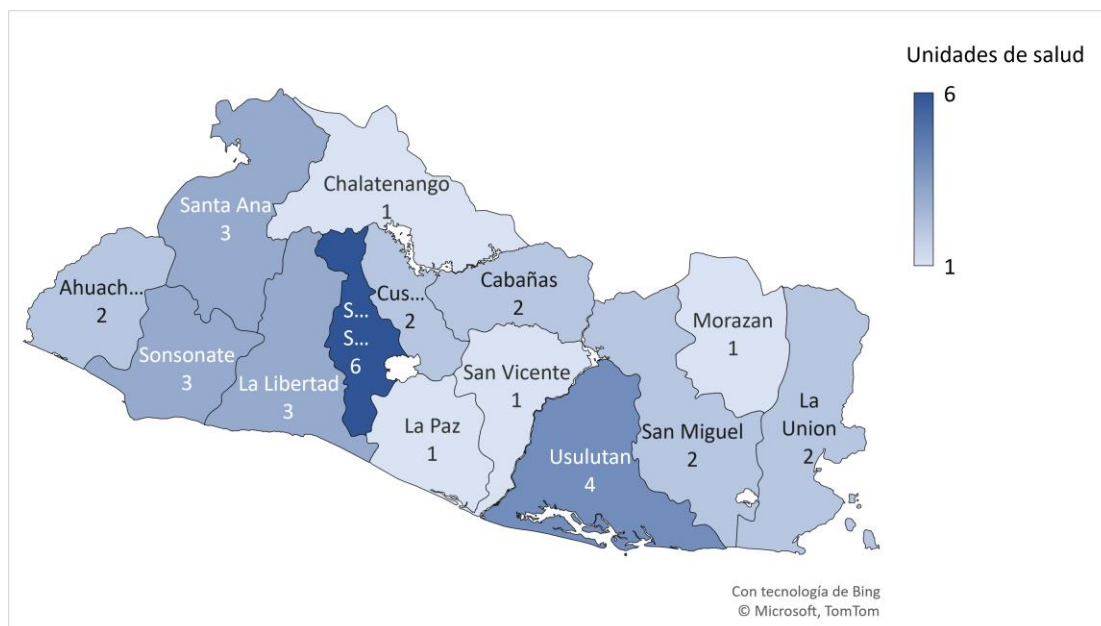
³⁴⁰ «Acuerdo 21», *Diario Oficial*, n.º 24 (San Salvador), 31 de enero de 1950: 307-309.

³⁴¹ «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

³⁴² Grimmer, 1950, 214.

Mapa 2.

El Salvador, unidades de salud pública por departamento en 1950



Fuente: Elaboración propia en base a «Acuerdo 21», *Diario Oficial*, n.º 24 (San Salvador), 31 de enero de 1950: 307-309.

Al evaluar el *Plan Nacional de Organización de los Servicios Médicos* (1953-1961) durante las dos administraciones prudistas es posible determinar que sus resultados más positivos se encuentran en tres de los cinco programas priorizados. Por ejemplo, el programa contra el paludismo desplomó la cifra anual de mortalidad que causaba la enfermedad, pues pasó de 1,704 a 419 en el periodo entre 1950 y 1961. En este mismo periodo, el programa contra la tuberculosis también logró disminuir el número anual de personas fallecidas al pasar de 722 a 372³⁴³.

El tercer programa que arrojó datos positivos fue el dedicado a la introducción de agua potable en el país. Un informe de la OMS destacó que el Gobierno de Oscar Osorio comenzó desde 1954 a introducir agua potable en las localidades rurales del país³⁴⁴. Dos años después, alrededor de 100,000 personas del espacio rural salvadoreño recibían agua potable³⁴⁵, lo que equivaldría haber cubierto un 8.48% del universo de la población rural que para ese momento totalizaba el 1,178,750. Esto último, contrastaba con la cobertura de agua potable de las zonas urbanas que en 1957 ya estaban cubiertas en un 47%, lo que significaba haber saneado el agua

³⁴³ Morales, 2019, 93.

³⁴⁴ Organización Mundial de la Salud, 1963, 123-124.

³⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, 1959, 179.

para unas 319,600 personas de una población urbana que ya ascendía a 677,167 en El Salvador³⁴⁶. Hacia 1960 los servicios de agua potable cubrían a unos 423,712 habitantes urbanos en el país. Este resultado sesgado a favor de los núcleos urbanos en materia de saneamiento de agua era previsible. Precisamente, si se parte del hecho que desde el Gobierno de Osorio se definió que el programa para mejorar la calidad del agua debía incluir a todas las zonas urbanas y se extendería a los asentamientos rurales solo en aquellos lugares que sobrepasaran los 500 habitantes³⁴⁷.

Por otra parte, un paso trascendental que dio el Gobierno de Oscar Osorio fue la apertura de operaciones del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en 1954. Aunque, esto significó una demora de cinco años desde la entrada en vigencia de la ley de creación del ISSS, en 1949. El ISSS comenzó a funcionar hasta que se implementó el mecanismo de cotización para los trabajadores y empleadores a inicios de 1954. La cobertura de los servicios del ISSS fue modesta en sus inicios. Por ejemplo, el ISSS abrió su asistencia médica en 1954, teniendo que recurrir a espacios prestados que les pertenecían a los hospitales Rosales y Maternidad; a estos se sumaron dos consultorios, uno ubicado en la capital y el otro en el municipio de Santa Tecla. Posteriormente, hacia el final de la década de 1950 se sumaron tres nuevos consultorios en Ilopango, Sonsonate y Acajutla³⁴⁸. Al revisar los informes de la OMS, sobre el estado de los servicios de la atención médica en El Salvador durante la década de 1950, es posible identificar que el ISSS aún no figuraba dentro de las instancias de salud con mayor importancia para el Estado salvadoreño³⁴⁹. Fue hasta mediados del decenio de 1960, que la OMS comenzó a ver en el ISSS una institución que aportaba al crecimiento de los servicios de salud pública en El Salvador³⁵⁰.

Ahora bien, es posible afirmar que la apuesta estratégica de incrementar la cobertura de los servicios de salud pública vía la creación de unidades de salud y puestos de salud rural tuvo resultados escasos durante los Gobiernos prudistas de los años cincuenta. A lo largo de la década de 1950 las unidades de salud pasaron de 33 a 35; estas se complementaron con la creación de

³⁴⁶ Ministerio de Economía, 1965, 15.

³⁴⁷ PRUD, «Plan de gobierno», 60.

³⁴⁸ Ernesto Romero Hernández, «Historia del régimen del Seguro Social en El Salvador 1954-1969», *La Universidad*, n.º 6 (1969): 94-95.

³⁴⁹ Organización Mundial de la Salud, 1959, 178-179. Organización Mundial de la Salud, 1963, 123-124.

³⁵⁰ Organización Mundial de la Salud, *Tercer informe sobre la situación sanitaria mundial 1961-1964* (Ginebra: OMS, 1967), 121.

18 puestos de salud rural que tenían jurisdicción cantonal³⁵¹. Es difícil creer que estos pocos establecimientos de salud solventarían todas las necesidades sanitarias de los 261 municipios que existían en ese momento en El Salvador. Por otra parte, el número de médicos se duplicó durante el decenio de 1950 al pasar de 257 a 510 galenos, pero esto en ningún momento se tradujo en desconcentrar a este personal sanitario de los principales centros urbanos³⁵².

Por otro lado, durante los años sesenta los Gobiernos bajo el proyecto del Partido de Conciliación Nacional (PCN) obtuvieron una ampliación de la cobertura sanitaria con mejores resultados que sus predecesores del PRUD. Como muy bien es sabido, el fin del segundo Gobierno prudista llegó el 26 de octubre de 1960 a causa de un golpe de Estado que instaló a la Junta de Gobierno, la cual se compuso de civiles y militares. Tres meses después esa Junta fue derrocada por el Directorio Cívico Militar (DCM). Estos dos golpes de Estado consecutivos precedieron al primer Gobierno del PCN, pero solo el segundo marcó el camino hacia una «renovación autoritaria»³⁵³. Julio Adalberto Rivera fue el primer presidente pecenista a partir de julio de 1962. La transición de los Gobiernos prudistas a los pecenistas se suele interpretar como una continuación del PRUD (razones hay por el hecho de compartir prácticas autoritarias y reformistas), sin embargo, existen elementos para marcar distinciones. Por ejemplo, el primer Gobierno del PCN (1962-1967) abrió una dinámica electoral más favorable para la oposición partidaria, la cual logró una representatividad inédita para entonces. Además, los Gobiernos de los sesenta, a partir del DCM, se replegaron a la política exterior estadounidense de la Alianza para el Progreso (Alpro), que se oficializó en agosto de 1961. La Alpro tuvo como propósitos: la neutralización de cualquier intento de revolución como la cubana en Latinoamérica y la apuesta por las reformas sociales³⁵⁴. Esto último dio un impulso financiero al tema de la salud pública, con el cual no contaron los prudistas en la década de 1950.

En sus primeros años, el «proyecto reformista» que emanó del golpe de Estado de 1948 generó reticencia en la intimidad de la diplomacia estadounidense con sede en El Salvador. Para

³⁵¹ Carlos Alberto Villatoro, «Breve estudio de la medicina rural en El Salvador» (tesis doctoral, Universidad de El Salvador, 1968), 28.

³⁵² Organización Mundial de la Salud, 1963, 123.

³⁵³ Para Roberto Turcios los dos golpes de Estado fueron dos visiones distintas de generar una transición. El golpe de octubre de 1960 apostaba por la transición hacia la democracia; y el golpe de enero de 1961 encarnó el camino para «actualizar el autoritarismo». Ver: Roberto Turcios, *Siglo XX Tendencias y coyunturas de cambio* (San Salvador: Infod, 2019), 104-107.

³⁵⁴ Turcios, 2019, 112-118.

algunos diplomáticos norteamericanos los líderes del 48 eran unos «izquierdistas peligrosos»³⁵⁵. Lo cierto es que los prudistas supieron sobrellevar su agenda de reformas sociales al mismo tiempo que ejercían acciones anticomunistas³⁵⁶. De esta manera los Gobiernos prudistas recibieron cooperación no armamentística proveniente del Gobierno de Estados Unidos, que se ha estimado en casi un millón de dólares anuales a lo largo del decenio de 1950. Con la implementación de la Alpro la cooperación estadounidense creció sustantivamente durante los años sesenta en El Salvador. Entre 1961 y 1966, Estados Unidos envió al país la cantidad de 80 millones de dólares en concepto de cooperación para el desarrollo³⁵⁷. Sin embargo, estos fondos se volvieron relevantes para el crecimiento de los servicios de salud pública a partir de mediados de los años sesenta³⁵⁸.

Ahora bien, en El Salvador la influencia inmediata de la Alpro con respecto a la salud pública se manifestó en la exigencia de planificar el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas). Como muy bien es sabido, los países latinoamericanos que obtuvieron fondos de la Alpro estuvieron obligados a demostrar que contaban con la suficiente capacidad para planificar sus programas económicos y sociales³⁵⁹. Por esa razón, en abril de 1962 la Asamblea Legislativa de El Salvador creó el Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica (Conaplan), el cual determinó las apuestas de «mediano y largo plazo» que los Gobiernos debían trabajar en los ámbitos económico y social³⁶⁰. Fue bajo este contexto de influencia planificadora que el Mspas estableció en 1963 su propio Departamento de Planificación. Este nuevo departamento fue capaz de entablar colaboración con Conaplan y volver de la planificación un proceso sistemático al interior del Mspas³⁶¹.

Un resultado inmediato que logró el Mspas por medio de su Departamento de Planificación fue la creación del *Plan Nacional de Salud 1963-1973 (PNS)*³⁶²; documento que condensó las apuestas de salud pública bajo la influencia y financiamiento de la Alpro. Este

³⁵⁵ Jorge Cáceres Prendes, «La Constitución de 1950 activo la alerta roja en el Departamento de Estado de Estados Unidos», *El Faro*, 26 de abril de 2015.

³⁵⁷ Lindo Fuentes y Ching, 2017, 198-200.

³⁵⁸ Villatoro, 1968, 28. Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, *Primer plan de desarrollo económico y social 1965-1969* (San Salvador: Conaplan, 1964a), 275. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuatrienal presentado a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana* (San Salvador: Mspas, 1970), 33.

³⁵⁹ Lindo Fuentes y Ching, 2017, 144-145 y 187.

³⁶⁰ «Ley de creación del Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica», *Diario Oficial*, n.º 87 (San Salvador), 17 de mayo de 1962: 4446-4447.

³⁶¹ Organización Mundial de la Salud, 1967, 122. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970, 61.

³⁶² También conocido como Plan Decenal de Salud.

nuevo plan propuso realizar una mejor «distribución de los recursos económicos y humanos», con la finalidad de expandir los servicios de salud pública hacia localidades desprovistas de atención médica, que usualmente eran rurales. Una vez más un documento oficial estipulaba la apuesta por aumentar la cobertura sanitaria en El Salvador³⁶³. Sin embargo, en esta oportunidad las autoridades gubernamentales se comprometieron con metas medibles en lo que se refiere a la construcción de nuevos hospitales y unidades de salud, y no cometieron el error de los prudistas de plantearse una ampliación sanitaria sin especificar su tamaño. Así, en 1964 el Gobierno de Julio A. Rivera planificó que el Mspas e ISSS emprenderían un programa de inversión en infraestructura médica para un periodo de cinco años, según el siguiente detalle:

Tabla 6.
Planificación de la infraestructura médica en El Salvador, 1965-1969

Establecimientos de salud pública	Tipo de intervención	Presupuesto total (en colones)	Periodo de ejecución
Puestos de salud y unidades de salud	Construcción de 25 puestos de salud rural y 25 unidades de salud.	2,500,000	1964-1965
Hospitales: -Chalatenango -Usulután -Zacatecoluca	Reconstrucción de tres hospitales que se consideraron prioritarios.	10,750,000	1965-1967
Hospitales: -Rosales -Goterá -Metapán -Chalchuapa -Suchitoto - Cojutepeque - Santiago de María - La Unión	Remodelaciones para adecuar la infraestructura existente.	2,000,000	1965-1969
Hospitales: -Sonsonate -Ahuachapán -San Miguel	Reconstrucción de la infraestructura antigua.	15,500,000	1965-1969

³⁶³ Organización Mundial de la Salud, *Cuarto informe sobre la situación sanitaria mundial 1965-1968* (Ginebra: OMS, 1971), 137.

Hospital del ISSS	Construcción del hospital General del ISSS en San Salvador.	7,000,000	1965-1966
	Inversión total	₡ 37,750,000	

Fuente: Elaboración propia en base a Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, *Primer plan de desarrollo económico y social 1965-1969* (San Salvador: Conaplan, 1964a), 274-275.

Los Gobiernos de Julio Rivera y Fidel Sánchez Hernández trataron de afincar la expansión de los servicios de salud por medio de la reconstrucción de hospitales e incremento de las unidades de salud y puestos de salud rural. Todo con el propósito de elevar el número de consultas médicas. El PNS tenía el objetivo de alcanzar 1.7 millones de consultas externas por año, partiendo de la base de un millón de consultas que se lograban brindar en 1964. Con en ese objetivo en la mira, el Conaplan informó al Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso que los primeros dos proyectos de la *tabla 6* tendrían la capacidad de disminuir el déficit de atención médica en las localidades rurales de El Salvador hasta en un 50%. Precisamente, la planificación de la expansión de los servicios de salud durante el Gobierno de Rivera contempló la construcción de infraestructura médica fuera de los principales conglomerados urbanos del país³⁶⁴. Bajo esta visión se priorizó la reconstrucción de los hospitales de Zacatecoluca, Usulután y Chalatenango. De igual manera, se argumentaba que la construcción de las unidades de salud y puestos de salud rural debía realizarse en aquellas localidades rurales que estuvieran «alejadas» de las grandes ciudades. Este interés por beneficiar a la población rural tuvo a la base el cálculo de que seis de cada diez habitantes rurales de El Salvador no recibían atención sanitaria a mediados de los años sesenta³⁶⁵. Esta cifra adquiriría relevancia en un país donde prácticamente el 60% de la estructura demográfica era rural³⁶⁶.

El PNS contemplaba que la apuesta de expandir los servicios de salud encerraba siete acciones estratégicas: 1) aumento de las consultas externas, 2) incremento de la capacidad de hospitalización, 3) vacunación contra enfermedades con carácter endémico, 4) visitas

³⁶⁴ Entiéndase las ciudades de San Salvador, Santa Ana y San Miguel que oscilaron con volúmenes poblacionales entre 61,000 y 335,000 habitantes para el año 1971.

³⁶⁵ Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, *Informe preparado por el Gobierno de El Salvador para el Comité interamericano de la Alianza para el progreso* (San Salvador: Conaplan, 1964b), 58. Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, 1964, 270-274. Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, *Plan de desarrollo económico y social 1968-1972* (San Salvador: Conaplan, 1968), 72-73 y 199. Incluyo en el análisis los anexos de las fuentes.

³⁶⁶ López Bernal, 2017, 240.

domiciliares, 5) inspecciones sanitarias para contrarrestar las enfermedades gastrointestinales, 6) atención a la niñez con desnutrición, y 7) desarrollo de capacitaciones para los empleados de salud³⁶⁷. A partir de algunos resultados cuantitativos vinculados con estas siete acciones será posible determinar la madurez del sistema de salud pública del país.

Al evaluar la implementación del PNS, el resultado que se ve a simple vista es el retraso de la implementación del programa de infraestructura médica que se planificó para el quinquenio entre 1965 y 1969. Por ejemplo, las nuevas unidades de salud y puestos de salud rural debieron entrar en funciones a partir de 1966 (ver tabla 6), pero estuvieron listos hasta 1969. Misma suerte corrió el proyecto de reconstrucción de los hospitales de Chalatenango, Usulután y Zacatecoluca, el cual debió estar terminado en 1967, sin embargo, fue hasta julio de 1969 que se emitió la orden para comenzar con las obras. Por otra parte, la reconstrucción de los hospitales de Sonsonate, Ahuachapán y San Miguel fue reprogramada para iniciar en 1972, lo cual implicaba un retraso de tres años según la planificación original. De igual manera, la inauguración del hospital General del ISSS tuvo que esperar hasta 1969, tres años después de lo previsto. Todas estas demoras se dieron a pesar de que algunos proyectos contaron con el financiamiento de USAID o la cooperación alemana, quienes desembolsaron hasta un 56% del costo total de las obras³⁶⁸.

Pese a todos estos retrasos en el programa de infraestructura médica, los Gobiernos peccenistas de los años sesenta lograron mejores resultados que sus antecesores prudistas. Por ejemplo, entre 1961 y 1970 las unidades de salud pasaron de 35 a 64 y los puestos de salud rural de 18 a 92. Entre 1963 y 1966 los puestos de salud rural mostraron un crecimiento vertiginoso, el cual se explica porque en octubre de 1966 el Ministerio de Salud incorporó en su estructura a un conjunto de establecimientos de salud que habían funcionado de manera autónoma. El rápido crecimiento de los puestos de salud rural también se debió a la relativa facilidad con que se crearon estos servicios, pues demandaron de una menor inversión en comparación a las unidades de salud u hospitales. Precisamente, los puestos de salud rural eran pequeños locales ubicados en los cantones que en la mayor parte de su horario de atención funcionaban con una enfermera auxiliar, la cual solo había recibido un cursillo elemental en salud pública³⁶⁹. Ahora bien, las unidades de salud y los puestos de salud rural totalizaron 156 establecimientos en 1970 y así

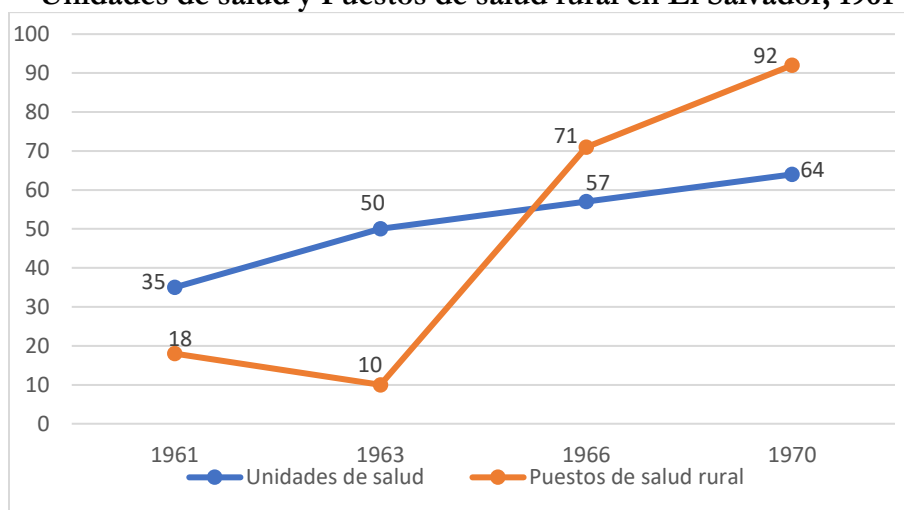
³⁶⁷ Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, 1964a, 271-273.

³⁶⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970, 33. Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, 1968, 73 y 199.

³⁶⁹ Acuña y Damasceno, 1959, 14-15. Villatoro, 1968, 34-36.

articularon un sistema de salud pública. Sin embargo, estos establecimientos de salud resultaban insuficientes para cubrir a un país que contaba con 261 municipios, que se subdividían en 1,966 localidades rurales conocidas como cantones.

Gráfico 2.
Unidades de salud y Puestos de salud rural en El Salvador, 1961-1970



Fuente: Elaboración propia en base a Villatoro, «Breve estudio de la medicina rural en El Salvador», 28-29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuatrienal presentado a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana* (San Salvador: Mspas, 1970), 29. Ministerio de Economía, *Anuario Estadístico 1970* (San Salvador: Digestyc, 1971), 209.

En 1970, el aumento de las unidades de salud y puestos de salud rural no lograron romper con la tendencia a centralizar los servicios de salud en el departamento de San Salvador, que constituía la región metropolitana del país. La región metropolitana poseía el 20.63% de la población del país y concentraba 20 de las 64 unidades de salud que funcionaban en el territorio nacional. Esto contrastaba con la región oriental que agrupaba al 27.91% de la población de El Salvador, pero solo contaba con 10 unidades de salud (ver tabla 7 y mapas 3-4). La región oriental compensaba de alguna manera este déficit al poseer 36 de los 92 puestos de salud rural, sin embargo, estos servicios rurales se caracterizaron por carecer de personal y medicamentos³⁷⁰.

³⁷⁰ Villatoro, 1968, 34-36.

Tabla 7.
Comparativa entre población por regiones y establecimientos de salud pública en El Salvador, 1970

Regiones	Población por región*	% poblacional por región	Unidades de salud	Puestos de salud rural
Occidental	751,384	21.14%	19	11
Central	458,420	12.90%	7	21
Paracentral	619,233	17.42%	8	23
Metropolitana	733,445	20.63%	20	1
Oriental	992,166	27.91%	10	36

Fuente: Elaboración propia en base a Dirección general de estadísticas y censos, Cuarto censo nacional de población 1971 (San Salvador: Digestyc, 1974), 1. Ministerio de Economía, *Anuario Estadístico 1970* (San Salvador: Digestyc, 1971), 209. * Es la población según el censo de 1971.

Mapa 3.
Unidades de salud distribuidas por regiones en El Salvador, 1970



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Economía, *Anuario Estadístico 1970* (San Salvador: Digestyc, 1971), 209.

Mapa 4.
Puestos de salud rural distribuidos por regiones en El Salvador, 1970



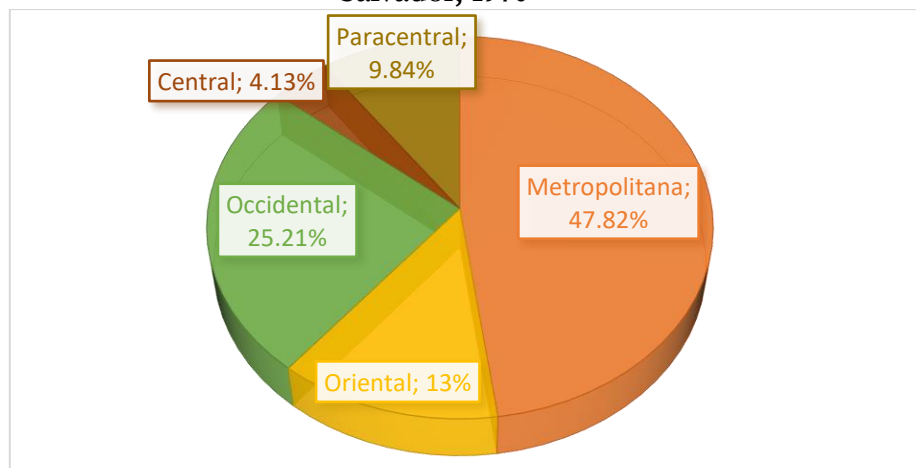
Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Economía, *Anuario Estadístico 1970* (San Salvador: Digestyc, 1971), 209.

A mediados de 1971, a poco tiempo de cerrar la ejecución del PNS, la reconstrucción de los hospitales de Zacatecoluca, Usulután y Chalatenango solo había avanzado un 30 %³⁷¹. Esta situación puso entredicho el propósito de mejorar la distribución de los servicios hospitalarios en aquellas regiones del país menos favorecidas. Desde el Gobierno de Rivera se había concebido que la reconstrucción de estos tres hospitales fuese una forma de aumentar la capacidad hospitalaria en las regiones central, paracentral y oriental y así contrarrestar la tendencia a centralizar una mayor cantidad de recursos en la región metropolitana³⁷². Sin embargo, la realidad era que una mayoría de los servicios hospitalarios se concentraban en la región metropolitana. Precisamente, los 23 hospitales públicos del país tenían la capacidad para hospitalizar a 5,784 pacientes, de estos unos 2,766 lo hacían en cualquiera de los 6 hospitales que se ubicaban en la región metropolitana. En otras palabras, la región metropolitana centralizaba el 47.82% de la capacidad hospitalaria mientras las otras regiones del país se distribuían el resto de la siguiente manera:

³⁷¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria 1970-1971* (San Salvador: Mspas, 1971), 24. Tomo como base para el 100% de la inversión el monto presupuestado por el Gobierno de Julio Rivera (ver tabla 6).

³⁷² Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, 1964b, 58.

Gráfico 3.
Distribución porcentual de los servicios hospitalarios por regiones en El Salvador, 1970



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Economía, *Anuario Estadístico 1970 volumen II* (San Salvador: Digestyc, 1971), 210.

En el año 1950, los médicos de la región metropolitana representaron el 56.81% del total de galenos con que contaba el país³⁷³; en 1971, esta situación era muy similar con un 57.56%. La tendencia a concentrar a buena parte de los médicos en la región metropolitana fue una característica del sistema de salud pública que se reafirmó en las décadas de 1950 y 1960. Por otra parte, en 1971 el sistema de salud pública de El Salvador ya contaba con 7,083 empleados, de estos unos 3,808 se aglomeraban en la región metropolitana, que en términos porcentuales constituyeron un 54%. En la *tabla 8* se puede apreciar como la distribución geográfica de los diferentes profesionales de la salud era el fiel reflejo de un sistema de salud pública que había marcado una continuidad: centralizar la mayor cantidad del recurso humano en la región metropolitana.

Tabla 8.
Distribución geográfica de los profesionales de la salud en El Salvador, 1971

Regiones	Occidental	Central	Paracentral	Oriental	Metropolitana	Totales
Profesionales						
Médicos	165	44	59	83	476	827
Personal administrativo	85	28	45	53	254	465

³⁷³ Grimmer, 1950, 214. La fuente solo incluye a los médicos de la ciudad de San Salvador.

Odontólogo	18	6	9	11	34	78
Ingeniero	1	1	1	1	1	5
Enfermera	165	59	90	106	386	806
Auxiliar de enfermera	379	101	147	212	904	1,743
Inspector de saneamiento	35	18	28	33	56	170
Técnico de rayos X	14	2	6	5	20	47
Laboratorista	38	3	9	10	67	127
Otros técnicos	25	11	13	17	240	306
Otros auxiliares	46	7	9	14	68	144
Personal de servicios	491	114	234	224	1,302	2,365
Totales	1,462	394	650	769	3,808	7,083

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria 1970-1971* (San Salvador: Mspas, 1971), 16.

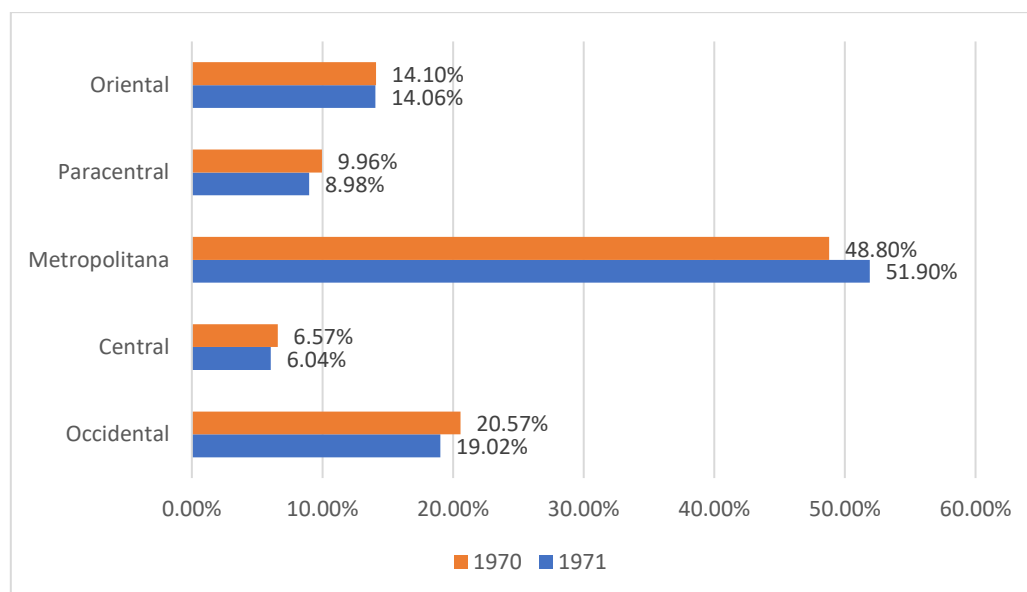
En agosto de 1970, Víctor Esquivel, ministro de salud de El Salvador, acudió a la decimoctava Conferencia Sanitaria de la OPS y presentó ante la comunidad internacional los avances obtenidos en materia de salud pública. En esa oportunidad el ministro Esquivel entregó un informe sobre el estado de la salud pública del país, el cual fue aprovechado para dar a conocer los elementos que constituían al sistema de salud salvadoreño. En ese momento el sistema de salud pública lo integraban cuatro nodos de atención médica: hospitales, unidades de salud, puestos de salud rural y centros de vacunación, que juntos sumaban 185 establecimientos³⁷⁴. Como ya adelanté, la mayoría de estos establecimientos de salud se crearon durante los años sesenta en un contexto de mayor inversión para la cartera de salud pública. Desde la década de 1950 el financiamiento del Ministerio de Salud había crecido constantemente, pero fue hasta la segunda mitad del decenio de 1960 que el gasto en salud pública logró cifras récord. Durante las décadas de 1950 y 1960 la salud pública alcanzó inversiones que oscilaron entre el 9% y 15% del gasto público total (ver tabla 9). En otras palabras, estas cifras rompieron con un patrón histórico de inversión en salud pública que había promediado un 4% del gasto público durante la primera mitad del siglo XX³⁷⁵. En términos estructurales, este tipo de aumento del gasto público se debió a la dinámica de inversiones inéditas en salud y educación mientras funcionó el modelo de industrialización por sustitución de importaciones (1950-1970) en el país (ver gráfico 5).

³⁷⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970, 36.

³⁷⁵ PNUD, 2013, 75-76.

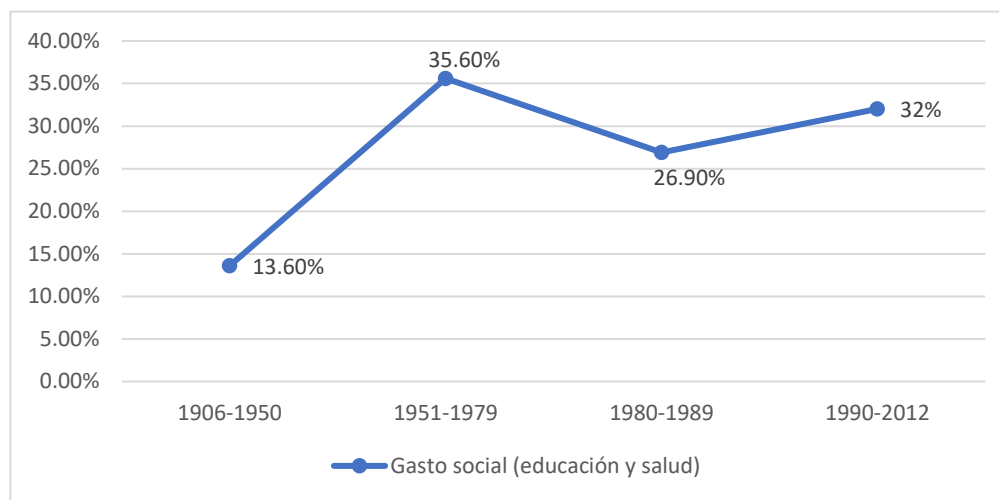
Sin embargo, el incremento del gasto en salud pública no se tradujo en una descentralización del financiamiento. La región metropolitana mantuvo su puesto como la más beneficiada de los fondos del Ministerio de Salud. El siguiente gráfico da una idea sobre cómo era la distribución del presupuesto de salud pública por regiones geográficas:

Gráfico 4.
Distribución porcentual del presupuesto de salud pública por regiones en El Salvador, 1970-1971



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria 1970-1971* (San Salvador: Mspas, 1971), 22. Ministerio de Economía, *Anuario Estadístico 1970 volumen II* (San Salvador: Digestyc, 1971), 211.

Gráfico 5.
Porcentaje del gasto social como parte del gasto estatal global de El Salvador, 1906-2012



Fuente: Elaboración propia en base a PNUD, *Informe sobre desarrollo humano El Salvador 2013*. (San Salvador: Impresos Múltiples, 2013), 77. Nota: los porcentajes son datos promedio en cada uno de los cuatro periodos que se divide el siglo XX.

Tabla 9.
Gasto público total y porcentaje correspondiente al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en colones, 1951-1969

Año	Gasto público	Mspas	% Mspas
1951	110,000,000	11,970,000	11%
1952	132,500,000	13,073,485	10%
1953	140,296,775	13,350,394	10%
1954	155,708,897	14,619,680	9%
1955	162,750,000	16,155,000	10%
1957	123,076,377	11,834,186	10%
1958	180,940,777	17,429,368	10%
1959	181,000,000	18,054,747	10%
1961	182,481,498	19,450,793	11%
1962	180,019,235	20,299,867	11%
1963	186,253,309	21,004,717	11%
1964	204,578,923	22,318,700	11%
1965	188,793,000	21,517,460	11%
1966	238,989,351	29,632,136	12%
1967	236,644,406	32,141,484	14%
1968	234,392,800	35,642,583	15%

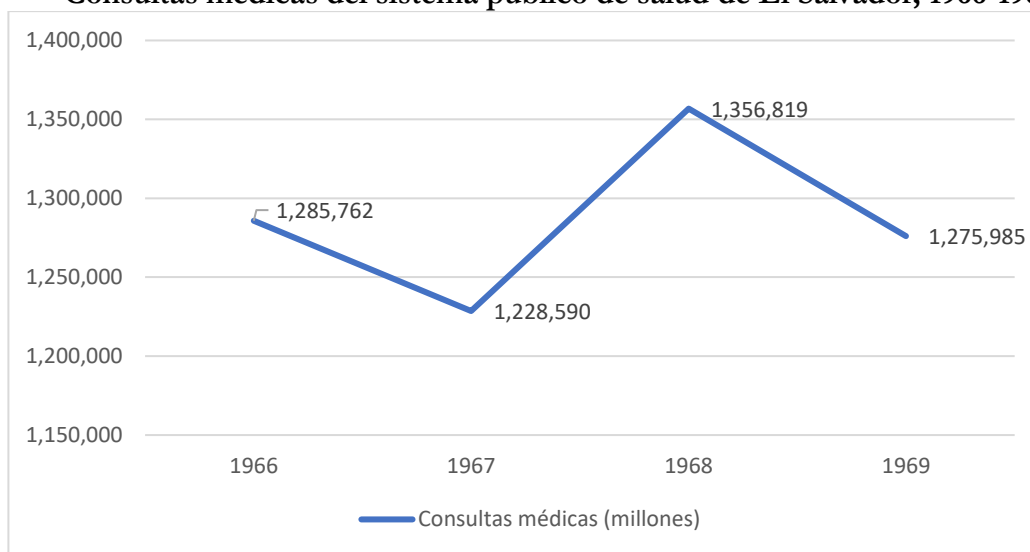
1969	291,891,863	38,064,627	13%
------	-------------	------------	-----

Fuente: Elaboración propia en base a Knut Walter, *Las Políticas Culturales del estado salvadoreño 1900-2012* (San Salvador: Acces Arte, 2014), 78-93.

Todos los incrementos antes aludidos a infraestructura, personal sanitario y gasto en salud pública debieron enfrentar una realidad estructural: el crecimiento poblacional. Durante las décadas de 1950 y 1960 la estructura demográfica de El Salvador experimentó un crecimiento vertiginoso en tan poco tiempo, algo totalmente inédito. El país pasó de tener una población de 1,855,917 en el año 1950 para luego alcanzar en 1971 los 3,549,260 habitantes, lo que significó un crecimiento absoluto del 91% en dos décadas; siendo la década de 1960 la que concentró el 61.31% de ese aumento poblacional. Esta dinámica demográfica condicionó cualquier intento de expandir los servicios de salud pública en el país³⁷⁶. Por ejemplo, en la década de 1950 se había estimado que el país necesitaba de un contingente aproximado de 800 médicos para atender adecuadamente a una población de 1,855,917. Tal cifra de galenos se alcanzó hasta el año 1971, sin embargo, la población salvadoreña ya rebasaba los 3.5 millones de habitantes, lo cual mantuvo la disparidad. Esta desproporción entre el número de médicos y el crecimiento poblacional explicaría, en parte, por qué los Gobiernos de los años sesenta nunca lograron alcanzar la meta de 1.7 millones de consultas anuales que plantearon las planificaciones de salud pública.

³⁷⁶ El Salvador pasó de tener un 1,855,917 de habitantes en el año de 1950 para alcanzar los 5,744,113 en 2007. Entre 1950-1961 la población tuvo un crecimiento absoluto de 655,067. Luego, en el siguiente decenio entre 1961-1971 el crecimiento absoluto de la población fue mucho mayor, llegando a alcanzar el 1,038,276 lo cual ya indicaba el ritmo acelerado que había tomado la estructura demográfica para esta década. Posteriormente, en la década de 1970, según un análisis del Celade la población salvadoreña comenzó a experimentar un descenso en su ritmo de crecimiento, y fue solo hasta mediados de la década de 1980 que el país recuperó su tasa de crecimiento. Ver: López Bernal, 2017, 240. Celade, *El Salvador: caracterización demográfica y su impacto sobre los servicios sociales* (Santiago: Celade-BID, 1991), 3.

Gráfico 6.
Consultas médicas del sistema público de salud de El Salvador, 1966-1969



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuatrienal presentado a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana* (San Salvador: Mspas, 1970), 49.

Finalmente, en 1971 las cifras oficiales aseguraban que los servicios de salud pública cubrían al 83.7% de la población salvadoreña³⁷⁷. Sin embargo, un informe de la OMS contradijo a las autoridades salvadoreñas al afirmar que el sistema de salud de El Salvador solo tenía la capacidad para atender al 24% de la población, que ya alcanzaba los 3.5 millones de habitantes³⁷⁸. Esta situación aconteció en una sociedad mayoritariamente rural que no vio mejoradas sus condiciones socioeconómicas con la diversificación y crecimiento de la agricultura de exportación durante las décadas de 1950 y 1960³⁷⁹.

³⁷⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1971, 17.

³⁷⁸ Organización Mundial de la Salud, *Quinto informe sobre la situación sanitaria mundial 1969-1972* (Ginebra: OMS, 1975), 102.

³⁷⁹ Héctor Lindo Fuentes, «El proceso económico», en *El Salvador historia contemporánea*, coord. por Carlos Gregorio López Bernal, (San Salvador: Editorial Universitaria, 2015), 242-248. Acevedo, 2003, 4-5.

Capítulo 3.

El gremio médico y la salud pública en El Salvador

...el mito de una profesión médica nacionalizada, organizada a la manera del clero, e investida, en el nivel de la salud y del cuerpo, de poderes parecidos a los que éste ejerce sobre las almas.

[El nacimiento de la Clínica, Michel Foucault]

Este último capítulo lo sitúo dentro del campo de la historia de la salud pública y medicina en Latinoamérica. Este campo de estudio ha reflexionado temas como: proyectos de salud, la relación de las organizaciones médicas con el Estado, la diversidad de prácticas de sanación, el desarrollo de epidemias y la influencia de las entidades internacionales de la salud.

En este capítulo abordo tres aspectos: las propuestas para mejorar la salud pública, el proyecto de reforma educativa de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador y la respuesta del sistema de salud pública de cara a una epidemia de disentería. La importancia de tratar estos aspectos en primera instancia es para aportar al vacío existente en el campo de la historia de salud pública en El Salvador. Particularmente, el tratamiento de estos tres aspectos me permite reflexionar sobre la participación del gremio médico salvadoreño durante el periodo de creación del sistema de salud pública del país, allá por las décadas de 1950 y 1960. Ante ello, ¿qué aportes concretos realizaron los médicos salvadoreños a la salud pública y a la educación médica? ¿con qué actores sociales entabló relaciones el gremio médico?

Al analizar las propuestas dirigidas a mejorar la salud pública me centro en aquellas que influyeron en la elaboración de la Constitución de 1950 y en la reforma de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. Para reconstruir las propuestas retomo las

publicaciones trimestrales del Colegio Médico de El Salvador. Considero que la participación del gremio médico a través de la difusión de propuestas relativas a la salud pública permite dimensionar qué rumbo se le pretendía dar a los proyectos y acciones en materia de salud y educación médica.

Para reflexionar la reforma de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador parto de la segunda mitad de la década de 1950 e incluyo el decenio de los sesenta. Delimito la reflexión de la reforma a tres temas: configuración del grupo de médicos que lideró el proyecto reformista, implementación de la modalidad de docentes a tiempo completo y el giro hacia un pensum de medicina con mayor influencia de las ciencias sociales. Todo esto lo complemento con un apartado dedicado a las fuentes de financiamiento que hicieron posible la reforma de la facultad. La documentación con la cual elaboro el proceso de reforma fueron documentos oficiales de la Universidad de El Salvador, un fondo documental dedicado a la UES en poder de la Fundación Rockefeller y fuentes hemerográficas nacionales.

El capítulo cierra con el análisis de una epidemia de disentería que aconteció entre 1969-1973 en El Salvador. Al tratar esta epidemia busco complementar el análisis de las coyunturas epidémicas que vimos con anterioridad en el capítulo 1. Cerrar con la epidemia de disentería también tiene el propósito de evaluar a un sistema de salud pública que ya presumía de tener más capacidad, que en etapas primigenias de la salud pública salvadoreña. Ahora bien, esta evaluación de finales de los sesenta no se limita a la coyuntura epidémica, sino que retoma algunas variables estructurales, como, por ejemplo, la baja cobertura sanitaria que fue reafirmada a lo largo de la propagación de la disentería. En todo caso, durante el desarrollo de la epidémica de disentería es posible identificar las fortalezas y dificultades que experimentó este sistema de salud. Para presentar los impactos de la disentería debí recurrir a dos tipos de fuentes: hemerográficas y estudios epidemiológicos.

Para el presente capítulo, entiendo la categoría *participación* como el actuar político de los ciudadanos en el ámbito público, que tiene por propósito incidir en los problemas de interés sectorial o general³⁸⁰. En ese sentido, presto atención a la participación del gremio médico solo en los sucesos que expresaron su voluntad por incidir en aquellos problemas de la salud pública que afectaban a los salvadoreños.

³⁸⁰ Fernán E. González S.J, «De la invocación de lo público a la recuperación de la política», en *Programa de formación política y ciudadana*, ed. por CPAL (Río de Janeiro: CPAL, 2009), 61.

Se podrá percibir el ánimo por presentar los diferentes vínculos internacionales que tejieron los médicos salvadoreños. Relaciones que contribuyeron al desarrollo de la salud pública y educación médica en el país. Por ejemplo, expongo los vínculos con algunas fundaciones filantrópicas estadounidenses que aportaron al financiamiento de la reforma de la Facultad de Medicina. En este punto, fue de mucha utilidad entender que las relaciones que establecieron los médicos salvadoreños con las entidades u organismos internacionales no fueron solamente verticales, sino que existió correspondencia activa por parte de los médicos nacionales.

3.1 Las propuestas del Colegio Médico

El Colegio Médico de El Salvador (CMES) se fundó en 1944, año de la efímera primavera democrática que se abrió en mayo luego de la salida del general Maximiliano H. Martínez de la presidencia. No es una casualidad que el Colegio emergiese en este año de resurgimiento de la participación ciudadana, pues 1944 es un momento de la historia política salvadoreña en el que las expresiones organizadas de la sociedad pusieron en el horizonte la aspiración por democratizar el país y generar las condiciones mínimas para la participación de la vida civil. Sin embargo, el desenlace de este año condujo una vez más por la senda autoritaria retomada por los legatarios del martinato. Osmín Aguirre inició esta «transición autoritaria» en octubre de 1944 para luego reacomodar la llegada del estamento militar bajo la presidencia de Salvador Castaneda Castro³⁸¹. Fue en este contexto de continuidad autoritaria y aspiraciones democráticas truncadas que surgió el CMES. Precisamente estas dos características de la coyuntura de 1944 explicarían por qué el Colegio Médico se volvió un espacio que facilitó la circulación de las opiniones de los médicos agremiados al mismo tiempo que se entablaban vías de comunicación con el estamento militar, en especial con la llegada del movimiento cívico-militar de 1948.

Al iniciar la década de 1950, cuando se introducían las bases para un nuevo modelo económico y se conservaban las prácticas autoritarias de la política, los galenos salvadoreños mantenían la posibilidad de formar parte de una organización como el CMES. Para entonces, el Colegio ya acumulaba experiencia organizativa y se volvía un referente nacional sobre las ideas

³⁸¹ Monterrosa Cubías, 2019a, 135, 141-144; 220-239. Monterrosa es de la tesis que el golpe de Estado del 21 de octubre y el breve Gobierno de Osmín Aguirre fueron claves para generar la «transición autoritaria» y dar continuidad a las prácticas políticas que dejó el martinato como régimen.

de salud pública que circulaban en una reducida comunidad de médicos que no llegaba a trecientos en todo el país. A pesar de esto, en la década de los cincuenta el CMES demostró tener los contactos necesarios a nivel regional e internacionales para mantener comunicación con entidades que estaban a la vanguardia de los conocimientos médicos. El CMES mantuvo vinculaciones con entidades como la Confederación Médica Panamericana, la Asociación Médica Mundial y las universidades de Centroamérica. De igual manera, lo fueron sus intermediaciones para gestionar becas a salvadoreños en universidades o centros médicos de otros países. Si algo demostró este colegio de médicos salvadoreños en la década de 1950 era la necesidad por buscar vínculos en el extranjero para desarrollar su labor académica en el campo de la medicina³⁸².

El CMES desde sus primeros años tuvo la sensibilidad por volverse un espacio académico de difusión del conocimiento relativo a la salud pública y la medicina. En diciembre de 1949, el CMES publicaba un editorial en el que argumentaba que la única forma de garantizar la continuidad de la organización era por medio de la realización de los congresos médicos y el sostenimiento de su revista médica. Esto se dijo a razón de la intermitencia que caracterizó a las asociaciones médicas que habían existido antes del CMES³⁸³. En 1948 aparece su revista *Archivos del Colegio Médico de El Salvador* (*Acmes*) que a lo largo de la década de 1950 tenía un ritmo de publicación de cuatro números anuales; muy similar a la frecuencia con que contaba la antigua revista de la Universidad de El Salvador, *La Universidad*, la cual databa del siglo XIX. Ambas publicaciones solo fueron superadas por la revista *ECA*, creada en 1946, que imprimía un número casi mensual para los años cincuenta. Este fue el contexto editorial en el cual se insertó la *Acmes* como la revista especializada en salud pública y medicina de El Salvador.

En este acápite me centraré en el análisis de las propuestas que en materia de salud pública expresaron los agremiados al Colegio Médico de El Salvador a inicios de la década de 1950 por medio de su revista *Acmes*. Por ejemplo, una primera propuesta que emanó del Colegio Médico con muy buena acogida entre los sectores políticos fue la de plantear la salud como un derecho. A mediados de 1949, en las vísperas de la promulgación de la nueva Constitución de 1950, la *Acmes* informó que el CMES había conformado una comisión con galenos de la organización

³⁸² Colegio Médico de El Salvador, «Organización y actividades del Colegio Médico de El Salvador», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 3 (1952): 167-168. CMES, «VI congreso médico salvadoreño», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 1 (1950b): 52.

³⁸³ Colegio Médico de El Salvador, «El VI congreso nacional de medicina», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 3 (1949b): 203. CMES, «Reseña histórica de los congresos médicos en El Salvador», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1949c): 267-268.

para que impartieran asesorías especializadas en salud pública a los políticos y juristas que se encontraban en la elaboración del anteproyecto de la nueva carta magna. En esas asesorías, la comisión de médicos del CMES sostuvo que era necesario tomar en cuenta los cambios acaecidos en el mundo en materia de derechos universales para elevar la salud al rango de derecho, como lo conceptualizaban los diferentes organismos internacionales, en especial, con el derecho internacional de la Declaración Universal de los Derechos Humanos³⁸⁴. Otra propuesta central de la comisión del CMES fue la creación de un Consejo Superior de Salud Pública, como instancia encargada de vigilar el ejercicio de la profesión médica.

El papel del CMES como asesor fue determinante en las discusiones previas a la promulgación del nuevo texto constitucional. La nueva Constitución de 1950 reconocía la salud como un derecho de carácter social, dejando completamente atrás la noción de salud como caridad. La Constitución de 1950 contenía además un capítulo especial que ampliaba las garantías del derecho a la salud, entendida como un bien de carácter público que estaba sujeto a la protección del Estado. Consecuentemente, se estipulaba la gratuidad de los servicios de salud para las personas pobres, así como para la totalidad de la población en momentos de epidemias³⁸⁵.

La Constitución de 1950 retomaba también la propuesta del CMES de incorporar la figura de un Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) con dos atribuciones centrales: realizar vigilancia sobre el ejercicio de las profesiones vinculadas a la medicina y reconocer a las organizaciones médicas como partes constitutivas de su estructura institucional. El CSSP se constituía como prerrogativa jurídica del Colegio Médico de El Salvador lo que reafirmaba la influencia de este sobre los temas de salud pública³⁸⁶.

En un El Salvador mayoritariamente campesino no era extraño que el CMES se pronunciara a favor de elevar la calidad de los servicios que brindaban las instituciones de salud pública en las áreas rurales. Por ejemplo, el médico José Pacheco publicó en la revista *Acmes* una amplia reflexión en este sentido que partía de dos premisas: la gran mayoría de salvadoreños no recibían servicios médicos por parte de las instituciones públicas y las enfermedades tenían un

³⁸⁴ Colegio Médico de El Salvador, 1949a, 133.

³⁸⁵ «Constitución política de El Salvador de 1950», Instituto de Investigaciones Jurídicas, acceso el 12 de mayo de 2019, <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1575/20.pdf>.

³⁸⁶ Colegio Médico de El Salvador, «Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las profesiones médica, odontológica y farmacéutica», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 3 (1958a): 161-170.

correlato en las condiciones de pobreza. Ante esta situación Pacheco proponía crear un servicio rural de salud pública que pudiera gestionar un esquema de aportaciones modestas que provendrían de los pobladores rurales bajo la modalidad de cajas cooperativas de salud. La propuesta de Pacheco también contempló que el Ministerio de Salud aportase una parte del financiamiento. Pacheco basaba toda su propuesta en el programa de salud rural de México y sus esquemas cooperativos para llevar la salud pública al medio rural³⁸⁷.

Por otra parte, el CMES se interesó mucho por realizar propuestas encaminadas a mejorar la formación de los médicos salvadoreños. Los estatutos del Colegio fijaban como uno de sus imperativos el fortalecimiento de la educación médica con «todos los medios a su alcance». A mediados de 1949, el CMES publicaba un extenso diagnóstico sobre la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador con el título: *Los estudios de medicina en El Salvador. Contribución a su mejoramiento*. Este diagnóstico fue contundente en afirmar que la facultad era deficiente por cuatro razones: no graduaba a la totalidad de estudiantes que ingresaban; no se realizaban adecuados procesos de selección; los métodos de evaluación no garantizaban la asimilación de los contenidos; y, existía un presupuesto muy limitado. Al final, este diagnóstico del Colegio Médico recomendaba una reforma total al interior de la facultad que incluyera una planificación financiera que posibilitara una facultad mejor organizada. Recomendación que alcanzaría a concretarse hasta la segunda mitad de la década de 1950 bajo el liderazgo de doctores como Fabio Castillo, María Isabel Rodríguez y otros, como se verá más adelante³⁸⁸.

En junio de 1950 las páginas de la revista *Acmes* publicaban otra evaluación sobre la educación de los galenos graduados de la Universidad de El Salvador. Esta publicación estuvo a cargo del doctor Humberto Escapini basándose en una ponencia realizada meses antes en el Congreso Nacional de Medicina organizado por el Colegio Médico de El Salvador. Escapini insistió en las falencias de la Facultad de Medicina y hablaba de la urgencia de enseñarle a los estudiantes la «medicina moderna» para que el país obtuviera médicos mejor entrenados en sus hospitales y clínicas. En ese sentido, el doctor Escapini recomendaba al Ministerio de Salud la creación de un programa de entrenamiento dirigido a los médicos recién graduados para que estos desarrollaran un año de residencia médica en los hospitales públicos. Escapini sostenía que

³⁸⁷ Pacheco Araujo, 1949, 219-241.

³⁸⁸ Esteban Reyes y Gregorio Ávila, «Los estudios de medicina en El Salvador: contribución a su mejoramiento», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 2 (1949): 116-123.

este programa debía ser planificado por una instancia tripartita compuesta por la Facultad de Medicina, el hospital Rosales y el Colegio Médico³⁸⁹.

Otra propuesta dirigida a elevar la calidad de la formación médica, publicada en *Acmes* en marzo de 1950, proponía al Gobierno salvadoreño la opción de que los médicos que laboraban en los hospitales públicos pudieran mejorar sus conocimientos mediante becas en el exterior facilitadas por organismos internacionales o fundaciones filantrópicas³⁹⁰. Con el transcurrir del tiempo el CMES funcionó como una suerte de instancia intermediaria entre las organizaciones internacionales que otorgaban becas y los médicos salvadoreños que se interesaban por buscar estudios de especialización en el extranjero³⁹¹.

Otra iniciativa que promovió el Colegio Médico a mediados de los años cincuenta fue hacer llamados de atención para actualizar la biblioteca de la Facultad de Medicina. Para los galenos del Colegio Médico la biblioteca especializada en medicina de la Universidad de El Salvador era la «parte muerta» con una incidencia directa en los procesos de enseñanza de los futuros médicos³⁹². Consecuentemente, durante los años de 1955 y 1956 la Facultad de Medicina renovaba todo su acervo bibliográfico. Sin embargo, la batería de propuestas del Colegio Médico sobre cómo mejorar la calidad de la educación médica acabaría desencadenando una auténtica reforma institucional de la Facultad de Medicina.

3.2 El proyecto de reforma de la facultad

Antes de entrar en detalles sobre la reforma de la Facultad de Medicina es necesario brindar un panorama general sobre el proceso de reforma de la misma Universidad de El Salvador (UES). Desde la segunda mitad del decenio de 1940 y durante los primeros años de la siguiente década, la UES vivió el debate que posteriormente marcaría el rumbo de la reforma universitaria de la década de 1960. Esta discusión primigenia estuvo dominada por las siguientes ideas: a) la reforma universitaria, b) la función social de la comunidad académica y c) la autonomía universitaria.

³⁸⁹ Humberto Escapini, «Necesidad de un mejor entrenamiento medico en El Salvador», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 2 (1950): 118-122.

³⁹⁰ Colegio Médico de El Salvador, «La organización técnica de los servicios médicos que dependen del Estado», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 1 (1950a): 51.

³⁹¹ Colegio Médico de El Salvador, 1952, 168.

³⁹² Colegio Médico de El Salvador, «Bibliotecas médicas su influencia en la educación médica», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1955): 275.

Entre 1950 y 1951, los cambios jurídicos auspiciados por la nueva constitución del país garantizaban a la Universidad su autonomía y la proyección social como una de sus funciones³⁹³. Sin embargo, no fue hasta la década de 1960 que la Ley de Autonomía de la UES tuvo efectividad.

Desde el cierre del decenio de los cincuenta y a lo largo de la década del sesenta se llevaron a cabo los cambios curriculares que introdujeron las Áreas Comunes y ampliaban sustancialmente el número de carreras, infraestructura y alumnos³⁹⁴. Estos cambios de la UES fueron posibilitados por un incremento presupuestario fruto de la cooperación entre autoridades gubernamentales y universitarias³⁹⁵. En este punto hay que recordar que los Gobiernos de los años 1950 y 1960 estaban inmersos en la consolidación de un sistema de salud pública que necesitaba urgentemente de una mayor cantidad de médicos³⁹⁶. Otra importante fuente de financiación provenía de fundaciones internacionales atraídas por el proceso de reforma iniciado por la UES. Así tenemos, desde mediados de la década de 1950 fundaciones como Ford, Kelloggs o Rockefeller que financiaron proyectos muy puntuales de la UES y en especial de la Facultad de Medicina.

Estos fueron tiempos donde decir reforma universitaria tuvo un cariz de expectativa. Así lo reflejó un intelectual como Salvador Merlos para quien la reforma universitaria estaba destinada a transformar a la UES en un centro generador de pensamiento, praxis y ciencia que incidiera en los problemas socioeconómicos y contribuyese de forma positiva al «mejoramiento y bienestar» de los salvadoreños. Particularmente en lo referente a la salud pública, Merlos planteaba que la Universidad tenía la posibilidad de difundir conocimientos sanitarios y brindar atenciones médicas³⁹⁷.

En términos generales la Facultad de Medicina se transformó como parte del proceso global de la reforma universitaria de la década de 1960. Sin embargo: ¿cómo fue el proceso de reforma en el caso concreto de la Facultad de Medicina? ¿quiénes llevaron a cabo el proyecto de

³⁹³ Morales, 2019, 86-87.

³⁹⁴ Olivier Prud'homme, «Ciencia histórica y oficio del historiador: tentativa y fracaso de un proyecto en El Salvador de los años 60», *Identidades*, n.º 3 (2011): 15-17. Blanca Evelyn Avalos Guevara, «Análisis histórico del desarrollo académico de la Universidad de El Salvador 1950-2003» (tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador, 2010), 96-104.

³⁹⁵ Paul Almeida, *Olas de movilización popular movimientos sociales en El Salvador 1925-2010* (San Salvador: UCA editores, 2011), 117-118.

³⁹⁶ «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

³⁹⁷ Salvador Merlos, «Visión panorámica de la reforma universitaria», *La Universidad*, (1947): 187-195.

reforma de la Facultad de Medicina? ¿cuáles fueron las apuestas para reformar la Facultad de Medicina? Para dar respuestas a estas preguntas considero necesario abordar los siguientes tres puntos: 1) la configuración del grupo de médicos que ejecutó la reforma de la facultad; 2) la modalidad de docentes a tiempo completo; y 3) los cambios al plan de estudios de medicina.

3.2.1 El grupo de médicos al frente de la reforma

El proceso de reforma al interior de la Facultad de Medicina contó con dos factores interrelacionados. El primero tiene que ver con el debate abierto desde mediados de la década de 1940 sobre cómo reformar la Universidad. El segundo fue la conjunción de un grupo de médicos salvadoreños que estudiaron en el extranjero y regresaron al país allá por 1954. Este grupo de médicos formados en el exterior se volvió una especie de red intelectual encargada de reformar la Facultad de Medicina y que acabó convirtiéndose en uno de los hitos más importantes de la educación médica en El Salvador.

En junio de 1954 retornó a El Salvador una joven médica de 31 años que había concluido sus cinco años de especialización en el Instituto de Cardiología de México. Esta misma médica al poco tiempo formó parte del grupo de galenos que impulsó la reforma de la Facultad de Medicina de la UES. A pesar de contar con una vida académica muy corta, esta joven promesa de la medicina salvadoreña ya contaba con una especialidad en electro cardiología y dos investigaciones publicadas por la revista del Colegio Médico de El Salvador. La médica que regresó al país en junio de 1954, la Dra. María Isabel Rodríguez, se incorporaba ese mismo año al Departamento de Cardiología del hospital Rosales, mismo nosocomio que funcionaba como el centro de prácticas para los estudiantes de medicina de la UES. Esta característica del hospital Rosales hizo que el departamento de la doctora Rodríguez funcionara como parte constitutiva del funcionamiento de la Facultad de Medicina. Desde el Departamento de Cardiología la doctora Rodríguez justificó la importancia de la investigación médica para el país, aspecto que también defenderían los impulsores de la reforma de la Facultad de Medicina³⁹⁸.

En 1954 regresa también otro médico salvadoreño que había realizado sus estudios de fisiología en la Universidad de Pensilvania, Estados Unidos. Se trataba de un joven de 33 años

³⁹⁸ María Isabel Rodríguez, «carta a John Weir 18 de febrero de 1955», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York. María Isabel Rodríguez, «Acción del tartrato de ergotamina sobre electrocardiograma normal», *Archivo del Colegio Médico*, n.º 3 (1949): 153-176.

que, de la misma manera que la Dra. Rodríguez, constituía una auténtica promesa para el desarrollo de la academia salvadoreña. Este joven médico era Fabio Castillo. Tan pronto como regresó al país, el Dr. Fabio Castillo solicitó empleo a la Facultad de Medicina como profesor del Departamento de Fisiología y en breve se convertía «en el único miembro de la facultad que trabajaba a tiempo completo». La noticia sorprendía a todos al interior del recinto académico. Pero Castillo tenía claro que el mejoramiento del laboratorio de fisiología requería de un titular con plaza fija³⁹⁹. En cualquier caso, el Departamento de Fisiología pronto se quedaría corto para las ansias juveniles de Castillo.

La Dra. María Isabel Rodríguez y el Dr. Fabio Castillo fueron dos personajes fundamentales del grupo de médicos que a partir de 1954 impulsaron la reforma de la Facultad de Medicina. El liderazgo de ambos médicos fue esencial. Así, lo confirmó el Dr. John Weir, director de Educación Médica y Salud Pública de la Fundación Rockefeller⁴⁰⁰. Al grupo de Rodríguez y Castillo se sumarían dos galenos más, también con experiencia educativa en el extranjero y en contacto con instancias internacionales. El primero, el Dr. Roberto Masferrer, estudió en Estados Unidos y estaría a cargo del Departamento de Patología. Masferrer fue considerado por la Fundación Rockefeller como uno de los médicos salvadoreños mejor formados en su especialidad. El segundo médico, Juan Allwood Paredes, había sido funcionario del Ministerio de Salud Pública durante el primer Gobierno del PRUD y contaba con una amplia experiencia en el establecimiento de relaciones con organismos internacionales que puso al servicio de la Facultad de Medicina para establecer una nueva cátedra que llevaría por nombre Medicina Preventiva⁴⁰¹.

Entre 1954 y 1957, estos cuatro galenos conformaron el núcleo primigenio que inició el proceso de reforma, que durante la década de 1960 convirtió a la Facultad de Medicina de la UES en un centro de referencia latinoamericana⁴⁰². Con el transcurrir del tiempo se sumaron

³⁹⁹ John Weir, «Entrevistas JMW 4 de mayo de 1956» y Benjamin Horning, «memorándum de la visita de campo a El Salvador 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 3, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁰⁰ Estas declaraciones fueron expresadas por Weir en su reporte de la visita a El Salvador en diciembre de 1956. Ver nota 21.

⁴⁰¹ John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, págs. 1-4, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁰² The Rockefeller Foundation, *Annual report 1959* (New York: The Rockefeller Foundation, 1959), 79-80. «Carta de Lazarus a Weir 4 de agosto de 1965» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, box 3, folder 23, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

otros galenos nacionales y extranjeros, estos últimos traídos con el financiamiento de la cooperación internacional.

Ahora bien, es necesario tener presente que los médicos partícipes del proceso de reforma de la Facultad de Medicina no partieron de cero. Ya desde finales de la década de 1940, el Colegio Médico de El Salvador había abogado por hacer una reforma radical a la facultad bajo la premisa de sacarla del atraso en que se encontraba con relación a los avances de las ciencias médicas⁴⁰³. Por otra parte, los cambios iniciados desde mediados del decenio de 1950 al interior de esta facultad fueron fruto de una constelación de médicos brillantes. No pongo en duda la importancia del liderazgo del Dr. Castillo, al contrario, creo que fue como un director de orquesta para reformar la Facultad de Medicina⁴⁰⁴.

3.2.2 La modalidad de docentes a tiempo completo

Al iniciar 1955 la Facultad de Medicina aun no contaba con profesores a tiempo completo⁴⁰⁵. Sin embargo, el ímpetu del Dr. Fabio Castillo marcó un precedente al interior de la facultad pues ese mismo año consiguió de las autoridades universitarias la plaza a tiempo completo. Después de este hecho, Castillo y otros médicos de la Facultad de Medicina pujaron para que la modalidad de docente a tiempo completo fuera una de las apuestas centrales de la reforma de la facultad. Se esperaba que la facultad elevase la calidad de la educación con un personal dedicado de manera exclusiva a las labores de docencia e investigación de los problemas sanitarios del país. Esto sin duda volvía imperativo el incremento presupuestario para la Facultad de Medicina. A propósito, en 1955 Fabio Castillo consiguió nada menos que la duplicación del presupuesto de la facultad, situación que abrió la posibilidad para contratar a más docentes de tiempo completo⁴⁰⁶.

Fue en este contexto de implementación de la modalidad docente a tiempo completo, que llega al país el Dr. Orlando Aidar, un galeno brasileño que asumió la dirección del Departamento

⁴⁰³ Reyes y Ávila, 1949, 122.

⁴⁰⁴ Ricardo Sol Izaguirre, «El pensamiento del rector Dr. Fabio Castillo Figueroa, cuarta generación. Centenario de su natalicio» (catedra, Universidad de El Salvador, 24 de junio de 2021).

⁴⁰⁵ «School of medicine University of El Salvador», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 1, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁰⁶ John Weir, «Entrevistas JMW 4 de mayo de 1956», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 3, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

de Anatomía en 1956. Aidar se volvió el segundo docente de tiempo completo y se sumó al grupo de médicos salvadoreños que emprendía la reforma de la facultad. El médico brasileño había sido reclutado por Fabio Castillo. Al finalizar 1956, John Weir, representante de la Fundación Rockefeller, opinó que Castillo había acertado plenamente en la decisión de incorporar a Aidar a la facultad pues el brasileño fue considerado en Estados Unidos como uno de los estudiantes más sobresalientes de su generación⁴⁰⁷.

Estas primeras medidas dirigidas a la obtención de profesores a tiempo completo no pasaron desapercibidas para el segundo Gobierno del PRUD. A mediados de enero de 1957 el presidente José María Lemus sostuvo una reunión con las autoridades de la Facultad de Medicina para discutir el proceso de reforma. A la reunión asistieron por una parte los ministros de Salud y Educación y por la otra el Decano de la Facultad de Medicina y dos de las figuras más implicadas en el proyecto de reforma, Fabio Castillo y María Isabel Rodríguez. El eje central de la conversación fue exponer cómo el núcleo de médicos llevaba la reforma de la facultad y qué tipo de proyectos a largo plazo esperaban realizar. En esa ocasión, los facultativos de la UES volvieron a plantear que el proyecto de reforma demandaba de profesores de tiempo completo para que facultad se transformara en un centro de enseñanza de alto nivel. La justificación de esta petición era doble: la necesidad de médicos dedicados de manera exclusiva a formar estudiantes y el desarrollo de investigaciones sanitarias que tanto demandaba el país⁴⁰⁸.

Al poco tiempo, durante los días del 12 al 21 de febrero de 1957, se realizó una evaluación sobre el estado de la Facultad de Medicina de la UES. Esta evaluación fue una solicitud hecha por una dependencia especializada en salud pública de la embajada de Estados Unidos en El Salvador. Benjamin Horning fue el consultor encargado de evaluar cómo los médicos salvadoreños ejecutaban la reforma al interior de la facultad. Con respecto a los docentes de tiempo completo, Horning aseguró lo siguiente: «el Gobierno salvadoreño aceptó la modalidad de profesores de tiempo completo en la Facultad de Medicina [...] y los fondos estaban asignados para tal propósito». Horning pudo determinar en esa ocasión que la facultad ya contaba con siete profesores a tiempo completo, siendo estos los doctores: Fabio Castillo, María Isabel Rodríguez, Orlando Aidar, Roberto Masferrer, Juan Allwood Paredes, Luís Peñalver y

⁴⁰⁷ John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 1, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁰⁸ «Carta de Fabio Castillo a John M. Weir, 23 de enero de 1957» y «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

Nicolás Astacio. En menos de tres años estos siete médicos lograban algo inédito en la historia de la facultad: conformar un grupo de académicos que se dedicaban de manera exclusiva a las labores de docencia e investigación⁴⁰⁹. Aun así, en 1957 un diagnóstico de la Facultad de Medicina insistía en que la reforma demandaba de un número mayor de profesores a tiempo completo⁴¹⁰.

La apuesta por la modalidad de docente a tiempo completo se consolidó al interior de la Facultad de Medicina a lo largo de la década de 1960. Durante esos años los rectores contaron con fondos propios de la Universidad para financiar tales plazas⁴¹¹. Un auténtico logro que fue presentado al momento de gestionar fondos de cooperación para financiar los proyectos de la Facultad de Medicina del periodo 1964-1968⁴¹². No era para menos, la facultad pasó de contar con un solo profesor de tiempo completo en el año de 1955 para alcanzar la cifra de 46 en 1965⁴¹³. Seguramente, este cambio en la modalidad docente contribuyó para que la única Facultad de Medicina del país tuviera una mayor capacidad para formar y graduar estudiantes. Durante las décadas de 1950 y 1960 se pasó de tener 257 a 865 galenos a nivel nacional. Esta triplicación del número de médicos salvadoreños fue fundamental para el proceso de creación del sistema de salud pública⁴¹⁴.

3.2.3 La modificación al plan de estudios de medicina

Modificar el plan de estudios de la carrera de medicina fue otra apuesta estratégica de la reforma. Los médicos que iniciaron la reforma de la Facultad de Medicina a mediados de los años cincuenta tenían muy claro que su objetivo era «crear en El Salvador una Escuela de Medicina de primera categoría» que aportase a la solución de los problemas de salud pública⁴¹⁵. Pero antes se debía solucionar el problema de la baja cantidad de estudiantes que terminaban el

⁴⁰⁹ «Carta de Horning a Scott de fecha 7 de marzo de 1957» y «Informe sobre el progreso de la educación médica en la Facultad de Medicina de la UES, 12-21 de febrero 1957» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴¹⁰ «School of medicine University of El Salvador», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 3, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴¹¹ «Comparece la Universidad de El Salvador», *La Prensa Gráfica*, 11 de junio de 1970: 36-37.

⁴¹² «Memorándum, 17 de agosto de 1964» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, box 3, folder 21, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴¹³ «Carta de Lazarus a Weir 4 de agosto de 1965» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, box 3, folder 23, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴¹⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970, 29-30. Grimmer, 1950, 214.

⁴¹⁵ «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

pensum de medicina. En 1949 una investigación del CMES demostró que la Facultad de Medicina había registrado un patrón de graduación muy deficiente en las décadas de 1930 y 1940. Los médicos graduados oscilaron entre 5 y 27 por año, mientras la población de estudiantes alcanzaba de media los 250 por año. La misma investigación exhortaba a las autoridades de la facultad a elevar el número de graduados, dado que el país necesitaba de más médicos en proporción al creciente número de habitantes⁴¹⁶. Este problema se vinculaba de manera imperiosa con la ejecución del plan de estudios de la Facultad de Medicina.

También el grupo de profesores reformistas compuesto por Fabio Castillo, María Isabel Rodríguez y otros más denunciaron que sin modificaciones al plan de estudios de medicina nunca se graduaría un número mayor de estudiantes y no se cumpliría con el objetivo de proveer los médicos que necesitaba un sistema de salud pública en crecimiento⁴¹⁷. Poco antes del inicio del proceso de reforma de la Facultad de Medicina, en 1950, el Dr. Humberto Escapini apuntó lo siguiente: «En la primera mitad de este siglo no se ha llevado a cabo en El Salvador una revisión radical de nuestro sistema de enseñanza médica y nos hemos contentado con seguir aceptando una enseñanza deficiente y una falta de organización»⁴¹⁸.

En 1955 se dieron los primeros pasos para mejorar el plan de estudios de la carrera de medicina⁴¹⁹. En 1956 los doctores Fabio Castillo, Orlando Aidar y María Isabel Rodríguez trabajaron todo el año en los cambios necesarios para el plan de estudios. En diciembre un funcionario de la Fundación Rockefeller (FR) valoraba positivamente el trabajo de los tres doctores en el mejoramiento del pensum de medicina. El mismo emisario recomendaba en su informe a la FR que al menos uno de los facultativos debía «visitar otras escuelas de medicina con mayor experiencia en materia de cambios curriculares» antes de dar por cerrada las modificaciones al plan de estudios⁴²⁰. En cualquier caso, la formación académica de Castillo, Aidar y Rodríguez era de primer nivel por haberse educado en los mejores centros médicos de Brasil, México y Estados Unidos.

⁴¹⁶ Reyes y Ávila, 1949, 116-117.

⁴¹⁷ «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴¹⁸ Humberto Escapini, «Necesidad de un mejor entrenamiento médico en El Salvador», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 2 (1950): 118.

⁴¹⁹ «School of medicine University of El Salvador», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 1, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴²⁰ John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 2, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

Hacia finales de 1956 los profesores reformistas lograban un cambio fundamental en la arquitectura del pensum de medicina: introducir contenidos de las ciencias sociales y humanidades. Hasta entonces la educación médica del país había puesto el énfasis en los conocimientos que explicaban el funcionamiento orgánico del cuerpo humano y la interacción con las enfermedades, pero, jamás hubo el interés por entender al cuerpo humano como parte de una sociedad que condiciona el desarrollo de todo ser vivo⁴²¹. En diciembre de 1956 el plan de estudios de medicina ya contaba con contenidos relativos a psicología, lenguas, antropología social y manejo de bibliotecas⁴²². En febrero de 1957 un consultor en educación médica, Benjamin G. Horning, llegaba incluso a recomendar la creación de una facultad en ciencias y letras que colaborase con la formación humanística de los estudiantes de medicina de la UES⁴²³.

Los cambios realizados al pensum de medicina respondían a un nuevo modelo de enseñanza orientado al estudio de los condicionantes sociales en el desarrollo de las enfermedades. El ejemplo más claro lo representó la cátedra de Medicina Preventiva que incorporó contenidos de la antropología social sobre las condiciones socioculturales y medio ambientales que subyacen a las enfermedades. Al respecto, el Dr. Juan Allwood Paredes reflexionaba en 1956 sobre este viraje en la educación médica de la Facultad de Medicina. Allwood postulaba que uno de los fundamentos de la cátedra de Medicina Preventiva era la realización de visitas médicas a las comunidades y la participación de los estudiantes. Allwood creía que las visitas a las comunidades forjarían en los estudiantes una toma de consciencia sobre las condiciones materiales de los grupos sociales y se lograría además formar lazos de confianza entre los estudiantes de medicina y los habitantes de las comunidades. Se podría decir que Allwood equiparó el proceso de enseñanza de los estudiantes medicina a la labor del antropólogo que realiza trabajo de campo en una cultura extraña; en este caso, lo extraño era conocer a los enfermos en su hábitat, afuera del espacio conocido de la clínica o los pabellones de hospital⁴²⁴.

⁴²¹ Infante Meyer, 2000, 135 y 326. Sandra Beatriz Parada Reina, «Fabio Castillo Figueroa y sus periodos rectorales 1963-1966 y 1990-1995» (tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador, 2016), 20-21.

⁴²² John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, págs. 5-6, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴²³ Benjamín G. Horning, «Informe sobre el progreso de la educación médica en la Facultad de Medicina de la UES, 12-21 de febrero 1957» Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, pág. 10, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴²⁴ «Bases para el establecimiento de un departamento de medicina preventiva en la escuela de medicina de El Salvador» Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, págs. 1-3, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

Incorporar materias relacionadas con las ciencias sociales y las humanidades al p ensum de medicina rompía claramente con el paradigma anterior que concebía las enfermedades como manifestaciones orgánicas en cuerpos desprovistos de contexto social⁴²⁵. Durante la década de 1960 materias como sociología, lógica y filosofía formaron parte del proceso de enseñanza de los médicos salvadore os⁴²⁶. La enseñanza de ciencias sociales y humanidades en el plan de estudios de medicina estaba garantizada por el modelo de las áreas Comunes. Introducido en todas las carreras universitarias de la UES, el propósito de las áreas Comunes era dar una formación multidisciplinar en los primeros semestres de la disciplina. El nuevo paradigma adoptado por la Facultad de Medicina de la UES formaba parte de un movimiento intelectual internacional que más adelante se conocería como Medicina Social Latinoamérica y que se caracteriza por una fuerte influencia epistemológica de las ciencias sociales⁴²⁷.

3.3 La financiación de la facultad

La reforma de la Facultad de Medicina requería fuentes de financiamiento que fueran sostenibles en el largo plazo. El proceso requería excelentes dotes de cabildeo y gestión por parte de los médicos reformistas quienes tuvieron que recurrir a alianzas con diversos actores sociales: fundaciones filantrópicas, el Gobierno de El Salvador y cooperantes internacionales, particularmente las agencias gubernamentales de los Estados Unidos.

Entre 1954 y 1955, al poco tiempo de regresar de sus estudios en el extranjero, María Isabel Rodríguez y Fabio Castillo impulsaron la creación de la organización filantrópica Sociedad Pro-Educación Médica (SPEM) con el fin de captar aportaciones filantrópicas de las clases altas salvadoreñas para el financiamiento de la Facultad de Medicina. Una de las primeras actividades de la SPEM fue la organización de una exclusiva cena. Los comensales en su mayoría eran acaudalados terratenientes que pagaron hasta 100 colones por plato, el equivalente a entre un 8

⁴²⁵ Saforcada, 2019, Mín. 17-38.

⁴²⁶ Avalos Guevara, 2010, 98-111. Vilma Trinidad Quan Martínez, Sara Vilma Menjívar de Barb n y Héctor Alejandro Bermúdez Caballero, *Sistematización de la experiencia del proceso de transformación curricular en la carrera de medicina de la Universidad de El Salvador* (San Salvador: Artes Gráficas, 2015), 12.

⁴²⁷ Celia Iriart et. al., «Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos», *Rev Panam Salud Pública*, n.  12 (2002): 128-132.

% y un 16 % del ingreso anual medio de una familia salvadoreña de ese tiempo⁴²⁸. Apelar a esta forma de filantropía para favorecer iniciativas vinculadas con la salud en realidad no tenía nada de nuevo; ya vimos en el capítulo primero como la filantropía privada apoyó las instancias de salud pública desde inicios del siglo XX. Con el surgimiento de la SPEM los médicos reformistas buscaron atraer este tipo de filantropía privada para beneficio de la facultad⁴²⁹.

Entre ciertos sectores de la clase dominante salvadoreña la creación de la SPEM despertó gran interés. En su primer año de funciones la SPEM recaudó alrededor de ₡ 50,000 colones producto de los donativos privados. Solo para hacerse una idea, esa primera recaudación anual de la SPEM casi equivalió a un tercio de los fondos públicos asignados a la facultad en 1955⁴³⁰. Al siguiente año la SPEM solo pudo recaudar ₡ 28,000 colones⁴³¹. Convertir la Facultad de Medicina en un centro académico de alto nivel necesitaba una cantidad de recursos mayores. Los médicos reformistas tuvieron que ampliar sus alianzas y establecer vínculos con fundaciones filantrópicas estadounidenses.

3.3.1 La filantropía estadounidense

Una de las primeras que apoyó a la Facultad de Medicina salvadoreña fue la Fundación W.K. Kellogg (FK), con sede en Michigan. Entre 1955 y 1956 la FK aportó ₡ 33,000 colones para el equipamiento del departamento de fisiología, mismo donde el Dr. Fabio Castillo se desempeñaba como profesor de tiempo completo⁴³². En diciembre de 1955 la FK y la SPEM financiaban de manera conjunta la renovación de la biblioteca de medicina de la UES⁴³³. Una evaluación realizada en diciembre de 1956 afirmaba que la biblioteca había adquirido unos pocos

⁴²⁸ Turcios, 2003, 40-41

⁴²⁹ John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, págs.1-2, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴³⁰ «Carta del 15 de marzo de 1961 enviada por José Aristides Mendoza a Virgil Scott» «gráfica de los presupuestos 1956-1961», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, caja 2, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York. Tomo de referencia el año 1956 para la estimación.

⁴³¹ «Sección de noticias», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1956): 299.

⁴³² «School of medicine University of El Salvador», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, págs. 4-5, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York. Para convertir las cifras de dólares a colones he tomado de referencia la tasa de cambio del BCR, ver: <https://www.bcr.gob.sv/bcrsite/?cdr=48&lang=es>

⁴³³ Los serios problemas de desactualización bibliográfica de la biblioteca habían llegado al grado de ser calificada como la «parte muerta» de la facultad. Ver: CMES, «Editorial», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1955): 275-276.

libros y revistas actualizadas⁴³⁴. Todo parecía indicar que la renovación bibliográfica iba a paso lento, pero obteniendo resultados en firme, dado que otra evaluación de 1957 detallaba que a la biblioteca le bastaba el financiamiento de la FK y la SPEM para mantener su proceso de renovación⁴³⁵.

La Fundación Rockefeller (FR) fue la siguiente instancia filantrópica internacional en apoyar la reforma de la Facultad de Medicina de la UES. Esta fundación tenía presencia en Centroamérica desde la segunda década del siglo XX a través de la realización de sus campañas contra la anquilostomiasis y otras enfermedades endémicas como la fiebre amarilla o la malaria⁴³⁶. Desde 1913 la FR se caracterizó por la ejecución de campañas mundiales contra enfermedades que le significaron bajas inversiones y no exigían procesos de largo plazo. Es decir, la FR intervino en aquellas enfermedades que le aseguraban éxitos inmediatos que luego eran exhibidos en sus informes de cooperación. En ese sentido, la FR obvió intervenir en aquellas enfermedades que exigían cambios de las condiciones socioeconómicas. Esta forma de trabajar de la FR le hizo hegemónica en la escena de la salud internacional hasta poco después de la Segunda Guerra Mundial. Al iniciar el decenio de 1950, la FR dejó de ser la instancia dominante a nivel mundial pero sus principios ideológicos y prácticas sobre como ejecutar la cooperación perduraron⁴³⁷.

El cambio experimentado por la FR en el escenario internacional no fue un impedimento para que esta desarrollase una agenda de cooperación con la Universidad de El Salvador. Desde mediados de la década de 1950 y durante el siguiente decenio, el proyecto de reforma de la Facultad de Medicina recibió un financiamiento sustantivo por parte de la FR. La FR, fiel a su ideología, estableció tres principios para trabajar con la Facultad de Medicina: a) Cooperación condicionada: esta consistió en que la FR tenía un peso importante a la hora de recomendar que acciones estratégicas tomar en los proyectos; b) Financiamiento parcial: la FR asumía la responsabilidad de financiar cierto porcentaje de los proyectos de la reforma a la espera de contrapartidas nacionales; c) Vinculación con «profesionales transnacionales»: este fue un

⁴³⁴ John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 2, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴³⁵ Benjamín G. Horning, «Informe sobre el progreso de la educación médica en la Facultad de Medicina de la UES, 12-21 de febrero 1957» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 8, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴³⁶ Ana Paulina Malavassi Aguilar, «El encuentro de la fundación Rockefeller con América Central 1914-1921» *Diálogos*, n.º 1 (2006): 125-128.

⁴³⁷ Anne-Emanuelle Birn y Judith Richter, «El filántrocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente», *Medicina Social*, n.º 3 (2016): 136-139.

mecanismo por el cual la FR entabló comunicación directa con profesionales nacionales de alto prestigio académico, que habían tenido la experiencia de formarse en el extranjero⁴³⁸.

Del diario personal y los informes de uno de los funcionarios de la Fundación Rockefeller es posible conocer los detalles de las negociaciones al inicio de la cooperación con la Facultad de Medicina. El funcionario en cuestión, el Dr. John Weir, se desempeñaba como subdirector de Educación Médica y Salud Pública de la FR, con sede en New York. Desde 1955, el Dr. Weir recibió múltiples solicitudes de cooperación hechas por María Isabel Rodríguez y Fabio Castillo para financiar la reforma de la Facultad de Medicina. En un principio, Weir se sirvió de su red de informantes para evaluar las peticiones de cooperación que le llegaban desde El Salvador. Weir investigó sobre el proyecto de reforma de la Facultad de Medicina e, incluso, visitó el recinto académico para evaluar sus necesidades personalmente. Con el transcurrir del tiempo, la FR tendría en Rodríguez y Castillo a dos profesionales transnacionales con los que entablar comunicación directa en relación a la financiación de la reforma. Ambos médicos salvadoreños tenían formación académica en el extranjero y formaban parte de redes académicas fuera del país; dos aspectos que la FR valoró de manera muy positiva⁴³⁹.

Una de las primeras solicitudes que envió Rodríguez a Weir fue el 18 de febrero de 1955. Esta trataba sobre el financiamiento para la Sección de Investigación Experimental, que se especializaba en padecimientos cardiacos y que recientemente se había organizado bajo el mando de la Dra. Rodríguez en el hospital Rosales. Para justificar su solicitud, Rodríguez argumentó que el objetivo de esta sección era «iniciar nuevos métodos de investigación» sobre afecciones cardiacas para establecer en un futuro «el primer laboratorio de investigación médica» del país⁴⁴⁰.

Con el propósito de ganarse la confianza de Weir, la Dra. Rodríguez hizo un recuento de todas sus credenciales académicas en su solicitud del 18 de febrero de 1955. La exposición de la trayectoria académica de Rodríguez no tomó por sorpresa a Weir pues él ya había consultado con el Dr. Arturo Rosenblueth sobre la salvadoreña. Rosenblueth era un prestigioso académico mexicano que había sido profesor de Rodríguez en el Instituto de Cardiología de México. La

⁴³⁸ Birn y Richter, 2016, 138-139. La adaptación de la propuesta conceptual y analítica de observar la forma de cooperar de la FR es retomada de estas autoras. Más adelante iré aportando fuentes nacionales que permiten dar sustento sobre cómo esta forma de cooperar existió al interior de la Facultad de Medicina de la UES.

⁴³⁹ «JMW Diary Excerpt, México Jan. 24-Feb. 4, 1955» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333. John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 1 y 7, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York

⁴⁴⁰ «Carta de María I. Rodríguez a John Weir, febrero 18 de 1955» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

reunión entre Weir y Rosenblueth para discutir los posibles apoyos de la FR a las iniciativas académicas de Rodríguez en El Salvador, tuvo lugar en México en enero de 1955. Rosenblueth acabó respaldando la solicitud de equipamiento hecha por la Dra. Rodríguez y al mismo tiempo elogiaba sus labores de investigación en El Salvador⁴⁴¹. Otras voces consultadas por la FR fueron las autoridades del hospital Rosales y la Facultad de Medicina, quienes calificaron las investigaciones de Rodríguez como «una contribución significativa para el avance de la medicina experimental» en el país. La Dra. Rodríguez había sido becaria de la FR entre 1953 y 1954 y contaba con las mejores credenciales académicas⁴⁴². De aquí que Weir reconociera en su diario personal que la Fundación Rockefeller tenía el compromiso moral de apoyar la labor académica que impulsaba Rodríguez⁴⁴³. Estas recomendaciones fueron vitales para que la FR se decantara por entregar a la Sección de Investigación Experimental el monto de ₡ 8,750 colones. Sin embargo, la decisión de la FR se basaba también en la inexistencia de un presupuesto estatal para el desarrollo de investigaciones médicas en El Salvador⁴⁴⁴.

Al momento de hacerse efectiva esta primera donación gestionada por la Dra. Rodríguez, en 1955, aún no existía un acuerdo de cooperación entre la Universidad de El Salvador y la Fundación Rockefeller. Sin embargo, esta situación no fue un impedimento para que la FR aumentara gradualmente su interés por un acuerdo de cooperación con la Facultad de Medicina. El 19 de septiembre de 1956 el Dr. Weir se reunía en Nueva York con un funcionario de la cooperación estadounidense en El Salvador para informarle del aumento de interés de la FR en el «progreso» de la reforma de la Facultad de Medicina de la UES⁴⁴⁵. En efecto, la facultad experimentaba los primeros efectos de las modificaciones en el pensum, del aumento de presupuesto y de la estabilización de los primeros profesores de tiempo completo. Estos tres cambios bastaban para que la FR se comprometiera con una mayor cooperación que rápidamente podría ser capitalizada como un caso de filantropía exitosa. Tal como dictaba su decálogo de cooperación internacional, el objetivo era invertir solo en aquellas áreas de la salud

⁴⁴¹ «JMW Diary Excerpt, México Jan. 24-Feb. 4 de 1955» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333 Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁴² «Aprobación de fondos, 5 de abril de 1955» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁴³ «JMW Diary Excerpt, México Jan. 24-Feb. 4 de 1955» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁴⁴ «Aprobación de fondos, 5 de abril de 1955» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁴⁵ «Reunión entre Weir y Lopo de Melo 19 de septiembre de 1956» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

pública que garantizaran un éxito inmediato para después ser publicitado en los informes de cooperación⁴⁴⁶.

En diciembre de 1956, la FR mostraba un interés aun mayor por la reforma universitaria al enviar a uno de sus representantes a El Salvador. El enviado fue el mismo Dr. Weir, quien tuvo la encomienda de evaluar los avances de la reforma. Weir preparó su visita al país desde mediados de septiembre⁴⁴⁷. A finales del mismo mes, el Dr. Fabio Castillo era informado de la visita de Weir y solicitaba al representante de la FR que detallase los aspectos de su viaje para poder preparar su recibimiento en la facultad⁴⁴⁸. Ya antes, en mayo de 1956, el Dr. Castillo había solicitado a la FR que enviase a uno de sus emisarios para que conociera de primera mano las proyecciones a largo plazo de la Facultad de Medicina. En esa ocasión, sin embargo, el llamado no fue atendido por la entidad filantrópica⁴⁴⁹. La visita de Weir en diciembre de 1956 se presta por tanto a ser leída como un cambio de actitud de la FR en su investigación sobre la viabilidad de la cooperación.

Entre los días 12 y 13 de diciembre, el Dr. Weir se reunió con los profesores de la Facultad de Medicina y observó las condiciones del recinto académico; además, intercambió impresiones con el Ministro de Salud de El Salvador. De este ejercicio, el funcionario de la FR pudo redactar un reporte en el cual detalló las deficiencias de la facultad. Weir señalaba que los laboratorios de la facultad estaban equipados de manera inadecuada al grado de ser uno de los principales obstáculos para la enseñanza de la medicina en el país. Estimaba que a la facultad le tomaría al menos un lustro solucionar con sus propios recursos las carencias en los laboratorios. Otro problema que destacó Weir fue el de la baja calidad de las prácticas clínicas. Aquí, sin embargo, consideraba que las acciones ya emprendidas por los médicos reformistas cambiarían esta situación⁴⁵⁰.

Weir subrayó otros aciertos en su reporte de diciembre. El emisario de la FR alabó la conformación de un grupo de médicos de alto nivel académico para llevar a cabo la reforma y

⁴⁴⁶ Birn y Richter, 2016, 137-138.

⁴⁴⁷ «Reunión entre Weir y Lopo de Melo 19 de septiembre de 1956» Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁴⁸ «Carta de Fabio Castillo a John M. Weir, 31 de octubre de 1956» «Carta de Fabio Castillo a John M. Weir, 28 de noviembre de 1956», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁴⁹ «Reunión entre John M. Weir y Fabio Castillo, 4 de mayo de 1956», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁵⁰ John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, págs. 1-7, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

enfaticaba la importancia del papel de María Isabel Rodríguez y Fabio Castillo como abanderados del grupo. En especial reconocía el trabajo hecho por Rodríguez y Castillo en la actualización del plan de estudios de la facultad. Por otra parte, Weir valoró positivamente el incremento presupuestario de la facultad e identificaba correctamente sus dos principales fuentes de financiación: la hacienda pública y las contribuciones filantrópicas. El enviado de la FR llegaba a la conclusión que los avances en la Facultad de Medicina de la UES representaban «una empresa importante para la educación médica en Centroamérica». El veredicto de Weir fue correspondido por los médicos de la UES, quienes se comprometieron a diseñar un nuevo proyecto de mejoramiento de la facultad e involucrar a las autoridades universitarias en una solicitud formal de cooperación a la Fundación Rockefeller⁴⁵¹.

El 18 de marzo de 1957, el Rector Romeo Fortín Magaña hace la solicitud para un período de cinco años (1957-1961)⁴⁵². El proyecto presentado a la Fundación proponía una financiación mixta y variable. Durante el primer año del proyecto (1957) la FR aportaría ₡ 671,325. Como contrapartida la UES obtendría de fondos públicos la cantidad de ₡ 435,928. Ya a partir del segundo año la Universidad se comprometía a aumentar la inversión pública sobre la privada. Básicamente, el proyecto de mejoramiento de la facultad iba dirigido a cubrir el pago de profesores, salarios del personal administrativo y los costos de equipamiento de los laboratorios de la facultad⁴⁵³.

Los progresos ya alcanzados al interior de la Facultad de Medicina y la existencia de una contrapartida importante de fondos gubernamentales, que se proyectaban ir en aumento cada año, fueron determinantes para que la FR se decantase por una decisión favorable a los intereses de la UES. En efecto, en junio de 1957 la FR comenzó a financiar el Proyecto de Mejoramiento de la Facultad de Medicina. Sin embargo, no aceptó financiar la totalidad de lo solicitado por las autoridades de la UES. Por ejemplo, para el primer año (1957-1958) de proyecto el desembolso fue de ₡ 436,625. Es decir, el 65 % de lo requerido a la FR en el Proyecto de Mejoramiento de la Facultad de Medicina. Esta situación se repitió en el resto de los años que comprendía el proyecto (ver tabla 10). Ahora bien, entregar menos de lo peticionado por la UES en realidad

⁴⁵¹ Weir, 1956.

⁴⁵² «Carta de Romeo Fortín Magaña a John Weir», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁵³ «School of medicine University of El Salvador», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, págs. 1-35, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

fue coherente con la política de cooperación de la FR, que estipulaba no asumir la mayor parte del financiamiento de un proyecto⁴⁵⁴.

A pesar del contratiempo, las autoridades de la Facultad de Medicina mantuvieron un canal permanente para agilizar el financiamiento aprobado por la FR⁴⁵⁵. Así, quedó registrado en los trámites administrativos que realizó el Dr. Saturnino Cortés en 1958 en calidad de decano de la facultad y como titular del proyecto enviado a la FR en 1957. Incluso, el cambio de autoridades al interior de la facultad no significó descuidar la fuente de financiamiento que proveía la FR. Por ejemplo, en marzo de 1959, los doctores José Kuri y Orlando de Sola, recién electos decano y vicedecano, respectivamente, expresaron ante la Fundación Rockefeller lo siguiente: «Aprovechamos esta oportunidad para manifestar que nuestra administración será dirigida a seguir el criterio, extender los lineamientos y concluir los proyectos pendientes de la administración anterior» (sic)⁴⁵⁶. En esa misma ocasión, Kuri y de Sola insistieron en la importancia de la cooperación brindada por la FR a la facultad. Esta última valoración de los facultativos se respaldaba en el hecho de que en 1959 la FR entregó ₡111,250 colones a la Facultad de Medicina, equivalentes al 44.5% de los fondos gubernamentales con que contaba el recinto académico (ver tablas 10 y 11).

3.3.2 Crisis política del año 1960 y la fragilidad de la cooperación estadounidense

Durante el decenio de los sesenta la FR continuó con el financiamiento de algunas iniciativas de la Facultad de Medicina, pero de manera menos intensa. La cooperación de la FR comenzó a disminuir en el año de 1960; año de agitada coyuntura política en el país. Durante los meses de agosto a octubre de 1960 se produjo un movimiento civil que cambió la escena política salvadoreña. La Universidad de El Salvador fue protagonista de este movimiento, al grado que los policías reprimieron brutalmente a las máximas autoridades de la UES la tarde del 2 septiembre. En los meses de agosto a septiembre, este amplio movimiento civil realizó una serie

⁴⁵⁴ Birn y Richter, 2016, 138-139.

⁴⁵⁵ «Carta de Saturnino Cortés a John Weir», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 11, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁵⁶ «Carta de Kuri, Sola y Llorca a John Weir», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 13, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

de protestas contra la matriz autoritaria del Gobierno de José María Lemus que generaron una aguda crisis política; comparable a los sucesos previos a la salida de Martínez del ejecutivo en 1944⁴⁵⁷. El 26 de octubre, el presidente Lemus fue depuesto de su cargo y marcó el fin del prudismo. Acto seguido, se instaló una Junta de Gobierno compuesta por civiles y militares. Entre las figuras civiles de esta junta destacó el Dr. Fabio Castillo, quien contaba con el beneplácito del movimiento estudiantil⁴⁵⁸.

Ahora bien, considero que el papel protagónico de los estudiantes y académicos en esta coyuntura de 1960 atrajo nuevas reticencias hacia la Universidad de El Salvador. Las organizaciones estudiantiles de la UES fueron los actores determinantes en aquellos meses para articular las protestas y contraargumentar las posturas oficiales del Gobierno de Lemus. Las propias autoridades de la UES aumentaron el protagonismo universitario al cuestionar públicamente al presidente Lemus por permitir todo tipo de vejámenes y violaciones a los derechos civiles de los estudiantes que protestaban. Por su parte, el Gobierno de Lemus hilvanó un discurso anticomunista que calificó las protestas y posicionamientos de los universitarios como parte de una conspiración del comunismo internacional⁴⁵⁹.

De cara a esta coyuntura política del año 1960, es necesario plantearse las siguientes interrogantes: ¿fue posible que la coyuntura política de 1960 generase desconfianza o ánimo de distanciarse de la UES por parte de la Fundación Rockefeller? ¿fueron los hechos políticos de 1960 los que influyeron en la disminución de la cooperación que proveía la Fundación Rockefeller a la Facultad de Medicina? O en el peor de los casos ¿contempló la Fundación Rockefeller la posibilidad de no continuar con el financiamiento hacia la Facultad de Medicina? Para ahondar al respecto, es necesario adentrarse en la intimidad del intercambio epistolar que sostuvieron los médicos reformistas de la UES con sus interlocutores de la Fundación Rockefeller durante agosto de 1960 y los meses posteriores al derrocamiento del presidente Lemus.

Por ejemplo, el 27 de agosto el Dr. Fabio Castillo le envió una carta a John Weir con la idea de transmitir serenidad y dar su versión sobre una manifestación estudiantil que fue reprimida frente a la Facultad de Medicina, la tarde del 19 de agosto. Esta ya era la segunda

⁴⁵⁷ Roberto Turcios, *Rebelión, San Salvador 1960* (San Salvador: Cenicsh, 2017), 12 y 28, 181-190; 209-210 y 273.

⁴⁵⁸ Roberto Turcios, «Vida política» en *El Salvador historia contemporánea 1808-2010*, coord. por Carlos Gregorio López Bernal, (San Salvador: Editorial Universitaria, 2015), 95.

⁴⁵⁹ Turcios, 2017, 192-193 y 218-219.

protesta opositora en menos de una semana contra el Gobierno de Lemus. Y dada la respuesta gubernamental, el interés de Castillo por enviar un mensaje de confianza a los personeros de la FR sobre lo acaecido el 19 de agosto no era para menos. El operativo policial y militar de ese día contuvo y sitió a los manifestantes en las instalaciones de la facultad. También, los profesores de medicina que trabajaban en ese momento terminaron siendo afectados por la maniobra represiva al quedar atrapados en el recinto académico; entre los profesores se encontraban académicos extranjeros, quienes habían sido traídos por la cooperación internacional. Castillo aludió a estos hechos y enfatizó en la oportuna intervención de las autoridades universitarias que gestionaron la salida de los profesores del edificio y la liberación de los detenidos a eso de las 9:00 pm. Como aliciente, Castillo agregaba que Jacob Sacks, profesor visitante de la Universidad de Arkansas, no sufrió el inconveniente de estar capturado al interior de una patrulla policial⁴⁶⁰.

En la misma misiva, Castillo le aseguró a Weir que la mayoría del trabajo académico continuaba sin interrupciones. Incluso se puede percibir hasta un tono estoico en las palabras Castillo, principalmente cuando este reiteraba que la facultad no desmayaría en sus labores y que los trabajadores pensaban igual. Sin embargo, Castillo también reconoció que la normalidad estaba rota, pues el Gobierno no desembolsaba los fondos para la Facultad de Medicina y los estudiantes universitarios estaban dispuestos a oponerse a las prácticas autoritarias de Lemus. Ahora bien, Castillo insistió que era necesario hacer efectiva la cooperación anteriormente solicitada a la FR para que la facultad funcionase «incluso en la oscuridad» de aquella coyuntura política de agosto de 1960. Castillo cerró su carta diciéndole a Weir que no perdieran la comunicación existente⁴⁶¹.

En octubre, a pocos días del golpe de Estado contra el presidente Lemus, Fabio Castillo sostuvo una reunión con el Dr. Weir en Panamá. Los temas que se ventilaron en esa ocasión fueron el eminente derrocamiento de Lemus y la difícil situación financiera por la que atravesaba la Facultad de Medicina⁴⁶². Fabio Castillo ya era el político salvadoreño que conocía de la víspera

⁴⁶⁰ «Carta de Fabio Castillo a John Weir, 27 de agosto de 1960» Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁶¹ Ibidem.

⁴⁶² «Cartas de John Weir y Jacob Sacks, 28 de noviembre y 19 de diciembre de 1960» Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York. Entre una carta y otra, Weir cambió su versión sobre el hecho de haber discutido, de manera anticipada, con Fabio Castillo el golpe de Estado contra el presidente Lemus. Considero que Weir se desdice por la razón de que la Junta de Gobierno salvadoreña no fue del total agrado de la diplomacia estadounidense y se percató de su infidencia al verse cuestionado por el Dr. Jacob Sacks en una carta anterior, con fecha del 12 de diciembre de 1960.

de un golpe de Estado y al mismo tiempo le preocupaba el estancamiento financiero de la Facultad de Medicina⁴⁶³.

En noviembre de 1960, luego de consumado el golpe contra Lemus e instalada la Junta de Gobierno, la Facultad de Medicina debía retomar sus labores. O por lo menos eso esperaba el Dr. Juan Allwood Paredes, profesor y miembro del grupo de médicos que impulsaban la reforma de la facultad. Para Allwood Paredes la llegada de la Junta de Gobierno era el signo de un futuro venturoso para los intereses de la facultad y agregaba: «Ahora esperamos que la política nunca más vuelva a interferir con el desarrollo normal de la enseñanza de la medicina». Quizá la participación directa de Fabio Castillo en la Junta de Gobierno despertó esperanzas entre los facultativos de la UES, quienes no habían tenido las mejores relaciones con el ejecutivo saliente en sus últimos meses. En el mismo mes de noviembre Allwood Paredes envió una carta a la FR con el objetivo de solicitar financiamiento para pagar la estadía de un profesor extranjero. Esta petición volvió a poner en agenda el tema de la cooperación internacional como algo importante para la Facultad de Medicina, tal como había insistido pocos meses atrás Fabio Castillo⁴⁶⁴.

John Weir en su calidad de funcionario de la FR e interlocutor de los médicos salvadoreños estaba informado de las novedades de la Facultad de Medicina y la Junta de Gobierno. Particularmente, el no reconocimiento de la Junta de Gobierno por parte de los Estados Unidos fue un suceso que Weir tuvo muy presente, porque involucraba a Fabio Castillo y a la misma Facultad de Medicina. En ese contexto, Weir fue consciente que la política exterior de EE. UU hacia El Salvador se ejecutaba con mucha reticencia⁴⁶⁵. Precisamente, el Departamento de Estado de los Estados Unidos mostró desconfianza sobre la composición de la Junta de Gobierno salvadoreña, al grado de encender las alarmas anticomunistas y pasar todo el mes de noviembre sin reconocer al nuevo Gobierno. En parte, esta postura de EE. UU se originó por las apreciaciones sesgadas que tuvo su cuerpo diplomático en el país⁴⁶⁶. La embajada de EE. UU creía que al interior de la Facultad de Medicina existían agentes comunistas que conformaban el círculo de confianza de Fabio Castillo. De aquí, que, en noviembre de 1960, la Facultad de

⁴⁶³ Turcios, 2017, 289-290 y 304.

⁴⁶⁴ «Carta de Juan Allwood Paredes a John Weir, 18 de noviembre de 1960» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁶⁵ «Carta de John Weir a Jacob Sacks, 28 de noviembre de 1960» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁶⁶ Knut Walter, «El Salvador en el mundo» en *El Salvador historia contemporánea*, coord. por Carlos Gregorio López Bernal, (San Salvador: Editorial Universitaria, 2015), 183.

Medicina y la Junta de Gobierno fueran vistas por EE. UU como piezas de una misma maquina: el comunismo internacional⁴⁶⁷.

Weir consideró que el no reconocimiento de la Junta de Gobierno demostraba la torpeza de la diplomacia estadounidense en El Salvador. Tenía claro que como funcionario de la FR no podía inmiscuirse en los asuntos diplomáticos que buscasen favorecer a la Junta de Gobierno⁴⁶⁸. Sin embargo y a pesar de este cargado ambiente anticomunista, Weir anunció su visita a la Facultad de Medicina, la cual se llevaría a cabo en el segundo trimestre de 1961 y tendría por propósito discutir un posible aumento de la cooperación por parte de la FR⁴⁶⁹.

En diciembre de 1960, Fabio Castillo continuaba como miembro de la Junta de Gobierno, pero no descuidaba su preocupación por el financiamiento de la Facultad de Medicina. El 14 de diciembre de 1960 Castillo enviaba una carta a la Fundación Rockefeller sobre la situación financiera de la facultad. Castillo explicaba que el problema del congelamiento de los fondos públicos de la facultad durante los últimos meses del Gobierno de Lemus fue resuelto y agregaba que para el próximo año se proyectaban incrementos en las asignaciones gubernamentales. Sin embargo, Castillo consideraba que la facultad necesitaría del financiamiento de la FR para elevar el número de profesores durante el año 1961 y así mejorar la calidad educativa⁴⁷⁰.

Una vez finalizado 1960, la Fundación Rockefeller registró en su memoria de labores un descenso notable de la cooperación para la Facultad de Medicina de la UES. Pasó de ₡ 111,250 en el año 1959 a ₡12,250 en 1960 (ver tabla 10). Seguramente esta importante caída de la cooperación motivó a la Dra. María Isabel Rodríguez a escribirle a la FR en febrero de 1961. Curiosamente, en esa oportunidad la Dra. Rodríguez se empeñó en argumentar que la Facultad de Medicina y los estudiantes universitarios ya no estaban involucrados en disputas políticas. Además, Rodríguez ponderó que la facultad continuaba con total normalidad sus actividades académicas y proyectaba que las erogaciones gubernamentales no sufrirían demora alguna. La Dra. Rodríguez consideró que los estudiantes ya habían entendido que la Universidad estaba «por encima de luchas políticas» y concluía: «creemos que esta es una buena oportunidad para

⁴⁶⁷ «Carta de Jacob Sacks a John Weir, 21 de noviembre de 1960», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁶⁸ «Carta de John Weir a Jacob Sacks, 28 de noviembre de 1960» Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁶⁹ «Carta de John Weir a Juan Allwood Paredes, 29 de noviembre de 1960», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁷⁰ «Carta de Fabio Castillo a John Weir, 14 de diciembre de 1960», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

demostrarle tanto a la gente del país como a las personas que nos estiman en el extranjero, que la institución ya se ha consolidado lo suficiente como para no verse inmiscuida en los problemas políticos»⁴⁷¹.

Tabla 10.
Cooperación financiera de la Fundación Rockefeller a la Facultad de Medicina de la UES, 1957-1965

Años	Montos aprobados (en colones)	Montos solicitados por la UES (en colones)
1957-1958	436,625	671,325
1959	111,250	411,500
1960	12, 250	330,500
1962	3,725	*
1964	49,500	*
1965	7,082	*

Fuente: Elaboración propia en base a The Rockefeller Foundation, *Annual report 1957* (New York: The Rockefeller Foundation, 1957), 76 y 92. The Rockefeller Foundation, *Annual report 1959* (New York: The Rockefeller Foundation, 1959), 80 y 89. The Rockefeller Foundation, *Annual report 1960* (New York: The Rockefeller Foundation, 1960), 126. The Rockefeller Foundation, *Annual report 1962* (New York: The Rockefeller Foundation, 1962), 189. The Rockefeller Foundation, *Annual report 1964* (New York: The Rockefeller Foundation, 1964), 194. The Rockefeller Foundation, *Annual report 1965* (New York: The Rockefeller Foundation, 1965), 199. «School of medicine University of El Salvador», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, págs. 1-35, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York. Utilizo la referencia de 2.5 colones por cada dólar como lo establece el BCR para entonces. * No encontrados los datos respectivos.

De los documentos que he revisado no puedo determinar que los acontecimientos políticos del año 1960 en El Salvador influyeron en la disminución del financiamiento que la FR enviaba a la Facultad de Medicina. Pero, estos documentos si muestran la preocupación de los médicos de la facultad ante un posible deterioro de la relación de cooperación con la FR a consecuencia de la coyuntura política. Además, se puede constatar que a lo largo de la primera mitad de la década de 1960 la FR realizó erogaciones menores en comparación con los montos de los años entre 1957 y 1959 (ver tabla 10). Por otra parte, la FR nunca dejó de valorar de manera positiva la interlocución de Fabio Castillo, considerado en 1963 como «la única persona [de] la escena educativa que podía ejercer un liderazgo» capaz de transformar no solo a la

⁴⁷¹ «Carta de María I. Rodríguez a John Weir, 8 de febrero de 1961», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

Facultad de Medicina sino a la Universidad en su totalidad⁴⁷². A pesar de esta opinión favorable sobre el Dr. Castillo, fue evidente que durante la segunda mitad del decenio de 1960 la Facultad de Medicina o la Universidad de El Salvador ya no volvieron a figurar como destinatarias de los fondos de cooperación de la FR⁴⁷³.

3.3.3 El financiamiento gubernamental

Dicho todo lo anterior sobre las fuentes de financiamiento de la Facultad de Medicina es necesario abordar las erogaciones realizadas desde el Gobierno salvadoreño. Desde el inicio de la reforma de la facultad, entre 1954 y 1955, los médicos reformistas exploraron la posibilidad de conseguir aumentos presupuestarios del Gobierno salvadoreño. En 1955 Fabio Castillo hizo gestiones para que la facultad recibiera un incremento de los fondos procedentes del presupuesto gubernamental⁴⁷⁴. De hecho, la Facultad de Medicina aseguró, en 1957, que desde 1955 el Gobierno salvadoreño le había entregado todos los fondos solicitados⁴⁷⁵.

Contrario a lo que pudiera suponerse desde la memoria reciente, los Gobiernos autoritarios y reformistas de los decenios de 1950 y 1960 realizaron incrementos significativos a las arcas de la UES⁴⁷⁶. En buena medida fue el reflejo de una relación menos tensa entre Gobierno y Universidad, sobre todo en la década de 1960⁴⁷⁷. Un ejemplo de esta distensión entre Ejecutivo y universitarios la recogió, en 1957, un documento técnico de la Facultad de Medicina que proyectaba los aspectos esenciales de su reforma; en este documento, se afirmó que «tanto el Gobierno como la Universidad» estaban «muy interesados en el desarrollo de la facultad»⁴⁷⁸. Y esto pasaba imperiosamente por elevar las erogaciones gubernamentales.

En enero de 1957 se reunieron el presidente Lemus y las autoridades de la Facultad de Medicina con el propósito de discutir sobre la reforma en marcha y el financiamiento que

⁴⁷² «Apoyo para el Dr. Fabio Castillo», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 4, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁷³ The Rockefeller Foundation, *Annual report 1967* (New York: The Rockefeller Foundation, 1967), 39. The Rockefeller Foundation, *Annual report 1969* (New York: The Rockefeller Foundation, 1969), 106 y 190.

⁴⁷⁴ «Entrevista JMW, 4 de mayo de 1956», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁷⁵ «School of medicine University of El Salvador», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, págs. 1-2, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁷⁶ López Bernal, 2017, 246.

⁴⁷⁷ Almeida, 2011, 117.

⁴⁷⁸ «School of medicine University of El Salvador», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, pág. 1, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

recibiría la facultad del Gobierno. Fue en esta ocasión cuando los facultativos le plantearon a Lemus que el proyecto de cooperación que financiaría la FR le exigiría contrapartidas presupuestarias que debían ser asumidas de manera progresiva con fondos gubernamentales⁴⁷⁹. Ante esta situación, el Gobierno de Lemus se comprometió «a elevar progresivamente el presupuesto» de la facultad en ₡250,000 colones anuales hasta llegar a la cifra de ₡1,750,000 en 1962⁴⁸⁰.

En su primer año el Gobierno de Lemus había incrementado el presupuesto de la Facultad de Medicina de ₡150,000 a 250,000. Sin embargo, durante los años de 1957 a 1959 las erogaciones gubernamentales se estancaron en la cifra de ₡250,000 anuales; incumpliendo así lo prometido de realizar incrementos graduales por año (ver tabla 11). La facultad debió de esperar hasta 1960 para lograr un segundo incremento por parte de los fondos gubernamentales. Y fue hasta el año de 1961 que la erogación gubernamental alcanzó el millón de colones. Y aunque no fuera en su totalidad ni en el tiempo estipulado, no se puede negar que la Facultad de Medicina bien pudo dar por cumplida la promesa de Lemus, como se puede observar a continuación:

Tabla 11.
Erogaciones del Gobierno salvadoreño a la Facultad de Medicina,
1956-1961

Años	Erogaciones gubernamentales (en colones)
1956	150,000
1957	250,000
1958	250,000
1959	250,000
1960	450,000
1961	1,000,000

Fuente: Elaboración propia en base a «Facultad de Medicina presupuestos 1956-1961», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 15, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

Debe ponerse en perspectiva, que la urgencia de elevar el número de médicos para atender los problemas sanitarios de los salvadoreños fue la causa estructural que motivo al Gobierno de

⁴⁷⁹ «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁸⁰ «Carta de Fabio Castillo a John Weir, 23 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

Lemus a realizar incrementos en el presupuesto de la Facultad de Medicina. A finales de la década de 1950 El Salvador contaba con 325 médicos. Los estudios internacionales indicaban que el país necesitaba triplicar el número de galenos para atender las necesidades sanitarias de una sociedad que alcanzaba los 1,855,917 habitantes⁴⁸¹. Con esta exigencia de elevar dramáticamente el número de médicos es como la Facultad de Medicina de la UES transitó la década de 1960.

En febrero de 1963, el recién nombrado rector de la UES Fabio Castillo le comentó al Dr. Virgil Scott de la importancia de que la Facultad de Medicina entrara en una segunda fase de reforma académica⁴⁸². Esta proyección del rector Castillo necesitaba de una relación armoniosa con el Gobierno salvadoreño para garantizar fondos gubernamentales, imprescindibles ahora ante el descenso de la cooperación internacional. En septiembre de 1963 María Isabel Rodríguez describía la situación de la Universidad como promisoría. El Gobierno había garantizado un refuerzo presupuestario a Fabio Castillo con el que se construiría un nuevo edificio para ampliar las capacidades académicas y administrativas de la facultad⁴⁸³.

El edificio costaría tres millones de colones y estaría finalizado a principios de 1967. En 1965 el Gobierno ya había desembolsado un millón y medio⁴⁸⁴. Ese mismo año el periódico *El Universitario* informaba que el aumento de estudiantes en el UES hacía imprescindible el nuevo edificio de la Facultad de Medicina⁴⁸⁵.

Quien quedó sorprendió de los cambios ocurridos en la facultad fue Alfred Lazarus, representante del National Institutes of Health sección Latinoamérica. A finales de julio de 1965 Lazarus vino al país con el propósito de observar los logros alcanzados por la facultad. Posteriormente, redactó un breve informe en el que afirma que el progreso obtenido por la facultad era notable en comparación con lo observado en una visita anterior al recinto académico realizada en 1962. En el documento, Lazarus afirmó que la Facultad de Medicina tenía a 46 de los 160 profesores de tiempo completo que gozaban de ese estatus en la Universidad. Y a partir

⁴⁸¹ Organización Mundial de la Salud, 1959, 179. «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁸² «Carta de Fabio Castillo a Virgil Scott, 19 de febrero de 1963», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 20, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁸³ «Carta de María Isabel Rodríguez a Virgil Scott, 14 de septiembre de 1963», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 21, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁸⁴ «Carta de Alfred Lazarus, 4 de agosto de 1965», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 23, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁸⁵ «Universidad construye la Facultad de Medicina» y «La ciudad universitaria crece», *El universitario*, 14 de julio de 1965: 1 y 7.

de este dato Lazarus aseveró que no conocía muchas facultades de medicina en Latinoamérica que igualaran o superaran tal condición. Para Lazarus la construcción de un nuevo edificio y un mayor ingreso de alumnos eran otros signos del desarrollo académico que ya vivía la facultad. Finalmente, el informe de Lazarus describió como la facultad desarrollaba algunas investigaciones médicas, siendo María Isabel Rodríguez y Alfonso Trejos dos de los académicos que se encontraban en la ejecución de estudios sobre la enfermedad de Chagas⁴⁸⁶.

En 1965 el presupuesto de la Facultad de Medicina alcanzaba el 1.5 millones de colones. La cifra era coherente con la tendencia de disminución de la aportación de la FR e incremento proporcional de los fondos gubernamentales (ver tablas 10-11). Todo ello tuvo lugar en un contexto de crecimiento generalizado de la inversión en educación superior a lo largo de la década de 1960, en la que se pasó de ₡ 2,000,0000 a ₡16,250,000⁴⁸⁷.

Hacia el final de la década de 1960, la Facultad de Medicina tenía logros que presentar a la nación. Estos iban en el orden de haber aumentado su capacidad de matriculación de alumnos, contar con un número mayor de profesores de tiempo completo y disponer de una nueva infraestructura en el campus central⁴⁸⁸. En 1970, la Universidad publicó en dos páginas de periódico las estadísticas que resumían todos sus éxitos académicos obtenidos entre 1963-1969. Esta publicación daba a entender que los avances universitarios de ese periodo marcaban un hito pletórico para la historia de la UES⁴⁸⁹. En el caso particular de la Facultad de Medicina sus logros claramente partían del grupo de médicos liderados desde 1954 por María Isabel Rodríguez y Fabio Castillo.

La Facultad de Medicina ciertamente contribuyó al aumento del número de galenos durante los años sesenta. Precisamente, la facultad logró graduar un promedio de 24 médicos al año entre 1958 y 1963, cifra que duplicaba el promedio de la década de 1940⁴⁹⁰. Sin embargo, el crecimiento demográfico de las décadas de 1950 y 1960 sobrepasó con mucho los esfuerzos

⁴⁸⁶ «Carta de Alfred Lazarus, 4 de agosto de 1965», Colección RF, fondo 1.2 projects, serie 333, folder 23, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁸⁷ Almeida, 2011, 117-118. Tomo las cifras citadas por Almeida, pero las convierto a colones utilizando la referencia de 1 dólar por 2.5 colones, que fue la tasa de cambio según el BCR de El Salvador durante estos años.

⁴⁸⁸ Mayra Estela Benítez Benavides y María Eugenia Calero García, «Anteproyecto arquitectónico de hospital escuela para la Facultad de Medicina de la UES» (tesis de arquitectura, Universidad de El Salvador, 1998), 12. Avalos Guevara, 2010, 203. Almeida, 2011, 119. A pesar de las diferencias sobre los datos presentados por Almeida y Avalos con respecto al aumento de estudiantes matriculados durante los años sesenta, es innegable que la matrícula universitaria reflejó un crecimiento notorio en estos años.

⁴⁸⁹ «Compárese la Universidad de El Salvador», *La Prensa Gráfica*, 11 de junio de 1970: 36-37.

⁴⁹⁰ Villatoro, 1968, 21-22.

académicos de graduar a más médicos. A lo largo de la década de 1950, los Gobiernos salvadoreños habían recibido la recomendación de aumentar el número de médicos hasta el millar para poder atender adecuadamente a una población de 1,855,917 habitantes. En 1957 el país solo contaba con 325 médicos⁴⁹¹. Todavía en 1969, el número de médicos no superaba los 865, y para entonces la población salvadoreña ya rebasaba los 3.3 millones de personas, lo cual volvió aún más insostenible la situación del número de médicos por habitante⁴⁹². Esta baja disponibilidad de médicos es un factor estructural por evaluar en el funcionamiento del sistema de salud salvadoreño.

3.4 La epidemia de disentería

Seguramente julio de 1969 está más presente en la memoria colectiva por los hechos relacionados con la guerra entre El Salvador y Honduras⁴⁹³. A nivel historiográfico hoy contamos con insumos para relacionar la breve guerra con un cambio político y económico del modelo de desarrollo de El Salvador, que tenía entre sus pilares la integración centroamericana. La guerra exacerbó un nacionalismo visceral en ambos países y tuvo la facultad de abrir el debate sobre la necesidad de una reforma de la estructura agraria en El Salvador⁴⁹⁴. Ahora bien, ese mes de julio no solo llegaron vientos de guerra sino también de epidemia. En julio de 1969 aparece la disentería y a mediados de 1970 alcanza su punto álgido. A partir de 1971 la disentería manifiesta una tendencia a la baja y en 1973 pasó de epidemia a estado endémico⁴⁹⁵. En este acápite me ocuparé de esta epidemia y de los médicos que estuvieron involucrados en su erradicación.

Es de tener presente que la epidemia de disentería tuvo una dimensión centroamericana. Los primeros casos se reportaron en el extremo occidente de Guatemala, en el departamento de

⁴⁹¹ Organización Mundial de la Salud, 1959, 179. «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Colección RF, fondo 1.2 proyectos, serie 333, folder 9, Archivo de la Fundación Rockefeller, New York.

⁴⁹² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970, 29-30.

⁴⁹³ Carlos Pérez Pineda, *El conflicto Honduras-El Salvador, julio de 1969*, (San José: Imprenta Nacional, 2014), 10-78. Es de los pocos trabajos académicos que brinda por menores y elementos tácticos sobre cómo se desarrolló la guerra, la cual tuvo sus enfrentamientos principales del 14 al 18 julio de 1969.

⁴⁹⁴ Turcios, 2019, 122-124.

⁴⁹⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970, 41. Gerald A. Faich, Eduardo N. Rivas y Eugene J. Gangarosa, «Tendencias de la disentería de Shiga en El Salvador, 1969-1973», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 76 (1974): 331-333.

San Marcos, entre noviembre de 1968 y enero de 1969. A lo largo de 1969, la disentería se propaga por todo el territorio guatemalteco. En julio del mismo año ya está presente en El Salvador. En diciembre de 1970, la epidemia cubre buena parte del territorio nicaragüense y comienzan a surgir los primeros casos en Costa Rica⁴⁹⁶.

La historiografía salvadoreña cuenta con escasas alusiones a esta epidemia. Seguramente, la poca atención del caso se deba al desarrollo limitado de la historiografía nacional que ha debido de priorizar temas más urgentes de la economía, la cultura y la política. La tesis de Diana Duran sobre las políticas de salud y enfermedades transmisibles en El Salvador es de los pocos trabajos que estudia la epidemia de disentería a nivel estadístico entre 1969-1971⁴⁹⁷. Vimos en el capítulo 1 que una coyuntura epidémica se constituye por la existencia de una enfermedad con alta prevalencia, que además cuenta con elementos de novedad que posibilitan un contexto de particular incertidumbre en las sociedades. Dicho esto, ¿cuál fue la respuesta del sistema de salud pública de El Salvador ante la epidemia de disentería? ¿cómo actuó el gremio médico de El Salvador frente la epidemia de disentería?

3.4.1 El comienzo

Hacia 1969, los trabajadores del sistema de salud pública del país totalizaban 7,457 personas, entre médicos, odontólogos, enfermeras, inspectores de saneamiento, auxiliares y personal administrativo. Todos estos trabajadores movían un sistema de salud pública que ya contaba con una capacidad de 185 establecimientos constituidos por hospitales y unidades de salud en zonas urbanas y rurales del país⁴⁹⁸. La cantidad de trabajadores de la salud pública puede parecer alta, pero en realidad el sistema solo tenía la capacidad efectiva para atender al 24 % de la población, que rondaba los 3.3 millones de salvadoreños⁴⁹⁹. Fue este porcentaje el que definió una de las limitantes de los servicios de salud pública en términos sistémicos. Habría que recordar

⁴⁹⁶ Adolfo Pérez Miravete, «Programa de investigación epidemiológica sobre infecciones producidas por Shiga dysenteriae tipo 1 en México», *Salud Pública de México*, n.º 4 (1972): 499-500. Eugenio J. Gangarosa, «Disentería por el bacilo de Shiga en Centroamérica», *Salud Pública de México*, n.º 3 (1971): 302. Leonardo J. Mata et al., «Epidemia de disentería Shiga en Centroamérica I. Investigaciones etiológicas en Guatemala, 1969», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 71 (1971): 93.

⁴⁹⁷ Durán, 2016, 125-126.

⁴⁹⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970, 30 y 36. En la cifra de 185 están incluidos tres centros de vacunación. El informe hace una distinción entre unidades y puestos de salud, en mi exposición para fines didácticos solo utilizo el primer término.

⁴⁹⁹ Organización Mundial de la Salud, 1975, 102.

que los Gobiernos de los años 1950 y 1960 nunca alcanzaron la cifra de médicos requeridos por el sistema de salud, y esto a pesar de que la Facultad de Medicina de la UES elevó el número de graduados durante el proceso de la reforma universitaria de los sesenta. Precisamente, al iniciar la década de 1970, El Salvador formó parte del grupo de países centroamericanos que poseían los sistemas de salud pública con las menores cantidades de médicos por habitantes. Así, El Salvador y Guatemala tenían un médico por cada 3,950 y 3,620 habitantes, respectivamente; en las antípodas se ubicaba Panamá con un médico por cada 1,470 personas, lo cual acercaba a este país a los parámetros de las naciones desarrolladas que contaban con un galeno por cada 500 a 1000 personas⁵⁰⁰.

Por su parte, la epidemia de disentería de 1969 sólo volvió más evidente estas carencias estructurales con que funcionaba el endeble sistema de salud salvadoreño desde sus inicios. Sin embargo, el sistema de salud pública realizó una temprana vigilancia epidemiológica ante el aumento súbito de casos de disentería. A la base de la vigilancia epidemiológica estuvieron los 185 establecimientos de salud pública esparcidos en el territorio nacional. Ya en julio de 1969, se determinó un comportamiento atípico, pero, todavía sin identificar al patógeno causante de la disentería. Ahora bien, en el desarrollo de la disentería los 42 laboratorios del sistema de salud pública no dieron abasto para procesar las muestras coprológicas de la totalidad de casos que fueron registrados como disentería entre 1969-1973. Contar con un análisis de laboratorio como paciente de disentería fue un privilegio de pocas personas. El sistema de salud pública funcionaba, pero con una cobertura limitada⁵⁰¹. Esto tuvo a la base un problema estructural del sistema sanitario: la concentración de los recursos humanos y financieros en el departamento de San Salvador, como se comprobó en el capítulo anterior.

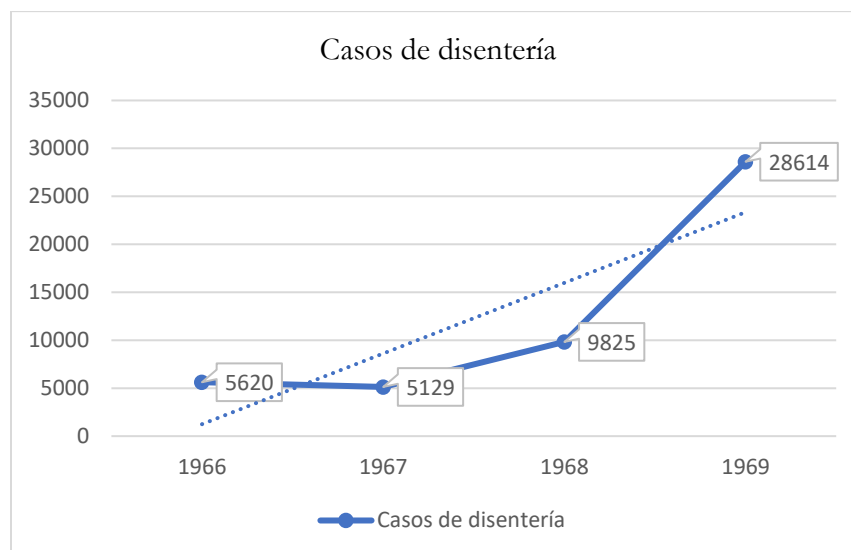
Para agosto de 1969, el personal médico constató que la disentería se había disparado a más de mil casos solo en ese mes. Previamente, entre 1964-1968 la disentería tuvo un promedio de 522 casos mensuales; es decir, nunca se alcanzó la cifra de 10,000 casos al año (ver gráfica 7). En todo 1969 la disentería llegó hasta los 28,614 casos (tasa de morbilidad de 844 personas enfermas por cada 100,000 habitantes). De estos 28,614 casos de disentería, 608 fueron

⁵⁰⁰ Organización Mundial de la Salud, 1975, 34, 101, 105 y 112.

⁵⁰¹ Faich et al., 1974, 331-332. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970, 36, 56 y 72. El artículo de Faich et al. habla de 186 establecimientos de salud, pero por mi parte mantengo el dato de 185 como se manejó en la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1970. Por otra parte, asumo el aspecto metodológico que explica este artículo en el sentido de incluir a todos los casos de disentería sin distinguir su etiología para el análisis.

fallecimientos (tasa de mortalidad de 18 personas por cada 100,000 habitantes) lo que quintuplicó el promedio de mortalidad que la enfermedad había registrado en el periodo entre 1964 a 1968⁵⁰².

Gráfico 7.
Morbilidad de disentería por diversas causas, 1966-1969



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrinial presentado a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana* (San Salvador: Mspas, 1970), 23.

Si la alta cantidad de casos de disentería registrados en 1969 añadía incertidumbre a la coyuntura epidémica, hubo otro elemento que acentuó aún más esa atmosfera. Me refiero a la dificultad que afrontaron los laboratorios del sistema de salud pública para determinar con precisión cuál era el patógeno motivante de las disenterías. En los primeros meses de la epidemia «resultó difícil identificar al organismo causante porque no proliferaba bien en los medios de cultivo habituales de laboratorio», pues se requería de «una gran meticulosidad»⁵⁰³. La confusión en el diagnóstico fue responsable de una elevada administración de medicamentos imprecisos que causaron cuadros con alta toxicidad en los pacientes al inicio de la epidemia⁵⁰⁴.

El Salvador entró a enero de 1970 y los casos de disentería venían con la tendencia alcista del año anterior. No se contaba aún con alguna investigación que indicase con certeza cuál era

⁵⁰² Faich et al., 1974, 331-333.

⁵⁰³ Faich et al., 331-332.

⁵⁰⁴ Eugene J. Gangarosa et al., «Epidemia de disentería Shiga en Centroamérica II. Estudios epidemiológicos en 1969», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 71 (1971): 109.

el organismo causante de las disenterías en el país. Las primeras investigaciones etiológicas sobre la disentería en Centroamérica se comenzaron a realizar a partir de agosto de 1969 en Guatemala, pero sus resultados se publicaron hasta septiembre de 1970⁵⁰⁵. Por su parte, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas) de El Salvador pondría en marcha una investigación para determinar la etiología de la epidemia de disentería hasta agosto de 1970; mientras esto no sucedió las autoridades sanitarias debieron recurrir a explicaciones poco fundamentadas para sobrellevar la ausencia de información científica con relación al agente causante de la epidemia de disentería.

Por ejemplo, el 6 de enero de 1970 las máximas autoridades de la Dirección General de Salud (DGS), una dependencia del Mspas, declararon que «las ventas callejeras» eran «las principales causantes» de la epidemia de disentería y exhortaron a los salvadoreños a abstenerse de comprar alimentos a los vendedores en las calles⁵⁰⁶. Si bien es cierto que los alimentos contaminados son un medio para transportar patógenos causantes de enfermedades entéricas como la disentería, fue un error por parte de las autoridades de la DGS el querer simplificar la patogénesis de la epidemia y atribuir a las ventas de alimentos en la calle la generación de la disentería⁵⁰⁷. Los funcionarios de la DGS en cambio soslayaron las condiciones estructurales que posibilitaban ambientes insalubres, como, por ejemplo, el hacinamiento en los hogares pobres, la baja cobertura de agua potable y el déficit de alcantarillados para la disposición final de aguas residuales. Al inicio de la década de 1970 solamente 124 municipios de los 261 del país tenían servicios de agua potable y únicamente 62 poseían sistemas de aguas negras. Con estas cifras, el país tenía las condiciones propicias para el desarrollo de enfermedades entéricas como la disentería⁵⁰⁸.

Las anteriores declaraciones de las autoridades de la DGS generaron un ambiente de estigmatización hacia los vendedores de alimentos en las calles. El *Diario de Hoy* recibió una oleada de llamadas telefónicas de ciudadanos preocupados por las ventas callejeras y su relación con la disentería. El periódico aseguraba que la mayoría de las personas reclamaba la intervención de la policía para controlar la higiene de los vendedores ambulantes de comida⁵⁰⁹. Al día siguiente,

⁵⁰⁵ Mata et al., 1971, 93-105.

⁵⁰⁶ «Ventas callejeras causan la epidemia de Disentería», *Diario de Hoy* (San Salvador), 7 de enero de 1970: 2 y 24.

⁵⁰⁷ «Disentería bacilar», Manuales MSD.

⁵⁰⁸ Organización Mundial de la Salud, 1975, 101.

⁵⁰⁹ «Ventas callejeras causan la epidemia de Disentería», *Diario de Hoy*, 7 de enero de 1970: 24.

el 8 de enero, «la Policía Municipal empezó a retirar» de las calles de San Salvador las ventas de alimentos que se consideraron insalubres⁵¹⁰.

3.4.2 La explosión

A lo largo del mes de enero los hospitales salvadoreños registraban por decenas los contagios diarios de disentería. El 21 de enero las autoridades del hospital San Rafael de Santa Tecla tomaron la decisión extrema de alojar hasta dos pacientes por cama. El nosocomio de Santa Tecla reportaba que el traslado de pacientes se hacía por medio de automóviles estatales, vehículos particulares y cargados en hamacas. Fueron menores de edad procedentes del campo y tugurios urbanos quienes saturaron el hospital teceleño⁵¹¹. En este ambiente se consideró la posibilidad de retrasar el año escolar para los infantes ya que una semana antes, desde Santa Ana, se había informado que los establecimientos de salud pública de aquella ciudad también atendían a muchos niños enfermos a causa de la disentería⁵¹². De igual manera, el mismo 21 de enero, la prensa exhortaba al alcalde de Santa Tecla a no tolerar las ventas de comida que no cumplieran con las normas sanitarias.

Pero probablemente la estampa más dantesca de la epidemia fue la portada del 22 de enero de 1970 de *El Diario de Hoy* con la foto de uno de los pabellones del hospital Rosales. En la imagen se aprecia a cuatro médicos que observaban a los pacientes de disentería que compartían una misma cama. Al pie de la foto el periódico se limitaba a decir que el Rosales recibía a diario «entre 45 y 70 enfermos de disentería» y agregaba que «ya no hay lechos donde acomodar a los pacientes [...] se colocan hasta tres enfermos en cada cama. La epidemia aumenta día a día, nos informan desde todo el país»⁵¹³.

⁵¹⁰ «Retiran de las calles ventas antihigiénicas», *Diario de Hoy*, 9 de enero de 1970: 2 y 33.

⁵¹¹ «Numerosas muertes por la disentería en Santa Tecla», *Diario de Hoy* (San Salvador), 21 de enero de 1970: 3 y 28.

⁵¹² «Tres niños fallecen de disentería en Santa Ana», *Diario de Hoy*, 13 de enero de 1970: 2.

⁵¹³ «Agravase epidemia de disentería», *El Diario de Hoy*, 22 de enero de 1970: 1.

Imagen 2.
Médicos del hospital Rosales durante la epidemia de disentería, 1970



Fuente: «Agravase epidemia de disentería», *Diario de Hoy*, 22 de enero de 1970: 1.

El 26 de enero de 1970, el Dr. Salvador Infante Díaz, ministro de Salud Pública y Asistencia Social, dio declaraciones a la prensa sobre la epidemia que asolaba el país y Centroamérica. Infante Díaz afirmaba que la epidemia de disentería había producido «más estragos» en el país que la pandemia de influenza vigente desde 1968⁵¹⁴. El ministro Infante Díaz también informaba que el Instituto de Investigaciones Médicas (IIM) del hospital Rosales se encontraba en proceso de producir una vacuna contra la disentería y que se esperaba obtener a finales de febrero de 1970⁵¹⁵. El IIM ya contaba con algunos indicios que le permitían deducir que la epidemia de disentería en el país tenía un origen bacilar y no por amebas. El equipo del IIM había logrado aislar el bacilo causante de la disentería para producir una vacuna y comenzar a probar en animales⁵¹⁶.

⁵¹⁴ Claudia Contente, «Dos terribles epidemias que nadie recuerda», *La Vanguardia*, 7 de junio de 2020, acceso el 28 de diciembre de 2020.

⁵¹⁵ «Epidemia disentérica causa graves estragos en el país», *La Prensa Gráfica*, 27 de enero de 1970: 15.

⁵¹⁶ «Elaboran en el Rosales vacuna contra disentería», *El Diario de Hoy*, 27 de enero de 1970: 3.

La noticia de una vacuna resultaba esperanzadora en términos mediáticos, pero desde la evidencia científica era todo incertidumbre. El país aún no poseía una investigación etiológica sistemática que proporcionase una cantidad de pruebas suficientes para determinar con precisión el patógeno causante de las disenterías. Además, era sumamente exagerado pensar que en un mes el IIM tendría una vacuna eficaz contra la disentería. El anuncio de la vacuna pareció más la respuesta desesperada de unas autoridades de salud pública sobrepasadas por el elevado número de contagios.

Al cierre de enero, varios municipios del interior del país siguieron las medidas adoptadas por la alcaldía de San Salvador a inicios del mes. Ante el aumento descontrolado de casos en diciembre de 1969, en enero el alcalde de la municipalidad de Juayúa ordenó que no se autorizara «en el mercado local los expendios de verduras, legumbres, frutas y demás alimentos, sin la debida protección sanitaria». El alcalde de Juayúa publicaba también un bando en el cual exhortó a sus vecinos a ser precavidos con los alimentos de dudosa salubridad⁵¹⁷.

A inicios de febrero, el hospital de Cojutepeque registró una media de entrada de 25 enfermos de disentería al día. El aforo de este nosocomio era muy limitado y se vio rebasado de manera muy rápida. El personal del hospital manifestó que ante el problema de contar con instalaciones pequeñas y escasez de camas se vieron obligados a internar solamente a aquellos pacientes que presentaban cuadros más graves de disentería, dejando al resto en atención ambulatoria⁵¹⁸.

El hospital de la ciudad de Santa Ana tras el primer mes de registrar una elevada cantidad de casos de disentería identificó que los menores de edad eran los más afectados⁵¹⁹. A finales de febrero, los médicos del hospital estimaban que ocho de cada diez pacientes pasaban consulta por disentería⁵²⁰. Hasta los presidiarios de la cárcel de Santa Ana demandaron los servicios del hospital por la alta incidencia de la disentería. Un estudio epidémico que realizó personal del Mspas y representantes Centers for Disease Control and Prevention (CDC) determinó que solo en febrero de 1970 se reportó un aproximado de 9,000 nuevos casos de disentería en todo el país, convirtiéndolo en el mes con mayor morbilidad desde julio de 1969⁵²¹.

⁵¹⁷ «Varias muertes en Juayúa a consecuencia de disentería», *La Prensa Gráfica*, 30 de enero de 1970: 3.

⁵¹⁸ «25 enfermos de disentería llegan al día a hospital de Cojutepeque», *El Diario de Hoy*, 6 de febrero de 1970: 3.

⁵¹⁹ «Varios niños de 8 y 12 años mueren de disentería en el hospital de S. Ana», *El Diario de Hoy*, 16 de febrero de 1970: 7. «Tres niños fallecen de disentería en Santa Ana», *El Diario de Hoy*, 13 de enero de 1970: 2.

⁵²⁰ «Propagase la disentería dicen los médicos del hospital de Sta. Ana», *El Diario de Hoy*, 27 de febrero de 1970: 2.

⁵²¹ Faich et al., 1974, 332.

Entre marzo y mayo de 1970, la epidemia de disentería decayó en número de enfermos reportados. En este tiempo, los casos nuevos descendieron hasta los 3,500 en un solo mes, aunque aún era siete veces mayor que las cifras correspondientes al periodo entre 1964-1968⁵²². Pero, mientras la epidemia disminuía, estudiantes de la UES y médicos residentes entraban en huelga solicitando una mejora en las condiciones laborales, tanto médicas como académicas. La huelga inició el 29 de abril, terminó el 26 de mayo y afectó a los hospitales Rosales, Maternidad y Bloom, influyendo sin duda en el desempeño de los servicios de salud pública en un contexto todavía epidémico⁵²³.

Al cierre de junio de 1970, después de llegar a un acuerdo los huelguistas y el Gobierno, desde la Asamblea Legislativa se pretendió exhortar al Ejecutivo de Fidel Sánchez Hernández para que emprendiera una investigación sobre el estado de la disentería en El Salvador⁵²⁴. El Gobierno oficialmente se resistía a calificarla de epidemia. El día 30 de junio, el Dr. Víctor Manuel Esquivel, ministro de Salud Pública, sostenía en una entrevista de *La Prensa Gráfica* que, si bien los casos registrados de disentería durante el primer semestre de 1970 superaban «los niveles normales de años anteriores», la situación no reflejaba números elevados de mortalidad. Este tipo de declaraciones del Dr. Esquivel carecían del respaldo de datos sobre mortalidad o morbilidad⁵²⁵. El ministro perseveraba en su renuencia a declarar el estado de epidemia, asegurando que el Mspas tenía bajo control la disentería «en todo el territorio nacional»⁵²⁶.

Mientras el ministro dijo semejantes declaraciones, en el mes de julio de 1970 El Salvador sumaba 33,822 nuevos casos: la cifra más alta de contagios para un solo mes desde que inicio la epidemia⁵²⁷. El día 4 de julio, los médicos del hospital de Santa Ana hacen públicos los niveles alarmantes de mortalidad alcanzados por la disentería⁵²⁸. Desde Chalatenango informaba también un asustado periodista de que habían casi 500 nuevos contagiados a su alrededor en menos de tres semanas⁵²⁹.

⁵²² Faich et al., 1974, 332.

⁵²³ «Que facultad de medicina planifique pidan médicos», *La Prensa Gráfica*, 2 de mayo de 1970: 4 y 29. «Respuesta a la carta del Dr. Bustamante», *La Prensa Gráfica*, 11 de mayo de 1970: 25. «Solucionada ayer la huelga hospitalaria», *La Prensa Gráfica*, 27 de mayo de 1970: 2 y 53. «Pronunciamiento del Concejo Superior Universitario sobre el problema hospitalario», *La Prensa Gráfica*, 23 de junio de 1970: 32.

⁵²⁴ «Diputados pedirán investigar si hay epidemia de disentería», *La Prensa Gráfica*, 27 de junio de 1970: 5 y 11.

⁵²⁵ «Reunión hoy en salud ante el peligro de las epidemias», *La Prensa Gráfica*, 30 de junio de 1970: 3.

⁵²⁶ «Salud pide refuerzo para los programas asistenciales», *La Prensa Gráfica*, 16 de julio de 1970: 3.

⁵²⁷ Faich et al., 1974, 331-332.

⁵²⁸ «Presumen nuevos elementos bacterianos en la disentería», *La Prensa Gráfica*, 4 de julio de 1970: 4.

⁵²⁹ «Semana de la salud contra la disentería en Chalatenango», *La Prensa Gráfica*, 13 de julio de 1970: 2.

El catastrófico julio de 1970 activó al Mspas, pues en ese mismo mes se puso en marcha una campaña nacional de higiene específicamente dirigida contra la transmisión de la disentería. La campaña se complementaba con una acción conjunta del ministro Esquivel y el Centro Nacional de Información (CNI) para lanzar una «campaña divulgativa a nivel nacional» de mejora de los hábitos higiénicos en la población, en especial en lo relacionado al consumo de alimentos. El sistema de salud pública aseguraba contar con el suministro necesario de medicamentos, el compromiso de las autoridades municipales y el apoyo de la Brigada Sanitaria del Estado Mayor General de la Fuerza Armada para combatir la disentería⁵³⁰.

En relación a la campaña divulgativa, el 10 de julio *La Prensa Gráfica* publicaba una carta de Carlos René Rivera, director del CNI, sobre la enérgica estrategia adoptada por la institución en el empleo de «todos los medios de publicidad» para informar a la población de la enfermedad:

Nos atreveríamos a afirmar, señor director, que se trata de la más grande campaña de este tipo que ha sido ejecutada en toda la historia de El Salvador, ya que incluye una difusión completa (nunca lograda antes) de las medidas preventivas y curativas de la referida enfermedad, mediante las radiodifusoras, filmicos en los cambios de programas en los dos canales de televisión, anuncios de páginas enteras en los periódicos [...] distribución de centenares de miles de hojas volantes, desde vehículos y aviones⁵³¹.

3.4.3 La resolución

En el mismo mes de julio de 1970 tomó fuerza un debate controvertido, pero apegado al método científico. Me refiero al debate en torno al patógeno causante de las disenterías y a su curioso eco en la prensa nacional. Previamente, en enero de 1970, el Instituto de Investigaciones Médicas del hospital Rosales había podido determinar que las disenterías eran de origen bacilar y no amebiano⁵³². También, en febrero de 1970, el Dr. Barth Reller del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta declaró a la prensa salvadoreña que el patógeno pertenecía al género de bacterias *Shigella*⁵³³.

⁵³⁰ «Emergencia nacional por la disentería», *La Prensa Gráfica*, 4 de julio de 1970: 5 y 40. «Semana de la salud contra la disentería en Chalatenango», *La Prensa Gráfica*, 13 de julio de 1970: 2.

⁵³¹ «Campaña masiva contra la disentería se lleva a cabo», *La Prensa Gráfica*, 15 de julio de 1970: 3 y 38.

⁵³² «Epidemia disintérica causa graves estragos en el país», *La Prensa Gráfica*, 27 de enero de 1970: 15. «Elaboran en el Rosales vacuna contra disentería», *El Diario de Hoy*, 27 de enero de 1970: 3.

⁵³³ «Propagase la disentería dicen los médicos del hospital de Sta. Ana», *El Diario de Hoy*, 27 de febrero de 1970: 2.

Sin embargo, el 4 de julio de 1970, La Prensa Gráfica publica las declaraciones de un grupo de galenos del hospital de Santa Ana que planteaban una nueva hipótesis sobre la existencia de un género de bacterias desconocidas como causante más probable de la disentería. La extraña hipótesis de los médicos santanecos debió cautivar al diputado Alfonso Enrique Aguirre que llegó al extremo de presentarla ante el pleno legislativo como si se tratase de un dato concluyente, lo cual generó controversia en el ambiente político⁵³⁴. La conmoción hizo reaccionar de inmediato a los técnicos del Mspas que, el 6 de julio, publicaban un pronunciamiento que desvirtuaba las declaraciones del diputado Aguirre. Estos técnicos afirmaban con rotundidad la inexistencia de bacterias extrañas y hacían más específica la identificación del bacilo responsable de la disentería salvadoreña en la especie *Shigella dysenteriae* tipo 1⁵³⁵.

Los principales hallazgos de una investigación definitiva sobre la disentería se dieron a conocer en la prensa nacional el 29 de julio. La instancia responsable de la investigación fue la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador. Por medio de un comunicado la facultad detalló los aspectos metodológicos utilizados para estudiar la enfermedad, los cuales consistieron en: causalidad, distribución geográfica y vectores que aceleraban la propagación. Gracias a esta metodología la Facultad de Medicina estableció que la epidemia de disentería en El Salvador la causaba el bacilo *Shigella dysenteriae* tipo 1, que pertenece al género de bacterias *Shigella*. Además, la Facultad de Medicina descartó el uso de antibióticos como las Sulfamidas, Estreptomina, Cloranfenicol y Tetraciclinas, y recomendaba en su lugar suministrar a los pacientes: Sulfato de Aminosidina, Ampicilina, Ácido Nalidíxico, Sulfato de Kanamicina, Carbenicilina, Trimetoprim y Gentamicina. Esta recomendación fue el resultado de las pruebas in vitro que se realizaron en los laboratorios de la Facultad de Medicina⁵³⁶. De esta manera, la Facultad de Medicina demostró que su reforma impulsada desde mediados de 1950 lograba configurar un núcleo científico capaz de ilustrar a la nación ante sus problemas sanitarios.

El Mspas llevó a cabo una segunda investigación en colaboración con el Center for Disease Control and Prevention (CDC). Las tareas de investigación comenzaron en agosto de 1970⁵³⁷. El grupo de investigadores estuvo conformado por: Roberto Masferrer, un reconocido patólogo de la Universidad de El Salvador, Max Bloch, director del Instituto de Investigaciones Médicas

⁵³⁴ «Presumen nuevos elementos bacterianos en la disentería», *La Prensa Gráfica*, 4 de julio de 1970: 4.

⁵³⁵ «Refutan al diputado que habló sobre la disentería», *La Prensa Gráfica*, 7 de julio de 1970: 3.

⁵³⁶ «Informan que actual disentería no es amebiana sino bacilar» *La Prensa Gráfica*, 29 de julio de 1970: 3 y 35.

⁵³⁷ «Investigación de epidemia de disentería hace técnico de E.U» *La Prensa Gráfica*, 29 de agosto de 1970: 3.

del hospital Rosales y Eduardo Navarro Rivas, director de la División de Epidemiología del Ministerio de Salud de El Salvador. A ellos se sumaron los doctores Eugene J. Gangarosa y Barth Reller, ambos representantes del CDC. Estos cinco galenos reafirmaron que la causa de las disenterías en el país era la *Shigella dysenteriae* tipo 1 y agregaron que la introducción del patógeno provino desde los puntos fronterizos con Honduras y Guatemala en la primera mitad de 1969⁵³⁸.

Finalmente, el Mspas informaba a la Oficina Sanitaria Panamericana que las investigaciones etiológicas de julio y agosto de 1970 habían hecho dos aportes sustanciales: determinar que la disentería tenía un origen bacilar y establecer con claridad los antibióticos efectivos para tratar a los pacientes contagiados con la *Shigella dysenteriae* tipo 1⁵³⁹. A partir de este momento se produce un descenso dramático de afectados por la disentería. De los más de treinta mil de julio de 1970 se pasó a 2,778 casos en diciembre. La tendencia se mantendría constante durante todo 1971 con una media de 2,800 casos por mes que en 1972 se reduciría a una media de 1,828 por mes. El Salvador cerró oficialmente la epidemia de disentería en junio de 1973. Para ese entonces el promedio mensual de enfermos notificados por disentería había caído hasta los 1,591. En total la epidemia de disentería en el país acumuló 197,020 casos de enfermos reportados y 11,572 personas fallecidas⁵⁴⁰.

⁵³⁸ Faich et al., 1974, 331-332 y 335. Debe decirse que la investigación que se emprendió en agosto de 1970 en El Salvador fue publicada hasta noviembre de 1971, pero los resultados se comenzaron a difundir entre el gremio de investigadores centroamericanos desde septiembre de 1970 como evidencian otros trabajos de Gangarosa y Keller para el caso guatemalteco.

⁵³⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1970, 41.

⁵⁴⁰ Faich et al., 1974, 331-333. Debo comentar que el descenso abrupto de los casos reportados de disentería a partir de mediados de 1970 es sospechoso, en el sentido de que fue muy acelerada su caída. Para el epidemiólogo Iván Solano las caídas abruptas son un indicio de la existencia de un posible subregistro que no ha sido posible clarificar. Por lo tanto, queda abierta la sospecha de subregistro.

Conclusiones

La Dirección General de Sanidad (DGS) y el ramo de Beneficencia son los antecedentes institucionales que valoro para la comprensión del sistema de salud pública en El Salvador. Ambas instituciones las reflexiono a lo largo de la primera mitad del siglo XX.

Particularmente, la DGS fue la institución que vigiló y controló la propagación de las epidemias y otros factores adversos a la salud en El Salvador. La DGS surgió formalmente bajo ese nombre en julio de 1920; no obstante, entre 1900 y 1920 existió el Consejo Superior de Salubridad (CSS) que en esencia tuvo las mismas obligaciones que la DGS. La diferencia entre el CSS y la DGS radicó en el tipo de estructura organizativa. El CSS fue una entidad colegiada compuesta por pocas personas, que debía recurrir a instancias locales como las municipalidades u otras. En cambio, la DGS se constituyó bajo la lógica de crear departamentos especializados con un mayor número de personal; así pues, en 1930 la DGS casi alcanzó la cifra de trecientos empleados.

Las coyunturas epidémicas expusieron las carencias institucionales del CSS y la DGS. Por ejemplo, la pandemia de influenza de 1918 puso al descubierto que el CSS actuó de manera tardada contra la enfermedad. Ante la actuación negligente del CSS, las iniciativas filantrópicas tomaron protagonismo. Por otra parte, la epidemia de viruela que azotó entre 1932 y 1935 también develó que la DGS no pudo emprender una estrategia de control sobre la enfermedad. Precisamente, la DGS del martinato se caracterizó por desarrollar una vacunación poco efectiva al inicio y negar la alta magnitud de la viruela. Incluso, el Dr. David Escalante, director de la DGS, se obstinó en presentar una imagen institucional de eficacia y diligencia a través de la prensa nacional, mientras la realidad dictaba todo lo contrario. Ahora bien, estas dos coyunturas epidémicas demuestran que las instituciones de salud pública no contaban en ese entonces con un adecuado despliegue territorial, lo cual imposibilitó una vigilancia oportuna sobre las enfermedades.

Al poco tiempo de cerradas las coyunturas epidémicas de influenza y viruela se reformaron las instituciones de salud pública en El Salvador. Específicamente, estas reformas se emprendieron en los años de 1920 y 1936. Ambas reformas pueden interpretarse como la respuesta del Estado salvadoreño por revalidar su preeminencia en el ámbito de la salud pública. Precisamente, estas reformas plantearon que la DGS debía incrementar su presencia territorial

para mejorar la labor sanitaria, y esto atañe a un problema estructural preexistente que sobrepasa a cualquier coyuntura epidémica.

Por su parte, el ramo de Beneficencia fue la institución gubernamental responsable del funcionamiento de los hospitales públicos hasta el surgimiento del Ministerio de Salud en la década de 1950. A lo largo de la primera mitad del siglo XX los hospitales públicos operaron con la participación de tres actores: Estado, Iglesia católica y clase dominante. De manera que, las congregaciones religiosas fueron instancias que apoyaban en las labores de enfermería de los hospitales; mientras que la clase dominante emprendió acciones filantrópicas a través de asociaciones privadas o como individuos. Pero el Estado, por medio del ramo de Beneficencia, regentó siempre los nosocomios. Por lo tanto, esto me permite plantear que los hospitales públicos de El Salvador tuvieron un funcionamiento triádico. Ahora bien, esta triada de actores ya participaba desde mediados del siglo XIX en los hospitales; no obstante, en las primeras tres décadas del siglo XX el Estado salvadoreño asumió mayores responsabilidades sobre la salud pública, lo cual marcó un cambio cualitativo en la triada hospitalaria. En todo caso, el funcionamiento triádico de los hospitales se caracterizó por concebir la salud pública como un favor caritativo que era dirigido a los pobres de la sociedad.

Los hospitales bajo la responsabilidad del ramo de Beneficencia se caracterizaron por recibir financiamiento de la filantropía y el Estado; sin embargo, este último siempre fue el protagonista del financiamiento. Por ejemplo, durante los primeros años del martinato los hospitales salvadoreños experimentaron los efectos de la crisis económica, lo cual obligó a que los funcionarios del régimen exploraran nuevas formas para financiar los nosocomios. En 1933, se creó la Junta Central de Beneficencia la cual tuvo a su cargo el circuito de teatros nacionales, con el cual se generaron algunos recursos financieros que se utilizaron para el funcionamiento de los hospitales públicos. Ahora bien, la inversión pública destinada al ramo de Beneficencia fue ínfima en comparación con otras carteras estatales. En la primera mitad del siglo XX, el ramo de Beneficencia gastó en promedio 3.57 % de los presupuestos nacionales, en contraste el ramo de Guerra promedió un gasto de 21.46%.

La anterior distribución porcentual tuvo graves consecuencias en la salud de los salvadoreños. Al cierre de la década de 1940, Herman Grimmer, un consultor internacional, estimó que los hospitales públicos no podían atender a 1.3 millones de salvadoreños de los casi 1.8 millones que totalizaban para ese entonces. Según este consultor únicamente el hospital

Bloom llenaba todos los requisitos de un nosocomio moderno. En fin, el martinato no pudo heredar un pueblo sano y fuerte como se lo había propuesto este proyecto autoritario en un inicio.

Ahora bien, desde la segunda mitad del decenio de 1940 y principios de la siguiente década, en El Salvador convergieron actores nacionales e internacionales que concibieron la salud como un derecho social. Por ejemplo, la llegada de los golpistas de 1948 posibilitó el establecimiento de un estado interventor en lo económico y social, el cual quedó plasmado en la Constitución de 1950; y fue esta nueva Constitución la que definió la salud como un derecho social en el país. Esto me permite asegurar que el estado liberal, que venía desde finales del XIX, le es propio la noción de salud como caridad, a diferencia del estado interventor que asume la salud como un derecho social que debe garantizarse a los ciudadanos. A nivel internacional el apareamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reforzó la idea de que la salud era un derecho. Para el caso concreto de El Salvador, la influencia de la OMS se notó a partir de 1951 cuando este organismo eligió al país para el desarrollo de un proyecto piloto para Latinoamérica. Fue bajo todo este contexto cómo surgió el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas), instancia responsable de garantizar el derecho a la salud en el país.

El Mspas se conformó de la fusión de dos antiguas instituciones que habían sido las encargadas de la salud de los salvadoreños durante el siglo XX: el Ramo de Beneficencia y la Dirección General de Sanidad. Considero que el establecimiento del Mspas, en el año 1950, fue el punto de partida para crear el sistema de salud pública del país. La travesía por instaurar el sistema de salud salvadoreño partió con pocos recursos. Por ejemplo, al iniciar la década de 1950, El Salvador apenas contaba con 33 unidades de salud, las cuales complementaban el trabajo de 21 hospitales públicos, que prácticamente eran los mismos desde inicios del siglo XX. Asimismo, el país tenía una reducida comunidad médica que apenas llegaba a los 257 galenos, lo cual significó un médico por cada 7,221 habitantes, una de las peores cifras en Latinoamérica para entonces. Por su parte, las evaluaciones nacionales e internacionales aseguraron que los servicios de salud en El Salvador eran deficientes. En todo caso, el inicio de la década de 1950 fue el momento que se caracterizó por la aparición de la propuesta de constituir un sistema de salud pública en el país. Entre 1950 y 1951 acontecieron tres hechos políticos que dieron fuerza a dicha propuesta: 1) la suscripción de los primeros acuerdos de cooperación entre el Gobierno de El Salvador y la OMS, 2) el Gobierno de Oscar Osorio definió la salud como una de sus prioridades

de trabajo, y 3) las autoridades salvadoreñas reconocieron la importancia de establecer un sistema de hospitales.

Por otra parte, el proyecto de la Área de Demostración Sanitaria (ADS) que se instaló en El Salvador a partir de 1951 fue el primero de su tipo que financió y asesoró la OMS en Latinoamérica. La ADS funcionó en doce municipios de los departamentos La Libertad y San Salvador. Dentro de este espacio geográfico se establecieron criterios comunes de trabajo que le permitieron al Mspas un primer ejercicio para que los servicios de salud pública funcionaran como un sistema. Visto de otra manera, el proyecto de la ADS fue una de las primeras experiencias de cooperación vertical que El Salvador recibió en materia de salud por parte de la OMS.

La ADS también fue concebida como un espacio para la formación del personal de salud del país. Bajo este precepto fue que los técnicos de la OMS eran vistos como transmisiones de conocimiento desde los países desarrollados hacia un país periférico como El Salvador. Con una lógica muy similar, los profesionales de la salud nacionales trataron de influir en los patrones culturales de la población con el objetivo de incidir en las condiciones sanitarias del entorno. Esta concepción educativa de la ADS no era nada nueva. Desde principios del siglo XX, las corrientes de pensamiento sobre la salud en Estados Unidos habían conceptualizado la *demonstración sanitaria* como una praxis dirigida a influir en el comportamiento de la población y las autoridades civiles con el propósito de mejorar la salud pública. La novedad para El Salvador estuvo en la instalación de un proyecto como la ADS bajo la cooperación de la OMS a lo largo de la década de 1950.

Entre las décadas de 1950 y 1960 los servicios de salud pública aumentaron notablemente en El Salvador, sobre todo en los sesenta. Esto produjo un despliegue territorial inusitado que necesitó de una lógica sistémica para funcionar. Hacia finales de la década de 1960 es evidente la existencia de un sistema de salud pública, pues las planificaciones de estos años reflejan como los servicios de salud funcionaban como un todo que estaba bajo las directrices del Mspas. Cada uno de los Gobiernos durante estas dos décadas aportaron a la edificación gradual del sistema de salud. Por ejemplo, con los Gobiernos prudistas abrió operaciones el ISSS, las enfermedades endémicas como el paludismo y la tuberculosis disminuyeron su tasa de mortalidad y la salubridad del agua mejoró de manera preferente en las zonas urbanas.

Por su parte, los Gobiernos pecenistas de los sesenta obtuvieron mejores resultados en relación al crecimiento de los establecimientos de salud pública. Entre 1961 y 1970 las unidades de salud pasaron de 35 a 64 y los puestos de salud rural de 18 a 92, sin embargo, existieron graves demoras en la reconstrucción de los hospitales, lo cual afectó el propósito de querer expandir los servicios hospitalarios fuera de la capital. Ahora bien, en 1970 el Gobierno de Fidel Sánchez Hernández presentó ante la comunidad internacional la existencia de un sistema de salud pública que funcionaba con 185 establecimientos. Las cifras oficiales aseguraron que este sistema de salud era capaz de dar cobertura sanitaria al 83.7 % de la población. Pero, la capacidad real del sistema público de salud apenas cubría al 24% de una población de 3.5 millones de salvadoreños, según datos de la OMS.

Desde el inicio de la década de 1950, se comenzó a incrementar el gasto de salud pública. Pero fue hasta la segunda mitad de los años sesenta que este gasto logró cifras récord. En estas décadas el gasto en salud osciló entre el 9% y 15% del gasto público total. Estos porcentajes contrastaron por mucho con el gasto de salud de la primera mitad del siglo XX que había promediado un 3.57% del gasto público. Es de tomar en cuenta que durante el modelo económico de industrialización por sustitución de importaciones (1950-1970) los Gobiernos elevaron significativamente el gasto social, lo cual marcó un hito que no tiene comparación con otros periodos del siglo XX. Es por esa razón, que los estudiosos del periodo consideran que fue en estas décadas cuando se institucionalizaron «las primeras políticas sociales» con resultados concretos y financiamiento asegurado, producto de un rendimiento económico satisfactorio.

Como bien es sabido, el decenio de 1960 significó para Latinoamérica un momento en el cual la palabra planificar era sinónimo de recibir la influencia y financiamiento de la Alianza para el Progreso. No hay duda de que la cooperación de la Alianza para el Progreso influyó en el desarrollo del sistema de salud pública de El Salvador. Por ejemplo, a partir de 1963 se le exigió al Mspas la planificación de su trabajo y al poco tiempo comenzó a rendir informes para la Alianza para el Progreso. Hacia la segunda mitad de los años sesenta, la Alianza para el Progreso financió una parte del programa de inversión en infraestructura médica que planificó el Gobierno de El Salvador.

Otro aspecto importante para tomar en consideración es la concentración de los servicios de salud. El sistema de salud pública que se edificó entre 1950 y 1960 se caracterizó por centralizar sus recursos humanos, financieros e infraestructurales en el departamento de San

Salvador. A pesar de existir la consciencia sobre el problema y de pretender romper con este centralismo, la tendencia de privilegiar a San Salvador se reafirmó en la década de 1960 cuando creció el número de establecimientos de salud.

Ahora pasemos a concluir sobre el rol del gremio médico salvadoreño. Si algo caracterizó a los galenos del Colegio Médico de El Salvador (CMES) en el decenio de los cincuenta fue su rol protagónico como generadores de propuestas que iban dirigidas a mejorar la salud pública. El CMES fue capaz de articular una serie de planteamientos que rápidamente los retomó el sector político a inicios de los cincuenta. Así, la iniciativa de concebir la salud como un derecho fue incorporada en la Constitución de 1950 con el único propósito de reafirmar que la salud era un derecho de carácter social y no una gracia caritativa como se había pensado anteriormente. Los médicos del CMES también plantearon que la enseñanza de la Facultad de Medicina de la UES debía de ser reformada, pero esto debió de esperar hasta la segunda mitad de la década 1950 para que un grupo de médicos emprendiera el camino hacia una reforma educativa con resultados concretos. Considero que las propuestas que promovieron los médicos del CMES son importantes para entender la historia de la salud pública en El Salvador, pero hace falta aún indagar en los periódicos nacionales u otras fuentes médicas para observar una mayor diversidad de iniciativas que pudieron circular en el ambiente.

La reforma de la Facultad de Medicina de la UES que inicio a mediados de los cincuenta, y que madura en los años sesenta, es sin duda un hito importante para la historia de la medicina salvadoreña. Gracias a esta reforma la facultad pudo obtener por primera vez docentes a tiempo completo, quienes fueron capaces de dedicarse de manera exclusiva a la docencia e investigación. Además, la reforma logró instaurar un pensum con influencia epistémica de las ciencias sociales. En los sesenta se incrementó la capacidad para recibir estudiantes y contar con mejores instalaciones educativas. La reforma tuvo como principales impulsores a un grupo constituido por médicos salvadoreños y extranjeros que fueron capaces de leer las necesidades apremiantes para consolidar una Facultad de Medicina competente en la región latinoamericana. Figuras como los doctores Fabio Castillo y María Isabel Rodríguez fueron la punta de lanza del proyecto reformista. Aún queda pendiente un trabajo de largo aliento que brinde detalles sobre los alcances de la reforma universitaria de la UES en los años sesenta, y particularmente de los aportes al campo de la medicina en El Salvador. No esta demás señalar la ausencia de trabajos

biográficos para los académicos Fabio Castillo y María Isabel Rodríguez, que deberían compaginar medicina y reforma universitaria como una de las propuestas de análisis.

Para impulsar el proyecto de reforma de la Facultad de Medicina se necesitó de una mayor cantidad de recursos económicos, que los recibidos de manera ordinaria hasta mediados de los años cincuenta. Durante las décadas de 1950 y 1960 el Estado salvadoreño fue capaz de incrementar progresivamente las arcas de la facultad. Al respecto, las gestiones de los médicos que impulsaron la reforma de la Facultad de Medicina fueron esenciales. Pero, los médicos reformistas también recurrieron a la cooperación financiera de organismos internacionales como la Fundación Rockefeller. Por lo tanto, se puede precisar que las dos principales fuentes de financiación que tuvo la reforma fueron: las erogaciones gubernamentales y las aportaciones de la filantropía internacional. Falta por indagar los aportes económicos que pudieron brindar otras entidades internacionales como el Servicio Cooperativo Interamericano de la Salud Pública que estaba adscrito a la cooperación estadounidense.

En otro orden de cosas, la elevada tasa de morbilidad y mortalidad a causa de la disentería en El Salvador entre 1969-1973 aconteció en el contexto de una epidemia de proporciones centroamericanas. La disentería se desplazó desde la zona occidental de Guatemala hacia el sur del istmo, llegando a Nicaragua y Costa Rica en el año de 1970. Guatemala fue el primer país de la región en contar con investigaciones epidemiológicas para determinar con precisión el patógeno causante de las disenterías; luego se sumaría El Salvador. En 1971, el Dr. Eugene Gangarosa, un experto del CDC, calificó que la epidemia de disentería que asolaba a Centroamérica era un problema de interés para la salud internacional a causa de su «severidad insólita [y su] tendencia a diseminarse ampliamente»⁵⁴¹. Un futuro estudio debería valorar seriamente lo afirmado por Gangarosa y aplicar un enfoque comparativo sobre la región centroamericana.

Es posible asegurar que el sistema de salud salvadoreño fue capaz de realizar una detención temprana de la disentería en el territorio nacional. Lo anterior no soslaya que El Salvador sufrió una saturación en sus servicios hospitalarios, siendo julio de 1970 el mes con mayor incidencia de la enfermedad a nivel nacional. Debo comentar que el descenso abrupto de los casos reportados de disentería a partir del segundo semestre de 1970 en el país es sospechoso, en el sentido de que fue muy acelerada su caída. Para los expertos en mediciones de epidemias, las

⁵⁴¹ Gangarosa, 1971, 301.

caídas abruptas son un indicio de la existencia de un posible subregistro que no ha sido aclarado. Por lo tanto, ¿las estadísticas epidemiológicas de la epidemia de disentería en El Salvador poseen un subregistro?

Es notorio que el Gobierno de Fidel Sánchez Hernández al enfrentar la epidemia de disentería contó con más recursos logísticos y humanos, que los que pudo disponer el Gobierno de Maximiliano Hernández Martínez a la hora de enfrentar la epidemia de viruela. Más allá de esta diferencia y las distinciones en la transmisión de ambas enfermedades, debo apuntar algunas diferencias y similitudes que son sustantivas. Así, las epidemias de viruela de 1932 y la de disentería de 1969 fueron entendidas por aquellos Gobiernos como amenazas públicas; no obstante, públicamente el Gobierno de Hernández Martínez relativizó el impacto de la viruela y manipuló la opinión pública en aras de guardar el orden público. Es muy cierto que el ministro de salud del Gobierno de Sánchez Hernández también minimizó la magnitud de la disentería ante la opinión pública, sin embargo, esa fórmula no se sostuvo en el tiempo. Considero que dos factores podrían explicar esto último: el primero, tiene que ver con la Facultad de Medicina de la UES que proporcionó conocimiento científico capaz de explicar la coyuntura epidémica. Lo segundo fue la estructura de los 185 establecimientos de salud pública que monitorearon el comportamiento de la disentería de manera simultánea. Estos dos factores no permitieron que se presentase la epidemia de disentería como un conjunto de casos aislados y esporádicos, como sí lo hicieron los funcionarios del martinato con la viruela.

Dicho todo lo anterior, puedo asegurar que se edificó un sistema de salud pública en El Salvador a partir de la década de 1950; no obstante, todavía quedan senderos investigativos por explorar. Así, la medicina popular practicada por las clases subalternas salvadoreñas es un problema historiográfico pendiente de profundizar. En la historiografía salvadoreña únicamente Antonio García Espada ha brindado notables hallazgos con respecto a ciertas prácticas de curación que forman parte de la amplia religiosidad popular del país. Una futura agenda de investigación debiese analizar la relación conflictiva entre la medicina popular y la medicina promovida por el Estado salvadoreño.

Apéndice

Apéndice 1.

Cuadro comparativo sobre los códigos de sanidad 1900, 1914 y 1931

Código de sanidad de 1900	Código de sanidad de 1914	Reformas al código de sanidad de 1914	Código de Sanidad 1931
<ul style="list-style-type: none"> • Crea el CSS como la instancia responsable de la vigilancia de las enfermedades contagiosas y de aquellos factores medio ambientales que generaran condiciones de insalubridad en la población. • El CSS se constituyó como dependencia del Ministerio de Gobernación. • Los gobernadores, municipalidades y otros funcionarios a nivel local o departamental debían de apoyar las acciones en materia de salud pública que ejecutara el CSS. Volviéndose sus auxiliares. • Ante las controversias entre el CSS y las autoridades locales o departamentales, el Ministerio de Gobernación tomaría la última decisión en materia sanitaria. 	<p>Mantiene al CSS como la instancia responsable de desarrollar las labores sanitarias en el país.</p> <p>El CSS tiene en la cúspide de su organigrama un mando corporativo, compuesto por los siguientes miembros: dos médicos, un farmacéutico, un abogado y un ingeniero que conformaban al CSS.</p> <p>Crea una estructura jerárquica según el siguiente orden: CSS, delegados departamentales (los médicos militares), agentes sanitarios y comisionados.</p> <p>Auxiliares del CSS: gobernadores, comandantes departamentales, municipalidades, capitanes de puerto, directores de hospitales, médicos militares y el director de la policía.</p> <p>Se establece que el CSS tenga la figura de una personería jurídica.</p> <p>No cuenta con jefes de secciones o departamentos especiales.</p>	<p>4 Crea la Dirección General de Sanidad (DGS).</p> <p>5 Se reforman los art. 1 y 2 para cambiar el nombre de CSS por el de DGS. Y se incorpora el requisito de que el director de la DGS tenga 5 años de experiencia como médico.</p> <p>6 Se introduce la lógica de reorganizar la DGS en secciones o departamentos especiales.</p> <p>7 Se reforma el art. 20 para crear la Sección de Vacunación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene a la DGS en funcionamiento. • La DGS contó en su cúspide con el mando de una sola persona, que fungió como director general. • Por debajo del director estaban todos los jefes de las secciones o departamentos especializados; y luego, con menor rango, les seguían en el siguiente orden jerárquico: los jefes de servicios, el secretario general, los delegados departamentales y puertos, los delegados especiales y finalmente los funcionarios a nivel local. • La DGS podía contar con el apoyo auxiliar de los siguientes funcionarios: gobernadores, alcaldes, jefes de la policía, jefe de la Guardia Nacional, capitanes de puertos y funcionarios del ramo de Beneficencia. • La DGS tenía la facultad de ejecutar todas las medidas de prevención y vigilancia de carácter sanitario para enfrentar aquellas enfermedades calificadas como epidémicas.

Fuente: Elaboración propia en base a «Código de sanidad de la República de El Salvador, 1900», *Diario Oficial*, n.º 168, (San Salvador), 18 de julio de 1900: 1213. «Código de sanidad de la República de El Salvador, 1914», *Diario Oficial*, n.º 68, (San Salvador), 23 de marzo de 1914: 633-634. «Código de sanidad de la república de El Salvador», *Diario Oficial*, n.º 26, (San Salvador), 31 de enero de 1931: 173-182.

Apéndice 2.
Ingresos de los hospitales de El Salvador, 1903-1906

Hospital	1903			1905			1906		
	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones
Rosales	161,991.40	6,480.10	60.00	154,641.55	9,632.94	305.00	206,476.43	12,300.55	135.00
Santa Ana	30,528.46	5,766.36	*	58,632.78	6,032.75	*	73,943.55	*	100.00
San Miguel	29,416.90	1,823.00	*	31,314.06	1,839.00	300.00	27,481.29	2,713.11	*
La Unión	6,155.97	*	*	7,084.14	*	*	6,915.96	*	*
San Vicente	12,575.93	857.03	*	12,645.73	*	*	12,184.48	1,437.96	*
Santa Tecla	14,141.50	1,331.69	69.00	19,370.49	1,480.84	*	14,568.47	1,278.50	2,458.50
Suchitoto	2,256.63	*	*	4,259.28	*	328.00	1,752.84	*	*
Zacatecoluca	4,125.21	1,039.78	*	*	*	*	3,099.39	1,106.10	*
Alegría	1,658.73	*	*	6,393.63	181.62	30.00	5,011.46	110.68	100.00
Ahuachapán	19,557.95	*	*	2,754.77	*	*	17,944.51	*	*
Chalatenango	2,370.34	237.00	*	2,291.84	*	*	2,303.13	*	*
Cojutepeque	1,116.10	*	*	3,950.86	1,315.87	*	2,990.60	550.56	*
Sonsonate	27,057.73	501.75	*	28,844.99	1,193.00	733.44	25,637.37	1,437.30	378.00
Manicomio	21,372.33	*	*	25,009.41	*	40.00	22,055.89	*	*
Metapán	**			*	*	1,000.00	4,654.75	*	1,500.00
Chalchuapa	**			2,754.77	*	*	3,306.80	*	*
Usulután	**			6,277.69	*	*	4,462.43	*	700.00
Jucuapa	**			4,850.17	*	*	4,826.84	199.50	*

Fuente: Elaboración propia en base a «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 61, (San Salvador) 11 de marzo 1904: 422-424 «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia». *Diario Oficial*, n.º 52, (San Salvador) 02 de marzo 1906: 392-395. «Memoria de los actos del Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia» *Diario Oficial*, n.º 45, (San Salvador) 22 febrero de 1907: 330-334. * No reporta. ** No existía.

Apéndice 3.
Ingresos de los hospitales de El Salvador, 1907-1909

Hospital	1907			1908			1909		
	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones
Rosales	191,659.22	10,720.58	1,580.00	218,365.66	8,826.33	751.50	250,010.58	6,471.96	340.00
Santa Ana	93,147.73	6,677.03	*	110,052.94	5,815.72	*	81,827.91	5,882.99	*
San Miguel	35,109.64	3,665.48	1,000.00	46,497.51	3,605.87	*	44,745.69	2,740.00	61.12
La Unión	7,248.84	345.00	*	6,870.26	259.70	*	6,939.93	380.15	*
San Vicente	12,483.39	1,680.34	*	11,753.73	1,992.09	*	12,077.33	2,112.97	*
Santa Tecla	18,198.94	*	2,253.41	18,509.38	1,636.61	*	16,041.18	1,590.06	209.18
Suchitoto	1,536.72	586.50	*	1,707.52	573.73	*	1,635.80	842.00	*
Zacatecoluca	1,985.38	*	*	5,509.56	1,603.79	*	5,933.33	2,042.99	*
Alegría	2,854.35	373.06	*	3,160.88	138.00	*	4,218.15	163.00	*
Ahuachapán	12,371.74	1,382.00	*	17,941.99	1,954.67	*	15,993.47	1,615.80	200.00
Chalatenango	897.00	120.00	*	779.86	696.00	*	1,446.21	390.80	*
Cojutepeque	3,867.17	1,037.00	*	1,709.56	599.07	*	3,088.08	700.65	*
Sonsonate	24,742.34	1,481.64	422.50	36,610.57	1,641.16	921.29	36,073.55	1,241.39	75.00
Manicomio	24,288.39	*	*	26,244.94	*	469.75	27,754.08	*	*
Metapán	6,677.03	3,744.45	103.83	4,281.58	767.33	63.00	4,709.07	954.36	513.42
Chalchuapa	2,713.31	*	*	2,342.89	943.00	*	2,076.40	321.00	*
Usulután	3,731.72	553.63	6,180.72	6,589.74	538.88	*	5,554.10	622.88	*
Jucuapa	5,170.53	426.00	*	2,169.09	375.00	*	2,340.73	521.00	*

Fuente: Elaboración propia en base a «Memoria de los actos del Ejecutivo en los departamentos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia» *Diario Oficial*, n.º 51, (San Salvador) 29 de febrero de 1908: 402-406. «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 51, 02 de marzo de 1909: 362-366. «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 58, (San Salvador) 10 de marzo de 1910: 420-426. * No reporta.

Apéndice 4.
Ingresos de los hospitales de El Salvador, 1910-1912

Hospital	1910			1911			1912		
	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones
Rosales	213,220.99	7,182.40	215.00	233,103.69	8,381.53	390.12	316,005.68	9,758.10	1,360.00
Santa Ana	86,289.39	4,627.62	1,107.06	83,945.34	4,830.95	4,062.00	109,102.42	7,170.65	439.00
San Miguel	51,514.23	3,204.00	3,100.00	47,600.55	3,196.50	266.25	68,423.00	2,307.26	1,092.37
La Unión	8,160.65	424.75	215.00	7,997.94	422.75	1,295.00	7,541.65	347.25	*
San Vicente	10,852.24	2,479.12	*	9,241.72	1,124.43	3,400.00	8,704.48	1,595.43	6,500.00
Santa Tecla	16,686.02	1,107.98	1,410.00	16,399.67	1,780.41	310.25	14,990.50	2,365.91	224.00
Suchitoto	2,139.17	489.00	*	4,033.20	633.00	*	4,812.17	752.00	*
Zacatecoluca	5,041.46	2,403.81	1,500.00	7,205.25	2,317.94	*	9,061.44	3,010.92	2,000.00
Alegría	3,977.27	95.00	*	7,882.03	274.00	*	6,670.17	1,370.50	*
Ahuachapán	14,276.28	2,141.94	300.00	18,177.61	3,734.02	*	18,081.17	3,840.57	*
Chalatenango	3,649.69	421.80	100.00	3,871.39	211.30	*	2,072.32	237.30	*
Cojutepeque	2,269.41	661.56	686.50	4,672.88	740.00	1,158.00	3,993.50	544.10	*
Sonsonate	39,619.03	1,468.95	1,000.00	46,167.28	3,139.16	10.00	41,640.99	2,926.78	
Manicomio	27,766.42	*	2,100.00	73,363.67	*	25.00	107,610.05	*	*
Metapán	5,500.59	396.26	544.09	4,280.23	480.76	324.37	4,916.75	637.64	111.50
Chalchuapa	2,076.40	1,591.00	22.37	2,076.40	1,213.00	*	2,259.28	1,809.50	*
Usulután	4,853.66	663.00	3,100.00	5,310.04	693.00	1,500.00	9,383.97	738.75	
Jucuapa	2,011.34	986.00	*	6,619.54	1,393.25	*	7,600.57	2,655.85	*

Fuente: Elaboración propia en base a «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 37, (San Salvador) 14 de febrero de 1911: 411-418. «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 49, (San Salvador) del 27 de febrero de 1912: 374-383. «Memoria de los actos del Ejecutivo en el departamento de beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 50, (San Salvador) 27 de febrero de 1913: 390-401. * No reporta.

Apéndice 5.
Ingresos de los hospitales de El Salvador, 1913-1915

Hospital	1913			1914			1915		
	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones
Rosales	350,149.57	14,084.11	**	271,963.23	298.00	1,062.00	236,354.97	15,271.59	765.00
Santa Ana	110,805.69	5,834.15	**	100,719.84	6,032.68	505.00	88,993.58	6,274.33	489.00
San Miguel	54,275.94	2,931.77	1,200.00	56,395.48	4,281.15	1,200.00	54,105.29	5,433.65	1,206.00
La Unión	9,730.62	468.25	1,200.00	9,896.61	467.25	*	8,653.26	621.75	*
San Vicente	9,337.67	1,607.49	500.00	10,801.84	2,125.39	5.00	12,800.47	1,514.01	2,005.00
Santa Tecla	19,728.12	1,794.03	**	20,893.49	2,619.36	50.00	17,323.37	2,548.25	*
Suchitoto	5,658.80	1,114.00	*	5,825.95	1,184.63	*	6,528.63	1,314.00	*
Zacatecoluca	15,926.08	5,465.90	*	13,421.51	3,727.90	*	10,186.87	4,202.92	*
Alegría	6,825.63	89.00	*	9,810.43	115.00	*	12,072.62	185.75	*
Ahuachapán	13,288.29	4,670.58	2,137.29	14,639.09	5,124.97	125.00	17,035.09	5,515.61	2,000.00
Chalatenango	2,761.43	331.05	39.67	3,305.48	419.80	25.00	5,116.12	960.80	*
Cojutepeque	3,793.52	507.00	*	7,227.77	561.00	*	6,083.78	722.08	*
Sonsonate	42,299.52	1,757.51	**	47,966.95	2,134.89	1,411.70	40,313.98	1,671.66	512.22
Manicomio	112,280.90	*	**	98,236.44	*	75.00	99,170.66	*	*
Metapán	5,537.95	735.25	*	5,331.80	467.00	40.00	5,713.84	1,204.75	51.94
Chalchuapa	3,854.29	1,511.50	183.00	3,982.00	1,547.00	430.51	3,441.90	2,251.26	224.00
Usulután	9,589.12	2,171.75	*	8,832.47	2,148.74	11.00	9,517.85	961.13	149.00
Jucuapa	4,589.12	1,732.75	*	6,418.02	1,725.00	*	7,786.37	1,992.00	*
Casa Santa Florentina	4,492.93	*	*	5,311.55	*	*	6,966.59		
Sensuntepeque	1,200.00	*	445.25	3,909.00	298	445.25	4,551.61	464.00	*
H. Tuberculosis	51,290.30	*	**	39,938.85	*	2,000.00	33,330.66	*	*

Fuente: Elaboración propia en base a «Memoria de Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 55, (San Salvador) 7 de marzo de 1914: 513-518. «Memoria de los actos del ejecutivo en los departamentos de Hacienda, Crédito público y Beneficencia» *Diario Oficial*, n.º 47, (San Salvador) 25 de febrero de 1915 y *Diario Oficial*, n.º 48, (San Salvador) 26 de febrero de 1915: 314-339. «1915 memoria», *Diario Oficial*, n.º 55, (San Salvador) 7 de marzo de 1916: 467-478. * No reporta.

Apéndice 6.
Ingresos de los hospitales de El Salvador 1916-1918

Hospital	1916			1917			1918		
	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones en dinero	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones en dinero	Ingreso ordinario	Cementerio	Donaciones en dinero
Rosales	230,539.59	11,316.25	120.00	280,896.04	10,808.46	753.62	245,612.82	10,893.35	252.00
Santa Ana	90,723.98	7,252.36	70.00	95,705.29	6,500.66	36.00	76,024.53	6,789.74	100.00
San Miguel	55,047.85	5,667.00	1,205.00	61,680.52	4,891.03	450.00	58,463.64	3,015.20	75.00
La Unión	7,342.68	706.25	87.86	7,643.07	603.25	*	6,632.35	540.25	*
San Vicente	13,115.32	1,853.71	5.50	13,928.58	2,024.70	503.00	13,920.41	2,675.98	*
Santa Tecla	19,813.60	2,896.92	*	17,330.19	3,166.77	30.00	18,014.29	3,525.28	*
Suchitoto	6,242.79	1,079.80	*	6,852.96	1,097.10	*	4,473.98	1,097.10	*
Zacatecoluca	9,815.63	4,774.32	10.00	11,598.26	3,822.30	**	11,716.03	4,700.26	540.50
Alegría	14,731.27	237.24	*	*	217.24	*	*	*	*
Ahuachapán	17,385.30	5,737.11	*	16,466.05	5,367.20	**	13,130.48	5,759.05	*
Chalatenango	6,147.62	1,379.05	*	7,055.21	1,679.55	525.00	6,550.41	1,815.55	*
Cojutepeque	5,906.22	957.83	*	7,352.33	1,133.60	150.00	9,383.91	1,269.10	*
Sonsonate	42,235.95	1,856.60	708.50	44,790.71	2,253.62	1,000.00	45,490.38	1,826.40	176.00
Manicomio	133,526.24	*	5.00	139,225.65	*	*	118,214.11	*	61.25
Metapán	5,192.48	1,746.79	155.07	5,009.50	1,101.79	165.00	5,136.28	812.85	*
Chalchuapa	3,123.55	2,557.76	50.00	2,585.22	3,069.76	**	2,547.44	3,334.26	*
Usulután	10,331.81	1,145.38	60.00	7,927.60	1,822.38	*	7,983.64	832.39	230.00
Jucuapa	2,544.58	2,343.00	*	*	2,629.00	*	*	*	*
Casa Santa Florentina	5,792.17	*	22.00	21,527.98	*	*	6,335.68	*	*
Sensuntepeque	4,551.61	847.00	5.00	3,664.49	958	*	5,420.86	1,020.00	11.00
H. Tuberculosis	15,079.69	*	*	20,070.56	*	*	13,089.72	*	*

Fuente: Elaboración propia en base a «Memoria de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 61, (San Salvador) 14 de marzo de 1917: 424-448. «Memoria de los trabajos del ejecutivo en el departamento de Beneficencia correspondiente al año de 1917» *Diario Oficial*, 12 de marzo de 1918: 395-420. «Memoria de los trabajos del supremo poder ejecutivo en el departamento de beneficencia», *Diario Oficial*, n.º 43, (San Salvador) 20 de febrero de 1919: 307-331. * No reporta.

Fuentes

Archivos y bibliotecas

Archivo Central, Universidad de El Salvador (AC-UES).

Archivo General de la Nacional, El Salvador (AGN).

Archivo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.

Biblioteca Central, Universidad de El Salvador, Colecciones Especiales y Tesario.

Biblioteca Especializada y Hemeroteca, Museo Nacional de Antropología, El Salvador (MUNA).

Biblioteca Nacional, El Salvador.

Biblioteca “P. Florentino Idoate, S.J.”, Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas” (UCA). Colecciones Especiales, Acervos Históricos y Servicios de Asuntos Públicos.

The Rockefeller Archive Center, New York.

Periódicos

El Día, 1932-1933.

El Universitario, 1965.

Diario de Hoy, 1970 y 1949.

Diario Latino, 1932.

Diario Oficial, 1900-1950.

La Prensa Gráfica, 1950 y 1970.

Líder, 1944.

Patria, 1932 y 1936

Repositorios digitales

Institutional Repository for Information Sharing-OPS

Repositorio Digital de Ciencias y Cultura de El Salvador (Redicces)

Informes técnicos

- «Acuerdos y recomendaciones del Segundo Congreso Medico-Social Panamericano». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 3 (1949): 208.
- Colegio Médico de El Salvador. «La medicina y la nueva constitución política». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 2 (1949a): 133.
- _____. «El VI congreso nacional de medicina». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 3 (1949b): 203.
- _____. «Reseña histórica de los congresos médicos en El Salvador». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1949c): 267-268.
- _____. «La organización técnica de los servicios médicos que dependen del Estado». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 1 (1950a): 51.
- _____. «VI congreso médico salvadoreño». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 1 (1950b): 52.
- _____. «Organización y actividades del Colegio Médico de El Salvador». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 3 (1952): 167-168.
- _____. «Bibliotecas médicas su influencia en la educación médica». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1955): 275-276.
- _____. «Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las profesiones médica, odontológica y farmacéutica». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 3 (1958a): 161-170.
- _____. «Editorial: Función del médico en las consultas externas». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1958b): 239.
- Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica. *Primer plan de desarrollo económico y social 1965-1969*. San Salvador: Conaplan, 1964a.
- _____. *Informe preparado por el Gobierno de El Salvador para el Comité interamericano de la Alianza para el progreso*. San Salvador: Conaplan, 1964b.
- _____. *Plan de desarrollo económico y social 1968-1972*. San Salvador: Conaplan, 1968.
- Organización Mundial de la Salud. *Primer informe sobre la situación sanitaria mundial 1954-1956*. Ginebra: OMS, 1959.

_____. *Segundo informe sobre la situación sanitaria mundial 1957-1960*. Ginebra: OMS, 1963.

_____. *Tercer informe sobre la situación sanitaria mundial 1961-1964*. Ginebra: OMS, 1967.

_____. *Cuarto informe sobre la situación sanitaria mundial 1965-1968*. Ginebra: OMS, 1971.

_____. *Quinto informe sobre la situación sanitaria mundial 1969-1972*. Ginebra: OMS, 1975.

Organización Panamericana de la Salud. *Proyecto de programas y presupuesto*. Washington: OPS, 1959.

PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2013*. San Salvador: Impresos Múltiples, 2013.

Poder Ejecutivo. «Estatutos de 1913». Redicces (Colección salud).

<http://redicces.org.sv/jspui/handle/10972/2613>.

_____. «1916 Reglamento interior del Hospital Rosales». Redicces (Colección salud).

<http://redicces.org.sv/jspui/handle/10972/2613>.

PRUD. «Plan de gobierno». *Revista del Ministerio del Interior*, n.º 6 (1950): 60-61.

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1921*. New York: The Rockefeller Foundation, 1922.

_____. *Annual report 1957*. New York: The Rockefeller Foundation, 1957.

_____. *Annual report 1959*. New York: The Rockefeller Foundation, 1959.

_____. *Annual report 1960*. New York: The Rockefeller Foundation, 1960.

_____. *Annual report 1962*. New York: The Rockefeller Foundation, 1962.

_____. *Annual report 1964*. New York: The Rockefeller Foundation, 1964.

_____. *Annual report 1965*. New York: The Rockefeller Foundation, 1965.

_____. *Annual report 1967*. New York: The Rockefeller Foundation, 1967.

_____. *Annual report 1969*. New York: The Rockefeller Foundation, 1969.

Bibliografía

- Acevedo, Carlos. *Siglo XX visión económica de El Salvador*. San Salvador: INFOD, 2019.
- _____. *La experiencia de crecimiento económico en El Salvador durante el siglo XX*. Washington: BID, 2003.
- Acuña, Héctor Rubén y Lydia D. Damasceno. «El puesto de salud rural en El Salvador». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 47 (1959): 13-17.
- Adams, Richard N. «Estado e indígenas durante la epidemia de influenza de 1918-1919 en Guatemala». *Mesoamérica*, n.º 34 (1997): 484-491.
- Agostoni, Claudia. «Historia y salud pública». Conferencia, Universidad Autónoma de México, 17 de junio 2020. Consultada el 20 de diciembre de 2021.
- https://www.youtube.com/watch?v=_xXpSUcBPUo Min. 6:31-7:32.
- Alvarenga Venutolo, Patricia. «Los marginados en la construcción del mundo ciudadano. El Salvador 1880-1930». *Revista de historia*, n.º 9 (1997): 5-6.
- <http://ihncahis.uca.edu.ni/revistas/index.php/historia/article/view/81/70>.
- Allwood Paredes, Juan. «Organismos médicos internacionales». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1949): 269-271.
- Almeida, Paul. *Olas de movilización popular movimientos sociales en El Salvador 1925-2010*. San Salvador: UCA editores, 2011.
- Asamblea Constituyente. *Documentos históricos de la Constitución Política Salvadoreña*. San Salvador: Imprenta Nacional, 1951.
- Avalos Guevara, Blanca Evelyn. «Análisis histórico del desarrollo académico de la Universidad de El Salvador 1950-2003». Tesis de licenciatura. Universidad de El Salvador, 2010.
- Barón Castro, Rodolfo. *La población de El Salvador*. San Salvador: Concultura, 2003.
- Benítez, Pablo. «La gripe española de 1918 en El Salvador: reseñas y debates en el Diario Oficial y Diario del Salvador». *Americanía*, n.º 6 (2017): 55-75.
- Benítez Benavides, Mayra Estela y María Eugenia Calero García. «Anteproyecto arquitectónico de hospital escuela para la Facultad de Medicina de la UES». Tesis de arquitectura. Universidad de El Salvador, 1998.

- Biblioteca Virtual en Población y Salud. «Censo de población de El Salvador de 1930». Acceso 20 de julio de 2020. https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/censos/El_Salvador/1930/pdf/censo-1_SV.pdf.
- Birn, Anne-Emanuelle y Judith Richter. «El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente». *Medicina social*, n.º 3 (2016): 135- 139.
- Bourdieu, Pierre. *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1997.
- Bustíos, Carlos. «La salud pública al final del siglo XX». *Anales de la Facultad de Medicina*, n.º 4 (1998). https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v59_n4/salud_pub.htm.
- Cáceres Bustamante, Roberto. «Plan hospitalario de El Salvador». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1951): 249-255.
- Cáceres Prendes, Jorge. «La Constitución de 1950 activo la alerta roja en el Departamento de Estado de Estados Unidos». *El Faro*, 26 de abril de 2015. Acceso el 27 de febrero de 2022. <https://elfaro.net/es/201504/academico/16909/La-Constituci%C3%B3n-de-1950-activ%C3%B3n-de>.
- Cáceres Prendes, Jorge, Rafael Guidos Béjar y Rafael Menjívar Larín. *El Salvador una historia sin lecciones*. San José: Flacso, 1988.
- Cardenal, Rodolfo. *El poder eclesiástico en El Salvador 1871-1931*. San Salvador: Concultura, 2001.
- Celade. *El Salvador: caracterización demográfica y su impacto sobre los servicios sociales*. Santiago: Celade-BID, 1991.
- Ching, Erik, Carlos Gregorio López Bernal y Virginia Tilley. *Las masas, la matanza y el martinato en El Salvador. Ensayos sobre 1932*. San Salvador: UCA Editores, 2007.
- Contente, Claudia. «Dos terribles epidemias que nadie recuerda». *La Vanguardia*, 7 de junio de 2020. Acceso el 28 de diciembre de 2020. <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-contemporanea/20200607/481598395513/dos-terribles-epidemias-nadie-recuerda.html>.
- Cueto, Marcos. *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP Ediciones, 2000.
- Cueto, Marcos y Víctor Zamora. *Historia, salud y globalización*. Lima: IEP Ediciones, 2006.
- De Vos, Jan. «La memoria interrogada». *Desacatos*, n.º 16 (2004): 232-233.

- Durán, Diana. «Historia de las políticas públicas de salud sobre las enfermedades transmisibles en El Salvador 1950-2000». Tesis de licenciatura. Universidad de El Salvador, 2016.
- ECA. «¡1953! Año del campesino». *ECA*, n.º 68 (1953): 1.
- Escapini, Humberto. «Necesidad de un mejor entrenamiento médico en El Salvador». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 2 (1950): 118-122.
- Faich, Gerald A., Eduardo N. Rivas y Eugene J. Gangarosa. «Tendencias de la disentería de Shiga en El Salvador, 1969-1973». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 76 (1974): 331-335.
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XX Editores, 2004.
- Gangarosa, Eugenio J. «Disentería por el bacilo de Shiga en Centroamérica». *Salud Pública de México*, n.º 3 (1971): 302.
- Gangarosa, Eugene J. et al. «Epidemia de disentería Shiga en Centroamérica II. Estudios epidemiológicos en 1969». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 71 (1971): 109.
- García, Juan César. «La medicina estatal en América Latina 1880-1930». *Revista Cubana de Salud Pública*, n.º 1 (2016): 1-21.
<https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/598/494>.
- García Balmaseda, Alexanders y Yamilka Miranda Pérez. «Fiebre de orinas negras». *Revista Cubana de medicina Intensiva y Emergencias*, n.º 15, (2016).
https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/140/html_46
- Góens, Andrés. «La sanidad en El Salvador». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 5 (1938): 386.
- González, Fernán E. S.J. «De la invocación de lo público a la recuperación de la política». En *Programa de formación política y ciudadana*, editado por CPAL, 57-92. Río de Janeiro: CPAL, 2009.
- González García, Alberto. «Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919». *Vínculos de historia*, n.º 2 (2013): 310-319.
- Gould, Jeffrey L. y Aldo Lauria Santiago. *1932 Rebelión en la oscuridad*. San Salvador: MUPI, 2008.
- Grimmer, Herman. «Programa nacional de hospitales Generales en El Salvador». *Archivos del Colegio Médico*, n.º 4 (1950): 200-214.

- Hernández Brigas, Héctor H. y José Narro Robles. «Mortalidad Infantil en México: logros y desafíos». *Papeles de Población*, n.º 101 (2019): 24.
- Infante Meyer, Carlos. *Historia de la medicina en El Salvador*. San Salvador: Imprenta Ricaldone, 2000.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas. «Constitución política de El Salvador de 1950». Acceso el 12 de mayo de 2019.
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1575/20.pdf>.
- Iriart et. al., Celia. «Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos». *Rev Panam Salud Pública*, n.º 12 (2002): 128-132.
- Jones, Eshyllt W. *Influenza 1918, disease, death, and struggle in Winnipeg*. Toronto: University of Toronto Press, 2007.
- Juárez, Jorge. «Población: estadísticas y enfermedades en la configuración del Estado en El Salvador en la segunda mitad del siglo XIX». Artículo inédito.
- Lara Martínez, Rafael. *Política de la Cultura del Martinato*. San Salvador: Editorial-Universidad Don Bosco, 2011.
- Lardé, Carlos R. «La sanidad en El Salvador». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 2 (1930): 131-138.
- Letona, Salvador. «Memoria del hospital Rosales». *Archivos del Hospital Rosales*, n.º 107-109 (1916): 745-746.
- _____. «Memoria del hospital Rosales». *Archivos del Hospital Rosales*, n.º 133 (1920): 2.
- Lindo Fuentes, Héctor. «El proceso económico». En *El Salvador historia contemporánea*, coordinado por Carlos Gregorio López Bernal, 201-264. San Salvador: Editorial Universitaria, 2015.
- Lindo Fuentes, Héctor y Erik Ching. *Modernización, autoritarismo y Guerra Fría*. San Salvador: UCA Editores, 2017.
- López Bernal, Carlos Gregorio. «Años de bonanza y crisis; de ilusiones y desencantos». En *El Salvador la república*, coordinado por Álvaro Magaña, 374-376. Tomo II, sl: Fomento Cultural, 2000.
- _____. «Las reformas liberales en El Salvador y sus implicaciones en el poder municipal 1871-1890». *Dialogo*, vol. 9 (2008): 1771-1796.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/31311/31017>

- _____. «El Salvador 1960-1992: reformas, utopía revolucionaria y guerra civil». En *As revoluções na América Latina contemporânea. Entre o ciclo revolucionario e as democracias restringidas*, compilado por Marcela Cristina Quinteros y Luiz Felipe Viel Moreira, 237-289. Medellín: Pulso & Letra, 2017.
- Malavassi Aguilar, Ana Paulina. «El encuentro de la fundación Rockefeller con América Central 1914-1921». *Diálogos*, n.º 1 (2006): 125-128.
- Mancía, Benjamín E. «La fiebre biliosa hemoglobinúrica». *Archivos del Hospital Rosales*, n.º 113-115 (1916): 942-953.
- Manuales MSD. «Disentería bacilar». Acceso 9 de octubre de 2021.
<https://www.msmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/bacilos-gramnegativos/shigelosis#>.
- Martin, Percy F. *El Salvador del siglo XX*. San Salvador: UCA Editores, 1985.
- Mata, Leonardo J. et al. «Epidemia de disentería Shiga en Centroamérica I. Investigaciones etiológicas en Guatemala, 1969». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 71 (1971): 93-105.
- Mejía Pérez, José. *Censo de población de El Salvador 1930*. San Salvador: S.E, 1930.
- Merlos, Salvador. «Visión panorámica de la reforma universitaria». *La Universidad*, (1947): 187-195.
- Ministerio de Economía. *Tercer Censo Nacional de Población de 1961*. San Salvador: Digestyc, 1965.
- _____. *El Salvador fuentes de datos, metodología y estimaciones demográficas del periodo 1950-2007*. San Salvador: Digestyc, 2008. Acceso el 25 de noviembre de 2020.
[https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VI%20CENSO%20POBLACION%20FINAL-datos%20ajustados%20\(1\).pdf](https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VI%20CENSO%20POBLACION%20FINAL-datos%20ajustados%20(1).pdf).
- _____. *Anuario Estadístico 1970*. San Salvador: Digestyc, 1971.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Informe cuatrienal presentado a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana*. San Salvador: Mspas, 1970.
- _____. *Memoria 1970-1971*. Mspas: San Salvador, 1971.
- Molina, Walter René. «Una prensa a la medida del general Martínez». *El Faro*, 30 de octubre de 2020. Acceso el 10 de noviembre de 2020.
https://elfaro.net/es/202010/ef_academico/24938/Una-prensa-a-la-medida-del-general-Mart%C3%ADnez.htm

- Monterrosa Cubías, Luis Gerardo. *La sombra del martinato: Autoritarismo y lucha opositora en El Salvador 1931-1945*. San Cristóbal de las Casas: Unam-Cimsur, 2019a.
- _____. «La revolución salvadoreña de 1948. Propaganda visual e imágenes». *Liminar*, n.º 1 (2019b): 68-70.
- Morales, Herberth. «Opinión pública salud: las discusiones sobre el desarrollo de los servicios de salud pública en El Salvador 1848-1957». *Liminar*, n.º 1 (2019): 81-96.
- Muruzábal, Basiliano S.J. «A los que gobiernan ¿Quiénes tienen la culpa?». *ECA*, n.º 28 (1949): 833.
- _____. «El mesón, cáncer gangrenoso de la ciudad». *ECA*, n.º 33 (1949): 1171.
- Oliva Mancía, Mario Daniel Ernesto. «Ciudadanía e higienismo social en El Salvador 1880-1932». Tesis doctoral. Universidad Centroamericana, 2011.
- Pacheco Araujo, José. «Descripción de los servicios médicos rurales: sugerencias sobre su posible implantación en El Salvador». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 4 (1949): 219-241.
- Palmer, Steven. «Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central». *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 25 (2005): 59-85.
<https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114013>.
- Parada Reina, Sandra Beatriz. «Fabio Castillo Figueroa y sus periodos rectorales 1963-1966 y 1990-1995». Tesis de licenciatura. Universidad de El Salvador, 2016.
- Peña, Werner y María Elena Rivera. «Dividendo demográfico y migración en El Salvador: ¿cuánto se ha perdido». *Notas de Población*, n.º 106 (2018): 289.
- Peralta Lagos, Salvador. «Estudio de un foco accidental de fiebre amarilla en el Golfo de Fonseca». *Archivos del Hospital Rosales*, n.º 128 (1919): 1181-1200.
- Pérez Miravete, Adolfo. «Programa de investigación epidemiológica sobre infecciones producidas por Shiga dysenteriae tipo 1 en México». *Salud Pública de México*, n.º 4 (1972): 499-500.
- Pérez Pineda, Carlos. *El conflicto Honduras-El Salvador, julio de 1969*. San José: Imprenta Nacional, 2014.
- Prud'homme, Olivier. «Ciencia histórica y oficio del historiador: tentativa y fracaso de un proyecto en El Salvador de los años 60». *Identidades*, n.º 3 (2011): 15-17.

- Quan Martínez, Vilma Trinidad, Sara Vilma Menjívar de Barbón y Héctor Alejandro Bermúdez Caballero. *Sistematización de la experiencia del proceso de transformación curricular en la carrera de medicina de la Universidad de El Salvador*. San Salvador: Artes Gráficas, 2015.
- Reyes, Esteban y Gregorio Ávila. «Los estudios de medicina en El Salvador: contribución a su mejoramiento». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, n.º 2 (1949): 116-123.
- Ribeiro, Efraín. «Experiencia sobre saneamiento ambiental en el Área de Demostración Sanitaria de El Salvador». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 41 (1956): 121-134.
- Rodríguez Ocaña, Esteban. «Construcción de la salud global: zonas de demostración sanitaria en Europa, décadas de 1950 y 1960». *História, ciências, saúde-Manguinhos*, Vol. 27 (2020): 6. <https://www.scielo.br/j/hcsm/i/2020.v27suppl1/>
- Romero Hernández, Ernesto. «Historia del régimen del Seguro Social en El Salvador 1954-1969». *La Universidad*, n.º 6 (1969): 94-95.
- Rostow, W.W. *Las etapas del crecimiento económico un manifiesto no comunista*. México: Fondo de Cultura Económica, 1970.
- «The Rosales hospital». *Pan American Magazine*, n.º 5 (1909): 253-255.
- Saforcada, Enrique. «Los paradigmas de la salud pública: el paradigma multidisciplinar de la salud comunitaria de nuestra América». Conferencia pronunciada en el Cesmecha-Unicach, 30 de mayo de 2019. Consultada el 22 de diciembre de 2019. <https://dadk.facebook.com/Cesmecha/videos/transmisionenvivo-conferenciamaestral-cesmecaparadigmas-de-la-salud-p%C3%BAblica-el-p/709831026096689/>.
- Sandoval, Argelia y Bertha Hernández. «Papel de la auxiliar sanitaria en un programa de salud pública rural». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 39 (1955): 233-236.
- Sevillano, Dennis. «La política rural de mejoramiento social del general Maximiliano Hernández Martínez y la transformación del paisaje geográfica del Valle de Zapotitán 1934-1950». Tesis de licenciatura. Universidad de El Salvador, 2012.
- Sol Izaguirre, Ricardo. «El pensamiento del rector Dr. Fabio Castillo Figueroa, cuarta generación. Centenario de su natalicio». Catedra pronunciada en la Universidad de El Salvador, 24 de junio de 2021. Consultada el 10 de enero de 2022. https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=846239469316197
- Sutter, Víctor Arnoldo y Zúñiga Idiáquez, M. «La sanidad en El Salvador». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, n.º 12 (1941): 1235.

- Traverso, Enzo. *Las nuevas caras de la derecha*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2018.
- Turcios, Roberto. *Autoritarismo y modernización*. San Salvador: Concultura, 2003.
- _____. «La vida política». En *El Salvador historia contemporánea 1808-2010*, Coordinado por Carlos Gregorio López, 90-101. San Salvador: Editorial universitaria, 2015.
- _____. *Rebelión, San Salvador 1960*. San Salvador: Cenicsh, 2017.
- _____. *Siglo XX Tendencias y coyunturas de cambio*. San Salvador: Infod, 2019.
- Valcárcel, Marcel. *Génesis y evolución del concepto y enfoques sobre el desarrollo*. Lima: Mimeo, 2006.
- Velasco, Luís V. «¿Existe entre nosotros la fiebre biliosa hemoglobinúrica?». *Archivos del Hospital Rosales*, n.º 104-106 (1916): 681-684.
- Vierira de Campos, André Luiz. «The institute of Inter-American Affairs and its Health Policies in Brazil during World War II». *Presidential Studies Quarterly*, n.º 3 (1998): 523.
- Villatoro, Carlos Alberto. «Breve estudio de la medicina rural en El Salvador». Tesis doctoral. Universidad de El Salvador, 1968.
- Walter, Knut. *Las políticas culturales del Estado salvadoreño 1900-2012*. San Salvador: AccesArte, 2014.
- _____. «El Salvador en el mundo». En *El Salvador historia contemporánea*, coordinado por Carlos Gregorio López, 129-199. San Salvador: Editorial Universitaria, 2015.