Atmósfera infecta

El sistema de salud pública salvadoreño

Herberth Stanley Morales Herrera

Nueva Historiografía de Chiapas y Centroamérica

CIMSUR

UCA editores

Atmósfera infecta

El sistema de salud pública salvadoreño

Atmósfera infecta

El sistema de salud pública salvadoreño

Herberth Stanley Morales Herrera

Prólogo de Carlos Gregorio López Bernal

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas
Centro de Investigaciones Multidisciplinarias
sobre Chiapas y la Frontera Sur
Universidad Nacional Autónoma de México
Universidad Centroamericana José Simeón Cañas
México, 2026

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Morales Herrera, Herberth Stanley, autor. | López Bernal, Carlos Gregorio, prologuista.

Título: Atmósfera infecta : el sistema de salud pública salvadoreño / Herberth Stanley Morales Herrera ; prólogo de Carlos Gregorio López Bernal.

Otros títulos: Sistema de salud pública salvadoreño.

Descripción: Primera edición. | San Cristóbal de Las Casas, Chiapas : Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur ; El Salvador : Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, 2026. | Serie: Nueva Historiografía de Chiapas y Centroamérica.

Identificadores: LIBRUNAM 2287069 (libro electrónico) | ISBN 978-607-647-066-4 (UNAM) (libro electrónico) | ISBN 978-99961-1-142-6 (UCA) (libro electrónico).

Temas: Salud pública -- El Salvador -- Historia. | Atención médica -- El Salvador. | Accesibilidad de la asistencia sanitaria -- El Salvador.

Clasificación: LCC RA454.S2 (libro electrónico) | DDC 362.1097284—dc23

Imagen de portada: Carlos Gonzalo Cañas, «No. 23. De los pasillos alucinantes». Técnica: lavada a tres tintas. Dimensiones: 76 × 55.5 cm. Dibujo publicado en el libro-catálogo *De hospitales y dibujos* (El Salvador: Galería Pasos, 1974). Edición especial limitada a 200 ejemplares, autografiados por el autor.
Diseño de portada: Flor Moyao Gutiérrez

D.R. © Herberth Stanley Morales Herrera

D.R. © 2026, Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, 04510, Del. Coyoacán, Ciudad de México
Coordinación de Humanidades,
Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur
Calle María Adelina Flores, núm. 34-A, Barrio de Guadalupe, 29230,
San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. Tel.: (967) 678 2997
www.cimsur.unam.mx

D.R. © 2026 Universidad Centroamericana José Simeón Cañas
Boulevard Los Próceres, Colonia Los Jardines de Guadalupe,
Antiguo Cuscatlán, La Libertad,
República de El Salvador, Centroamérica

ISBN UNAM (libro electrónico): 978-607-647-066-4
ISBN UCA Editores (libro electrónico): 978-99961-1-142-6

Esta obra fue dictaminada a solicitud del Comité Editorial del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur. Queda prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas.

Hecho en México

Índice

Prólogo. *Carlos Gregorio López Bernal* **11**

Agradecimientos **15**

Introducción **17**

El punto de partida, **19**; Método y fuentes, **25**; La estructura, **28**

Capítulo 1. El desarrollo institucional de la Dirección General de Sanidad y el Ramo de Beneficencia **33**

Consejo Superior de Salubridad, **34**; Tiempo de reformas: la creación de la Dirección General de Sanidad, **45**; El Ramo de Beneficencia: el funcionamiento triádico de los hospitales, **51**

Capítulo 2. El anhelo del martinato: «Un pueblo sano, saludable y fuerte es el pueblo que queremos» **65**

La Dirección General de Sanidad del martinato y el brote de viruela, **66**; El Ramo de Beneficencia: los hospitales públicos durante el martinato, **89**

Capítulo 3. El establecimiento del sistema de salud pública **103**

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», **104**; El punto de partida para el establecimientodel sistema de salud pública, **113**

Capítulo 4. El crecimiento de los servicios de salud pública. **123**

Un proyecto piloto para El Salvador: el Área de Demostración Sanitaria, **124**; La apuesta por incrementar los servicios de salud pública, **136**

Capítulo 5. El gremio médico y la salud pública en El Salvador. **157**

Las propuestas del Colegio Médico, **159**; El proyecto de reforma de la facultad, **165**; La financiación de la facultad, **176**; La filantropía estadounidense, **178**; La crisis política de 1960 y la fragilidad de la cooperación estadounidense, **185**; El financiamiento gubernamental, **192**; La epidemia de disentería, **197**

Reflexiones finales **213**

La imposibilidad de ser un vigilante, **213**; El triunvirato, **214**; El derecho a la salud, **216**; El sistema de salud pública posible , **217**; Tiempo de reforma, **220**; La epidemia pendiente, **221**; La insatisfacción, **223**

Apéndices **225**

Referencias **233**

Archivos y bibliotecas, **233**; Publicaciones periódicas, **233**; Repositorios digitales, **234**; Bibliografía citada, **234**

A Demetria (†), la pescadora del río Lempa.

Prólogo

Carlos Gregorio López Bernal
Doctor en Historia, Universidad de Costa Rica

Hacía 1911, el viajero inglés Percy F. Martín decía de El Salvador: «la mayoría de la gente se opone a todas las medidas higiénicas, y debido a su pobreza está condenada a vivir en viviendas pequeñas, las cuales están mal ventiladas y húmedas, y consecuentemente insalubres». Imágenes como esta muestran cómo durante mucho tiempo se asociaron pobreza y falta de higiene con insalubridad. A inicios de 1970, cuando el país sufría una epidemia de disentería, se volvió a tratar el tema de la salubridad; pero esta vez asociado a la disponibilidad de agua potable y alcantarillados, factores asociados con el contagio de la enfermedad. Más de seis décadas trascurrieron entre ambos eventos. ¿Cómo evolucionó la salud pública en ese periodo y qué capacidades desarrolló? De problemas como esos trata este libro.

Este trabajo hace un aporte importante en un tema poco estudiado de la historia de El Salvador. En este país centroamericano, la atención a la salud pública ha enfrentado diversos obstáculos, algunos determinados por las capacidades económicas de la sociedad y otros por las dificultades para concebir y diseñar políticas sociales desde el Estado. A pesar de ello, a lo largo del siglo XX e inicios del XXI ha habido proyectos interesantes y prometedores, pero poco conocidos y que lastimosamente no han tenido continuidad.

El autor desarrolla su trabajo con una lógica diacrónica que lleva implícita una propuesta de periodización que en el fondo le permite

plantear hipótesis particulares para cada periodo. Para sustentar sus tesis hace un uso muy imaginativo de cuatro tipos de fuentes: institucionales, hemerográficas, estadísticas e internacionales. Divide el estudio en tres grandes periodos; los dos primeros dos podrían considerarse antecedentes del principal y comprenden desde los inicios hasta mediados del siglo XX. El núcleo del trabajo trata sobre el establecimiento del sistema de salud pública y abarca de 1950 hasta los inicios de la década de 1970.

La metodología de trabajo consistió en analizar el aparato público de salud para un periodo, caracterizarlo y determinar las capacidades instaladas en diferentes ámbitos. Así es posible percibir los cambios ocurridos a lo largo del tiempo, mostrar las iniciativas impulsadas, identificar los actores involucrados y los debates que provocan, etc. Además de los esfuerzos por dotar de recursos humanos, técnicos y de infraestructura, una constante evidente es la implantación territorial de los servicios públicos de salud. Este último punto podría parecer poco complicado, dada la reducida extensión territorial del país. Pero no; fue un proceso complicado y paulatino, en buena medida condicionado par las limitantes económicas, pero también por la tendencia a concentrar las capacidades del Estado en la capital.

En principio, este modo de proceder parece muy convencional. Sin embargo, tiene un componente novedoso, pero también arriesgado. Morales intenta «probar» las capacidades del aparato público de salud, estudiando cómo reacciona frente a una crisis sanitaria; lo que él llama «coyunturas epidémicas». De este modo, pretende mostrar las fortalezas del aparato de salud, pero también sus debilidades. Esa opción presenta atractivos innegables; sobre todo permite transitar del simple inventario de iniciativas y capacidades, a un intento por checar las maneras en que se responde una emergencia, por ejemplo, un brote de viruela o una epidemia de disentería. Pero también es susceptible a críticas. Se puede aducir que, independientemente del grado de desarrollo, un sistema de salud se concibe y estructura para atender las necesidades de salud cotidianas y recurrentes de la población, y no para atender situaciones extraordinarias.

Pero esas emergencias pueden también mostrar las capacidades para reaccionar y enfrentar lo que no estaba previsto; ejemplo claro de este tipo de situaciones fue la pandemia de covid-19 de hace unos años. A pesar de los avances científicos y de las fortalezas acumuladas, la pandemia dejó claro cuán vulnerables pueden ser nuestros sistemas de salud. Hay un detalle adicional: en el planteamiento de Morales, una emergencia sanitaria no descarga al sistema de salud de sus responsabilidades cotidianas; más bien impone una adicional. Es decir, habría que considerar no solo las capacidades para atender la situación anómala, sino comprobar que su atención no implique una disminución en la calidad de otros servicios. Al margen de las críticas que pueda suscitar, el autor desarrolla una propuesta metodológica interesante que podría ser aprovechada en otros estudios.

Hay dos elementos adicionales en el trabajo que deben valorarse. Uno es la influencia de actores externos en las iniciativas de salud en El Salvador. Por ejemplo, los proyectos de la Fundación Rockefeller para el combate de la anquilostomiasis y otras enfermedades endémicas en la región centroamericana. Estos proyectos resultan muy útiles para entender cómo los Estados y el gremio médico interactúan con instancias internacionales para valorar hasta qué punto pueden tener agendas convergentes. En la segunda mitad del siglo XX este tipo de encuentros con instancias internacionales se acrecentó, lo que abrió nuevas oportunidades de desarrollo, pero también generó conflictos. De hecho, la Fundación Rockefeller fue una de las que apoyó la reforma en la Facultad de Medicina; por unos años sostuvo muy buenas relaciones con la Universidad de El Salvador, pero terminó distanciándose por cuestiones políticas y por la oposición de los estudiantes organizados.

Sin embargo, definitivamente, los actores claves son los funcionarios gubernamentales a cargo de la salud pública, sus equipos de trabajo y sus asesores. Y su acción está condicionada por los contextos políticos. En este estudio es clave el viraje político que se produjo en El Salvador a partir de 1948, signado por un cambio en la concepción del Estado; se dejó atrás la lógica liberal y se da paso a un Estado más intervencionista que asume

un creciente protagonismo en la economía y en las políticas sociales de Estado. Tan fuerte fue el viraje que requirió una nueva Constitución, la de 1950. Con mucho, una de las más influyentes en la historia del país.

Morales deja claro el papel modernizante y visionario de esos funcionarios. Pero ellos no estuvieron solos en ese esfuerzo. El gremio médico representado en el Colegio Médico tuvo una participación de primer orden debido a diferentes factores, entre ellos las experiencias formativas a las que los médicos habían estado expuestos, tanto en la Universidad de El Salvador, como en el exterior. Puede arriesgarse la hipótesis de que el núcleo detonante de esas inquietudes fue la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador, la cual desde la década de 1940 estaba empeñada en mejorar la formación de los facultativos. Esos esfuerzos tuvieron sus momentos más destacados en las décadas de 1960 y 1970. No solo mejoró la formación de los médicos, sino que se incorporó en el currículo una orientación más social que combinaba con las políticas sociales de Estado amparadas en la Constitución de 1950.

Quizá una manera de caracterizar el devenir del sistema de salud pública en El Salvador sea analizarlo en una lógica de encuentros y desencuentros. Los primeros implicarían convergencias felices, mientras que los segundos reflejarían momentos de crisis que rompen la continuidad de las iniciativas. En tal sentido, las décadas de 1950 y 1960 fueron un ejemplo de encuentros felices, en los que las inquietudes y los proyectos de actores locales coincidieron con la agenda de instancias externas. Surge la tentación de hablar de un entorno favorable al cambio y la modernización. Vale decir que hay muchos estudios con ese enfoque.

Este libro viene a llenar un vacío historiográfico y abre brecha para profundizar en otros temas. Es más, diría que debería valorarse no tanto por las respuestas que brinda, que son muchas, sino por las preguntas e inquietudes que provoca. Al abordar problemáticas poco trabajadas debió arriesgar tesis; y la escasez o diversidad de fuentes en ciertos casos obliga a ser más intuitivo que demostrativo, con lo que deja abierta la puerta al debate. El texto evidencia las capacidades del investigador, pero también su perseverancia y su disposición al trabajo en condiciones poco favorables, entre estas, la pandemia del covid-19.

Agradecimientos

Agradezco a mi madre, Virginia Margarita, su comprensión a lo largo de esta travesía académica; soy consciente de que no le dediqué a usted todo el tiempo que se merecía. De igual manera, doy las gracias a Sindy Carolina, mi pareja, quien me apoyó en todo momento en el proceso de investigación. También extiendo mi gratitud a mis familiares más cercanos por su acompañamiento y paciencia.

Reconozco considerablemente el trabajo del doctor Antonio García Espada, quien me brindó confianza y solidaridad en esta investigación. 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 él fueron fundamentales para la redacción de este libro. Asimismo, valoro mucho sus críticas y observaciones, las cuales me permitieron crecer en este camino.

También valoro infinitamente el apoyo de los doctores Carlos Gregorio López Bernal y Gerardo Monterrosa Cubías, quienes dedicaron parte de su valioso tiempo a leer exhaustivamente mis hallazgos desde un inicio. Sus comentarios y apreciaciones críticas enriquecieron mis reflexiones.

Debo mencionar, por otra parte, que me resultaron de gran ayuda las fuentes primarias del Rockefeller Archive Center que me facilitó el doctor Héctor Lindo Fuentes mientras colaboré como su asistente de investigación.

Este trabajo fue posible gracias a una beca de maestría que me proporcionaron el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt) de México y la Fundación Heinrich Böll. Con estas palabras reafirmo una vez más mi compromiso social ante estas instancias que me apoyaron. Además, agradezco profundamente al Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur de la Universidad Nacional Autónoma de México (CIMSUR-UNAM) por brindarme la valiosa oportunidad de transformar mi tesis de maestría en el presente libro.

Quiero destacar el apoyo invaluable que recibí de mis compañeros y amigos durante mi estancia en México. De Andrés Felipe Escovar y Daniel Maldonado siempre guardaré el recuerdo de sus manos generosas y de sus agudas reflexiones sobre literatura. A Lezly Chibamba, Karen Martínez y Víctor Méndez les agradezco profundamente su amistad y haber convertido en gratos y acogedores mis días en San Cristóbal de Las Casas. Con Rigoberto Solano y su familia los días fueron más cálidos, ya que me sentí como uno más en su hogar. Las pláticas con Tonatiuh y Felipe siempre fueron estrambóticas, pero necesarias para pausar el tedio.

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

Finalmente, reconozco el valioso aporte de la familia Cañas al permitirme ilustrar el libro con uno de los dibujos del maestro Carlos Cañas.

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 1973, las carencias del sistema salvadoreño de salud pública en una serie de 37 dibujos. Esta serie, que Cañas tituló *De hospitales y dibujos*, constituye una firme 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 del pasado en los que principalmente los vencidos padecieron las carencias de los servicios de salud. En 1974 vio la luz el poema-fragmentario *Las historias prohibidas del Pulgarcito*, de Roque Dalton.[1] Particularmente, traigo a cuenta uno de sus fragmentos titulado «Salvo frente a las epidemias, adoro sus mercados». Las imágenes de esa pequeña pieza poética condensan algunas de las aristas de la salud pública salvadoreña que aquí abordo: la salud caritativa, las enfermedades, la estigmatización hacia las clases subalternas, las condiciones sociales de insalubridad, la mirada médica y los hospitales atiborrados de pacientes. Por otra parte, de este mismo fragmento daltoniano extraigo el título del presente libro: *Atmósfera infecta.*

A lo largo de este trabajo reflexiono sobre la infraestructura institucional de la salud pública en El Salvador. Precisamente, mi objetivo es determinar y explicar las estrategias que se implementaron para la

[1] Roque Dalton, *Las historias prohibidas del Pulgarcito* (s.l.: Ocean Sur, 2014).

creación y el desarrollo del sistema de salud pública en este país durante las décadas de 1950 y 1960. De esta manera se podrán dimensionar las razones que llevaron al Estado salvadoreño a instituir el sistema hasta la segunda mitad del siglo XX.

Abordo la creación del sistema de salud pública en El Salvador desde tres campos de influencia de las ciencias sociales. El primero se refiere a la clásica historia institucional, que resulta especialmente relevante a la hora de comprender los antecedentes del Ministerio de Salud, así como su posterior creación y desarrollo. En este punto, no resultó suficiente describir cómo funcionaba cotidianamente el edificio institucional de una entidad estatal; también fue importante analizar su respuesta ante eventos excepcionales, como las epidemias o pandemias que se tratarán en este estudio. En buena medida esto me obligó a reflexionar sobre las políticas públicas de salud. Ahora, puedo afirmar en forma contundente que fue a partir de la década de 1950 cuando el Estado salvadoreño imprimió un carácter eminentemente público a las políticas de salud. El segundo campo tiene que ver con la historia social, que me permitió entender cómo las epidemias y pandemias no son solo manifestaciones biológicas, sino que también son catalizadoras de las tensiones estructurales preexistentes en las sociedades. En este sentido, extendí el análisis al papel que jugó el gremio médico en el desarrollo del sistema de salud y ante las emergencias sanitarias. Finalmente, el tercer campo se relaciona con la salud internacional que puso en práctica la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la década de 1980. Gracias a esta última corriente interpretativa pude reflexionar sobre la salud pública desde dos niveles: los factores estructurales de índole nacional y las variables internacionales. De este modo, examino la relevante influencia que ejercieron las fundaciones filantrópicas estadounidenses y los organismos internacionales —como la mencionada OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS)— en la construcción del sistema de salud pública salvadoreño.

El punto de partida

Para empezar, resulta necesario delimitar el contexto historiográfico de partida de esta investigación. A nivel latinoamericano, trabajos de académicos sociales como los de Marcos Cueto, Anne-Emanuelle Birn, Juan César García, Eric D. Carter y Claudia Agostoni se vuelven referencias de interlocución obligatoria para comprender las particularidades de la medicina y la salud pública como procesos sociales en América Latina. Estos académicos y académicas han investigado sobre temas como los siguientes: los paradigmas de la salud, las instituciones de salud pública, los gremios médicos, la influencia de los organismos internacionales, las fundaciones privadas internacionales enfocadas en salud, el imperialismo estadounidense, la filantropía, las epidemias, aspectos culturales y las respuestas de los movimientos sociales.

En su libro *Médicos, campañas y vacunas*,[2] Claudia Agostoni proporciona un análisis sobre la viruela y las campañas de inmunización que se llevaron a cabo en México entre 1870 y 1950. En esta obra, la autora desarrolla aspectos que ejercieron influencia en este trabajo como los siguientes: 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. En especial, para el análisis me apoyo en la categoría de esta autora de «coyunturas epidémicas». Según Agostoni, las coyunturas epidémicas son tiempos extraordinarios y sumamente confusos para el conglomerado social, de tal modo que cada una de las epidemias a lo largo de la historia se ha manifestado de manera particular dependiendo de cómo las sociedades han respondido frente al patógeno causante de la enfermedad.[3] En otras palabras, la novedad de una epidemia o pandemia genera incertidumbre colectiva, lo que finalmente termina por poner a

[2] Claudia Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México 1870-1952* (México: UNAM / Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, 2016).

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

prueba a las instituciones de salud pública. Este punto, que es medular en esta investigación, lo trato en los capítulos uno, dos y cinco.

El artículo «La medicina estatal en América Latina (1880-1930)», de Juan César García,[4] es un documento clásico pues ofrece una lectura panorámica del desarrollo institucional de la salud pública en la región. En este trabajo, el autor argumenta que los países latinoamericanos comenzaron a implementar políticas de salud a través de sus ministerios de Gobernación o Interior. Además, sostiene que fue entre 1880 y 1930 cuando inició en Latinoamérica el interés en fundar instituciones de salud con facultades de alcance nacional. García utiliza para su análisis la perspectiva marxista, la cual le permitió entender que los cambios institucionales fueron una consecuencia del modelo agroexportador de la época. Particularmente, este trabajo de García me brindó elementos para contextualizar el surgimiento de la Dirección General de Sanidad de El Salvador a inicios del siglo XX, una institución a la que presto mucha atención en los dos primeros capítulos.

No hay duda de que la producción historiográfica de Marcos Cueto lo convierte en uno de los referentes de la historia de la salud pública y la medicina en Latinoamérica. Entre los temas que este autor aborda sobresalen las epidemias, los programas de salud y las organizaciones internacionales. Para el desarrollo del presente trabajo me apoyé en el libro *Historia, salud y globalización*, que Cueto escribió junto con Víctor Zamora.[5] Esta obra me ayudó a entender el entorno internacional de la salud durante la década de 1950, y de este modo pude contextualizar 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 en la incidencia mundial de la Fundación Rockefeller. De esta autora retomo su análisis sobre las campañas sanitarias que realizó esta fundación en el siglo XX. Por otra parte, su

[4] Juan César García, «La medicina estatal en América Latina 1880-1930», *Revista Cubana de Salud Pública* 42, núm. 1 (2016).

[5] Marcos Cueto y Víctor Zamora, *Historia, salud y globalización* (Lima: IEP Ediciones, 2006).

propuesta analítica me permitió comprender las formas de cooperación filantrópica que llevó a cabo esta fundación con sus contrapartes en países subdesarrollados.[6] Este enfoque me resultó especialmente útil para profundizar en la modalidad de cooperación que la fundación implementó con la Universidad de El Salvador (UES) en las décadas de 1950 y 1960, aspecto que abordo en el capítulo cinco al analizar la reforma de la Facultad de Medicina.

El libro de Eric D. Carter titulado *In Pursuit of Health Equity: A History of Latin American Social Medicine*[7] se ubica temporalmente en el siglo XX y brinda un análisis de dos generaciones de promotores de la medicina social en Latinoamérica. En su genealogía identifica los referentes regionales y marca distancia de lecturas eurocéntricas. De este autor retomo sus reflexiones sobre la influencia de la Fundación Rockefeller en Latinoamérica.

En cuanto a Centroamérica, limito el panorama historiográfico a tres autores: Richard N. Adams, Steven Palmer y Ana Paulina Malavassi Aguilar. Estos académicos, que se han enfocado especialmente en el siglo XX, han tratado temas de salud pública como las epidemias, las instituciones sanitarias y la influencia de la Fundación Rockefeller en Centroamérica.

El antropólogo Richard N. Adams analizó el impacto de la pandemia de influenza de 1918 en Guatemala, especialmente en su trabajo titulado «Estado e indígenas durante la epidemia de influenza de 1918-1919 en Guatemala».[8] Adams priorizó el departamento de San Marcos para reflexionar sobre las carencias institucionales del Estado guatemalteco frente a la influenza. Las reflexiones de este autor me resultaron útiles para comparar el papel que desempeñaron durante el desarrollo de esta

[6] Anne-Emanuelle Birn y Judith Richter, «El filantrocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente», *Social Medicine* 11, núm. 3 (2016).

[7] Eric D. Carter, *In Pursuit of Health Equity: A History of Latin American Social Medicine* (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2023).

[8] Richard N. Adams, «Estado e indígenas durante la epidemia de influenza de 1918-1919 en Guatemala», *Mesoamérica* 18, núm. 34 (1997).

enfermedad las autoridades sanitarias de Guatemala y El Salvador. Cabe señalar que esta obra de Adams constituye una referencia obligatoria para quienes se atrevan a profundizar en la historia comparada de las epidemias en Centroamérica.

«Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central» es un artículo del historiador Steven Palmer que presenta una perspectiva comparada del desarrollo institucional de la salud pública en la región.[9] Este autor concentra su sucinto recorrido 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 cuestiona que se atribuya excesiva determinación a los factores externos que configuran las instituciones de salud pública y, en cambio, destaca la importancia de la cultura política en Centroamérica. En este sentido, algunos elementos de la obra de Palmer fortalecieron aspectos del contexto centroamericano que presento en este libro para explicar el desarrollo institucional de El Salvador a comienzos del siglo XX, principalmente en los antecedentes que figuran 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»,[10] donde la autora reflexiona sobre los primeros pasos de esta organización filantrópica en Centroamérica, y en especial sobre el programa que financió para contrarrestar la anquilostomiasis en la región. En relación con mi trabajo, este artículo me proporcionó algunos insumos para comprender la trayectoria filantrópica de la fundación.

En El Salvador, la salud pública como problema historiográfico ha sido abordada por Jorge Juárez, Diana Durán y Pablo Benítez, quienes pertenecen a un grupo más amplio de académicos que ha nutrido la historiografía salvadoreña tras el fin del conflicto armado de los años ochenta del siglo pasado. Esto los sitúa dentro de una generación de

[9] Steven Palmer, «Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central», *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Ilustrandam* 25 (2005).

[10] Ana Paulina Malavassi Aguilar, «El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central 1914-1921». *Diálogos. Revista Electrónica de Historia* 7, núm. 1 (2006).

historiadores que ha ampliado significativamente el abanico de temas a tratar, incluyendo los primeros acercamientos a la historia de la salud pública.

«Población: estadísticas y enfermedades en la configuración del Estado en El Salvador en la segunda mitad del siglo XIX» es un texto inédito en el que Jorge Juárez[11] demuestra la relevancia de los datos estadísticos durante la incipiente labor estatal en materia sanitaria. El autor reflexiona brevemente sobre cuatro temas: el desarrollo de la estadística estatal, el enfoque maltusiano, las epidemias y las atribuciones del protomedicato.

Por su parte, Diana Durán elaboró una tesis a partir de una investigación descriptiva de las enfermedades infectocontagiosas y de las políticas públicas de control o erradicación vinculadas a ellas en El Salvador.[12] En cuanto a marco temporal, la autora se ciñó a la segunda mitad del siglo XX; sin embargo, su estudio incluye un capítulo de antecedentes que se remonta a la época colonial, una tarea compleja por abarcar en un periodo tan amplio.

«Gripe española de 1918 en El Salvador», de Pablo Benítez, es el único trabajo que hasta la fecha incluye una reflexión sobre el momento en que la pandemia de influenza llegó al país.[13] En este artículo, el autor presta atención a los álgidos cuatro meses —de agosto a noviembre de 1918— de la coyuntura epidémica de influenza, y en términos metodológicos concatena tres aspectos: la dinámica de la política salvadoreña, la transmisión de la enfermedad y la evaluación de las instituciones de salud pública. Fundamenta su trabajo en fuentes estatales y periodísticas. Por mi parte, aplico este abordaje metodológico al analizar las coyunturas epidémicas de viruela (1932-1935) y disentería (1969-1973) en el país.

[11] Jorge Juárez, «Población: estadísticas y enfermedades en la configuración del Estado en El Salvador en la segunda mitad del siglo XIX» [documento inédito].

[12] Diana Durán, *Historia de las políticas públicas de salud sobre las enfermedades transmisibles en El Salvador 1950-2000* (tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador, 2016).

[13] Pablo Benítez, «Gripe española de 1918 en El Salvador: reseñas y debates en el *Diario Oficial* y *Diario del Salvador*», *Americanía. Revista de Estudios Latinoamericanos*, núm. 6 (2017).

En términos generales, los trabajos citados de estos tres historiadores salvadoreños me permiten identificar ciertos elementos de la historia institucional de la salud pública en el país. Sin embargo, resulta necesario profundizar en un problema aún poco abordado en la historiografía salvadoreña: el desarrollo institucional vinculado al sistema de salud pública. Por ello, en este libro me propuse estudiar como problema de investigación las estrategias y apuestas asociadas con la creación y el desarrollo de dicho sistema de salud pública en El Salvador entre las décadas de 1950 y 1960.

Derivado de lo anterior surge un cuestionamiento: ¿por qué no se creó un sistema de salud pública en El Salvador antes de la primera mitad del siglo XX? La historiografía política y económica sobre las décadas de 1950 y 1960 ha destacado que a los cambios ocurridos en ese periodo les subyacen cuatro procesos encadenados: la industrialización de la economía con el propósito de diversificar la matriz productiva, la instauración de un Estado interventor, la integración centroamericana y las prácticas políticas de corte autoritario. A todo esto hacen referencia las obras de Roberto Turcios, Jorge Cáceres Prendes y Héctor Lindo.[14] Además, los decenios de 1950 y 1960 son parte de un entorno de crecimiento económico que facilitó el desarrollo de una política fiscal y social en El Salvador. Precisamente, los niveles de inversión social que se alcanzaron entre dichas décadas no tenían precedentes en el país; por ejemplo, según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), entre 1951 y 1979 el gasto público en salud y educación de El Salvador fue de 35.6 %, lo que significó un incremento de casi tres veces el valor promedio que se asignaba en la primera mitad del siglo XX. Al respecto, Carlos

[14] Roberto Turcios, *Autoritarismo y modernización* (San Salvador: Concultura, 2003); Roberto Turcios, «La vida política», en *El Salvador historia contemporánea 1808-2010*, coord. por Carlos Gregorio López (San Salvador: Editorial Universitaria, 2015); Roberto Turcios, *Rebelión, San Salvador 1960* (San Salvador: Cenicsh, 2017); Roberto Turcios, *Siglo xx. Tendencias y coyunturas de cambio* (San Salvador: Infod, 2019); Jorge Cáceres Prendes, Rafael Guidos Béjar y Rafael Menjívar Larín, *El Salvador una historia sin lecciones* (San José: Flacso, 1988), 89-91; Héctor Lindo Fuentes, «El proceso económico», en *El Salvador historia contemporánea*, coord. por Carlos Gregorio López Bernal (San Salvador: Editorial Universitaria, 2015).

Gregorio López Bernal considera que «las primeras políticas sociales de Estado realmente funcionales» corresponden a estos años, es decir, a las décadas mencionadas.[15] En el presente libro parto de las reflexiones generales 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 de este sistema en El Salvador formó parte de los cambios ocurridos entre esos años en materia de políticas sociales.

Método y fuentes

En términos metodológicos, abordé el problema de investigación a partir de cuatro tipos de fuentes, lo que otorga al trabajo un carácter poliédrico. Las he clasificado según su procedencia, sus características particulares y el potencial argumentativo que encierran.

El primer tipo de fuentes son las institucionales, en las que ubico los documentos relacionados con la Dirección General de Sanidad y el Ramo de Beneficencia, instancias que tuvieron a su cargo, respectivamente, el control de las epidemias y la administración de los hospitales públicos. Estos documentos me facilitaron la elaboración de los antecedentes institucionales que abarcan el periodo entre 1900 y 1944. Por ejemplo, me permiten afirmar que los hospitales salvadoreños, además del financiamiento público, contaron con recursos filantrópicos y con la participación de algunas congregaciones religiosas, situación identificada al menos hasta la década de 1930.

Asimismo, incluyo entre las fuentes institucionales los documentos que dan cuenta de la creación y el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública durante las décadas de 1950 y 1960, como decretos, informes ministeriales y diagnósticos. Por ejemplo, el diagnóstico elaborado por el consultor Herman Grimmer, que utilizo con frecuencia, constituye una

[15] Carlos Gregorio López Bernal, «Años de bonanza y crisis; de ilusiones y desencantos», en *El Salvador: la república*, coord. por Álvaro Magaña (S.l.: Fomento Cultural, 2000).

referencia histórica valiosa para revisar la labor de las instituciones de salud pública al inicio del periodo estudiado. Además, las planificaciones y los informes de salud de la década de 1960 son fuentes que documentan el funcionamiento de diferentes instancias sanitarias, las cuales lograron articularse en un sistema coherente. Esto último es esencial para demostrar la existencia de un sistema de salud pública estructurado en torno a un ministerio, instancia central desde la cual emanaban las directrices de trabajo.

El segundo tipo de fuentes: las hemerográficas y las estadísticas, proporcionan un registro bastante detallado sobre las epidemias de viruela y disentería que analizo aquí bajo la categoría de *coyunturas epidémicas*. La epidemia de viruela se produjo durante los primeros cuatro años del martinato[16] y la de disentería hacia finales de la década de 1960. Combino datos periodísticos y estadísticos con el fin de proporcionar una descripción rigurosa sobre estos dos azotes, dado que estas fuentes permiten comprender con mayor claridad los momentos de incertidumbre frente a enfermedades fuera de control. Cabe recordar que las fuentes estadísticas ofrecen información sobre el ritmo de propagación de una enfermedad con un elevado grado de contagio. Asimismo, a partir del análisis del desarrollo de estas dos epidemias es posible identificar nuevos aspectos sobre el martinato y la década de los sesenta. Por ejemplo, la evaluación de las instituciones de salud pública durante la gestión de estas dos emergencias epidémicas es un aporte novedoso que este libro realiza a la historiografía salvadoreña.

Las instituciones académicas generan un tercer tipo de fuentes que pueden ofrecer interpretaciones de alcance global sobre los procesos sociales. Para el caso que nos ocupa, retomo documentos producidos por la Universidad de El Salvador (UES) y el Colegio Médico del país. Estas fuentes me permitieron analizar dos procesos: la reforma de la Facultad de Medicina de la UES a partir de 1954 y la elaboración de propuestas

[16] Este periodo de la historia salvadoreña, que comprende de 1931 a 1944, comenzó con un golpe de Estado que poco tiempo después facilitó la llegada de Maximiliano Hernández Martínez a la presidencia. La forma de gobernar de este personaje se caracterizó por la práctica de legitimar paulatinamente una dictadura.

destinadas a mejorar la calidad de los servicios de salud pública en el país. El análisis de ambos procesos confirma el gran prestigio académico que alcanzó la Facultad de Medicina de la UES en las décadas de 1950 y 1960, prestigio que también fue reconocido por la Fundación Rockefeller al establecer relaciones de cooperación financiera con dicha institución. A propósito, la reforma de esta facultad influyó en el incremento del número de médicos graduados, un aspecto fundamental para el desarrollo del sistema de salud pública en El Salvador.

El último grupo de fuentes analizadas son las generadas por entidades internacionales. Particularmente, revisé documentos provenientes de la OMS, la OPS y la Fundación Rockefeller. Estas fuentes brindan un panorama que puede complementar o matizar algunos aspectos concernientes a la creación del sistema de salud que aquí interesa. Por otra parte, gracias a los documentos de la Fundación Rockefeller logré reconstruir el papel que jugó esta entidad filantrópica en la reforma de la Facultad de Medicina de la UES durante las décadas de 1950 y 1960. Considero que integrar la perspectiva de estos organismos internacionales ofrece la posibilidad de articular un diálogo con las investigaciones desarrolladas en el campo de la salud internacional.

En general, entre los archivos y repositorios institucionales que más consulté se encuentran los siguientes: el *Diario Oficial*, la hemeroteca del Museo Nacional de Antropología de El Salvador (MUNA), el Repositorio Institucional para Intercambio de Información de la OPS (IRIS), el archivo del Ministerio de Salud Pública de El Salvador, algunas colecciones especiales de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (UCA), el Repositorio Digital de Ciencias y Cultura de El Salvador (Redicces) y el Rockefeller Archive Center.

Por otra parte, utilizo las categorías de *salud pública* y *sistema* para vertebrar la reflexión. Defino la salud pública como el conjunto de acciones emprendidas por las sociedades para prevenir y controlar la propagación de epidemias y de enfermedades que no revisten un carácter epidémico. Además, esta categoría se relaciona con la organización de los servicios de atención médica, los cuales garantizan la preservación y el

disfrute de un adecuado estado de salud para la ciudadanía. Aunque el Estado ha desempeñado un rol fundamental como ente rector para organizar y garantizar el carácter público de las acciones en favor de la salud de toda sociedad, también intervienen otros actores, lo que invita a concebir la salud pública más allá del ámbito puramente estatal y a considerar la participación de los sectores sociales interesados en formar parte de ella.

Con respecto a la categoría de *sistema*, la concibo como el conjunto de elementos o instancias interrelacionadas que conforman una totalidad. Las interrelaciones particulares entre las diferentes instancias generan la identidad de un sistema, lo que permite afirmar que un sistema se autorrelaciona a través del conjunto de vínculos que lo constituyen. No obstante, todo sistema está condicionado por las relaciones de la sociedad que le sirven de contexto diferenciador. Tal como mencionaba Niklas Luhmann, las relaciones particulares de los sistemas sociales funcionan «en un entorno que no está estructurado a su gusto».[17] Dicho lo anterior, propongo analizar las diferentes instancias que conformaron el sistema de salud pública en El Salvador de acuerdo con esta conceptualización, las cuales se interrelacionaron por medio de un lenguaje común, que considero 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 del Partido Revolucionario de Unificación Democrática (PRUD) y, más tarde, se consolidó bajo la influencia de la Alianza para el Progreso, la cual exigía la elaboración de planes para las inversiones socioeconómicas.

La estructura

Esta obra consta de cinco capítulos. En los dos primeros reconstruyo el desarrollo institucional de la Dirección General de Sanidad y del Ramo

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

de Beneficencia durante la primera mitad del siglo XX, lo que me permite establecer un escenario previo para comprender el cambio que implicó la creación del sistema de salud pública a mediados del siglo XX. Es necesario retomar este extenso antecedente debido a que los trabajos históricos existentes sobre las instituciones salvadoreñas de salud pública no proporcionan un panorama del todo claro. Ambos capítulos presentan dos aportes concretos: *a*) identificar cómo la salud fue concebida por el Estado y la clase dominante como un servicio caritativo para los pobres, y *b*) analizar cómo las instituciones de salud pública no contaban con el suficiente despliegue territorial para atender a la población, lo cual fue especialmente notorio en momentos de emergencia epidémica.

El tercer capítulo está dedicado a la década de 1950, periodo en el que en El Salvador se comenzó a concebir la salud como un derecho social y se fue creando gradualmente un sistema de salud pública a lo largo de ese decenio y del siguiente. Abordo en el capítulo principalmente dos temas: el surgimiento del Ministerio de Salud y la situación de los servicios sanitarios en el periodo que nos ocupa.

En el capítulo cuatro analizo el aumento que experimentaron los servicios de salud pública durante las décadas de 1950 y 1960 y reflexiono sobre un proyecto piloto que incorporó la lógica de sistema. En este marco, considero que el crecimiento de estos servicios y las inversiones inéditas de carácter social fueron dos de los signos del nuevo sistema de salud pública. Todo esto aconteció en un contexto en el que el Estado salvadoreño mantenía un talante intervencionista en los ámbitos económico y social, que se instituyó a partir de la Constitución de 1950. En resumidas cuentas, en los capítulos tres y cuatro abordo la creación y el desarrollo del sistema de salud pública salvadoreño.

En el último capítulo reflexiono sobre la participación del gremio médico en la creación del sistema centrándome en tres aspectos: 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 examen de estos temas

confirma que los galenos gozaban de una influencia significativa en la sociedad salvadoreña.

No cabe duda de que las décadas de 1950 y 1960 constituyeron un periodo de altas expectativas en El Salvador. Por ejemplo, el movimiento cívico-militar de 1948 prometió una nueva visión de la administración del Estado con el propósito de generar cambios sociales y económicos. Por su parte, la academia se entusiasmó con la reforma de la UES en la década de 1960. Al cierre de ese decenio, el gobierno salvadoreño se mostraba optimista en relación con la reforma del sistema educativo, cuya principal apuesta fue la televisión. A propósito, el historiador Antonio García Espada menciona que en la década de 1950 la revista *National Geographic* hizo «públicos unos malabares estadísticos que convertían a El Salvador en el mejor lugar del mundo para vivir».[18] La creación y el desarrollo del sistema de salud pública que analizo a continuación también los concibo como un proyecto entusiasta de los gobernantes; no obstante, mi intención es realizar un contraste crítico entre las apuestas en salud pública y los resultados efectivamente alcanzados.

***

Finalmente, el trabajo está atravesado por mi experiencia personal, que en definitiva constituye mi memoria. Durante mi infancia, en la década de 1990, pasé la mayor parte del tiempo en una atmósfera clínica impregnada de una mezcla de olores a creolina, alcohol y medicamentos. Sí, ese mismo olor característico que describimos con la expresión «¡huele a clínica!». La razón por la que pasé gran parte de mis primeros años de vida en una clínica pública se la debo a mis abuelos maternos, quienes trabajaban como ordenanza y orientadora de planificación familiar. Los recuerdos más recurrentes de esta experiencia durante mi infancia son las largas filas de pacientes compungidos, los gritos estridentes

[18] Antonio García Espada, *Restos del pasado y la imaginación salvadoreña* (Tuxtla Gutiérrez: CESMECA-UNICACH, 2019), 21.

de mis coetáneos y una sala llena de personas enfermas postradas por el cólera. Esta memoria infantil tiene alguna responsabilidad en la selección de los temas tratados en este libro. En otro sentido, mis decisiones racionales en el presente también reconfiguran esa memoria infantil. Durante los momentos más difíciles de la escritura de este trabajo, dicha memoria fue un oxígeno; sin embargo, *El mito de Sísifo* de Albert Camus me hizo comprender que la escritura es como una piedra que se debe cargar.

Imagen: Clínica asistencial de Jayaque, consultorio dental, 1951. Imagen de Ernesto Lima, publicada en su tesis *Informe de la labor desarrollada como médico rural en la ciudad de Jayaque departamento de La Libertad del 1o. de enero al 30 de junio de 1951* (San Salvador: Universidad de El Salvador, 1951). https://harvester.ues.edu.sv/vufind/Record/68918?sid=10696766

Capítulo 1. 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[1]

En este capítulo se busca identificar los aspectos esenciales de la trayectoria institucional de la Dirección General de Sanidad (DGS) y del Ramo de Beneficencia de El Salvador. La primera institución tuvo a su cargo la vigilancia y prevención de las enfermedades consideradas epidémicas, mientras que la segunda se encargó de velar por el funcionamiento de los hospitales públicos. Comprender el desarrollo de ambas instituciones permite vislumbrar qué ocurrió con la salud pública durante la primera mitad del siglo XX. Para orientar el desarrollo de la exposición me planteé las siguientes preguntas: ¿cuáles fueron las instituciones estatales encargadas de la salud pública y del control de las enfermedades?, ¿cómo funcionaron estas instituciones y qué atribuciones tenían?

Para contextualizar el recorrido institucional de la DGS y del Ramo de Beneficencia me remito a la década de 1900, cuando 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 comenzó a asumir más atribuciones relacionadas con la salud pública; esta circunstancia

[1] Dalton, *Las historias prohibidas*, 77.

explica por qué se establece este momento como punto de partida para la reflexión.

Al preguntarme sobre los aspectos en los que debía reflexionar en lo que respecta al desarrollo institucional de la DGS, adopté como criterio metodológico la delimitación de tres momentos analíticos en el siguiente orden: *1*) presentación de los cuerpos de ley que establecieron las facultades en materia de salud pública, *2*) evaluación del funcionamiento de estas facultades de cara a las coyunturas epidémicas, y *3*) exposición de la reforma que experimentó la DGS después de una coyuntura epidémica.

Con respecto al análisis de los hospitales del Ramo de Beneficencia, para la reflexión acoté dos variables: los actores sociales involucrados en el funcionamiento y las vías de financiamiento. En la primera variable identifiqué una tríada de actores compuesta por el Estado, la Iglesia y la clase dominante, unidos por la idea de concebir los hospitales como centros de caridad para atención a los sectores más necesitados. En ese sentido, los servicios hospitalarios se consideraban como una dádiva y no como un derecho. Con respecto al financiamiento de los nosocomios, fue posible identificar dos fuentes recurrentes: la filantropía de la clase dominante y los recursos provenientes de la hacienda pública. De estas dos vías, el dinero público siempre superó a las aportaciones provenientes de la filantropía; no obstante, la importancia de las acciones filantrópicas residió en su capacidad para convertirse en un recurso simbólico al que recurría la clase dominante cuando buscaba legitimidad social.

Consejo Superior de Salubridad

Durante la primera mitad del siglo XX, lo que se conoció como Dirección General de Sanidad (DGS) atravesó cinco momentos emblemáticos en su desarrollo institucional. Estos se relacionan con la promulgación de tres códigos de sanidad en los años 1900, 1914 y 1931, y con la realización de dos reformas en 1920 y 1936, recursos que otorgaron la base jurídica para esta institución vinculada a la salud pública. En términos

generales, los tres códigos mencionados estipulaban que el control de las enfermedades epidémicas y de los factores medioambientales que pusieran en riesgo la salud de la población en el territorio salvadoreño debían estar bajo la responsabilidad del Consejo Superior de Salubridad (CSS), que posteriormente cambió de nombre a Dirección General de Sanidad (DGS). Este desarrollo institucional, que marcó la organización sanitaria desde 1900, fue un antecedente para la creación posterior del Ministerio de Salud Pública entre los años 1946 y 1950.[2]

En 1900 se emitió el primer Código de Sanidad, que marcó un precedente para la normativa jurídica posterior en materia de salud pública, y el 23 de julio de ese año se creó el CSS, en cumplimiento del mandato estipulado en dicho código.[3] Entre los argumentos para aprobar ese instrumento se planteaba la necesidad de establecer un marco jurídico integral en materia sanitaria. Asimismo, en el código se definía que el CSS era una instancia técnica de influencia nacional que tenía bajo su responsabilidad la vigilancia de las enfermedades contagiosas y de otros factores medioambientales que generaran condiciones de insalubridad entre la población.[4] En ese sentido, el consejo se constituyó en una dependencia del Ministerio de Gobernación, instancia que no se dedicaba únicamente al abordaje de la salud, pero que sí era muy importante en términos territoriales dada la influencia que ejercía sobre los gobernadores departamentales y las autoridades municipales. En cuanto a estas últimas, a partir del último tercio del siglo XIX se subyugaron de manera más efectiva al poder central representado por el ejecutivo.[5] La creación del CSS en 1900 formó parte de una preocupación por ejercer control a nivel nacional sobre las enfermedades, tal como lo manifestó en el plano

[2] «Decreto número 134», *Diario Oficial*, núm. 234, 22 de octubre de 1946, 3390; «Decreto 521», *Diario Oficial*, núm. 57, 10 de marzo de 1950, 862.

[3] «Acuerdo», *Diario Oficial*, núm. 173, 24 de julio de 1900, 1261.

[4] «Código de Sanidad de la República de El Salvador, 1900», *Diario Oficial*, núm. 168, 18 de julio de 1900, 1213-1222.

[5] Carlos Gregorio López Bernal, «Las reformas liberales en El Salvador y sus implicaciones en el poder municipal 1871-1890», *Diálogos*. Revista Electrónica de Historia 9 (2008).

discursivo el doctor 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 república.[6]

En los países de América Latina estas instancias sanitarias tomaron nombres diversos, como dirección, departamento o servicio. En El Salvador se adoptaron las denominaciones de dirección y consejo. Al respecto, Juan César García, teórico de la medicina social, sostiene que entre 1880 y 1930 en Latinoamérica surgió la preocupación por establecer instituciones de sanidad con incidencia a nivel nacional; que cuando los Estados latinoamericanos incursionaron, en el siglo XIX, en el tema específico de la salud lo hicieron mediante sus ministerios de Gobernación o del Interior, y posteriormente, cuando estos Estados se encontraban en procesos de centralización, crearon las direcciones nacionales de sanidad durante el periodo comprendido entre 1880 y 1930. A estas dependencias, a su vez, les asignaron dos características: convertirse en unidades ejecutivas, y no simplemente consultivas del Ministerio de Gobernación o Interior del que dependían, y asumir las funciones que antes desempeñaban las municipalidades.[7]

En relación con esto último, el Código de Sanidad de 1900 de El Salvador estableció que los gobernadores, las municipalidades y otros funcionarios a nivel local debían apoyar las acciones en materia de salud pública que ejecutara el CSS;[8] pero estipulaba que, de existir alguna

[6] Percy F. Martin, *El Salvador del siglo XX* (San Salvador: UCA Editores, 1985), 268.

[7] García, «La medicina estatal».

[8] «Código de Sanidad de la República de El Salvador, 1900», *Diario Oficial*, núm. 168, 18 de julio de 1900, 1213.

diferencia de criterio entre las funciones que le correspondían a cada instancia, sería el Ministerio de Gobernación[9] el que dirimiría las controversias, 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 Policía.[10]

Para el caso salvadoreño, se ha considerado que el consejo creado a partir de 1900 tuvo un carácter coyuntural vinculado a la vigilancia de las epidemias y se limitó a asumir atribuciones como registrar las estadísticas de las enfermedades y realizar actividades de saneamiento preventivo y de inspección sanitaria. Incluso, se ha argumentado que la creación de instituciones vinculadas a la salud pública en las primeras dos décadas del siglo XX no se correspondió con las débiles acciones que llevaron a cabo[11] ni con sus evidentes carencias en la prestación de servicios sanitarios. Aun cuando el CSS se encontraba en sus etapas iniciales, hacia 1911 no faltó quien dijera que las autoridades de salud 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:

[9] En relación con este ministerio, las reformas liberales del último tercio del siglo XIX fortalecieron el poder central en detrimento del poder local que desde antaño habían ejercido las corporaciones municipales. El historiador Carlos Gregorio López, experto en estas reformas decimonónicas en El Salvador, menciona 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». Para profundizar véase López Bernal, «Las reformas liberales en El Salvador», 1771-1796.

[10] «Código de Sanidad de la República de El Salvador, 1900», *Diario Oficial*, núm. 168, 18 de julio de 1900, 1213.

[11] Benítez, «Gripe española de 1918», 59.

> 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 medidas higiénicas, y debido a su pobreza está condenada a vivir en viviendas pequeñas, las cuales están mal ventiladas y húmedas, y consecuentemente insalubres.[12]

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 inmediatamente.[13]

Al margen de la falta de efectividad, la cita de Martin refleja la narrativa que se construyó en torno a la idea de que el Estado sí contaba con capacidad de respuesta a través de sus instituciones de salud, como se presenta en el caso de la viruela. También resulta particularmente interesante cuando el autor apunta que los sectores populares del país 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 tan limitada como lo era el ISSS en sus primeros años.

[12] Martin, *El Salvador del siglo XX*, 268.

[13] Martin, *El Salvador del siglo XX*, 269.

El desarrollo institucional continuó y en 1914 se promulgó un nuevo Código de Sanidad que le otorgó al consejo más autonomía frente a las municipalidades, gobernaciones departamentales y otras instancias locales, que se concibieron como auxiliares de las labores sanitarias. El CSS estaba integrado por dos médicos, un farmacéutico, un abogado y un ingeniero, y su lógica de organización se basó en la estructura de una corporación centralizada, bajo la cual se ubicaba el personal auxiliar y los funcionarios locales o departamentales de otras dependencias estatales. 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 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 Gobernación.[14]

Hacia 1918, el CSS ya llevaba casi dos décadas lidiando con epidemias focalizadas en ciertas zonas del país[15] y había adquirido un mayor grado de autonomía en su accionar de cara a los poderes locales. En ese año, todo el recorrido institucional del CSS se puso a prueba frente a una emergencia sanitaria derivada de la pandemia de influenza que azotó al mundo, la cual es considerada «la mayor catástrofe sanitaria del siglo XX»[16] por el elevado número de fallecimientos que ocasionó. En el mismo 1918, el discurso oficial que tejieron personajes como Tomás G. Palomo y Percy F. Martin se vio desvirtuado por la magnitud que adquirió la influenza en el territorio nacional.

Los historiadores de la salud aún discuten sobre dónde ubicar el origen de la pandemia de influenza de 1918. Existen registros de que la primera oleada comenzó en marzo en el interior del Fuerte Riley, en Kansas, Estados Unidos, y que en tan solo cinco meses ya se había

[14] «Código de Sanidad de la República de El Salvador, 1914», *Diario Oficial*, núm. 68, 23 de marzo de 1914, 633-634.

[15] Martin, *El Salvador del siglo XX*, 268-269.

[16] Alberto González García, «Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919», *Vínculos de Historia*, núm. 2 (2013), 310.

propagado por casi todo el mundo.[17] En El Salvador, el inicio de los contagios se reportó en agosto, aunque las primeras noticias internacionales que se publicaron en el país sobre la pandemia datan de mayo y junio.[18] Aunque la prensa salvadoreña hizo circular esa información de manera oportuna, la respuesta del CSS fue lenta y tardía, lo cual evidenció que la institución no contaba aún con suficiente capacidad de despliegue en todo el territorio nacional. Sin embargo, este país no fue el único de Centroamérica que reaccionó con lentitud; según Richard N. Adams, Guatemala también contó con información temprana sobre la influenza, pero la incompetencia de sus autoridades impidió valorar «el potencial explosivo de la pandemia».[19] Sin embargo, estos dos casos no difieren sustancialmente de la respuesta negligente observada en otras partes del mundo, aunque las razones fueran diferentes. Por ejemplo, en algunos países europeos involucrados en la Primera Guerra Mundial se priorizó la atención médica de las fuerzas militares y se dejó sin servicios médicos a la población civil, que quedó, en mayor medida, vulnerable frente a la influenza.[20]

En agosto de 1918, los periódicos nacionales reportaron los primeros casos de influenza en la zona oriental de El Salvador, y de ese mes hasta noviembre el virus se diseminó por todo el país, lo cual coincidió con la segunda oleada de la pandemia que se experimentaba en otras partes del mundo, con cifras alarmantes de contagios. El malestar no se hizo esperar en ciertos sectores de la prensa, pues a inicios de septiembre se criticaba que el gobierno de los Meléndez-Quiñónez no estaba ejecutando las diligencias necesarias frente al avance de la enfermedad. Hacia la segunda semana de septiembre de ese año ya se reportaban elevadas

[17] Esyllt W. Jones, *Influenza 1918, Disease, Death, and Struggle in Winnipeg* (Toronto: University of Toronto Press, 2007), 13-14; González García, «Avances y tendencias actuales», 311-314. En relación con el debate sobre el origen de este virus, también existe la hipótesis de que pudo surgir en Asia, si bien algunos argumentos cuestionan esta propuesta.

[18] «Noticias por cable», *Diario Oficial*, 31 de mayo de 1918, 927; *Diario Oficial*, 1 de junio de 1918, 934.

[19] Adams, «Estado e indígenas durante la epidemia», 484 y 491.

[20] González García, «Avances y tendencias actuales», 319.

cifras de personas contagiadas en la capital salvadoreña, a tal punto que se suspendieron las actividades públicas de esparcimiento, como los bailes y los espectáculos en el teatro nacional. En los últimos días de septiembre la prensa informaba del fallecimiento de personas contagiadas que no habían recibido la atención médica necesaria y que el cementerio capitalino registraba una demanda excepcional.[21]

El CSS entró en la escena salvadoreña a mediados de septiembre, cuando la gripe ya llevaba un mes afectando a la población. Esta respuesta tardía solo puso en duda el rol vigilante que debía asumir el consejo ante una enfermedad contagiosa y generó una situación de descontento y de críticas debido a la poca agilidad que mostró. Las acciones tardías que emprendió 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 llevó a cabo con la intermediación del Ministerio de Gobernación,[22] que tenía un mayor despliegue territorial en el país. Al año siguiente, el subsecretario del Ramo de Beneficencia, el doctor David Rosales, relató ante el Parlamento la caótica situación que generó la pandemia de gripe en los servicios del hospital Rosales. Cabe señalar que la locución posee un acento tragicómico debido a la manera en la que el doctor explicó los sucesos:

> 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 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.[23]

[21] Benítez, «Gripe española de 1918», 62-68.

[22] Benítez, «Gripe española de 1918», 69-70.

[23] «Memoria de los trabajos del supremo poder ejecutivo en el departamento de beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 43, 20 de febrero de 1919, 309.

La limitada respuesta del CSS ante la propagación de la influenza de 1918 también propició la realización de actividades filantrópicas encaminadas a contrarrestar los efectos de la enfermedad. Precisamente, la filantropía puso de manifiesto que el consejo aún no poseía un despliegue efectivo en el territorio nacional para vigilar el desarrollo de una enfermedad contagiosa y brindar atención médica por medio del Ramo de Beneficencia, como lo establecía el Código de Sanidad de 1914. En este contexto, a mediados de septiembre, cuando la influenza ya hacía estragos en San Salvador, un grupo de notables convocó a médicos, farmacéuticos y público en general que desearan ayudar a la población más necesitada como consecuencia de la enfermedad. 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 otra junta de notables reunida en Santa Tecla estableció dos clínicas que proporcionaron consultas y medicamentos sin ningún costo para las personas enfermas.[24] Al parecer, estas juntas o comités de filántropos se replicaron en otras partes de El Salvador.[25] Finalmente, en la memoria de labores del Ramo de Beneficencia de 1918 se menciona que la Cruz Roja Salvadoreña había recibido un donativo de «varias distinguidas señoras» por la cantidad de 2500 pesos «a causa de la epidemia de la influenza».[26]

Ahora bien, algunas investigaciones publicadas en la revista *Archivos del Hospital Rosales* ya habían puesto al descubierto con anterioridad ciertas debilidades del CSS, como la falta de vigilancia y de registro de las enfermedades. Por ejemplo, en 1916, los doctores Luis V. Velasco y Benjamín E. Mancía publicaron artículos en los que dejaban al descubierto

[24] Benítez, «Gripe española de 1918», 71-72.

[25] Benítez, «Gripe española de 1918», 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 octubre de 1918. Véase Adams, «Estado e indígenas durante la epidemia», 486.

[26] «Memoria de los trabajos del supremo poder ejecutivo en el departamento de beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 43, 20 de febrero de 1919, 313.

que las instancias sanitarias no contaban con un registro histórico sobre la presencia de la fiebre biliosa hemoglobinúrica. El doctor Luis V. Velasco, que trabajaba en el hospital Rosales, aseguró que él y otro médico descubrieron, entre 1915 y 1916, los primeros casos de fiebre biliosa hemoglobinúrica en El Salvador. En ese sentido, Velasco no desaprovechó la ocasión para asegurar que su descubrimiento no tenía precedentes en la literatura médica del país.[27] Por el contrario, el doctor Mancía, que residía en Metapán, contrargumentó con un extenso artículo en el que sostenía que él poseía registros locales de la misma enfermedad que databan de 1905. Para sustentar su argumentación, el doctor Mancía utilizó datos proporcionados por médicos que atendieron la enfermedad en el departamento de Santa Ana y otros procedentes de su propio ejercicio como galeno en Metapán.[28]

La contradicción entre los doctores Velasco y Mancía evidenció que reconocer en 1911 el paludismo como «la enfermedad predominante»[29] y más perniciosa en El Salvador no sirvió de mucho en la práctica, pues la fiebre biliosa hemoglobinúrica implica una situación agravada de cuadros de paludismo recurrentes en los pacientes;[30] el doctor Mancía demostró que conocía esta patogénesis, dadas las referencias de bibliografía médica que citó en su artículo.[31] De lo anterior surge la pregunta: ¿por qué los casos de fiebre biliosa hemoglobinúrica que atendieron los médicos de Santa Ana a partir de 1905 nunca fueron objeto de registro estadístico por parte del CSS? Resulta difícil proporcionar una respuesta satisfactoria, pero la situación demuestra que el CSS no logró cumplir siquiera con su obligación de registrar las estadísticas médicas, tal como lo establecía su

[27] Luis V. Velasco, «¿Existe entre nosotros la fiebre biliosa hemoglobinúrica?», *Archivos del Hospital Rosales*, núm. 104-106 (1916), 681-684.

[28] Benjamín E. Mancía, «La fiebre biliosa hemoglobinúrica», *Archivos del Hospital Rosales*, núm. 113-115 (1916), 942-953.

[29] Martin, *El Salvador del siglo XX*, 268.

[30] Alexanders García Balmaseda y Yamilka Miranda Pérez, «Fiebre de orinas negras», *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* 15, núm. 2 (2016). El abuso de la quinina es otro factor al que se atribuye el agravamiento de este cuadro.

[31] Mancía, «La fiebre biliosa hemoglobinúrica», 945.

propia ley de creación. En este sentido, los códigos de sanidad de 1900 y 1914 establecieron que este comité 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 medicina.[32]

A mediados de 1919, cuando la pandemia de influenza perdió incidencia, el médico Salvador Peralta Lagos manifestó en otra investigación su preocupación por una serie de casos de fiebre amarilla en el Golfo de Fonseca que se registraron a partir de diciembre de 1918. En su estudio, Peralta remarcó la debilidad institucional del CSS y reiteró que esta institución enfrentaba las epidemias con recursos financieros exiguos, por lo cual recomendaba una serie de acciones encaminadas a evitar que los casos de fiebre amarilla detectados en el Golfo de Fonseca derivaran en una epidemia nacional. Las observaciones sanitarias de Peralta estuvieron orientadas a garantizar un control efectivo y una vigilancia adecuada de esa enfermedad en todo el territorio nacional. En realidad, muchas de las propuestas de este médico ya estaban contempladas en el Código de Sanidad de 1914 como facultades propias del CSS, pero él insistió en que su intención al proponer medidas frente a la fiebre amarilla era influir en las autoridades sanitarias para que emprendieran, de una vez por todas, una verdadera campaña contra la enfermedad.[33]

En este contexto, la Fundación Rockefeller hizo una evaluación que confirmó las debilidades de las instituciones de salud pública de El Salvador. En junio de 1921, realizó un diagnóstico sobre el estado de las instituciones de salud pública en Centroamérica que estuvo bajo la responsabilidad del experimentado médico Frederick Russell, quien era miembro del Consejo Internacional de Salud de la fundación. El Salvador presentaba deficiencias parecidas a las del resto de países de Centroamérica, con la excepción de Costa Rica, que contaba con más médicos

[32] «Código de Sanidad de la República de El Salvador, 1900», *Diario Oficial*, núm. 168, 18 de julio de 1900, 1214; «Código de Sanidad de la República de El Salvador, 1914», *Diario Oficial*, núm. 68, 23 de marzo de 1914, 634.

[33] Salvador Peralta Lagos, «Estudio de un foco accidental de fiebre amarilla en el Golfo de Fonseca», *Archivos del Hospital Rosales*, núm. 128 (1919), 1181-1200.

y una institucionalidad sanitaria más poderosa. Russell destacó el valor que representaba que El Salvador dispusiera de una instancia como la DGS y que el gremio de médicos del país fuera muy entusiasta. Sin embargo, volvió a enfatizar que, en la práctica, las instituciones sanitarias ofrecían una asistencia deficiente en el área rural y en los centros urbanos situados fuera de la capital.[34] Esto confirmaba lo que la pandemia de influenza de 1918 ya había puesto al descubierto, que el CSS era una institución sin presencia en todo el territorio nacional, por lo que no tenía la capacidad de cumplir con su mandato de vigilar y controlar las enfermedades epidémicas. Para responder a las observaciones de Russell, en 1921 el gobierno de El Salvador se planteó como propósito «una acción más agresiva en el terreno»[35] a través de la reorganización de la DGS y los servicios médicos.

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

Es llamativo que en 1920 iniciara un periodo de reformas en las instituciones de salud pública en El Salvador. Sucedió poco después de la pandemia de influenza de 1918 y la epidemia de fiebre amarilla, eventos críticos que alertaron a las autoridades durante 1919 y 1920.[36] Al respecto, Claudia Agostoni, historiadora de la salud pública y la medicina, menciona que las «coyunturas epidémicas» se caracterizan por estar colmadas de dudas y temores, y que las sociedades han actuado ante ellas de múltiples maneras a lo largo de la historia.[37] Incluso, en el caso concreto de la respuesta de los Estados, en algunas ocasiones han ampliado

[34] Palmer, «Esbozo histórico», 60-61.

[35] The Rockefeller Foundation, *Annual Report 1921* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1922), 134-135.

[36] Baltasar Estupinián, «Memoria de la secretaria de Estado en los despachos de Gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario Oficial*, núm. 75, 5 de abril de 1921, 467-468.

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

sus facultades de carácter social,[38] las cuales se orientan a la prevención ante futuras epidemias. Surge, entonces, la siguiente pregunta: ¿puede interpretarse que la respuesta de las autoridades salvadoreñas tras la pandemia de 1918 y el brote de fiebre amarilla de 1919-1920 consistió en un conjunto de reformas institucionales?

Lo inmediato es afirmar que las reformas iniciadas en 1920 fueron la respuesta del Estado salvadoreño ante esos eventos, aunque considero que algunas deficiencias institucionales previas también influyeron. En este sentido, sostengo que las debilidades que arrastraba el CSS condicionaron las reformas y que, en realidad, la pandemia de 1918 y el brote de fiebre amarilla de 1919 solo intensificaron la necesidad de realizar cambios institucionales.

Las modificaciones empezaron el 24 de julio de 1920 con la reforma al Código de Sanidad de 1914, mediante la cual se cambió el nombre del Consejo Superior de Salubridad por el de Dirección General de Sanidad (DGS) y se redefinieron algunas de sus competencias.[39] Entre las facultades incorporadas o modificadas para el trabajo de la DGS figuran las siguientes: conformar tribunales de apelación para tomar 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. Asimismo, la reforma al Código de Sanidad estableció que la DGS debía reorganizarse en secciones o departamentos especializados capaces de dictar disposiciones sobre sus áreas de trabajo, y no seguir funcionando como un cuerpo colegiado que centralizaba todas las decisiones.[40]

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

[39] Carlos R. Lardé, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 2 (1930), 131; Víctor Arnoldo Sutter y M. Zúñiga Idiáquez, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 12 (1941), 1235.

[40] «Reformas al Código de Sanidad de 1914», *Diario Oficial*, núm. 167, 9 de agosto de 1920, 1333.

Es importante observar en perspectiva esta reorganización por secciones especializadas porque bajo esta lógica de trabajo se pretendió expandir el rol de la DGS a todo el territorio nacional. Precisamente, en la memoria de 1920 del Ministerio de Gobernación —al que estaba adscrita la DGS— se menciona que el poder ejecutivo dio cumplimiento a la reforma del Código de Sanidad mediante la creación de reglamentos de funcionamiento de las secciones especializadas que conformarían la DGS; se agregaba también que la iniciativa de reformar el Código de Sanidad estuvo motivada por dos propósitos que debía cumplir esta dirección: incidir en los factores medioambientales que causaran el deterioro de la salud de la población 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 del país.[41]

Durante 1921, las autoridades salvadoreñas insistieron en 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 obligaciones.[42] Todo esto se vio acompañado de una ampliación sustancial de su presupuesto en 1921, hecho que marcó un precedente, ya que durante el resto de la década no se registró un aumento comparable en términos porcentuales. Además, este incremento fue diferente al observado en el periodo de 1902 a 1911, cuando los presupuestos del CSS no registraron aumentos de esa magnitud. De hecho, es necesario remontarse a 1916 para encontrar un precedente similar.

Sin embargo, este ímpetu por otorgar más presencia territorial a la DGS se enfrentó con un problema concreto: la institución no tenía personal suficiente para tal propósito. En el Ministerio de Gobernación se tenía claridad sobre esta carencia institucional, por lo que se recurrió

[41] Baltasar Estupinián, «Memoria de la secretaria de Estado en los despachos de Gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario Oficial*, núm. 75, 5 de abril de 1921, 467-468.

[42] The Rockefeller Foundation, *Annual report 1921*, 134-135.

a la Guardia Nacional para encomendarle la vigilancia de los factores medioambientales que representaran un riesgo para la salud pública en las zonas rurales, particularmente donde no tenía presencia la DGS. Para esta labor se redactó una cartilla de higiene.[43] Esta decisión de buscar apoyo en la Guardia Nacional fue una medida pragmática, orientada al objetivo de la expansión territorial, entendida como un aspecto clave de las reformas a la DGS.

Cuadro 1.1. Presupuesto del CSS y DGS, 1902-1930

Año	Fondos en colones	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 con base en Víctor Arnoldo Sutter y M. Zúñiga Idiáquez, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 12 (1941), 1236.

Otro tema importante en ese periodo de reformas fue integrar la DGS y los hospitales públicos en un mismo ministerio. Como parte del mismo interés por expandir el trabajo de la DGS, en 1923 se incorporaron a ella los hospitales públicos del Ramo de Beneficencia para conformar una sola subsecretaría, la cual se llamó Sanidad y Beneficencia y dependió del Ministerio de Gobernación.[44] De alguna manera, implicaba una ganancia incorporar el Ramo de Beneficencia, pues este contaba con una estructura nacional de 12 hospitales y cinco clínicas, más algunos hospicios y asilos. Esta fusión de instituciones supuso la necesidad de reorganizarse bajo la apuesta de «tratar de imprimir a los establecimientos de

[43] Arturo Argüello Loucel, «Memoria de la secretaria de Estado en los despachos de Gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario Oficial*, núm. 51, 4 de marzo de 1922, 342.

[44] Rodolfo Schönenberg, «Memoria de Gobernación», *Diario Oficial*, núm. 51, 29 de febrero de 1924, 453 y 461.

Beneficencia e instituciones de Sanidad una nueva orientación a fin de impulsar su marcha con más seguro y próspero funcionamiento». 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» debido a las deficiencias que arrastraban desde hacía tiempo la DGS y los hospitales públicos. De hecho, el subsecretario hizo una constatación directa en noviembre de 1923, cuando visitó las principales ciudades del país y confirmó la existencia de lugares «insalubres» y hospitales deficientes.[45]

También, en ese contexto de reformas, la Fundación Rockefeller brindó apoyo a la DGS para que ampliara su estructura nacional. Particularmente, en 1924 asumió la administración y el financiamiento de la Oficina contra la Uncinariasis, creada en 1915 por la fundación.[46] En octubre de 1924, esta oficina se fusionó con la sección especializada que la DGS tenía para contrarrestar la infección parasitaria por uncinariasis,[47] tras lo cual la fundación 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 y 50 000 pruebas anuales para detectar parásitos.[48] El interrogante sobre esta estructura nacional de laboratorios era si la DGS sería capaz de lograr la sostenibilidad a lo largo del tiempo, pues en 1928 esta instancia se quejó de que no todas las municipalidades del país cumplían con la obligación de pagar por los 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

[45] Carlos Guillén, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 51, 29 de febrero de 1924, 472-480.

[46] Sutter y Zúñiga Idiáquez, «La sanidad en El Salvador», 1235

[47] Carlos Guillén, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 51, 2 de marzo de 1925, 476.

[48] Arturo Argüello Loucel, «Memoria de la secretaria de estado en los despachos de gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario Oficial*, núm. 51, 4 de marzo de 1922, 343.

> frecuentemente se niegan a desembolsar las cantidades ofrecidas de antemano y consignadas en sus Presupuestos.[49]

Según Eric D. Carter, en esa época las áreas rurales de América Latina eran concebidas por la Fundación Rockefeller como «campos de pruebas» para los descubrimientos científicos en especialidades como la parasitología. Por otra parte, cabe señalar que lo antes apuntado sobre la fundación es un ejemplo de la práctica de la medicina tropical que esta institución abanderaba en Latinoamérica. Este tipo iniciativas suelen agruparse bajo la categoría de *filantropía científica*, la cual se puede definir como proyectos basados en desarrollos científicos que intervienen en las etapas iniciales de la problemática sociosanitaria por medio de respuestas de aplicación universal. Esto no debe dar lugar a pensar que esta práctica constituía un esquema de cooperación totalmente vertical, pues la fundación encontró médicos latinoamericanos con un interés común: erradicar las enfermedades endémicas y aplicar los avances de la ciencia; no obstante, el actuar filantrópico de la fundación no ha estado exento de críticas, aspecto que abordaré en el capítulo cinco al presentar la filantropía estadounidense.[50]

Hacia 1930, el doctor Carlos R. Lardé, entonces director de la DGS, informó en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* sobre los logros que la institución alcanzó durante su primera década de existencia. Lardé mencionó que la DGS ya contaba con una estructura de 14 delegados departamentales que representaban a la institución, que a su vez fungían como responsables de las actividades sanitarias en los departamentos, y agregaba que se habían creado subdelegaciones «en algunos distritos por su importancia y posición geográfica».[51] Todo esto era im-

[49] Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 64, 16 de marzo de 1929, 537.

[50] Carter, *In Pursuit of Health Equity*, 33-34; Thomas David y Ludovic Tournès, «Introduction. Les philanthropies: un objet d'histoire transnationale», *Mond(e)s*, núm. 6 (2014), 8.

[51] Lardé, «La sanidad en El Salvador», 131.

portante, 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 ocurrió en el caso de la fiebre amarilla entre 1919 y 1920.[52]

Además, Lardé destacó que la institución había aumentado su «eficiencia y el radio de acción en sus trabajos»[53] 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 venta de alimentos y a realizar tareas de vigilancia sobre las personas dedicadas a la prostitución. En total, en 1930 la DGS ya contaba con 293 empleados;[54] lejos quedaban aquellos primeros años del CSS, que se fundó solo con tres personas[55] y que actuaba de manera coyuntural ante las epidemias.[56] El periodo de reformas iniciado en 1920 alcanzó posiblemente su momento más importante entre 1930 y 1931, cuando se abrió el proceso para elaborar un nuevo Código de Sanidad, cuerpo jurídico que perduraría prácticamente hasta finales del siglo XX. A todo esto, ¿contaba realmente la DGS con una estructura institucional eficaz para ejercer control y vigilancia sobre las epidemias y otros factores que afectaban la salud pública?

El Ramo de Beneficencia: el funcionamiento triádico de los hospitales

A finales de la primera década del siglo XX se mencionó que en el patio principal del hospital Rosales había una estatua de bronce, erigida sobre un pedestal de gran tamaño, de un hombre a quien todos reconocían como el filántropo José Rosales. Lo acompañaban dos figuras femeninas

[52] Baltasar Estupinián, «Memoria de la secretaria de Estado en los despachos de Gobernación, Fomento y Agricultura», *Diario Oficial*, núm. 58, 11 de marzo de 1920, 405.

[53] Lardé, «La sanidad en El Salvador», 135.

[54] Lardé, «La sanidad en El Salvador», 136-137.

[55] «Acuerdo», Salvador, *Diario Oficial*, núm. 173, 24 de julio de 1900, 1261.

[56] Lardé, «La sanidad en El Salvador», 131.

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 acudir en auxilio de la necesitada. Al fondo se podía apreciar el edificio nuevo del hospital Rosales, fundado apenas el 13 de julio de 1902 con el apoyo de la filantropía. Una interpretación justa del sostenimiento de este espacio médico a inicios del siglo xx permite advertir una tríada compuesta por la filantropía —ejercida por la clase dominante—, el Estado y las congregaciones religiosas, estas últimas como símbolo que remitía a la caridad cristiana.[57] Interpreto esta tríada como una concepción de 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, ofrece indicios sobre cómo funcionaron los hospitales en el país.[58]

En términos generales, a lo largo de la segunda mitad del siglo xix esta tríada funcionó bajo el amparo del Ramo de Beneficencia[59] y las Juntas de Caridad.[60] Sin embargo, lo novedoso durante las primeras tres décadas del siglo xx fue que el Estado salvadoreño asumió mayores

[57] Hago una distinción conceptual y didáctica entre las categorías *filantropía* y *caridad*; no obstante, en Latinoamérica se han utilizado como sinónimas, según Cynthia Sanborn y Felipe Portocarrero S., *Filantropía y cambio social en América Latina* (Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico y David Rockefeller Center for Latin American Studies, 2008), 13. Bajo el concepto de *filantropía* incluyo solamente las iniciativas ejecutadas por los miembros de la clase dominante salvadoreña y por fundaciones internacionales que buscaron corregir la problemática social. Ahora bien, en el caso de El Salvador observo que los sectores dominantes utilizaron la filantropía como un instrumento para legitimar socialmente su riqueza. Debe tomarse en cuenta que la variante *filantropía científica* tiene un agregado semántico que complejiza la historización del concepto, como se pudo apreciar en el apartado anterior. En cuanto a la caridad, la concibo como el conjunto de iniciativas a favor de los pobres que emprendía la jerarquía de la Iglesia católica salvadoreña. Aunque en ambos casos los pobres eran los destinatarios de las acciones, el filántropo podía prescindir del vínculo divino que sustentaba la caridad y, en su lugar, fundamentar su moral en la filosofía o en la ciencia.

[58] «The Rosales hospital», *Pan American Magazine*, núm. 5 (1909), 253-255; Carlos Infante Meyer, *Historia de la medicina en El Salvador* (San Salvador: Ancalmo, 2000), 163-164.

[59] Patricia Alvarenga Venutolo, «Los marginados en la construcción del mundo citadino. El Salvador 1880-1930», *Revista de Historia*, núm. 9 (1997), 5-6.

[60] Mario Daniel Ernesto Oliva Mancía, *Ciudadanía e higienismo social en El Salvador 1880-1932* (tesis doctoral, Universidad Centroamérica José Simeón Cañas, 2011), 262-270.

responsabilidades vinculadas a la salud pública como consecuencia de los siguientes hechos: la fundación del Consejo Superior de Salubridad en 1900, la creación de la DGS en 1920, la promulgación de los códigos de sanidad de 1900, 1914 y 1931,[61] y el establecimiento de las juntas directivas de carácter laico que administraron los hospitales a partir de 1904. Por estas razones, el Estado salvadoreño se transformó en materia de salud pública hacia el primer tercio del siglo XX.

En este marco, se ha interpretado que la influencia que ejerció la Iglesia católica en los nosocomios fue desplazada totalmente como consecuencia del nuevo rol que asumió el Estado. Esta interpretación ha servido para sostener que, a partir de entonces, el Estado adquirió el control total de los hospitales y limitó el papel de los religiosos a simples cuidadores en unos pocos asilos y orfanatos.[62] Evidentemente, desde el último tercio del siglo XIX, la Iglesia católica perdió el peso que tuvo en otros tiempos sobre el Estado salvadoreño; aun así, logró sobrellevar sus relaciones y adaptarse al poder político.[63] En este sentido, las congregaciones religiosas se mantuvieron en la prestación directa de los servicios de enfermería,[64] mientras que los hospitales eran dirigidos con un carácter laico por los representantes del gobierno.

Antes que nada, es necesario hacer una precisión conceptual con respecto a este proceso de laicización de los hospitales hacia el primer tercio del siglo XX. La dirección administrativa de los hospitales pudo estar en manos de los representantes del Estado y tener carácter laico, pero algunas labores hospitalarias, como la antes mencionada atención

Oliva identifica que fue a partir de 1841 cuando se crearon oficialmente las Juntas de Caridad que administraron los hospitales salvadoreños.

[61] García, «La medicina estatal», 20-21.

[62] Benítez, «Gripe española de 1918», 57.

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

[64] General Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Trabajo y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 48, 26 de febrero de 1932, 367; José Tomás Calderón, «Actuación del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura y Asistencia social», *Diario Oficial*, núm. 52, 6 de marzo de 1941, 734.

de enfermería, estuvieron a cargo de las congregaciones religiosas ya bien entrado el siglo xx; sin embargo, esto último no significó que el Estado dejara de desempeñar su función de ente rector ni que la salud perdiera su carácter laico, sino que se recurrió principalmente a religiosas por una necesidad práctica ante la escasez de personal, lo cual no dejó de generar conflictos. En este punto, debe distinguirse entre la laicización de la administración de los servicios hospitalarios y la concesión que otorgó el mismo Estado para que organizaciones religiosas ejecutaran servicios concretos. Además, la idea de caridad, aún 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 tríada hospitalaria antes aludida. En 1904, el Ministerio de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia registró que El Salvador poseía tan solo 16 hospitales distribuidos por todo su territorio, los cuales contaban con diferentes capacidades y cantidad de recursos, entre los que sobresalía el hospital Rosales como principal centro de atención. También aseguró que todos los nosocomios eran sostenidos «por el erario nacional y gobernados por juntas directivas»[65] que estaban conformadas por médicos y población civil designada por el ejecutivo. En este contexto, las labores del personal laico y religioso en el hospital Rosales se describieron de la siguiente manera:

> 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].[66]

[65] Manuel L. Morales, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 61, 11 de marzo de 1904, 422-424.

[66] Manuel L. Morales, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 61, 11 de marzo de 1904, 422.

Lo anteriormente descrito en relación con el Rosales se repitió de forma similar en otros centros hospitalarios. Por ejemplo, se dijo que el hospital de San Miguel había sido objeto «de la especial dedicación del cuerpo de gobierno y las Hermanas de la Caridad». En el mismo sentido, se mencionó que en el de Santa Ana la atención a los pacientes también la llevaban a cabo las religiosas de esta orden. Sin embargo, como era de esperarse, 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».[67]

En 1909, las Hermanas de la Caridad superaron en número a los médicos que trabajaban en el hospital Rosales. En ese entonces había 20 religiosas y 14 médicos para atender las 13 unidades en las que se dividía el centro. Una persona que tuvo claridad sobre este híbrido, conformado por la figura de las religiosas y la de los médicos, fue el doctor 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». Ese mismo año, El Salvador incorporó dos nuevos hospitales, por lo que alcanzó un total de 18 centros de atención; todos estaban dirigidos por médicos o ciudadanos destacados, salvo el de Usulután, que tenía como director al presbítero Pedro Poch.[68]

En 1915, el doctor Tomás G. Palomo, ministro de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia, consideró que era necesario tomar una decisión definitiva en todos los hospitales de El Salvador para contar con enfermeras calificadas y libres de cualquier prejuicio religioso al momento de atender a los pacientes. El ministro manifestó que las Hermanas de

[67] Manuel L. Morales, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 61, 11 de marzo de 1904, 423-424.

[68] Salvador Rodríguez González, «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 58, 10 de marzo de 1910, 420-426.

la Caridad desempeñaban un papel valioso en los servicios de salud del Estado, pero sostenía que su condición de religiosas impedía el funcionamiento científico de los hospitales y la atención adecuada a 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 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 Estados Unidos 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 enfermos.[69]

Al final, el ministro Palomo concluyó su reflexión señalando que las religiosas podían continuar prestando sus servicios, siempre y cuando formaran parte de una instancia dedicada exclusivamente a la realización de los trámites económicos de un nuevo cuerpo de enfermeras, debidamente formadas con criterios científicos y bajo la supervisión de los médicos.[70] En el fondo, el ministro Palomo, amparado en un discurso científico, planteó la formación de un personal estatal conforme a las exigencias de la política moderna, que «consistía en sacralizar

[69] Tomás G. Palomo, «Memoria presentada a la honorable Asamblea Nacional», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1916, 467.

[70] Tomás G. Palomo, «Memoria presentada a la honorable Asamblea Nacional», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1916, 467.

instituciones laicas».[71] La apuesta de Palomo fue ambiciosa, pues su objetivo era gobernar los cuerpos desde el discurso médico y laico sin la ayuda de ideas religiosas. En otras palabras, se trataba, por fin, de consolidar «un clero de la terapéutica» que se encargara de «la salud de los cuerpos»,[72] lo cual iría en detrimento del antiguo clero de las almas.

Sin embargo, estos anhelos modernizantes del ministro Palomo chocaron con una realidad concreta: las Hermanas de la Caridad constituían un recurso significativo para los servicios de salud ante la ausencia de enfermeras laicas. A nivel nacional, en 1915 el número de religiosas que ejercían sus servicios en el Ramo de Beneficencia no era nada despreciable si se compara con el número de médicos, pues las religiosas sumaban 93 y los galenos 59. Este número de médicos comprendía tanto a titulares como a suplentes de todos los hospitales.[73]

Ante la falta de enfermeras laicas, el doctor Santiago Letona, director del hospital Rosales, manifestó una postura totalmente diferente a la del ministro Palomo. En su memoria de labores de 1915, argumentó que la «eficaz cooperación» que proporcionaban las Hermanas de la Caridad aseguraba la «buena marcha del hospital». Además, agregó que estas religiosas contribuían de gran manera «a mitigar con sus cristianos consejos y sus caritativos cuidados, las dolencias de los que sufren».[74] Esta era su concepción sobre la caridad en los espacios hospitalarios. En este sentido, las normativas jurídicas que ampararon al cuerpo de enfermeras compuesto por religiosas ofrecen una idea de la importancia de estas en el funcionamiento de los hospitales públicos. Por ejemplo, los estatutos que regían entonces al hospital Rosales contemplaban lo siguiente:

[71] Enzo Traverso, *Las nuevas caras de la derecha* (Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2018), 38.

[72] Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica* (Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2004), 57-58.

[73] Tomás G. Palomo, «Memoria presentada a la honorable Asamblea Nacional», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1916, 467-478.

[74] Letona, Salvador. «Memoria del Hospital Rosales», Archivos del Hospital Rosales viii, núm. 107-109 (1916), 745-746.

> Art. 56. Mientras las Hermanas de la Caridad tengan a su cargo el servicio de enfermerías, 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 Administrador.[75]

En 1916, en el reglamento del hospital Rosales estaba estipulado que los servicios de enfermería se encontraban «bajo la vigilancia y a las ordenes inmediatas de las Hermanas de la Caridad», asignadas para cada una de las subdivisiones que poseía el hospital. Asimismo, en este reglamento se mencionaba que en «ausencia del Director y del Administrador» era la hermana superiora «la autoridad superior encargada del régimen y disciplina interior del Hospital».[76] 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 el hospital Rosales, el doctor Letona expresó 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 Dirección abriga la firme convicción de que Sor Peltier, sabrá ser como su antecesora, una colaboradora eficaz en la buena marcha del Establecimiento.[77]

En enero de 1921, un periódico destacó que «el preclaro hombre de ciencia, Dr. Tomás G. Palomo»[78] había muerto y dejaba atrás una vida

[75] Poder Ejecutivo, «Estatutos de 1913», Redicces (Colección Salud), 22, http://redicces.org.sv/jspui/handle/10972/2613

[76] Poder Ejecutivo, «1916. Reglamento interior del Hospital Rosales», Redicces (Colección Salud), 59 y 84, http://redicces.org.sv/jspui/handle/10972/2613

[77] Salvador Letona, «Memoria del Hospital Rosales», *Archivos del Hospital Rosales* x, núm. 133 (1920), 2.

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

entregada a la ciencia y la medicina, como reconocieron sus colegas.[79] La vida apenas le alcanzó a Palomo para observar cómo, en 1920, en el hospital Rosales se creaba la primera escuela de enfermeras,[80] una iniciativa que, sin embargo, no era completamente laica, pues las Hermanas de la Caridad fueron las encargadas de desarrollar la propuesta educativa en el nosocomio.[81] A finales de la década de 1920 el número de enfermeras aumentó en el país a 199; de estas, 90 se concentraban en el departamento de San Salvador. Al parecer, en comparación con las dos décadas anteriores, la presencia de personas laicas en labores de enfermería creció en el espacio hospitalario, que con anterioridad había sido un reducto de religiosas.[82] Posteriormente, en 1931, a raíz de un conflicto entre las Hermanas de la Caridad y la dirección del hospital Rosales, estas «fueron separadas» de sus cargos.[83] Al año siguiente se creó una nueva escuela de enfermería,[84] la cual, a lo largo de la década de 1930, terminó por fusionar todas las escuelas de enfermería que existían en el país. Esta vinculación tuvo como objetivo conformar un solo centro que proporcionara educación laica de acuerdo con los intereses del Estado.[85]

Otro elemento sustancial del funcionamiento triádico de los hospitales salvadoreños fue la filantropía. En la contabilidad de los hospitales figuraba un renglón denominado *donativos,* en el cual se registraron tanto

[79] «Ha muerto Tomás García Palomo», *Diario del Salvador*, 27 de enero de 1921, 1.

[80] Tomás García Palomo no solo desempeñó un rol científico importante en la medicina salvadoreña, sino que forma parte del panteón de figuras veneradas como hermano espiritual y también es reconocido como un destacado espiritista kardecista. Para más detalles véase García Espada, *Restos del pasado*, 120.

[81] Infante Meyer, *Historia de la medicina*, 224.

[82] José Mejía Pérez, *Censo de población de El Salvador 1930* (San Salvador: s.e., 1930), 20 y 164.

[83] General Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Trabajo y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 48, 26 de febrero de 1932, 367.

[84] José Tomás Calderón «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 43, 21 de febrero de 1935, 475.

[85] José Tomás Calderón, «Actuación del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura y Asistencia social», *Diario Oficial*, núm. 52, 6 de marzo de 1941, 736.

las aportaciones hechas por la clase dominante a través de la filantropía como las contribuciones más modestas que provenían de las clases subalternas. En este registro, es factible comparar sus cifras monetarias a lo largo de las dos primeras décadas del siglo xx debido a que se emplearon criterios de contabilidad similares (véanse los apéndices de este libro), lo que permite interpretar cómo funcionó la filantropía en los hospitales públicos.

Al consultar las fuentes hospitalarias de las tres primeras décadas del siglo xx[86] es frecuente observar la promoción de las acciones filantrópicas realizadas por miembros de la clase dominante, lo que permitía que sus nombres quedaran registrados en los documentos oficiales o en la prensa como personas altruistas. 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». Esto le permitió «reafirmarse como grupo social» y a su

[86] «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 61, 11 de marzo de 1904, 422-424; «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 52, 2 de marzo de 1906, 392-395; «Memoria de los actos del Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 45, 22 de febrero de 1907, 330-334; «Memoria de los actos del Ejecutivo en los departamentos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 51, 29 de febrero de 1908, 402-406; «Memoria de los actos del Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 51, 2 de marzo de 1909, 362-366; «Memoria de los actos del Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 58, 10 de marzo de 1910, 420-426; «Memoria de los actos del Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 37, 14 de febrero de 1911, 411-418; «Memoria de los actos del Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 49, 27 de febrero de 1912, 374-383; «Memoria de los actos del Ejecutivo en el departamento de Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 50, 27 de febrero de 1913, 390-401; «Memoria de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 61, 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*, núm. 43, 20 de febrero de 1919, 307-322; «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 64, 16 de marzo de 1929, 533.

vez crear «elementos culturales que consolidaban su identidad».[87] En este marco, los registros contables de los hospitales entre 1903 y 1918 hacen referencia a la importancia financiera que tuvieron los *donativos*, aunque las cantidades registradas nunca sobrepasaron los ingresos *ordinarios* de los hospitales públicos, los cuales provenían de las arcas del Estado.[88] Debe señalarse que no todas las donaciones se realizaron en dinero, pues muchas de las contribuciones registradas en las memorias del Ramo de Beneficencia se hicieron en productos, como alimentos, enseres de cocina o ropa.[89]

En la memoria del Ramo de Beneficencia correspondiente a 1903 se reportó un listado de las donaciones realizadas a favor del hospital Rosales en el que aparecieron los nombres de siete personas que habían hecho aportaciones; sobresalía la señora Mercedes R. de Meléndez, que había entregado 20 quintales de azúcar.[90] En 1910, esta señora —matriarca de la dinastía Meléndez-Quiñónez que gobernó El Salvador entre 1913 y 1927— volvió a ser reconocida como una de las filántropas que más contribuían al funcionamiento del hospital.[91] La fama de la señora de Meléndez fue tal que, en 1915, la revista intelectual *Ateneo de El Salvador* le dedicó una de sus portadas, la calificó como una persona caritativa y publicó una semblanza en la que destacaba sus cualidades. Estas acciones pueden interpretarse como un intento del *Ateneo* por congraciarse con la poderosa familia Meléndez-Quiñónez. En la revista, al referirse particularmente a las acciones filantrópicas de la señora de Meléndez y su familia, se mencionó lo siguiente:

[87] Alvarenga Venutolo, «Los marginados en la construcción», 7.

[88] Véanse los apéndices de este libro para corroborar lo afirmado.

[89] Reyes Arrieta Rossi, «Memoria de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 45, 23 de febrero de 1923, 369; Tomás G. Palomo, «1915 memoria», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1916, 476.

[90] Manuel L. Morales, «Memoria de los actos del poder ejecutivo», 422.

[91] Salvador Rodríguez González, «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 37, 14 de febrero de 1911, 412.

> ...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 pletóricas 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…[92]

El ejemplo de Mercedes R. de Meléndez como donadora recurrente del hospital Rosales es una muestra clara de cómo la clase dominante del país 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 cómo la filantropía abonó al funcionamiento de los hospitales públicos y, al mismo tiempo, sirvió como «mecanismo legitimador» de la clase dominante salvadoreña. Esta sociedad fue una organización privada, creada en 1918, que congregó a miembros de la clase dominante interesados en realizar acciones filantrópicas. Este fue el caso de la acaudalada familia Guirola, que estuvo al frente de esta sociedad desde sus primeros años.[93] Otro ejemplo fue el banquero Benjamín Bloom, quien en 1928 donó un hospital infantil para que la Sociedad de Beneficencia Pública lo administrara.[94] Entre las acciones filantrópicas que desarrolló esta sociedad destaca el apoyo financiero a algunas instancias de salud como las clínicas profilácticas, el consultorio infantil y el dispensario

[92] Juan Gomar, «Doña Mercedes R. de Meléndez en su natalicio», *Ateneo de El Salvador*, núm. 28 (1915), 449.

[93] Alvarenga Venutolo, «Los marginados en la construcción», 7.

[94] Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 64, 16 de marzo de 1929, 535.

para adultos.[95] Incluso, la sociedad continuó con su labor filantrópica en los hospitales públicos durante los años del martinato.[96]

[95] Reyes Arrieta Rossi, «Memoria de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 45, 23 de febrero de 1923, 367.

[96] Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 45, 23 de febrero de 1933, 389-390.

Imagen: Clínica asistencial de Jayaque, consultorio médico. Imagen de Ernesto Lima, publicada en su tesis *Informe de la labor desarrollada como médico rural en la ciudad de Jayaque departamento de La Libertad del 1o. de enero al 30 de junio de 1951* (San Salvador: Universidad de El Salvador, 1951). https://harvester.ues.edu.sv/vufind/Record/68918?sid=10696766

Capítulo 2. El anhelo del martinato: «Un pueblo sano, saludable y fuerte es el pueblo que queremos»

Con la frase «Un pueblo sano, saludable y fuerte es el pueblo que queremos»[1] 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 devela dos cosas sobre el martinato: la primera se refiere a la existencia de cierto interés gubernamental por la salud pública en esos años y la segunda alude a que la historiografía del periodo ha prestado poca atención a la salud como problema de investigación; por ejemplo, cuando se ha reflexionado sobre las políticas sociales del martinato las investigaciones se han centrado en el Programa de Mejoramiento Social, con sus componentes de vivienda y reforma agraria.[2] A partir de lo señalado, a lo largo de este capítulo continuaré con el análisis sobre el desarrollo institucional y el funcionamiento de la Dirección Ge-

[1] «Campaña de mejoramiento rural», *La República*, 10 de agosto de 1934, 1.

[2] Luis Gerardo Monterrosa Cubías, *La sombra del martinato: autoritarismo y lucha opositora en El Salvador 1931-1945* (San Cristóbal de Las Casas: CIMSUR-UNAM, 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. Lara Martínez es el único autor que listó las iniciativas relativas a salud pública que se estaban llevando a cabo en 1934.

neral de Sanidad (DGS) y del Ramo de Beneficencia durante los años del martinato.

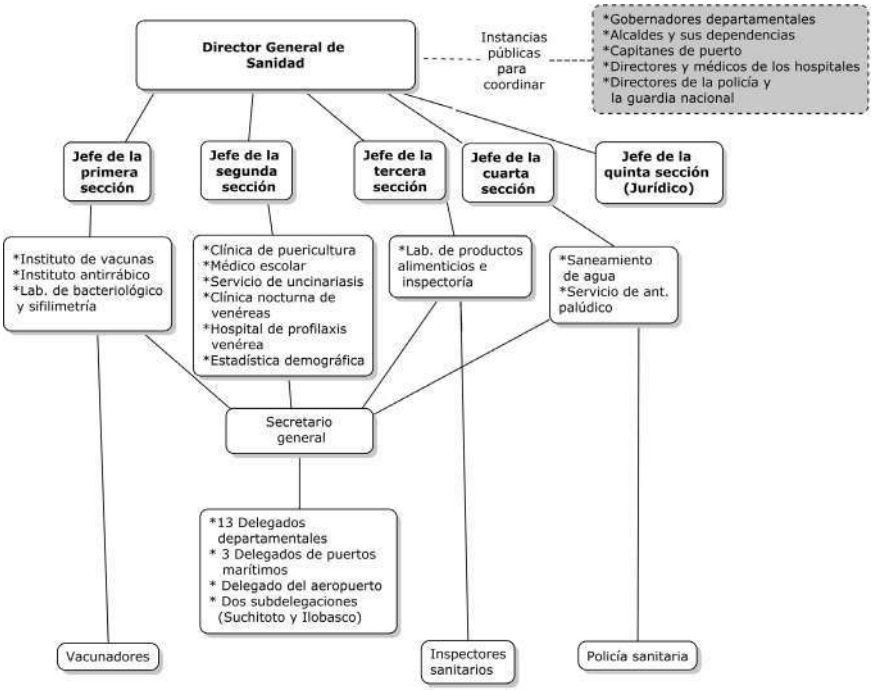
La especial atención a este periodo se debe a que muchas de las propuestas que se formularon en su momento y que quedaron inconclusas, años después, tras la creación del Ministerio de Salud, fueron retomadas o reformuladas; un ejemplo de ello es la intención de expandir la presencia territorial de las instituciones de salud pública.

La Dirección General de Sanidad del martinato y el brote de viruela

En primer lugar, retomemos el Código de Sanidad de 1931. En este cuerpo jurídico se dispuso que la DGS debía estar dirigida por una sola persona, el director general, y bajo su mando se encontraban los jefes de secciones o departamentos especializados. A continuación, con menor rango, 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, inspectores, etc.—. El código también detallaba que la DGS podía contar con el apoyo de los funcionarios departamentales, como los gobernadores o comandantes y, en el nivel municipal, debía auxiliarse de las municipalidades y los capitanes de los puertos y que podía apoyarse para su trabajo en la policía y la Guardia Nacional. Por último, pero no menos importante, se establecía que la DGS debía coordinarse con las dependencias del Ramo de Beneficencia que la constituían: los hospicios, asilos, hospitales y manicomios[3] (véase esquema 2.1). En términos organizativos, el código de 1931 era totalmente opuesto al de 1914, pues en este último figuraba en la cima del organigrama un mando corporativo constituido por cinco personas y no contaba con secciones especiales.

[3] «Código de Sanidad de la República de El Salvador», *Diario Oficial*, núm. 26, 31 de enero de 1931, 173.

Esquema 2.1. Organigrama de la Dirección General de Sanidad, 1931-1932



Fuente: elaboración propia con base en «Código de Sanidad de la República de El Salvador», *Diario Oficial*, núm. 26, 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*, núm. 45, 23 de febrero de 1933, 397-402.

Ahora bien, el mencionado Código de Sanidad de 1931 le proporcionaba a la DGS múltiples facultades para ejecutar medidas preventivas y enfrentar las enfermedades calificadas como epidémicas —cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, tuberculosis, viruela, etc.—. Por ejemplo, en los controles fronterizos la DGS podía implementar cuarentenas e inspecciones a personas extranjeras ante la amenaza de epidemias «o de otra enfermedad calificada de alarmante». Esta facultad que se otorgó a la DGS para determinar qué enfermedad era alarmante refleja mucho sobre su papel como instancia rectora. Incluso, ante la prohibición de la entrada a extranjeros portadores de cualquier enfermedad considerada epidémica,

el Código de Sanidad de 1931 otorgaba a la DGS un amplio margen para «hacer las excepciones» que considerara justas. Este instrumento señalaba de manera explícita que la DGS era la principal responsable de la salubridad pública y la instancia encargada del control de las epidemias y de otros factores medioambientales que afectaran la salud.[4]

Además, en este código se definieron otras medidas de control para prevenir enfermedades, como los cordones sanitarios, aislamientos individuales o colectivos, la vacunación, el control de las fronteras, la inspección en los puertos, la supervisión 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 médicos.[5] El carácter imperativo del Estado, a través de la DGS, quedó reflejado 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 pondrán en práctica los siguientes preceptos:
>
> 1°. 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.
>
> 2°. 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].[6]

[4] «Código de Sanidad de la República de El Salvador», 173.

[5] «Código de Sanidad de la República de El Salvador», 173-182.

[6] «Código de Sanidad de la República de El Salvador», 173-174.

Entre 1932 y 1944, la salud pública en El Salvador se abordó a partir de las herramientas jurídicas del código de 1931, la herencia que habían dejado las reformas a la DGS implementadas en la década anterior y el interés del martinato por tratar de solucionar la problemática social. Es muy sabido que el martinato se caracterizó por trazar una agenda social con la que pretendía solucionar los problemas de la población, la cual, al mismo tiempo, se combinaba con las prácticas autoritarias del régimen. Sin embargo, durante esta época no se realizaron cambios profundos en las políticas sociales, y realmente sus alcances fueron cortos en términos de la cantidad de población beneficiada.[7] A pesar de esto último, me interesa identificar cómo funcionó una instancia como la DGS en el periodo que gobernó Maximiliano H. Martínez. Debe recordase que esta dirección continuó siendo durante ese régimen una dependencia del poderoso Ministerio de Gobernación. En ese sentido, es fundamental aludir al papel que jugó ese ministerio y a las ideas que de él emanaban sobre las carencias de la salud pública.

En el discurso oficial del martinato se anunciaba que las apuestas del ejecutivo estarían encaminadas a dar solución a los problemas sociales de la población salvadoreña.[8] Con este ímpetu, y pese a las dificultades[9] de los primeros años de un martinato en construcción, es notable observar en el ministro de Gobernación, general Salvador Castaneda Castro, el ejemplo de un funcionario entusiasta del régimen que,[10] a nivel dis-

[7] Monterrosa Cubías, *La sombra del martinato*, 79; Ching, «El clientelismo y la política», 145; Lara Martínez, *Política de la cultura del martinato*, 99. Dennis Sevillano es uno de los historiadores salvadoreños que han reflexionado sobre la política de mejoramiento social del martinato, particularmente sobre componentes rurales como el reparto de tierra a los campesinos sin propiedad. Sevillano afirma que entre 1930 y 1950 los gobiernos salvadoreños se hicieron de 26 haciendas que repartieron entre 6968 personas que no tenían tierra. Este número es irrelevante teniendo presente que en la década de 1930 solo en la zona occidental del país existían unos 55000 campesinos sin tierra, como relata Sevillano. Véase Sevillano, *La política rural*.

[8] «La obra que deja el General Martínez», *La República*, 30 de agosto de 1934, 1; Monterrosa Cubías, *La sombra del martinato*, 79.

[9] Ching, «El clientelismo y la política», 140-146.

[10] Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*,

cursivo, planteaba la necesidad de enfrentar la problemática social. Al respecto, en la memoria del poder ejecutivo de 1932 este ministro 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...».[11] La salud pública como problema social se encontraba en el radar del ministro.

En el caso específico del estado de la salud de la población salvadoreña, desde un inicio Castaneda Castro consideró que formaba parte de los problemas sociales a solucionar. Esto se puede deducir de un diagnóstico socioeconómico que presentó en febrero de 1933 ante el Parlamento, en cuyos hallazgos figuran datos relativos a las precariedades en materia de salud pública. Este diagnóstico fue producto de la instrucción que se giró en marzo de 1932 a todos los gobernadores para que recolectaran datos sobre las condiciones de vida en las zonas rurales, una tarea que, finalmente, llevaron a cabo los alcaldes, quienes redactaron informes detallados sobre 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 educación escolar.[12] 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 Grippe son las más frecuente. —La mortalidad infantil es

núm. 45, 23 de febrero de 1933, 334. En su discurso inicial, Castaneda expresaba su gran entusiasmo por pertenecer a un «régimen» que en su opinión poseía una doctrina y un programa destinado a solucionar los problemas sociales; agregaba que «en cada uno de los funcionarios» vivía «un entusiasta colaborador» de Martínez.

[11] Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo», 333.

[12] Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo», 334-335.

> 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.[13]

La inquietud de Castaneda Castro por la salud pública de las zonas rurales se inscribía dentro de las ideas en boga a nivel internacional. Por ejemplo, en un artículo del suplemento *La República* de 1933 se mencionó que en El Salvador debían seguirse las tendencias mundiales, como las sugerencias planteadas en la Conferencia Europea de Higiene Rural de 1931, las cuales estaban centradas en la salud de la población campesina. El artículo destacaba lo beneficioso que resultaba contar con trabajadores rurales sanos para garantizar la producción agrícola y prevenir 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»,[14] y agregaba lo siguiente:

> 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 robustos.[15]

En este orden de cosas, ¿acaso se fortaleció la DGS durante el martinato?, ¿fue eficaz en las tareas de control y vigilancia ante las epidemias?

[13] «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.

[14] «La necesidad de proteger la salud de los campesinos», *La República*, 3 de julio de 1933, 3.

[15] «La necesidad de proteger la salud de los campesinos», 3.

Buena parte de las respuestas a estos interrogantes se encuentran en el periodo 1932-1935, cuando El Salvador experimentó una nueva coyuntura crítica derivada de una epidemia de viruela. Durante la década de 1920, la viruela no había generado gran alarma por la baja mortalidad que causó[16] y porque las autoridades sanitarias aparentemente la controlaron con medidas de prevención.[17] Sin embargo, la epidemia que se propagó entre 1932 y 1935 puso en serios aprietos a los funcionarios de la DGS, a tal grado que estos ocultaron o distorsionaron la información al respecto. Esta nueva epidemia fue otro de los problemas que marcaron los difíciles primeros años del martinato, los cuales se caracterizaron por lo siguiente: la crisis económica, el alzamiento popular de 1932, la ausencia de una red clientelar de influencia nacional a favor del general Martínez —que solo se logró hasta finales de 1933—, la presencia de sectores de oposición y la falta de reconocimiento diplomático por parte de Estados Unidos, el cual se consiguió en 1934.[18]

Es difícil precisar cuándo inició el ciclo de la epidemia de viruela que tuvo que enfrentar el martinato. Para el análisis, es necesario tener presentes principalmente tres factores: el primero se refiere a que, a lo largo de la segunda mitad de la década de 1920, las autoridades sanitarias de El Salvador reportaron haber realizado labores de control y prevención ante una posible propagación del contagio, sin reconocer en ningún momento la existencia de una epidemia como tal; mientras tanto,

[16] Dirección General de Estadística, *Anuario estadístico de 1921* (San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1921), 83; Dirección General de Estadística, *Anuario estadístico de 1922* (San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1922), 115; Dirección General de Estadística, *Anuario estadístico de 1929* (San Salvador: Tipografía La Unión, 1929), 40.

[17] Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 47, 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*, núm. 44, 21 de febrero de 1931, 395; Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 64, 16 de marzo de 1929, 536; Carlos Guillén, «Memoria en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 41, 19 de febrero de 1927, 287; Carlos Guillén, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 51, 2 de marzo de 1925, 475.

[18] Ching, «El clientelismo y la política», 140-144 y 166.

la enfermedad ya presentaba un patrón de morbilidad en el resto de la región centroamericana.[19] El segundo factor remite a la sospecha de que las autoridades sanitarias ocultaron posibles casos de viruela en 1930, pues ese año la prensa estuvo sujeta a una censura gubernamental que prohibió la publicación de aquellas notas consideradas como «noticias alarmantes sobre enfermedades contagiosas»,[20] como la viruela. El último se refiere a que, al cierre de 1931, la DGS reconoció la existencia de un foco de viruela que calificó como no grave porque los casos se registraron solamente en el departamento de Chalatenango y en el municipio de El Paisnal, al norte de San Salvador.[21]

A pesar de los tres factores señalados, desde 1932 tanto las fuentes oficiales como las periodísticas, si bien muestran diferencias cualitativas, coinciden en reportar un aumento de casos de viruela, como se analizará más adelante. Esto me permite plantear que desde ese año se observó un comportamiento epidémico que mostró un aumento gradual de casos que rompió con cualquier patrón de prevalencia anterior. De hecho, al comparar las cifras oficiales de muertes por viruela en la década de 1920[22] frente a las ocurridas en 1932[23] se observa un aumento significa-

[19] Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 47, 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*, núm. 64, 16 de marzo de 1929, 536; Carlos Guillén, «Memoria en los ramos de Sanidad y Beneficencia, *Diario Oficial*, núm. 41, 19 de febrero de 1927, 287; Carlos Guillén, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Sanidad y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 51, 2 de marzo de 1925, 475.

[20] Francisco Martínez Suárez, «Memoria de los actos de Relaciones Exteriores, Justicia, Instrucción Pública, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 44, 21 de febrero de 1931, 395.

[21] Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en el ramo de sanidad», *Diario Oficial*, núm. 49, 27 de febrero de 1932, 374.

[22] Dirección General de Estadística, *Anuario estadístico de 1921* (San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1921), 83; Dirección General de Estadística, *Anuario estadístico de 1922* (San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1922), 115; Dirección General de Estadística, *Anuario estadístico de 1929* (San Salvador: Tipografía La Unión, 1929), 40.

[23] Dirección General de Estadística, *Anuario estadístico de 1932* (San Salvador: s.e, 1932), 118 y 120.

tivo del número de fallecimientos en ese último año y, a partir de ello, puede deducirse que se produjo también un aumento en el número de personas contagiadas.

El director de la DGS que tuvo que comenzar a lidiar con la epidemia de viruela fue el doctor David Escalante, un ferviente partidario del general Martínez que abogó por los intereses del régimen desde los primeros días.[24] Escalante fue nombrado director a inicios de enero de 1932. El *Diario Latino* elogiaba su designación y añadía que las capacidades de Escalante le aseguraban en la DGS «un gran campo de acción para futuros triunfos»;[25] sin embargo, eso aún estaba por confirmarse de cara a la realidad.

Transcurría la segunda semana de enero de 1932 y la coyuntura política estaba dominada por las elecciones legislativas y la agitación social previa al levantamiento popular del 22 de enero.[26] Entre tanto, al doctor 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 una noticia sobre la existencia de un caso en San Salvador y cuestionó si la DGS ya había realizado acciones preventivas al respecto.[27] Al día siguiente,[28] mediante una carta, el doctor Escalante desmintió lo relatado por el rotativo y posicionó su versión como la única válida en otros medios de comunicación[29] al afirmar que no se trataba de viruela, sino de varicela común. Señaló

[24] «Solicitan su intervención al Señor Arzobispo Dr. Belloso», *El Día*, 30 de enero de 1932, 1 y 4.

[25] «Nombramiento muy acertado», *Diario Latino*, 5 de enero de 1932, 1 y 5.

[26] 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.

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

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

[29] «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.

también que ese diagnóstico se basaba en las pruebas realizadas a la paciente y esperaba que con ello se mantuviera la calma entre la población de la capital.

Sin embargo, la calma no llegó. El 15 de enero se publicó otra nota que declaraba la presencia de «innumerables» casos de viruela en el departamento de Chalatenango,[30] y la respuesta de la DGS consistió en repetir el mismo guion: negar la existencia de la enfermedad.[31] Sin embargo, al finalizar enero de 1932 no tuvo otra opción que admitir su existencia en esa zona del país. Este reconocimiento vino acompañado de la expectativa de hacer creer que la enfermedad sería controlada mediante las acciones preventivas que se estaban llevando a cabo en ese momento, como la vacunación y los «cordones sanitarios de las fronteras».[32] No obstante, la realidad fue otra, pues la viruela continuó propagándose más allá del departamento de Chalatenango.

El director David Escalante aseguró el 29 de enero que las medidas implementadas para enfrentar la viruela garantizaban «un golpe decisivo»[33] a la enfermedad. Con ese mismo entusiasmo, a inicios de febrero informó sobre la reanudación de la campaña de vacunación en todo el país, con una estrategia que contemplaba empezar en las zonas fronterizas y de costa para luego incursionar en el interior del país, «en forma de cortina». Para tal propósito, Escalante agregó que se había reunido con los generales Maximiliano H. Martínez y Salvador Castaneda Castro, quienes le aseguraron que contaría con los fondos necesarios para la campaña nacional de vacunación.[34] Fue así como el 4 de febrero, el gobierno le entregó a la DGS la suma de 2000 colones para que emprendiera la campaña.[35]

[30] «En unos valles hay casos de viruela», *Diario Latino*, 15 de enero de 1932, 1.

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

[32] «Fue dominada la viruela en el país», *Diario Latino*, 29 de enero de 1932, 5.

[33] «Fue dominada la viruela en el país», 5.

[34] «Gran campaña de vacunación en el país», *Diario Latino*, 2 de febrero de 1932, 1.

[35] «Fondos para batir la viruela negra», *Diario Latino*, 4 de febrero de 1932, 5.

La duda era si esa cantidad de dinero alcanzaría 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, doctor Jule Gálvez, opinó que el dinero del que se disponía en ese momento para vacunar contra la viruela era muy limitado y solo ajustaba para algunos departamentos durante un mes. Poco después, a mediados de febrero, se reportaron más casos de contagio 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 seis de los 14 departamentos del país, siendo notorio el énfasis en los departamentos de frontera y en el de San Salvador.[36]

Las autoridades sanitarias confiaban en que la campaña de vacunación emprendida en febrero daría resultados positivos para controlar la viruela. Todavía a mediados de febrero no aceptaban que la incidencia de la epidemia estaba aumentando en el territorio, y concebían el fenómeno como si se tratara de casos esporádicos, una dinámica que, aseguraban, se controlaría con la vacunación.[37] El 3 de marzo, los funcionarios de la DGS afirmaban, en tono épico, que habían erradicado la viruela, mientras que, simultáneamente, la prensa relataba que la enfermedad se había expandido por casi todo el territorio nacional:

> **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

[36] «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.

[37] «Gran campaña para detener el avance de la peste negra», 1-2.

> desarrollada en los últimos días, especialmente a la ardua labor ejercida por el jefe del Instituto de vacuna, doctor Jule Gálvez [sic].[38]

Según las autoridades, como se observa en la nota anterior, la campaña de inmunización contra la viruela había logrado su objetivo, dado que entonces la cifra oficial de personas vacunadas en todo el país ya ascendía a 100 000.[39] Sin embargo, en marzo se informó que la vacunación iniciada en febrero no era del todo efectiva. Por ejemplo, el 9 de marzo se reportaron en Quezaltepeque, departamento de La Libertad, 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 ese contexto que el doctor David Escalante, en su calidad de director de la DGS, le solicitó al arzobispo de San Salvador que suspendiera las actividades religiosas de Semana Santa.[40] Asimismo, se procedió a establecer 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 viruela.[41]

Junto a estas medidas sanitarias, la DGS insistió en presentarse como una instancia eficaz en la lucha contra la viruela al afirmar que ya tenía la situación bajo control.[42] Sin embargo, la preocupación del ministro Salvador Castaneda Castro evidenciaba 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 incluía las instrucciones de Castaneda Castro, las cuales enfatizaban la vigilancia y el control de la viruela:

> En esta fecha se han recibido instrucciones del señor Ministro de Gobernación, general Salvador Castaneda C., referente a prevenir a los habitantes

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

[39] «Intensa es la campaña antivariolosa», *Diario Latino*, 7 de marzo de 1932, 5.

[40] «Quezaltepeque es un foco de viruela», *Diario Latino*, 9 de marzo de 1932, 1.

[41] «Cordones de sanitarios en esta», *Diario Latino*, 10 de marzo de 1932, 1.

[42] «Dominan la viruela en Quezaltepeque», *Diario Latino*, 11 de marzo de 1932, 1.

> 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 compresión. 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 contagio.[43]

A mediados de marzo de 1932, el Ministerio de Relaciones Exteriores emitió un llamado de atención respecto a las noticias difundidas sobre la presencia de viruela en El Salvador. Este despacho consideró que era «contraproducente» dar detalles sobre la viruela, ya que ello podría afectar negativamente el flujo de turistas y barcos mercantes.[44] A partir de entonces, y a lo largo de todo 1932, las noticias sobre la viruela disminuyeron significativamente. Al evaluar ese año, el ministro de Gobernación consideró que la DGS había desarrollado un riguroso trabajo de vacunación y de otras medidas sanitarias que permitieron, según él, detener el avance de la viruela en todo el país, pues la enfermedad solo alcanzaba gran influencia en los departamentos de Chalatenango, La Libertad y La Unión. Ante este panorama, el ministro de Gobernación afirmaba que, al cierre del año, la enfermedad no podía ser considerada como una epidemia, sino como brotes esporádicos que habían sido controlados;[45] no obstante, en 1933 esta aseveración fue cuestionada, pues ya en los primeros días del año era difícil para el personal de la DGS negar la existencia de la epidemia.

El 10 de enero de 1933, la DGS reconoció la existencia de los primeros casos de viruela de ese año y aseguró que la enfermedad tenía su origen en los territorios fronterizos con Honduras. Los casos reportados correspondían a 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

[43] «Circular que giran a los alcaldes», *Diario Latino*, 11 de marzo de 1932, 1.

[44] «Las noticias sobre la viruela son dañinas», *Diario Latino*, 15 de marzo de 1932, 1.

[45] Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 45, 23 de febrero de 1933, 397.

la situación se desbordara a otras localidades del país.[46] Dos semanas después de que se tomaron estas medidas, supuestamente con rapidez y efectividad, la realidad se impuso y comenzaron a surgir más casos. Esta vez, el brote fue reportado por el alcalde del municipio de Victoria, en el departamento de Cabañas, quien informó al gobernador departamental de que la «viruela maligna» estaba presente en el territorio.[47] Ante esta situación alarmante, el doctor David Escalante comenzó a negar la existencia de viruela en el país, lo que contradecía el reconocimiento que a inicios de enero había realizado la institución que él dirigía.[48]

El contagio continuó propagándose entre 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 sobre la presencia de más contagios de viruela en el municipio de Santa Elena, el departamento de Usulután, en el extremo suroriente de la región donde se ubicaban los casos notificados al inicio del año. Frente a la clara propagación de la viruela, el director de la DGS optó de nuevo por la irresponsable narrativa de negar la existencia de la enfermedad y, en contraposición a las voces locales que reportaban más casos, aseguraba que lo que ocurría en el país eran brotes de varicela.[49] La respuesta llegó pronto, pues a mediados de mayo un periodista de Santa Elena contradijo a la DGS al asegurar que la viruela estaba presente también en esa zona.[50] Con la obstinación propia de un 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 controlada.[51]

[46] «Hay viruela en el país y en Honduras», *Diario del Salvador*, 10 de enero de 1933, 1.

[47] «En el corazón del país encuéntrase la viruela», *Diario del Salvador*, 21 de enero de 1933, 1

[48] «No hay viruela en el país, declara el Dr. David Escalante», *Diario del Salvador*, 31 de enero de 1933, 1.

[49] «Viruela no hay sino varicela nos dicen. La sanidad trabaja con actividad en todo el país», *Diario del Salvador*, 7 de mayo de 1933.

[50] «Con tales argumentos uno se inclina ante ellos, dice La Nación...», *Diario del Salvador*, 14 de mayo de 1933.

[51] «Regresó de oriente el Director General de Sanidad...», *El Día*, 20 de mayo de 1933.

Sin embargo, tras estos desatinos del director de la DGS en relación con la viruela fue necesario asumir la realidad. El doctor José Lázaro Arévalo, subsecretario del Ministerio de Gobernación, terminó por aceptar ante la Asamblea Legislativa que durante todo 1933 hubo efectivamente una epidemia de viruela, pero matizó sus declaraciones señalando que se había logrado una vacunación efectiva en los departamentos de San Miguel, Chalatenango, Cabañas, Usulután, La Unión y Morazán. Además, destacó que se había implementado un control sobre las fronteras con el objetivo de contrarrestar la propagación de la enfermedad. Esta imagen del funcionario eficiente se reforzó con la narrativa que pretendía mostrar que la viruela no estaba siendo adecuadamente controlada en Honduras, y que por esa razón hubo contagios en El Salvador.[52] De hecho, a partir de enero de 1933 se afirmaba que la enfermedad procedía de Honduras,[53] y David Escalante continuó utilizando este artificio durante los siguientes años de su dirección en la DGS.[54]

Ahora bien, ¿qué tan efectivas fueron las acciones emprendidas por la DGS frente a la viruela en 1933? Los datos sobre la aplicación de vacunas y el número de población total nos podrían ofrecer una aproximación al respecto. Si se toma como base el censo de 1930,[55] que registró una población total de 1 434 361, frente a las 155 268 dosis que se aplicaron en 1933, puede deducirse que apenas se cubrió a 10.82 % de la población salvadoreña (véase cuadro 2.1). En realidad, estos datos reflejan que la cantidad de personas vacunadas fue muy baja para lograr la inmunización efectiva y rápida. Sin embargo, los funcionarios del martinato continuaron afirmando durante todo el año de 1933 que sí «se llevó a feliz

[52] José Lázaro Arévalo, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1934, 458.

[53] «Hay viruela en el país y en Honduras», *Diario del Salvador*, 10 de enero de 1933, 1.

[54] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 43, 21 de febrero de 1935, 483.

[55] «Censo de población de El Salvador de 1930», Biblioteca Virtual en Población y Salud, https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/censos/El_Salvador/1930/pdf/censo-1_SV.pdf

término la campaña contra la viruela».[56] A la baja cantidad de personas vacunadas, debe agregarse la difícil situación financiera por la que atravesaba la DGS, pues sus ingresos experimentaron reducciones como consecuencia de la crisis económica mundial durante los años 1933 y 1934; no fue sino hasta después de 1937 cuando se produjo una recuperación significativa.

Cuadro 2.1. Ingresos de la DGS, 1930-1938

Año	Ingresos en colones	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 con base en Knut Walter, *Las políticas culturales del Estado salvadoreño 1900-2012* (San Salvador: AccesArte, 2014), 58-59.

Durante 1934, la viruela mantuvo su incidencia y la DGS continuó desarrollando las mismas actividades: vacunación y controles sanitarios en las fronteras.[57] Al año siguiente, la viruela se desplazó hacia los departamentos del occidente salvadoreño, y esta zona se convirtió en la de mayor incidencia.[58] Mientras tanto, el cambio más significativo en la gestión de esta epidemia se produjo en marzo de 1935, cuando el doctor

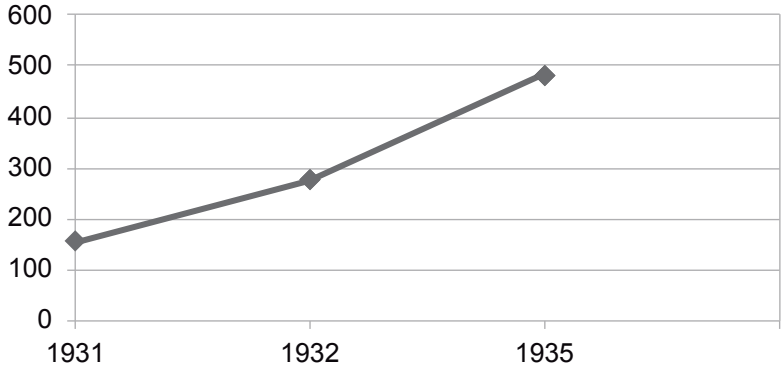
[56] José Lázaro Arévalo, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1934, 458.

[57] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 43, 21 de febrero de 1935, 483

[58] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 58, 10 de marzo de 1936, 697.

David Escalante fue relevado del cargo de director de la DGS, y en su lugar asumió el doctor Carlos Roberto Lardé,[59] quien terminó por adoptar medidas más efectivas. Las causas que motivaron este giro de timón en la conducción de la DGS fueron la incapacidad manifiesta de Escalante y la alta prevalencia que alcanzó la epidemia. En relación con esto último, en 1935 se reportó la cifra oficial de 484 nuevos casos.[60] La magnitud de este dato se alcanza a dimensionar si se compara con los 157 casos de viruela reportados en 1931, y los 277 de 1932 (véase gráfico 2.1). Más allá de la exactitud y de un posible subregistro al alza, es importante notar que estos datos coinciden con la información cualitativa presentada previamente, la cual también da cuenta del aumento en el número de casos de viruela.

Gráfico 2.1. Casos nuevos de viruela, 1931-1935



Fuente: elaboración propia con base en Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en el ramo de sanidad», *Diario Oficial*, núm. 49, 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*, núm. 45, 23 de febrero de 1933, 397; Walter René Molina, «Una prensa a la medida del general Martínez», *El Faro*, 30 de octubre de 2020.

[59] «Acuerdo número 38», *Diario Oficial*, núm. 55, 8 de marzo de 1935, 667.

[60] 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 el periodo 1932-1935 fue la ineficacia de la DGS para enfrentar el contagio. Esto se debió en buena medida a la escasa presencia de su personal en todo el territorio nacional, particularmente de vacunadores, puesto que a inicios de la década de 1930 la DGS apenas contaba con entre 19[61] y 37[62] para una población que ya superaba 1 400 000 habitantes. Por ese motivo, la poca eficacia demostrada por la DGS durante la administración del doctor David Escalante, en parte, se explicaría por esta escasez de personal dedicado a la vacunación, lo cual condujo a que en 1935 el doctor Carlos Roberto Lardé optara por incorporar a más personal.

Lardé cambió el enfoque sobre cómo abordar la epidemia gracias a su especialización en temas sanitarios,[63] a diferencia de su antecesor, que solamente era médico general. Fue tras su llegada a la DGS cuando se instalaron más lazaretos en el país, se incorporó al personal médico de las unidades militares y policiales en las labores de vacunación[64] y se logró la inmunización de aproximadamente 400 000 personas[65] al cierre de 1935, lo cual significó cubrir a 27.89 % de la población solo en ese año. Es importante interpretar este dato sobre personas vacunadas en retrospectiva, comparándolo con los primeros años de la epidemia, ya que provocó un cambio sustancial que permitió subir el porcentaje de vacunación y, a la vez, acumular mayor inmunización en el conglomerado social.

Aparentemente, las medidas implementadas por Lardé tuvieron un efecto positivo en 1936, pues se informó que la viruela ya no presentaba un comportamiento epidémico y que se habían registrado muy pocos casos durante la primera mitad del año en algunos municipios de los

[61] Lardé, «La sanidad en El Salvador», 138.

[62] Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 45, 23 de febrero de 1933, 397.

[63] Molina, «Una prensa a la medida».

[64] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 58, 10 de marzo de 1936, 697.

[65] Andrés Góens, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 5, mayo de 1938, 386.

departamentos de Sonsonate, Ahuachapán y La Paz.[66] Sin embargo, la viruela se siguió registrando como causa de morbilidad en El Salvador incluso a inicios de la década de 1950.[67]

Cuadro 2.2. Población vacunada contra la viruela, 1931-1935

Año	Personas vacunadas	Porcentaje de personas vacunadas respecto al total de la población (1 434 361)
1931	160 660	11.20 %
1932	261 047	18.20 %
1933	155 268	10.82 %
1935	400 000	27.89 %

Fuente: elaboración propia con base en Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en el ramo de sanidad», *Diario Oficial*, núm. 49, 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*, núm. 45, 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*, núm. 55, 7 de marzo de 1934, 460; Andrés Góens, «La sanidad en El Salvador», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 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.

Llama la atención que, tras la mayor prevalencia de la epidemia, en 1936 se planteara la necesidad de reformar el funcionamiento de la DGS. El argumento central que se utilizó para ello fue que la institución debía trabajar de un «modo más intenso» en todo el territorio nacional,[68] de acuerdo con las necesidades del momento.[69] Valga recordar que la reforma de la DGS se había justificado con similares argumentos en 1920, poco después de la emergencia sanitaria que generó la influenza de 1918 en el país. Las reformas de esta institución fueron noticia importante en agosto de 1936, y la prensa las presentó en los siguientes términos:

[66] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 61, 18 de marzo de 1937, 737.

[67] Durán, *Historia de las políticas de salud*, 133.

[68] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 61, 18 de marzo de 1937, 736.

[69] «Decreto 77», *Diario Oficial*, núm. 134, 18 de junio de 1936, 1817.

> 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 organismo.[70]

Por su parte, el ministro de Gobernación, general José Tomás Calderón, era muy consciente de la limitada presencia territorial de la DGS y de que esta situación afectaba la eficacia de la institución ante las coyunturas epidémicas. Por ejemplo, en su reflexión sobre la reforma de 1936 de la DGS, Calderón opinó que esta tenía entre sus objetivos alcanzar un mayor despliegue territorial para mejorar su cobertura. En ese sentido, valoró la necesidad de recurrir a otras formas de trabajo,[71] como la implementación de 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 existentes.[72]

Esta reforma a la DGS de 1936 comenzó con cambios jurídicos en el Código de Sanidad, que terminaron por repercutir en modificaciones de la organización y en la incorporación de nuevas dependencias para ampliar la presencia territorial de la institución sanitaria (véase el esquema 2.2). El cambio más importante que se definió fue el establecimiento de una nueva figura, el inspector general de sanidad, que tendría la responsabilidad de expandir el trabajo sanitario a todo el país. Para cumplir con este propósito, el territorio nacional se dividió en tres zonas, cada

[70] «Hoy que se trata de organizar debidamente la sanidad», *Patria*, 20 de agosto de 1936, 1.

[71] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 61, 18 de marzo de 1937, 736.

[72] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo», 736

una de las cuales contaría con sus respectivos jefes de zona, los cuales supervisarían el trabajo de los delegados sanitarios en los departamentos del país. Así, se estableció en Santa Ana la jefatura de la zona occidental, que incluyó 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 conformarían la zona central y serían supervisados directamente por el inspector general de sanidad desde San Salvador. Los jefes de las zonas occidental y oriental estaban subordinados al inspector general, su jefe superior. Por su parte, el inspector general rendía cuentas de su trabajo a las autoridades superiores de la DGS.[73]

Si la epidemia de viruela que enfrentó el martinato volvió a poner en evidencia la necesidad de ampliar el despliegue territorial de la DGS y, ante ello, la respuesta fue crear la figura de un inspector general, se antoja preguntar si durante este periodo se logró mejorar la presencia territorial y volver más eficaz la labor sanitaria de la DGS mediante el establecimiento de un inspector general de sanidad.

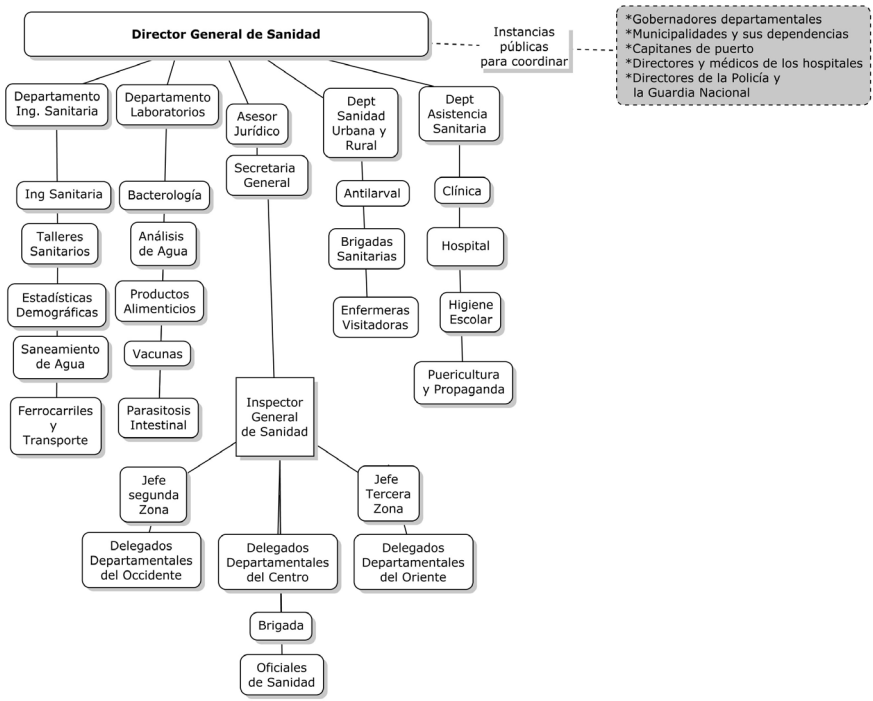
Quien proporcionó una respuesta a este interrogante fue el mismo ministro de Gobernación, José Tomás Calderón, en 1940, quien consideró que eran notables los avances alcanzados en los servicios de salud pública y puso como ejemplo el tratamiento de la viruela. Asimismo, señaló que ya no se aplicaban las medidas improvisadas y coyunturales de tiempos pasados y destacó que los servicios de la DGS se habían ampliado hasta alcanzar el «último confín de la República»; sin embargo, reconoció que faltaba mucho por hacer.[74] Es cierto que las medidas implementadas ante la epidemia de viruela durante el martinato fueron efectivas, pero también es verdad que, en los primeros tres años de prevalencia

[73] «Decreto 77», *Diario Oficial*, núm. 134, 18 de junio de 1936, 1817; José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 61, 18 de marzo de 1937, 736 y 739.

[74] José Tomás Calderón, «Memoria de los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo y Asistencia Social», *Diario Oficial*, núm. 61, 13 de marzo de 1940, 983-984.

de esta enfermedad, la DGS mostró incapacidad y encubrimiento, como lo demostró la gestión del doctor David Escalante. Además, no sucedió realmente que el trabajo de la DGS tuviera una presencia territorial hasta el último confín del país, como lo afirmó el ministro Calderón, pues, en materia sanitaria, solo se logró abarcar la totalidad del territorio nacional hasta finales de la década de 1970 con el Ministerio de Salud.[75]

Esquema 2.2. Organigrama de la Dirección General de Sanidad, 1936



Fuente: elaboración propia con base en «Decreto 77», *Diario Oficial*, núm. 134, 18 de junio de 1936, 1817; José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 61, 18 de marzo de 1937, 736 y 739.

[75] Herberth Morales, «Opinión pública y salud: las discusiones sobre el desarrollo de los servicios de salud en El Salvador 1948-1950», *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos* 17, núm. 1 (2019), 84.

Finalmente, la salida negociada del general Maximiliano Hernández Martínez en mayo de 1944 abrió una oportunidad para repensar la tendencia política en términos de promover 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».[76] Precisamente, fue en este ambiente de aspiración democrática cuando, en octubre de 1944, algunos estudiantes de la Universidad de El Salvador aprovecharon la oportunidad para lanzar un discurso elocuente sobre los problemas de la salud pública, antes de los comicios del siguiente año:

> Nosotros no sólo queremos que nuestra Universidad Autónoma esté 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 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 Farmacia.[77]

Estos problemas de salud pública que identificaron los universitarios en su editorial pueden completarse con algunos datos estadísticos de la sociedad salvadoreña. Hacia la década de 1950, en el país destacaban los siguientes problemas estructurales: la esperanza de vida era de apenas 42.89 años,[78] las principales causas de muerte eran enfermedades prevenibles como el paludismo y la gastroenteritis[79] y la tasa de mortalidad infantil era muy elevada, alcanzando cifras de «150.2 muertes por cada

[76] Monterrosa Cubías, *La sombra del martinato*, 135, 141-143.

[77] «Lo que queremos de nuestra universidad», *Líder*, 18 de octubre de 1944, 3.

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

[79] Morales, «Opinión pública y salud», 93.

1 000 nacidos vivos».[80] En resumidas cuentas, El Salvador era un país hostil para quienes dependían de la salud pública.

El Ramo de Beneficencia: los hospitales públicos durante el martinato

El ministro de Gobernación, Salvador Castaneda Castro, a la vez responsable superior del Ramo de Beneficencia, convocó a una reunión a las 10 de la mañana del 2 de julio de 1932 en su despacho ministerial. Los convocados eran los directores de los principales centros de beneficencia de la capital y los miembros de una junta recién creada por él mismo. Castaneda 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 la propuesta de crear una comisión que sería la instancia encargada de evaluar la situación en la que se encontraban las instituciones del Ramo de Beneficencia, es decir, los hospitales, hospicios, asilos y manicomios. En dos horas, se presentaron argumentos sobre la manera más adecuada de conformar la comisión evaluadora y se plantearon propuestas para la creación de impuestos y sobre cómo debería hacer las evaluaciones la comisión. Entre los asistentes se encontraba el general José Tomás Calderón, quien presentó un plan dirigido al tema de los hospitales y otros centros benéficos, el cual fue aprobado. En su documento, Calderón detallaba que la comisión debería prestar atención a los aspectos administrativos, financieros y de calidad de los servicios que brindaban las instancias de beneficencia.[81]

Ahora bien, la convocatoria a dicha reunión respondió también a un motivo más complejo: la difícil situación financiera por la que atravesaban los hospitales y otras dependencias del Ramo de Beneficencia. Ismael Gómez, uno de los asistentes, confirmó la situación que atravesaban estas instancias al señalar que el presupuesto que él administraba se había visto considerablemente reducido, pues pasó de 100 000 a 15 000

[80] Werner Peña y María Elena Rivera, «Dividendo demográfico y migración en El Salvador: ¿cuánto se ha perdido», *Notas de Población* 45, núm. 106 (2018), 289.

[81] «Medidas para salvar a las casas de beneficencia», *Diario Latino*, 2 de julio de 1932, 1-7.

colones.[82] De hecho, a partir del segundo trimestre de 1932 se comenzó a informar en los periódicos que el hospital Rosales estaba a punto de cerrar sus servicios como consecuencia de las dificultades financieras que atravesaba.[83]

Así pintaba el panorama del principal hospital del país cuando, el 17 de mayo de 1932, se reunieron el director de este, el doctor Alonso V. Velasco, y el ministro Salvador Castaneda Castro. Velasco manifestó en esa ocasión que la deuda del sanatorio ya ascendía a 153 000 colones, una cantidad que prácticamente significaba dos tercios de los ingresos en ese año (véase cuadro 2.3), situación que calificó como precaria. Asimismo, agregó que el panorama del hospital era todavía más grave porque había perdido todas las fuentes de crédito provenientes de los acreedores nacionales e internacionales, quienes solo aceptaban pagos al contado. Además, Velasco le expuso a Castaneda Castro un pliego de propuestas con las que se podrían generar más ingresos, entre las que figuraban las siguientes: crear un impuesto a favor del hospital, vender algunos inmuebles, reducir gastos, aumentar la partida presupuestaria asignada desde el ejecutivo, establecer un sistema de atención médica cubierto por empresas privadas y que el Ministerio de Guerra saldara la deuda que tenía con el hospital. Finalmente, en la reunión Velasco apeló a la vieja mentalidad filantrópica, al decir que se podía influir en los «acaudalados» del país para que contribuyeran «a la salvación del Hospital».[84] Como consecuencia, pocos días después el *Diario Latino* publicó la misiva que envió el director Velasco a todas las personas consideradas adineradas:

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

[82] «Medidas para salvar a las casas de beneficencia», *Diario Latino*, 2 de julio de 1932, 4.

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

[84] «El hosp. Rosales a punto de cerrarse, 1 y 4.

> 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 exijen; 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 generoso.[85]

El contenido de la carta anterior se presta para una reflexión sobre los servicios que brindaron los hospitales públicos en los años del martinato. Durante este periodo, los ministros de Gobernación y otros funcionarios vinculados a la salud pública consideraban los hospitales como centros de caridad, pero administrados y dirigidos por el Estado.[86] Esta aparente contradicción pudo coexistir gracias a una idea común sobre la salud pública, según la cual los servicios hospitalarios se concebían como un favor o «una concesión graciosa» que el Estado y la clase dominante

[85] «La salvación del hospital», *Diario Latino*, 19 de mayo de 1932, 1 y 8.

[86] Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en el ramo de sanidad», *Diario Oficial*, núm. 48, 26 de febrero de 1932, 366-367; José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 58, 10 de marzo de 1936, 686.

brindaban a los menesterosos de la sociedad por medio de la filantropía.[87] Esta concepción de la salud pública estaba muy lejos de considerar los hospitales públicos como instancias garantes del derecho a la salud para la ciudadanía.

Cuadro 2.3. 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
Chalchuapa	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 Tecla	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 con base en Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Trabajo y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 48, 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*, núm. 45, 23 de febrero de 1933, 393; José Lázaro Arévalo, *«Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1934, 455; José Tomás Calderón «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 43, 21 de febrero de 1935, 481.
* No reporta datos para este hospital.

La difícil situación del hospital Rosales continuó a lo largo del mes de mayo de 1932, a tal grado que se propuso la suspensión de los salarios al personal médico.[88] Según una nota del *Diario Latino* del 22 de mayo,

[87] Alvarenga Venutolo, «Los marginados en la construcción», 9.

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

la mayoría de los médicos había accedido a la propuesta de no recibir sus salarios.[89] 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.[90]

Lo más preocupante llegó al mes siguiente. El 1 de junio, los periódicos describieron un hospital Rosales en estado de agonía, que comenzaba a cerrar algunos de sus servicios, y decían en tono imperativo que debía «iniciarse cuanto antes un movimiento para salvar del cierre a ese centro» de salud pública. En esa fecha, las autoridades del Rosales suspendieron el servicio de medicamentos gratuitos para los pobres, el cual pertenecía a la sección de Consultas Externas.[91] 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 país.[92]

En esa época, la prensa salvadoreña manejaba un diagnóstico muy claro sobre la coyuntura hospitalaria: las arcas del Estado no pasaban por su mejor momento a causa de la crisis económica y, por lo tanto, el hospital Rosales recibía menos ingresos estatales.[93] A esto se agregó la circunstancia de que el nosocomio había dejado de percibir ingresos de

[89] «Los médicos servirán al hospital», *Diario Latino*, 22 de mayo de 1932, 5.

[90] «Apoyo eficiente al hospital Rosales», *Diario Latino*, 25 de mayo de 1932, 4.

[91] «El hospital Rosales, agonizante, cierra su primer servicio», *Diario Latino*, 1 de junio de 1932, 1.

[92] «El hospital Rosales, agonizante, 1 y 5.

[93] «El Dr. García González es un verdadero obstáculo en el hospital Rosales», *Diario Latino*, 4 de junio de 1932, 1.

algunos de los servicios que ofrecía al público.[94] Todo esto volvió a poner en el centro de la discusión las posibles maneras de generar ingresos para el principal sanatorio del país. En ese sentido, se pensó en «acudir al esfuerzo público».[95]

Esto último tuvo dos respuestas inmediatas a favor del hospital Rosales: la creación de un impuesto y algunas acciones paliativas por medio de 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, impuesto con el que se esperaba crear un fondo para el «sostenimiento» del hospital.[96] Con respecto a la filantropía, en el mismo mes de junio la Sociedad de Beneficencia Pública gestionó por medio de otra sociedad filantrópica, la Hermandad Salvadoreña, la cantidad de 2500 colones.[97] Además, hacia finales de junio un comité integrado por «señoras, damitas y caballeros» hizo un llamado «a todos los salvadoreños sin distinción de clases» para participar en una feria organizada para recaudar fondos;[98] se estimaba que la afluencia de personas al evento se prolongaría hasta bien entrada la noche pues, solo por esa ocasión, las autoritarias fuerzas del orden suspenderían la aplicación de la ley marcial.[99]

Fue en ese ambiente voluntarioso cuando, a mediados de junio de 1932, un grupo de personas envió una carta a Maximiliano Hernández Martínez en la cual le solicitaban que interviniera directamente ante la preocupante situación por la que atravesaba el hospital Rosales y evitar

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

[95] «El Dr. García González es un verdadero obstáculo en el hospital Rosales», *Diario Latino*, 4 de junio de 1932, 1.

[96] «Decreto 84», *Diario Oficial*, 16 de junio de 1932, 1097.

[97] Salvador Castaneda Castro «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 45, 23 de febrero de 1933, 390; «Hospital Rosales expresa su gratitud», *Diario Latino*, 8 de junio de 1932, 4.

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

[99] «Mañana se celebrará la gran feria», *Diario Latino*, 25 de junio de 1932, 1.

su cierre.[100] A esa 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».[101] Otra persona que hizo declaraciones optimistas fue el doctor Alonso V. Velasco, quien expresó que con las medidas gubernamentales emprendidas[102] en junio y los donativos recibidos se solucionaría el problema financiero del hospital.[103]

Ante estas declaraciones de Martínez y Velasco surge la pregunta: ¿en realidad mejoraron los ingresos de este sanatorio en 1932 y superó su crisis financiera? Al cierre de ese año, el mismo ministro de Gobernación, Salvador Castaneda Castro, reconoció la reducción de los ingresos no solo de dicho hospital, sino también de todos los del Ramo de Beneficencia.[104] Efectivamente, en 1932 el Rosales sufrió una disminución de 37 % en sus finanzas, si se toma como año base 1930. Asimismo, en 1932 resulta notable el descenso en los ingresos del hospital de Santa Ana, el segundo más importante del país en cuanto al volumen de recursos que administraba. Fue durante los años 1933 y 1934 cuando el Rosales manifestó una leve recuperación en sus ingresos, aunque no alcanzó las cifras de 1930. Incluso, si se observan las finanzas de todos los centros hospitalarios del país durante 1934 y se vuelve a tomar como año de referencia 1930, se puede apreciar que 13 de los 17 que existían a nivel nacional disminuyeron sus ingresos, siendo los hospitales de Sonsonate, Santiago de María y Cojutepeque los que se encontraban en la situación más grave.

Fue en ese contexto de dificultades financieras en los hospitales salvadoreños que surgió, en marzo de 1933, la Junta Central de

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

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

[102] «El hospital se considera salvado de la penuria», *Diario Latino*, 14 de junio de 1932, 1.

[103] «El Gobierno y la sociedad dan efectiva ayuda al hospital», *Diario Latino*, 1 de julio de 1932, 5.

[104] Salvador Castaneda Castro, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 45, 23 de febrero de 1933, 381.

Beneficencia. Esta instancia, creada por el gobierno del general Hernández Martínez, tuvo como objetivo 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 buscar los mejores precios para los servicios y productos que necesitaran los nosocomios del país, así como autorizar las compras públicas que solicitaran sus directores.[105] 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 representación de la Iglesia católica, por medio del arzobispo de San Salvador.[106]

El 7 de julio de 1933, el general Maximiliano H. Martínez externó a los miembros de esta junta que su gobierno tenía el propósito de alentar «toda iniciativa» dirigida al «mejoramiento de las condiciones de vida de los menesterosos» que acudían a los hospitales públicos «en demanda de auxilio».[107] En esa ocasión, el general plateó la idea de mejorar el circuito de teatros con el objetivo de proyectar películas de manera masiva y generar así rentas a favor de las dependencias del Ramo de Beneficencia. Pocos días después, por disposición legislativa,[108] todos los teatros nacionales pasaron a ser administrados por la Junta Central de Beneficencia, por lo que esta instancia comenzó a contribuir al financiamiento de los hospitales públicos mediante el 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 1933.[109]

[105] «Ministerio General», *Diario Oficial*, núm. 54, 6 de marzo de 1933, 521-522.

[106] José Lázaro Arévalo, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1934, 448.

[107] José Lázaro Arévalo, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1934, 448.

[108] «Decreto 133», *Diario Oficial*, núm. 168, 28 de julio de 1933, 1606.

[109] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial,* núm. 43, 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 convirtieron en salas de cine que contribuían al sostenimiento económico de los hospitales.[110] En 1935, la demanda aumentó en la capital y se tuvo que abrir un segundo cine. Esto último complació al ministro de Gobernación, general José Tomás Calderón, quien 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; la propuesta inició en 1933 con una inversión de 50 000 colones, para alcanzar en 1935 la cantidad de 121 861.94 colones.[111] Sin embargo, esta última cifra solo cubría 18 % de los ingresos de los hospitales públicos del país.

Como parte de sus atribuciones relacionadas con mejorar la administración de los fondos del Ramo de Beneficencia, la Junta Central de Beneficencia autorizaba la entrega de recursos a los hospitales, asilos, orfanatos, etc., una atribución que evidenció cómo la Junta se convirtió en una intermediaria entre las fuentes de financiamiento y los hospitales que solicitaban dinero. Es significativo que los fondos provenientes de la hacienda pública y de la filantropía debían contar primero con el visto bueno de esta Junta antes de ser entregados a los hospitales públicos.[112] Posteriormente, en 1939 una reforma de la hacienda pública estipuló que el financiamiento de los hospitales se canalizaría por medio del Servicio Nacional de Tesorería,[113] pero se reafirmó que el Circuito de Teatros Nacionales continuaría siendo una fuente de ingresos para los nosocomios

[110] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 43, 21 de febrero de 1935, 474.

[111] José Tomás Calderón, «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad», *Diario Oficial*, núm. 58, 10 de marzo de 1936, 688.

[112] José Tomás Calderón «Memoria de los actos del poder ejecutivo», 686-687.

[113] José Tomás Calderón «Memoria en los ramos de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Trabajo y Asistencia Social», *Diario Oficial*, núm. 61, 13 de marzo de 1940, 975.

de manera autónoma.[114] 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 oportunidades de todo orden con tal fin, para lo cual ha sesionado con la periodicidad reglamentaría, conociendo de gran número de asuntos y acordando en cada caso la solución más apropiada.[115]

Frente a lo antes referido sobre los hospitales durante el martinato surge el cuestionamiento: ¿cuál fue el comportamiento de las finanzas de los hospitales públicos entre 1932 y 1944? Parte de la respuesta a esta pregunta puede observarse en los ingresos de los hospitales públicos entre 1930 y 1934, cuando se aprecia un descenso debido a la crisis económica del periodo. Ahora bien, los datos del gasto total del Ramo de Beneficencia durante el martinato arrojan otros elementos interesantes. Por ejemplo, esta instancia sufrió reducciones en su capacidad de gasto como consecuencia de la crisis económica mencionada, siendo 1940 el año más drástico de todos, algo que también se observó en otras dependencias. Realicemos un ejercicio comparativo con dos de los ministerios que habitualmente recibían más fondos del presupuesto nacional. En el cuadro 2.4 puede apreciarse que las instancias de Beneficencia, Guerra y Gobernación experimentaron reducciones en su capacidad de gasto entre 1930 y 1942; no obstante, de estas tres, la que se vio más afectada fue la de Beneficencia, en la que se observan las variaciones porcentuales en negativo más severas.

[114] «Decreto 45», *Diario Oficial*, núm. 98, 9 de mayo de 1939, 1265.

[115] Rodolfo Víctor Morales, «Actuación del poder ejecutivo en las carteras de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura y Asistencia Social», *Diario Oficial*, núm. 77, 2 de abril de 1943, 977.

Cuadro 2.4. 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 con base en Knut Walter, *Las políticas culturales del Estado salvadoreño 1900-2012* (San Salvador: AccesArte, 2014), 58-59 y 68.

Otra deducción que puede desprenderse del cuadro 2.4 corresponde a las notables diferencias entre los montos asignados para el gasto de los ramos de Beneficencia, Guerra y Gobernación. Sin embargo, estas diferencias no constituían ninguna novedad al momento de repartir los recursos de la hacienda pública. Por ejemplo, durante el periodo comprendido entre 1897 y 1942 el promedio de gasto del ramo de Guerra fue de 21.46 % del total de los presupuestos nacionales, mientras que el gasto promedio del Ministerio de Gobernación fue de 15.41 %. Sin embargo, el caso del Ramo de Beneficencia fue diametralmente opuesto, ya que durante el mismo periodo promedió apenas 3.57 %.[116]

Dicho lo anterior, surge una nueva pregunta: ¿por qué se gastó menos en el Ramo de Beneficencia durante el periodo 1897-1942? Considero que, mientras no existió un ministerio especializado en salud pública, la inversión en el Ramo de Beneficencia se mantuvo por debajo de otras

[116] Knut Walter, *Las políticas culturales del Estado salvadoreño 1900-2012* (San Salvador: AccesArte, 2014), 28-68. Se obtuvieron estos cálculos con base en los datos proporcionados por Walter.

carteras de Estado que sí tenían rango ministerial. Sin embargo, la situación cambió a partir de finales de la década de 1940 con la creación y puesta en marcha del Ministerio de Salud Pública, pues se rompió con los bajos niveles de inversión que mostró la cartera de Beneficencia durante la primera mitad del siglo xx.[117] En cuanto al Ministerio de Salud Pública, debe tenerse presente que se creó entre las décadas de 1950 y 1960, cuando la economía salvadoreña creció de manera positiva y alcanzó cifras récord que marcaron un antecedente importante para la historia económica de la segunda mitad del siglo xx.[118] Esto permitió una mayor disponibilidad de «ingresos fiscales» para que el Estado salvadoreño elevara la inversión social.[119]

Ante la continuidad de bajas inversiones en el Ramo de Beneficencia durante el martinato es pertinente preguntarse en qué condiciones quedaron los hospitales. Un diagnóstico realizado a finales de la década de 1940 ofrece la radiografía más cercana con la que se cuenta para afirmar que los hospitales que dejó este periodo se encontraban en condiciones deficientes. El diagnóstico lo realizó el consultor internacional Herman Grimmer, y es uno de los documentos que permite sostener que la salud pública salvadoreña no alcanzó en esa época el cometido de lograr «un pueblo sano, saludable y fuerte»,[120] tal como se lo había propuesto el martinato al inicio. Grimmer estimó que 1.3 millones de salvadoreños, de los 1.8 millones que componían la población del país, quedaban fuera del radio de acción de los hospitales públicos. Este consultor argumentó que por lo menos cinco de los 23 hospitales[121] públicos no cumplían con los requerimientos para ser considerados como tales. Incluso, puso en consideración los aspectos administrativos y organizativos del Rosales,

[117] Morales, «Opinión pública y salud», 94; PNUD. *Informe sobre desarrollo humano El Salvador 2013* (San Salvador: Impresos Múltiples, 2013), 77.

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

[119] Turcios, *Autoritarismo y modernización*, 84.

[120] «Campaña de mejoramiento rural», *La República*, 10 de agosto de 1934, 1.

[121] Se incluyen los 20 hospitales públicos más los hospitales especializados, como el Bloom, el Militar y el de Tuberculosos.

que contaba con la mayor capacidad de atención en el país. En conclusión, Grimmer resaltó que continuaban las carencias en los servicios hospitalarios y que, según su criterio, el Bloom era el único que cumplía con los estándares requeridos.[122]

Para concluir, me he cuestionado en repetidas ocasiones cuál pudo haber sido la principal causa de la baja inversión que recibió el Ramo de Beneficencia en la primera mitad del siglo XX y, al mismo tiempo, cuál pudo haber sido la participación de la filantropía. Tras revisar diversos documentos, concluí que la lenta construcción del hospital de Santa Ana es el ejemplo que mejor refleja el proceso. Este hospital se comenzó a construir en 1929 y contó desde un inicio con el apoyo de la filantropía. Finalmente, se terminó de edificar en 1949. Así lo narró la prensa en octubre de ese año:

> 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 salvadoreña.[123]

[122] Herman Grimmer, «Programa nacional de hospitales generales en El Salvador», *Archivos del Colegio Médico*, núm. 4 (1950), 201-207.

[123] «Inauguración de NVO. Hospital de Santa Ana», *El Diario de Hoy*, 20 de octubre de 1949, 3.

Imagen: Clínica asistencial de Jayaque, paciente esperando consulta médica. Imagen de Ernesto Lima, publicada en su tesis *Informe de la labor desarrollada como médico rural en la ciudad de Jayaque departamento de La Libertad del 1o. de enero al 30 de junio de 1951* (San Salvador: Universidad de El Salvador, 1951). https://harvester.ues.edu.sv/vufind/Record/68918?sid=10696766

Capítulo 3. 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…
>
> Theodore Sturgeon[1]

A lo largo de este capítulo pretendo rastrear el proceso de creación y funcionamiento del sistema de salud pública de El Salvador en sus primeros años, manteniendo el hilo conductor y metodológico de los capítulos anteriores para dar continuidad al recorrido analítico por las instancias de este ramo. La reflexión está orientada a sustentar el siguiente planteamiento: El Salvador comenzó a construir un sistema de salud pública, de manera gradual, en la década de 1950. La periodización se justifica metodológicamente porque en 1950 surgió el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El primer apartado se orienta a contextualizar el surgimiento del Ministerio de Salud, al mismo tiempo que se desarrollaba la revolución de 1948. En este sentido, el ministerio se estableció en el momento en que se configuraba el nuevo Estado salvadoreño, que destacó por su carácter intervencionista en los ámbitos social y económico. Todo ello fue producto de la nueva Constitución, que amplió el papel social del Estado. Asimismo, el apartado proporciona información sobre el contexto internacional, necesaria para entender el entorno en que surgió el ministerio.

[1] Theodore Sturgeon, *Más que humano* (México: FCE, 2020).

Posteriormente, presento el punto de partida del proceso de construcción del sistema de salud pública. En este apartado se retrata la situación de los servicios de salud a principios de la década de 1950 y se expone la propuesta de sistema de salud pública de cuatro niveles que fue del conocimiento del Ministro de Salud, en 1950.

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»[2]

El 14 de diciembre de 1948, un movimiento cívico-militar irrumpió en la escena política mediante un golpe de Estado. De manera inmediata, en ese evento —también llamado Golpe de los Mayores— fue destituido el general Salvador Castaneda Castro (1945-1948), y sus pretensiones reeleccionistas quedaron truncadas. El liderazgo golpista partió de militares jóvenes que habían renovado el mando castrense y de civiles con 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».[3] La conducción inicial del poder se ejerció bajo la figura de un Consejo de Gobierno Revolucionario (CGR) que estaba compuesto por militares y civiles, lo cual era una novedad en la historia política del país. Los integrantes de este consejo fueron el teniente coronel Manuel de J. Córdova y los mayores Óscar Osorio y Óscar Bolaños; a ellos se sumaron los doctores Humberto Costa y Reynaldo Galindo Pohl. Con el transcurrir de los días, el mayor Óscar Osorio «se constituyó en la figura dirigente dentro del Consejo».[4]

[2] Fragmento del artículo 2 de la Constitución de El Salvador de 1950.

[3] Turcios, *Autoritarismo y modernización*, 29-33.

[4] Cáceres Prendes, Guidos Béjar y Menjívar Larín, *El Salvador una historia sin lecciones*, 89-91.

A largo plazo, el golpe de 1948 marcó el inicio de un proceso político que, de forma gradual, generó cambios institucionales que apuntaron al establecimiento de un Estado intervencionista, algo sin precedentes en El Salvador. Esta forma de concebir el Estado perduró hasta finales de la década de 1970.[5] El Estado interventor que promovieron los golpistas de 1948 se caracterizó por la adopción de una «estrategia de desarrollo» que buscaba modernizar la economía e incrementar el gasto social.[6] Esto propició en las décadas de 1950 y 1960 la creación de «las primeras políticas sociales de Estado realmente funcionales», las cuales contaron con un financiamiento que aumentó progresivamente en esos años.[7] Por ejemplo, en El Salvador el gasto público en salud y educación pasó de 28 % a 43.8 % entre 1951 y 1973.[8]

El carácter social que se pretendió dar a la revolución de 1948 se percibió ya en los primeros pronunciamientos públicos. Por ejemplo, en la proclama del 25 de diciembre de 1948, que incluía 14 puntos, se determinó que era necesario mejorar las condiciones «de vida de los salvadoreños» a través del crecimiento productivo y «la justicia social».[9] El 11 de mayo de 1950, el doctor Reynaldo Galindo Pohl pronunció el discurso inaugural de la Asamblea Constituyente en el que apuntó 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

[5] 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 pueden apreciarse algunos rasgos mínimos de intervención. Véase Cáceres Prendes, Guidos Béjar y Menjívar Larín, *El Salvador una historia sin lecciones*, 19, 141-143.

[6] Turcios, *Autoritarismo y modernización*, 77-86.

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

[8] PNUD. *Informe sobre desarrollo humano*, 85.

[9] «Proclama del 25 de diciembre de 1948», en Cáceres Prendes, Guidos Béjar y Menjívar Larín, *El Salvador una historia sin lecciones*, 115-116.

instituciones».[10] Esta cita de Galindo Pohl sintetiza muy bien el ideario de la revolución de 1948: armonizar la modernización económica con la justicia social. Incluso, en las reflexiones que contenía el proyecto de la nueva Constitución de 1950 se planteaba que debía complementar la formalidad de los derechos con la obligatoriedad del Estado de «asegurar» los derechos de carácter social.[11] 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 al materializar sus concepciones económicas y sociales, que estaban vinculadas al intervencionismo estatal. En otras palabras, fue el punto de partida para el surgimiento de un Estado intervencionista, con lo que se abandonó la doctrina liberal que había estado presente en los ordenamientos constitucionales desde el siglo XIX.[12] Los análisis jurídicos sobre el artículo 2º de esta nueva constitución han coincidido en que este instrumento definió el carácter interventor del nuevo Estado salvadoreño que actuaría en los ámbitos económico y social.[13] Específicamente, el precepto definió la salud como un derecho que el Estado debía garantizar a toda la ciudadanía. Significó también un cambio conceptual significativo, porque se dejaba atrás la vieja idea de que los servicios de salud eran favores caritativos que el Estado o las asociaciones filantrópicas brindaban a los pobres.[14]

En paralelo a la emergencia del Estado intervencionista surgió una nueva institución, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas), que debía asegurar el cumplimiento del derecho a la salud de la población salvadoreña, como quedó estipulado en la nueva Constitución de 1950. Por esa razón, considero que fue tras el establecimiento del

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

[11] «Proyecto de Constitución Política», en Asamblea Constituyente, *Documentos históricos*, 40-41.

[12] Turcios, *Autoritarismo y modernización*, 33 y 78-79.

[13] «Proyecto de Constitución Política», en Asamblea Constituyente, *Documentos históricos*, 40-41; Turcios, *Autoritarismo y modernización*, 33-34.

[14] Alvarenga Venutolo, «Los marginados en la construcción», 8-9.

Mspas, en 1950, cuando inició el proceso para crear el sistema de salud pública de El Salvador. Las dos instituciones analizadas en los capítulos anteriores, la Dirección General de Sanidad (DGS) y el Ramo de Beneficencia, fueron la base para crear este nuevo ministerio, el cual desarrolló su trayectoria institucional a lo largo de las décadas de 1950 y 1960 al ritmo de los vaivenes del nuevo proyecto modernizante: cambios institucionales, más inversión en políticas sociales, cooperación internacional, un Estado más interventor en la economía y continuidad de las prácticas autoritarias.

Dos años antes de la revolución de 1948, el gobierno de Salvador Castaneda Castro había creado el Ministerio de Asistencia Social (MAS),[15] el cual constituyó el primer paso para unificar la DGS y el Ramo de Beneficencia en una sola institución con rango ministerial para asumir la salud pública en el país. Sin embargo, la expresión «asistencia social» aún remitía al concepto de salud como favor caritativo hacia los «menesterosos» de la sociedad, tal como lo había planteado el martinato en sus últimos años.[16] Sin embargo, esta idea cambió sustancialmente con los gobiernos prudistas,[17] que en realidad fueron los que desarrollaron en primer lugar el Ministerio de Salud, introdujeron la noción de salud como un derecho e incrementaron los fondos para salud pública.

El 10 de marzo de 1950 entró en vigor el decreto 521, mediante el cual se reformó el Ministerio de Asistencia Social y se cambió su nombre por el de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas).[18]

[15] «Decreto número 134», *Diario Oficial*, núm. 234, 22 de octubre de 1946, 3390.

[16] José Tomás Calderón, «Memoria de los ramos de Gobernación, Fomento, Agricultura, Trabajo y Asistencia Social», *Diario Oficial*, núm. 61, 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*.

[17] Los llamados gobiernos prudistas fueron los dos liderados por el Partido Revolucionario de Unificación Democrática que gobernaron en El Salvador durante la década de 1950, los cuales contaban con un ideario de modernización de la economía y el Estado.

[18] «Decreto 521», *Diario Oficial*, núm. 57, 10 de marzo de 1950, 862.

Conceptualmente esto significó un cambio importante, ya que la categoría de «salud pública» ampliaba el horizonte de trabajo sobre salud y marcaba distancia con las anteriores concepciones, según las cuales los hospitales públicos se consideraban como centros de caridad o filantropía. Con los prudistas en el gobierno, el Mspas comenzó a operar bajo el mandato de asumir la salud como un derecho social consagrado en la Constitución de 1950. Otro avance sustantivo en esa época fue el incremento paulatino del presupuesto destinado a salud pública, pues en el periodo comprendido entre 1950 y 1959 el presupuesto del Mspas creció de 2 700 000 a 18 054 747 colones.[19]

Desde una perspectiva comparada, la fundación del Mspas en El Salvador se enmarca en el contexto de la creación de otros ministerios que surgieron durante la década de 1940 en varios países de Centroamérica.[20] En otro plano de contraste, en El Salvador se creó el Mspas cuatro décadas después de la fundación del primer ministerio de salud pública en Latinoamérica, que databa de 1902.[21] Ahora bien, ¿qué factores internacionales influyeron en el establecimiento de este ministerio en El Salvador? Considero que fueron tres los que permiten comprender el contexto en que surgió el Mspas: *1*) un panorama mundial que establecía la salud como un derecho humano, al mismo tiempo que se creaba una nueva instancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS); *2*) la polarización ideológica en la OMS durante la Guerra Fría; y *3*) la influencia de las teorías desarrollistas en el interior de la OMS.

En relación con el primer factor, durante la posguerra mundial se abrió la posibilidad de concebir la salud como un derecho humano y de reconocer su dimensión como un fenómeno de alcance mundial.[22] Tan-

[19] Morales, «Opinión pública y salud», 94.

[20] Palmer, «Esbozo histórico», 69. Costa Rica es una excepción en Centroamérica, pues desde 1927 contaba con un Ministerio de Salud Pública.

[21] Enrique Saforcada, «Los paradigmas de la salud pública: el paradigma multidisciplinar de la salud comunitaria de nuestra América» (conferencia pronunciada en el Cesmeca-Unicach, 30 de mayo de 2019).

[22] Carlos Bustíos, «La salud pública al final del siglo xx», Anales de la Facultad de Medicina, núm. 4 (1998), 5.

to en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 como en el documento de fundación de la OMS, que entró en vigor en abril de 1948, se estableció la salud como un derecho humano. Posteriormente, en junio de ese mismo año, por vez primera se reunió la Asamblea Mundial de la Salud. En ese panorama, en poco tiempo la OMS se volvió el nuevo referente de la salud internacional porque absorbió o cooperó con las antiguas instancias que habían velado por la salud en el mundo. Durante su primera etapa entre 1949 y 1956, la OMS en alguna medida se replegó a las disposiciones de la política exterior de Estados Unidos. Por su parte, la Unión Soviética, que se retiró del organismo de manera temporal, cuestionó el sesgo proestadounidense que este había adquirido.[23]

Con respecto al segundo factor, puede afirmarse que la primera etapa de la OMS fue el reflejo del contexto ideológico polarizado que configuró la Guerra Fría. Precisamente, los programas de salud que desarrolló la OMS en esos primeros años no estuvieron exentos de un enfoque de polarización ideológica. Durante la primera mitad de la década de 1950, este organismo internacional, con mayor influencia de Estados Unidos y sin la participación de la Unión Soviética, concibió que era necesario ofrecer una solución simultánea a los problemas relacionados con la salud y la economía de los países periféricos; al mismo tiempo, se perseguía 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 mediados de la década de 1950 fue concebida como un catalizador para dinamizar la economía y abrir nuevos mercados, a la vez que se pretendía frenar cualquier injerencia que mostrara visos de comunismo. Bajo este enfoque, la OMS se consideró como un organismo determinante para emprender la tarea de «controlar las principales enfermedades epidémicas del mundo».[24]

[23] 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: IEP Ediciones, 2006), 74-80.

[24] Brown, Cueto y Fee, «La Organización Mundial de la Salud», 80-81.

En cuanto al tercer factor, puede asegurarse que las teorías desarrollistas influyeron en una incipiente OMS y en sus programas. Por esta razón, los proyectos de este organismo siguieron un esquema de cooperación vertical, según el cual un reducido «grupo de expertos» tomaba las decisiones sin involucrar a la población.[25] Esto se encontraba muy en sintonía con los planteamientos de modernización de W. W. Rostow, quien se dio a conocer en la década de 1960. Este teórico sostenía que los países ricos debían aportar recursos a las naciones consideradas atrasadas[26] o que se encontraban en una etapa de crecimiento inferior.[27] Sugería una fórmula que consistía en que los países ricos transfirieran recursos financieros y técnicos a los países subdesarrollados, al mismo tiempo que se le disputaba el campo ideológico a la Unión Soviética.[28]

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

Como adelanté, en la Constitución salvadoreña de 1950 se reconoció por vez primera el derecho a la salud,[29] algo que se inscribía en el marco de una tendencia internacional. Esto puede constatarse si se analizan los actores sociales que asesoraron en la redacción de la nueva Constitución, algunos de ellos integrantes del Colegio Médico de El Salvador, quienes partieron de la idea rectora mencionada, es decir, de definir la salud

[25] Brown, Cueto y Fee, «La Organización Mundial de la Salud», 81.

[26] W. W. Rostow, *Las etapas del crecimiento económico un manifiesto no comunista* (México: FCE, 1970), 196.

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

[28] Héctor Lindo Fuentes y Erik Ching, *Modernización, autoritarismo y Guerra Fría* (San Salvador: uca Editores, 2017), 32.

[29] Asamblea Nacional Constituyente, Constitución política de El Salvador de 1950. Decreto núm. 14 (El Salvador: Asamblea Nacional Constituyente, 1950).

como un derecho reconocido universalmente,[30] en buena medida porque estaban al tanto de los cambios internacionales promovidos por la OMS, como puede deducirse de lo publicado en su revista médica.[31]

El enfoque promovido por la OMS, orientado a brindar soluciones a los problemas económicos y sanitarios de forma simultánea, fue incluido en la narrativa oficial del primer gobierno del PRUD. Por ejemplo, con motivo de su primer año de gobierno, el presidente Óscar 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 la población. 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 hace referencia a una línea discursiva sostenida.[32] Incluso, en un acuerdo de asistencia técnica que suscribieron en 1951 el gobierno de El Salvador y la OMS 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 social.[33]

[30] Colegio Médico de El Salvador, «La medicina y la nueva constitución política», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 2 (1949), 133; «Acuerdos y recomendaciones del Segundo Congreso Medico-Social Panamericano», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 3 (1949), 208.

[31] Juan Allwood Paredes, «Organismos médicos internacionales», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1949), 269-271.

[32] Óscar Osorio, «Boletines de la secretaria de información», *Diario Oficial*, núm. 183, 3 de octubre de 1951, 6036

[33] «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, núm. 113, 19 de junio de 1951, 3777.

La relación entre el desarrollo económico y las condiciones deficitarias de salud de la población estaba muy clara para el jesuita Basiliano Muruzábal, quien en 1949 había publicado en la revista ECA. *Estudios Centroamericanos* 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 «míseros cuartuchos» desde los cuales veían «levantarse almacenes y tiendas fantásticas para la exhibición del lujo y la opulencia».[34] En este ambiente de contrastes, a Muruzábal le preocupaba mucho que «los propagandistas del comunismo» tratasen de «imponer su materialismo» y «la dictadura roja».[35] Al margen de este fantasma del comunismo, la realidad era que en El Salvador todavía a inicios de la década de 1950 existían serios problemas de salud. Por ejemplo, la esperanza de vida rozaba apenas los 42.89 años[36] y las dos principales causas de muerte en el país seguían siendo la gastroenteritis y el paludismo, dos enfermedades que en principio eran prevenibles si se cuidaban las condiciones sanitarias del entorno.[37]

En 1951, la OMS inició en El Salvador un proyecto emblemático que denominó Área de Demostración Sanitaria (ADS), el cual en ese momento era único en Latinoamérica y tenía como objetivos el establecimiento de servicios de salud pública en el área rural que abarcaran una población estimada de 100 000 personas y, al mismo tiempo, el desarrollo de procesos formativos dirigidos al personal sanitario.[38] En el primer año de operaciones del proyecto la OMS asumió la responsabilidad de desembolsar un monto máximo de 151 000 dólares. Por su parte, el gobierno salvadoreño, a través del Mspas, se comprometió a recibir el asesoramiento de

[34] Basiliano Muruzábal S.J, «El mesón, cáncer gangrenoso de la ciudad», ECA. *Estudios Centroamericanos*, núm. 33 (1949), 1171.

[35] Basiliano Muruzábal S.J., «A los que gobiernan. ¿Quiénes tienen la culpa?», ECA. *Estudios Centroamericanos*, núm. 28 (1949), 833.

[36] Ministerio de Economía, El Salvador: fuentes de datos, 24

[37] Morales, «*Opinión pública y salud*», 93.

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

los expertos de la OMS por el periodo de cinco años que duraría el proyecto. Esto último permite deducir que, desde su etapa inicial, el Mspas recibió la influencia directa del organismo internacional, que estaba interesado en promover el derecho humano a la salud en el mundo. Si bien el Estado salvadoreño asumió el derecho a la salud a partir de la Constitución de 1950, con la implementación del ADS revalidaba este compromiso, pero en el marco de un acuerdo de cooperación internacional.[39] Esto indica que asumir la salud como un derecho no dependió solo de factores nacionales. En este punto, es importante destacar que los revolucionarios de 1948 se interesaron desde el inicio en atraer cooperación y expertos internacionales que contribuyeran en la gestión de los problemas sociales en El Salvador.[40]

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 imprimir a su estilo de gobernar debía traducirse en apuestas concretas. En ese sentido, la creación del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), en 1949, era un proyecto con metas ambiciosas en materia de salud pública y derechos laborales. Sus creadores definieron que la prioridad sería la inscripción de todos los trabajadores que formaban parte de la base productiva y, a largo plazo, se esperaba que el instituto brindara servicios médicos, subsidios y pensiones a estos trabajadores. El Consejo de Gobierno Revolucionario (CGR) tenía claro que los objetivos del ISSS debían implementarse bajo una lógica de gradualidad y en coordinación con los servicios de salud pública preexistentes en el país. Esto último es un primer ejemplo del interés por articular una lógica de sistema de salud pública en El Salvador.[41]

[39] «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, núm. 113, 19 de junio de 1951, 3776-3780.

[40] Lindo Fuentes y Ching, *Modernización, autoritarismo y Guerra Fría*, 31.

[41] «Decreto 329», *Diario Oficial*, núm. 215, 30 de septiembre de 1949, 3404-3408.

A inicios de enero de 1950, el CGR reconoció que en el país era necesario «liquidar el analfabetismo, la miseria, las enfermedades endémicas y epidémicas» del territorio.[42] Esta sentencia no era para menos, si se tiene presente que las principales causas de muerte durante la década de 1950 estuvieron muy asociadas con enfermedades como el paludismo y la gastroenteritis, que tenían un comportamiento endémico, pero que podían reducir su incidencia si se trataban los factores medioambientales. Sin embargo, esta urgencia del CGR por contrarrestar las enfermedades consideradas endémicas no tenía nada de nuevo en el país, pues 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 el territorio nacional. Lo que cambió en 1950 fue la disposición del Estado para concebir la salud como un derecho, lo cual implicaría cambios institucionales. En ese contexto, todas las dependencias del Mspas —los hospitales y la DGS— atravesaron por un proceso de reorganización del personal como consecuencia de una serie de acuerdos ministeriales.[43]

Ahora bien, en 1950 ¿con qué capacidad expresada en clínicas, hospitales y médicos contaba este ministerio para establecer el sistema de salud pública? El Mspas inició el trayecto hacia la conformación de un sistema de salud pública al sumar la capacidad preinstalada de la antigua DGS —que en ese momento funcionaba como una dependencia a su cargo—, la cual consistía en 33 unidades que proporcionaban servicios básicos de atención médica.

Estas 33 unidades de salud pública estaban divididas en tres niveles de atención según la cantidad de personal y de servicios disponibles al público. El primer nivel lo constituían 23 unidades que se ubicaban

[42] «Mensaje del Consejo de Gobierno al pueblo salvadoreño con motivo del año nuevo», *Diario Oficial*, núm. 1, 3 de enero de 1950, 1-2.

[43] «Acuerdo 8», *Diario Oficial*, núm. 14, 19 de enero de 1950, 164; «Acuerdo 21», *Diario Oficial*, núm. 24, 31 de enero de 1950, 305-309; «Acuerdos 69 y 78», *Diario Oficial*, núm. 36, 14 de febrero de 1950, 547-548. «Acuerdo 105», *Diario Oficial*, núm. 45, 24 de febrero de 1950, 683; «Acuerdo 125», *Diario Oficial*, núm. 53, 6 de marzo de 1950, 807; «Acuerdo 248», *Diario Oficial*, núm. 61, 15 de marzo de 1950, 991.

principalmente en municipios de menor tamaño que las cabeceras departamentales y poseían un personal básico compuesto por un médico, un auxiliar, una secretaria y un ordenanza. El segundo nivel estaba integrado por tres unidades de salud situadas en cabeceras departamentales que contaban con un personal no mayor a ocho personas, que podía incluir técnicos de laboratorio y un máximo de tres médicos. Finalmente, el tercer nivel lo componían siete centros de salud con un personal que oscilaba entre 13 y 29 personas; sus unidades contaban con una mayor cantidad de médicos generales y disponían de dentistas, radiólogos y laboratoristas. Un aspecto importante del tercer nivel es que sus centros de salud se encontraban en las principales ciudades del país, tres de ellos en la capital.[44]

Antes de proseguir, es importante hacer una precisión conceptual con respecto a estas 33 unidades de salud pública. Independientemente del tamaño y del desarrollo material de los municipios donde se encontraran, estos centros se ubicaban en lo que se conocía como cascos urbanos, los cuales se entendían como los principales núcleos de población de los municipios, que contaban con los edificios públicos más importantes y constituían un conjunto continuo de viviendas, a diferencia de la dispersión de casas que caracterizaba a los cantones o caseríos. En ese sentido, estas 33 unidades deben considerarse como urbanas.[45]

Por su parte, el extinto Ramo de Beneficencia transfirió en herencia al Mspas 21 sanatorios que se hallaban diseminados en todo el país y que apenas habían experimentado cambios durante la primera mitad del siglo XX, cuando estaban bajo su administración, con un número que había oscilado entre 18 y 21.[46] El principal centro de salud en 1950 seguía siendo el capitalino hospital Rosales debido a que contaba con mayor cantidad de recursos humanos y más capacidad de atención. El segundo

[44] «Acuerdo 21», *Diario Oficial*, núm. 24, 31 de enero de 1950, 307-309.

[45] 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.

[46] Véanse los apéndices 2 al 6 y el cuadro 2.3 del capítulo dos; a la lista mencionada se deben añadir los hospitales Bloom, psiquiátrico y de tuberculosis.

lugar lo ocupaba el hospital de Santa Ana. La importancia de ambos nosocomios no era nada nuevo, pues se reconocían como los principales centros desde principios del siglo XX. A estos le seguían los demás, que contaban con menos capacidad de atención y se ubicaban en las otras cabeceras departamentales o en ciudades intermedias.[47]

En 1950, el Mspas apenas disponía de 257 médicos activos en todo el país, mientras que la población salvadoreña ya ascendía a 1 855 917 personas. Esto que significaba un médico por cada 7 221 habitantes situaba a El Salvador en niveles preocupantes, pues los países mejor posicionados de Latinoamérica contaban con un médico por cada 840 habitantes.[48] El escenario era aún más grave en las zonas rurales, si se toma en cuenta que 146 de los 257 médicos se concentraban en la ciudad de San Salvador.[49] Desde cualquier punto que se observara, la disponibilidad de galenos era insuficiente para cubrir la demanda de una población que aumentaba a un ritmo sostenido. Esto lo confirmó un diagnóstico sobre servicios de salud que el presidente Óscar Osorio recibió de Ibec Housing Corporation (IHC) al inicio de su mandato. Según esta consultora, El Salvador debía poseer un contingente aproximado de 800 médicos para atender a su población.[50] La preocupación por incrementar el número de médicos en proporción al crecimiento poblacional fue un asunto de interés común para la Universidad de El Salvador y para el gobierno a partir de mediados de la década de los cincuenta, aspecto que trataré en el capítulo cinco.

[47] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 200-214. Tomo los datos del cuadro 2, y añado los hospitales de psiquiatría y tuberculosis. Excluyo al hospital militar porque no era de carácter público. No incluyo el establecimiento de Ilobasco por tratarse de una clínica.

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

[49] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 214.

[50] «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York. Para deducir la cifra aproximada de 800 médicos tomo como base el dato de 257 médicos que presentó Grimmer y lo multiplico por tres, como lo sugirió la consultora IHC.

Por otra parte, la eficiencia de los servicios del Mspas fue cuestionada desde un inicio. Por ejemplo, como se mencionó previamente, en diciembre de 1950 se publicaron los resultados de una consultoría internacional que evaluó el funcionamiento de los hospitales públicos del país realizada por Herman Grimmer, un consultor del Instituto de Asuntos Interamericanos.[51] Grimmer fue tajante al afirmar que, de todos los hospitales existentes en El Salvador, solo el Bloom, al que calificaba como el «más moderno», estaba bien dotado de materiales y tecnología médica. Asimismo, puso en entredicho si realmente el hospital más grande del país, el Rosales, contaba con una estructura organizativa adecuada,[52] y sostuvo que la mayoría de las áreas encargadas de la consulta externa en los hospitales públicos —sin incluir el Bloom— manifestaba deficiencias, por lo que la estructura hospitalaria contaba con «poca organización, dirección y una alarmante carencia de personal».[53] Grimmer explicó esto último 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

[51] El Instituto de Asuntos Interamericanos fue una agencia estadounidense que a partir de 1942 ejecutó proyectos de salud pública en los Estados de América Latina, en el contexto de la política internacional del «buen vecino» impulsada por Estados Unidos. Para profundizar al respecto véase: André Luiz Vieira de Campos, «The Institute of Inter-American Affairs and its Health Policies in Brazil during World War II», *Presidential Studies Quarterly*, núm. 3 (1998), 523.

[52] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 203-205.

[53] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 206.

> 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 bajo.[54]

El doctor José Pacheco Araujo, técnico de la DGS, complementó el diagnóstico hecho por Grimmer en un artículo sobre el funcionamiento de los servicios que brindaban tanto las 33 unidades de salud pública como los 21 hospitales públicos. Según Pacheco, «aproximadamente el 80 %» de las personas que fallecían en el país no recibían previamente «asistencia médica», un dato que le alarmó porque la estructura poblacional era mayoritariamente rural.[55] De hecho, el consultor Grimmer había hecho una estimación similar a la de Pacheco en relación con la cobertura efectiva de los hospitales públicos del país.[56] Evidentemente, las condiciones sociodemográficas que le preocuparon al doctor Pacheco contrastaban con unas unidades de salud y hospitales públicos que estaban asentados principalmente en los centros urbanos. Con seguridad, por estas razones el Colegio Médico de El Salvador exhortó a sus asociados a tomar muy en serio el hecho de que muchos de sus pacientes procedían de zonas rurales, lo cual implicaba realizar «grandes sacrificios» de movilidad para recibir atención médica en las ciudades.[57] De lo anterior puede concluirse que en 1950 los servicios de atención médica se caracterizaban por un marcado sesgo hacia su ubicación en el espacio urbano.

A propósito, en febrero de 1950, *La Prensa Gráfica* reprodujo las declaraciones que realizaron 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

[54] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 206-207. Incluyo la nota aclaratoria sobre el hospital Bloom porque así se entiende en el contexto del documento.

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

[56] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 201.

[57] Colegio Médico de El Salvador, «Editorial: función del médico en las consultas externas», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1958), 239.

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».[58] De hecho, la utilización de servicios médicos itinerantes fue una medida paliativa para tratar de contrarrestar el mencionado sesgo urbano. Por ejemplo, se adoptó el uso de cuatro unidades móviles, cada una provista con un médico, para que este se desplazara por los municipios circundantes a los principales centros urbanos de los departamentos de San Salvador y Sonsonate.[59]

1950 también fue un momento propicio para lanzar propuestas dirigidas a mejorar los servicios de salud en el país. En este sentido, 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, y para ello propuso la creación de un sistema hospitalario tripartito, el cual describiremos a continuación.

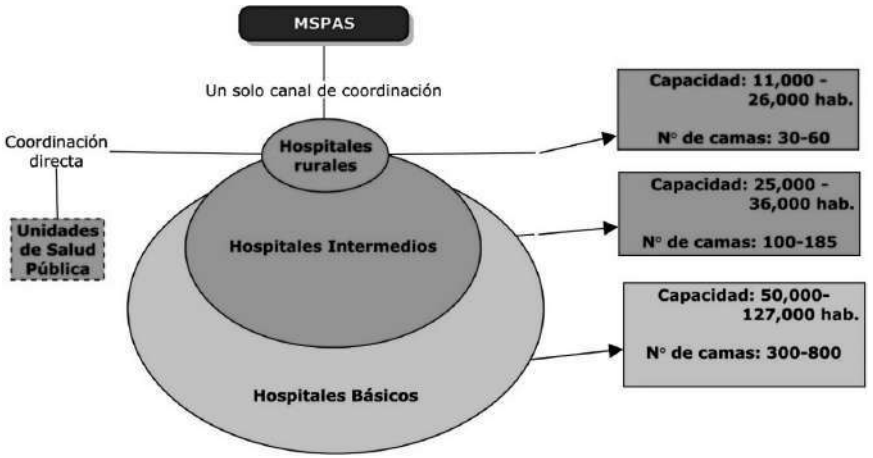
Planteó que debía haber un primer grupo de nosocomios, llamados «hospitales básicos», ubicados en las ciudades de San Salvador, Santa Ana y San Miguel. Cada uno podría funcionar con un rango de entre 300 y 800 camas y contaría con un mínimo de dos especialidades médicas para atender a poblaciones que oscilaban entre 50 000 y 127 000 personas. Además, operarían como centros de formación en diversas áreas de la medicina. El segundo grupo, integrado por los llamados «hospitales intermedios», lo constituirían los nosocomios de Ahuachapán, Sonsonate, Santa Tecla, San Vicente y Usulután; se proyectaba que funcionarían con un mínimo de 100 camas por hospital, estarían destinados para la atención de poblaciones no menores a 25 000 habitantes y tendrían que brindar condiciones para la formación de estudiantes de medicina. El último grupo, conformado por los denominados «hospitales rurales», estaría compuesto por los hospitales ubicados en los siguientes municipios: Metapán, Chalchuapa, Cojutepeque, Chalatenango, Zacatecoluca,

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

[59] «Acuerdo 21», *Diario Oficial*, núm. 24, 31 de enero de 1950, 309.

Sensuntepeque, Santiago de María, La Unión y Gotera. Estos contarían con menor capacidad de atención, pues cada uno tendría un máximo de 60 camas, y atenderían a poblaciones de entre 11 000 y 26 000 habitantes.[60]

Esquema 3.1. Propuesta de Grimmer para el sistema hospitalario, 1950



Fuente: elaboración propia con base en Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 208-211.

Cuando Grimmer planteó que los hospitales de El Salvador debían funcionar como un «sistema coordinado» no se refería solamente a unificar criterios y que todos los centros operaran con directrices comunes emanadas desde el Mspas, sino que amplió el concepto de sistema en el sentido de construir «una red de hospitales» que debían brindarse apoyos mutuos, principalmente en favor de aquellos de menor capacidad. Incluso, Grimmer propuso que las 33 unidades de salud pública que tenían 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 3.1.

[60] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 210-211.

Entre 1950 y 1951, tres hechos políticos 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 OMS, *2*) el plan de gobierno del presidente Óscar Osorio, donde definió la salud como una prioridad social, y *3*) el reconocimiento, por parte de las autoridades del Mspas, de la necesidad de establecer un sistema de hospitales públicos en el país.

En junio de 1950, el Estado salvadoreño aceptó ser miembro de la OMS,[61] lo que a futuro se tradujo en apoyos concretos a favor de la salud pública en el país. Por ejemplo, como producto de un convenio suscrito entre el Mspas y la OMS, en ese mismo mes de junio llegó una pequeña delegación de técnicos del organismo internacional con el objetivo de apoyar el programa gubernamental contra la tuberculosis durante 18 meses.[62] Al año siguiente, ambas instancias suscribieron otro convenio para instalar en el país el proyecto piloto del Área de Demostración Sanitaria (ADS), con el que se pretendía «organizar y desarrollar» los servicios de salud pública[63] en zonas rurales de los departamentos de San Salvador y La Libertad.[64] A largo plazo, el desarrollo del ADS daría un impulso importante al proceso de creación del sistema de salud pública. Debe recordarse que estos acuerdos entre la OMS y El Salvador estaban enmarcados en el contexto más amplio de la búsqueda de cooperación internacional, algo que gestionaron los dirigentes del golpe de Estado de 1948 desde sus primeros meses en el poder en diversas áreas socioeconómicas.[65]

Óscar Osorio fue investido presidente el 14 de septiembre de 1950 en el Estadio Nacional. 16 días después del acto de su toma de posesión se publicó en la *Revista del Ministerio del Interior* el plan de gobierno que pretendía ejecutar el PRUD. Una problemática social que figuraba en ese

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

[62] «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.

[63] «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, núm. 113, 19 de junio de 1951, 3776-3777.

[64] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 121-122.

[65] Lindo Fuentes y Ching, *Modernización, autoritarismo y Guerra Fría*, 31.

documento como urgente de resolver eran las deficiencias en materia de salud pública. El plan del PRUD partía de la premisa de que «un buen Gobierno en El Salvador» debía prestar atención «a los grandes problemas de salud pública» para darles solución. Para ello, en el documento se planteaba la realización de una ruta de trabajo que fuese alcanzable y en la que figuraran prioridades ante el acumulamiento histórico de problemas sanitarios. La prioridad que definió el PRUD consistió en intervenir la estructura organizativa que tenía a su cargo la salud pública en el país, y para ello se echaría mano de lo ya avanzado y se destinaría un presupuesto que permitiera «el desarrollo gradual pero constante de los programas» sanitarios.[66]

En diciembre de 1951, poco más de un año después de que el gobierno de Osorio publicara su plan de gobierno, el subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social, doctor 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. En su escrito sostenía como argumento central que los hospitales públicos nunca habían funcionado con la lógica de sistema, por lo que proponía intervenir en cuatro áreas elementales: administración, capacitación del personal técnico, infraestructura hospitalaria y suministros médicos. Si se trabajaban estas cuatro áreas, Cáceres consideraba que se podrían ejecutar las recomendaciones planteadas en los diagnósticos internacionales.[67] Seguramente, a uno de los diagnósticos que se estaba refiriendo el subsecretario era a la consultoría que había realizado dos años antes Grimmer, cuya propuesta principal era la estructuración de un sistema de salud pública en el país.

[66] PRUD, «Plan de gobierno», *Revista del Ministerio del Interior*, núm. 6 (1950), 60-61.

[67] Roberto Cáceres Bustamante, «Plan hospitalario de El Salvador», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1951).

Capítulo 4. El crecimiento de los servicios de salud pública

En 1970, las autoridades de El Salvador informaron a la OPS que la estructura de servicios sanitarios había logrado un incremento significativo, lo cual se presentó como la existencia de un sistema de salud. El interés planificador de los años sesenta, que surgió por la influencia de la Alianza para el Progreso, fue clave para concebir los servicios de salud salvadoreños como una totalidad. Aunque no se lograron superar los añejos problemas relacionados con la baja cobertura sanitaria, sí se propició una institucionalidad articulada, pues se contó con más recursos humanos y financieros, lo que marcaba cierta distancia frente a la primera mitad del siglo XX.

En el presente capítulo concluiré la argumentación sobre la existencia de un sistema de salud, el cual se había comenzado a construir a inicios de la década de 1950. Dedico un primer apartado al proyecto del Área de Demostración Sanitaria (ADS), en el cual se analiza cómo el Ministerio de Salud implementó una iniciativa piloto con enfoque de sistema en un radio de 12 municipios durante la década de 1950. Es importante destacar que el ADS de El Salvador fue el primer proyecto de este tipo que financió la OMS en Latinoamérica, y marcó un hito importante para la adopción de la lógica de sistema en los servicios de salud.

En el segundo apartado presto atención al crecimiento de los servicios de salud pública durante las décadas de 1950 y 1960. En él reviso

los aportes que hicieron los diferentes gobiernos para expandir estos servicios en todo el territorio nacional y las planificaciones realizadas, las cuales resultan relevantes para comprender las apuestas sanitarias. Finalmente, se contrastan las planificaciones con los resultados concretos.

Un proyecto piloto para El Salvador: el Área de Demostración Sanitaria

A finales de 1951, el subsecretario de Salud Pública y Asistencia Social, doctor Roberto Cáceres Bustamante, insistía en la necesidad de instalar un sistema de hospitales públicos.[1] Al mismo tiempo, había transcurrido poco más de un año desde que Óscar Osorio había 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, lo cual implicaba en buena medida la reorganización de 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 esta materia, y aseguraron 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 plantearon una ejecución gradual de sus iniciativas relacionadas con la salud pública. Entre las apuestas que perfiló el gobierno de Osorio en su plan de trabajo figuran las siguientes: intervenir en las instituciones de salud pública, realizar programas de educación higiénica y aprovisionamiento de agua potable, y ejecutar campañas contra enfermedades endémicas y algunas de carácter venéreo.[2]

En ese contexto se puso en marcha el proyecto conocido como Área de Demostración Sanitaria (ADS), el cual constituyó un primer aporte

[1] Cáceres Bustamante, «Plan hospitalario de El Salvador».

[2] PRUD, «Plan de gobierno», 60-61.

para que los servicios de salud pública de El Salvador funcionaran como un sistema. El ADS inició como proyecto piloto en 1951, y formó parte de un conjunto de tres iniciativas similares que financiaba la OMS en el mundo. En su marco, se establecieron criterios comunes dentro de un espacio geográfico que comprendía 12 municipios pertenecientes a los departamentos de San Salvador y La Libertad (véase mapa 4.1). Para la OMS, el ADS constituía una propuesta para organizar los servicios de salud pública.[3] Por su parte, el gobierno salvadoreño llevó a cabo diversas gestiones para beneficiarse con este proyecto piloto en Latinoamérica, y se comprometió a sufragar ciertos costos de operación que la OMS no asumiría.[4]

El ADS tenía como objetivo organizar y desarrollar servicios de salud preferentemente en poblados rurales. De esta manera, se circunscribió el 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 en la ejecución del ADS se terminó por incluir a la población de los cascos urbanos, la mayoría de la población beneficiada fueron los habitantes rurales de los 128 cantones que pertenecían a los 12 municipios seleccionados. En un inicio, esos 12 municipios contaban con una población total de 99 862 habitantes. De esta cantidad, 81 183 residían en los 128 cantones, que presentaban un fuerte predominio rural.[5]

La lógica de sistema con la que operó el ADS se definió en el acuerdo marco que suscribieron el gobierno salvadoreño y la OMS y que básicamente consistía en: «Desarrollar y demostrar métodos de interrelación y coordinación entre los programas sanitarios y otros programas

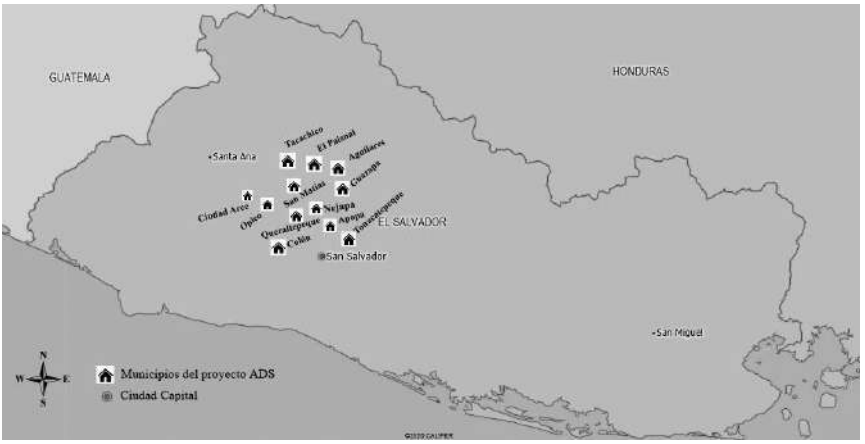
[3] Esteban Rodríguez Ocaña, «Construcción de la salud global: zonas de demostración sanitaria en Europa, décadas de 1950 y 1960», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, núm. 27, sup. 1 (2020), 6.

[4] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 121-122.

[5] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 121-122.

de mejoramiento social y económico»;[6] en otras palabras, se demandaba que las instancias nacionales e internacionales trabajaran de manera articulada y con criterios comunes para lograr un funcionamiento armónico. Entre los programas sanitarios que se esperaba 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. En 1950, algunos de estos programas sanitarios ya se habían esbozado como prioridades en el plan de gobierno que los prudistas pensaban ejecutar en materia de salud pública.[7]

Mapa 4.1. Proyecto piloto Área de Demostración Sanitaria, 1951-1960



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

Sin embargo, la lógica de sistema del ADS no se limitó a definir criterios comunes de trabajo solo para las instancias de salud pública que

[6] «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, núm. 113, 19 de junio de 1951, 3777.

[7] PRUD, «Plan de gobierno», 60-61.

participaban en el programa, sino que también posibilitó que diferentes ministerios se interrelacionaran y dependieran entre sí bajo un enfoque de salud pública. En este sentido, los apoyos específicos que brindaban los ministerios de otras especialidades debían armonizarse en favor de los programas sanitarios que se desarrollaran en los 12 municipios que participaban en el ADS.[8] Por ejemplo, el proyecto de saneamiento medioambiental que se ejecutó en el marco del ADS en el periodo comprendido 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 salud.[9]

Por otra parte, el ADS también fue concebido como un modelo para la formación en salud pública. En el acuerdo marco que suscribió el gobierno salvadoreño con la OMS en 1951 se estipulaba que el ADS tenía la misión de generar procesos formativos para el personal de salud del país, lo que obligaba a desarrollar «métodos eficaces de adiestramiento en materia de salud pública».[10] En 1956, una investigación sobre el desempeño del 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 nacional que aún no resultaban beneficiadas.[11]

[8] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 125.

[9] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 124.

[10] «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, núm. 113, 19 de junio de 1951, 3777-3778.

[11] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 124.

Por su parte, los expertos enviados por la OMS para el proceso educativo del ADS fueron percibidos como transmisiones de conocimiento desde los países ricos hacia un país pobre como El Salvador, bajo el esquema clásico de cooperación vertical promovido por las teorías desarrollistas.[12]

En octubre de 1951, el presidente Óscar 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, consideró que El Salvador había dado «un paso avanzadísimo hacía su resurgimiento económico, social y cultural».[13] Al margen de este entusiasmo de Osorio, en materia de salud pública solo el tiempo diría hasta dónde llegarían las apuestas; lo concreto en 1951 era que el acuerdo para crear el ADS garantizaba cinco años de funcionamiento y que operaría bajo la lógica de sistema en un espacio que abarcaba 12 municipios con poblaciones mayoritariamente rurales.[14]

Durante el primer año de operaciones (1951-1952) del programa se generaron las condiciones necesarias para contar con personal, financiamiento y equipamiento idóneo. Al arrancar el proyecto surgió como problema inicial que en El Salvador no había técnicos suficientemente especializados en áreas de saneamiento. Por esa razón, la OMS se hizo cargo de traer al país un equipo de cinco especialistas en materias relativas a saneamiento ambiental, salud pública y estadística. Este equipo capacitó al personal nacional que posteriormente asumió las actividades del ADS, lo cual requirió de «buena parte de los esfuerzos iniciales».[15]

Con respecto al financiamiento, en el primer año de operación el proyecto la OMS se comprometió a realizar un desembolso de 151000

[12] «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, núm. 113, 19 de junio de 1951, 3777-3778. Para profundizar sobre los esquemas de cooperación vertical en la salud pública internacional véase: Cueto y Zamora ed., *Historia, salud y globalización*, 81; Rodríguez Ocaña, «Construcción de la salud global», 6.

[13] Óscar Osorio, «Boletines de la secretaria de información», *Diario Oficial*, núm. 183, 3 de octubre de 1951, 6036.

[14] "Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, núm. 113, 19 de junio de 1951, 3780.

[15] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 124-125.

dólares, de los cuales se usó 25 % para emprender un proyecto de agua potable como parte del programa de saneamiento medioambiental; el otro 75 % se utilizó para cubrir los salarios de los cinco miembros enviados por la OMS y para financiar un programa de becas internacionales para salvadoreños.[16]

Por su parte, el gobierno de El Salvador, por medio del Mspas, se responsabilizó de sufragar de manera gradual el costo de un grupo nacional de 86 empleados que participarían en el proyecto: 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 empleados[17] y había equipado con infraestructura básica las sedes del proyecto. A los pocos meses de firmado el acuerdo con la OMS, el gobierno salvadoreño nombró a un funcionario clave, el coordinador gubernamental del ADS, quien representaría al país ante los organismos internacionales y tendría la potestad de conformar el grupo de personal nacional que trabajó en el proyecto.[18] Este puesto recayó en el doctor Roberto Cáceres Bustamante, uno de los funcionarios prudistas que había expresado con anterioridad la necesidad de tratar de forma sistémica los servicios de salud pública.[19]

El ADS contó también con otro ingreso, el Fondo de Higiene y Saneamiento de las municipalidades donde se situó el proyecto, que inicialmente no estaba contemplado como fuente de financiamiento en el convenio que suscribieron el gobierno y la OMS. En este sentido, la lógica de sistema del ADS se impuso, pues estos recursos municipales se sumaron en favor de las metas del proyecto. Lo mismo sucedió con algunos recursos

[16] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 125.

[17] «Acuerdo 37», *Diario Oficial*, núm. 174, 16 de septiembre de 1952, 6143; «Acuerdo 39», *Diario Oficial*, núm. 178, 22 de septiembre de 1952, 6321; «Acuerdo 41», *Diario Oficial*, núm. 195, 15 de octubre de 1952, 6948; «Acuerdos 42 y 43», *Diario Oficial*, núm. 223, 25 de noviembre de 1952, 7925-7926; «Acuerdo 45», *Diario Oficial*, núm. 233, 9 de diciembre de 1952, 8268.

[18] «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, núm. 113, 19 de junio de 1951, 3778; Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 124-126.

[19] «Acuerdo 1776», *Diario Oficial*, núm. 164, 5 de septiembre de 1951, 5384.

del Ministerio del Interior.[20] Incluso, la lógica de sistema hizo que la población usuaria del proyecto fuera considerada 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 directamente.[21]

La Oficina Sanitaria Panamericana publicó una evaluación sobre el desempeño del ADS durante el periodo comprendido entre 1951 y 1956 en la que aseguró que las fuentes de financiamiento —gobierno central, municipalidades, beneficiados y OMS— con que contó el proyecto siempre estuvieron bajo la supervisión del personal del ADS. Esta dinámica refuerza la idea de que este programa, por medio de la aplicación de criterios comunes, permitió articular los recursos que podían estar dispersos en los 12 municipios donde se implementó.[22]

Mientras se generaban las condiciones para el funcionamiento del ADS, en 1952 se realizó un diagnóstico situacional en seis de los 12 municipios participantes 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 recopilados se encontraban los relativos a servicios de agua potable, edificación de viviendas, sistema de alcantarillado, disposición final de basuras y condiciones sanitarias en los mercados y rastros; además, incluía datos geográficos, demográficos y económicos. Este diagnóstico fue un insumo importante para tomar decisiones sanitarias en el programa.[23]

[20] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 125.

[21] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 125-126.

[22] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 126.

[23] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 125-126.

El 14 de diciembre de 1952, como habían acostumbrado los prudistas, se celebró el cuarto aniversario de la llamada revolución de 1948 con gran despliegue propagandístico.[24] En esa ocasión, Osorio no perdió la oportunidad para decir que el «régimen revolucionario» que él presidía ya había alcanzado una etapa de madurez para «abordar llana y francamente los problemas del hombre del campo»;[25] el conflicto agrario era uno de ellos y la salud pública, otro. Cuando Osorio realizó estas declaraciones, el ADS llevaba 18 meses operando dentro de la estructura institucional del Mspas, y era una opción incipiente para atender la salud pública en las zonas rurales de 12 municipios. En esos 18 meses, el 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 aparecieran en el video propagandístico que el Mspas presentó en el Campamento Marte el 14 de diciembre con motivo de las actividades conmemorativas de la revolución de 1948.[26]

Un mes después del discurso que Óscar Osorio emitió el 14 de diciembre de 1952, los jesuitas agrupados en la revista ECA. *Estudios Centroamericanos* hicieron referencia a sus palabras, se desbordaron en elogios hacia el mandatario y avizoraron «albores de redención». Estos religiosos interpretaron que las palabras de Osorio encerraban la voluntad por convertir 1953 en el «año del campesino», dado que prometió resolver los problemas vinculados al acceso a la tierra.[27] En este punto, hay que tener presente que los prudistas no limitaron las difíciles condiciones materiales de la población solo al problema del acceso a la tierra, puesto que incluyeron la necesidad de resolver los problemas sanitarios de su entorno.[28] Por esta razón, el ADS tuvo el mandato de trabajar de manera

[24] Luis Gerardo Monterrosa Cubías, «La revolución salvadoreña de 1948. Propaganda visual e imágenes», *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos* 17, núm. 1 (2019), 68-70.

[25] ECA, «¡1953! Año del campesino», ECA. *Estudios Centroamericanos*, núm. 68 (1953), 1.

[26] «Acuerdo 1293», *Diario Oficial*, núm. 231, 5 de diciembre de 1952, 8202.

[27] ECA, «¡1953! Año del campesino», 1-2.

[28] PRUD, «Plan de gobierno», 60-61

coordinada con otras instancias que buscaban el mejoramiento económico y social,[29] lo que los prudistas 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 concentración.[30] Frente a esta situación estructural, es pertinente dudar si el ADS, que estaba concebido para tratar el tema sanitario en una zona rural muy limitada, corrió con la misma suerte de no lograr un alcance sustantivo en materia de salud pública.

La duda anterior puede disiparse, en parte, si nos remitimos a los resultados del ADS. A inicios de 1956, Efraín Ribeiro, técnico de la Oficina Sanitaria Panamericana, evaluó el trabajo desarrollado por el programa justo en el momento en que estaban a punto de concluir los primeros cinco años pactados por el gobierno salvadoreño y la OMS. El resultado más destacado en la evaluación de Ribeiro para el periodo comprendido 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 deben sobredimensionarse sus logros, pues solo fue posible llevar agua potable a unas 12 000 personas de un total de 108 161 que residían en los 12 municipios del radio de acción del ADS.[31] A pesar de este resultado, era totalmente pertinente trabajar en saneamiento y abastecimiento de agua, un asunto considerado urgente tanto en los diagnósticos realizados por los técnicos del ADS como en las proyecciones del gobierno de Osorio.[32] La problemática del saneamiento guardaba estrecha 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 siguiente.[33]

[29] «Acuerdo suplementario entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud», *Diario Oficial*, núm. 113, 19 de junio de 1951, 3777; Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 124-125.

[30] Turcios, *Autoritarismo y modernización*, 166-170.

[31] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 126-127.

[32] PRUD, «Plan de gobierno», 60.

[33] Morales, «Opinión pública y salud», 93.

Ribeiro mencionó que otro de los proyectos importantes contemplados en el ADS fue la instalación de letrinas y el asesoramiento a las municipalidades para que se ampliaran los sistemas de alcantarillado en las zonas urbanas. Los técnicos del programa realizaron diagnósticos de los cuales extrajeron insumos, que luego se tradujeron en asesorías a las municipalidades para que estas mejoraran los servicios sanitarios de recolección de basura, mercados y rastros. Otro resultado positivo del ADS fue el establecimiento de un centro de formación para inspectores sanitarios en el municipio de Quezaltepeque.[34] Con relación a la lógica de sistema para estandarizar procesos, Ribeiro señaló 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 campo.[35]

En 1958, dos consultores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizaron una breve reflexión sobre la evolución de los servicios de asistencia médica del ADS. Determinaron que uno de los hallazgos principales del programa fue la creación de los puestos de salud, los cuales se ubicaban en zonas rurales y dependían directamente de las unidades de salud asentadas en los cascos urbanos de los municipios. El ADS contaba para ese año[36] con seis unidades de salud y nueve puestos de salud rural que debían cubrir a una población de 108 161 habitantes. En concreto, los puestos de salud fueron el eslabón más pequeño del ADS en lo que respecta a la atención de salud pública, pues su radio de acción se limitaba a los cantones.[37]

[34] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 129-133.

[35] Ribeiro, «Experiencia sobre saneamiento ambiental», 134.

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

[37] Acuña y Damasceno, «El puesto de salud rural», 13-17. En el documento los autores todavía utilizaron el nombre antiguo de Oficina Sanitaria Panamericana; sin embargo, en

Imagen 4.1. 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*, núm. 39 (1955), 235.

Los puestos de salud rural del 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, esos puestos eran ocupados por mujeres residentes en los cantones y entre las actividades que desarrollaban se encontraban las siguientes: vigilar las enfermedades epidémicas, visitar personas enfermas, ofrecer cuidados elementales a los pacientes, promocionar las ventajas de la inmunización ante enfermedades, promover entre la población los servicios de 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, la unidad de salud, la cual contaba con personal de mayor nivel de especialización. En ese sentido, el médico, la enfermera y el inspector de la unidad de salud estaban

este texto utilizo su nombre actual, Organización Panamericana de la Salud (OPS), vigente desde 1958.

obligados a desarrollar jornadas médicas de manera periódica en los cantones donde se situaban los puestos de salud rural, dependiendo de su carga laboral.[38] Argelia Sandoval y Bertha Hernández, dos enfermeras que trabajaron en el ADS, sintetizaron el rol de las auxiliares sanitarias de la siguiente manera:

> 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 hacendado.[39]

La OPS, como representante regional de la OMS, manifestó a mediados de 1959 que se encontraba realizando una evaluación del proyecto salvadoreño del ADS. Entre algunos detalles que adelantó en esa ocasión, aseguraba que el programa se iba a expandir a «otras zonas del país, intensificándose las actividades de adiestramiento de personal». Por otra parte, el ADS se mantuvo como proyecto dependiente del Ministerio de Salud hasta 1960[40] y, a partir de 1961, dejó de figurar formalmente como iniciativa del ministerio, aunque sí se reconfiguró como un departamento dedicado exclusivamente a la formación en salud pública.[41] Atrás quedó el anhelo de hacer del ADS la base para desarrollar los servicios de salud en el país, como se había pensado desde un inicio.[42]

[38] Acuña y Damasceno, «El puesto de salud rural», 13.

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

[40] «Decreto 2984», *Diario Oficial*, núm. 234, 23 de diciembre de 1959, 10248-10255.

[41] «Decreto 53», *Diario Oficial*, núm. 240, 23 de diciembre de 1960, 10333-10341.

[42] Organización Panamericana de la Salud, *Proyectos de programas y presupuesto*, 31-32.

La apuesta por incrementar los servicios de salud pública

Las pésimas condiciones de salud en El Salvador al inicio de la década de 1950 fueron una razón de peso para tratar de incrementar el número de establecimientos de salud pública. En 1950, la esperanza de vida de la población apenas alcanzaba los 43 años, en un país donde las dos principales causas de muerte eran la gastroenteritis y el paludismo.[43] A esta situación se sumaba una alta tasa de mortalidad infantil, que en los años comprendidos entre 1950 y 1955 alcanzó los 150.2 muertos por cada millar de nacimientos.[44] Este dato se puede dimensionar si se compara con la tasa de mortalidad infantil del continente americano durante la década de 1950, la cual osciló entre 60.3 y 51.6 niños muertos por cada mil nacidos.[45] Sin embargo, estas cifras elevadas no se observaron solo en El Salvador porque, por ejemplo, en 1951 países centroamericanos como Honduras y Costa Rica mostraron tasas de mortalidad infantil de 187.3 y 93.2,[46] respectivamente. Las cifras de El Salvador eran el reflejo de una cobertura sanitaria deficiente, ya que, por ejemplo, en 1950 se estimaba que los hospitales del país solo podían atender efectivamente a 33 % de la población, que ya rondaba los 1.8 millones de habitantes.[47]

En el país, los servicios de salud pública experimentaron un crecimiento paulatino durante las décadas de 1950 y 1960, lo que conllevó un despliegue territorial que requirió un funcionamiento sistémico. Una forma de analizar este despliegue territorial es por medio de las planificaciones de salud pública, las cuales contenían objetivos que confrontaré con los resultados reales en lo que resta del capítulo. En términos generales, las planificaciones de estas décadas tuvieron como apuesta común el incremento de los servicios de salud pública para atender a

[43] Ministerio de Economía, *El Salvador: fuentes de datos*, 24.

[44] Peña y Rivera, «Dividendo demográfico», 289.

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

[46] Héctor H. Hernández Bringas y José Narro Robles, «Mortalidad infantil en México: logros y desafíos», *Papeles de Población*, núm. 101 (2019), 24.

[47] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 201.

un número mayor de población, algo que en ningún momento significó comprometerse abiertamente con la universalización de los servicios sanitarios dado el alto costo de inversión que eso requería. Más bien, a lo que aspiraron los gobiernos salvadoreños fue a mejorar los hospitales que ya existían y a construir un reducido número de nuevos. Esto se complementó con la creación gradual de servicios de salud pública a escalas municipal y cantonal, lo cual facilitó que la política de salud se extendiera a más espacios del territorio nacional. Con ello se esperaba que disminuyera el alto porcentaje de personas desprovistas de atención médica, el cual se estimaba en 67 % de la población nacional a inicios de la década de 1950.[48]

El «Plan de gobierno» del PRUD de 1950 fue el primero del periodo que incluyó el tema de la salud pública. En ese documento, los prudistas plasmaron con claridad que superar el cúmulo de problemas sanitarios históricos por los que atravesaba el país demandaba «enormes recursos económicos y humanos», por lo que contemplaron programas prioritarios que debían ejecutarse de forma gradual. Los programas priorizados en esa oportunidad fueron cinco: *1*) educación higiénica, *2*) aprovisionamiento de agua potable, *3*) control de enfermedades venéreas, *4*) programa contra el paludismo, y *5*) programa para contrarrestar la tuberculosis.[49]

Por otra parte, en 1953 las autoridades del Mspas promulgaron el «Plan Nacional de Organización de los Servicios Médicos (1953-1961)», en el que se retomaron básicamente los cinco programas priorizados en el plan del PRUD de 1950 y se incorporó la ampliación de los servicios de salud pública a todo el territorio nacional como apuesta central.[50] En el Mspas tenían plena conciencia de que la expansión de la cobertura 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 ministerio plantearon que

[48] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 201.

[49] PRUD, «Plan de gobierno», 60-61.

[50] Durán, *Historia de las políticas de salud*, 158.

cualquier despliegue territorial de los servicios de salud pública necesitaría funcionar de manera sistémica para lograr, bajo directrices comunes, «la integración de los servicios médicos». En todo caso, Óscar Osorio creía que el plan nacional de 1953 «expresaba la forma adecuada de llevar la 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».[51]

Para iniciar la ejecución del plan nacional de 1953 el gobierno de Osorio contaba con 33 unidades de salud pública que se encontraban repartidas por todo el país, siendo el departamento de San Salvador el que concentraba el mayor número (véase mapa 4.2). Estas unidades eran en su mayoría pequeñas clínicas municipales que podían atender aproximadamente a siete municipios y contaban con un personal que no sobrepasaba la decena; solo las unidades de salud ubicadas en las ciudades de San Salvador, Santa Ana, San Miguel, Santa Tecla y Sonsonate disponían de un mayor número de trabajadores.[52] A las 33 unidades de salud se sumaban 21 hospitales, la mayoría de los cuales se encontraba en las cabeceras departamentales. En lo que respecta al personal médico, el país necesitaba alrededor de 800 médicos para alcanzar la proporción de uno por cada 2320 habitantes. Sin embargo, en el país solo había 257 al principio de la década de 1950, lo que equivalía a un médico por cada 7221 habitantes.[53] No contar con suficiente personal médico significó un primer obstáculo que debía superarse para expandir los servicios de salud pública en el territorio nacional. Otra dificultad fue la alta concentración de médicos en la capital, pues en ella se concentraba 56.81% del personal médico al iniciar los años cincuenta.[54]

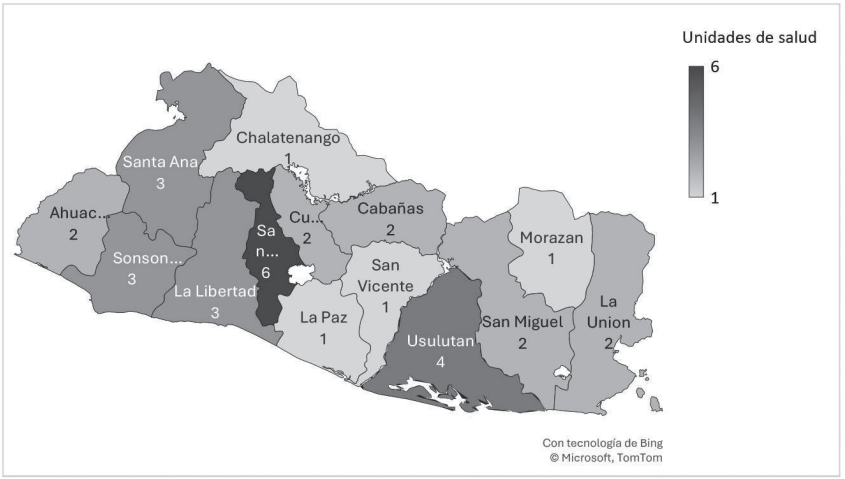
[51] «Mensaje presidencial», *Diario Oficial*, núm. 169, 18 de septiembre de 1953, 6830.

[52] «Acuerdo 21», *Diario Oficial*, núm. 24, 31 de enero de 1950, 307-309.

[53] «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[54] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 214.

Mapa 4.2. El Salvador, unidades de salud pública por departamento en 1950



Fuente: elaboración propia con base en «Acuerdo 21», *Diario Oficial,* núm. 24, 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 encontraron 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 1704 a 419 entre los años 1950 y 1961. En ese mismo periodo, el programa contra la tuberculosis también logró disminuir el número anual de personas fallecidas, que pasó de 722 a 372.[55]

El tercer programa que arrojó datos positivos fue el dedicado a la introducción de agua potable. Un informe de la OMS destacó que desde 1954, durante el mandato de Óscar Osorio se comenzó a introducir agua potable en las áreas rurales.[56] Dos años después, alrededor de 100 000 personas de estas áreas recibían agua potable,[57] lo que equivalía a un 8.48 % del universo de la población rural, que en ese momento era de

[55] Morales, «Opinión pública y salud», 93.

[56] Organización Mundial de la Salud, *Segundo informe sobre la situación sanitaria*, 123-124.

[57] Organización Mundial de la Salud, *Primer informe sobre la situación sanitaria*, 179.

1178750 personas. Esto último contrastaba con la cobertura de agua potable en las zonas urbanas, que en 1957 ya alcanzaba 47 %, es decir, beneficiaba a unas 319600 personas de una población urbana de 677167.[58] En 1960 los servicios de agua potable cubrían a unos 423712 habitantes de las ciudades. Este resultado sesgado a favor de los núcleos urbanos era previsible si se parte del hecho de que durante el gobierno de Osorio se definió que el programa para mejorar la calidad del agua debía incluir todas las zonas urbanas y posteriormente se extendería a los asentamientos rurales que sobrepasaran los 500 habitantes.[59]

Por otro lado, un paso transcendental que dio el gobierno de Óscar Osorio fue la apertura del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en 1954, aunque se produjo cinco años después de la entrada en vigor de la ley que definía su creación, de 1949. Este instituto comenzó a funcionar cuando se implantó el mecanismo de cotización para los trabajadores y empleadores a inicios de 1954, y al principio tuvo una cobertura de servicios modesta. Por ejemplo, en ese año abrió el servicio de asistencia médica, para lo cual debió recurrir a espacios prestados que pertenecían a los hospitales Rosales y Maternidad. Posteriormente habilitó dos consultorios, uno en la capital y otro en el municipio de Santa Tecla, y hacia el final de la década de 1950 abrió tres nuevos consultorios en Ilopango, Sonsonate y Acajutla.[60] Al revisar los informes de la OMS sobre los servicios de atención médica en El Salvador durante la década de 1950, es posible identificar que el ISSS aún no figuraba entre las instancias de salud relevantes.[61] Fue a mediados de la década de 1960 cuando la OMS comenzó a considerar este instituto como una dependencia que aportaba de manera significativa a los servicios de salud pública en el país.[62]

[58] Ministerio de Economía, *Tercer Censo Nacional*, 15.

[59] PRUD, «Plan de gobierno», 60.

[60] Ernesto Romero Hernández, «Historia del régimen del Seguro Social en El Salvador 1954-1969», *La Universidad*, núm. 6 (1969), 94-95.

[61] Organización Mundial de la Salud, *Primer informe sobre la situación sanitaria*, 178-179; Organización Mundial de la Salud, *Segundo informe sobre la situación sanitaria*, 123-124.

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

Ahora bien, es posible afirmar que la apuesta estratégica por incrementar la cobertura de los servicios mediante 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 esa década, las unidades de salud pasaron de 33 a 35, y se complementaron con la creación de 18 puestos de salud rural con jurisdicción cantonal.[63] Es difícil creer que estos pocos establecimientos solventarían la totalidad de las necesidades sanitarias de los 261 municipios que existían en ese momento en el país. Por otra parte, el número de médicos se duplicó durante ese mismo decenio al pasar de 257 a 510, aunque en ningún momento se concretó mover al personal sanitario de los principales centros urbanos.[64]

Posteriormente, durante los años sesenta los gobiernos del Partido de Conciliación Nacional (PCN) lograron mejores resultados en cuanto a la ampliación de cobertura sanitaria que sus predecesores del PRUD. Como es bien sabido, el segundo gobierno prudista concluyó el 26 de octubre de 1960 a causa de un golpe de Estado que instaló la Junta de Gobierno, la cual estaba compuesta por civiles y militares. Tres meses después, esa junta fue derrocada por el Directorio Cívico Militar. Estos dos golpes de Estado consecutivos precedieron al primer gobierno del PCN, pero solo el segundo marcó el camino hacia una «renovación autoritaria».[65] Julio Adalberto Rivera, que comenzó su mandato en julio de 1962, fue el primer presidente pecenista. Aunque la transición de los gobiernos prudistas a los del PCN se suele interpretar como una continuidad —existen razones para ello por el hecho de que ambos partidos compartían prácticas autoritarias y reformistas—, hay elementos que permiten marcar distinciones. Por ejemplo, el primer gobierno del PCN (1962-1967) inició una dinámica electoral más favorable para la oposición partidaria, la cual logró una

[63] Carlos Alberto Villatoro, *Breve estudio de la medicina rural en El Salvador* (tesis doctoral, Universidad de El Salvador, 1968), 28.

[64] Organización Mundial de la Salud, *Segundo informe sobre la situación sanitaria*, 123.

[65] Para Roberto Turcios los dos golpes de Estado implicaron dos visiones distintas de generar una transición. El golpe de octubre de 1960 apostaba por la transición hacia la democracia, mientras que el de enero de 1961 abrió un camino para «actualizar el autoritarismo». Véase Turcios, *Siglo xx. Tendencias y coyunturas*, 104-107.

representatividad inédita hasta entonces. Además, los gobiernos de los sesenta, a partir del Directorio Cívico Militar, se alinearon con 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 en Latinoamérica, como la cubana, y la apuesta por reformas sociales.[66] Esto último contribuyó a que se produjera un impulso financiero en el ámbito de la salud pública, algo que los prudistas no tuvieron a su alcance en la década de 1950.

En sus primeros años, el «proyecto reformista» que emanó del golpe de Estado de 1948 generó resistencia en la diplomacia estadounidense con sede en El Salvador. Para algunos diplomáticos norteamericanos, los líderes del 48 eran unos «izquierdistas peligrosos».[67] Lo cierto es que los prudistas supieron compatibilizar su agenda de reformas sociales con la implantación de acciones anticomunistas. De esta manera, recibieron cooperación no armamentística del gobierno de Estados Unidos, que se estima en casi un millón de dólares anuales a lo largo de la década de 1950. Con la adopción de la Alpro, la cooperación estadounidense en El Salvador creció sustantivamente durante la década de 1960. Por ejemplo, entre 1961 y 1966 Estados Unidos envió al país 80 millones de dólares por concepto de cooperación para el desarrollo,[68] aunque estos fondos se volvieron relevantes para el crecimiento de los servicios de salud pública solo a partir de mediados de la década referida.[69]

En El Salvador, la influencia inmediata de la Alpro en materia de salud se manifestó en la exigencia de planificar el funcionamiento del Mspas. Como es sabido, los países latinoamericanos que obtuvieron

[66] Turcios, *Siglo xx. Tendencias y coyunturas*, 112-118.

[67] 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.

[68] Lindo Fuentes y Ching, *Modernización, autoritarismo y Guerra Fría*, 198-200.

[69] Villatoro, *Breve estudio de la medicina rural*, 28; Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, *Primer plan de desarrollo económico y social 1965-1969* (San Salvador: Conaplan, 1964), 275; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal presentado a la xviii Conferencia Sanitaria Panamericana* (San Salvador: Mspas, 1970), 33.

fondos de la Alpro estuvieron obligados a demostrar que contaban con capacidad suficiente para planificar sus programas económicos y sociales.[70] 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 los objetivos de «mediano y largo plazo» que los gobiernos debían atender en los ámbitos económico y social.[71] Fue bajo este contexto que el Mspas estableció en 1963 su propio Departamento de Planificación, el cual pudo colaborar con Conaplan y hacer de la planificación un proceso sistemático en el interior del ministerio.[72]

Un resultado inmediato que logró el Mspas por medio de su Departamento de Planificación fue la creación del «Plan Nacional de Salud 1963-1973»,[73] documento que condensó las metas de salud pública bajo la influencia y el financiamiento de la Alpro. Este nuevo plan suponía realizar una mejor «distribución de los recursos económicos y humanos», con la finalidad de expandir los servicios de salud hacia localidades desprovistas de atención, que usualmente eran rurales. Una vez más, se estipulaba en un documento oficial la apuesta por aumentar la cobertura sanitaria en El Salvador.[74] Sin embargo, en esta oportunidad las autoridades 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 plantear una ampliación sanitaria sin especificar su alcance. Así, en 1964 el gobierno de Julio Rivera planificó que el Mspas y el ISSS emprenderían un programa de inversión en infraestructura médica para un periodo de cinco años, según el detalle que se muestra en el cuadro 4.1.

[70] Lindo Fuentes y Ching, *Modernización, autoritarismo y Guerra Fría*, 144-145 y 187.

[71] «Ley de creación del Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica», *Diario Oficial*, núm. 87, 17 de mayo de 1962, 4446-4447.

[72] Organización Mundial de la Salud, *Tercer informe sobre la situación sanitaria*, 122; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal*, 61.

[73] También conocido como «Plan decenal de salud».

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

Cuadro 4.1. 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 rural 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 - Gotera - 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
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 con base en Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, *Primer plan de desarrollo económico y social 1965-1969* (San Salvador: Conaplan, 1964), 274-275.

Los gobiernos de Julio Rivera y Fidel Sánchez Hernández trataron de enfocar la expansión de los servicios de salud en la reconstrucción de hospitales y en el incremento de las unidades de salud y puestos de salud rural con el principal propósito de elevar el número de consultas médicas. El «Plan Nacional de Salud 1963-1973» tenía el objetivo de alcanzar 1.7 millones de consultas externas por año, partiendo de la base de que en 1964 se brindaron un millón. Con ese objetivo en la mira, el Conaplan informó al Comité Interamericano de la Alianza para el Progreso que principalmente dos proyectos —los puestos y unidades de salud, y la reconstrucción de los hospitales de Chalatenango, Usulután y Zacatecoluca— tendrían la capacidad de disminuir el déficit de atención medica en las localidades rurales hasta en 50 %. Precisamente, el gobierno

de Rivera contempló en su planificación expandir los servicios de salud mediante la construcción de infraestructura médica fuera de los principales centros urbanos del país.[75] Bajo esta visión, priorizó la reconstrucción de los hospitales de Zacatecoluca, Usulután y Chalatenango. De igual manera, argumentó que la construcción de las unidades de salud y puestos de salud rural debía realizarse en localidades rurales que estuvieran «alejadas» de las grandes ciudades. Este interés por beneficiar a la población del campo se basaba en el cálculo de que seis de cada 10 habitantes rurales de El Salvador no recibían atención sanitaria a mediados de la década de 1960,[76] una cifra relevante en un país donde prácticamente 60 % de la población era rural.[77]

El «Plan Nacional de Salud 1963-1973» contemplaba siete acciones estratégicas en su objetivo de expandir los servicios de salud: *1*) aumento de consultas externas, *2*) incremento de la capacidad de hospitalización, *3*) vacunación contra enfermedades con carácter endémico, *4*) visitas domiciliarias, *5*) inspecciones sanitarias para contrarrestar las enfermedades gastrointestinales, *6*) atención a la niñez con desnutrición, y *7*) desarrollo de capacitaciones para el personal de salud.[78] A partir de algunos resultados cuantitativos vinculados con estas siete acciones es posible determinar la madurez del sistema de salud pública del país.

Al evaluar la implantación del «Plan Nacional de Salud 1963-1973», el resultado que se observa a simple vista es el retraso en el desarrollo 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 (véase

[75] Los principales centros urbanos eran San Salvador, Santa Ana y San Miguel, que en 1971 contaban con volúmenes poblacionales entre 61 000 y 335 000 habitantes.

[76] 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, 1964), 58, 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.

[77] López Bernal, «El Salvador 1960-1992», 240.

[78] Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, *Primer plan de desarrollo*, 271-273.

cuadro 4.1), pero estuvieron listas en 1969. La misma suerte corrió el proyecto de reconstrucción de los hospitales de Chalatenango, Usulután y Zacatecoluca, el cual debió haber concluido en 1967, pero solo hasta julio de 1969 se emitió la orden para comenzar las obras. Por otra parte, la reconstrucción de los hospitales de Sonsonate, Ahuachapán y San Miguel se reprogramó para iniciar en 1972, lo cual implicó un retraso de tres años respecto a la planificación original. De igual manera, la inauguración del hospital general del ISSS tuvo que esperar hasta 1969, tres años después de lo previsto. Estas demoras se produjeron a pesar de que algunos proyectos contaron con el financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) o de la cooperación alemana, que desembolsó hasta el 56 % del costo total de tres hospitales.[79]

Pese a estos retrasos en el programa de infraestructura médica, los gobiernos pecenistas de la década de 1970 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 el número de estos últimos mostró un crecimiento vertiginoso, lo que se explica porque en octubre de 1966 el Mspas incorporó en su estructura 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 creaban, pues demandaban una menor inversión en comparación con las unidades de salud y los hospitales; generalmente consistían en pequeños locales ubicados en los cantones que durante la mayor parte del horario de atención funcionaban con una enfermera auxiliar que solo había recibido un cursillo elemental en salud pública.[80] En total, las unidades de salud y los puestos de salud rural sumaron 156 establecimientos en 1970, con los que se articuló un sistema de salud pública. Sin embargo, estos

[79] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal*, 33; Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, *Plan de desarrollo económico y social 1968-1972*, 73 y 199.

[80] Acuña y Damasceno, «El puesto de salud rural», 14-15; Villatoro, *Breve estudio de la medicina rural*, 34-36.

establecimientos resultaban insuficientes para cubrir los 261 municipios del país, que se subdividían en 1966 localidades rurales conocidas como cantones.

En 1970, el aumento en el número de unidades de salud y puestos de salud rural no logró romper con la tendencia de centralizar los servicios en el departamento de San Salvador, que constituía el área metropolitana central del país. En esta región se concentraba el 20.63 % de la población y albergaba 20 de las 64 unidades de salud que funcionaban en el territorio nacional. Esto contrastaba con la región oriental, donde residía el 27.91 % de la población, pero que solo contaba con 10 unidades de salud (véase cuadro 4.2 y mapas 4.3 y 4.4), déficit que compensaba al poseer 36 de los 92 puestos de salud rural, aunque carentes de personal y medicamentos.[81]

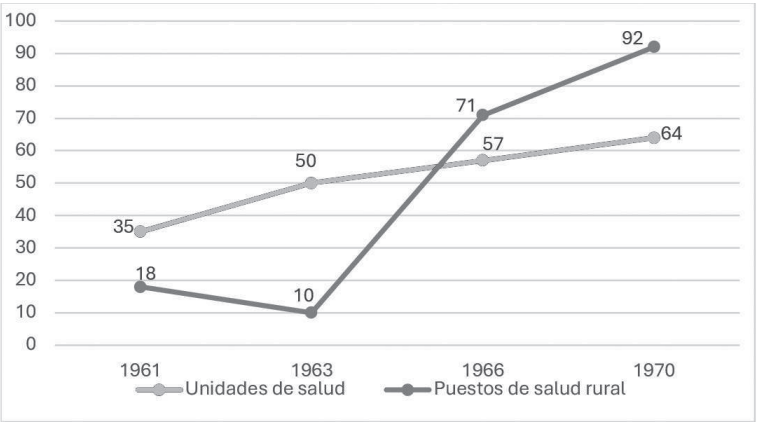
A mediados de 1971, poco tiempo antes de que concluyera la ejecución del «Plan Nacional de Salud 1963-1973», la reconstrucción de los hospitales de Zacatecoluca, Usulután y Chalatenango solo había avanzado un 30 %.[82] Esta situación puso en entredicho el propósito de mejorar la distribución de los servicios hospitalarios en las regiones menos favorecidas. Durante el gobierno de Rivera se planteó la reconstrucción de estos tres hospitales como una forma de aumentar la capacidad hospitalaria en las regiones central, paracentral y oriental, y de ese modo contrarrestar la tendencia a centralizar la mayor cantidad de recursos en la región metropolitana.[83] Sin embargo, la realidad era que la mayoría de los servicios hospitalarios se concentraban en esta última región. En total, los 23 hospitales públicos del país tenían una capacidad de 5784 plazas, de las cuales 2766 correspondían a los seis hospitales ubicados en la región metropolitana, donde se concentraba el 47.82 % de la capacidad (véase gráfico 4.2).

[81] Villatoro, *Breve estudio de la medicina rural*, 34-36.

[82] 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 durante el gobierno de Julio Rivera (véase cuadro 4.1).

[83] Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica, *Informe preparado por el Gobierno*, 58.

Gráfico 4.1. Unidades de salud y puestos de salud rural en El Salvador, 1961-1970



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

En 1950, 56.81 % del total de médicos del país ejercía en la región metropolitana;[84] en 1971, este porcentaje era muy similar: 57.56 %. La tendencia a concentrar 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 ya contaba con 7 083 empleados, de los cuales 3 808 se concentraban en la región metropolitana, lo que en términos porcentuales significa 54 %. En el cuadro 4.3 se puede apreciar cómo la distribución geográfica de los profesionales de la salud era el fiel reflejo de un sistema que había mantenido una continuidad: centralizar la mayor cantidad del recurso humano en la región metropolitana.

En agosto de 1970, Víctor Esquivel, ministro de Salud, acudió a la XVIII Conferencia Sanitaria de la OPS a presentar ante la comunidad internacional los avances obtenidos en materia de salud pública en El Salvador, así como los elementos que constituían su estructura. En ese

[84] Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 214. La fuente solo incluye a los médicos de la ciudad de San Salvador.

momento, el sistema de salud pública estaba integrado por cuatro nodos de atención médica: hospitales, unidades de salud, puestos de salud rural y centros de vacunación, que sumaban 185 establecimientos.[85] Como adelanté, la mayoría de estos centros se habían creado durante los años sesenta en un contexto de mayor inversión para la cartera de salud. A partir de la década de 1950 el financiamiento del Ministerio de Salud había crecido constantemente, pero fue hasta la segunda mitad de la de 1960 cuando logró cifras récord. Durante ambos decenios la salud pública alcanzó inversiones que oscilaron entre 9 % y 15 % del gasto público total (véase cuadro 4.4). En otras palabras, estas cifras rompieron con un patrón histórico de inversión en salud pública que había significado 4 % del gasto público durante la primera mitad del siglo xx.[86] En términos estructurales, este incremento se debió a una dinámica sin precedentes de inversiones en salud y educación mientras funcionó el modelo de industrialización por sustitución de importaciones (1950-1970) en el país (véase gráfico 4.4).

Cuadro 4.2. Comparación entre la población por regiones y los 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 con base en Dirección General de Estadística y Censos, *Cuarto censo nacional de población 1971* (San Salvador: Digestyc, 1974), 1; Ministerio de Economía, *Anuario estadístico 1970* (San Salvador: Digestyc, 1971), 209.
* Se indica la población según el censo de 1971.

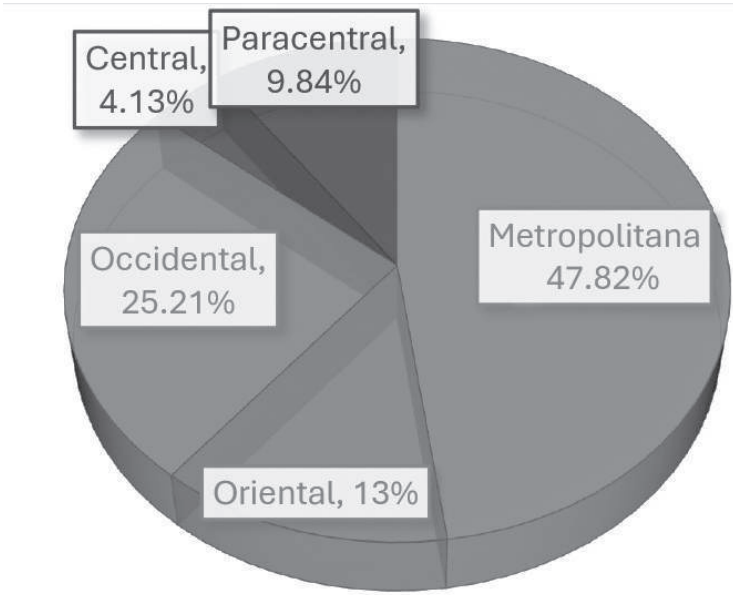
[85] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal*, 36.

[86] PNUD. *Informe sobre desarrollo humano*, 75-76.

Mapa 4.3. Unidades de salud distribuidas por regiones en El Salvador, 1970

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Economía, *Anuario estadístico 1970* (San Salvador: Digestyc, 1971), 209.

Gráfico 4.2 Distribución porcentual de los servicios hospitalarios por regiones en El Salvador, 1970



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Economía, *Anuario estadístico 1970*, vol. II (San Salvador: Digestyc, 1971), 210.

Mapa 4.4. Puestos de salud rural distribuidos por regiones en El Salvador, 1970

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Economía, *Anuario estadístico 1970* (San Salvador: Digestyc, 1971), 209.

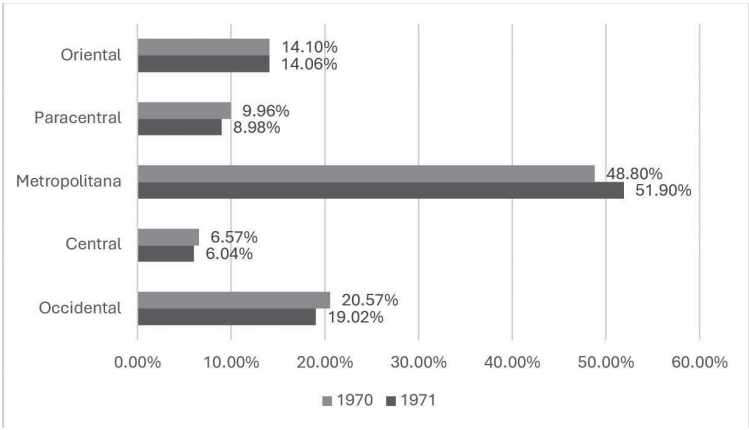
Cuadro 4.3. Distribución geográfica de los profesionales de la salud en El Salvador, 1971

Regiones Profesionales	Occidental	Central	Paracentral	Oriental	Metropolitana	Totales
Médicos	165	44	59	83	476	**827**
Personal administrativo	85	28	45	53	254	**465**
Odontólogos	18	6	9	11	34	**78**
Ingenieros	1	1	1	1	1	**5**
Enfermeras	165	59	90	106	386	**806**
Auxiliares de enfermería	379	101	147	212	904	**1 743**
Inspectores de saneamiento	35	18	28	33	56	**170**
Técnicos de rayos *X*	14	2	6	5	20	**47**
Laboratoristas	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	1302	**2365**
Totales	**1462**	**394**	**650**	**769**	**3808**	**7083**

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

Sin embargo, el incremento del gasto en salud pública no se tradujo en una descentralización del financiamiento, pues la región metropolitana continuó siendo la más beneficiada de los fondos del Ministerio de Salud. El gráfico 4.3 ofrece una idea sobre cómo se distribuyó el presupuesto de salud pública por regiones geográficas.

Gráfico 4.3. Distribución porcentual del presupuesto de salud pública por regiones en El Salvador, 1970-1971



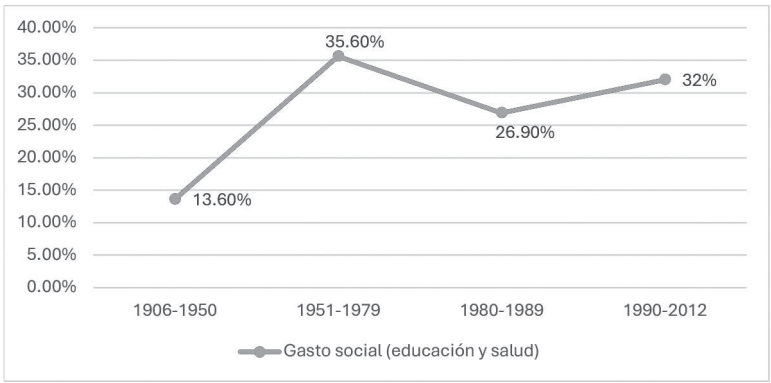
Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria 1970-1971* (San Salvador: Mspas, 1971), 22; Ministerio de Economía, *Anuario estadístico 1970*, vol. II (San Salvador: Digestyc, 1971), 211.

Los incrementos mencionados en los renglones de infraestructura, personal sanitario y gasto en salud pública debieron enfrentar una nueva realidad: el crecimiento poblacional. Durante las décadas de 1950 y 1960 la estructura demográfica de El Salvador experimentó un crecimiento vertiginoso en muy poco tiempo, algo sin precedentes, pues el país pasó de tener una población de 1 855 917 habitantes en 1950 a alcanzar 3 549 260 en 1971, lo que significó un crecimiento absoluto de 91 % en dos décadas; la década de 1960 concentró 61.31 % de ese aumento poblacional. Esta dinámica demográfica condicionó cualquier intento de expandir los servicios de salud pública.[87] Por ejemplo, en la década de 1950

[87] El Salvador pasó de tener 1 855 917 habitantes en 1950 a alcanzar 5 744 113 en 2007. Entre 1950 y 1961 la población tuvo un crecimiento absoluto de 655 067 personas.

se había estimado que el país necesitaba un contingente aproximado de 800 médicos para atender adecuadamente a una población de 1 855 917 habitantes. Esta cifra no se alcanzó hasta 1971; sin embargo, la población salvadoreña ya rebasaba los 3.5 millones de habitantes, por lo que se mantuvo la disparidad. Esta desproporción entre el número de médicos y el crecimiento poblacional explicaría, en parte, por qué los gobiernos de la década de 1960 nunca lograron alcanzar la meta de 1.7 millones de consultas anuales que figuraba en las planificaciones de salud pública.

Gráfico 4.4. Porcentaje del gasto social como parte del gasto estatal global de El Salvador, 1906-2012



Fuente: elaboración propia con base en PNUD, *Informe sobre desarrollo humano El Salvador 2013* (San Salvador: Impresos Múltiples, 2013), 77.
Nota: se muestran porcentajes promedio en cuatro periodos en los que se divide el siglo XX.

En la siguiente década el crecimiento absoluto fue mucho mayor, hasta alcanzar los 1 038 276 habitantes. Posteriormente, en el decenio de 1970, según un análisis del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, la población salvadoreña comenzó a experimentar un descenso en su ritmo de crecimiento y no fue sino hasta mediados de la década de 1980 cuando el país recuperó una tasa de crecimiento más equilibrada. Véase: López Bernal, «El Salvador 1960-1992», 240; Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, *El Salvador: caracterización demográfica y su impacto sobre los servicios sociales* (Santiago: Celade-BID, 1991), 3.

Finalmente, en 1971, las cifras oficiales aseguraban que los servicios de salud pública cubrían a 83.7 % de la población.[88] Sin embargo, un informe de la OMS contradijo a las autoridades salvadoreñas al afirmar que el sistema de salud de este país solo tenía capacidad para atender a 24 % de la población, que ya alcanzaba los 3.5 millones de habitantes.[89] Esta situación se producía en una sociedad mayoritariamente rural, que no logró mejorar sus condiciones socioeconómicas con la diversificación y el crecimiento de la agricultura de exportación durante las décadas de 1950 y 1960.[90]

Cuadro 4.4. 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 %

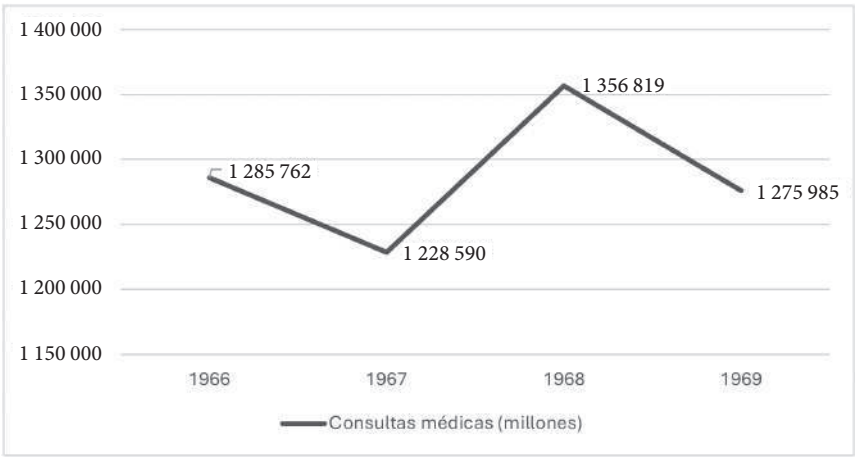
Fuente: elaboración propia con base en Knut Walter, *Las políticas culturales del Estado salvadoreño 1900-2012* (San Salvador: AccesArte, 2014), 78-93.

[88] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria 1970-1971*, 17.

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

[90] 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, *La experiencia de crecimiento*, 4-5.

Gráfico 4.5. Consultas médicas del sistema público de salud de El Salvador, 1966-1969



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

Imagen: Clínica asistencial de Jayaque, pacientes esperando consulta médica. Imagen de Ernesto Lima, publicada en su tesis *Informe de la labor desarrollada como médico rural en la ciudad de Jayaque departamento de La Libertad del 1o. de enero al 30 de junio de 1951* (San Salvador: Universidad de El Salvador, 1951). https://harvester.ues.edu.sv/vufind/Record/68918?sid=10696766

Capítulo 5. 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.
>
> Michel Foucault[1]

Este último capítulo lo sitúo en el campo de la historia de la salud pública y la medicina en Latinoamérica, área desde la que se ha reflexionado sobre temas como: los 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 salud.

Abordo tres aspectos fundamentales: las propuestas para mejorar la salud pública, el proyecto de reforma educativa de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador (UES) y la respuesta del sistema de salud pública para enfrentar una epidemia de disentería. La atención a estos aspectos en primera instancia busca llenar un vacío en el campo de la historia de la salud pública en el país. Particularmente, me permite reflexionar sobre la participación del gremio médico en la creación del sistema de salud pública del país durante las décadas de 1950 y 1960. Ante ello, ¿qué aportes concretos realizaron los galenos salvadoreños a la salud

[1] Foucault, *El nacimiento de la clínica.*

pública y a la educación médica?, ¿con qué actores sociales se relacionó el gremio médico?

Para analizar las propuestas dirigidas a mejorar la salud pública me centro en las que influyeron en la elaboración de la Constitución de 1950 y en la reforma de la Facultad de Medicina de la UES. Retomo principalmente las publicaciones trimestrales del Colegio Médico de El Salvador, pues al revisar las propuestas del gremio médico puede dimensionarse qué rumbo se pretendía dar a los proyectos y las acciones en materia de salud y educación médica.

Reflexiono sobre la reforma de la Facultad de Medicina de la UES emprendida desde la segunda mitad de la década de 1950 hasta el final de la de 1960, con un enfoque en tres temas: la configuración del grupo de médicos que lideró el proyecto reformista, la implementación de la modalidad de docentes de tiempo completo y el giro hacia un currículo de la carrera de medicina con mayor influencia de las ciencias sociales. Complemento lo anterior con una revisión al tema de las fuentes de financiamiento que hicieron posible la reforma de la facultad. El proceso lo reconstruyo con base en archivos oficiales de la UES, un fondo documental dedicado a esta universidad en poder de la Fundación Rockefeller y fuentes hemerográficas nacionales.

Para complementar el análisis de las coyunturas epidémicas que se trataron en los capítulos uno y dos, este último cierra con el análisis de una epidemia de disentería que ocurrió entre 1969 y 1973 en el país. Concluir con este asunto también tiene el propósito de evaluar un sistema de salud pública que presumía de contar con más capacidad que en sus primeras etapas de desarrollo. Ahora bien, la evaluación de esta época no se limita a la coyuntura epidémica, sino que se retoman algunas variables estructurales como, por ejemplo, la baja cobertura sanitaria, algo que se hizo evidente durante la propagación de la disentería. En todo caso, es posible identificar las fortalezas y dificultades que enfrentaba el sistema de salud en esa coyuntura. Por otra parte, para presentar los impactos de la enfermedad recurrí a dos tipos de fuentes: hemerográficas y estudios epidemiológicos.

Conviene mencionar que la categoría de *participación* se entenderá como 'el actuar político de la ciudadanía en el ámbito público con el propósito de incidir en problemas de interés sectorial o general'.[2] En ese sentido, presto atención a la participación del gremio de médicos solo en los sucesos en los que expresaron su voluntad para influir en los problemas de salud pública que afectaban a la población.

Considero de especial interés presentar los lazos internacionales que tejieron los médicos salvadoreños mediante relaciones que contribuyeron al desarrollo de la salud pública y la educación médica en el país. Por ejemplo, expongo los vínculos con algunas fundaciones filantrópicas estadounidenses que aportaron financiamiento para la reforma de la Facultad de Medicina. En este punto, fue de mucha utilidad entender que esas relaciones no fueron principalmente verticales, pues los médicos nacionales participaron de una manera activa.

Las propuestas del Colegio Médico

El Colegio Médico de El Salvador se fundó en 1944, año de la efímera primavera democrática que se abrió en mayo tras la salida del general Maximiliano H. Martínez de la presidencia. No es casual que se conformara en esa coyuntura de resurgimiento de la participación ciudadana, pues 1944 marcó un momento de la historia política salvadoreña en el que las expresiones organizadas pusieron en el horizonte la aspiración de democratizar el país y de generar condiciones mínimas para la participación de la sociedad civil. Sin embargo, el desenlace de ese año volvió a encaminar al país por la senda autoritaria retomada por los herederos del martinato. Osmín Aguirre inició esa «transición autoritaria» en octubre de ese año, para luego reacomodar la llegada del estamento militar

[2] Fernán E. González S.J., «De la invocación de lo público a la recuperación de la política», en *Programa de formación política y ciudadana* (Río de Janeiro: Conferencia de Provinciales Jesuitas de América Latina, 2009), 61.

bajo la presidencia de Salvador Castaneda Castro.[3] Fue en ese contexto de continuidad autoritaria y de aspiraciones democráticas truncadas cuando surgió el Colegio Médico. Precisamente las dos características mencionadas de la coyuntura de 1944 explicarían por qué este colegio se volvió un espacio que facilitó la circulación de opiniones entre los médicos agremiados, al mismo tiempo que se entablaban vías de comunicación con el estamento militar, en especial tras la emergencia del movimiento cívico-militar de 1948.

Al iniciar la década de 1950, cuando se introducían las bases para un nuevo modelo económico mientras se conservaban las prácticas políticas autoritarias, los médicos del país podían formar parte de una organización como el Colegio Médico. Para entonces, esta instancia acumulaba experiencia organizativa y era un referente nacional sobre las ideas de salud pública que circulaban en una reducida comunidad de médicos, que no llegaba a 300 en el país. Asimismo, en esa década el colegio demostró que tenía contactos con entidades que estaban a la vanguardia de los conocimientos médicos, tanto a nivel regional como internacional. Por ejemplo, mantenía lazos con entidades como la Confederación Médica Panamericana, la Asociación Médica Mundial y las universidades de Centroamérica. De igual manera, sus intermediaciones fueron muy útiles para gestionar becas a salvadoreños en universidades o centros médicos de otros países. Si algo demostró este colegio en esa época fue la necesidad de buscar vínculos en el extranjero para desarrollar su labor académica.[4]

Desde sus primeros años, el Colegio Médico tenía como meta convertirse en un espacio académico de difusión del conocimiento relativo a

[3] Monterrosa Cubías, *La sombra del martinato*, 135, 141-144, 220-239. Monterrosa defiende la tesis de 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.

[4] Colegio Médico de El Salvador, «Organización y actividades del Colegio Médico de El Salvador», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 3 (1952), 167-168; Colegio Médico de El Salvador, «VI congreso médico salvadoreño», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 1 (1950), 52.

la salud pública y la medicina. En diciembre de 1949, el colegio publicó un editorial en su revista *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, que había sido fundada el año anterior, en el que argumentaba que la única forma de garantizar la continuidad de la organización era mediante la realización de congresos y el sostenimiento de su revista. Esto se consideró importante por la intermitencia que había caracterizado a las asociaciones médicas anteriores.[5] A lo largo de la década de 1950, su revista tenía una frecuencia de publicación de cuatro números anuales, muy similar a la de la antigua revista de la UES, *La Universidad*, la cual databa del siglo XIX. Ambas publicaciones solo fueron superadas por la revista *ECA. Estudios Centroamericanos*, que había sido creada en 1946 y que en la década de 1950 imprimía casi un número mensual. Este fue el contexto editorial en el cual se insertó *Archivos del Colegio Médico de El Salvador* como la publicación especializada en salud pública y medicina del país.

En este apartado me centraré en el análisis de las propuestas que en materia de salud pública expresaron los agremiados al Colegio Médico a inicios de la década de 1950 por medio de su revista. Por ejemplo, una primera propuesta que emanó del colegio y que tuvo muy buena acogida entre los sectores políticos fue el planteamiento de la salud como un derecho. A mediados de 1949, en vísperas de la promulgación de la nueva Constitución de 1950, *Archivos del Colegio Médico de El Salvador* informó que el colegio había conformado una comisión constituida por médicos de su organización para que impartieran asesorías especializadas en salud pública a los políticos y juristas que se estaban elaborando el anteproyecto de la nueva carta magna. En esas asesorías, la comisión 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 organismos internacionales con base en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.[6] Otra

[5] Colegio Médico de El Salvador, «El VI congreso nacional de medicina», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 3 (1949), 203; Colegio Médico de El Salvador, «Reseña histórica de los congresos médicos en El Salvador», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1949), 267-268.

[6] Colegio Médico de El Salvador, «La medicina y la nueva constitución política», 133.

propuesta central de la comisión fue la creación del Consejo Superior de Salud Pública, una instancia encargada de vigilar el ejercicio de la profesión médica.

El papel del Colegio Médico como asesor fue determinante en las discusiones previas a la promulgación del nuevo texto constitucional, de tal modo que en la Constitución de 1950 se reconoció la salud como un derecho de carácter social, dejando completamente atrás la noción de salud como caridad. Esta nueva Constitución 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 situaciones de epidemia.[7]

La Constitución de 1950 retomaba también la propuesta del Colegio Médico de incorporar la figura de un Consejo Superior de Salud Pública con dos atribuciones centrales: vigilar el ejercicio de las profesiones vinculadas a la medicina y reconocer a las organizaciones médicas como partes constitutivas de su estructura institucional. Este consejo se conformó como una prerrogativa jurídica del Colegio Médico, lo que reafirma la influencia de esta instancia sobre los temas de salud pública durante esa época.[8]

En un país mayoritariamente campesino, no era extraño que el Colegio Médico 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 *Archivos del Colegio Médico de El Salvador* una amplia reflexión en este sentido que partía de dos premisas: la gran mayoría de la población salvadoreña no recibía servicios médicos por parte de las instituciones públicas y las enfermedades tenían un correlato con las condiciones de pobreza. Ante esta situación,

[7] Asamblea Nacional Constituyente, *Constitución política de El Salvador de 1950*.

[8] 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*, núm. 3 (1958), 161-170.

Pacheco proponía crear un servicio rural de salud pública que pudiera gestionar un esquema de aportaciones modestas de la población rural bajo la modalidad de cajas cooperativas de salud. La iniciativa de Pacheco, basada en el programa de salud rural de México y sus esquemas cooperativos para llevar la salud pública al medio rural, también contempló que el Ministerio de Salud aportara una parte del financiamiento.[9]

Por otro lado, el Colegio Médico tenía mucho interés en realizar proyectos encaminados a mejorar la formación de los médicos del país. En sus estatutos figuraba como uno de sus imperativos el fortalecimiento de la educación médica con «todos los medios a su alcance». A mediados de 1949, el colegio publicó un extenso diagnóstico sobre la Facultad de Medicina de la UES con el título *Los estudios de medicina en El Salvador. Contribución a su mejoramiento*. En este diagnóstico se afirmaba de forma contundente que la facultad era deficiente por cuatro razones: no se graduaba 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 el presupuesto era muy limitado. Al final, se recomendaba una reforma integral de la facultad que incluyera una planificación financiera destinada a lograr una institución educativa mejor organizada. Esta recomendación solo llegó 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 adelante.[10]

En junio de 1950, la revista *Archivos del Colegio Médico de El Salvador* publicó otra evaluación sobre la educación de los médicos graduados de la UES que estuvo a cargo de Humberto Escapini; la revisión se basaba en una ponencia que había presentado este doctor meses antes en el Congreso Nacional de Medicina organizado por el colegio. En su evaluación, Escapini insistía en las carencias de la Facultad de Medicina y mencionaba la urgencia de enseñar a los estudiantes la «medicina moderna»

[9] Pacheco Araujo, «Descripción de los servicios», 219-241.

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

para que el país contara con profesionales mejor entrenados en sus hospitales y clínicas. En ese sentido, recomendaba al Ministerio de Salud la creación de un programa de entrenamiento dirigido a los médicos recién graduados para que desarrollaran un año de residencia en los hospitales públicos, y sostenía que este programa debía ser planificado por una instancia tripartita integrada por la Facultad de Medicina, el hospital Rosales y el Colegio Médico.[11]

En marzo de 1950, se publicó en *Archivos del Colegio Médico de El Salvador* otra propuesta dirigida a elevar la calidad de la formación médica, en la que se 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 filantrópicas.[12] Con el transcurso del tiempo, el colegio funcionó como una suerte de instancia intermediaria entre los organismos internacionales que otorgaban becas y los médicos salvadoreños que se interesaban por realizar estudios de especialización en el extranjero.[13]

Otra iniciativa que impulsó el Colegio Médico a mediados de la década de 1950 fue promover la actualización de la biblioteca de la Facultad de Medicina. Para los galenos de este colegio, la biblioteca especializada en medicina de la UES era una «parte muerta», lo que incidía de manera negativa en los procesos de enseñanza de la universidad.[14] Consecuentemente, durante los años 1955 y 1956 la Facultad de Medicina renovó su acervo bibliográfico. En general, la batería de propuestas del colegio sobre cómo mejorar la calidad de la educación médica acabaría desencadenando una auténtica reforma institucional de la Facultad de Medicina.

[11] Humberto Escapini, «Necesidad de un mejor entrenamiento medico en El Salvador», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 2 (1950), 118-122.

[12] Colegio Médico de El Salvador, «La organización técnica de los servicios médicos que dependen del Estado», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 1 (1950), 51.

[13] Colegio Médico de El Salvador, «Organización y actividades del Colegio Médico», 168.

[14] Colegio Médico de El Salvador, «Bibliotecas médicas su influencia en la educación médica», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1955), 275.

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 Universidad de El Salvador (UES). Desde la segunda mitad de la década de 1940 y durante los primeros años de la siguiente, en la institución se produjo un debate que posteriormente marcó el rumbo de la modernización de la educación superior durante la década de 1960. Esta discusión estuvo dominada por las siguientes ideas: *a*) la reforma universitaria, *b*) la función social de la comunidad académica y *c*) la autonomía universitaria. Entre 1950 y 1951, los cambios jurídicos introducidos por la nueva Constitución garantizaban la autonomía de la universidad y la proyección social como una de sus funciones.[15] Sin embargo, no fue sino hasta la década de 1960 cuando la Ley de Autonomía de la UES tuvo efectividad.

Durante el final de la década de 1950 y a lo largo de la de 1960 se operaron cambios curriculares, como la introducción de las Áreas Comunes y una ampliación sustancial del número de carreras, infraestructura y estudiantes.[16] Estos cambios fueron posibles por un incremento presupuestario derivado de la cooperación entre las autoridades gubernamentales y las universitarias.[17] En este punto debe recordarse que los gobiernos de los años 1950 y 1960 estaban inmersos en la consolidación de un sistema de salud pública que necesitaba urgentemente una mayor cantidad de médicos.[18] Otra importante fuente de financiación pro-

[15] Morales, «Opinión pública y salud», 86-87.

[16] Olivier Prud'Homme, «Ciencia histórica y oficio del historiador: tentativa y fracaso de un proyecto en El Salvador de los años 60», *Identidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 2, núm. 3 (2011), 15-17; Blanca Evelyn Ávalos Guevara, *Análisis histórico del desarrollo académico de la Universidad de El Salvador 1950-2003* (tesis de licenciatura, Universidad de El Salvador, 2010), 96-104.

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

[18] «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

venía de fundaciones internacionales atraídas por el proceso de reforma que iniciara la UES. Por ejemplo, a mediados de la década de 1950 fundaciones como Ford, Kellogg o Rockefeller financiaron proyectos muy puntuales de la universidad, en especial de la Facultad de Medicina.

Durante este periodo, hablar de reforma universitaria se percibía con un sentido de expectativa. Así lo reflejó el intelectual Salvador Merlos, para quien la reforma estaba destinada a transformar la UES en un centro generador de pensamiento, praxis y ciencia que incidiera en los problemas socioeconómicos y contribuyera de forma positiva al «mejoramiento y bienestar» de la población salvadoreña. Particularmente en lo referente a la salud pública, Merlos afirmaba que la universidad tenía la posibilidad de difundir conocimientos sanitarios y brindar atención médica.[19]

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 ocurrió en el caso concreto de la Facultad de Medicina?, ¿quiénes llevaron a cabo ese proyecto?, ¿cuáles fueron las apuestas para reformar la facultad? 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 personal docente de tiempo completo, y *3*) los cambios en el plan de estudios de la carrera de medicina.

a) El grupo de médicos al frente de la reforma

El proceso de reforma de la Facultad de Medicina partió de dos factores interrelacionados: el primero tiene que ver con el debate abierto que se estaba llevando a cabo desde mediados de la década de 1940 sobre cómo reformar la universidad, y el segundo consistió en la conjunción de un grupo de médicos que estudiaron en el extranjero y regresaron al país sobre 1954. Este grupo se convirtió en una especie de red intelectual

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

encargada de modernizar la Facultad de Medicina, que acabó por convertirse en uno de los referentes más importantes de la educación médica en el país.

Estos médicos representaban dos fenómenos globales que tuvieron una gran expansión durante el siglo XX: la filantropía científica y los intercambios académicos. Los programas de becas propiciaron redes de interacción educativa con personas de diferentes partes del mundo y favorecieron el fortalecimiento técnico-científico. Un ejemplo de ello eran las becas Rhodes, que existían desde inicios del siglo XX, y cuya forma de operación influyó sobre otros fondos de becas académicas a lo largo del siglo. Por su parte, la Fundación Rockefeller fue una de las entidades internacionales que inició programas de filantropía científica con el propósito de combatir las enfermedades endémicas en el mundo, a la vez que desarrolló su propio programa de becas dirigido a las elites médicas de los países donde tenía presencia.[20] Un caso emblemático es el de la salvadoreña María Isabel Rodríguez, quien fue becaria de la Fundación Rockefeller en la década de 1950 y posteriormente se integró a redes académicas latinoamericanas; en especial destaca su participación en la OPS sobre temas como medicina social, atención primaria de salud y salud internacional.[21]

En junio de 1954 retornó a El Salvador una médica de 31 años que había concluido sus cinco años de especialización en el Instituto de Cardiología de México, la doctora María Isabel Rodríguez, quien al poco tiempo pasó a formar parte del grupo de galenos que impulsó la reforma

[20] Tamson Pietsch y Meng-Hsuan Chou, «The Politics of Scholarly Exchange: Taking the Long View on the Rhodes Scholarships», en *Global Exchanges: Scholarship and Transnational Circulations in the Modern World*, ed. por Ludovic Tournès y Giles Scott-Smith (Nueva York: Berghahn Books, 2018), 33-35; Yi-Tang Lin, Thomas David y Davide Rodogno, «Fellowship Programs for Public Health Development: The Rockefeller Foundation, UNRRA and the WHO (1920s-1970s)», en *Global Exchanges: Scholarship and Transnational Circulations in the Modern World*, ed. por Ludovic Tournès y Giles Scott-Smith (Nueva York: Berghahn Books, 2018), 140-145.

[21] María Julia Flores, «En el camino de un nuevo paradigma: orígenes y legados en medicina social, 1972-1985» y Herberth Morales, «Programa de Salud Internacional, 1985-1995», en *María Isabel Rodríguez. Su vida, sus tiempos*, dir. por Salvador Moncada (San Salvador: Asprode, 2025), 288, 317-348.

de la Facultad de Medicina de la UES. A pesar de contar con una vida académica muy corta, esta joven promesa de la medicina ya contaba con una especialidad en electrocardiología y dos investigaciones publicadas por la revista del Colegio Médico de El Salvador. El mismo año de su llegada se incorporó al Departamento de Cardiología del hospital Rosales, el cual funcionaba como centro de prácticas para los estudiantes de medicina de la UES, lo que le permitió incorporarse a la estructura de la Facultad de Medicina. Así, desde el Departamento de Cardiología la Dra. Rodríguez justificó la importancia de la investigación médica para el país, aspecto que también defendían los impulsores de la reforma de la Facultad de Medicina.[22]

En 1954 regresó 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 que, como la doctora Rodríguez, constituía una autentica promesa para el desarrollo de la academia salvadoreña; se trataba de Fabio Castillo. Tan pronto como regresó al país, este médico solicitó empleo en la Facultad de Medicina como profesor del Departamento de Fisiología y en breve se convirtió «en el único miembro de la facultad que trabajaba a tiempo completo». La noticia sorprendió a todos en el recinto académico, pero Castillo tenía claro que el mejoramiento del laboratorio de fisiología requería un titular con plaza fija.[23] En cualquier caso, este departamento pronto se quedó corto para las ansias juveniles de Castillo.

La doctora Rodríguez y el doctor Castillo fueron dos personajes fundamentales del grupo de médicos que a partir de 1954 impulsó la reforma de la Facultad de Medicina. Su liderazgo fue esencial, como lo confirmó el doctor John Weir, director de Educación Médica y Salud Pública

[22] María Isabel Rodríguez, «Carta a John Weir 18 de febrero de 1955», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 1, Rockefeller Archive Center, Nueva York. María Isabel Rodríguez, «Acción del tartrato de ergotamina sobre electrocardiograma normal», *Archivo del Colegio Médico*, núm. 3 (1949), 153-176.

[23] John Weir, «Entrevistas JMW 4 de mayo de 1956» y Benjamin Horning, «Memorándum de la visita de campo a El Salvador 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

de la Fundación Rockefeller.[24] Al grupo de Rodríguez y Castillo se sumaron dos galenos más, también con experiencia educativa en el extranjero y en contacto con instancias internacionales. El primero, el doctor Roberto Masferrer, estudió en Estados Unidos y pasó a hacerse 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, Juan Allwood Paredes, había sido funcionario del Ministerio de Salud Pública durante el primer gobierno del PRUD y contaba con una amplia experiencia en relaciones con organismos internacionales, la cual puso al servicio de la Facultad de Medicina para establecer una nueva cátedra denominada Medicina Preventiva.[25]

Entre 1954 y 1957, estos cuatro galenos conformaron el núcleo central que inició el proceso de reforma y que posteriormente convirtió la Facultad de Medicina de la UES en un centro de referencia a nivel latinoamericano durante la década de 1960.[26] Con el paso del tiempo se sumaron otros médicos nacionales y extranjeros, estos últimos financiados por la cooperación internacional.

Ahora bien, es necesario tener presente que quienes participaron en el proceso de reforma de la Facultad de Medicina no partieron de cero, porque desde finales de la década de 1940 el Colegio Médico de El Salvador había abogado por llevar a cabo una reforma radical de la facultad para sacarla del atraso en que estaba con respecto a los avances de las ciencias médicas.[27] Por otra parte, los cambios iniciados a mediados de la década de 1950 en el interior de esa facultad fueron fruto de una constelación de médicos brillantes, aunque no pongo en duda la importancia

[24] Estas declaraciones fueron expresadas por Weir en su reporte de la visita a El Salvador en diciembre de 1956.

[25] John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, pp. 1-4, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[26] The Rockefeller Foundation, *Annual report 1959* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1959), 79-80; «Carta de Lazarus a Weir 4 de August de 1965», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 3, fólder 23, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[27] Reyes y Ávila, «Los estudios de medicina», 122.

del liderazgo del doctor Castillo, pues, por el contrario, considero que actuó como un brillante director de orquesta en las reformas de la facultad.[28]

b) La modalidad de docentes de tiempo completo

Al inicio de 1955 la Facultad de Medicina aún no contaba con profesores de tiempo completo.[29] Sin embargo, el ímpetu del doctor Fabio Castillo marcó un precedente en la facultad, pues ese mismo año consiguió que las autoridades universitarias aprobaran su plaza de tiempo completo. Después de este hecho, Castillo y otros médicos de la facultad presionaron para que la modalidad de personal docente de tiempo completo fuera una de las apuestas centrales de la reforma. En este sentido, se esperaba que en la facultad se elevara la calidad de la educación mediante la contratación de personal dedicado de manera exclusiva a las labores de docencia e investigación de los problemas sanitarios del país. Esto sin duda hacía imperativo el incremento presupuestal para la Facultad de Medicina. A propósito, en 1955 el doctor Castillo consiguió nada menos que la duplicación del presupuesto de la facultad, situación que abrió la posibilidad para contratar a más personal docente de tiempo completo.[30]

En ese contexto en el que se estaba implementando la modalidad de personal docente de tiempo completo llegó al país el doctor Orlando Aidar, un médico brasileño que asumió la dirección del Departamento de Anatomía en 1956. Aidar, reclutado por Castillo, pasó a ser el segundo docente de tiempo completo y se sumó al grupo de médicos

[28] Ricardo Sol Izaguirre, «El pensamiento del rector Dr. Fabio Castillo Figueroa, cuarta generación. Centenario de su natalicio» (cátedra pronunciada en la Universidad de El Salvador, 24 de junio de 2021).

[29] «School of Medicine University of El Salvador», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, p. 1, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[30] John Weir, «Entrevistas JMW 4 de mayo de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

salvadoreños que estaba trabajando en la reforma de la facultad. Al finalizar 1956, John Weir, representante de la Fundación Rockefeller, opinó que Castillo había acertado plenamente en su decisión de incorporar a Aidar, pues el brasileño había sido considerado en Estados Unidos como uno de los estudiantes más sobresalientes de su generación.[31]

Estas primeras medidas dirigidas a lograr profesores de tiempo completo no pasaron inadvertidas 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 consistió en exponer cómo el núcleo de médicos estaba llevando a cabo 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 profesores de tiempo completo para que la 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 el país demandaba con urgencia.[32]

Al poco tiempo, entre los días 12 y 21 de febrero de 1957 se realizó una evaluación sobre el estado de la Facultad de Medicina por solicitud de 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. Con respecto a los docentes de tiempo completo, Horning aseguró lo siguiente en su evaluación: «el Gobierno salvadoreño aceptó la modalidad

[31] John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, p. 1, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[32] «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», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

de profesores de tiempo completo en la Facultad de Medicina […] y los fondos estaban asignados para tal propósito». Asimismo, pudo determinar que la facultad ya contaba con siete profesores de tiempo completo, siendo estos los doctores: Fabio Castillo, María Isabel Rodríguez, Orlando Aidar, Roberto Masferrer, Juan Allwood Paredes, Luís Peñalver y Nicolás Astacio. En menos de tres años estos siete médicos lograron algo sin precedentes en la historia de la facultad: conformar un grupo de académicos que se dedicaban de manera exclusiva a las labores de docencia e investigación.[33] Aun así, en 1957 un diagnóstico de la Facultad de Medicina insistía en que la reforma demandaba un número mayor de profesores de tiempo completo.[34]

La apuesta por esta modalidad de contratación se consolidó en 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 plazas de ese tipo.[35] Esto fue presentado como un auténtico logro al momento de gestionar fondos de cooperación para financiar los proyectos de la facultad durante el periodo 1964-1968.[36] No era para menos, pues la facultad había pasado de contar con un solo profesor de tiempo completo en 1955, a alcanzar la cifra de 46 en 1965.[37] Seguramente, este cambio de modalidad docente contribuyó para que la única Facultad de Medicina del país tuviera mayor capacidad para formar y graduar estudiantes. Así, durante las décadas de 1950 y 1960 se triplicó el número de médicos

[33] «Carta de Benjamin Horning a Brandon Scott A., 7 de marzo de 1957» y «Memorándum sobre el progreso de la educación médica en la Facultad de Medicina de la UES, 12-21 de febrero 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[34] «School of Medicine University of El Salvador», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, p. 3, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

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

[36] «Memorándum, 17 de agosto de 1964», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 3, fólder 21, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[37] «Carta de Alfred S. Lazarus a John M. Weir, 4 de agosto de 1965», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 3, fólder 23, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

salvadoreños, que pasaron de 257 a 865, un hecho que fue fundamental para el proceso de creación del sistema de salud pública.[38]

c) La modificación del plan de estudios de medicina

Modificar el plan de estudios fue otra apuesta estratégica de la reforma de la Facultad de Medicina. Los doctores que iniciaron esta reforma a mediados de la década de 1950 tenían claro que su objetivo era «crear en El Salvador una Escuela de Medicina de primera categoría» que aportara a la solución de los problemas de salud pública.[39] Sin embargo, antes se debía solucionar el problema de la baja cantidad de estudiantes que terminaban la carrera. En 1949 el Colegio Médico demostró en una de sus investigaciones que la facultad había registrado un patrón de graduación muy deficiente en las décadas de 1930 y 1940, pues los médicos titulados oscilaron entre cinco y 27 por año, mientras la población media de estudiantes era de 250 por año. En la misma investigación se exhortaba a las autoridades de la facultad a elevar el número de graduados, dado que el país necesitaba más médicos en proporción con el crecimiento poblacional.[40] 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 denunció que, si no se efectuaban modificaciones al plan de estudios, nunca se graduaría un número mayor de estudiantes y no se cumpliría con el objetivo de asegurar el número de médicos que necesitaba un sistema de salud pública en

[38] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Informe cuadrienal, 29-30; Grimmer, «Programa nacional de hospitales», 214.

[39] «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[40] Reyes y Ávila, «Los estudios de medicina», 116-117.

crecimiento.[41] Poco antes del inicio del proceso de reforma de la Facultad de Medicina, en 1950, el doctor 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».[42]

En 1955 se dieron los primeros pasos para mejorar el plan de estudios de la carrera de medicina.[43] En 1956, los doctores Fabio Castillo, Orlando Aidar y María Isabel Rodríguez trabajaron todo el año en los cambios que necesitaba el plan de estudios. En diciembre, un funcionario de la Fundación Rockefeller valoraba positivamente el trabajo de los tres doctores en el mejoramiento del currículo de medicina, y al mismo tiempo recomendaba en su informe 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 finalizadas las modificaciones al plan de estudios.[44] En cualquier caso, la formación académica de Castillo, Aidar y Rodríguez era de primer nivel, ya que se habían educado en los mejores centros médicos de Brasil, México y Estados Unidos.

Hacia finales de 1956, los profesores reformistas lograron 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 el funcionamiento orgánico del cuerpo humano y en la interacción con las enfermedades, pero jamás existió interés por entender el cuerpo como parte de una sociedad

[41] «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[42] Escapini, «Necesidad de un mejor entrenamiento», 118.

[43] «School of Medicine University of El Salvador», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, p. 1, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[44] John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, p. 2, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

que condiciona el desarrollo de todo ser vivo.[45] En diciembre de 1956 el plan de estudios ya contaba con contenidos relativos a psicología, lenguas, antropología social y manejo de bibliotecas.[46] En febrero de 1957, el consultor Benjamin Horning llegó incluso a recomendar la creación de una facultad en ciencias y letras que colaborara en la formación humanística de los estudiantes de medicina de la UES.[47]

Los cambios realizados 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 como las condiciones socioculturales y medioambientales que subyacen a las enfermedades. Al respecto, el doctor Juan Allwood Paredes reflexionaba en 1956 sobre este viraje en la educación impartida en la Facultad de Medicina. Allwood postulaba que uno de los fundamentos de la cátedra de Medicina Preventiva era que los estudiantes realizaran visitas a las comunidades, pues consideraba que esto les ayudaría a tomar conciencia sobre las condiciones materiales de los grupos sociales y se lograría además establecer lazos de confianza entre el alumnado y los habitantes de las comunidades. Se podría decir que Allwood equiparó el proceso de enseñanza de los estudiantes de medicina a la labor de los antropólogos que realizan trabajo de campo en culturas extrañas; en este caso, lo extraño era conocer a las personas enfermas en su medio, fuera del espacio conocido de las clínicas o los pabellones de los hospitales.[48]

[45] Infante Meyer, *Historia de la medicina*, 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.

[46] John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, pp. 5-6, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[47] Benjamín G. Horning, «Memorandum sobre el progreso de la educación médica en la Facultad de Medicina de la UES, 12-21 de febrero 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, p. 10, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[48] «Bases para el establecimiento de un Departamento de Medicina Preventiva en la Escuela de Medicina de El Salvador», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, pp. 1-3, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

Incorporar materias relacionadas con las ciencias sociales y las humanidades al plan de estudios de medicina rompía claramente con el paradigma anterior, según el cual las enfermedades se concebían como manifestaciones orgánicas en cuerpos desprovistos de contexto social.[49] Durante la década de 1960, materias como sociología, lógica y filosofía formaron parte del proceso de enseñanza de los médicos en El Salvador.[50] Asimismo, la incorporación de materias de ciencias sociales y humanidades en el plan de estudios de medicina estaba garantizada por el modelo de las Áreas Comunes, el cual fue introducido en todas las carreras universitarias de la UES con el propósito de ofrecer formación multidisciplinar en los primeros semestres. El nuevo paradigma adoptado por la Facultad de Medicina formaba parte de un movimiento intelectual internacional que más adelante se conocería como «medicina social latinoamericana» y que se caracterizaba por una fuerte influencia epistemológica de las ciencias sociales.[51]

La financiación de la facultad

La reforma de la Facultad de Medicina requería fuentes de financiamiento que fueran sostenibles en el largo plazo, así como excelentes dotes de cabildeo y gestión por parte de los médicos reformistas, quienes tuvieron que recurrir a alianzas con diversos actores sociales, como fundaciones filantrópicas, instancias nacionales de gobierno y organismos internacionales de cooperación, particularmente las agencias gubernamentales de Estados Unidos.

[49] Saforcada, «Los paradigmas de la salud pública», min. 17-38.

[50] Ávalos Guevara, *Análisis histórico*, 98-111. Vilma Trinidad Quan Martínez, 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), 12.

[51] Celia Iriart et al., «Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos», *Revista Panamericana de Salud Pública* 12, núm. 12 (2002), 128-132.

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 de las clases altas salvadoreñas para el financiamiento de la Facultad de Medicina. Una de las primeras actividades de esta sociedad fue la organización de una exclusiva cena, cuyos comensales fueron en su mayoría acaudalados terratenientes que pagaron hasta 100 colones por plato, el equivalente a entre 8 % y un 16 % del ingreso anual medio de una familia de ese tiempo.[52] Apelar a esta forma de filantropía para favorecer iniciativas vinculadas con la salud en realidad no tenía nada de nuevo porque, como ya tratamos en el primer capítulo, 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 recursos privados de este tipo para beneficio de la facultad.[53]

Entre ciertos sectores de la clase dominante salvadoreña la creación de la SPEM despertó gran interés. En su primer año de funciones, esta sociedad recaudó alrededor de 50 000 colones en donativos privados. Solo para hacerse una idea, esa primera recaudación anual equivalió casi a un tercio de los fondos públicos asignados a la facultad en 1955.[54] Al siguiente año la SPEM solo recaudó 28 000 colones.[55] Sin embargo, para convertir la Facultad de Medicina en un centro académico de alto nivel se necesitaba una mayor cantidad de recursos, por lo que los médicos reformistas tuvieron que ampliar sus alianzas y establecer lazos con fundaciones filantrópicas estadounidenses.

[52] Turcios, *Autoritarismo y modernización*, 40-41.

[53] John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, pp.1-2, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[54] «Carta de José Arístides Mendoza a Virgil Scott, 15 de marzo de 1961», «Gráfica de los presupuestos 1956-1961», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York. Tomo de referencia el año 1956 para la estimación.

[55] «Sección de noticias», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1956), 299.

La filantropía estadounidense

Una de las primeras organizaciones que apoyó a la Facultad de Medicina salvadoreña fue la Fundación W.K. Kellogg, con sede en Michigan. Entre 1955 y 1956 esta instancia aportó 33 000 colones para el equipamiento del Departamento de Fisiología, donde el doctor Fabio Castillo se desempeñaba como profesor de tiempo completo.[56] Por otra parte, en diciembre de 1955 la Fundación Kellogg y la SPEM financiaron de manera conjunta la renovación de la biblioteca de la UES.[57] Sin embargo, una evaluación realizada en diciembre del año siguiente afirmaba que solo se habían adquirido unos pocos libros y revistas actualizadas para la biblioteca.[58] Todo parecía indicar que la renovación bibliográfica iba a paso lento, pero se estaban obteniendo resultados firmes, dado que en otra evaluación de 1957 se detallaba que a la biblioteca le bastaba el financiamiento de la Fundación Kellogg y de la SPEM para mantener su proceso de renovación.[59]

La Fundación Rockefeller, siguiente instancia filantrópica internacional en apoyar la reforma de la Facultad de Medicina de la UES, tenía presencia desde la segunda década del siglo XX en Centroamérica, donde financiaba campañas contra la anquilostomiasis y otras enfermedades

[56] «School of Medicine University of El Salvador», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, pp. 4-5, Rockefeller Archive Center, Nueva York. Para convertir las cifras de dólares a colones he tomado de referencia la tasa de cambio del Banco Central de Reserva de El Salvador (BCR), véase: https://www.bcr.gob.sv/bcr-site/?cdr=48&lang=es

[57] Los serios problemas de desactualización bibliográfica de la biblioteca habían llegado al grado de ser calificada como la «parte muerta» de la facultad. Véase Colegio Médico de El Salvador, «Editorial», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1955).

[58] John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, p. 2, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[59] Benjamín G. Horning, «Memorandum sobre el progreso de la educación médica en la Facultad de Medicina de la UES, 12-21 de febrero 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, p. 8, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

endémicas como la fiebre amarilla o la malaria.[60] Desde 1913, se caracterizó por la ejecución de campañas mundiales contra enfermedades que le representaron bajas inversiones y no exigían procesos a largo plazo; es decir, intervenía en enfermedades que le aseguraban éxitos inmediatos y luego exhibía en sus informes de cooperación, pero no actuaba en enfermedades que exigían cambios en las condiciones socioeconómicas. Sin embargo, el hecho de que mostrara poco interés en los asuntos socioeconómicos de los países receptores de su ayuda era congruente con su concepción de que las enfermedades endémicas detenían el desarrollo económico, y los proyectos fundamentados en la ciencia podían revertir tal situación. En otras palabras, la Fundación Rockefeller destinaba recursos financieros y promovía soluciones de uso universal que se sustentaban en la rigurosidad científica, la cual se ha denominado filantropía científica. De hecho, trabajó en áreas rurales latinoamericanas bajo la idea de que eran zonas idóneas para aplicar las novedades de la medicina; por su parte, en la primera mitad del siglo XX un número significativo de los Estados latinoamericanos hacían muy poco por ejecutar políticas y programas de salud rural.[61]

Esta forma de trabajar convirtió a la Fundación Rockefeller en un actor hegemónico en la escena de la salud internacional hasta poco después de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, al iniciar la década de 1950 dejó de ser una instancia dominante a nivel mundial, aunque sus principios ideológicos y prácticas sobre la cooperación perduraron.[62]

Por otra parte, el cambio que experimentó esta fundación en el escenario internacional no fue un impedimento para que desarrollara una agenda de cooperación con la UES. 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 de esta fundación, la cual, fiel a su ideología, estableció tres principios para trabajar con la facultad: *a*) cooperación condicionada, que consistió en que la fundación tendría

[60] Malavassi Aguilar, «El encuentro de la Fundación Rockefeller», 125-128.

[61] Carter, *In Pursuit of Health Equity*, 33-35.

[62] Birn y Richter, «El filantrocapitalismo de los EUA», 136-139.

un peso importante a la hora de recomendar qué acciones estratégicas emprender; *b*) financiamiento parcial: la fundación asumía la responsabilidad de financiar cierto porcentaje de los proyectos de la reforma a la espera de contrapartes nacionales, y *c*) vinculación con «profesionales transnacionales»: este fue un mecanismo por el cual la fundación entabló comunicación directa con profesionales nacionales de alto prestigio académico que habían tenido la experiencia de formarse en el extranjero.[63]

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 doctor John Weir, se desempeñaba como subdirector de Educación Médica y Salud Pública de la fundación, con sede en Nueva York. Desde 1955, Weir recibió múltiples solicitudes de María Isabel Rodríguez y Fabio Castillo para financiar la reforma de la Facultad de Medicina. En un principio se sirvió de su red de informantes para evaluar las peticiones de cooperación que recibía, y posteriormente investigó sobre el proyecto de reforma e incluso visitó el recinto académico para evaluar personalmente sus necesidades. Con el paso del tiempo, la fundación contó con Rodríguez y Castillo, con quienes mantenía comunicación directa sobre la financiación de la reforma. Como se ha mencionado, ambos médicos salvadoreños tenían formación académica en el extranjero y participaban en redes profesionales fuera de El Salvador, dos aspectos que la fundación valoró de manera muy positiva.[64]

La doctora Rodríguez envió una de sus primeras peticiones a Weir el 18 de febrero de 1955, en la cual solicitaba financiamiento para la Sección de Investigación Experimental del hospital Rosales, un área especializada

[63] Birn y Richter, «El filantrocapitalismo de los EUA», 138-139. La adaptación de la propuesta conceptual y analítica sobre la forma de cooperación de la Fundación Rockefeller se retoma de estas autoras. Más adelante aportaré fuentes nacionales para sustentar cómo se produjo esta modalidad de cooperación dentro de la Facultad de Medicina de la UES.

[64] «JMW Diary Excerpt, México Jan. 24-Feb. 4, 1955» y John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 1 y 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

en padecimientos cardiacos que se había organizado recientemente bajo su mando. Para justificar su solicitud, argumentaba que el objetivo de esa sección era «iniciar nuevos métodos de investigación» sobre afecciones cardiacas para establecer en un futuro «el primer laboratorio de investigación médica» del país.[65]

Con el propósito de ganarse la confianza de Weir, en su solicitud del 18 de febrero de 1955 la doctora Rodríguez hizo un recuento de sus credenciales académicas. Sin embargo, su trayectoria no tomó por sorpresa a Weir, pues él ya había consultado con el doctor Arturo Rosenblueth acerca de la salvadoreña en una reunión para discutir los posibles apoyos de la Fundación Rockefeller a las iniciativas académicas de la doctora Rodríguez en El Salvador. Rosenblueth era un prestigioso académico mexicano que había sido profesor de Rodríguez en el Instituto de Cardiología de México, y acabó respaldando la solicitud de equipamiento, al mismo tiempo que elogiaba las labores de investigación de la doctora.[66] La fundación también consultó la opinión de las autoridades del hospital Rosales y de la Facultad de Medicina, quienes calificaron las investigaciones de Rodríguez como «una contribución significativa para el avance de la medicina experimental» en el país. Esta doctora había sido becaria de la Fundación Rockefeller entre 1953 y 1954 y contaba con las mejores credenciales académicas,[67] motivo por el cual Weir reconocía en su diario personal que la fundación tenía el compromiso moral de apoyarla en su labor académica.[68] Estos antecedentes fueron vitales para que la fundación se decantara por entregar a la Sección de Investigación Experimental el monto de 8750 colones, una decisión que también se basaba en la

[65] «Carta de María I. Rodríguez a John Weir, febrero 18 de 1955», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 1, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[66] «JMW Diary Excerpt, México Jan. 24-Feb. 4 de 1955», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 1, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[67] «Aprobación de fondos, 5 de abril de 1955», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 1, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[68] «JMW Diary Excerpt, México Jan. 24-Feb. 4 de 1955», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 1, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

inexistencia de un presupuesto estatal para el desarrollo de investigaciones médicas en El Salvador.[69]

En 1955, en el momento de hacerse efectiva esta primera donación gestionada por la doctora Rodríguez, no había acuerdo alguno de cooperación entre la UES y la Fundación Rockefeller. Pero esto no fue un impedimento para que aumentara gradualmente el interés de la fundación por llegar a un acuerdo de cooperación con la Facultad de Medicina. El 19 de septiembre de 1956, el doctor Weir se reunió en Nueva York con un funcionario de la cooperación estadounidense en El Salvador para informarle del interés creciente de la fundación con respecto al «progreso» de la reforma de la Facultad de Medicina de la UES.[70] En efecto, la facultad experimentaba los resultados iniciales de las modificaciones curriculares, del aumento en el presupuesto y de la estabilización de los primeros profesores de tiempo completo. Estos tres cambios bastaban para que la fundación se comprometiera a fortalecer la cooperación, algo que rápidamente se capitalizó como un caso de filantropía exitosa. Según lo dictaba su decálogo de cooperación internacional, la fundación tenía el objetivo de invertir solo en áreas de la salud pública que garantizaran un éxito inmediato para después publicitarse en los informes de cooperación.[71]

En diciembre de 1956, la Fundación Rockefeller mostró interés por la reforma universitaria y envió como representante en El Salvador al mismo doctor Weir, quien tuvo la encomienda de evaluar los avances del proyecto. Había comenzado a preparar su visita al país desde mediados de septiembre.[72] A finales de ese mes, el doctor Fabio Castillo era informado de la visita de Weir y le solicitaba que detallara los aspectos de su

[69] «Aprobación de fondos, 5 de abril de 1955», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 1, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[70] «Reunión entre John M. Weir y Lopo de Mello, 19 de septiembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[71] Birn y Richter, «El filantrocapitalismo de los EUA», 137-138.

[72] «Reunión entre John M. Weir y Lopo de Mello, 19 de septiembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

viaje para preparar su recibimiento en la facultad.[73] Ya antes, en mayo de 1956, el doctor Castillo había solicitado a la fundación que enviara 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,[74] por lo que la visita de Weir en diciembre de 1956 se presta a ser leída como un cambio de actitud de la Fundación Rockefeller en su investigación sobre la viabilidad de la cooperación.

Entre los días 12 y 13 de diciembre, el doctor Weir se reunió con los profesores y observó las condiciones del recinto académico; además, intercambió impresiones con personal del Ministerio de Salud. A partir de esas impresiones, el funcionario redactó un reporte en el cual detallaba las deficiencias de la facultad en el que señalaba, por ejemplo, que los laboratorios estaban equipados de manera inadecuada, a tal grado que ese era un gran obstáculo para la enseñanza de la medicina. En ese sentido, estimaba que les tomaría al menos un lustro solucionar con sus propios recursos las carencias en los laboratorios. Otro problema que destacó fue la baja calidad de las prácticas clínicas, aunque consideraba que las acciones que habían emprendido los médicos reformistas cambiarían esa situación.

El emisario de la fundación subrayaba otros aciertos en su reporte de diciembre. Alababa la conformación de un equipo de médicos de alto nivel académico para llevar a cabo la reforma y enfatizaba la importancia del papel de María Isabel Rodríguez y Fabio Castillo como abanderados, en especial en la actualización del plan de estudios. Por otra parte, Weir valoraba positivamente el incremento en el presupuesto de la facultad e identificaba correctamente sus dos principales fuentes de financiación: la hacienda pública y las contribuciones filantrópicas. El enviado de la fundación llegaba a la conclusión de que los avances en la Facultad de Medicina de la UES representaban «una empresa importante para la

[73] «Carta de Fabio Castillo a John M. Weir, 31 de octubre de 1956» y «Carta de Fabio Castillo a John M. Weir, 28 de noviembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[74] John M. Weir, «Entrevista JMW, 4 de mayo de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

educación médica en Centroamérica». Su veredicto fue correspondido por los médicos de la UES, quienes se comprometieron a diseñar un nuevo proyecto de mejoramiento de la facultad y a involucrar a las autoridades universitarias en una solicitud formal de cooperación con la fundación.[75]

El 18 de marzo de 1957, el rector Romeo Fortín Magaña hizo una solicitud para un periodo de cinco años (1957-1961)[76] mediante la presentación de un proyecto en el que se proponía una financiación mixta y variable. Durante el primer año (1957), la fundación aportaría 671 325 colones, mientras que, como contrapartida, la UES obtendría de fondos públicos la cantidad de 435 928 colones. A partir del segundo año, la universidad se comprometía a aumentar la inversión pública por encima de 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.[77]

Los progresos ya alcanzados en la Facultad de Medicina y la existencia de una contrapartida importante de fondos gubernamentales, que se suponía aumentarían cada año, fueron determinantes para que la fundación tomara una decisión favorable a los intereses de la UES. En efecto, en junio de 1957 comenzó a fluir el financiamiento en apoyo al mejoramiento de la facultad, aunque no se obtuvo la totalidad de lo solicitado por las autoridades de la universidad. Por ejemplo, durante el primer año (1957-1958) de proyecto se desembolsaron 436 625 colones, es decir, 65 % de lo que se le había solicitado. Esta situación se repitió en los años siguientes (véase cuadro 5.1). Ahora bien, la decisión de entregar menos de lo solicitado por la UES en realidad era coherente con la política de

[75] John Weir, «Entrevistas JMW 12-13 de diciembre de 1956», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, pp. 1-7, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[76] «Carta de Romeo Fortín Magaña a John M. Weir, 18 de marzo de 1957», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[77] «School of medicine University of El Salvador», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

cooperación de la fundación, que estipulaba no asumir la mayor parte del financiamiento de un proyecto.[78]

A pesar del contratiempo, las autoridades de la Facultad de Medicina mantuvieron un canal permanente para agilizar la entrega del financiamiento aprobado por la Fundación Rockefeller.[79] Así quedó registrado en los trámites administrativos que realizó el doctor Saturnino Cortés en 1958, en calidad de decano de la facultad y como titular del proyecto enviado a la fundación en 1957. Incluso, el cambio de autoridades de la facultad no significó descuidar el apoyo que proveía de la fundación. Por ejemplo, en marzo de 1959, los doctores José Kuri y Orlando de Sola, recién electos decano y vicedecano, respectivamente, expresaron ante la fundación 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]».[80] En esa misma ocasión, Kuri y De Sola insistieron en la importancia de la cooperación que brindaba la Fundación Rockefeller, respaldados en el hecho de que en 1959 esta última había entregado 111 250 colones a la facultad, equivalentes a 44.5 % de los fondos gubernamentales con que contaba el recinto académico (véanse cuadros 5.1 y 5.2).

La crisis política de 1960 y la fragilidad de la cooperación estadounidense

Durante la década de 1960, la Fundación Rockefeller continuó financiando algunas iniciativas de la Facultad de Medicina, pero de manera menos intensa. La cooperación comenzó a disminuir en 1960, un año agitado en El Salvador, pues durante los meses de agosto a octubre se produjo

[78] Birn y Richter, «El filantrocapitalismo de los EUA», 138-139.

[79] «Carta de Saturnino Cortés a John M. Weir, 4 de julio de 1958», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 11, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[80] «Carta de José Kuri, Orlando de Sola y Antonio M. Llort a John M. Weir», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 13, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

un movimiento civil que cambió la escena política nacional. La UES fue protagonista de ese movimiento, a tal grado que los policías reprimieron brutalmente a las máximas autoridades de la universidad la tarde del 2 septiembre. Entre agosto y septiembre, este amplio movimiento civil realizó una serie de protestas contra la matriz autoritaria del gobierno de José María Lemus, las cuales generaron una aguda crisis política comparable a los sucesos previos a la salida de Martínez del ejecutivo en 1944.[81] El 26 de octubre, el presidente Lemus fue depuesto de su cargo, lo que marcó el fin del prudismo. Acto seguido, se instaló una Junta de Gobierno compuesta por civiles y militares. Entre las figuras civiles destacó el doctor Fabio Castillo, quien contaba con el beneplácito del movimiento estudiantil.[82]

Ahora bien, el papel protagónico de los estudiantes y académicos en la coyuntura de 1960 atrajo nuevas resistencias hacia la UES porque en aquellos meses las organizaciones estudiantiles fueron los actores determinantes para articular las protestas y contrargumentar las posturas oficiales del gobierno de Lemus. Las propias autoridades de la universidad aumentaron el protagonismo de la institución al cuestionar públicamente al presidente 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 en el que calificó las protestas y los posicionamientos de los universitarios como parte de una conspiración del comunismo internacional.[83]

De cara a la coyuntura política del año 1960, es necesario plantearse las siguientes interrogantes: ¿pudo este contexto haber provocado desconfianza en la Fundación Rockefeller o el ánimo de distanciarse de la universidad?, ¿influyeron los hechos políticos de 1960 en la disminución de la cooperación que proveía la fundación a la Facultad de Medicina? O en el peor de los casos, ¿contempló la fundación la posibilidad de no continuar financiando a la facultad? Para ahondar al respecto, es

[81] Turcios, *Rebelión, San Salvador 1960*, 12 y 28, 181-190, 209-210 y 273.

[82] Turcios, «Vida política», 95.

[83] Turcios, *Rebelión, San Salvador 1960*, 192-193 y 218-219.

necesario adentrarse en la intimidad del intercambio epistolar que sostuvieron los médicos reformistas de la UES con sus interlocutores de la fundación durante agosto de 1960 y los meses posteriores al derrocamiento del presidente Lemus.

Por ejemplo, el 27 de agosto el doctor Fabio Castillo le envió una carta a John Weir en la que le transmitía serenidad y daba su versión sobre una manifestación estudiantil que había sido reprimida frente a la Facultad de Medicina la tarde del 19 de agosto. Esta era la segunda protesta opositora en menos de una semana contra el gobierno de Lemus y la respuesta gubernamental fue contundente, pues se contuvo y sitió a los manifestantes en las instalaciones de la facultad mediante un fuerte operativo policial y militar. También los profesores de medicina que trabajaban en ese momento, entre los que había académicos extranjeros traídos por la cooperación internacional, terminaron siendo afectados por la maniobra represiva al quedar atrapados en el recinto académico. Castillo aludió a estos hechos e hizo énfasis en la oportuna intervención de las autoridades universitarias, que gestionaron la salida de los profesores del edificio y la liberación de los detenidos sobre las nueve de la noche. Como aliciente, Castillo agregaba que Jacob Sacks, profesor visitante de la Universidad de Arkansas, no había sufrido el inconveniente de permanecer retenido en el interior de una patrulla policial.[84]

En la misiva, Castillo le aseguraba a Weir que la mayor parte del trabajo académico continuaba sin interrupciones. Incluso se puede percibir un tono estoico en las palabras de Castillo, principalmente cuando reiteraba que la Facultad de Medicina no cesaría en sus labores y que los trabajadores compartían esa postura. Sin embargo, también reconocía que la normalidad se había roto por dos motivos: porque el gobierno no había desembolsado los fondos para la facultad y porque los estudiantes estaban dispuestos a seguir oponiéndose a las prácticas autoritarias del presidente Lemus. Por estos motivos, Castillo insistía en la necesidad de

[84] «Carta de Fabio Castillo a John M. Weir, 27 de agosto de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

hacer efectiva la cooperación que se había solicitado a la fundación para que la facultad funcionara, «incluso en la oscuridad» de aquella coyuntura política de agosto de 1960. Cerraba su carta solicitándole a Weir que mantuvieran la comunicación que los unía.[85]

En octubre, pocos días antes del golpe de Estado contra el presidente Lemus, Fabio Castillo sostuvo una reunión con Weir en Panamá. Los temas que trataron en esa ocasión fueron el inminente derrocamiento de Lemus y la difícil situación financiera por la que atravesaba la Facultad de Medicina.[86] Castillo se había vuelto uno de los políticos salvadoreños que conocía de los entresijos de aquel golpe de Estado, y al mismo tiempo le preocupaba el estancamiento financiero de la facultad.[87]

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 doctor Juan Allwood Paredes, profesor y miembro del grupo de médicos que impulsaba la reforma. Para Allwood, la llegada de la Junta de Gobierno era el signo de un futuro venturoso para los intereses de la facultad: «Ahora esperamos que la política nunca más vuelva a interferir con el desarrollo normal de la enseñanza de la medicina».[88] Quizá la participación directa de Fabio Castillo en la Junta de Gobierno despertó esperanzas entre los facultativos de la universidad, que no habían tenido buenas relaciones con el ejecutivo saliente en sus últimos meses. En el mismo mes de noviembre,

[85] «Carta de Fabio Castillo a John M. Weir, 27 de agosto de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[86] «Cartas de John M. Weir y Jacob Sacks, 28 de noviembre y 19 de diciembre de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York. Entre una carta y otra, Weir cambió su versión sobre el hecho de que había discutido con Fabio Castillo, de manera anticipada, sobre el golpe de Estado contra el presidente Lemus. Considero que Weir se desdijo porque la Junta de Gobierno salvadoreña no fue del total agrado de la diplomacia estadounidense y porque se había percatado de su ligereza al verse cuestionado por el doctor Jacob Sacks en una carta anterior del 12 de diciembre de 1960.

[87] Turcios, *Rebelión, San Salvador 1960*, 289-290 y 304.

[88] «Carta de Juan Allwood Paredes a John M. Weir, 18 de noviembre de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

Allwood envió una carta a la Fundación Rockefeller con el objetivo de solicitar financiamiento para pagar la estadía de un profesor extranjero. Esta petición volvió a poner en la agenda la cooperación internacional como un tema importante para la Facultad de Medicina, tal como Castillo había enfatizado pocos meses atrás.[89]

John Weir, en su calidad de enviado de la fundación e interlocutor con los médicos salvadoreños, estaba informado sobre las novedades de la Facultad de Medicina y la Junta de Gobierno. Weir prestó especial atención al hecho de que Estados Unidos no reconociera a la Junta de Gobierno, ya que esto involucraba a Fabio Castillo y a la misma Facultad de Medicina y evidenciaba las reservas de la política exterior estadounidense hacia El Salvador.[90] En este sentido, la composición de la Junta de Gobierno encendió las alarmas anticomunistas por parte del gobierno estadounidense, que manifestó su desconfianza y durante todo noviembre no reconoció al nuevo gobierno salvadoreño. Esta postura se debió, en parte, a las apreciaciones sesgadas de su cuerpo diplomático en el país.[91] Algunos integrantes de la embajada estadounidense consideraban que en la Facultad de Medicina existían agentes comunistas que conformaban el círculo de confianza de Fabio Castillo. Por este motivo, en noviembre de 1960 consideraron que la Facultad de Medicina y la Junta de Gobierno eran piezas de la maquinaria del comunismo internacional.[92]

Sin embargo, Weir estimaba que ese hecho de no reconocer la Junta de Gobierno reflejaba la torpeza de la diplomacia estadounidense en El Salvador, aunque tenía claro que, como funcionario de la Fundación

[89] «Carta de Juan Allwood Paredes a John M. Weir, 18 de noviembre de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[90] «Carta de John M. Weir a Jacob Sacks, 28 de noviembre de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[91] Knut Walter, «El Salvador en el mundo», en *El Salvador: historia contemporánea*, coord. por Carlos Gregorio López Bernal (San Salvador: Editorial Universitaria, 2015), 183.

[92] «Carta de Jacob Sacks a John M. Weir, 21 de noviembre de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

Rockefeller, no podía inmiscuirse en asuntos diplomáticos.[93] Sin embargo, a pesar de ese 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 como propósito discutir sobre un posible aumento en la cooperación financiera.[94]

En diciembre de 1960, Fabio Castillo continuaba siendo miembro de la Junta de Gobierno, pero no descuidaba su preocupación por el financiamiento de la Facultad de Medicina. El 14 de diciembre de ese año, envió una carta a la fundación en la que informaba sobre la situación de la facultad y explicaba que el problema del congelamiento de los fondos públicos durante los últimos meses del gobierno de Lemus se había resuelto, y agregaba que se había planificado para el año siguiente un aumento en las asignaciones gubernamentales. Sin embargo, consideraba que la facultad necesitaría financiamiento de la fundación para elevar el número de profesores durante 1961 y así mejorar la calidad educativa.[95]

Al finalizar 1960, la Fundación Rockefeller registró en su memoria de labores un descenso notable de la cooperación para la Facultad de Medicina de la UES, que había pasado de 111 250 colones en 1959 a 12 250 en 1960 (véase cuadro 5.1). Seguramente, esta importante caída de recursos motivó a la doctora María Isabel Rodríguez a enviar una carta a la fundación en febrero de 1961 en la que, curiosamente, argumentaba con empeño que la Facultad de Medicina y los estudiantes universitarios ya no estaban involucrados en disputas políticas. Además, ponderaba que la facultad mantenía sus actividades académicas con total normalidad y proyectaba que las erogaciones gubernamentales no sufrirían demora alguna. Por otra parte, subrayaba que los estudiantes habían entendido

[93] «Carta de John M. Weir a Jacob Sacks, 28 de noviembre de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[94] «Carta de John M. Weir a Juan Allwood Paredes, 29 de noviembre de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[95] «Carta de Fabio Castillo a John M. Weir, 14 de diciembre de 1960», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

que la universidad estaba «por encima de luchas políticas», y concluía: «creemos que esta es una buena oportunidad para 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».[96]

Cuadro 5.1. Cooperación financiera de la Fundación Rockefeller a la Facultad de Medicina de la UES, 1957-1965

Años	Montos aprobados por la fundación (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 con base en The Rockefeller Foundation, *Annual report 1957* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1957), 76 y 92; The Rockefeller Foundation, *Annual report 1959* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1959), 80 y 89; The Rockefeller Foundation, *Annual report 1960* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1960), 126; The Rockefeller Foundation, *Annual report 1962* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1962), 189; The Rockefeller Foundation, *Annual report 1964* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1964), 194; The Rockefeller Foundation, *Annual report 1965* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1965), 199; «School of Medicine University of El Salvador», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, pp. 1-35, Rockefeller Archive Center, Nueva York. Utilizo la referencia de 2.5 cólones por dólar, de acuerdo con el cambio del Banco Central de Reserva de El Salvador (BCR) en esa fecha.
* No se encontraron los datos respectivos.

A partir de los documentos revisados no es posible determinar que los acontecimientos políticos de 1960 en El Salvador influyeran en la disminución del financiamiento que la Fundación Rockefeller enviaba a la Facultad de Medicina. Sin embargo, sí se observa la preocupación de los médicos de la facultad ante un posible deterioro de la relación de cooperación con la fundación como consecuencia de la coyuntura política.

[96] «Carta de María I. Rodríguez a John M. Weir, 8 de febrero de 1961», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

Además, se puede constatar que a lo largo de la primera mitad de la década de 1960 la fundación realizó erogaciones menores en comparación con los montos que otorgó entre 1957 y 1959 (véase cuadro 5.1). Por otra parte, la fundación 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 la Facultad de Medicina, sino la universidad en su totalidad.[97] A pesar de esta opinión favorable sobre el doctor Castillo, fue evidente que durante la segunda mitad de la década de 1960 la Facultad de Medicina, y en general la UES, ya no figuraron como destinatarias de los fondos de cooperación de la fundación.[98]

El financiamiento gubernamental

Tras lo expuesto sobre las fuentes de financiamiento de la Facultad de Medicina es necesario abordar las erogaciones realizadas por el gobierno salvadoreño. Desde que inició la reforma de la facultad, entre 1954 y 1955, los médicos reformistas exploraron la posibilidad de aumentar los fondos provenientes del gobierno. Por ejemplo, en 1955, Fabio Castillo realizó gestiones para lograr un incremento de los fondos procedentes del presupuesto gubernamental.[99] De hecho, la Facultad de Medicina aseguró, en 1957, que desde 1955 el gobierno salvadoreño le había entregado todos los fondos solicitados.[100]

[97] «Apoyo para el doctor Fabio Castillo», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 4, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[98] The Rockefeller Foundation, *Annual report 1967* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1967), 39; The Rockefeller Foundation, *Annual report 1969* (Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1969), 106 y 190.

[99] John M. Weir, «Entrevista jmw, 4 de mayo de 1956», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[100] «School of Medicine University of El Salvador», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

En contra de lo que pudiera suponerse desde la memoria reciente, los gobiernos autoritarios y reformistas de las décadas de 1950 y 1960 realizaron incrementos significativos a las arcas de la UES,[101] lo cual en buena medida fue reflejo de una relación menos tensa entre el gobierno y la universidad, sobre todo en la década de 1960.[102] Un ejemplo de esta distensión entre el ejecutivo y los universitarios quedó recogida, en 1957, en un documento técnico de la Facultad de Medicina que recogía los aspectos esenciales de su reforma; en ese documento se afirmaba que «tanto el Gobierno como la Universidad» estaban «muy interesados en el desarrollo de la facultad»,[103] y esto requería de manera imperiosa 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 recibiría la facultad del gobierno. Fue en esa ocasión cuando los facultativos le plantearon a Lemus que el proyecto de cooperación que financiaría la Fundación Rockefeller exigiría contrapartidas presupuestarias que debían ser asumidas de manera gradual con fondos gubernamentales.[104] Ante esa 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 colones en 1962.[105]

En su primer año, el gobierno de Lemus incrementó de 150 000 a 250 000 colones el presupuesto de la Facultad de Medicina. Sin embargo, de 1957 a 1959 las erogaciones gubernamentales se estancaron en la cifra de 250 000 colones anuales, por lo que se incumplía lo prometido

[101] López Bernal, «El Salvador 1960-1992», 246.

[102] Almeida, *Olas de movilización popular*, 117.

[103] «School of Medicine University of El Salvador», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[104] «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[105] «Carta de Fabio Castillo a John M. Weir, 23 de enero de 1957», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

de realizar incrementos graduales cada año (véase cuado 5.2). La facultad tuvo que esperar hasta 1960 para lograr un segundo aumento de los fondos gubernamentales, de modo que no fue sino hasta 1961 cuando la erogación gubernamental alcanzó el millón de colones. Si bien la promesa de Lemus no se cumplió en su totalidad ni en el tiempo estipulado, no se puede negar que la Facultad de Medicina pudo darla por cumplida, como se puede observar en el cuadro 5.2.

Cuadro 5.2. Erogaciones del gobierno salvadoreño a la Facultad de Medicina de la UES, 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 con base en «Facultad de Medicina presupuestos 1956-1961», Collection RF, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 2, fólder 15, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

Debe ponerse en perspectiva que la urgencia de elevar el número de médicos para atender los problemas sanitarios de la población fue la causa estructural que motivó al gobierno de 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, mientras que los estudios internacionales indicaban que el país necesitaba al menos triplicar ese número para cubrir las necesidades sanitarias de una población de 1 855 917 habitantes.[106] Fue con esta exigencia de aumentar drásticamente el número de médicos como la Facultad de Medicina de la UES transitó la década de 1960.

[106] Organización Mundial de la Salud, Primer informe sobre la situación sanitaria, 179; «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

En febrero de 1963, el recién nombrado rector de la UES, Fabio Castillo, le comentó al doctor Virgil Scott, representante de la Fundación Rockefeller, la importancia de que la Facultad de Medicina iniciara una segunda fase de reforma académica.[107] Para cumplir esta proyección, era necesario mantener una relación armoniosa con el gobierno a fin de garantizar fondos públicos, imprescindibles en esa época ante el descenso de la cooperación internacional. En septiembre de 1963, María Isabel Rodríguez describía la situación de la universidad como promisoria, pues el gobierno había garantizado a Fabio Castillo un refuerzo presupuestario con el que se construiría un nuevo edificio para ampliar las capacidades académicas y administrativas de la facultad.[108]

El edificio costaría tres millones de colones y su construcción finalizaría a principios de 1967. En 1965 el gobierno ya había desembolsado un millón y medio de colones.[109] Ese mismo año el periódico *El Universitario* informaba que el aumento en el número de estudiantes hacía imprescindible el nuevo edificio de la Facultad de Medicina.[110]

Quien quedó sorprendió por 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 y posteriormente redactó un breve informe en el que afirmaba que el progreso obtenido era notable en comparación con lo que había observado en una visita anterior realizada en 1962. En el documento, Lazarus mencionaba que en la Facultad de Medicina ejercían 46 de los 160 profesores de

[107] «Carta de Fabio Castillo a Virgil Scott, 19 de febrero de 1963», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 3, fólder 20, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[108] «Carta de María Isabel Rodríguez a Virgil Scott, 14 de septiembre de 1963», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 3, fólder 21, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[109] «Carta de Alfred Lazarus a John M. Weir, 4 de agosto de 1965», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 3, fólder 23, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[110] «Universidad construye la Facultad de Medicina» y «La ciudad universitaria crece», *El Universitario*, 14 de julio de 1965, 1 y 7.

tiempo completo que gozaban de ese estatus en la universidad. A partir de este dato, aseveraba que no conocía muchas facultades de medicina en Latinoamérica que igualaran o superaran ese número de profesores. En su opinión, la construcción de un nuevo edificio y el aumento de la cantidad de estudiantes eran otros signos del desarrollo académico que ya experimentaba la facultad. Finalmente, describía cómo en ella se estaban desarrollando algunas investigaciones médicas, entre las que destacaban las de María Isabel Rodríguez y Alfonso Trejos, con estudios sobre la enfermedad de Chagas.[111]

En 1965, el presupuesto de la Facultad de Medicina alcanzaba 1.5 millones de colones, una cifra coherente con la tendencia a la baja de las aportaciones de la Fundación Rockefeller y el incremento proporcional de los fondos gubernamentales (véanse cuadros 5.1 y 5.2). Esto 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 2 000 000 a 16 250 000 colones.[112]

Hacia el final de la década de 1960, la Facultad de Medicina alcanzó logros importantes. Por ejemplo, había aumentado su capacidad de matriculación, contaba con un número mayor de profesores de tiempo completo y disponía de una nueva infraestructura en el campus central.[113] En 1970, la universidad difundió sus estadísticas en dos páginas de un periódico, en las que resumía los éxitos académicos que había obtenido entre 1963 y 1969. En esta publicación se daba a entender que los

[111] «Carta de Alfred Lazarus a John M. Weir, 4 de agosto de 1965», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 3, fólder 23, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[112] Almeida, *Olas de movilización popular*, 117-118. Tomo las cifras citadas por Almeida, pero las convierto a colones utilizando la referencia de un dólar por 2.5 colones, que según el BCR fue la tasa de cambio durante esos años.

[113] 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; Ávalos Guevara, *Análisis histórico*, 203; Almeida, *Olas de movilización popular*, 119. A pesar de las diferencias sobre los datos presentados por Almeida y Ávalos con respecto al aumento de estudiantes matriculados durante la década de 1960, es innegable que la matrícula universitaria reflejó un crecimiento notorio en esos años.

avances de ese periodo marcaban un hito para la historia de la UES.[114] 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 la década de 1960, pues logró graduar un promedio de 24 al año entre 1958 y 1963, cifra que duplicaba el promedio de la década de 1940.[115] Sin embargo, el crecimiento demográfico de las décadas de 1950 y 1960 sobrepasó con mucho los esfuerzos académicos por 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, pero en 1957 el país solo contaba con 325 médicos.[116] 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 proporción de médicos por habitante.[117] Esta baja disponibilidad de médicos es un factor estructural del sistema de salud salvadoreño que debe ser evaluado.

La epidemia de disentería

Seguramente julio de 1969 está presente en la memoria colectiva por los hechos relacionados con la guerra entre El Salvador y Honduras.[118]

[114] «Compárese la Universidad de El Salvador», *La Prensa Gráfica*, 11 de junio de 1970, 36-37.

[115] Villatoro, *Breve estudio de la medicina rural*, 21-22.

[116] Organización Mundial de la Salud, Primer informe sobre la situación sanitaria, 179. «Memorándum de la reunión con el presidente Lemus del 14 de enero de 1957», Collection rf, Record Group 1.2 Proyects, Series 333 El Salvador, caja 1, fólder 9, Rockefeller Archive Center, Nueva York.

[117] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal*, 29-30.

[118] 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 pormenores y elementos tácticos sobre cómo se desarrolló esta guerra, cuyos enfrentamientos principales tuvieron lugar del 14 al 18 julio de 1969.

A nivel historiográfico hoy contamos con insumos para relacionar esta breve guerra con un cambio político y económico del modelo de desarrollo de El Salvador, que tenía como uno de sus pilares la integración centroamericana. Esta guerra potenció un nacionalismo visceral en ambos países y logró abrir el debate sobre la necesidad de llevar a cabo una reforma en la estructura agraria de El Salvador.[119] Ahora bien, ese mes de julio de 1969 llegaron vientos no solo de guerra, sino también de epidemia, ya que apareció la disentería, que a mediados de 1970 alcanzó su punto crítico. Posteriormente, a partir de 1971 esta enfermedad manifestó una tendencia a la baja y en 1973 pasó de epidemia a estado endémico.[120] En este apartado me ocuparé de esta epidemia y de los médicos que estuvieron involucrados en su erradicación.

Cabe tener presente que la epidemia de disentería tuvo una dimensión centroamericana. Los primeros casos se reportaron en el extremo occidental de Guatemala, en el departamento de San Marcos, entre noviembre de 1968 y enero de 1969. A lo largo de 1969, la enfermedad se propagó por todo el territorio guatemalteco, en julio de ese año ya estaba presente en El Salvador, y en diciembre de 1970 cubría buena parte del territorio nicaragüense y comenzaban a surgir los primeros casos en Costa Rica.[121]

En los estudios históricos de El Salvador se registran muy pocas referencias a esta epidemia, lo que probablemente se deba al desarrollo limitado de la historiografía nacional, que ha debido priorizar temas más urgentes relacionados con la economía, la cultura y la política. La tesis de Diana Durán sobre las políticas de salud y las enfermedades

[119] Turcios, *Siglo xx. Tendencias y coyunturas*, 122-124.

[120] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal*, 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*, núm. 76 (1974), 331-333.

[121] Adolfo Pérez Miravete, «Programa de investigación epidemiológica sobre infecciones producidas por Shiga dysenteriae tipo 1 en México», *Salud Pública de México*, núm. 4 (1972), 499-500; Eugenio J. Gangarosa, «Disentería por el bacilo de Shiga en Centroamérica», *Salud Pública de México* 13, núm. 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*, núm. 71 (1971), 93.

transmisibles en el país es uno de los pocos estudios sobre la epidemia de disentería a nivel estadístico entre 1969 y 1971.[122] Como vimos en el primer capítulo, una coyuntura epidémica se caracteriza 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? y ¿cómo actuó el gremio médico del país frente a ello?

a) El comienzo

En 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 sostenían un sistema de salud pública que ya contaba con una capacidad de 185 establecimientos constituidos por hospitales y unidades en zonas urbanas y rurales.[123] Esta cantidad de trabajadores puede parecer elevada, pero en realidad el sistema solo tenía capacidad efectiva para atender a 24 % de la población, que rondaba los 3.3 millones de personas.[124] Fue este porcentaje el que definió una de las limitantes de los servicios de salud pública en términos sistémicos. Habría que recordar que durante los gobiernos de los años 1950 y 1960 nunca se alcanzó la cifra de médicos que requería el sistema de salud, esto a pesar de que se elevó el número de graduados de la Facultad de Medicina de la UES durante su proceso de reforma universitaria en la década de 1960. Precisamente, al iniciar la de 1970, El Salvador era uno de los países centroamericanos con menos médicos por habitante en su sistema de salud pública. En

[122] Durán, *Historia de las políticas de salud*, 125-126.

[123] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal*, 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, aunque en mi exposición con fines didácticos solo utilizo el primer término.

[124] Organización Mundial de la Salud, *Quinto informe sobre la situación sanitaria*, 102.

este sentido, El Salvador y Guatemala contaban con un médico por cada 3 950 y 3 620 habitantes, respectivamente, mientras que 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 uno por cada 500 a 1 000 habitantes.[125]

La epidemia de disentería de 1969 hizo más evidentes estas carencias estructurales con las que funcionaba el endeble sistema de salud salvadoreño desde sus inicios. Sin embargo, ante el aumento súbito de casos, se realizó una temprana vigilancia epidemiológica, en cuya base se encontraban los 185 establecimientos de salud pública esparcidos en el territorio nacional. En julio de 1969 se determinó un comportamiento atípico, aunque todavía no se había identificado el patógeno causante de la disentería. En general, durante el desarrollo de la enfermedad los 42 laboratorios del sistema de salud no dieron abasto para procesar las muestras coprológicas de casos que fueron registrados como disentería entre 1969 y 1973. En este sentido, contar con un análisis de laboratorio fue un privilegio de pocas personas, pues el sistema sanitario funcionaba, pero con una cobertura limitada,[126] lo cual se debía principalmente al problema estructural de la concentración de los recursos humanos y financieros en el departamento de San Salvador, como se mencionó en el capítulo anterior.

Para agosto de 1969, el personal médico constató que la disentería se había disparado a más de un millar de casos solo en ese mes. Previamente, entre 1964 y 1968 se habían registrado un promedio de 522 casos mensuales de esta enfermedad; es decir, nunca se había alcanzado la cifra de 10 000 casos al año (véase gráfico 5.1). Durante todo 1969 se llegó

[125] Organización Mundial de la Salud, *Quinto informe sobre la situación sanitaria*, 34, 101, 105 y 112.

[126] Faich, Rivas y Gangarosa, «Tendencias de la disentería», 331-332; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal*, 36, 56 y 72. Faich, Rivas y Gangarosa mencionan 186 establecimientos de salud, aunque yo sostengo el dato de 185, como se manejó en la Conferencia Sanitaria Panamericana de 1970. Por otra parte, asumo el aspecto metodológico de este artículo, en el sentido de incluir todos los casos de disentería sin distinguir su etiología.

hasta los 28 614 casos, lo que arroja una tasa de morbilidad de 844 personas enfermas por cada 100 000 habitantes. De estos 28 614 contagios, 608 concluyeron en fallecimiento, lo que arroja una tasa de mortalidad de 18 personas por cada 100 000 habitantes, de tal modo que el promedio de mortalidad registrado por la enfermedad se quintuplicó respecto al periodo 1964-1968.[127]

Si la alta cantidad de casos de disentería registrados en 1969 añadía incertidumbre a la coyuntura epidémica, se presentó otro elemento que acentuó aún más esa atmosfera: la dificultad que afrontaron los laboratorios del sistema de salud pública para determinar con precisión cuál era el patógeno motivante de la enfermedad. 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 «una gran meticulosidad».[128] La confusión en el diagnóstico fue la causa de una administración elevada de medicamentos imprecisos, que provocaron en los pacientes cuadros con alta toxicidad al inicio de la epidemia.[129]

El Salvador entró en 1970 y los casos de disentería continuaban con la tendencia al alza del año anterior. No se contaba aún con ninguna investigación que indicara con certeza cuál era el organismo causante de la enfermedad. Las primeras investigaciones etiológicas sobre la disentería en Centroamérica se comenzaron a realizar a partir de agosto de 1969 en Guatemala, pero sus resultados no se publicaron hasta septiembre de 1970.[130] Por su parte, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas) de El Salvador puso en marcha una investigación para determinar la etiología de la epidemia de disentería en agosto de 1970; mientras no se obtuvieron los resultados, las autoridades sanitarias debieron

[127] Faich, Rivas y Gangarosa, «Tendencias de la disentería», 331-333.

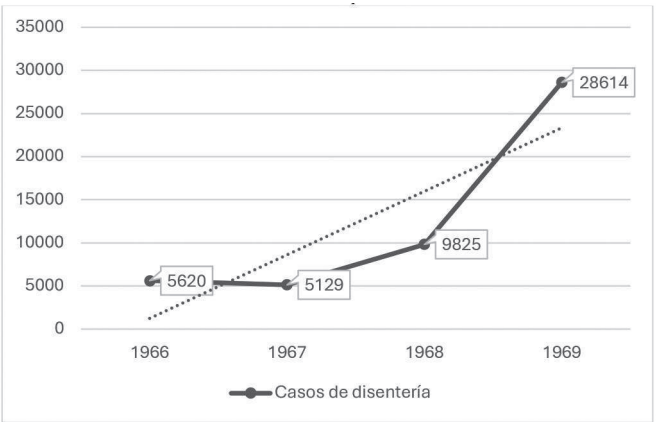
[128] Faich, Rivas y Gangarosa, «Tendencias de la disentería», 331-332.

[129] Eugene J. Gangarosa et al., «Epidemia de disentería Shiga en Centroamérica II. Estudios epidemiológicos en 1969», Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 71, núm. 2 (1971), 109.

[130] Mata et al., «Epidemia de disentería Shiga», 93-105.

recurrir a explicaciones poco fundamentadas para sobrellevar la ausencia de información científica con relación a la causa de la enfermedad.

Gráfico 5.1. Morbilidad de disentería por diversas causas, 1966-1969



Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal presentado a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana* (San Salvador: Mspas, 1970), 23.

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 la población a abstenerse de comprar alimentos en ellas.[131] Si bien es cierto que los alimentos contaminados son un medio para transportar patógenos causantes de enfermedades entéricas como la disentería, fue un error de las autoridades de la DGS simplificar la patogénesis de la epidemia y atribuir sus causas a las ventas de alimentos en la calle.[132] Minimizaron 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 drenaje para la disposición final de aguas residuales. Al inicio de la

[131] «Ventas callejeras causan la epidemia de Disentería», *El Diario de Hoy*, 7 de enero de 1970, 2 y 24.

[132] Bush, Larry M. y Maria T. Vazquez-Pertejo, «Shigelosis. Disentería bacilar», en *Manual MSD versión para profesionales* (s.p.i.).

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, en El Salvador existían condiciones propicias para el desarrollo de enfermedades entéricas como la disentería.[133]

Las declaraciones de las autoridades de la DGS mencionadas 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, y el 7 de enero aseguraba en sus páginas que la mayoría de las personas reclamaban la intervención de la policía para controlar la higiene de los vendedores ambulantes de comida.[134] Al día siguiente, el 8 de enero, «la Policía Municipal empezó a retirar» de las calles de San Salvador las ventas de alimentos que se consideraron insalubres.[135]

b) 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. Este nosocomio reportó que el traslado de pacientes se hacía por medio de automóviles estatales, vehículos particulares y cargados en hamacas, y que principalmente eran menores de edad procedentes del campo y de tugurios urbanos quienes saturaban el hospital.[136] En este ambiente se consideró la posibilidad de retrasar el año escolar para los infantes, ya que habían recibido información de que una semana antes los establecimientos de salud pública de

[133] Organización Mundial de la Salud, *Quinto informe sobre la situación sanitaria*, 101.

[134] «Ventas callejeras causan la epidemia de Disentería», *El Diario de Hoy*, 7 de enero de 1970, 24.

[135] «Retiran de las calles ventas antihigiénicas», *El Diario de Hoy*, 9 de enero de 1970, 2 y 33.

[136] «Numerosas muertes por la disentería en Santa Tecla», *El Diario de Hoy*, 21 de enero de 1970, 3 y 28.

Santa Ana también atendían a muchos niños enfermos de disentería.[137] 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 imagen más dantesca de la epidemia apareció en la portada del 22 de enero de 1970 de *El Diario de Hoy*, que mostraba una foto de los pabellones del hospital Rosales. En la imagen se aprecia a cuatro médicos que observaban a 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»[138] (véase imagen 5.1).

El 26 de enero de 1970, el doctor Salvador Infante Díaz, ministro de Salud Pública y Asistencia Social, dio declaraciones a la prensa sobre la epidemia de disentería que asolaba en el país y Centroamérica en las que afirmó que la enfermedad había producido «más estragos» que la pandemia de influenza vigente desde 1968.[139] El ministro también informó que el Instituto de Investigaciones Médicas del hospital Rosales se encontraba en proceso de producir una vacuna contra la disentería, la cual se esperaba obtener a finales de febrero de 1970,[140] y que ya contaba con algunos indicios que le permitían deducir que la epidemia tenía un origen bacilar y no por amebas. El equipo del instituto había logrado aislar el bacilo para producir una vacuna y comenzar a probar en animales.[141]

[137] «Tres niños fallecen de disentería en Santa Ana», *El Diario de Hoy*, 13 de enero de 1970, 2.

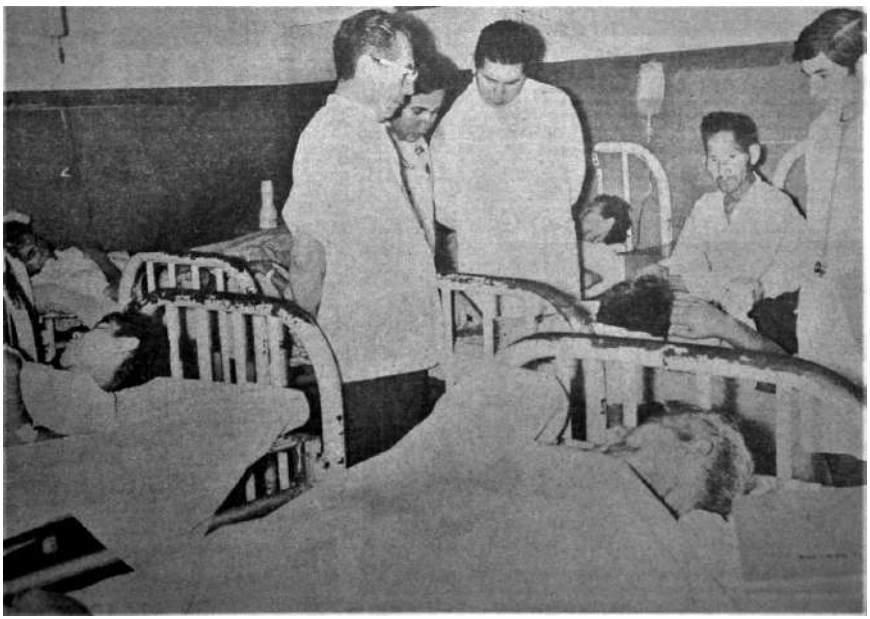
[138] «Agravase epidemia de disentería», *El Diario de Hoy*, 22 de enero de 1970, 1.

[139] Claudia Contente, «Dos terribles epidemias que nadie recuerda», *La Vanguardia*, 7 de junio de 2020.

[140] «Epidemia disentérica causa graves estragos en el país», *La Prensa Gráfica*, 27 de enero de 1970, 15.

[141] «Elaboran en el Rosales vacuna contra disentería», *El Diario de Hoy*, 27 de enero de 1970, 3.

Imagen 5.1. Médicos del hospital Rosales durante la epidemia de disentería, 1970



Fuente: «Agravase epidemia de disentería», *El Diario de Hoy*, 22 de enero de 1970, 1.

La noticia de una vacuna resultaba esperanzadora en términos mediáticos, pero a la luz de la evidencia científica todo era incertidumbre, pues en el país aún no se había realizado una investigación etiológica sistemática que proporcionara pruebas suficientes para determinar con precisión el patógeno causante de la enfermedad. Además, era sumamente exagerado pensar que en un mes el Instituto de Investigaciones Médicas lograra desarrollar una vacuna eficaz. El anuncio de la vacuna pareció más la respuesta desesperada de unas autoridades de salud sobrepasadas por el elevado número de contagios.

Al cierre de enero de 1970, varios municipios del interior del país siguieron las medidas que había adoptado la alcaldía de San Salvador a inicios del mes. Por otra parte, ante el aumento descontrolado de casos en diciembre del año anterior, en enero de 1970 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». Este alcalde publicó también un bando en el cual exhortaba a los vecinos a ser precavidos con los alimentos de dudosa salubridad.[142]

A inicios de febrero, el hospital de Cojutepeque registró una media de ingresos de 25 enfermos de disentería al día. Sin embargo, el aforo de este centro de salud era muy limitado, por lo que 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 habían visto obligados a internar solamente a los pacientes que presentaran los cuadros más graves y a dejar al resto en atención ambulatoria.[143]

Tras un mes de registrar una elevada cantidad de casos de disentería, el hospital de Santa Ana identificó que los menores de edad eran los más afectados.[144] A finales de febrero, los médicos de este hospital estimaban que ocho de cada 10 pacientes pasaban consulta por disentería.[145] Hasta los presidiarios de la cárcel de la ciudad demandaron los servicios del sanatorio por la alta incidencia de la enfermedad. Un estudio epidémico que realizó personal del Mspas junto con representantes del Centers for Disease Control and Prevention determinó que solo en febrero de 1970 se reportó un aproximado de 9 000 nuevos casos de disentería en el país, por lo que pasó a ser el mes con mayor morbilidad desde julio de 1969.[146] Entre marzo y mayo de 1970 se registró una disminución en el número de enfermos, pues los casos nuevos descendieron hasta 3 500 en

[142] «Varias muertes en Juayúa a consecuencia de disentería», *La Prensa Gráfica*, 30 de enero de 1970, 3.

[143] «25 enfermos de disentería llegan al día a hospital de Cojutepeque», *El Diario de Hoy*, 6 de febrero de 1970, 3.

[144] «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.

[145] «Propagase la disentería dicen los médicos del hospital de Sta. Ana», *El Diario de Hoy*, 27 de febrero de 1970, 2.

[146] Faich, Rivas y Gangarosa, «Tendencias de la disentería», 332.

un mes, aunque esta cifra aún era siete veces mayor que las correspondientes al periodo entre 1964 y 1968.[147]

En esos momentos en los que la epidemia disminuía, los estudiantes de la UES y los médicos residentes iniciaron una huelga para solicitar una mejora en las condiciones laborales, tanto en el ámbito médico como en el académico. La huelga inició el 29 de abril y terminó el 26 de mayo, y afectó a los hospitales Rosales, Maternidad y Bloom, lo que influyó sin duda en el desempeño de los servicios de salud pública en un contexto todavía epidémico.[148]

Al cierre de junio de 1970, después de que los huelguistas y el gobierno llegaran a un acuerdo, la Asamblea Legislativa pretendió exhortar al ejecutivo de Fidel Sánchez Hernández para que emprendiera una investigación sobre el estado de la disentería en el país.[149] En ese momento, el gobierno oficialmente se resistía a calificarla como epidemia. El 30 de junio, el doctor Víctor Manuel Esquivel, ministro de Salud Pública, sostuvo en una entrevista a *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. Aunque estas declaraciones del doctor Esquivel no se respaldaban en los datos sobre mortalidad o morbilidad,[150] el ministro insistía en su renuencia a declarar el estado de epidemia y aseguraba que el Mspas tenía bajo control la disentería «en todo el territorio nacional».[151]

[147] Faich, Rivas y Gangarosa, «Tendencias de la disentería», 332.

[148] «Que facultad de medicina planifique piden médicos», *La Prensa Gráfica*, 2 de mayo de 1970, 4 y 29; «Respuesta a la carta del doctor 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.

[149] «Diputados pedirán investigar si hay epidemia de disentería», *La Prensa Gráfica*, 27 de junio de 1970, 5 y 11.

[150] «Reunión hoy en salud ante el peligro de las epidemias», *La Prensa Gráfica*, 30 de junio de 1970, 3.

[151] «Salud pide refuerzo para los programas asistenciales», *La Prensa Gráfica*, 16 de julio de 1970, 3.

Después de las declaraciones del ministro Esquivel, en julio de 1970 se registraban 33 822 nuevos casos, la cifra más alta de contagios en un solo mes desde el inicio de la epidemia.[152] El 4 de julio, los médicos del hospital de Santa Ana hicieron públicos los niveles alarmantes de mortalidad que había causado la disentería,[153] mientras que desde Chalatenango informaba también un asustado periodista que había casi 500 nuevos contagiados a su alrededor en menos de tres semanas.[154]

Durante el catastrófico julio de 1970 el Mspas se activó, pues en ese mes se puso en marcha una campaña nacional de higiene específicamente dirigida a evitar la transmisión de la disentería. Esta iniciativa se complementaba con una acción conjunta entre el ministro Esquivel y el Centro Nacional de Información para lanzar una «campaña divulgativa a nivel nacional» dirigida a mejorar los hábitos higiénicos de la población, en especial en lo relacionado con el consumo de alimentos. En la campaña se aseguraba que el sistema de salud pública contaba con el suministro necesario de medicamentos, así como con el compromiso de las autoridades municipales y el apoyo de la Brigada Sanitaria del Estado Mayor General de la Fuerza Armada para combatir la disentería.[155]

En relación con esta campaña, el 10 de julio *La Prensa Gráfica* publicó una carta de Carlos René Rivera, director del Centro Nacional de Información, sobre la enérgica estrategia que había adoptado la institución, la cual utilizaría «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

[152] Faich, Rivas y Gangarosa, «Tendencias de la disentería», 331-332.

[153] «Presumen nuevos elementos bacterianos en la disentería», *La Prensa Gráfica*, 4 de julio de 1970, 4.

[154] «Semana de la salud contra la disentería en Chalatenango», *La Prensa Gráfica*, 13 de julio de 1970, 2.

[155] «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.

> preventivas y curativas de la referida enfermedad, mediante las radiodifusoras, fílmicos 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 aviones.[156]

c) La resolución

En el mismo mes de julio de 1970 tomó fuerza un debate controvertido, pero apegado al método científico, en torno al patógeno causante de la disentería, que tuvo un curioso eco en la prensa nacional. Previamente, en enero de ese año, el Instituto de Investigaciones Médicas del hospital Rosales había determinado que la enfermedad era de origen bacilar y no amebiano.[157] También, en febrero de ese año, el doctor Barth Reller, del Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta, declaró a la prensa salvadoreña que el patógeno pertenecía al género de bacterias *Shigella*.[158]

Sin embargo, el 4 de julio de 1970 *La Prensa Gráfica* publicó 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. Esta extraña hipótesis debió cautivar al diputado Alfonso Enrique Aguirre, quien llegó al extremo de presentarla ante el pleno legislativo como si se tratase de un dato concluyente, lo cual generó controversia en el ambiente político.[159] La conmoción hizo reaccionar de inmediato a los técnicos del Mspas quienes el 6 de julio publicaron un pronunciamiento que

[156] «Campaña masiva contra la disentería se lleva a cabo», *La Prensa Gráfica*, 15 de julio de 1970, 3 y 38.

[157] «Epidemia disentérica 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.

[158] «Propagase la disentería dicen los médicos del hospital de Sta. Ana», *El Diario de Hoy*, 27 de febrero de 1970, 2.

[159] «Presumen nuevos elementos bacterianos en la disentería», *La Prensa Gráfica*, 4 de julio de 1970, 4.

desvirtuaba las declaraciones del diputado Aguirre. Estos técnicos afirmaban con rotundidad que no existían bacterias extrañas, e identificaban de forma más específica que el bacilo causante de la disentería en El Salvador pertenecía a la especie *Shigella dysenteriae* tipo 1.[160]

Los principales hallazgos de una investigación definitiva sobre la enfermedad 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 UES, la cual en un comunicado detalló los aspectos metodológicos que utilizaron para estudiar la enfermedad, los cuales fueron: la causalidad, la distribución geográfica y los vectores que aceleraban la propagación. Gracias a esta metodología, la facultad estableció que la epidemia era causada por el bacilo *Shigella dysenteriae* tipo 1, que pertenecía al género de bacterias *Shigella*. Además, la facultad descartaba el uso de antibióticos como sulfamidas, estreptomicina, cloranfenicol y tetraciclinas, y recomendaba en su lugar suministrar sulfato de aminosidina, ampicilina, ácido nalidíxico, sulfato de kanamicina, carbenicilina, trimetoprim y gentamicina. Esta recomendación se basó en las pruebas *in vitro* que se realizaron en los laboratorios de la Facultad de Medicina.[161] De esta manera, la facultad demostró que la reforma impulsada en su seno desde mediados de 1950 había logrado 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 Centers for Disease Control and Prevention que comenzó en agosto de 1970.[162] En esta oportunidad, el grupo de investigadores estuvo conformado por Roberto Masferrer, un reconocido patólogo de la UES, Max Bloch, director del Instituto de Investigaciones Médicas del hospital Rosales, y Eduardo Navarro Rivas, director de la División de Epidemiología del Mspas. A ellos se sumaron los doctores Eugene J. Gangarosa y Barth Reller, ambos representantes del Centers for Disease Control and

[160] «Refutan al diputado que habló sobre la disentería», *La Prensa Gráfica*, 7 de julio de 1970, 3.

[161] «Informan que actual disentería no es amebiana sino bacilar», *La Prensa Gráfica*, 29 de julio de 1970, 3 y 35.

[162] «Investigación de epidemia de disentería hace técnico de E.U.», *La Prensa Gráfica*, 29 de agosto de 1970, 3.

Prevention. Estos cinco científicos reafirmaron que la causa de la disentería en el país era la *Shigella dysenteriae* tipo 1, y agregaron que la introducción del patógeno ocurrió a través de los puntos fronterizos con Honduras y Guatemala en la primera mitad de 1969.[163]

Finalmente, el Mspas informó 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 1.[164] A partir de ese momento se produjo un descenso drástico de personas afectadas; de los más de 30 000 casos reportados en julio de 1970, se pasó a 2778 en diciembre de ese año. La tendencia se mantuvo constante durante 1971, con un promedio de 2800 casos por mes, que en 1972 se redujo a 1828. El Salvador cerró oficialmente la epidemia en junio de 1973, cuando el promedio mensual de enfermos notificados por disentería había caído hasta 1591. En total, la epidemia dejó en el país 197 020 casos reportados de personas enfermas, y 11 572 de personas fallecidas.[165]

[163] Faich, Rivas y Gangarosa, «Tendencias de la disentería», 331-332 y 335. Cabe afirmar que la investigación que se emprendió en agosto de 1970 en El Salvador se publicó en 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.

[164] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Informe cuadrienal*, 41.

[165] Faich, Rivas y Gangarosa, «Tendencias de la disentería», 331-333. Es importante mencionar que el descenso abrupto de los casos reportados de disentería a partir de mediados de 1970 es sospechoso, pues fue muy acelerada su caída. Para el epidemiólogo Iván Solano, las caídas abruptas son indicio de un posible subregistro que no ha sido posible clarificar.

Imagen: Puesto de salud rural de El Salvador, 1955. «Papel de la auxiliar sanitaria en un programa de salud pública rural», de Argelia Sandoval y Bertha Hernández, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,* vol. 39, núm. 3, 1955. https://iris.paho.org/items/4ebbdaca-f695-424b-b59e-344f1bdc573c

Reflexiones finales

La imposibilidad de ser un vigilante

Según Michel Foucault, la mirada de los médicos configura múltiples puntos de control en una sociedad; en otras palabras, el conocimiento médico y las instituciones sanitarias se transforman en instrumentos de control estatal. Durante la primera mitad del siglo XX, es posible asegurar que la Dirección General de Sanidad (DGS) desempeñó un papel muy limitado en la vigilancia y el control de la propagación de enfermedades, lo que se debió principalmente a su escasa presencia territorial. Por este motivo, las instituciones sanitarias y el conocimiento médico muy poco podían influir en la cotidianidad de la población. No obstante, la DGS y el Ramo de Beneficencia son antecedentes institucionales que ayudan a entender el surgimiento del sistema de salud pública en El Salvador a mediados del siglo XX.

La DGS surgió formalmente bajo ese nombre en julio de 1920; sin embargo, entre 1900 y 1920 existió el Consejo Superior de Salubridad (CSS), que en esencia tuvo las mismas obligaciones que la DGS. La diferencia entre ambas radicó en el tipo de estructura organizativa, pues mientras que el CSS fue una entidad colegiada compuesta por pocas personas que debía recurrir al apoyo de las instancias locales como las municipalidades, la DGS se constituyó bajo la lógica de crear departamentos especializados con más personal. En 1930, la DGS casi alcanzó la cifra de

300 empleados, aunque aún eran insuficientes para una población que rondaba los 1.4 millones de habitantes.

Las emergencias sanitarias expusieron las carencias institucionales del CSS y la DGS. Por ejemplo, la pandemia de influenza de 1918 puso al descubierto que el CSS respondía de manera tardía, por lo cual, ante su actuación negligente, las iniciativas filantrópicas tomaron protagonismo. Por otra parte, la epidemia de viruela que azotó el país entre 1932 y 1935 también develó que la DGS durante el martinato no pudo emprender una estrategia de control adecuada para afrontar la enfermedad, y se caracterizó por desarrollar una vacunación poco efectiva al comienzo y por negar la alta gravedad de la viruela. Incluso, el doctor David Escalante, director de la DGS, se obstinó en presentar por medio de la prensa nacional una imagen institucional de eficacia y diligencia, en tanto que la realidad dictaba todo lo contrario. Ahora bien, estas dos coyunturas 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.

Tras las emergencias sanitarias de influenza y viruela, se impulsaron reformas relevantes en las instituciones de salud pública del país. En particular, las realizadas en 1920 y 1936 pueden entenderse como esfuerzos del Estado por reafirmar su papel central en el ámbito sanitario. Estas reformas subrayaban la necesidad de que la Dirección General de Sanidad (DGS) ampliara su presencia territorial para fortalecer la labor sanitaria, al tiempo que reconocían que sus limitaciones respondían a un problema estructural de fondo, anterior a cualquier emergencia sanitaria.

El triunvirato

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: el Estado, la Iglesia católica y la clase dominante. En este marco, las congregaciones religiosas apoyaron en las labores de enfermería, mientras que la clase dominante emprendió acciones filantrópicas a través de asociaciones privadas o de forma individual. Sin embargo, el Estado, por medio del Ramo de Beneficencia, administró siempre los centros de salud. Lo anterior me permite plantear que los hospitales públicos de El Salvador tuvieron un funcionamiento triádico. Esta tríada de actores ya estaba presente en los hospitales desde mediados del siglo XIX; no obstante, en el curso de las primeras tres décadas del siglo XX el Estado asumió mayores responsabilidades en materia de salud pública, lo que representó un cambio cualitativo en la dinámica de estos tres actores. En todo caso, el funcionamiento triádico de los hospitales se caracterizó por concebir la salud pública como un favor caritativo 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, aunque siempre con un mayor respaldo estatal. Por ejemplo, durante los primeros años del martinato los hospitales salvadoreños experimentaron los efectos de la crisis económica mundial, lo cual obligó a que los funcionarios del régimen exploraran nuevas formas de financiamiento. Así, 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 que se canalizaron al sector hospitalario. Sin embargo, la inversión pública destinada al Ramo de Beneficencia fue ínfima en comparación con otras carteras estatales, pues en la primera mitad del siglo XX recibió en promedio 3.57 % de los presupuestos nacionales, en contraste con el ramo de Guerra, que registró un gasto promedio de 21.46 %.

La anterior distribución porcentual tuvo graves consecuencias en la salud de la población salvadoreña. 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 personas de las casi 1.8 millones que constituían la población del país en ese entonces. Según este consultor, únicamente el hospital Bloom cumplía todos los requisitos

de un nosocomio moderno. En conclusión, el martinato no pudo dejar como herencia un pueblo sano y fuerte, tal como se lo había propuesto este proyecto autoritario desde un inicio.

El derecho a la salud

Durante la segunda mitad de la década de 1940 y comienzos de la siguiente, en El Salvador convergieron actores nacionales e internacionales que impulsaron la idea de la salud como un derecho social. La llegada de los golpistas de 1948 y la promulgación de la Constitución de 1950 abrieron paso a la consolidación de un Estado interventor en los ámbitos económico y social. En materia de salud, este giro fue decisivo: se reconoció explícitamente como un derecho que debía ser garantizado por el Estado, en claro contraste con el modelo liberal de finales del siglo XIX, en el que la salud se vinculaba más con la caridad que con la justicia social.

Este nuevo enfoque no fue exclusivo del contexto salvadoreño. A nivel internacional, la idea del derecho a la salud ya había cobrado fuerza, cristalizándose en la fundación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1951, la OMS eligió a El Salvador para desarrollar un proyecto piloto en Latinoamérica, lo cual reforzó la influencia de este nuevo paradigma. Fue en este contexto que surgió el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Mspas), creado como la entidad encargada de hacer efectivo ese derecho en el país.

Por su parte, el Colegio Médico de El Salvador fue capaz de articular una serie de planteamientos sobre salud pública, que rápidamente fueron retomados por el sector político a inicios de la década de 1950. Por ejemplo, la iniciativa de concebir la salud como un derecho se incorporó en la Constitución con el único propósito de reafirmar su carácter social, y que se dejara de considerar una gracia caritativa, como se había pensado antes. Precisamente, crear el sistema de salud pública a mediados del siglo XX en El Salvador significó transitar hacia el concepto de la salud como un derecho social.

El sistema de salud pública posible

El Mspas se conformó a partir de la fusión de las antiguas instituciones que habían estado a cargo de la salud de la población el Ramo de Beneficencia y la Dirección General de Sanidad. Considero que el establecimiento del Mspas, en 1950 fue el punto de partida para crear el sistema de salud pública del país, una travesía que 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 eran prácticamente los mismos desde inicios del siglo XX. Asimismo, el país tenía una reducida comunidad de médicos que apenas sumaban 257, lo cual significaba una de las peores cifras en Latinoamérica para entonces: uno por cada 7 221 habitantes. 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 un momento que se caracterizó por la aparición de la propuesta de constituir un sistema de salud pública nacional. 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 Óscar 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 del Área de Demostración Sanitaria (ADS) que se instaló en el país a partir de 1951 fue el primero de su tipo que financió y asesoró la OMS en Latinoamérica. El ADS funcionó en 12 municipios de los departamentos de La Libertad y San Salvador. En ese espacio geográfico se establecieron criterios comunes de trabajo que le permitieron al Mspas un primer ejercicio para que los servicios de salud pública operaran como un sistema. Visto de otra manera, el proyecto del ADS fue una de las primeras experiencias de cooperación vertical que El Salvador puso en práctica en materia de salud con el apoyo de la OMS.

El ADS también fue concebido como un espacio para la formación del personal de salud del país. Bajo este precepto, los técnicos de la OMS eran considerados transmisores de conocimiento desde los países desarrollados hacia uno periférico como El Salvador. Con una lógica muy similar, los profesionales de la salud nacionales trataron de modificar los patrones culturales de la población con el afán de incidir en las condiciones sanitarias del entorno. Esta concepción educativa del ADS no era nueva, pues desde principios del siglo XX en Estados Unidos se entendía la «demostración sanitaria» como una praxis destinada a orientar el comportamiento de la población y de las autoridades civiles al proyecto de mejorar la salud pública. La novedad para El Salvador estuvo en la instalación de un proyecto como el ADS, que contó con la cooperación de la OMS durante la década de 1950.

Entre los decenios de 1950 y 1960 los servicios de salud pública aumentaron notablemente en el país, sobre todo en los sesenta. Esto produjo un despliegue territorial inusitado que requirió una lógica sistémica para funcionar. Hacia finales de la década de 1960 fue evidente la existencia de un sistema de salud pública, pues las planificaciones de esos años reflejan cómo los servicios sanitarios funcionaban como un todo que estaba bajo las directrices del Mspas. Cada uno de los gobiernos de esas dos décadas aportó a la edificación gradual del sistema. Por ejemplo, con los gobiernos prudistas comenzó a operar 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 con el 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, se registraron graves demoras en la reconstrucción de los hospitales, lo cual afectó el propósito de 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 aseguraban que este sistema era capaz de dar cobertura sanitaria a 83.7 % de la población; sin embargo, su capacidad real apenas cubría a 24 % de una población de 3.5 millones de salvadoreños, según datos de la OMS.

Desde el inicio de la década de 1950 empezó a incrementarse el gasto en salud pública, pero no fue sino hasta la segunda mitad de la década de 1960 cuando este gasto alcanzó cifras récord. En estas décadas el gasto en salud osciló entre 9 % y 15 % del gasto público total, unos porcentajes que contrastaban ampliamente con el gasto de salud de la primera mitad del siglo XX, que había correspondido a 3.57 % del gasto público. Cabe resaltar 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 esas décadas cuando se institucionalizaron «las primeras políticas sociales» con resultados concretos y financiamiento asegurado, producto de un rendimiento económico satisfactorio.

Por otra parte, como bien es sabido, la década de 1960 significó para Latinoamérica una época en la cual la palabra planificar era sinónimo de recibir influencia y financiamiento de la Alianza para el Progreso, un programa promovido por Estados Unidos que tuvo gran influencia en el desarrollo del sistema de salud pública de El Salvador. Por ejemplo, a partir de 1963 la Alianza para el Progreso le exigió al Mspas la planificación de su trabajo, y poco después el ministerio comenzó a rendir informes a esa instancia. Además, en la segunda mitad de los años sesenta, esa institución financió una parte del programa de inversión en infraestructura médica que planificó el gobierno de El Salvador.

En el sistema de salud salvadoreño es necesario considerar la concentración de los servicios. Este sistema, que se consolidó entre 1950 y 1960, se caracterizó por centralizar sus recursos humanos, financieros y de infraestructura en el departamento de San Salvador. A pesar de que había conciencia sobre el problema y se intentaba romper con ese

centralismo, la tendencia de privilegiar San Salvador se reafirmó en la década de 1960, cuando creció el número de establecimientos de salud en esta región. En definitiva, el sistema tenía una contradicción de fondo: privilegiaba las zonas urbanas en una sociedad mayoritariamente rural. Esto no era sorpresa si se tiene presente el sesgo urbano del modelo económico salvadoreño de mediados del siglo XX, que tuvo entre sus influencias la teoría de la modernización.

Tiempo de reforma

Al iniciar la década de 1950, el Colegio Médico de El Salvador planteó que la enseñanza en la Facultad de Medicina de la UES debía ser reformada. Sin embargo, no fue sino hasta la segunda mitad de esa década cuando un grupo de médicos emprendió el camino hacia una reforma educativa con resultados concretos.

La reforma de la facultad, que comenzó a mediados de los cincuenta y maduró 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 de tiempo completo, que se dedicaron de manera exclusiva a la docencia y la investigación. Además, la reforma logró instaurar un plan de estudios en la carrera de medicina con influencia epistémica de las ciencias sociales; se incrementó la capacidad para recibir estudiantes y fue posible contar con mejores instalaciones educativas. La reforma tuvo entre sus principales impulsores un grupo constituido por médicos salvadoreños y extranjeros que fueron capaces de interpretar las necesidades sociales más 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 sobre los aportes al campo de la medicina. No está de más señalar la

ausencia de trabajos biográficos sobre Fabio Castillo, en los que deberían compaginarse temas como los avances en medicina y la reforma universitaria como ejes de análisis.

Para impulsar el proyecto de reforma de la Facultad de Medicina se necesitó 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 fue capaz de incrementar progresivamente las arcas de la facultad, tema en el cual las gestiones de los médicos que impulsaron la reforma fueron esenciales. Adicionalmente, los médicos reformistas también recurrieron a la cooperación financiera de organismos internacionales como la Fundación Rockefeller. Por lo anterior, se puede precisar que las dos principales fuentes de financiación de la reforma fueron las erogaciones gubernamentales y 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.

La epidemia pendiente

En otro orden de cosas, la elevada tasa de morbilidad y mortalidad a causa de la disentería en El Salvador entre 1969 y 1973 aconteció en el contexto de una epidemia de proporciones centroamericanas. Esta enfermedad se desplazó desde la zona occidental de Guatemala hacia el sur del istmo, llegando a Nicaragua y Costa Rica en 1970. Guatemala fue el primer país de la región en contar con investigaciones epidemiológicas para determinar con precisión el patógeno causante de la disentería; luego se sumaría El Salvador. En 1971, el doctor Eugene Gangarosa, un experto del Centers for Disease Control and Prevention, opinó que la epidemia de disentería que asolaba Centroamérica era un problema de interés para la salud internacional a causa de su «severidad insólita [y su]

tendencia a diseminarse ampliamente».[1] En futuros estudios se 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 país sufrió una saturación en sus servicios hospitalarios, siendo julio de 1970 el mes con mayor incidencia de la enfermedad a nivel nacional. Cabe comentar que el descenso abrupto y acelerado de los casos reportados de disentería a partir del segundo semestre de 1970 es sospechoso, pues para los expertos en mediciones de epidemias las caídas abruptas son indicios de un posible subregistro.

Es notorio que, al enfrentar esta epidemia, el gobierno de Fidel Sánchez Hernández 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 de las distinciones en la transmisión de ambas enfermedades, debo apuntar algunos contrastes y similitudes que son sustantivos. Así, las epidemias de viruela de 1932 y la de disentería de 1969 fueron entendidas por los gobiernos en turno como amenazas públicas; no obstante, el gobierno de Hernández Martínez relativizó abiertamente el impacto de la viruela y manipuló la opinión pública en aras de guardar el orden social. Es muy cierto que el ministro de salud del gobierno de Sánchez Hernández también minimizó la magnitud de la disentería ante la opinión pública, aunque 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, y el segundo con la estructura de los 185 establecimientos de salud pública que monitorearon el comportamiento de la enfermedad de manera simultánea. Estos dos factores no permitieron que se presentara la epidemia de disentería como un conjunto de casos aislados y esporádicos, algo que sí hicieron los funcionarios del martinato en el caso de la viruela.

[1] Gangarosa, «Disentería por el bacilo de Shiga», 301.

La insatisfacción

Dicho lo anterior, es posible asegurar que a partir de la década de 1950 se construyó un sistema de salud pública en El Salvador; no obstante, todavía quedan senderos de investigación inexplorados, los cuales me dejan una sensación de insatisfacción ante lo alcanzado en este libro. Por ejemplo, la medicina popular que practicaban las clases subalternas salvadoreñas es un problema historiográfico pendiente de tratar, el cual me hubiera gustado incluir en el presente texto. 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.

Asimismo, en una futura agenda de investigación convendría analizar la relación conflictiva entre la medicina popular y la promovida por el Estado. En esta agenda deberían plantearse las siguientes preguntas: ¿cómo se configuró la medicina popular en El Salvador durante los siglos XIX y XX?, ¿cuáles eran las prácticas de medicina popular de las clases subalternas?, ¿quiénes fueron los actores sociales que condicionaron la medicina popular?, ¿cuáles son las fuentes necesarias y mínimas para trabajar la historia de la medicina popular en el país? y ¿cuál ha sido la relación entre el Estado salvadoreño y la medicina popular?

Apéndices

Apéndice 1. Cuadro comparativo sobre los códigos de sanidad de 1900, 1914 y 1931

Código de Sanidad de 1900	**Código de Sanidad de 1914**	**Reformas al Código de Sanidad de 1914**	**Código de Sanidad de 1931**
• El CSS se creó como la instancia responsable de la vigilancia de las enfermedades contagiosas y de los factores medioambientales 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 apoyar las acciones en materia de salud pública que ejecutara el CSS. Se desempeñarían como 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.	• El CSS se mantuvo como la instancia responsable de desarrollar las labores sanitarias en el país. • El CSS tenía en la cúspide de su organigrama un mando corporativo, compuesto por: dos médicos, un farmacéutico, un abogado y un ingeniero. • Se creó una estructura jerárquica según el siguiente orden: CSS, delegados departamentales —los médicos militares—, agentes sanitarios y comisionados. • Ejercían como auxiliares del CSS: gobernadores, comandantes departamentales, municipalidades, capitanes de puerto, directores de hospitales, médicos militares y el director de la policía. • Se estableció que el CSS contara con personería jurídica. • No disponía de jefes de secciones o departamentos especiales.	• Se creó la Dirección General de Sanidad (DGS). • Se reformaron los artículos 1 y 2 para cambiar el nombre de CSS por el de DGS. Se incorporó el requisito de que el director de la DGS tuviera cinco años de experiencia como médico. • Se introdujo la lógica de reorganizar la DGS en secciones o departamentos especiales. • Se reformó el artículo 20 para crear la Sección de Vacunación.	• Se mantuvo la DGS en funcionamiento. • La DGS estaba bajo el mando de una sola persona, el director general. • Por debajo del director se encontraban los jefes de las secciones o departamentos especializados. Con menor rango, seguían los siguientes cargos: los jefes de servicios, el secretario general, los delegados departamentales y de 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 las enfermedades calificadas como epidémicas.

Fuente: elaboración propia con base en «Código de Sanidad de la República de El Salvador, 1900», *Diario Oficial*, núm. 168, 18 de julio de 1900, 1213; «Código de Sanidad de la República de El Salvador, 1914», *Diario Oficial*, núm. 68, 23 de marzo de 1914, 633-634; «Código de Sanidad de la República de El Salvador», *Diario Oficial*, núm. 26, 31 de enero de 1931, 173-182.

Apéndice 2. Ingresos de los hospitales de El Salvador, 1903-1906

	1903			1905			1906		
Hospital	**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 con base en «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 61, 11 de marzo de 1904, 422-424; «Memoria de los actos del poder ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 52, 2 de marzo de 1906, 392-395; «Memoria de los actos del Ejecutivo en los ramos de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 45, 22 febrero de 1907, 330-334.
* No reporta. ** No existía.

Apéndice 3. Ingresos de los hospitales de El Salvador, 1907-1909

	1907			1908			1909		
Hospital	**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 con base en «Memoria de los actos del Ejecutivo en los departamentos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 51, 29 de febrero de 1908, 402-406; «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 51, 2 de marzo de 1909, 362-366; «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 58 10 de marzo de 1910, 420-426.

* No reporta.

Apéndice 4. Ingresos de los hospitales de El Salvador, 1910-1912

	1910			1911			1912		
Hospital	**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 con base en «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 37, 14 de febrero de 1911, 411-418; «Memoria de los actos del ejecutivo en los ramos de Relaciones exteriores, Justicia y Beneficencia», *Diario Oficial,* núm. 49, 27 de febrero de 1912, 374-383; «Memoria de los actos del Ejecutivo en el departamento de beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 50, 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 con base en «Memoria de Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1914, 513-518; «Memoria de los actos del ejecutivo en los departamentos de Hacienda, Crédito público y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 47, 25 de febrero de 1915 y *Diario Oficial*, núm. 48, 26 de febrero de 1915, 314-339; «1915 memoria», *Diario Oficial*, núm. 55, 7 de marzo de 1916, 467-478.
* No reporta.

Apéndice 6. Ingresos de los hospitales de El Salvador 1916-1918

	1916			1917			1918		
Hospital	**Ingreso ordinario**	**Cementerio**	**Donaciones en dinero**	**Ingreso ordinario**	**Cementerio**	**Donaciones en dinero**	**Ingreso ordinario**	**Cementerio**	**Donaciones en dinero**
Rosales	230539.59	11316.25	120.00	280896.04	10808.46	753.62	245612.82	10893.35	252.00
Santa Ana	90723.98	7252.36	70.00	95705.29	6500.66	36.00	76024.53	6789.74	100.00
San Miguel	55047.85	5667.00	1205.00	61680.52	4891.03	450.00	58463.64	3015.20	75.00
La Unión	7342.68	706.25	87.86	7643.07	603.25	*	6632.35	540.25	*
San Vicente	13115.32	1853.71	5.50	13928.58	2024.70	503.00	13920.41	2675.98	*
Santa Tecla	19813.60	2896.92	*	17330.19	3166.77	30.00	18014.29	3525.28	*
Suchitoto	6242.79	1079.80	*	6852.96	1097.10	*	4473.98	1097.10	*
Zacatecoluca	9815.63	4774.32	10.00	11598.26	3822.30	**	11716.03	4700.26	540.50
Alegría	14731.27	237.24	*	*	217.24	*	*	*	*
Ahuachapán	17385.30	5737.11	*	16466.05	5367.20	**	13130.48	5759.05	*
Chalatenango	6147.62	1379.05	*	7055.21	1679.55	525.00	6550.41	1815.55	*
Cojutepeque	5906.22	957.83	*	7352.33	1133.60	150.00	9383.91	1269.10	*
Sonsonate	42235.95	1856.60	708.50	44790.71	2253.62	1000.00	45490.38	1826.40	176.00
Manicomio	133526.24	*	5.00	139225.65	*	*	118214.11	*	61.25
Metapán	5192.48	1746.79	155.07	5009.50	1101.79	165.00	5136.28	812.85	*
Chalchuapa	3123.55	2557.76	50.00	2585.22	3069.76	**	2547.44	3334.26	*
Usulután	10331.81	1145.38	60.00	7927.60	1822.38	*	7983.64	832.39	230.00
Jucuapa	2544.58	2343.00	*	*	2629.00	*	*	*	*
Casa Santa Florentina	5792.17	*	22.00	21527.98	*	*	6335.68	*	*
Sensuntepeque	4551.61	847.00	5.00	3664.49	958	*	5420.86	1020.00	11.00
H. Tuberculosis	15079.69	*	*	20070.56	*	*	13089.72	*	*

Fuente: elaboración propia con base en «Memoria de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia», *Diario Oficial*, núm. 61, 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*, núm. 43, 20 de febrero de 1919, 307-331.
* No reporta.

Referencias

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, Nueva York.

Publicaciones periódicas

El Día, 1932-1933.

El Diario de Hoy, 1949 y 1970.

El Universitario, 1965.

Diario Latino, 1932.

Diario Oficial, 1900-1950.

La Prensa Gráfica, 1950 y 1970.

La República. Suplemento del Diario Oficial, 1933-1934.
Líder, 1944.
Patria, 1932 y 1936.

Repositorios digitales

Repositorio Institucional para Intercambio de Información de la OPS (IRIS).
Repositorio Digital de Ciencias y Cultura de El Salvador (Redicces).

Bibliografía citada

Acevedo, Carlos. *La experiencia de crecimiento económico en El Salvador durante el siglo XX*. Washington: BID, 2003.

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

Acuña, Héctor Rubén y Lydia D. Damasceno. «El puesto de salud rural en El Salvador». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 47 (1959): 13-17. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12216/v47n1p13.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Adams, Richard N. «Estado e indígenas durante la epidemia de influenza de 1918-1919 en Guatemala». *Mesoamérica* 18, núm. 34 (1997): 484-491. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2412876.pdf

Agostoni, Claudia. «Historia y salud pública». Conferencia, Universidad Nacional Autónoma de México, 17 de junio de 2020. https://www.youtube.com/watch?v=_xXpSUcBPUo [consulta: 20/12/2021].

Agostoni, Claudia. *Médicos, campañas y vacunas. La viruela y la cultura de su prevención en México 1870-1952*. México: UNAM / Instituto de Investigaciones doctor José María Luis Mora, 2016.

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

Almeida, Paul. *Olas de movilización popular: movimientos sociales en El Salvador 1925-2010*. San Salvador: UCA Editores, 2011.

Alvarenga Venutolo, Patricia. «Los marginados en la construcción del mundo citadino. El Salvador 1880-1930». *Revista de Historia*, núm. 9 (1997): 5-6. http://ihncahis.uca.edu.ni/revistas/index.php/historia/article/view/81/70

Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución política de El Salvador de 1950. Decreto núm. 14*. El Salvador: Asamblea Nacional Constituyente, 1950. https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1575/20.pdf

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

Ávalos 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 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.

Benítez, Pablo. «Gripe española de 1918 en El Salvador: reseñas y debates en el *Diario Oficial* y *Diario del Salvador*». *Americanía. Revista de Estudios Latinoamericanos*, núm. 6 (2017): 53-76. https://www.upo.es/revistas/index.php/americania/article/view/2382

Birn, Anne-Emanuelle y Judith Richter. «El filantrocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente». *Social Medicine* 11, núm. 3 (2016): 135-152. https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v11i3.2018.186

Brown, Theodore M., 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: IEP Ediciones, 2006.

Bush, Larry M. y Maria T. Vazquez-Pertejo. «Shigelosis. Disentería bacilar». En *Manual MSD versión para profesionales*. S.p.i. https://www.msdmanuals.

com/es/professional/enfermedades-infecciosas/bacilos-gramnegativos/shigelosis#

Bustíos, Carlos. «La salud pública al final del siglo XX». *Anales de la Facultad de Medicina*, núm. 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*, núm. 4 (1951): 249-255.

Cáceres Prendes, Jorge, Rafael Guidos Béjar y Rafael Menjívar Larín. *El Salvador: una historia sin lecciones*. San José: Flacso, 1988.

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. https://elfaro.net/es/201504/academico/16909/La-Constituci%C3%B3n-de-1950-activ%C3%B3-

Cardenal, Rodolfo. *El poder eclesiástico en El Salvador 1871-1931*. San Salvador: Concultura, 2001.

Carter, Eric D. *In Pursuit of Health Equity: A History of Latin American Social Medicine*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2023.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. *El Salvador: caracterización demográfica y su impacto sobre los servicios sociales*. Santiago: Celade-BID, 1991.

Ching, Erik. «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.

Colegio Médico de El Salvador. «Bibliotecas médicas, su influencia en la educación médica». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1955): 275-276.

Colegio Médico de El Salvador. «Editorial», *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1955), 275-276.

Colegio Médico de El Salvador. «Editorial: función del médico en las consultas externas». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1958): 239.

Colegio Médico de El Salvador. «El VI congreso nacional de medicina». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 3 (1949): 203.

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

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

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*, núm. 3 (1958): 161-170.

Colegio Médico de El Salvador. «Organización y actividades del Colegio Médico de El Salvador». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 3 (1952): 167-168.

Colegio Médico de El Salvador. «Reseña histórica de los congresos médicos en El Salvador». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1949): 267-268.

Colegio Médico de El Salvador. «VI congreso médico salvadoreño». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 1 (1950): 52.

Colegio Médico de El Salvador. *Informe preparado por el gobierno de El Salvador para el Comité interamericano de la Alianza para el progreso.* San Salvador: Conaplan, 1964.

Colegio Médico de El Salvador. *Plan de desarrollo económico y social 1968-1972.* San Salvador: Conaplan, 1968.

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, 1964.

Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica. *Plan de desarrollo económico y social 1968-1972.* San Salvador: Conaplan, 1968.

Consejo Nacional de Planificación y Coordinación Económica. *Primer plan de desarrollo económico y social 1965-1969.* San Salvador: Conaplan, 1964.

Contente, Claudia. «Dos terribles epidemias que nadie recuerda». *La Vanguardia*, 7 de junio de 2020. https://www.lavanguardia.com/historiayvida/

historia-contemporanea/20200607/481598395513/dos-terribles-epidemias-nadie-recuerda.html

Cueto, Marcos y Víctor Zamora. *Historia, salud y globalización*. Lima: IEP Ediciones, 2006.

Cueto, Marcos. *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP Ediciones, 2000.

Dalton, Roque. *Las historias prohibidas del Pulgarcito*. S.l.: Ocean Sur, 2014.

David, Thomas y Ludovic Tournès. «Introduction. Les Philanthropies: Un Objet D'histoire Transnationale». *Monde(s)* 2, núm. 6 (2014): 7-22. https://doi.org/10.3917/mond.142.0006

Dirección General de Estadística. *Anuario estadístico de 1921*. San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1921.

Dirección General de Estadística. *Anuario estadístico de 1922*. San Salvador: Imprenta Rafael Reyes, 1922.

Dirección General de Estadística. *Anuario estadístico de 1929*. San Salvador: Tipografía La Unión, 1929.

Dirección General de Estadística. *Anuario estadístico de 1932*. San Salvador: s.e, 1932.

Dirección General de Estadística y Censos. *Cuarto censo nacional de población 1971.* San Salvador: Digestyc, 1974.

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. *Estudios Centroamericanos*, núm. 68 (1953).

Escapini, Humberto. «Necesidad de un mejor entrenamiento médico en El Salvador». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 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*, núm. 76 (1974): 331-335.

Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2004.

Gangarosa, Eugene J. et al. «Epidemia de disentería Shiga en Centroamérica II. Estudios epidemiológicos en 1969». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 71, núm. 2 (1971).

Gangarosa, Eugenio J. «Disentería por el bacilo de Shiga en Centroamérica». *Salud Pública de México* 13, núm. 3 (1971): 301-304. https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/2134?articlesBySimilarityPage=3

García Balmaseda, Alexanders y Yamilka Miranda Pérez. «Fiebre de orinas negras». *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* 15, núm. 2 (2016). https://revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/140/html_46

García Espada, Antonio. *Restos del pasado y la imaginación salvadoreña.* Tuxtla Gutiérrez: Cesmeca-Unicach, 2019.

García, Juan César. «La medicina estatal en América Latina 1880-1930». *Revista Cubana de Salud Pública* 42, núm. 1 (2016): 1-21. https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/598/494

Góens, Andrés. *«La sanidad en El Salvador». Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, núm. 5 (1938).*

González García, Alberto. «Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919». *Vínculos de Historia*, núm. 2 (2013): 310-319. https://vinculosdehistoria.com/index.php/vinculos/article/view/70

González, Fernán E. S.J. «De la invocación de lo público a la recuperación de la política». En *Programa de formación política y ciudadana*, 57-92. Río de Janeiro: Conferencia de Provinciales Jesuitas de América Latina, 2009.

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 de El Salvador*, núm. 4 (1950): 200-214.

Hernández Bringas, Héctor H. y José Narro Robles. «Mortalidad infantil en México: logros y desafíos». *Papeles de Población,* núm. 101 (2019): 24.

Infante Meyer, Carlos. *Historia de la medicina en El Salvador*. San Salvador: Ancalmo, 2000.

Iriart, Celia, Howard Waitzkin, Jaime Breilh, Alfredo Estada y Emerson Elías Merthy. «Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos».

Revista Panamericana de Salud Pública 12, núm. 12 (2002): 128-132. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8748/11619.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jones, Esyllt 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» [documento 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*, núm. 2 (1930): 131-138.

Letona, Salvador. «Memoria del Hospital Rosales». *Archivos del Hospital Rosales* VIII, núm. 107-109 (1916): 745-768. http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/1575/1/Archivos%20del%20Hosp_Rosales%201916%20Nos_107-109.pdf

Letona, Salvador. «Memoria del Hospital Rosales». *Archivos del Hospital Rosales* X, núm. 133 (1920): 1-27. http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/1572/1/Archivos%20del%20Hosp_Rosales%201920%20A%c3%b10%20XII%20No_133.pdf

Lin, Yi-Tang, Thomas David y Davide Rodogno. «Fellowship Programs for Public Health Development: The Rockefeller Foundation, UNRRA and the WHO (1920s-1970s)». En *Global Exchanges: Scholarship and Transnational Circulations in the Modern World,* editado por Ludovic Tournès y Giles Scott-Smith. Nueva York: Berghahn Books, 2018.

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

Lindo Fuentes, Héctor. «El proceso económico». En *El Salvador historia contemporánea*, coordinado por Carlos Gregorio López Bernal, 201-264. San Salvador: Editorial Universitaria, 2015.

López Bernal, Carlos Gregorio. «Años de bonanza y crisis; de ilusiones y desencantos». En *El Salvador: la república*, coordinado por Álvaro Magaña, t. II, 374-376. S.l.: Fomento Cultural, 2000.

López Bernal, Carlos Gregorio. «El Salvador 1960-1992: reformas, utopía revolucionaria y guerra civil». En *As revoluçoes na América Latina comtemporânea. Entre o ciclo revolucionario e as democracias restringidas*, compilado por Marcela Cristina Quinteros y Luiz Felipe Viel Moreira, 237-289. Medellín: Pulso & Letra, 2017.

López Bernal, Carlos Gregorio. «Las reformas liberales en El Salvador y sus implicaciones en el poder municipal 1871-1890». *Diálogos. Revista Electrónica de Historia* 9 (2008): 1770-1796. https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/31311/31017

Malavassi Aguilar, Ana Paulina. «El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central 1914-1921». *Diálogos. Revista Electrónica de Historia* 7, núm. 1 (2006): 115-149. https://doi.org/10.15517/dre.v7i1.6186

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

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*, núm. 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. *Anuario estadístico 1970*. San Salvador: Digestyc, 1971.

Ministerio de Economía. *El Salvador: fuentes de datos, metodología y estimaciones demográficas del periodo 1950-2007*. San Salvador: Digestyc, 2008. https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/VI%20CENSO%20POBLACION%20FINAL-datos%20ajustados%20(1).pdf

Ministerio de Economía. *Tercer Censo Nacional de Población de 1961*. San Salvador: Digestyc, 1965.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Informe cuadrienal presentado a la XVIII Conferencia Sanitaria Panamericana*. San Salvador: Mspas, 1970.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Memoria 1970-1971*. San Salvador: Mspas, 1971.

Molina, Walter René. *«Una prensa a la medida del general Martínez». El Faro, 30 de octubre 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 revolución salvadoreña de 1948. Propaganda visual e imágenes». *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos* 17, núm. 1 (2019): 68-70. https://doi.org/10.29043/liminar.v17i1.646

Monterrosa Cubías, Luis Gerardo. *La sombra del martinato: Autoritarismo y lucha opositora en El Salvador 1931-1945.* San Cristóbal de Las Casas: CIMSUR-UNAM, 2019. https://doi.org/10.22201/cimsur.9786073026857p.2019

Morales, Herberth. «Opinión pública y salud: las discusiones sobre el desarrollo de los servicios de salud pública en El Salvador 1848-1957». *Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos* 17, núm. 1 (2019): 81-96. https://doi.org/10.29043/liminar.v17i1.647

Morales, Herberth. «Programa de Salud Internacional, 1985-1995». En *María Isabel Rodríguez. Su vida, sus tiempos*, dirigido por Salvador Moncada. San Salvador: Asprode, 2025.

Muruzábal, Basiliano S.J, «El mesón, cáncer gangrenoso de la ciudad», *ECA. Estudios Centroamericanos*, núm. 33 (1949).

Muruzábal, Basiliano S.J., «A los que gobiernan. ¿Quiénes tienen la culpa?», *ECA. Estudios Centroamericanos*, núm. 28 (1949).

Oliva Mancía, Mario Daniel Ernesto. *Ciudadanía e higienismo social en El Salvador 1880-1932.* Tesis doctoral. Universidad Centroamericana, 2011.

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

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

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

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

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

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

Pacheco Araujo, José. «Descripción de los servicios médicos rurales: sugerencias sobre su posible implantación en El Salvador». *Archivos del Colegio Médico de El Salvador*, núm. 4 (1949): 219-241.

Palmer, Steven. «Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central». *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* 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* 45, núm. 106 (2018): 285-320. https://doi.org/10.18356/20e0ca5a-es

Peralta Lagos, Salvador. «Estudio de un foco accidental de fiebre amarilla en el Golfo de Fonseca». *Archivos del Hospital Rosales*, núm. 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,* núm. 4 (1972): 499-500.

Pérez Pineda, Carlos. El conflicto Honduras-El Salvador, julio de 1969. San José: Imprenta Nacional, 2014.

Pietsch, Tamson y Meng-Hsuan Chou. «The Politics of Scholarly Exchange: Taking the Long View on the Rhodes Scholarships». En *Global Exchanges: Scholarship and Transnational Circulations in the Modern World*, editado por Ludovic Tournès y Giles Scott-Smith. Nueva York: Berghahn Books, 2018.

PNUD. *Informe sobre desarrollo humano El Salvador 2013.* San Salvador: Impresos Múltiples, 2013.

Poder Ejecutivo. «1916. Reglamento interior del Hospital Rosales». Redicces (Colección Salud). http://redicces.org.sv/jspui/handle/10972/2613

Poder Ejecutivo. «Estatutos de 1913». Redicces (Colección Salud). http://redicces.org.sv/jspui/handle/10972/2613

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

Prud'Homme, Olivier. «Ciencia histórica y oficio del historiador: tentativa y fracaso de un proyecto en El Salvador de los años 60». *Identidades. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 2, núm. 3 (2011): 11-54. https://oibc.oei.es/uploads/attachments/211/identidades_2.pdf

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*, núm. 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*, núm. 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* 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*, núm. 6 (1969): 94-95.

Rostow, W. W. *Las etapas del crecimiento económico un manifiesto no comunista.* México: FCE, 1970.

Saforcada, Enrique. «Los paradigmas de la salud pública: el paradigma multidisciplinar de la salud comunitaria de nuestra América». Conferencia pronunciada en el Cesmeca-Unicach, 30 de mayo de 2019. https://da-dk.facebook.com/Cesmeca/videos/transmisionenvivo-conferenciamagistral-cesmecaparadigmas-de-la-salud-p%C3%BAblicael-p/709831026096689/ [consulta: 22/12/2019].

Sanborn, Cynthia y Felipe Portocarrero S. *Filantropía y cambio social en América Latina*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico y David Rockefeller Center for Latin American Studies, 2008.

Sandoval, Argelia y Bertha Hernández. «Papel de la auxiliar sanitaria en un programa de salud pública rural». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana,* núm. 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 doctor Fabio Castillo Figueroa, cuarta generación. Centenario de su natalicio». Cátedra pronunciada en la Universidad de El Salvador, 24 de junio de 2021. https://www.facebook.com/watch/live/?ref=watch_permalink&v=846239469316197 [consulta: 10/01/2022].

Sturgeon, Theodore. *Más que humano*. México: FCE, 2020.

Sutter, Víctor Arnoldo y M. Zúñiga Idiáquez. «La sanidad en El Salvador». *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, núm. 12 (1941).

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1921*. Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1922.

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1957*. Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1957.

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1959*. Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1959.

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1960*. Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1960.

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1962*. Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1962.

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1964*. Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1964.

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1965*. Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1965.

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1967.* Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1967.

The Rockefeller Foundation. *Annual report 1969.* Nueva York: The Rockefeller Foundation, 1969.

«The Rosales hospital». *Pan American Magazine*, núm. 5 (1909).

Traverso, Enzo. *Las nuevas caras de la derecha.* Buenos Aires: Siglo xxi, 2018.

Turcios, Roberto. «La vida política». En *El Salvador historia contemporánea 1808-2010*, coordinado por Carlos Gregorio López, 90-101. San Salvador: Editorial Universitaria, 2015.

Turcios, Roberto. *Autoritarismo y modernización*. San Salvador: Concultura, 2003.

Turcios, Roberto. *Rebelión, San Salvador 1960*. San Salvador: Cenicsh, 2017.

Turcios, Roberto. *Siglo xx Tendencias y coyunturas de cambio.* San Salvador: Infod, 2019.

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

Vieira de Campos, André Luiz. «The Institute of Inter-American Affairs and its Health Policies in Brazil during World War II». *Presidential Studies Quarterly*, núm. 3 (1998).

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

Walter, Knut. «El Salvador en el mundo». En *El Salvador historia contemporánea*, coordinado por Carlos Gregorio López, 129-199. San Salvador: Editorial Universitaria, 2015.

Walter, Knut. *Las políticas culturales del Estado salvadoreño 1900-2012*. San Salvador: AccesArte, 2014.

Atmósfera infecta
El sistema de salud pública salvadoreño,
de Herberth Stanley Morales Herrera

Edición electrónica: junio de 2026.

En la composición tipográfica, a cargo de Gustavo Peñalosa Castro, se utilizaron las familias Minion Pro y Covington.

La edición estuvo bajo el cuidado de María Isabel Rodríguez Ramos y Gustavo Peñalosa Castro, con apoyo de Ada Ligia Torres Maldonado.

Este trabajo constituye un aporte relevante en un tema poco estudiado de la historia de El Salvador. En este país centroamericano, la atención a la salud pública ha enfrentado diversos obstáculos, algunos determinados por las capacidades económicas de la sociedad y otros por las dificultades para concebir y diseñar políticas sociales desde el Estado. A pesar de ello, a lo largo del siglo XX e inicios del XXI ha habido proyectos interesantes y prometedores, pero poco conocidos y que lastimosamente no han tenido continuidad.

El autor desarrolla su trabajo con una lógica diacrónica que lleva implícita una periodización; en el fondo, se trata de una propuesta de periodización que le permite plantear hipótesis particulares para cada periodo. Para sustentar sus tesis hace un uso muy imaginativo de cuatro tipos de fuentes: institucionales, hemerográficas, estadísticas e internacionales. Divide el estudio en tres grandes períodos; los dos primeros podrían entenderse como antecedentes del tercero, y abarcan de inicios a mediados del siglo XX. El núcleo del trabajo se centra en el establecimiento del sistema de salud pública y comprende de 1950 hasta inicios de la década de 1970.

Carlos Gregorio López Bernal