

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
"Licenciado Gerardo Iraheta Rosales"**



**HISTORIA DE LAS POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD SOBRE
LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR:
1950-2000.**

PRESENTADO POR:

DURÁN MARROQUÍN, DIANA CAROLINA

Nº DE CARNET

DM08020

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN ELABORADO POR ESTUDIANTE
EGRESADA COMO REQUISITO DEL PROCESO DE GRADO PARA OPTAR
AL TÍTULO DE LICENCIADA EN HISTORIA.

Maestra María Eugenia López Velásquez
DOCENTE DIRECTORA

Maestra María del Carmen Escobar Cornejo
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

MARTES 30 DE AGOSTO DE 2016

CIUDAD UNIVERSITARIA

SAN SALVADOR,

EL SALVADOR

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Ing. Mario Roberto Nieto Lobo

RECTOR

Dra. Ana María Glower de Alvarado

VICE- RECTORA ACADÉMICA

Maestro Oscar Noé Navarrete

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

Doctora Ana Leticia Zavaleta de Amaya

SECRETARIA GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

Licenciado José Raimundo Calderón Moran

DECANO

Maestra Norma Cecilia Blandón de Castro

VICE-DECANO

Maestro Alfonso Mejía Rosales

SECRETARIO

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

“Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”

Maestro René Antonio Martínez Pineda

DIRECTOR

Maestra María del Carmen Escobar Cornejo

COORDINADORA GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN

Maestra María Eugenia López

DOCENTE-DIRECTORA

TRIBUNAL CALIFICADOR

Doctor Carlos Gregorio López Bernal

Doctor Ricardo Argueta Hernández

Maestra María Eugenia López Velásquez

ÍNDICE GENERAL

	PÁGS
AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	viii
PRESENTACIÓN.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	xi
 PRIMERA PARTE	
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN	
HISTORIA DE LAS POLITICAS PUBLICAS DE SALUD SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR, 1950- 2000.....	27
 CAPITULO 1: POBLACIÓN, POBREZA Y ENFERMEDAD: LAS POLÍTICAS DE SALUD DESDE LA COLONIA HASTA LA CONSOLIDACIÓN DEL ESTADO SALVADOREÑO.....	
INTRODUCCIÓN.....	28
1.1. POBLACIÓN, POBREZA Y EPIDEMIAS: EFECTOS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESDE LA COLONIA HASTA LA CONSOLIDACIÓN DEL ESTADO SALVADOREÑO.....	30
1.1.1. Las enfermedades transmisibles en la Conquista y la Colonia.....	30
1.1.2. Las pestes y males que afectaron a la población salvadoreña durante el siglo XIX.....	43
1.1.3. Población y enfermedades transmisibles en la primera mitad del siglo XX.....	52
1.2. DE LA SALUD COMO UN ACTO DE CARIDAD A UNA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO: LAS POLÍTICAS DE	

SALUD EN EL SALVADOR DESDE LA ÉPOCA COLONIAL A LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX.....	61
1.2.1. Las políticas de salud durante la Colonia.....	61
1.2.2. Las políticas de salud durante el siglo XIX.....	64
1.2.3. De los servicios de sanidad a los servicios de salud pública: Los esfuerzos del Consejo Superior de Salubridad y de la Dirección General de Sanidad en El Salvador de 1900 a 1950.....	69
CONCLUSIONES.....	80
 CAPITULO 2. EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA SALUD DE LA POBLACION SALVADOREÑA DE 1950 A 2013.....	 85
INTRODUCCIÓN.....	86
2.1.UNA MIRADA A LA EVOLUCIÓN DEMOGRAFICA Y LAS CONDICIONES SOCIALES, POLITICAS Y ECONOMICAS GENERADAS EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000.....	87
2.2.LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE AFECTARON A LA POBLACION SALVADOREÑA DE 1950 A 2000.....	92
2.2.1. Las Enfermedades de Transmisión Vectorial.....	93
2.2.1.1.La Malaria, una enfermedad de antaño.....	94
2.2.1.2.El dengue en El Salvador: De epidemia a endemia.....	105
2.2.1.3.El Chagas.....	109
2.2.2. Las Infecciones de Trasmisión Sexual y el VIH/SIDA.....	110

2.2.2.1.La Sífilis.....	111
2.2.2.2.Infección gonocócica.....	113
2.2.2.3.El Chancro Blando.....	115
2.2.2.4.La Gonorrea.....	116
2.2.2.5.El VIH/SIDA.....	118
2.2.3. Las Enfermedades Gastrointestinales a partir de la segunda mitad del siglo XX.....	120
2.2.3.1.La Disentería amebiana no especificada.....	126
2.2.3.2.Las enfermedades diarreicas.....	126
2.2.3.3.La Helmintiasis y el Parasitismo Intestinal....	129
2.2.3.4.El Cólera.....	130
2.2.4. Las Enfermedades Inmunoprevenibles a partir de la segunda mitad del siglo XX.....	132
2.2.4.1.La Viruela.....	133
2.2.4.2.El Sarampión.....	134
2.2.4.3.La Poliomiелitis.....	136
2.2.4.4.La Difteria.....	138
2.2.4.5.La Tosferina.....	139
2.2.4.6.El Tétano.....	141
2.2.4.7.La Tuberculosis.....	142
2.2.5. Las Enfermedades de Transmisión Viral a partir de la segunda mitad del siglo XX.....	143
2.2.5.1.La Influenza o Gripe.....	144
2.2.5.2.La Neumonía.....	146
CONCLUSIONES.....	148
 CAPITULO 3: LAS POLITICAS DE SALUD DIRIGIDAS AL COMBATE, PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 1950-2000.....	 152

INTRODUCCIÓN.....	153
3.1. DE LA FRAGMENTACIÓN A LA UNIFICACIÓN: LAS POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL SALVADOR DE 1950 A 2014.....	156
3.1.1. Políticas públicas de salud orientadas a la prevención de enfermedades infecto contagiosas en El Salvador, 1953-1962.....	160
3.1.2. Políticas públicas enfocadas a alcanzar transformaciones administrativas de la cartera de salud salvadoreña, 1963-1984.....	163
3.1.3. Políticas públicas de salud dirigidas a la estructuración de los niveles de atención del sistema de salud y la descentralización de los servicios de salud en El Salvador, 1985-1999.....	166
3.1.4. Políticas públicas de salud encaminadas a la privatización de la salud en El Salvador, 2000-2004.....	169
3.1.5. La política nacional de salud: Una apuesta a la cobertura universal de salud en el salvador, 2009- 2016.....	172
3.2. FACTORES QUE IMPIDIERON LA EFECTIVIDAD DE LAS POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL SALVADOR DE 1950 A 2014.....	175
3.3. LAS POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD FOCALIZADAS EN EL COMBATE Y ERRADICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR, 1950 -2000.....	185
3.3.1. Evolución y resultado de las campañas contra las malaria en El Salvador de 1950 a 2014.....	186
3.3.2. El programa de saneamiento: las acciones en el medio rural, urbano y playas salvadoreñas 1950-1995.....	195
3.3.3. Las campañas de vacunación en El Salvador, 1950-2000.....	201
CONCLUSIONES.....	209
CONCLUSIONES GENERALES.....	213
BIBLIOGRAFÍA.....	218

SEGUNDA PARTE

DOCUMENTOS DE PLANIFICACIÓN DE PROCESO DE GRADO, 2014.....	227
1. PLAN DE INVESTIGACIÓN PARA PROCESO DE GRADO 2014.....	228
2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN. HISTORIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR: 1950-2000.....	244
3. RESPONSABLES DEL ESTUDIO Y TRIBUNAL CALIFICADOR...	273

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de El Salvador por brindarme la oportunidad de estudiar en tan digna institución, referente nacional de la educación superior.

A mi familia, mi madre, mi padre, hermanos y hermana por todo su apoyo y esfuerzo incondicional para que pueda superarme a lo largo de la vida. A mi compañero de vida y a mi hijo por su tiempo y dedicación, para que yo pueda alcanzar mis sueños y metas.

A mis docentes: Maestra María Eugenia López Velásquez, Doctora Xiomara Avendaño, Licenciada Josefina Viegas Guillem, Maestra Margarita Silva Prada, Doctor Adolfo Bonilla, Doctor Carlos Gregorio López Bernal, Maestro Alfredo Ramírez, Doctor Sajid Herrera, Licenciado Ricardo Ribera, Licenciado Oscar Campos, Doctor Ricardo Argueta y a todos los que brindaron sus conocimientos y esfuerzos para que pudiera tener una formación eficiente y de calidad.

A mi asesora de tesis, Maestra María Eugenia López Velásquez, por su confianza y apoyo incondicional en la elaboración del presente trabajo de investigación. A la Maestra Carmen Escobar Cornejo, Coordinadora de Proceso de Grado de la Escuela de Ciencias Sociales, quien me ha proporcionado recomendaciones técnicas para finalizar el presente informe final de investigación, requisito del proceso de grado.

A tres grandes personas: Doctora María Isabel Rodríguez, Ingeniero Carlos Mauricio Canjura y Licenciada María Teresa Escalona, por ser fuente de inspiración en mi vida. Asimismo, al Doctor Eduardo Suárez Castaneda y el Doctor Héctor Manuel Ramos, quienes brindaron su apoyo a la realización de la presente investigación. Finalmente, a mis compañeras y compañeros de estudio con quienes he luchado por alcanzar nuestros objetivos y somos parte de una nueva generación de profesionales que busca contribuir por un mejor El Salvador.

Diana Carolina Durán Marroquín

PRESENTACIÓN

La escuela de CIENCIAS SOCIALES “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales”, tiene por finalidad formar profesionales en diferentes disciplinas sociales y asimismo fortalecer el eje de la investigación sobre la realidad nacional. Formación que me ha sido transmitida por mis catedráticas y catedráticos a lo largo de mi estudio en la Licenciatura en Historia, conocimientos que me motivaron a estudiar el rol ejercido por el Estado a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para resolver las consecuencias negativas ocasionadas por las enfermedades transmisibles en la población salvadoreña, problema de salud que se ha mantenido a lo largo de la historia.

El presente Informe Final de Investigación da cumplimiento a los requisitos establecidos en el *“Reglamento de la Gestión Académica Administrativa de la Universidad de El Salvador”* en sus tres etapas básicas, la primera etapa de planificación donde se elaboró el Plan de Investigación para el Proceso de Grado 2014 y el Proyecto de Investigación, instrumentos que definen el tema, el problema y los aspectos metodológicos y teóricos a utilizar en el desarrollo de la investigación, mismos que integran la segunda parte del presente informe.

La segunda etapa, que consiste en la ejecución y análisis de los resultados de la investigación; los cuales, se encuentran descritos en el Informe final. Así, la presente investigación histórica denominada *“HISTORIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000”*; tiene como finalidad reflexionar ¿Por qué fueron débiles e ineficientes las políticas públicas de salud ejercidas por el Estado para resolver los problemas generados por las enfermedades transmisibles en la población salvadoreña?

Para ello, se han planteados dos sub temas, el primero analiza el impacto de las enfermedades en la población salvadoreña y el segundo, intenta reconstruir las políticas

implementadas por el Estado para resolver el problema de las Enfermedades Transmisibles. El informe se encuentra estructurado en su primera parte por tres capítulos que dan a conocer todo el proceso investigativo.

El capítulo I *“Población, pobreza y enfermedad: Las políticas de salud desde la época colonial hasta la consolidación del Estado Salvadoreño”*; describe la evolución demográfica, las enfermedades que más afectaron a los diferentes grupos poblaciones y las acciones ejecutadas por las autoridades desde la época colonial hasta la primera mitad del siglo XX. El capítulo II *“El impacto de las enfermedades transmisibles en la salud de la población salvadoreña de 1950 a 2000”*; describe qué enfermedades causaron mayor morbilidad y mortalidad en la población salvadoreña desde la segunda mitad del siglo XX.

Finalmente, el capítulo III *“Las políticas de salud dirigidas al combate, prevención y erradicación de las enfermedades transmisibles de 1950 a 2000”*, intenta reconstruir las acciones implementadas por la cartera de salud para resolver el problema de las enfermedades transmisibles, así como los factores que no han permitido la efectividad de los programas y proyectos encaminados a este fin. Los resultados de la presente investigación fueron presentados ante el jurado calificador, por tanto han cumplido con la tercera etapa de exposición y defensa de los mismos.

INTRODUCCIÓN

“Puede parecer inusual que un historiador incursione en un tema actual, reservado a epidemiólogos, inmunólogos, clínicos y antropólogos. Sin embargo, hay varias justificaciones para hacerlo¹.”

En el siglo XX se consideró que los avances científicos descubiertos para detectar, diagnosticar y tratar a las enfermedades transmisibles permitirían soluciones a todos los problemas causados por dichos padecimientos. Asimismo, se reflexionó que el próximo problema para la ciencia sería dominar los efectos negativos causados por las enfermedades no transmisibles; debido a que presentaban índices de mortalidad y morbilidad cada vez más altos.

No obstante, en muchos países como el nuestro los problemas ocasionados por las enfermedades infecto-contagiosas no se han podido resolver y estamos muy distantes para que encontremos su fin sino se actúa de forma eficiente y constante. Para ello, la presente investigación denominada “LA HISTORIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000”, es un estudio de historia socio-cultural de la enfermedad que intenta reconstruir las respuestas brindadas por el Estado para combatir, erradicar y prevenir los efectos ocasionados por las enfermedades transmisibles en la población salvadoreña.

Lo anterior se hace, a través de dos sub temas; el primero, analiza el impacto causado por las enfermedades transmisibles en la población; es decir, muestra la evolución demográfica, los efectos producidos por las enfermedades en la salud de la población y los factores que favorecieron la propagación de dichas enfermedades. El segundo, estudia las políticas impulsadas por el Estado para resolver el problema de las enfermedades transmisibles; es decir, describe la evolución de las instituciones de salud,

¹ Marcos Cueto, “Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre VIH/Sida en el Perú”, consultado el 28 de septiembre, 2014, <http://www.cies.org.pe/sites/default/files/files/diagnosticoypropuesta/archivos/dyp-07.pdf>

la organización de campañas de control y erradicación; así como, otras medidas de combate y prevención utilizadas como el uso de vacunas y técnicas de desinfección.

La historia de nuestro país muestra que las enfermedades transmisibles han causado muerte y desgracia, todo ello reflejado en la gran cantidad de bajas demográficas. Durante la colonia las pestes traídas del nuevo mundo ocasionaron una crisis demográfica a través de epidemias que se extendieron en todo las provincias y que disminuyeron la población a la mitad. En el siglo XIX, enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla, la viruela, el paludismo y la influenza ocasionaron epidemias y endemias que acabaron con cientos de miles de vidas, dejaron secuelas muy graves en la salud de los sobrevivientes y generaron terror, culpabilidad y rechazo a los enfermos.

En el siglo XX algunas de estas enfermedades fueron erradicadas como la viruela y la fiebre amarilla, otras como la influenza, el paludismo, las neumonías y muchas más persistieron y fueron acompañadas de nuevas enfermedades como el dengue y el VIH-Sida entre otras que surgieron en nuestro país en el último cuarto del siglo XX. En el presente, nos encontramos en uno de los primeros lugares por casos sospechosos de dengue y chikungunya, dos enfermedades transmitidas por el zancudo con efectos devastadores en la salud de la persona que las padece.

El dengue llegó a nuestro país en 1978 iniciando como una epidemia que generó 40,015 casos en dos años. Desde esa fecha es una enfermedad endémica que ha ocasionado la muerte de cientos de personas y en 2014 presentaba un acumulado de 52,176 casos sospechosos y que hasta noviembre de 2015 ocasionó 47,123 casos sospechosos², enfermedad que no ha sido erradicada debido a la ineficiencia del Estado para crear y mantener políticas de combate y prevención contra dicho padecimiento.

² Ministerio de Salud, "Boletín Epidemiológico de la semana 47, del 22 al 28 de noviembre", consultado el 06 de enero, 2016, https://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2015/boletines_epidemilogicos2015/Boletin_epidemiologico_SE472015.pdf

Aunado a ello, en junio de 2014 una epidemia de chikungunya se propagó rápidamente por todo el territorio salvadoreño ocasionando más de 71,548 casos sospechosos en menos de un año y que hasta noviembre del año 2015 contabilizaba 39,704 casos³; enfermedad que se ha ido extendiendo por todo el país. Asimismo, la actual epidemia de Zika ha ocasionado más de 3, 302 casos sospechosos hasta febrero del presente año 2016⁴.

De la misma forma año con año mantenemos índices altos de morbilidad por enfermedades gastrointestinales, IRAS, ITS y el VIH-Sida, problemas que tampoco han sido resueltos por la cartera de salud. Es por ello, que la presente investigación se plantea como problema analizar el accionar del Estado salvadoreño a través de las políticas públicas de salud que desarrolló para enfrentar a epidemias y enfermedades transmisibles que han afectado a los habitantes continuamente.

El propósito del estudio es conocer por qué fueron débiles e ineficientes las políticas públicas de salud brindadas por el Estado para solucionar el problema de las enfermedades transmisibles; para ello, es necesario abordar cuáles han sido los efectos producidos por dichas enfermedades y qué políticas públicas de salud se aplicaron para tratar de resolver estas problemáticas.

A mediados del siglo XX el Estado salvadoreño fue adquiriendo la responsabilidad de velar por la salud de la población salvadoreña; para ello, creó respuestas a las problemáticas ocasionadas por enfermedades infecto-contagiosas a través de políticas públicas administradas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS.

³ *Ibíd.*

⁴ Ministerio de Salud, "Situación epidemiológica del Zika", http://www.salud.gob.sv/archivos/DVS/presentaciones/presentaciones_zika/Situacion_epidemiologica_de_Zika_03022016.pdf

No obstante, dicha función no fue asumida a cabalidad. Desde 1950 cientos de miles de personas han fallecido a causa de las enfermedades transmisibles, un factor que evidencia que la salud en nuestro país siempre ha estado plantada en último término, pero además que demuestra la debilidad institucional que ha mantenido dicha cartera de Estado y principalmente los estragos que puede ocasionar la pobreza ligada a las enfermedades. Por lo tanto, es necesario establecer la importancia de intervenir seriamente en estos problemas, ya que el deceso de una sola persona por un padecimiento que es prevenible es una desgracia para todo el país⁵.

La hipótesis general que guía la investigación plantea que el Estado ha sido ineficiente y débil institucionalmente para resolver el problema ocasionado por las enfermedades transmisibles, que han generado altos índices de morbilidad y mortalidad debido a que se han aplicado medidas paliativas y superficiales, que no permitieron logros eficientes en la erradicación y prevención de dichos males, por lo que muchos de estos padecimientos han vuelto a reaparecer o han permanecido a lo largo del tiempo, realidad que evidencia la debilidad de las políticas públicas sobre todo en materia de salud y educación.

El sub tema sobre los efectos de las enfermedades transmisibles presenta tres hipótesis. La primera hipótesis muestra que las enfermedades infectocontagiosas han sido una de las principales causas de altos índices de morbilidad y mortalidad que ha experimentado nuestro país, afectando principalmente a los grupos indígenas durante la época colonial, a la población dedicada al peonaje y al trabajo en la agricultura durante el siglo XIX y la población con pobreza extrema o de bajos recursos económicos principalmente del área rural de nuestro país; es decir, los grupos poblacionales con mayores condicionantes sociales de la salud durante el siglo XX y XXI.

⁵ Marcos Cueto, "Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú", consultado el de febrero, 2014, <http://www.inppares.org/sites/default/files/Culpa%20y%20Coraje-%20Historia%20Pol%C3%ADticas%20sobre%20VIH>.

Para ello, se hace necesario un análisis de las enfermedades que han registrado mayor incidencia en El Salvador, mecanismo que además de hacer a esta investigación diferente de otras, permite presentar una visión global de la evolución de las enfermedades que se convirtieron en un problema general. La segunda hipótesis muestra que la pobreza y la miseria evidenciada a través de la poca cobertura de los sistemas de abastecimiento de agua potable, servicios higiénicos y desagües, así como los malos hábitos de higiene se convirtieron en uno de los detonantes para la propagación de las enfermedades infecto-contagiosas en nuestro país.

La tercera hipótesis propone que la falta de medicinas o tratamientos curativos ha sido otro factor que favoreció la permanencia de muchas enfermedades transmisibles. El segundo sub tema sobre las políticas de salud implementadas para resolver el problema de las enfermedades transmisibles plantea las siguientes hipótesis: La primera, demuestra que la inadecuada estructura sanitaria influyó en la efectividad de las políticas públicas de salud, ya que la mayoría de programas durante mucho tiempo estuvieron concentrados en las ciudades y cabeceras departamentales en donde se contaba con infraestructura sanitaria que permitiera brindar los servicios de salud.

La segunda hipótesis muestra que otro factor que no permitió el adecuado accionar de la cartera de salud en la implementación de las políticas y programas de salud fueron los bajos presupuestos, debido a que desde hace mucho tiempo la salud se ha dejado en segundo plano dentro de las prioridades de los diferentes gobiernos. La tercera proposición, demuestra como la falta de una cultura de prevención ha sido un componente que no ha permitido que el MSPAS brinde respuestas adecuadas a las epidemias, ya que dentro del ámbito clínico ha existido una separación falsificada entre la prevención y el tratamiento, favoreciendo siempre a la curación.

La cuarta suposición demuestra como la falta de rumbo en la planificación y ejecución de las políticas públicas de salud no ha permitido tener alcances y logros de mediano y

largo plazo, sino que más bien han sido presentadas como medidas temporales, asistenciales, programas verticales e intervenciones fragmentadas que evidencian la discontinuidad de los programas de salud.

Finalmente, la falta de voluntad política ha sido otro factor muy importante que no ha permitido ayudar a resolver el problema de las enfermedades transmisibles debido a que siempre se ha mantenido una actitud dirigida a minimizar el problema o no reconocerlo hasta que ha alcanzado magnitudes incontrolables, creando así una cultura de la sobrevivencia en la población salvadoreña.

Entre los referentes teóricos que guiaran mi investigación tenemos el concepto de las enfermedades transmisibles puntualizadas como *“cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso o un parásito específico, o por sus productos tóxicos o por los productos tóxicos de otros agentes biológicos. Se produce por la transmisión de ese agente o sus productos desde una persona o animal infectado, o de un reservorio, a un huésped susceptible. Puede transmitirse de forma directa o indirecta, por medio de un huésped intermediario de naturaleza vegetal o animal, de un vector o del ambiente”*⁶.

Muchas de estas enfermedades causaron mayor incidencia convirtiéndose en epidemias definidas como *“cualquier enfermedad que ataca sorpresiva e intensamente a una colectividad”*⁷. La categoría de políticas de salud consideradas como *“los instrumentos creados y ejecutados para disminuir desigualdades en salud”*⁸ o como *“intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud”*⁹.

⁶ Ministerio de Salud de Chile, “Normas técnicas de vigilancia de enfermedades transmisibles”, consultado el 29 de noviembre, 2013, <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/enftransmisibles.pdf>

⁷ Marcos Cueto, El regreso de las epidemias, 17.

⁸ Federico Tobar, “Las Políticas de Salud: Modalidades y tendencias”, consultado el 15 de octubre, 2014, http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud_publica/003.pdf

⁹ OPS/OMS, “Las políticas públicas para la salud pública”, consultado el 12 de diciembre, 2014. http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf

Para dar respuesta a las preguntas e hipótesis expresadas es ineludible diseñar un estudio con una metodología basada en dos líneas de investigación: la primera, fundamentada en la historia sociocultural de la enfermedad definida como una historia más reciente que “*se concentra en las dimensiones socio-demográficas de una cierta enfermedad, los procesos de profesionalización y medicalización, las condiciones de vida, los instrumentos e instituciones del control médico y social, el rol del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria, las condiciones de trabajo y sus efectos en la mortalidad*”¹⁰.

La historia de la salud pública que “*destaca la dimensión política, dirige su mirada, al poder, la política, el Estado y la profesión médica. Es en gran medida, una historia atenta a las relaciones entre instituciones de salud con estructuras económicas, sociales y políticas. Es también una historia que se piensa útil e instrumental toda vez que busca en el pasado lecciones para el presente y el futuro porque asume que la cuestión de la salud es un proceso no cerrado*”¹¹.

Ambas vertientes permiten estudiar las acciones ejecutadas por el Estado destinadas a combatir las enfermedades a partir de una evaluación que excede lo estrictamente médico y está marcada por factores políticos, económicos, culturales, científicos y tecnológicos con la finalidad preservar la salud de la población.

Para la construcción del estudio es necesario la presentación de un balance historiográfico que nos permita conocer qué y porqué se ha estudiado sobre el tema. Los primeros trabajos analizados son del investigador Marcos Cueto, la primer investigación “*Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú*”¹², es un trabajo de la línea de historia socio cultural de la enfermedad que tiene como objetivo de investigación analizar la interacción de las políticas de salud oficiales con otros sectores

¹⁰ Diego Armus, “La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna”, consultado el 1 de abril, 2014, file:///G:/la%20enfermedad%20en%20la%20historiografia.pdf.

¹¹ Cueto, *El regreso de las epidemias*, 44.

¹² Marcos Cueto, “Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú”, consultado el 2 de febrero, 2014, <http://www.inppares.org/sites/default/files/Culpa%20y%20Coraje-%20Historia%20Pol%C3%ADticas%20sobre%20VIH>.

sociales, la estructura de la investigación tiene como finalidad dar a conocer el impacto de la enfermedad, sus causas, las políticas dirigidas a identificar, controlar y prevenir el VIH/ Sida en el Perú, y las reacciones sociales al respecto¹³.

En general el autor argumenta que el desarrollo de las políticas de salud en el Perú se han enfrentado a los problemas siguientes: *“las respuestas temporales, insuficientes y punitivas a las emergencias de salud; la culpabilización de los grupos marginales; la tensión recurrente entre la intervención del Estado y los derechos individuales; la artificialidad de la separación entre las tareas de prevención y las de curación; y la problemática de participación de los pacientes y familiares en el cuidado de la salud”*¹⁴:

En su segundo libro denominado *“El Regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX”*¹⁵; el historiador Marcos Cueto investiga las causas, el impacto y las respuestas a diversas enfermedades que atacaron distintos lugares del Perú durante el siglo XX y que alcanzaron la categoría de epidemias. A través del estudio de cada enfermedad identifica patrones de respuesta individual, social y estatal, así como analiza percepciones sobre la salubridad y el bienestar físico¹⁶.

Finalmente, demuestra la dimensión del rol del Estado ante las epidemias y la importancia de estas en la investigación histórica:

*“Las epidemias son a veces un estímulo de la autoridad del Estado en áreas sociales que, como la salud, no siempre estuvieron bajo su responsabilidad y han servido como un lente de aumento para observar los temores, prejuicios, normas y estereotipos sobre los enfermos, el cuerpo humano, el género, los grupos étnicos, y las clases sociales”*¹⁷:

¹³ Ibíd.

¹⁴ Cueto, *El Regreso de las epidemias*, 13.

¹⁵ Ibíd.

¹⁶ Cueto, *Culpa y Coraje*, 19.

¹⁷ Ibíd., 18.

La historiadora Andrea Álvarez Marín en su artículo nombrado *“Epidemias de los siglos XX y XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del Sida en Costa Rica 1980-2008”*¹⁸ utiliza preceptos teóricos tomados de trabajos de historiadores entre los que destaca Marcos Cueto y George Duby, su trabajo busca hacer una investigación basada en la unión de dos corrientes de renovación histórica; la historia de la salud pública combinada con la historia de los aspectos socio-culturales de la enfermedad. Finalmente su estudio permite determinar el impacto del SIDA en Costa Rica, explicar los valores biológicos y socio culturales que lo produjeron, exponer las políticas implementadas para su combate y finalmente demostrar las reacciones sociales¹⁹.

El PNUD en Guatemala publicó el Cuaderno de Desarrollo Humano titulado *“Ajustes, reforma y resultados: Las políticas de salud en Guatemala, 1985-2010”*²⁰; estudio elaborado mediante una metodología descriptiva y analítica, que muestra una estructura basada en las diferentes tendencias que influyeron en la ejecución de las políticas de salud: democratización, y reforma administrativa y económica, periodos históricos vividos por Guatemala entre 1985 a 2010; en donde el autor determina el contexto que influyó, identificando los principales cambios en el marco legal, la estructura y el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.²¹

Aunado a estos aportes, el artículo de Juan Carlos Verdugo Urrejola titulado *“Historia reciente de la política y reforma de salud en Guatemala”*²², hace un breve análisis sobre los procesos relacionados con la formulación de la política y reforma de salud, los

¹⁸ Andrea Álvarez Marín. “Epidemias de los siglos XX y XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del sida en Costa Rica 1980-2008”, consultado el 20 de septiembre, 2014, <http://www.historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/2008/especial2008/articulos/02-Ciencia/15.pdf>

¹⁹ *Ibíd.*, 324-328.

²⁰ PNUD, “Ajustes, reforma y resultados: Las políticas de salud en Guatemala, 1985-2010”, consultado el 19 de septiembre, 2014, <http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/Cuaderno%20de%20Políticas%20de%20salud%20Guatemala%201985-2010%2016sep2011.pdf>.

²¹ *Ibíd.*

²² Juan Carlos Verdugo Urrejola, “Historia reciente de la política y reforma de salud en Guatemala”, consultado el 28 de agosto, 2014, <http://ssi.campusvirtualsp.org/guatemala/files/2008/11/politica-y-reforma-del-sector-salud-jcv.pdf>

principales actores y medidas concretas que la integraron, argumenta que no se puede hacer una historia de las políticas de salud desvinculándola de su contexto; es decir, sin vincularla a factores políticos, económicos, sociales, ideológicos, culturales entre otros²³.

Además, expone que en Guatemala, el sistema de salud sufrió una parálisis que resultó solo en la construcción de infraestructura y en la privatización de este servicio; es decir, *“se desarrolla una salud pública no sólo biológica y clínica por las concepciones enmarcadas dentro del modelo médico hegemónico, sino también porque el contexto no daba para otra cosa”*²⁴. Muestra como el adecuado servicio de salud está asociado a la ejecución de otras políticas, a las circunstancias económicas, políticas y sociales, demostrando que el desarrollo apropiado del estado y sistema de salud a través de las políticas se ha basado en procesos mundiales más que en medidas ejecutadas por el Estado guatemalteco²⁵.

El libro de la representación de la Organización Panamericana de la Salud en Costa Rica *“100 años de Salud: Costa Rica”*²⁶, en su artículo denominado *“El control y prevención de enfermedades transmisibles”*²⁷, establece que las enfermedades transmisibles han sido uno de los principales problemas de salud durante el siglo XX, por lo que es de vital importancia la elaboración de investigaciones científicas sobre este tema. Sáenz a través de un método analítico busca conocer las formas de control y prevención de dichas enfermedades; es decir, las respuestas dadas por el Estado ante el surgimiento e intensificación de enfermedades transmisibles o epidemias.

El autor busca dar a conocer el contexto o las condiciones ambientales, económicas, políticas y sociales de Costa Rica durante el siglo XX. Con todo lo anterior, Sáenz concluye que la disminución de la mortalidad por las enfermedades transmisibles

²³ *Ibíd.*

²⁴ *Ibíd.*, 3.

²⁵ Verdugo Urrejola, *Historia reciente de la política y reforma de salud de Guatemala*, 7.

²⁶ OPS, *100 años de Salud: Costa Rica* (San José: Organización Panamericana de la Salud, 2003), 70-100.

²⁷ *Ibíd.*, 70-78.

depende de la acción social del Estado a través de las políticas de salud implementadas, de su continuidad y de su financiamiento²⁸.

El segundo artículo es autoría del doctor Humberto Montiel Paredes titulado *“El control y la prevención de las enfermedades no transmisibles”*²⁹ quien presenta una evolución de las enfermedades no transmisibles que tienen énfasis en los indicadores de morbilidad y mortalidad de Costa Rica.

La estructura de su trabajo muestra un enfoque que va de lo general a lo particular mostrando la situación de América Latina con respecto a las enfermedades no transmisibles y luego en Costa Rica determinando en ambos casos el impacto y las respuestas. El autor utiliza un método analítico y estadístico en donde muestra un desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las enfermedades no transmisibles como causas de mortalidad y morbilidad para el caso de este país, elemento importante para mi investigación debido a que habrá que determinar si se ha manifestado el mismo proceso en El Salvador.

Igualmente recurrí al estudio inédito denominado *“Las políticas públicas y los servicios de salud”*³⁰, explica que a pesar de las definiciones universales de políticas públicas, estas en la práctica *“reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas. En teoría, estas respuestas coinciden con el interés público. Más aún, los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no resulta eficiente.*

²⁸ *Ibíd.*, 77-78.

²⁹ OPS, *100 años de salud*, 79-95.

³⁰ OPS, *“Salud en las Américas 2007, vol.1”*, consultado el 28 de julio, 2014, http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=42&Itemid=324

No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en “lo que el gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar”³¹:

Un aporte muy interesante del libro es la facilidad que tiene el autor de explicar por qué las políticas de salud son importantes debido a que *“afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental”³².*

El estudio presenta una estructura basada en la evolución de los sistemas de salud en América, el gasto nacional, internacional y familiar en salud, la legislación en salud, los recursos humanos implementados, una comparación entre pasado-presente, los medicamentos y nuevas tecnologías, y el acceso y utilización de la información científica en salud. Es importante observar como esta estructura permite mostrar el *“papel que desempeñan las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud en responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, y al mismo tiempo su potencial para, por el contrario, aumentar las disparidades y la exclusión”³³.*

Por otra parte utilice un capítulo del estudio de Gregorio Mendizábal Lozano designado *“La planificación para el mejoramiento de la salud: El Ministerio de Previsión Social y*

³¹ *Ibíd.*, 314-315.

³² *Ibíd.*, 314.

³³ *Ibíd.*

*Salud Pública (1970-1993)*³⁴; en el cual el autor estudia la política de salud implementada para este periodo relacionándola con el tipo y el modelo de gobierno, la evolución del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, la legislación y la seguridad, elementos internos de la evolución del sistema de salud, en conjunto con el plan impulsado a nivel mundial, teniendo como uno de los principales objetivos el control de las enfermedades de transmisión con el fin de garantizar el derecho a la salud.

Mendizábal muestra como una de las principales acciones dentro de la institución era la implementación de programas contra enfermedades transmisibles como la malaria, la viruela, la fiebre hemorrágica, entre otras; a pesar de lo anterior, estas medidas se vieron afectadas o beneficiadas dependiendo las condiciones económicas, sociales, políticas, ideológicas y culturales de Bolivia³⁵.

Finalmente, Edgar Mohs en su artículo *Políticas y estrategias de salud en Costa Rica*³⁶ hace una investigación de historia tradicional, elemento que no desvalúa su valioso aporte, su estudio se encuentra basado en planes de salud y fuentes de carácter jurídico, con una estructura que va desde los antecedentes pasando por la caracterización de cuatro fases sobre la evolución del sistema de salud en Costa Rica y su respectiva descripción.

El autor demuestra como con el establecimiento y el crecimiento de la institucionalidad tanto en infraestructura como en funcionamiento junto a una mayor producción de la legislación permitió que los servicios y las políticas de salud fueran aumentando como

³⁴ Gregorio Mendizábal Lozano, "La planificación para el mejoramiento de la salud: El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (1970-1993)", en *Historia de la Salud Pública en Bolivia: de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud*, (La Paz: OPS/OMS, 2002).

³⁵ *Ibíd.*, 293.

³⁶ Edgar Mohs, "Políticas y estrategias de salud en Costa Rica", consultado el 28 de agosto, 2014, <http://archive.unu.edu/unupress/food2/UIN06S/uin06s03.htm>

medidas tomadas por el Estado a fin de garantizar el derecho a la salud de la población costarricense³⁷.

Para el desarrollo de la presente investigación he recurrido a varios tipos de fuentes muy valiosas entre ellas: La revista la Clínica del Hospital General de San Salvador, los archivos del Hospital Rosales, los boletines del Consejo Superior de Salubridad, los boletines de Sanidad publicados por la Dirección General de Sanidad, fuentes que se conservan hasta la actualidad y que permiten conocer datos sobre el siglo XIX y la primera mitad del XX.

Las Memorias de labores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), institución que a partir de mediados de 2010 fue renombrado Ministerio de Salud (MINSAL), fuentes analizadas desde 1950 hasta la actualidad, que permiten conocer la incidencia de las enfermedades transmisibles en la población cubierta con los servicios de salud; pero además, muestran la visión y las medidas tomadas por las instituciones de salud ante el problema de las enfermedades transmisibles.

La Revista Salud en las Américas publicada por la Organización Panamericana de la Salud publicada en el portal http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=11&lang=es, en donde se encuentra el archivo que contiene copia digital de las publicaciones desde 1958 hasta el presente siglo, fuentes que permiten conocer la incidencia de las enfermedades principalmente de declaración obligatoria en toda América y específicamente de El Salvador; a través de la comparación de datos oficiales notificados por los países de América a dicho organismo internacional.

Estrategia utilizada debido a la recomendación hecha por personas dedicadas a la salud; las cuales, a lo largo de su experiencia han observado que en muchos casos los datos

³⁷ Ibíd.

oficiales mostrados por ejemplo en las Memorias de labores se encontraban viciados debido a intereses políticos y sociales de nuestro país. Sin embargo, para el periodo 1950 a 1957 decidí tomar como fuentes los Informes de casos notificados de enfermedades de declaración obligatoria desde 1946 a 1958 de la Oficina Sanitaria Panamericana que me permiten ver el impacto de estas enfermedades.

En último lugar, se utilizaron también publicaciones de la Dirección de Vigilancia Sanitaria en el sitio web del Ministerio de Salud como boletines anuales, semanales, informes nacionales de vigilancia epidemiológica, informes de tendencias comparativas, entre otros. El primer capítulo muestra los efectos de las enfermedades transmisibles y las debilidades en las políticas de salud implementadas por las autoridades desde la colonia hasta la el final de la primera mitad del siglo XX.

Revela cómo durante la época colonial las provincias de Cuscatlán y los Izalcos sufrieron una crisis epidemiológica que llevaron a un descenso poblacional sin precedentes; crisis de la que permanecieron sus secuelas manifestadas en las constantes epidemias y endemias que azotaron a las provincias hasta mediados del siglo XX en donde las precarias condiciones de vida, así como algunos factores culturales favorecieron la propagación de dichas enfermedades.

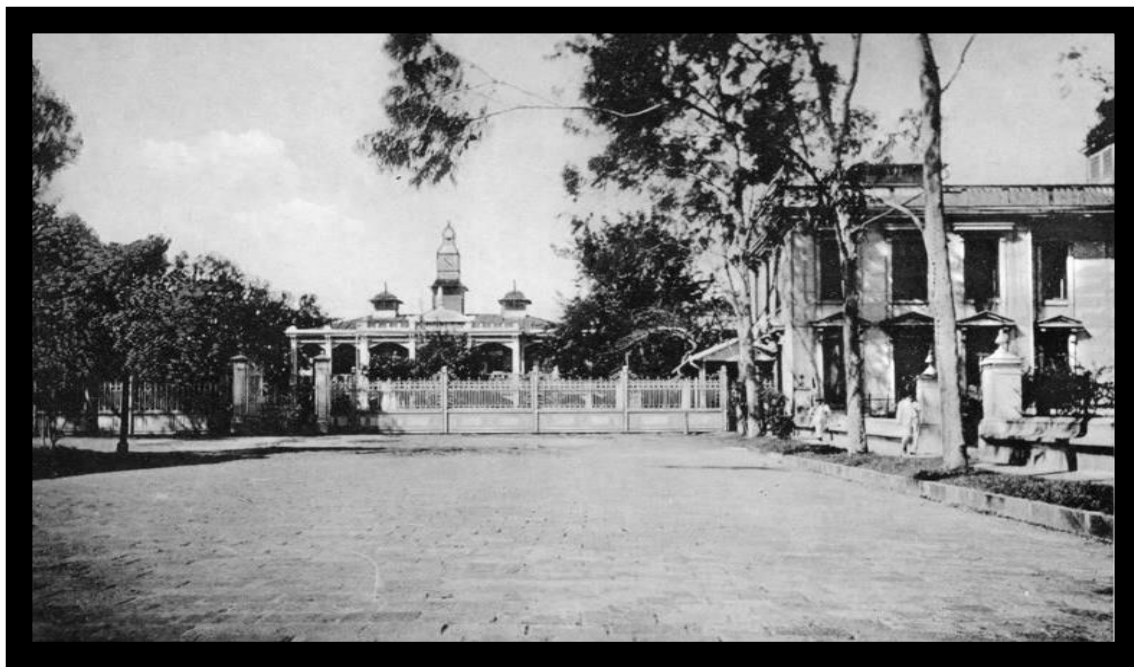
Asimismo, podemos observar cómo luego de la conquista y la colonia las autoridades civiles y eclesiásticas no tuvieron como una de sus prioridades la salud física de la población indígena. Durante la colonia y el siglo XIX se mantuvo una estructura sanitaria limitada, bajo la concepción de la salud como un acto de caridad y representada en los hospitales administrados por la iglesia que atendían una ínfima parte de la población enferma; por lo cual, la mayoría de la población mantuvo mecanismos de curación indígenas. Es hasta inicios del siglo XX, que el Estado salvadoreño fue paulatinamente responsabilizándose por la salud de sus habitantes.

El segundo capítulo, muestra los efectos de las enfermedades en la población salvadoreña a partir de la segunda mitad del siglo XX, en donde el crecimiento poblacional continuó de forma lineal, aunque con tasas de morbilidad más altas y de mortalidad más bajas. No obstante, fue en este periodo en donde las enfermedades infecto-contagiosas empezaron a ser desplazadas por las muertes violentas, los accidentes de tránsito y las enfermedades no transmisibles como primeras causales de muerte a partir de la década de los setenta.

Sin embargo, su nivel de incidencia como causa de morbilidad aumentó, disminuyó o se mantuvo dependiendo el tipo de enfermedad y las acciones implementadas para su combate; así, las estadísticas muestran a diferentes enfermedades transmisibles como problemas de salud a los que las autoridades de salud nunca les ha prestado la debida atención y que continúan haciendo estragos en la salud de la población salvadoreña. El tercer capítulo revela las políticas públicas de salud implementadas en nuestro país a partir de 1950, año en donde el Ministerio de Asistencia Social fue renombrado como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, institución que a partir de 1953 emprendió diferentes programas, planes, reformas administrativas y reformas de salud que permitieron ampliar y mejorar aunque de forma paulatina la calidad y calidez de los servicios de salud pública.

No obstante, las respuestas no han sido las suficientes ya que la alta incidencia de las enfermedades transmisibles, continua y sigue manifestando su impacto en nuestro país, si bien se ha disminuido los niveles de mortalidad debido a esta causa, hasta la fecha existe una alerta nacional estratificada por la permanencia de casos sospechosos de dengue y chikungunya y sika al igual que enfermedades como las infecciones respiratorias agudas, las diarreas y gastroenteritis que se mantienen con índices de incidencia altos. A pesar de ello, se observa un interés estatal y social en bajar estadísticas y entregar medicamentos más que en prevenir y educar para erradicar dichos problemas de raíz.

PRIMERA PARTE
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
HISTORIA DE LA POLITICAS PÚBLICAS DE SALUD SOBRE LAS
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000



FUENTE: Chester Urbina Gaitán, Estado y control social en El Salvador (1931-1944), consultado el 10 de junio de 2016, <http://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/171/1/Estado%20y%20control%20social%20en%20El%20Salvador%201931-1944.pdf>

CAPITULO 1: POBLACIÓN, POBREZA Y ENFERMEDAD: LAS POLÍTICAS DE SALUD DESDE LA COLONIA HASTA LA CONSOLIDACIÓN DEL ESTADO SALVADOREÑO

INTRODUCCIÓN

- 1.1. POBLACIÓN, POBREZA Y EPIDEMIAS: LOS EFECTOS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESDE LA COLONIA HASTA LA CONSOLIDACIÓN DEL ESTADO SALVADOREÑO.
- 1.2. DE LA SALUD COMO UN ACTO DE CARIDAD A UNA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO: LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL SALVADOR DESDE LA ÉPOCA COLONIAL HASTA LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX.

CONCLUSIONES DEL CAPITULO

CAPITULO 1

POBLACIÓN, POBREZA Y ENFERMEDAD: LAS POLÍTICAS DE SALUD DESDE LA COLONIA HASTA LA CONSOLIDACIÓN DEL ESTADO SALVADOREÑO

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo reúne una mirada a la historia socio-cultural de la enfermedad que los diferentes grupos poblacionales de El Salvador experimentaron desde la colonia hasta la primera mitad del siglo XX. El presente capítulo se divide en dos apartados. El primero, responde a la pregunta ¿Cuáles fueron los efectos que ocasionaron las enfermedades transmisibles en la población? En donde se demuestra que pestes como la malaria, la viruela, la fiebre amarilla y el cólera hicieron sentir sus efectos epidémicos en la población, razón por la que fueron denominadas como pestes, algunas de ellas perduraron como el paludismo, mientras otras reaparecieron hasta el siglo XX como es el caso de la viruela y el cólera.

Es interesante conocer cómo dichas enfermedades afectaron a la población salvadoreña. Para ello, se utilizarán datos estadísticos de algunos hospitales de finales del siglo XIX y principios del siglo XX que permiten conocer enfermedades infecto contagiosas como la influenza, la disentería, el coqueluche, la fiebre tifoidea, la enteritis entre otras que también generaron consecuencias negativas en los diferentes grupos poblacionales. En el segundo apartado se mostrará cómo las instituciones existentes intentaron combatir dichos padecimientos, a través de esfuerzos que llevaron a la creación de mecanismos, programas y posteriormente políticas que iniciaron como esfuerzos institucionales heterogéneos.

Se dará principal importancia a las acciones realizadas por el Consejo Superior de Salubridad y más tarde por la Dirección General de Sanidad para combatir a las

enfermedades transmisibles. Pero asimismo, se analizará cómo en 1950 dichos esfuerzos se unificaron con la creación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, muestra evidente de cómo la salud y los servicios de salud pasaron de ser un acto de caridad a una responsabilidad del Estado, proceso originado a partir de las reformas liberales y consolidado a medida que el Estado fue adquiriendo el deber de garantizar la salud a la población salvadoreña.

1.1. POBLACIÓN, POBREZA Y EPIDEMIAS: EFECTOS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DESDE LA COLONIA HASTA LA CONSOLIDACIÓN DEL ESTADO SALVADOREÑO.

En la actualidad hay diferentes investigaciones que estudian la evolución social y demográfica de los grupos poblacionales que habitaron el actual territorio salvadoreño desde la época colonial hasta la primera mitad del siglo XX. A pesar de ello, se desconoce qué enfermedades transmisibles afectaron la salud de dichos grupos poblacionales, cuáles fueron los efectos ocasionados por estas enfermedades, cuáles fueron los grupos más afectados; es decir, las dimensiones socio-demográficas que tuvieron las enfermedades transmisibles en estos periodos, preguntas que se desarrollaran en los siguientes apartados.

1.1.1. LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA CONQUISTA Y LA COLONIA

El actual territorio salvadoreño antes de la conquista contaba con una población aproximada entre los 116,000 a 130,000 habitantes con una composición mayoritaria de pipiles y lencas, mientras que en menor medida de jincas, pocomanes, chorties y matagalpas, grupos poblacionales localizados en diferentes regiones que representaban una densidad poblacional entre 5.5 a 6.1 habitantes por kilómetro cuadrado y que

formaban organizaciones políticamente distintas diferenciándose en el lenguaje, religión y modo de vida³⁸.

No obstante, con el inicio de la conquista y el periodo de dominación española las condiciones y organización de estos grupos poblacionales cambiaron. De 1548 a 1551 la población había experimentado un descenso demográfico de más de un 50%, debido a que solo se contaba con 60,000 personas como cifra máxima, entre los que se encontraban 19,136 indios tributarios, 22,580 indios exentos por edad, 8,343 indios no sometidos y 400 españoles distribuidos en las provincias de San Salvador, San Miguel y los Izalcos con un total de 50,459 habitantes; los cuales, se encontraban inmersos en una nueva reorganización territorial³⁹.

TABLA I
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE EL SALVADOR DE 1548 A 1551

Jurisdicción	Indios tributarios	Indios exentos por edad	Indios no sometidos y otros	Españoles	Totales
San Salvador	11,158	13,166	4,865	250	29,439
San Miguel	6,192	7,306	2,699	150	16,347
Los Izalcos	1,786	2,108	779	-	4,673
Totales	19,136	22,580	8,343	400	50,459

Fuente: Basado en datos de Rodolfo Barón Castro, *La población de El Salvador*, (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 2002).

En ese entonces, la provincia de San Salvador contaba con el 29,439 habitantes equivalentes al 58.3% de la población, mientras San Miguel estaba integrado por 16,347 indígenas; es decir, con el 32.4% del total de habitantes y los Izalcos agrupaba a 4,673 indígenas igual al 9.3% restante. Sin embargo, cuáles fueron las causas del despoblamiento. En 1524 el proceso de conquista española generó una serie de factores que permitieron el descenso poblacional.

³⁸ Rodolfo Barón Castro, *La población de El Salvador* (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 2002), 133.

³⁹ Barón Castro, *La población de El Salvador*, 205.

Autores que investigaron dicho periodo analizan las causas que permitieron el fenómeno. Barón Castro expone que la guerra, las enfermedades y el cambio de las condiciones de vida de la población indígena generaron el declive demográfico. Mientras, Browning considera que las enfermedades y el ganado fueron dos aliados estratégicos para la derrota y desmoralización de la población indígena. Aunado a ello, Bethell expone que las enfermedades traídas del viejo mundo y posteriormente de África fueron un punto importante en la disminución poblacional⁴⁰.

Con lo anterior, podemos considerar que una de las principales causas del despoblamiento en nuestro país fue la propagación de enfermedades traídas por los conquistadores como la influenza, la viruela, la malaria, el sarampión, la fiebre amarilla entre otras que originaron grandes pestes, las cuales generaron una crisis epidémica en las provincias ya que *“La introducción de nuevas enfermedades en pueblos nuevos y susceptibles causó la mayor movilidad de la enfermedad”*⁴¹.

Este conjunto de epidemias se manifestó en diferentes oleadas que rompieron el equilibrio sanitario que mantenían las poblaciones indígenas causando grandes mermas demográficas. La primera oleada se desarrolló antes y durante los primeros años de conquista; es decir, antes de 1550, ocasionando la destrucción de muchas poblaciones⁴².

Fray Bartolomé de las Casas al describir las características de los naturales manifestaba la vulnerabilidad de los indígenas ante las nuevas enfermedades *“Son asimismo las gentes más delicadas, flacas y tiernas en complisión e que menos pueden sufrir trabajos y que más fácilmente mueren de cualquiera enfermedad”*⁴³.

⁴⁰ Rodolfo Barón Castro, *La población de El Salvador* (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 2002); David Browning, *El Salvador, la tierra y el hombre* (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 1975); y Leslie Bethell (Ed.), *Historia de América Latina: América Latina colonial* (Barcelona: Editorial Crítica, 1990).

⁴¹ Browning. *El Salvador, la tierra y el hombre*, 88.

⁴² *Ibíd.*

⁴³ Fray Bartolomé de las Casas, “Brevisima Relación de la Destrucción de Indias”, consultado el 10 de mayo, 2015, http://www.ordiecole.com/las_casas_destruccion.pdf

Una segunda oleada epidémica se experimentó a partir de la segunda mitad del siglo XVI, llegando a disminuir en algunos pueblos más de la tercera parte de la población indígena, mientras que en otros los efectos fueron tan grandes que llevaron a su desaparición. En 1950 *“setenta pueblos del este de El Salvador tenían una población total de 30,000 habitantes; en 1590 quedaban cincuentidos pueblos con una población de 8,300⁴⁴”*.

Asimismo, en las tasaciones 1548-1551 se censaron 168 pueblos indígenas, que para 1740 se reducían a 110 pueblos, debido a la desaparición de 58 asentamientos que tenían un aproximado poblacional de 22,210 habitantes, en donde posiblemente el efecto de las enfermedades fue un factor muy importante en la desaparición demográfica de dichos asentamientos.

TABLA II

PUEBLOS CENSADOS EN 1550 QUE QUEDARON TOTALMENTE DESPOBLADOS EN 1740

Nº	Pueblo	Población	
		1550	1740
1	Tacusalco	100	-
2	Tonala	50	-
3	Sintepeque	100	-
4	Colcumea	100	-
5	Nopicalco	300	-
6	Miahutlan	30	-
7	Cinacuatlan	425	-
8	Atetapa	175	-
9	Mizaro	200	-
10	Ostua	150	-
11	Langui	375	-
12	Macagua	100	-
13	Uxapa	100	-
14	Atempatracua	225	-
15	Chacalingo	200	-
16	Pocpan	200	-
17	Tepagua	975	-
18	Chicongoa	350	-
19	Xaolocinag	850	-
20	Teculucelo	1500	-
21	Cuaguatepeque	1000	-
22	Tecomatlau	230	-
23	Potonico	1750	-

⁴⁴Ibíd., 90.

N°	Pueblo	Población	
		1550	1740
24	Jocotique	150	-
25	Gualcho	300	-
26	Capygnantique	100	-
27	Cingaltique	150	-
28	Gualarna	150	-
29	Capaguatique	100	-
30	Aranlique	125	-
31	Amatique	250	-
32	Tocurroslique	800	-
33	Cirigual	600	-
34	Cila	150	-
35	Torrolique	150	-
36	Comaguayquin	100	-
37	Toropin	200	-
38	Chinameacinamo	250	-
39	Tangolona	200	-
40	Mayocaquin	200	-
41	Guscatique	100	-
42	Talcoatique	150	-
43	Guamitique	100	-
44	Xagua	400	-
45	Sirama	150	-
46	Gulua	150	-
47	Xamanagua	150	-
48	Merentiquen	2000	-
49	Tepetaoquin	500	-
50	Xilangura	200	-
51	Uluaxoato	300	-
52	Leguaquin	350	-
53	Calcoyuacingo	250	-
54	Calcoyuca	1300	-
55	Xirtraltique	750	-
56	Armycoa	150	-
57	Aguacayo	1000	-
58	Oxuca	750	-

Fuente: David Browning, *El Salvador, la tierra y el hombre* (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 1975).

A nivel general en 1570 la población manifestó un proceso lento de recuperación demográfica alcanzando un total de 77,000 habitantes, integrados por 17,000 españoles y mestizos y 60,000 indígenas. Para estos años se empezaba a mostrar la formación y el crecimiento de la población mestiza, mientras el grupo indígena experimentaba un

incremento muy lento, producto de las diferentes epidemias que los azotaron y la pesada adaptación a las condiciones de vida impuestas durante la colonia.

Una importante expresión de la evolución demográfica para 1768 - 1770, es la realizada por el Obispo Cortes y Larras, quien realizó una visita por el Obispado de Guatemala en donde se encontraban inmersas las provincias de San Salvador y de Sonsonate que contaban con 34 parroquias que agrupaban 26,187 familias con un total de 120,092 habitantes. Dicha población se distribuyó por curatos como se puede visualizar en la siguiente tabla.

TABLA III
POBLACIÓN DE EL SALVADOR PARA 1768-1770

Nº	Parroquias	Familias	Personas
1	Aguachapan	1,480	5,478
2	Apaneca	458	1,928
3	Nahuisalco	1,424	4,602
4	Sonsonate	844	3,654
5	Caluco	378	1,815
6	Ysalco	1,843	5,667
7	Guaymoco	501	2,024
8	Atheos	474	2,167
9	Mexicanos	865	4,051
10	San Salvador	1,857	11,450
11	San Jacinto	879	3,814
12	Santo Tomas Texaquangos	849	4,308
13	San Juan Olocuilta	-	-
14	San Pedro Matzahuat	950	4,699
15	Santiago Nonualco	865	4,164
16	Zacatecoluca	-	-
17	Usulután	1,511	6,624
18	Ereguayquin	302	1,276
19	San Migue	819	5,787
20	Conchagua	420	3,488
21	Gotera	-	-
22	Ozicala	562	3,220
23	Titiguapa	401	1,733
24	San Vizente	1,061	4,305
25	Cuxutepeque	3,478	9,923
26	Suchitoto	321	2,149
27	Chalatenango	488	2,210
28	Texuthla	307	2,204
29	Tonacatepeque	479	2,910

30	Opico	647	2,334
31	Texistepeque	233	1,207
32	Santa Ana	987	6,051
33	Chalchuapa	304	2.205
34	Metapas	190	1,555
Total		26,187	120,092

Fuente: Elaborado en base a Rodolfo Barón Castro, *La población de El Salvador* (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 2002).

Sin embargo, a esta cifra Barón Castro agrega 12,000 personas más de las parroquias de Zacatecoluca, Olocuilta y Gotera, lugares que no se incluyeron en la visita y que hacen un total de 132,092 habitantes entre españoles, ladinos, indígenas y mulatos, con una densidad de 6.2 habitantes por kilómetro cuadrado.

Con lo expuesto podemos aducir que es hasta 1768-1770 que las Provincias de San Salvador y Sonsonate logran alcanzar el mismo nivel demográfico que tenían al final del prehispánico, aunque ya no con los mismos grupos poblacionales debido a la dispersión social ocasionada por la conquista y el primer siglo colonial.

Para esta fecha, se contaba con un importante grupo poblacional ladino y con un porcentaje menor de población española y de mulatos. En 1778 la provincia de San Salvador y la de Sonsonate conformaban una población de 146,000 personas de las cuales 83,000 eran indígenas y los restantes se dividían entre españoles y ladinos. Mientras, en 1796 las provincias expresaron un crecimiento demográfico alcanzado los 161,035 habitantes en donde la población indígena estaba compuesta por 83,100 habitantes y los españoles, mestizos y mulatos integraban las 78,025 personas restantes⁴⁵.

El intendente Gutiérrez y Ulloa en 1807 realizó una visita por todas la Alcaldía Mayor de San Salvador haciendo un recuento del estado general de la provincia, concluyendo

⁴⁵ Barón Castro, *La población de El Salvador*, 266.

que para esa fecha la población había ascendido a 165,278 habitantes, los cuales se distribuyeron en los partidos de la siguiente manera:

TABLA IV
POBLACIÓN QUE INTEGRABAN LA ALCALDÍA MAYOR DE SAN SALVADOR EN 1807

Nº	Partido	Españoles	Ladinos	Indígenas	Total
1	San Salvador	454	12,032	19,900	32,386
2	Olocuilta	88	2,131	6,555	8,774
3	Zacatecoluca	107	5,816	8,029	13,952
4	San Vicente	315	14,281	2,659	17,268
5	Usulután	76	5,356	734	6,166
6	San Miguel	566	7,696	5424	13,706
7	Gotera	27	4,580	5,055	9,662
8	San Alejo	1	349	1,049	5,239
9	Sensuntepeque	270	4,388	533	5,191
10	Opico	53	3,754	2,205	6,022
11	Tejutla	345	2,286	1,469	4,500
12	Chalatenango	500	10,829	1,822	13,151
13	Santa Ana	204	6,856	3,469	10,539
14	Metapán	1,581	2,100	462	4,203
15	Cojutepeque	108	3,057	11,150	14,519
TOTAL		4,729	89,474	71, 354	165,278

Fuente: Antonio Gutiérrez y Ulloa, *Estado general de la provincia de San Salvador: Reino de Guatemala*, (San Salvador: Universidad de El Salvador, s/f.).

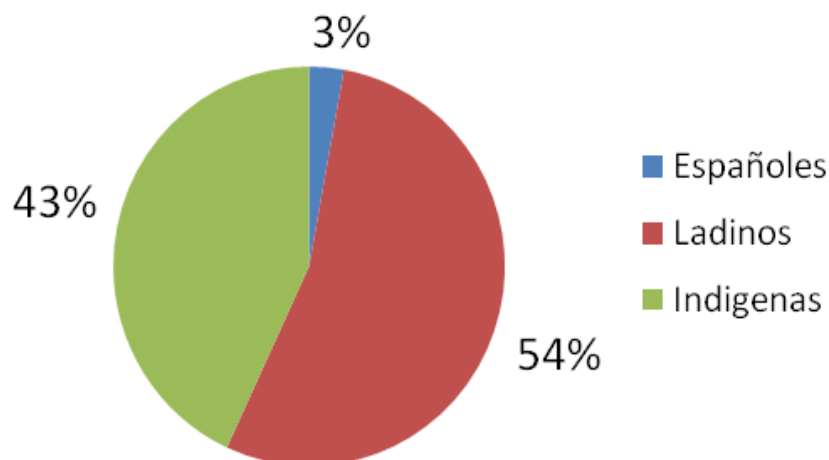
Según los datos de la tabla, la población española se encontraba distribuida en todos los partidos con mayor predominancia en las ciudades de Metapán, San Miguel, Chalatenango, San Salvador, Tejutla y San Vicente. Mientras que el grupo ladino se encontraba mayoritariamente en los partidos de San Vicente, San Salvador, Chalatenango y San Miguel. Finalmente, los indígenas en su mayoría estaban ubicados en los partidos de San Salvador, Cojutepeque, Zacatecoluca, Olocuilta y Gotera.

La siguiente grafica nos muestra la modificación del porcentaje de los grupos poblacionales de la Alcaldía Mayor de San Salvador. En 1807 el 54% de la población estaba compuesta por ladinos, el 43% por indígenas y el 3% por españoles. Aunado a ello, para esta fecha la Provincia de Sonsonate contaba con un aproximado de 35,000

habitantes, que sumado a 165,278 personas de San Salvador, hacían un total aproximado de 200,000 habitantes con una composición de 86,200 indígenas, 5,600 españoles y 108,200 mestizos.

GRÁFICA I

COMPOSICIÓN POBLACIONAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE SAN SALVADOR EN 1807



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Rodolfo Barón Castro, *La población de El Salvador* (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 2002).

El Intendente Gutiérrez y Ulloa muestra una importante visión sobre las enfermedades que afectaban a la población de la Provincia de San Salvador en 1807 en donde muestra como las fiebres intermitentes, las enfermedades inflamatorias, las enfermedades venéreas, las enfermedades cutáneas, las enfermedades reumáticas entre otras perjudicaba a la población de los diferentes partidos.

TABLA V

ENFERMEDADES QUE AFECTABAN A LA POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE SAN SALVADOR EN 1807

Nº	Partido	Nº de Pueblos	Enfermedades que afectan a la población
1	San Salvador	22 pueblos de indios, 2 de ladinos con 20 parcialidades, 22 haciendas de	<i>“Siendo la única incomodidad de consideración, la de las fluxiones, que atribuye a la fortaleza del roció, que llaman sereno, los naturales, y al exceso de baños por ablución en ayre libre y en aguas de varios temples que el mismo terreno proporciona...”</i>

		ganados y tintas.	
2	Olocuilta	9 Pueblos, dos aldeas y nueve haciendas	<i>"A penas se conoce enfermedad dominante, a excepción de las enfermedades venéreas"</i>
3	Zacatecoluca	6 pueblos, 25 haciendas, 2 sitios, 3 islas o esteros	<i>"Su temperamento en general caliente y seco, unido a los excesos generales de los baños tienen extendidas las enfermedades cutáneas y calenturas intermitentes con demasiada generalidad"</i>
4	San Vicente	7 pueblos (4 de indios) 3 aldeas, 44 haciendas y 14 ranchos	<i>"Su temperamento aunque cálido y seco es algo vario, y las noches en lo general siempre frescas, muy propagadas las erupciones veneras y en algunos parajes frecuentes las fiebres intermitentes"</i> <i>"Sin embargo las dos poblaciones a las que la utilidad, la situación o la necesidad redujo a poblar este Valle, están con escasa población reduciendo la del Partido con las victimas sacrificadas anualmente por las calenturas intermitentes y afecciones reumáticas tan dominantes"</i>
5	Usulután	4 Pueblos, 2 aldeas, 6 reducciones, 14 haciendas, 50 ranchos	<i>"Las mismas enfermedades, siendo el vicio venero dominante y la consunción, única dolencia que los singulariza de aquellos"</i>
6	San Miguel	10 pueblos de indios, 1 de ladinos, 6 aldeas, 61 haciendas, 7 ranchos	<i>"A las malas aguas, aprovechadas con poca limpieza en Pozos o más bien depósitos corrompidos, no obstante estar la Ciudad con tres o cuatro leguas de distancia y natural nivel, rodeada de ríos muy buenos y las naturalezas agobiadas de con las continuas fiebres intermitentes, se une el pus venero y erupciones cutáneas generales fomentadas con el descuido y el temperamento cálido, húmedo é irregular que domina toda la jurisdicción, a excepción del pueblo de Chinameca en extremo fresco y á 6 leguas de distancia al N.N.O. de la Ciudad"</i>
7	Gotera	13 pueblos de indios, 10 pueblos de mulatos, 10 aldeas o valles, 2 reducciones de casta, 19 haciendas de ganado y tintas	<i>"Teniendo extendidas constantemente las enfermedades inflamatorias y fiebres de que comúnmente mueren, no solo por la remota disposición para los auxilios quanto por la natural desidía para solicitarlos"</i>
8	San Alejo	10 pueblos, 2 aldeas, 2 reducciones, 8 haciendas y 15 ranchos	No se muestra datos sobre las enfermedades que afectaron a la población
9	Sensuntepeque	3 pueblos, 14 valles, 25 haciendas de tintas	<i>"Y aunque consiguen solo con los desarreglos, fomentar las erupciones cutáneas, calenturas intermitentes, y vicios reumáticos, disminuyendo el número, no por eso escarmentan"</i>

10	Opico	10 pueblos de indios, 4 pueblos de ladinos, 3 aldeas y 32 haciendas	<i>"Logra todo su distrito un temperamento sano y fértil, cálido y húmedo, resintiéndose únicamente de calenturas intermitentes y afecciones venéreas. Aquellas en las inmediaciones de entradas y salidas de aguas y estas todo el año sobrellevadas con tanta conformidad que ni el pudor ni las incomodidades consiguientes agravan sus síntomas"</i>
11	Tejutla	3 pueblos, 5 valles, 46 haciendas y 20 ranchos o sitios.	El clima y terreno <i>"puede tener la influencia en las enfermedades inflamatorias de que mueren con frecuencia"</i>
12	Chalatenango	4 pueblos de indios, 20 aldeas de ladinos, 34 haciendas y 40 ranchos.	<i>"El temperamento cálido y seco que domina aun en las Estaciones de aguas generales lo hace bastante sano, sin reinar otras enfermedades que las producidas por los desarreglos que ejecutan en las temporadas en las que pretendiendo desalterar con los baños de agua fría corriente y ayre libre a todas horas, las fatigas y laxitud de tan penosas labores, transpiración suprimida obra en todos sus efectos, con la mayor violencia"</i>
13	Santa Ana	5 pueblos, los dos de indios, 34 haciendas, 26 sytios y 20 ranchos.	<i>"Su temperamento aunque en lo general es cálido, y húmedo, es algo inconstante y enfermizo, particularmente en estación Otoño y estación en que son demasiado frecuentes las calenturas intermitentes"</i>
14	Metapán	2 pueblos, 9 valles y 55 haciendas	<i>"Goza de temperamento benigno pero algo vario por la desigualdad de las lluvias, sin poderse atribuir las calenturas intermitentes, y erupciones venéreas que padecen en las estaciones indistintamente a otras causas que a los desarreglos generados en el país, y a las clases de Labores de sus Campos,..."</i>
15	Cojutepeque	6 pueblos de indios, 1 de ladinos, 3 villas, 3 aldeas, 14 haciendas con 3 ranchos en ellas	<i>"El temperamento húmedo y frío que domina no con exceso, y la falta de aguas buenas potables, con especialidad en la Cavecera, Ylobasco, y las 3 Aldeas con excasa disposición, para mejorarlas por el obstáculo de su gran desnivel, le hacen algo enfermizo, aunque siendo menos frecuentes los baños que en otros Partidos, se advierte también menos ofendida la transpiración, y solo los continuos cólicos es la enfermedad dominante"</i>

Fuente: Antonio Gutiérrez y Ulloa, *Estado general de la provincia de San Salvador: Reino de Guatemala* (San Salvador: Universidad de El Salvador, s/f.)

La tabla anterior muestra cómo la reproducción de dichas enfermedades se encontraba vinculada con las condiciones climáticas y costumbres poblacionales. Los partidos de Zacatecoluca, San Vicente, Usulután, San Miguel, Sensuntepeque, Opico y Metapán se

encontraban infestados de fiebres intermitentes debido a que eran ambientes cálidos con entradas y salidas de aguas.

A pesar de ello, los partidos de Chalatenango, Cojutepeque, San Salvador, Olocuilta y Tejutla no poseían habitantes con fiebres intermitentes debido a que eran ubicaciones geográficas con alturas mayores a los 1,200 metros sobre el nivel del mar, lo anterior nos permite suponer que posiblemente, la población que enfermaban y/o morían de calenturas intermitentes era a causa del paludismo, enfermedad que probablemente ya había alcanzado el carácter de epidemia en los lugares antes mencionados.

La ubicación remota de muchos partidos dificultaba el auxilio, asimismo la población indígena, mulata o ladina dentro de su cosmovisión no solicitaban ayuda, se acostumbran a vivir con las enfermedades para las que ellos no poseían cura; aunado a ello, es importante agregar que en la provincia no se tiene registro de la existencia de hospitales para esa fecha.

Sin embargo, Gutiérrez y Ulloa en su visita asumen que la población que padecía dichas enfermedades se debía a sus desarreglos, entre los que se encontraban la desnudez, los constantes baños, el vicio venereo, los depósitos de agua corrompidos, entre otras. En 1821 la población de El Salvador alcanzó los 250,000 habitantes con una composición de 107,750 indígenas, 7,000 españoles y 135,250 mestizos, con una densidad poblacional de 11.8 habitantes por kilómetro cuadrado, la más alta del continente para esa fecha⁴⁶.

La evolución demográfica de la población desde el prehispánico hasta el final del periodo colonial se puede apreciar en el siguiente gráfico; el cual, establece una crisis demográfica entre 1524 a 1551 con el proceso de conquista debido al declive

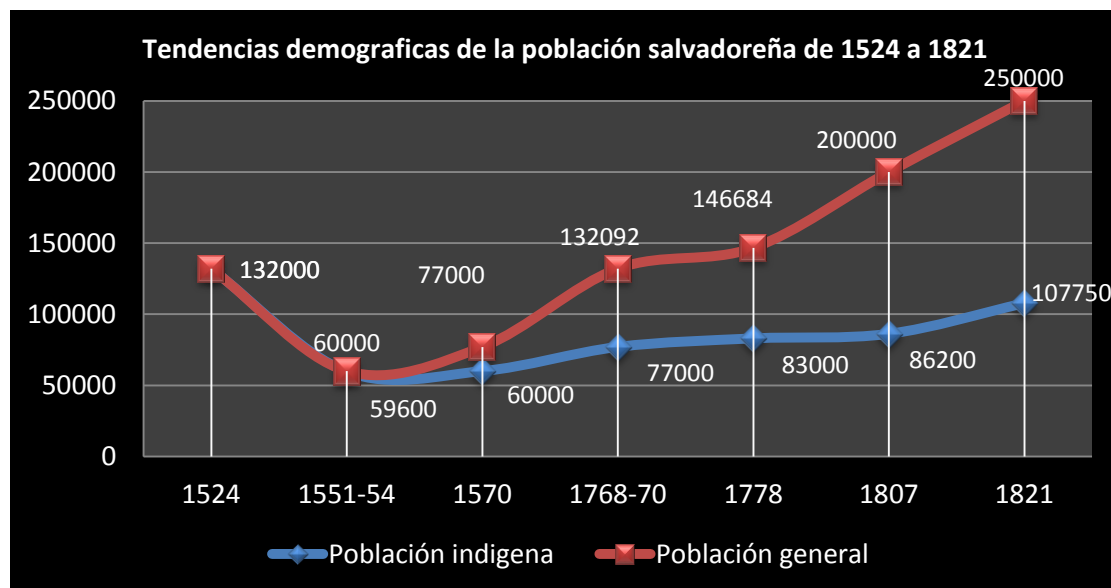
⁴⁶ Barón Castro, *La población de El Salvador*, 227-239.

poblacional, con más de un 50% de reducción, en donde las hooladas epidémicas jugaron un papel muy importante en la descenso demográfico.

Años después se experimentó un proceso lento de recuperación llegando en 1770 a alcanzar el nivel demográfico expuesto antes de la conquista aunque no con la misma composición poblacional y pasar a un crecimiento lineal que se mantuvo hasta el final de la época colonial y continuó después de la independencia política. En este sentido la colonia ayudó a superar la crisis demográfica restableciendo "el equilibrio roto con la Conquista, sino para asegurar el ininterrumpido y armónico crecimiento de la masa de población del país"⁴⁷.

GRÁFICA II

TENDENCIAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN SALVADOREÑA DE 1524 A 1821



Fuente: Basado en datos de Rodolfo Barón Castro, *La población de El Salvador* (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 2002).

Es importante vislumbrar que durante toda la época colonial las enfermedades continuaron cobrando la vida principalmente de la población indígena, factor que

⁴⁷Ibíd., 255.

influyó negativamente en su crecimiento. En 1821 la población indígena comprendía 107,750 habitantes que representaba el 81.6% de la población que existía a finales del prehispánico, nivel que no sabemos si se logró alcanzar a lo largo de la historia debido a la recomposición social que fue adquiriendo la demografía salvadoreña con el aumento de población ladina y las diferentes concepciones del indígena implementadas durante el siglo XIX y principios del siglo XX.

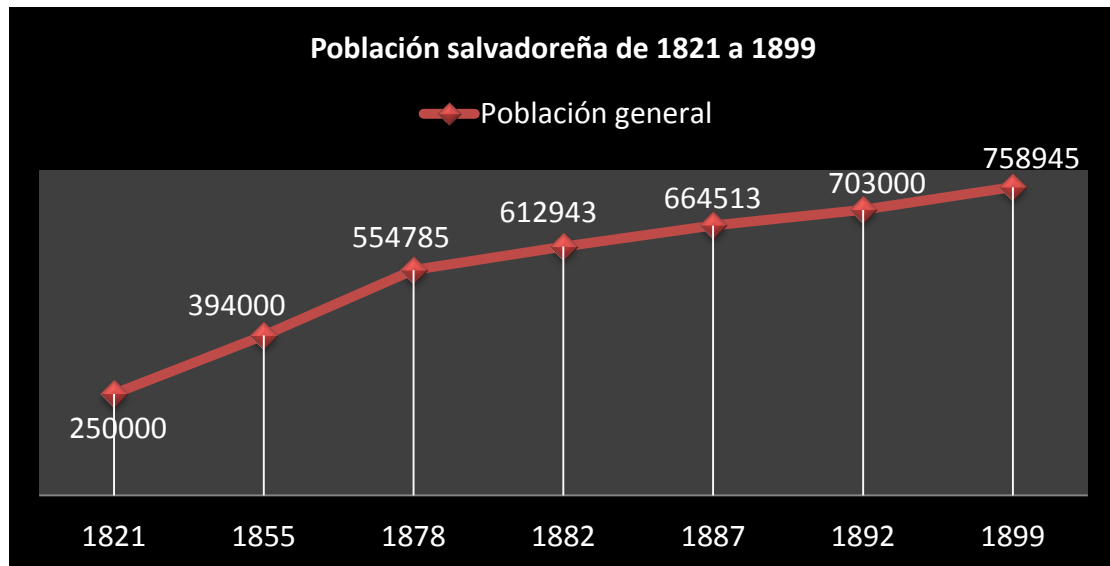
Es en este periodo en donde los ciclos epidémicos afectaron mucho más a los grupos indígenas, causando gran morbilidad y mortalidad; la cual, impidió su crecimiento demográfico en donde la falta de inmunidad ante las enfermedades traídas del viejo mundo fue un punto característico. Otros factores que influyeron también, como se observará en el siguiente apartado son las condiciones sociales, económicas y ambientales jugaron un papel importante en la propagación y efectos de las enfermedades en la población de las Provincias de Sonsonate y San Salvador.

1.1.2. LAS PESTES Y MALES QUE AFECTARON A LA POBLACIÓN SALVADOREÑA DURANTE EL SIGLO XIX.

Luego de la independencia política, el accionar de las enfermedades transmisibles produjo efectos que no impidieron, pero si condicionaron el crecimiento demográfico, ya que enfermedades pestilenciales como el cólera, la fiebre amarilla y la viruela, causaron grandes estragos en la población de El Salvador, elevando los índices de mortalidad y reflejando la falta de una estructura sanitaria adecuada para combatir dichas epidemias.

GRÁFICA III

POBLACIÓN SALVADOREÑA DE 1821 A 1899.



Fuente: Basado en datos de Rodolfo Barón Castro, *La población de El Salvador* (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 2002).

La evolución demográfica de la población salvadoreña nos permite discernir, que a partir de 1821 la población san salvadoreña y sonsonateca experimentó mayores tasas de crecimiento hasta 1882. No obstante, a partir de ese año la tendencia continuó pero con niveles más bajos de crecimiento, esto debido a la disminución de la fecundidad y el aumento de los niveles de mortalidad, fenómenos que se vieron influenciados por la aparición de grandes epidemias que se esparcieron por todo el territorio salvadoreño. No obstante, ¿cuáles fueron las epidemias que causaron un menor crecimiento de la población salvadoreña a finales del siglo XIX?

Durante el siglo XIX, el cólera se manifestó en nuestro país en tres ocasiones, en 1837, 1857 y 1866, su punto de ingreso fue el Puerto de La Unión de donde se extendía a todo el territorio salvadoreño causando la pérdida de muchas vidas, pero además poniendo a prueba los conocimientos médicos y condiciones sanitarias de los diferentes pueblos y ciudades de nuestro país. Se desconoce el nivel de letalidad de la primera y la tercera epidemia. Pese a ello, la epidemia de 1857 fue traída de Nicaragua por las tropas que

regresaban de la guerra contra los filibusteros, que azotó casi a todo el territorio nacional⁴⁸.

Solo en los departamentos de La Unión excepto la ciudad, San Miguel, Usulután, Morazán y San Vicente que componían una población de 30,000 habitantes, generó una mortalidad más del 10%, cobrando la vida de 3,325 personas. Aunado a ello, la epidemia también afectó las ciudades de Zacatecoluca, Cojutepeque, Santa Ana, el departamento de Sonsonate, Santa Tecla y San Salvador en donde se desconoce el número de muertes ocasionadas⁴⁹.

A pesar de la extensión de la epidemia de cólera casi por todo el país, no afectó los departamentos de Chalatenango y Ahuachapán, ni las ciudades de Sonsonate y La Unión, ni el pueblo de Verapaz en San Vicente lugares que posiblemente mantuvieron una inmunidad a la enfermedad debido a algunas especificidades propias, mismas que les permitieron salvarse en algunas ocasiones de los efectos de las posteriores epidemias que surgieron durante el siglo XIX.

La fiebre amarilla fue otra enfermedad que perjudicó a la población salvadoreña durante la segunda mitad del siglo XIX; sin embargo, era una enfermedad poco conocida en Centroamérica⁵⁰. No obstante, cada vez que la fiebre amarilla se expresó en nuestro país, las consecuencias que esta enfermedad causó fueron devastadoras debido a las grandes mermas de vidas humanas y a la paralización del comercio creando un ambiente de zozobra y terror en la población.

TABLA VI

EPIDEMIAS DE FIEBRE AMARILLA EN EL SALVADOR DURANTE EL SIGLO XIX

⁴⁸H. Prowe., "Fiebre amarilla en Centroamérica", Hospital General, *La Clínica*, Serie III, 7 (noviembre de 1900).

⁴⁹Ibíd., 85.

⁵⁰Debido a que empezaban a surgir las teorías sobre sus causas, forma de transmisión y tratamiento a los enfermos. Cfr. Ibíd.

Año	Lugar	Enfermedad y consecuencias
1868-1869	Ingresó por La Unión y luego se extendió a todo el país	La Unión, ciudad pequeña y sucia presento inmunidad contra la enfermedad mientras que los pueblos aledaños fueron invadidos y luego San Miguel por su comercio, desde donde se extendió a todo el país. Esta epidemia en San Vicente y Tonacatepeque causó la muerte de 50 nativos
1881-1885	Ingresó por la Libertad y se extendió hasta San Salvador, Santa Tecla, Santa Ana, San Miguel y San Vicente.	La fiebre amarilla ingreso por la rada de la Libertad, en donde el buque Teresa desembarcó algunos enfermos de fiebre amarilla; sin embargo, la epidemia se declaró días más tarde afectando a San Salvador, Santa Tecla y Santa Ana. Los más afectados eran oriundos o naturales de otras poblaciones, probablemente quienes no habían tenido contacto con la epidemia anterior. En San Vicente murieron 135 nativos del lugar. Mientras que en Tonacatepeque enfermaron gran cantidad de indígenas
1893-1899	Ingresó por La Unión, La Libertad y Acajutla se extendió hacia todo el país	La ultima epidemia de fiebre amarilla en el siglo XIX ingreso por La Unión en donde se presentaron dos casos sin extenderse. No obstante, luego una tropa desconocida acuartelada cerca represento un brote de los cuales una hipótesis es que uno de estos enfermos se trasladó hacia Chinameca, localidad que a pesar de sus buenas condiciones sanitarias fue asediada por la enfermedad. Más tarde se vio afectado San Salvador en donde a pesar de tener mejores condiciones sanitarias murieron 1,700 personas, de 11,000 a 17,000 personas infectadas.

Fuente: Elaborado en base a H. Prowe, "Fiebre Amarilla en Centro América", en Hospital General, *La Clínica*. Serie III, 7 (noviembre de 1900).

La última epidemia causada por la fiebre amarilla en el siglo XIX inicio en 1893, cuando en octubre de ese año se escuchaba hablar de *"fiebres que mataban en pocos días a los recién llegados, es decir que no se trataba de malaria. Las víctimas eran pobres diablos y por eso no se produjo alarma"*⁵¹.

La enfermedad se expandió a diferentes puntos de Centroamérica como en Amapala, Panamá y Guatemala. En nuestro país ingreso por La Unión a través de un italiano, viajero que había enfermado en Amapala y que días después murió; sin embargo, el

⁵¹ Prowe, *Fiebre Amarilla en Centro América*, 87.

padecimiento había infectado a su cuñada y posteriormente a una niña, quienes se desconoce si fallecieron.

No obstante, la ciudad volvió a manifestar su inmunidad, ya que no se conocieron más casos hasta mayo de 1894 en donde surgió un brote en una tropa desconocida, de donde un desertor llegó hasta Chinameca, pueblo que fue diezmado por la enfermedad más que otros lugares a pesar de su buen saneamiento *“La ciudad, no obstante tener sus calles empedradas, cañería, y mantenerse limpia, pasa por más mal que otros lugares cercanos, quizá por reinar en ella el bocio endémico. En Jucuapa, por ejemplo, distante solamente a 4 kilómetros, y a pesar de varios casos importados, no se presentó uno solo autóctono”*⁵².

La propagación de esta epidemia fue por tres puntos, por La Unión, La Libertad y posiblemente Acajutla. Rutas de contagio que permitieron que además de la capital otras ciudades reconocidas por su comercio como Santa Tecla y Santa Ana de donde se esparció la epidemia a pueblos cercanos. Desde el puerto de Acajutla se manifestó un brote que atacó algunos pueblos de Sonsonate como Nahuizalco en 1894, Izalco y la cabecera en 1895, esto a pesar de las epidemias pasadas, presentando una mortalidad del 1% pero con la característica que la mayoría de muertos eran naturales o nativos del lugar, finalmente la epidemia se extendió hacia Atiquizaya, Chalchuapa y Armenia.

De La Libertad viajaron dos agentes de policía hacia San Salvador que enfermaron y fueron llevados al Hospital General, en donde un discípulo del doctor Palomo les diagnosticó fiebre amarilla, afirmación de la cual recibió burlas por parte de sus colegas; sin embargo, el diagnóstico era correcto, seis semanas más tarde fueron atacados otros enfermos del Hospital. Las primeras reacciones de parte de las autoridades del Hospital se ejecutaron hasta que la enfermedad empezó a manifestar sus estragos en toda la

⁵² *Ibíd.*

capital. Así, en agosto de 1894 un pabellón del Hospital que se encontraba en construcción fue convertido en Lazareto⁵³, medida que no fue la más adecuada.

A partir de septiembre de ese año se desató la epidemia en la capital que cobró gran cantidad de vidas. Para esta fecha la ciudad tenía buen servicio de agua con dos canales que servían el vital líquido en la parte norte y sur. En el centro había cloacas, mientras que en los barrios solo algunos gozaban de dichos servicios; los desagües superficiales desembocaban en el río Acelhuate que ya se encontraba muy contaminado y con poca corriente.

Solo algunas casas se servían de consumideros para depositar las excretas y aguas impuras. Mientras una gran cantidad de familias contaba con patios grandes en donde las heces y desperdicios se dejaban al aire libre para que la labor de limpieza fuera desempeñada por cerdos, perros, zopilotes y la luz del sol. Sin embargo, la epidemia atacó a toda la ciudad que estaba provista de agua, siendo más fuerte en las partes que contaban con canaletas.

Mientras, los que habitaban río abajo donde desembocaban las cloacas no fueron atacados, debido a que la epidemia *“No tuvo preferencia por ciertas chozas de inconcebible suciedad”*⁵⁴, afirmación que objetó la tesis conocida hasta ese año de que la fiebre amarilla se originaba en la suciedad.

No obstante, la epidemia nunca fue declarada, solo se conocían los casos de muerte. En cada casa donde había un enfermo pasaba una o varias semanas para que apareciera otro familiar enfermo. Las reacciones de los que padecían la enfermedad se expresaron de diferentes maneras *“unos no llamaban médicos, otros se repartían entre diversos*

⁵³El suelo de aquel Lazareto se removió y a pesar que el lugar tenía dos años de no utilizarse dio lugar a la aparición de fiebre amarilla. Años más tarde este hospital fue denominado Hospital Rosales y en donde murieron la mayoría de trabajadores europeos de la fábrica belga que se ocupaban de dicha obra. Cfr. Prowe, *Fiebre Amarilla en Centro América*, 88.

⁵⁴ *Ibíd.*, 88.

*curanderos y una pequeña parte que contaba con más recursos económicos para pagar acudía a consulta con médicos*⁵⁵.

El foco principal de la enfermedad fue siempre el hospital General de San Salvador y el lazareto en donde fueron atendidos 246 enfermos de los cuales solo 68 eran mujeres, mientras 188 eran hombres, proporción de la cual el 60% falleció. A finales de 1894 el cuartel de infantería fue invadido, en agosto de 1895 el cuartel de la guardia de honor; además se infectaron la casa de huérfanos, una empresa de coches, una casa habitada solamente por estudiantes y un gran hotel.

En 1895 el lazareto fue trasladado a una pequeña propiedad fuera de la ciudad en donde fueron atendidos 317 enfermos en su mayoría hombres, al año siguiente se registraron 230 casos de los cuales solo 44 eran mujeres, manteniendo una mortalidad del 46%; es decir, casi la mitad de los que enfermaban morían. En tres años 1,700 personas murieron solo en el Lazareto y entre 11,000 a 17,000 fueron atacadas por dicha epidemia en San Salvador, que a pesar de incluir a viajeros y comerciantes, fue una incidencia súper alta de casos y muertes para una población de 30,000 habitantes.

En 1898 el doctor Prowe, fue nombrado jefe del servicio de Sanidad del Hospital General de San Salvador, ciudad en donde la epidemia se encontraba aun en un punto álgido y luego de examinar y vivir lo sucedido en la capital, concluyó que la única medida efectiva para prevenir que la epidemia se siguiera propagando fue detener el proceso de reclutamiento de jóvenes de lugares a los que aún no había llegado la epidemia, lo que permitió la disminución de casos. No obstante, la fiebre amarilla a principio del siglo XX continuó haciendo estragos en la población de la capital salvadoreña, aunque ya no con la misma incidencia.

⁵⁵ *Ibíd.*

Las acciones para la detección y combate de las tres epidemias de fiebre amarilla fueron muy tardías, esto debido a que el único lugar que existía para la detección de la enfermedad era el Hospital General de San Salvador y aun cuando el diagnóstico fue el correcto, los colegas en la rama de medicina consideraron lo contrario. A pesar de ello, la enfermedad ya había atacado a muchos lugares del país y fue hasta que desencadenó muerte y desgracia en la capital y luego de observar el comportamiento de la epidemia que el Dr. Prowe pudo impulsar la toma de medidas adecuadas para su erradicación.

Durante el siglo XIX, otras enfermedades transmisibles hicieron sentir sus estragos en la población. Las epidemias de gripe se pronunciaron, aunque no se ha encontrado detalles de sus efectos y causas. Aunado a ello, la malaria ya era una enfermedad endémica, y otras enfermedades transmisibles como la disentería, el coqueluche, el bocio endémico y la fiebre tifoidea tuvieron efectos muy negativos en la salud de la población salvadoreña.

A finales del siglo XIX las publicaciones periódicas de los Hospitales revelaban las enfermedades y condiciones sanitarias de El Salvador. En 1884 debido a la proliferación de meretrices y las alarmantes niveles de sífilis y gonorrea se funda el Hospital de Venéreas, institución que fue costeadada por el Supremo Gobierno y administrada por la Dirección General de Policía⁵⁶.

No obstante, esta fue una institución de control creada por el higienismo social para la vigilancia y la paulatina erradicación de las clases peligrosas en donde la prostitución era considerada como una de ellas. En 1889 dicha institución inscribió 81 meretrices o trabajadoras del sexo; sin embargo, al examen asistieron 710 mujeres de las cuales quedaron hospitalizadas 151 por enfermedades venéreas, lo que indica una mayor existencia de trabajadoras del sexo o una gran cantidad de mujeres con las enfermedades antes mencionadas.

⁵⁶Carlos Infante Meyer y Salvador Infantes Díaz, *Hospital Rosales: Una institución centenaria 1902-2002* (San Salvador: Laboratorios López, 2002), 20.

A pesar de ello, ese mismo año el hospital atendió a 583 enfermos de los que posiblemente no todas eran mujeres, dentro de esta cantidad se registraron 272 casos de gonorrea, 18 de chancro blando, 178 casos de sífilis, 20 pacientes con chancro blando y gonorrea, y 96 pacientes con sífilis y gonorrea que estuvieron hospitalizados entre 30 y 600 días para su tratamiento⁵⁷.

El dato anterior permite conocer que las enfermedades venéreas eran un problema latente en la capital. Sin embargo, el Hospital de Venéreas dejó de funcionar en 1890, acción de la que se desconocen los motivos. Es restablecido nuevamente en 1899, luego de nueve años sin funcionamiento, posiblemente no solo por el grave problema de la prostitución, sino por la alta incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, se desconoce si posteriormente dejó de funcionar y cuáles fueron las causas para su cierre.

No obstante, la alta incidencia de estas enfermedades evidenció la falta de un esfuerzo conjunto o de acciones de mediano o largo plazo para el combate de las mismas. Asimismo, el Hospital General de San Salvador registraba gran cantidad de casos de enfermedades infecto contagiosas principalmente en la primera sección de Medicina a cargo del Dr. Carlos Bonilla.

En los primeros ocho meses del año 1892 publicaron la atención a 644 enfermos; de los cuales, salieron curados 536, mejorados 69, muertos 42 y en igual estado 6; cifras dentro de las que registraron 417 casos de paludismo, 36 pacientes con neumonía, 27 casos de disentería, 14 casos de tuberculosis, 3 pacientes con coqueluche, 11 con bronquitis, 2 casos de sarna, 7 con sífilis, 8 con enteritis aguda, 1 con sarampión entre otras enfermedades transmisibles.

⁵⁷Mario Daniel Ernesto Olivo Mancia, "Ciudadanía e Higienismo social en El Salvador 1880-1932" (Tesis, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, 2011), 353-355.

Para esta fecha el paludismo era la enfermedad con mayor número de casos debido a que las condiciones climáticas permitían la propagación de la enfermedad y se desconocían mecanismos de combate para la misma⁵⁸. Dicho hospital contaba con un salón para enfermos varones con 140 camas, un salón para mujeres con 60 camas, dos salas de operaciones, además de un salón para los médicos. La administración para finales del siglo XIX se hacía por medio de Juntas de caridad dirigidas por grupos de poder y por el supremo gobierno. Sin embargo, la afluencia de enfermos siempre fue mucho mayor a la capacidad del hospital⁵⁹.

1.1.3. POBLACIÓN Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX.

Durante la primera mitad del siglo XX la tendencia demográfica señaló una estructura poblacional con mayor crecimiento. En 1900 la población salvadoreña era de 783,433 habitantes y fue ascendiendo entre el 7% y 11% por ciento cada 5 años. En 1915 la población había ascendido a 1,099,764 personas; mientras, que para 1930 se visualizó un crecimiento poblacional alcanzando los 1,459,594 habitantes, en 1945 a 1,811,000 personas hasta llegar en 1949 a alcanzar 1, 847,000 personas⁶⁰

Durante la primera mitad del siglo XX las enfermedades transmisibles continuaron produciendo efectos devastadores en la sociedad salvadoreña. No obstante ¿Cuáles fueron los menoscabos que causaron dichas enfermedades?

GRÁFICA IV

TENDENCIA DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN SALVADOREÑA DE 1900 A 1949.

⁵⁸ Hospital General, *La Clínica: Órgano de publicación de los trabajos del Hospital General*, Serie 1, 4 (septiembre de 1892).

⁵⁹ Dicho componente fue uno de los motivos que permitió la construcción del Hospital Rosales que fue inaugurado en julio de 1902. Cfr. Carlos Infante Meyer y Salvador Infantes Díaz, *Hospital Rosales: Una institución centenaria 1902-2002* (San Salvador: Laboratorios López, 2002), 18.

⁶⁰ *Ibíd.*, 103



Fuente: Basado en datos de Barón Castro, *La población de El Salvador*, (San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 2002).

La fiebre amarilla en 1900 cobro la vida de 157 personas integrados por 117 eran hombres y 42 mujeres; mientras que en los primeros 7 meses de 1901 causó 52 muertes, de los cuales 47 fueron hombres y 5 mujeres; sin embargo, en los años siguientes ya no se presentaron casos de esta enfermedad.

Para el segundo trimestre de 1901, el Consejo Superior de Salubridad registró 459 defunciones por enfermedades transmisibles solo en San Salvador, de las cuales 73 fueron causadas por diarrea, 37 por tuberculosis, 32 por disentería, 31 por parasitosis, 27 por bronquitis, 12 por neumonía, 9 por bronconeumonía, 6 por sífilis hereditaria, 1 por influenza y 1 por cólera nostras⁶¹.

IMAGEN I

DEFUNCIONES POR FIEBRE AMARILLA REGISTRADAS POR EL HOSPITAL GENERAL 1900-1901

⁶¹ Consejo Superior de Salubridad, *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año II, 2 (Septiembre de 1902).

Defunciones de fiebre amarilla
habidas en esta capital desde el 1^o de Enero de 1900 al 31 de julio del corriente año

	1900				1901			
	Salvadoreños		Extranjeros		salvadoreños		Extranjeros	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
Enero	3	2	2	.....	7	1		
Febrero	5	2	.....	.....	3			
Marzo	1	1	.....	1	2	.....	2	1
Abril	5	1	1	.....	3			
Mayo	14	1	3	.....	5	2	1	
Junio	27	6	3	2	8	.....	2	
Julio	17	11	1	2	10	.....	4	1
Agosto	13	4	2	1				
Septiembre	8	4	1					
Octubre	5	1	2					
Noviembre	3	1						
Diciembre	1							
<i>Totales</i>	102	34	15	6	38	3	9	2

Fuente: Hospital General, *La Clínica*, Serie III, 7 (noviembre de 1901).

Asimismo, los integrantes del Consejo Superior de Salubridad al finalizar el año hicieron un análisis sobre la propagación de la tuberculosis que desde 1880 hasta 1902 había ocasionado 900 muertes en una población aproximada de 60,000 habitantes, motivación por la que explicaban la necesidad de instalar un sanatorio en el país⁶². Asimismo, se logró erradicar los casos de viruela debido al éxito del programa de vacunación antivariolosa realizado por el Consejo Superior de Salubridad, el cual decayó a partir de 1910, acción que favoreció el surgimiento de la epidemia de viruela de 1919.

En 1909 la mortalidad registrada en San Salvador fue de 1, 632 fallecidos, 891 hombres y 741 mujeres y entre los cuales el 27% fue considerado como mortalidad infantil. Dentro de esta cifra de fallecidos las enfermedades generales (136 casos de tuberculosis, 116 de paludismo, 47 de coqueluche y un caso de viruela hemorrágica), enfermedades del aparato respiratorio, del aparato gastro-intestinal y del aparato genitourinario mantiene los índices más altos de mortalidad⁶³.

⁶² Consejo Superior de Salubridad, *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año III, 1 (Enero de 1903).

⁶³ Dirección General de Estadística, *Anuario Estadístico de 1910*, (San Salvador: DGE, 1910), 39-42.

La disentería y diarreas se manifestaron en epidemias que en 1916 afectaban principalmente a la niñez salvadoreña⁶⁴. Los médicos de la época consideraban que dentro de las causas de dicha epidemias se encontraban la alimentación viciosa y amamantar a los recién nacidos con leche de vaca que en muchas ocasiones se encontraba en mal estado. Lo anterior influía en el aumento de la morbilidad infantil; razón por que se recomendaba usar leche de asna para amamantar a los recién nacidos, mientras que para niños con intolerancia a la lactosa se invitaba a usar el suero de leche⁶⁵.

El servicio de consulta externa del Hospital Rosales atendió en 1916 a 3,540 pacientes (hombres, mujeres y niños) con la manifestación de enfermedades como: paludismo, gripe, disentería, tuberculosis pulmonar y bronquitis aguda⁶⁶. Mientras que en el cuadro general del Lazareto del Hospital se figuraba la atención a 134 personas todas con enfermedades transmisibles.

El aislamiento se utilizaba como medida de aislamiento para evitar la propagación de las enfermedades y permitir su curación. Del total de enfermos 105 salieron curados, 6 pacientes en el mismo estado, 4 personas con mejorías en su estado de salud, 12 personas fallecieron y 7 pacientes permanecieron en el recinto hasta el siguiente año para continuidad de tratamiento.⁶⁷

El anuario estadístico publicado durante las primeras décadas del siglo XX contenía como uno de sus componentes demostrar las causas de muerte de la población salvadoreña. En 1922 el anuario estableció que 28, 461 personas fallecieron en todo el país, de las que el 31% fueron causadas por enfermedades trasmisibles.

⁶⁴ Hospital Rosales, *Archivos del Hospital Rosales*, Año I, 113, 114, 115 (noviembre-diciembre de 1916), 902.

⁶⁵ *Ibíd.*, 733-734

⁶⁶ Hospital Rosales, *Archivos del Hospital Rosales*, Año X, 104,105, 108 (enero-marzo de 1916).

⁶⁷ *Ibíd.*, 119.

TABLA VII
MUERTES CAUSADAS POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN 1922

Nº	Muertes	Enfermedad
1	3,220	Fiebre y caquexia palúdica
2	1,190	Diarreas y enteritis en menores de 2 años.
3	899	Disentería
4	870	Gripe
5	810	Bronquitis
6	797	Neumonía
7	333	Tuberculosis
8	216	Tosferina
9	206	Erisipela
10	94	Cólera Nostras
11	37	Sarampión
12	24	Fiebre tifoidea
13	3	Fiebre amarilla
Total: 8,699 muertes por enfermedades transmisibles registradas		

Fuente: Dirección General de Estadística, "Anuario Estadístico de la Republica de El Salvador de 1922", consultado el 30 de noviembre, 2015, <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/1579/1/Anuario%20Estadistico%20de%201922.pdf>

En 1932 fallecieron 32, 773 personas dentro de las cuales 15,941 eran mujeres dedicadas principalmente a oficios domésticos o impúberes y 16,832 hombres dedicados en su mayoría al peonaje, la agricultura, la albañilería, el comercio y a la carpintería, de las cuales el 17%, es decir 5,589 muertes fueron causadas por enfermedades transmisibles. Sin embargo, estas cifras son del área de registro de la Dirección General de Sanidad.

TABLA VIII
MUERTES CAUSADAS POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN 1932

Nº	Muertes	Enfermedad
1	2,296	Fiebre y caquexia palúdica
2	1,446	Diarreas y enteritis en menores de 2 años.
3	514	Neumonía
7	435	Bronquitis
8	344	Gripe
9	290	Tuberculosis
10	224	Tosferina
11	31	Fiebre tifoidea
12	9	Sospecha de viruela
Total: 5,589 muertes por enfermedades transmisibles		

Fuente: Dirección General de Estadística, "Anuario estadístico de la República de El Salvador de 1932", consultado el 20 de noviembre, 2015, <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/1578/1/Anuario%20Estadistico%20de%201932.pdf>

Los datos de las tablas anteriores nos vislumbran una disminución en el número de muertes causadas por las enfermedades transmisibles, descenso que puede deberse a acciones tomadas por la Dirección General de Sanidad para el combate de la enfermedad o por la falta de actualización de la estadística médica. Los gobernadores emitían informes trimestrales a la Dirección General de Sanidad en donde uno de los puntos a tratar fueron las malas condiciones de sanidad o salubridad y las enfermedades que más afectaban a la población de los diferentes departamentos de El Salvador.

En 1938, los informes muestran que las enfermedades que más afectaron al país fueron la malaria, la tuberculosis y la varicela, asimismo muestran los servicios que la Dirección General de Sanidad mantenía para ese año, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

TABLA IX

DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD Y ENFERMEDADES REPORTADAS EN 1938

Departamento	Servicios	Enfermedades
Santa Ana	Clínica de urgencias para el control de enfermedades venéreas. Dispensario antituberculoso	Tuberculosis
Ahuachapán	Hospital Francisco Menéndez Dispensario de los pobres Hospital de huérfanos	Malaria
Sonsonate	Delegación de sanidad a cargo del Dr. Carlos Barrilla Calderón.	Malaria
Cuscatlán	Ley de policía y sanidad	Viruela: Casos no confirmados se evitó propagación.
Cabañas	---	Brotos epidémico de varicela en Ilobasco, Jutiapa y Tejutepeque.
San Vicente	Delegación de Sanidad Hospital Santa Gertrudis	---
San Miguel	Campaña antilarval Campaña anti varilosa	Malaria
La Paz	Clínica de Profilaxis venérea	---
Chalatenango	---	Varicela

Fuente: Ministerio de Gobernación, *Boletín del Ministerio de Gobernación y Trabajo* (San Salvador: Ministerio de Gobernación, enero-abril de 1938).

En 1938 los servicios sanitarios se iban acercando a las diferentes cabeceras departamentales, los cuales se encontraban dirigidos al combate de las enfermedades que más afectaban a la población salvadoreña. Es interesante observar, que para esta fecha a pesar de que ya no existían casos de viruela en nuestro país, la campaña de prevención se mantenía y que en algunas poblaciones de los departamentos se confundían los casos de varicela con la viruela, igualmente los registros muestran como la malaria afectaba constantemente al país.

Otra de las enfermedades que mantenía en alerta constante a los departamentos era la tuberculosis, las cual ocasionaba gran cantidad enfermos y muertes. Para 1939 algunos informes emitidos revelan las condiciones sanitarias y enfermedades reportadas, en donde se puede determinar un contexto muy similar al del año anterior.

TABLA X

CONDICIONES SANITARIAS Y ENFERMEDADES REPORTADAS EN 1939

Departamento	Condiciones sanitarias y enfermedades reportadas
San Salvador	Corrientes infecciosas de aguas negras en perenne exhibición, mismas que son criaderos de zancudo y paludismo.
La Libertad	Epidemia de varicela y sarampión llevó al cierre de establecimientos de instrucción primaria
Usulután	Enfermedades venéreas, sarampión, varicela, coqueluche y otras enfermedades epidémicas.
Cabañas	Sanidad en buen estado
San Vicente	Paludismo en Tecoluca, se han distribuido tratamientos de Quinina.
La Unión	Enfermedades de los niños: 32 Aparato digestivo, 24 Aparato respiratorio, 9 de la piel, 8 paludismo, 1 de los ojos, 1 de parásitos intestinales y 2 de atrepsia.
La Paz	Se reportaron 20 casos de paludismo y 2 casos de diarreas.

Fuente: Ministerio de Gobernación, *Boletín del Ministerio de Gobernación y Trabajo* (San Salvador: Ministerio de Gobernación, enero abril de 1939).

En el primer trimestre de 1945 el Hospital Rosales atendió 592 pacientes por enfermedades infecto-contagiosas. Mientras la Dirección General de Sanidad registró

solo en el primer y segundo semestre de ese año 21,765 casos de enfermedades transmisibles en San Salvador y las cabeceras departamentales que integraban un total de 278,120 habitantes, lo que indica que un 8% de la población padeció enfermedades contagiosas durante seis meses. Asimismo, permite precisar que la capacidad del mejor hospital del país solo permitía la atención del 2.8% del total de enfermos registrados, lo que indica la debilidad de las instituciones hospitalarias.

TABLA XI

CASOS DE ENFERMEDADES TRASMISIBLES REGISTRADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD EN EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE DE 1945

Enfermedad	Casos 1945 Enero - Marzo	Casos 1945 Abril - Junio
Varicela	993	1,152
Tiña	177	203
Tosferina	412	709
Paperas	138	307
Disentería amebiana	98	215
Sarampión	427	362
Diarreas infantiles	574	1,084
Parásitos intestinales	5,094	10,929
Paludismo	1,654	2,416
Mal de ojo	436	1,309
Erisipela	52	107
Gripe	67	921
Sarna	943	986
Total de Casos	11,065	20,700

Fuente: Dirección General de Sanidad, *Boletín Sanitario*, IV Época, 2 (mayo-junio de 1945), 43.

Como se puede apreciar hay una predominancia de ciertas enfermedades transmisibles como causantes de mortalidad y morbilidad a lo largo de la primera mitad del siglo XX. A partir de 1946 la Oficina Sanitaria Panamericana inició un sistema de notificación de ciertas enfermedades transmisibles denominadas como de declaración obligatoria en las Américas, en donde El Salvador notificaba las estadísticas de morbilidad y mortalidad de dichas enfermedades, datos obtenidos del área de registro nacional que abarcaba el 39.9% del territorio nacional en 1949 y un 53.1% en 1955.

TABLA XII
CASOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN EL SALVADOR DE 1946 A
1949.

Enfermedad	1946	1947	1948	1949
Tuberculosis	-	-	-	2,506
Sífilis	2,255	4,133	5,189	8,585
Infección Gogónica	-	-	-	3,516
Chancro Blando	-	-	-	1,237
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	284	180	259
Brucelosis	-	1	-	1
Disentería bacilar y otras disenterías.	860	1058	971	1108
Escarlatina	-	8	8	2
Difteria	33	39	54	116
Tos ferina	3211	3989	3871	2471
Lepra	-	-	2	-
Tétano	-	-	-	145
Ántrax	-	15	7	14
Poliomielitis	11	4	3	10
Sarampión	3877	1580	1015	2450
Rabia	-	2	-	-
Tifus trasmitido por pulgas	2	2	1	21
Paludismo	13,095	12,433	12,010	16,206
Influenza	6,695	7,355	5,849	5,704

Fuente: Tomado en base a Oficina Sanitaria Panamericana, *Casos notificados de enfermedades de Declaración Obligatoria en las Américas 1946-1955* (Washington: OSP/OMS, 1958).

Las enfermedades que de 1946 a 1949 causaron mayores estragos en la población salvadoreña fueron el paludismo, la sífilis, la influenza, el sarampión y la disentería. Asimismo, se muestra un aumento de los casos de enfermedades infecto-contagiosas posiblemente por el aumento del área de registro o por el surgimiento de la responsabilidad de controlar la estadística de casos de enfermedades de declaración obligatoria.

Para estos años ya no se notificaron casos de viruela y fiebre amarilla. Los mecanismos de notificación fueron aumentando a medida los servicios de sanidad se extendían en el país por medio de los esfuerzos realizados por la Dirección General de Sanidad, que formaba parte del Ministerio de Asistencia desde 1946 y posteriormente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a partir de 1950.

1.2. DE LA SALUD COMO UN ACTO DE CARIDAD A UNA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO: LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL SALVADOR DESDE LA ÉPOCA COLONIAL HASTA LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX.

Las cifras y los efectos negativos provocados por las enfermedades transmisibles en la población salvadoreña fueron combatidos a través de diferentes acciones realizadas por las autoridades de salud. En este sentido ¿Cuáles fueron las acciones y políticas emprendidas por el Estado para prevenir, controlar y erradicar las enfermedades infectas contagiosas desde la época colonial hasta la primera mitad del siglo XX?

1.2.1. LAS POLITICAS DE SALUD DURANTE LA COLONIA.

Para poder entender la evolución de las políticas de salud focalizadas a resolver el problema de las enfermedades transmisibles, es necesario remontarnos a los primeros intentos de administración de la salud en el territorio salvadoreño durante el prehispánico y la época colonial.

Hay que tomar en cuenta que durante esos periodos aún no se había establecido el Estado salvadoreño, ni se había determinado el espacio territorial actual. En el periodo prehispánico existieron mecanismos de curación y prevención de diferentes enfermedades transmisibles, todos adquiridos por los grupos indígenas de generación tras generación, por lo que utilizaban como principales elementos curativos hierbas, tubérculos, raíces, cortezas de árboles, entre otros.

Sin embargo Belaubre establece que en el Reino de Guatemala *“la corona española junto con la iglesia, su brazo derecho, recurrió a la continua promulgación de leyes, decretos y acuerdos para mantener un desolador Sistema de beneficencia pública y salud del siglo XVI*

*hasta bien entrado el siglo XVIII*⁶⁸: Así se establecieron políticas de salud basadas en una atención hospitalaria *“con la asistencia de religiosos y clérigos, ya que sobre todo en un estado confesional, no se podía separar la atención a la salud corporal de la ayuda espiritual*⁶⁹:

Es así, como se crean los primeros hospitales en el Reino de Guatemala con la ayuda principalmente de las órdenes religiosas. A pesar de ello, en las provincias de San Salvador y Sonsonate la llegada de las órdenes religiosas fue tardía, lo que implicó que se crearan muy pocas instituciones hospitalarias y que la mayoría de la población indígena y ladina continuará utilizando los mismos métodos de curación y prevención de enfermedades utilizados en el prehispánico.

A lo largo de la época colonial se realizaron muy pocas iniciativas sobre creación de hospitales, algunas se concretaron, otras no se llevaron a cabo. Es interesante observar que dichas iniciativas no se crearon por medio del clero regular al igual que en las demás provincias; sino más bien, por una obligación moral y cristiana de crear espacios que permitan aliviar a los enfermos pobres atacados por las constantes epidemias generadas en este periodo.

El primer esfuerzo fue la fundación del hospital de Santa Bárbara o Santa Barbarola en 1550, proyecto surgido a iniciativa de Antonio de Ocampo vecino del cabildo de San Salvador, quien dono una casa, hacienda y heredamientos para fundar dicho hospital, del cual se conoce que en sus inicios buscaba curar a enfermos españoles, naturales y pasajeros; no obstante, las dificultades administrativas impedían la curación de los enfermos *“dicho hospital es pobre y no tiene posibilidades de sustentar y curar a los enfermos,*

⁶⁸ Christophe Belaubre, “El proceso de laicización de los hospitales en la capital del reino de Guatemala (XVI-XVII)”, consultado el 10 de mayo de 2016, <http://cambiosypermanencias.com/ojs/index.php/cyp/article/view/161>

⁶⁹ María Isabel Yanes, *Comentario sobre el primer hospital de San Salvador y otros del área centroamericana en los siglos XVI y XVII* (Universidad de El Salvador, San Salvador, 2007), 4.

*razón por la cual fallecen muchos y padecen necesidades*⁷⁰. Se desconoce si continuó el funcionamiento de la institución, pero se puede observar que dicha iniciativa surgió en el contexto en donde las epidemias afectaban principalmente a la población indígena.

Posteriormente, se conoce de otro proyecto de construcción de un hospicio y hospital en la Provincia de San Salvador, específicamente en San Vicente, iniciativa que no fue concluida debido a la falta de recursos para su construcción. Años más tarde en la Provincia de Sonsonate en 1578 se dio la fundación del Hospital de Nuestra Señora del Buen Suceso o de Nuestra Señora de la Buena Expectación o Nuestra Señora de la O, hospital que fue administrado por el cabildo de la Santísima Trinidad de Sonsonate debido a la importancia de los grandes cultivos de cacao y el comercio marítimo, pero también posiblemente porque desde ese punto se extendieron epidemias hacia toda la provincia.

Es hasta 1643 que el Hospital de Nuestra Señora del Buen Suceso fue entregado a la Orden de San Juan de Dios que recientemente había llegado a la provincia y fue renombrado como Hospital del Venerable Juan Pecador, era un hospital con cuatro camas habilitadas y daba una atención anual a 148 enfermos, hasta que sufrió daños en 1862 y fue trasladado al Convento de San Juan de Dios⁷¹. Los anteriores ejemplos permiten concluir que dichos esfuerzos no fueron originados por el clero regular como es el caso de la mayoría de ciudades del Reino de Guatemala.

Con lo anterior podemos aseverar que la mayoría de las atenciones brindadas a los enfermos se hicieron a través de métodos curativos indígenas, debido a que fue paupérrima la atención que brindaron los hospitales durante la época colonial. No obstante, se desconoce si existieron otras políticas de salud implementadas durante los siglos XVII y XVIII, problema que puede ser el inicio de otra importante investigación.

⁷⁰ *Ibíd.*

⁷¹ *Ibíd.*, 9.

Con el inicio de las reformas borbónicas se buscó cambiar el modelo de atención *“dado que la salud del conglomerado social en el contexto de un mejoramiento de la rentabilidad del Estado Borbón se convirtió en una prioridad de este movimiento ilustrado”*⁷². Así, se emprendió un proyecto de reformas económicas, políticas, culturales y sociales que buscaban homogenizar, centralizar y racionalizar los bienes y recursos a través de monopolios que beneficiaban a la monarquía.

No obstante, dichas reformas amenazaban los intereses de los criollos, grupo que intentó hacer cambios en materia de salud y educación con la finalidad de *“formar individuos útiles y sanos para la Corona.... La salud no fue solo un problema moral o religioso sino de cálculo económico, y para ello la ciencia ilustrada debía tomar el control del universo social desde el eje del Estado”*⁷³.

Es en este contexto que en el Reino de Guatemala se inició la laicización de los hospitales, debido a que las reformas borbónicas *“alcanzaron a los religiosos de San Juan de Dios retirándoles más y más facultades, escaseándose la llegada de nuevos religiosos”*⁷⁴. Asimismo, la introducción de los primeros médicos dentro de los hospitales fue otro factor que permitió deslegitimar la administración de los hospitales ejercida por las órdenes religiosas y permitió que a principios del siglo XIX se creara una junta de caridad por cada hospital; las cuales, estaban compuestas de miembros elegidos a pluralidad de voto, quienes gobernaban al hospital en los aspectos económicos y políticos.

1.2.2. ENTRE LA CARIDAD Y LA BENEFICENCIA: LAS POLÍTICAS DE SALUD DURANTE EL SIGLO XIX.

⁷² Mario Oliva, *“Ciudadanía e higienismo social en El Salvador, 1880-1932”*, (Tesis, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, 2011), 35.

⁷³ *Ibíd.* 36.

⁷⁴ Belaubre, *“El proceso de laicización de los hospitales”*, *Op cit.*, 272.

A principios del siglo XIX los grupos de poder al ver la disminución de sus privilegios y el aumento del control político-económico establecido a finales del siglo XVIII, buscaron distanciarse del espíritu gaditano, debido a que para ellos reflejaba una continuidad de las reformas borbónicas. Con la constitución de 1824 se estableció una ciudadanía restringida a las comunidades mestizas e indígenas, con tal objetivo utilizaron prejuicios designados desde el periodo colonial a estos grupos como *“el ser vicioso, jugador o ebrio; así como el estado de sirviente domestico”*⁷⁵.

Con la desaparición de la República Federal de Centro América en 1939, El Salvador se declaró república independiente en 1841, surgiendo de esta forma el Estado salvadoreño, quien en su constitución dispuso más restricciones al ejercicio de la ciudadanía y al acceso a los derechos civiles y políticos por parte de los grupos indígenas y mestizos, lo que indica la no existencia del derecho a la salud para este periodo. Dichas prohibiciones aumentaron en las constituciones de los años 1864, 1871, 1872 y 1880.

Así, la consolidación del Estado liberal en el último tercio del siglo XIX se fundamentó en el higienismo social que establecía un mayor control de los indígenas y ladinos, grupos mayoritarios que fueron considerados clases peligrosas para el orden y el progreso. En la implementación de este proyecto, fue fundamental el impulso recibido por un conjunto de intelectuales, quienes estaban integrados por una gran cantidad de médicos, quienes construyeron el discurso del higienismo social, una nueva estrategia del uso del poder en donde se fundamentó el nuevo concepto de sociedad.

*“El higienismo social pareciera haberse constituido en un dispositivo con el cual se buscó construir una realidad social que partiendo de una visión biologicista, clasificó e identificó a los grupos de población considerados peligrosos, y sobre los cuales aplicó las medidas pertinentes para su disciplinamiento, coerción y eventual exterminio.”*⁷⁶.

⁷⁵ *Ibíd.*, 48.

⁷⁶ Olivo Mancía, *Ciudadanía e higienismo*, 19

En este contexto la salud fue un punto fundamental no simplemente porque gran parte de estos intelectuales eran médicos, sino además porque este discurso fue el elemento clave para la construcción de la ciudadanía, la no ciudadanía y la definición de clases peligrosas dentro de las cuales se incluyeron a “*tuberculosos, sifilicos, prostitutas, vagos, mendigos, alcohólicos, criminales, sediciosos, entre otros*”⁷⁷.

Tesis que llevó a que los asilos, los hospitales, las cárceles, las escuelas, los cuerpos policiales, la universidad, entre otros; funcionaron como instituciones de control y disciplina, ajustándose a su papel de crear el modelo de ciudadano sano, así como la del no ciudadano, concepto dentro del que se encontraban las clases peligrosas.

Se estableció el nuevo sentido del progreso a partir del marco conceptual que definió lo normal de lo anormal, es decir “*la tuberculosis, la tifoidea, la desnutrición, hundían sus raíces en factores indiscutiblemente ligados a la herencia biológica anormal, la cual les impedía el poder integrarse al modelo civilizador...Así, enfermedades como la tuberculosis, desnutrición, demencia; y expresiones de decadencia social, como el alcoholismo, la prostitución y la vagancia se vincularon a los grupos sociales, mal llamados, peligrosos. Por tanto, las manifestaciones físicas y morales fueron asimiladas dentro del contexto del anormal, víctima de la degeneración*”⁷⁸.

El resultado de las reformas liberales fue la concentración de riqueza en un grupo pequeño de poder político y el empobrecimiento y deterioro de la mayoría de la población. En este contexto la salud se desarrolló en base a la caridad, virtud cristiana convertida en estrategia política por el sector gobernante. Fue por medio de la caridad y la beneficencia que se construyeron una gran cantidad de hospitales de El Salvador durante el siglo XIX y principios del siglo XX en donde la donación realizada por grandes personajes de sectores políticos y económicos fue fundamental para la construcción y financiamiento de dichas instituciones.

⁷⁷ *Ibíd.*, 16.

⁷⁸ *Ibíd.*, 21.

Lo anterior permite deducir que el Estado salvadoreño a partir de 1841 no adquirió la responsabilidad de administrar las instituciones de salud, al contrario su política fue permitir que la Iglesia continuara rigiendo los hospitales y centros asistenciales que se fueron creando a través de la caridad y la beneficencia; los cuales, solo brindaban servicios de salud a una mínima fracción de la población salvadoreña.

Fue hasta 1904 en que el Estado Salvadoreño suprimió las juntas de caridad o beneficencia de los hospitales y estableció las Direcciones de los Hospitales, acción con la que inició aunque de forma incipiente la dirección de dichas instituciones, mismas que se incluyeron en el Ramo de Beneficencia.

TABLA XIII

HOSPITALES Y CENTROS ASISTENCIALES QUE BRINDABAN ATENCIÓN DURANTE EL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL SIGLO XX.

Institución	Año de fundación
Casa de caridad y Capilla de patrocinio que posteriormente se convirtió en El Hospital General de San Salvador	1806
Hospital San Juan de Dios de San Miguel	1832
Hospital San Juan de Dios de Santa Ana	1848
Casa de Hospicio de San Salvador	1859
Hospital de Santa Tecla	1878 -1880
Hospicio de San Salvador	1880
Lotería del Hospital y del Hospicio	1881
Hospital de Ahuachapán	1883
Asilo Sara Zaldívar	1885
Hospital de Suchitoto	1896
Hospital de Dementes, Barrio San Jacinto	1896
Hospital de Usulután	1901
Hospital Rosales	1902
Hospital Militar	1902
Hospital Santa Teresa de Zacatecoluca	1906-1909
Sanatorio de Tuberculosis	1909
Hospital de Profilaxis Venera	1911
Hospital Benjamín Bloom	1928
Hospicio Moraga de Santa Ana	1927-1928

Hospicio de San Miguel	1927-1928
Hospicio de Sonsonate	1927-1928
Hospicio de Santa Tecla	1927-1928
Sala Cuna de San Salvador	1927-1928
Sala Cuna de San Miguel	1927-1928
Asilo Castillo de Santa Ana	1927-1928
Manicomio Central	1927-1928
Sanatorio Nacional para Tuberculosos	1927-1928
La Casa del Niño en Santa Ana	1927-1928

Fuente: Mario Daniel Ernesto Olivo Mancia, "Ciudadanía e Higienismo Social en El Salvador, 1880-1932" (Tesis, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, 2011), 288.

La tabla anterior nos muestra la evolución de los hospitales y centros asistenciales desde principios del siglo XIX hasta finales de la segunda década del siglo XX. Para 1928, El Salvador ya contaba con 17 hospitales, 16 dedicados a la atención de pacientes que no padecieran enfermedades relacionadas con las clases peligrosas y un hospital destinado específicamente para la atención del cuerpo militar, debido a la importancia que este sector tenía para el gobierno de turno.

A partir de 1900 la beneficencia se institucionalizó pasando a ser parte de los Ministerios y Sub Secretarías del Estado, lo que permitió que en las primeras décadas del siglo XX se mantuviera el imaginario de la caridad y beneficencia como fuente de financiamiento de los servicios de salud. Medida que favoreció la construcción de diferentes hospitales, sanatorios, hospicios y asilos. No obstante, las instituciones anteriores se encontraban regidas por reglamentos u estatutos internos que impidieron el ingreso de personas con enfermedades epidémicas debido a que se adaptaban al modelo de vida implementado por los sectores dominantes salvadoreños.

TABLA XIV

MINISTERIOS CON EL RAMO DE BENEFICENCIA 1900-1920

Año	Nombre de la institución
1900	Ministerio de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia
1903	Sub Secretaría de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia
1905	Sub Secretaría de Justicia y Beneficencia
1907	Ministerio de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia

1910	Ministerio de Relaciones Exteriores, Justicia y Beneficencia
1911	Sub Secretaria de Justicia y Beneficencia
1914	Sub Secretaria de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia
1915	Ministerio de Hacienda, Crédito Público y Beneficencia
1919	Sub Secretaria de Instrucción Pública y Beneficencia
1920	Secretaria de Beneficencia y Sanidad

Fuente: Elaborado con base en Carlos Infante Meyer, *Historia de la medicina en El Salvador* (San Salvador: Ancalmo Internacional, 2000)171-189.

Sin embargo, no fueron las únicas instituciones que brindaron servicio de asistencia médica. Se mantuvieron y se crearon otros servicios de salud ofrecidos por instituciones entre las que tenemos el Consejo Superior de Salubridad (1900-1910), la Dirección General de Sanidad (1920-1950), la Cruz Roja Salvadoreña, los servicios médicos brindados por la sanidad militar y las alcaldías municipales. Igualmente, la atención médica fue prestada por clínicas o consultorios privados; mientras que la mayoría de la población recibió la asistencia de la medicina alternativa que incluía curanderos, sobadores, hierberos, parteras y otros desconocidos⁷⁹.

1.2.3. DE LOS SERVICIOS DE SANIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA: LOS ESFUERZOS DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD Y LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD EN EL SALVADOR DE 1900 A 1950.

El inicio del siglo XX en nuestro país se caracterizó por el proceso de consolidación del poder central del Estado. El aumento en el crecimiento económico debido al alza del café en los mercados internacionales, permitió la aceleración de cambios económicos y sociales en nuestro país. Fue durante las primeras décadas del siglo XX que el Estado empezó a emprender acciones para minimizar las desigualdades sociales la creación o modificación de instituciones dedicadas a salud y educación; sin embargo, los presupuestos asignados a dichas instituciones principalmente en el área de salud fueron mínimos.

⁷⁹ Rafael Cedillo et al., *Apuntes históricos sobre el Desarrollo de la Salud Pública en El Salvador*, (San Salvador: OPS/OMS, 2003), 184-185

Las disposiciones establecidas en el código de sanidad terrestre y marítima de El Salvador decretado el 30 de mayo de 1900, establecieron el inicio del servicio sanitario en nuestro país que debía ser conducido por el Consejo Superior de Salubridad, institución dependiente de la Secretaría de Gobernabilidad, que contaba con auxiliares entre los que se encontraban *“capitanes de puerto, gobernadores departamentales, corporaciones municipales, directores de policía, administradores y médicos hospitalarios, los inspectores y demás servicios que los municipios establezcan conforme a sus reglamentos”*⁸⁰:

La institución tenía como funciones administrar y regular el servicio sanitario en las poblaciones fronterizas, en los departamentos y en la capital; la recepción y construcción de estadística médica; la notificación del ejercicio de la medicina en sus diferentes ramas; la prevención y combate de enfermedades infecciosas como el cólera, fiebre amarilla, o viruela y el programa de vacunación antivariolosa⁸¹. Es decir, dicha institución fue el ente rector para la mejora de las condiciones sanitarias en El Salvador.

En el ejercicio de sus funciones el Consejo Superior de Salubridad mantuvo relación con los gobernadores departamentales, las municipalidades y con los diferentes hospitales ubicados en ciudades como San Salvador, San Vicente, San Miguel, Santa Ana, Sonsonate y Ahuachapán. En 1902 una circular del Ministerio de Gobernación dirigida a los gobernadores dictaminó lo siguiente:

“En el deseo de que el estado sanitario de la República sea atendido de una manera preferente a fin de que las enfermedades que desde algún tiempo vienen atacando a varias poblaciones desaparezcan, ordenó a U. para que a su vez lo haga con las autoridades de su dependencia que cumpla y haga cumplir todas las leyes que se han dictado referente a la Salubridad pública y que atiendan debidamente todas las ordenes que les comunique el Consejo Superior de Salubridad que se encuentra animado de los mismos sentimientos

⁸⁰ “Código de sanidad terrestre y marítima de El Salvador”, *Diario Oficial*, Tomo 49, 18 de julio de 1900.

⁸¹ Carlos Infante Meyer, *Historia de la Medicina en El Salvador* (San Salvador: Ancalmo Internacional, 2000).

*que el Supremo Gobierno en lo que se refiere a la sanidad de todas las poblaciones de la República*⁸².

El principal objetivo del Consejo fue llevar a cabalidad el cumplimiento del Código de Sanidad Terrestre y Marítima; por lo que el servicio sanitario se fue estructurando en base a la prevención y el combate de la enfermedad entre las que se encontraban la viruela y las enfermedades venéreas, por lo que generó los programas de combate reglamentados que fueron dirigidos por las oficinas respectivas.

El Consejo Superior de Salubridad producía un boletín en donde exponía los informes recibidos de las municipalidades o gobernaciones que debían notificar las enfermedades transmisibles o malas condiciones sanitarias. La ejecución de las políticas focalizadas emitidas por la institución llevó a que en 1903 se alcanzara una mejora de las condiciones higiénicas y ningún registro de epidemia en el país⁸³.

En la ciudad capital se recibía notificación de defunciones por cada trimestre y se indicaban a las Juntas Directivas de los Hospitales, medidas de curación y prevención de enfermedades como la tuberculosis que manifestaba una incidencia alta.

*“Ordeno a juntas directivas de hospitales el aislamiento de enfermos, medidas que contribuirá a disminuir la propagación de la enfermedad. Se hace necesario tratar de instalar siquiera un sanatorio en la República, 10,000 ejemplares, folletos que contiene instrucciones populares contra la tuberculosis*⁸⁴.

En 1903 las actividades sanitarias del Consejo Superior de Salubridad estuvieron fundamentadas en la creación de un reglamento de abastos públicos que establecía reglas sanitarias para el manejo y comercio de suministros alimenticios; otra importante acción fue la obligatoriedad de realizar registros de defunciones durante los cuatro trimestres del año; el establecimiento de una lucha contra la tuberculosis por la gran cantidad de

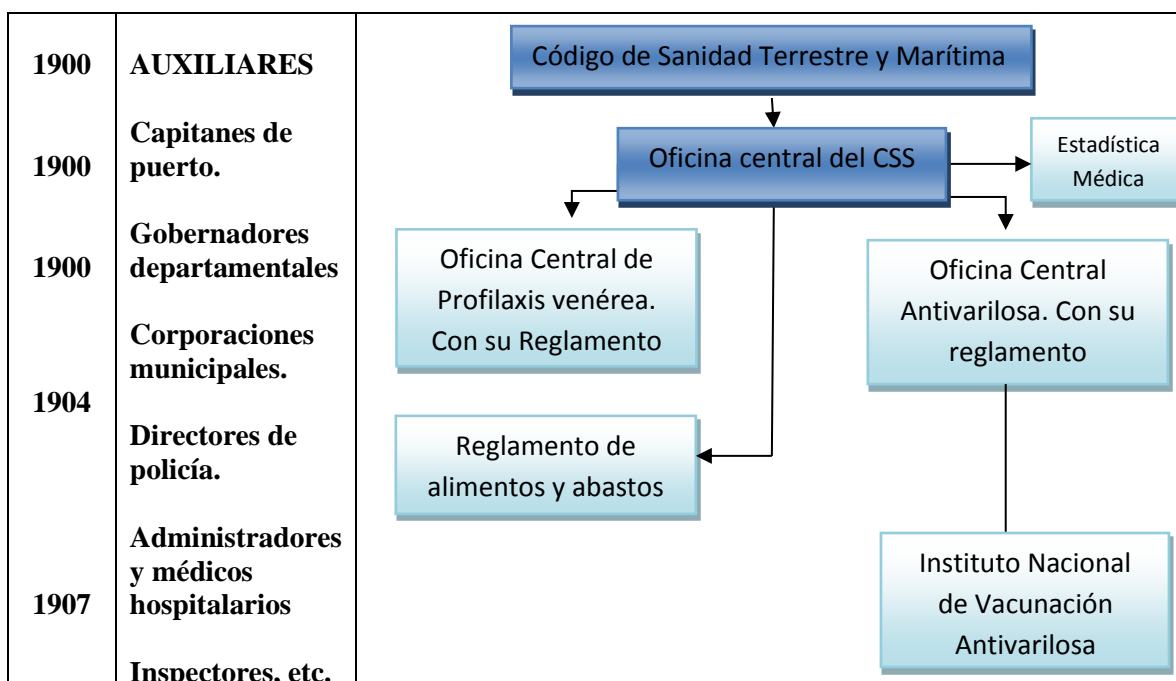
⁸² Consejo Superior de Salubridad, *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año II, 1, (septiembre de 1902), 1.

⁸³ Consejo Superior de Salubridad, *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año II, 2 (enero de 1903), 16

⁸⁴ *Ibíd.*, 19.

muerres registradas cada año, motivo por los que se proponía la construcción del Sanatorio para Tuberculosos y la producción de más de 8,401 dosis contra la viruela por la Oficina Central de Vacunación.

TABLA XV
ESTRUCTURA DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUBRIDAD



Fuente: Asamblea Legislativa, *Código de sanidad terrestre y marítima 1900*; consultado el 22 de diciembre de 2015, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/1900/1900-3T/1900-3T_Parte3.pdf

En 1904 el Consejo Superior de Salubridad estableció medidas preventivas de aislamiento en Santa Tecla y Santa Ana por la aparición de casos de difteria; la continuidad de las medidas de sanidad marítima establecidas en el código de sanidad y la vacunación contra la viruela de 1,455 hombres y 1,061 mujeres en la capital y de 695 hombres y 813 mujeres en los demás departamentos, haciendo un total de 4,024 personas vacunadas contra la viruela⁸⁵.

⁸⁵ Consejo Superior de Salubridad, *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año III, 1, (enero 1904).

En 1907 se inaugura el Instituto Nacional de Vacunación bajo la dirección de doctor Gustavo S. Barón con producción de vacuna en mayor escala, acción que en 1909 permitió el exitoso combate de la epidemia de viruela, alcanzando en 1910 una protección de 87% de la población del país contra dicha enfermedad⁸⁶. El trabajo realizado por el Consejo Superior de Salubridad empieza a perfilar una articulación de las instituciones auxiliares en la administración y operatividad de los servicios de sanidad.

No obstante, dicha institución fue erradicada debido a intereses políticos, acción que ocasionó que las instituciones hospitalarias, continuaran su funcionamiento rigiéndose en base a estatutos u reglamentos y disposiciones dictaminadas por sus administradores; a pesar de ello, no se ha encontrado la reforma realizada al Código de sanidad terrestre y marítima que restringió la autoridad de los funcionarios del Consejo.

El Reglamento Interior del Hospital Rosales establecía para 1916 medidas adaptadas a la definición de ciudadano y clases peligrosas de finales del siglo XIX en donde se reglamentaba el tipo de enfermos a los que se brindaría o no el servicio médico.

“En el Hospital Rosales se admitirán pacientes de toda clase de enfermedades, con excepción de las siguientes: 1) Los enajenados; 2) Los que padezcan enfermedades crónicas incurables; 3) Los lazarinos; 4) Los ebrios en estado de intoxicación aguda, salvo los que están lesionados o que padezcan de otra enfermedad grave; 5) Los atacados de enfermedades contagiosas... epilépticos... y tuberculosos... serán recibidos condicionalmente.”⁸⁷

Prescripciones similares figuraban en los demás reglamentos internos de los demás hospitales del país. Aunado a ello, se tenía una articulación de un sistema policiaco que controlaba el ingreso e impedía la salida de enfermos, esto debido a la gran cantidad de personas que buscaban atención. Con el pasar de los años los hospitales van ampliando

⁸⁶ Dirección General de Estadística, *Anuario Estadístico de 1910* (San Salvador: DGE, 1910), 39-42.

⁸⁶ Hospital Rosales, *Archivos del Hospital Rosales*, Año I, 113- 115 (noviembre-diciembre de 1916), 95.

⁸⁷ Olivo Mancía, *Ciudadanía e Higienismo Social*, 291.

los servicios de medicina y cirugía; sin embargo, la cantidad de población y enfermos siempre se mantenía al alza.

Fue hasta 1920 en que se inició una nueva organización del servicio sanitario en nuestro país; a través de la creación de la Dirección General de Sanidad, dependencia de la Secretaria de Beneficencia y Sanidad, entidad que según su reglamento interno tenía como función principal el cumplimiento del Código de Sanidad; es decir, tenía la responsabilidad de ejecutar las acciones necesarias sobre los programas de vacunación, profilaxis antivenérea, control de parasitismo y lucha anti larvaria.

Para esta fecha el país se encontraba exento de fiebre amarilla y viruela, a lo que había contribuido la campaña de vacunación realizada por el Instituto de Vacunación desde la epidemia viruela de 1909 y de fiebre amarilla de 1919, instancia que pasó a ser parte de la organización de la Dirección General de Sanidad y que extendió el programa de vacunación a todo el país. Para ese año se contaba con establecimientos de profilaxis venéreas en San Salvador, San Vicente, Santa Tecla y otros esfuerzos que fueron cerrados por la falta de fondos o presupuesto para su mantenimiento⁸⁸.

A pesar de ello, la Dirección General de Sanidad logró generar políticas que beneficiaron a la población con la utilización de fondos recibidos a través de la cooperación externa. Así, con apoyo de la Fundación Rockefeller se inició una campaña contra la uncinariasis a partir de 1921⁸⁹.

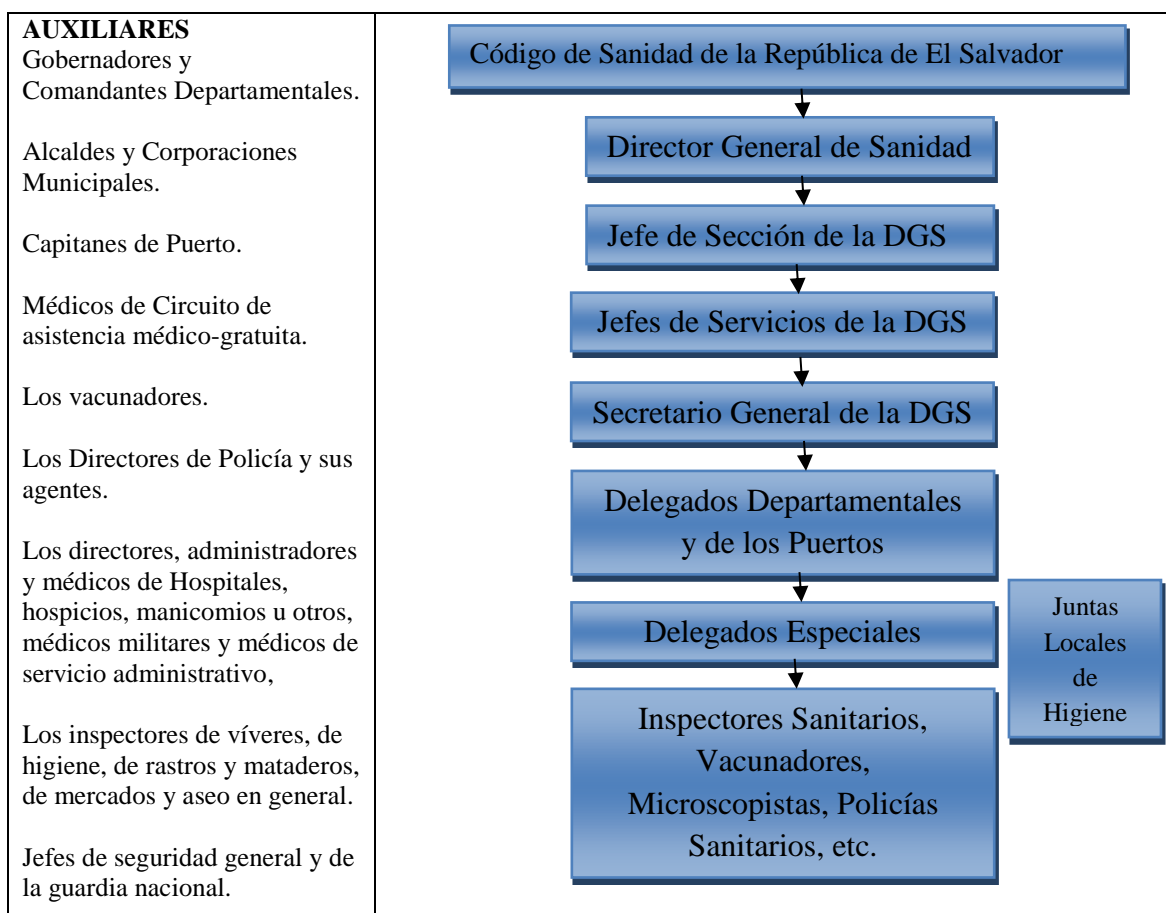
En 1931 se publicó el Código de Sanidad de la República de El Salvador, normativa que estableció las funciones de la Dirección en cuanto a su organización, administración

⁸⁸ Dirección General de Sanidad, *Informe de la Dirección General de Sanidad en 1921* (San Salvador: DGS, 1921).

⁸⁹ *Ibíd.*, 154.

general, estadística médica entre otros⁹⁰. El presupuesto asignado a esta dependencia durante este año fue de 255,209.40 colones equivalente al 1.46% del presupuesto de gasto asignado para dicho ejercicio fiscal⁹¹.

TABLA XVI
ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD EN 1931.



Fuente: Decreto 147, "Código de Sanidad de la Republica de El Salvador", *Diario Oficial*, Tomo 110, 26 (31 de enero de 1931).

A pesar de ello, la Dirección General de Sanidad solo era una dependencia del Ministerio de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad,

⁹⁰ Decreto 147, "Código de Sanidad de la Republica de El Salvador", *Diario Oficial*, Tomo 110, 26 (31 de enero de 1931).

⁹¹ Chester Urbina Gaitán, *Estado y control social en El Salvador (1931-1944)* (San Salvador: UFG, 2008), 103.

cartera que poseía una ínfima proporción del presupuesto general para el desarrollo de sus actividades y programas en contra de las Enfermedades Transmisibles. En 1932 el Director General de Sanidad visitó la mayor parte de El Salvador, en donde obtuvo una visión completa del estado sanitario de nuestro país⁹².

En 1933 el Ministerio de Gobernación a través del Dr. Escalante inicia la lucha contra el paludismo⁹³. Aunado a ello, el gobierno por medio de la Secretaría de Gobernación, autorizaron a la Dirección General de Sanidad para emprender una enérgica y activa campaña antiparasitaria y contra la malaria⁹⁴.

Aunado a ello, se hizo una revisión de las condiciones de sanidad de los diferentes departamentos llegando a la conclusión de que la varicela era una enfermedad endémica en muchos municipios del país y que debido a la intensidad de sus síntomas era confundida con la viruela, por lo que la institución recibía reportes solicitando la inspección correspondiente con la finalidad de descartar o no la existencia de casos de viruela⁹⁵.

En 1938 se creó el Ramo de Sanidad, instancia integrada por la Dirección General de Sanidad y las Delegaciones de Sanidad Departamentales, acción que indicó una mayor independencia e importancia; sin embargo, a pesar de que la sanidad había pasado de una dependencia aun ramo, su asignación presupuestaria continuaba siendo ténica, con el otorgamiento de 312,404 colones. Asimismo, en ese año se creó el Ramo de Beneficencia que integraba la mayoría de hospitales públicos y centros asistenciales,

⁹² Ramo de Gobernación, *Memoria de Gobernación, trabajo, fomento, agricultura, beneficencia y sanidad de 1932* (San Salvador: s.e., 1932), 10.

⁹³ *Ibíd.*, 7

⁹⁴ Dirección General de Sanidad, *Boletín Sanitario, enero-febrero 1933* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1933), 7.

⁹⁵ Ministerio de Gobernación, *Boletín del Ministerio de Gobernación y Trabajo, enero-abril de 1938* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1934).

instancia que recibió 650,870 colones, que al igual que el ramo de sanidad recibió un presupuesto muy bajo en comparación con otros ramos de Estado.

Asimismo, las instituciones de beneficencia que brindaban el servicio de asistencia médica en el país y contaban con una proporción de fondos especiales tenemos:

TABLA XVII

INSTITUCIONES DE BENEFICENCIA EN EL SALVADOR, 1938

Instituciones de Beneficencia en El Salvador que contaban con apoyo de fondos especiales, 1938
1. Sanatorio Nacional
2. Asilo Salvador
3. Hospital San Rafael
4. Hospital de Sonsonate
5. Hospital de Ahuachapán
6. Hospital de San Juan de Dios de Santa Ana
7. Hospital de Chalatenango
8. Hospital Santa teresa de Zacatecoluca
9. Hospital Santa Gertrudis de San Vicente
10. Hospital San Pedro de Usulután
11. Hospital de San Miguel
12. Hospital de San Carlos de la Unión
13. Cruz Roja Salvadoreña
14. Hospital Rosales
15. Hospital de Suchitoto

Fuente: "Presupuesto General de la Nación para el ejercicio fiscal 1939", consultado el 20 de enero de 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/1938/1938-1T/1938-1T_Parte45.pdf

Aunado a ello, en 1938 la Dirección General de Sanidad creó el servicio de malariología y lucha antipalúdica. Igualmente muchos de las acciones emprendidas para el combate de las enfermedades transmisibles fueron convertidos en campañas o programas que con el paso de los años pasaron a formar parte de la estructura institucional. En 1939 se aprobó una nueva constitución, carta magna en la que se estableció en el artículo 105 que era un deber del Estado mantener la salubridad pública en el país y mejorar las condiciones higiénicas de sus habitantes⁹⁶.

⁹⁶ "Constitución de la República de El Salvador de 1939", consultada el 05 de enero de 2016, <https://app.box.com/s/5zaiewn55tx3pab1mk64>

Sin embargo, esta función había empezado a ser ejercida por el Ramo de Sanidad desde hace unos años atrás, motivo por el que desde 1934 se había creado la Ley reglamentaria de un 10% municipal para salubridad ya que se consideraba que *“La salubridad pública es el principal factor para alcanzar el tan ansiado bienestar general, pues sin salud no hay felicidad posible, por ende las razas en vez de culminar en un verdadero florecimiento marchan a pasos agigantados hacia la degeneración y decrepitud”*⁹⁷.

A partir de 1940 se inició una reorganización de los servicios de salud a cargo del Dr. Víctor Arnoldo Sutter, salubrista especializado con amplia experiencia internacional, nombrado como Director General de Sanidad quien reconstruyó los servicios asistenciales y promovió la capacitación de salubristas en universidades extranjeras. Es así como en ese año se crea la primera División de Tuberculosis y se logra la apertura de la primer Unidad Sanitaria en Santa Tecla.

Dos años después se creó un Convenio con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública de los Estados Unidos que proporcionó apoyo económico a la Dirección, debido a la necesidad de buscar respuestas a los problemas de salud pública analizados a nivel nacional e internacional⁹⁸.

En 1945 la División de Productos Biológicos de la Dirección General de Sanidad ya poseía y proveía vacunas en contra de enfermedades transmisibles entre las que se encontraban la rabia, viruela, fiebre tifoidea, difteria o crup, coqueluche o tosferina y el sarampión.⁹⁹ Además fue en este año en donde se organizó la sanidad rural a través del envío de comisionados rurales a diferentes cantones del país entre enero y marzo de 1945¹⁰⁰.

⁹⁷ Dirección General de Sanidad, *Boletín Sanitario* (San Salvador: Imprenta Nacional, mayo-junio de 1934), 1

⁹⁸ *Ibíd.*, 52

⁹⁹ Dirección General de Sanidad, *Boletín Sanitario*, IV Época, 2 (mayo-junio de 1945).

¹⁰⁰ *Ibíd.*, 38

No obstante, tras la huelga de brazos caídos de 1944, la renuncia del General Maximiliano Hernández Martínez a la Presidencia de la República y la elección del General Castaneda Castro, permitió la continuidad al régimen militar. El General Castaneda Castro intentó reorganizar la administración del Estado Salvadoreño, estrategia que aunque no logró culminarse, llevó a la realización de pequeños cambios dentro de las diferentes carteras de Estado.

Para este mismo año se observaba a la salud pública ante todo como problema gubernativo de una nación¹⁰¹; la cual, se definía como *“el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y asegurar la eficiencia física y mental por medio de esfuerzos coordinados de las colectividades”*¹⁰²; base fundamental de la administración sanitaria que era considerada como *“la aplicación de los principios y técnicas de la salud pública en beneficio de las colectividades por organizaciones tanto oficiales, como particulares”*¹⁰³.

Las funciones gubernamentales en el ramo de salud pública consistían en desarrollar el *“saneamiento, profilaxis de enfermedades transmisibles, educación sanitaria, protección y mejoramiento de la salud individual, pesquisas sobre la profilaxis de las enfermedades y desenvolvimiento de un programa nacional de salud que asegure a cada individuo de la colectividad y a su familia los medios adecuados para el mantenimiento de la salud”*¹⁰⁴.

En 1946 se crea el Ministerio de Asistencia Social, instancia integrada por tres grandes direcciones, la Dirección General de Asistencia Social, la Dirección General de Sanidad y la Dirección General de Hospitales. Ese mismo año se inició el segundo intento por realizar la Campaña nacional de lucha antipalúdica, medida que se había desde décadas atrás y que se logró ejecutar con el apoyo de organismos internacionales, igualmente en 1949 la Dirección General de Sanidad inicia los trabajos para la erradicación del Aedes Aegypti.

¹⁰¹ Dirección General de Sanidad, *Boletín de Sanidad*, V Época, 5 (noviembre-diciembre de 1945).

¹⁰² *Ibíd.*, 132

¹⁰³ *Ibíd.*

¹⁰⁴ Dirección General de Sanidad, *Boletín de Sanidad*, V Época, 5 (noviembre-diciembre de 1945), 132.

Sin embargo, el contexto generado a partir del golpe de Estado de 1948, permitió un giro institucional de todo el país que llevó a que en 1950 el Ministerio de Asistencia Social se convirtiera en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debido a que desde principios de año se estaba cumpliendo con la función de brindar salud pública a la población salvadoreña, pero además como resultado del cambio de gobierno liderado por el Teniente Coronel Oscar Osorio, quien emprendió un proyecto de modernización cuyo punto de partida fue la ampliación de la esfera estatal, estrategia combinada con el fomento industrial y con la incremento del mercado.

CONCLUSIONES

La historia de las políticas de salud sobre las enfermedades transmisibles que afectaron desde la época colonial hasta la primera mitad del siglo XX demuestra los siguientes supuestos. Primero las enfermedades transmisibles que surgieron durante la conquista en las provincias de Cuscatlán y los Izalcos generaron grandes epidemias y endemias que causaron la reducción de más de la mitad de la población indígena, quienes, se encontraron desprotegidos a pesar de los métodos de curación y prevención adoptados generación tras generación.

La presencia de nuevas enfermedades en este periodo ocasionó que las formas de combatirlas fueron experimentos que en muchos casos fallaron, ocasionando muerte y grandes secuelas en la vida de los sobrevivientes. Durante este periodo la monarquía española mantuvo una política de salud fundamentada en la atención hospitalaria con la asistencia de religiosos; medida ejercida en algunas provincias del Reino de Guatemala. No obstante, dicha política no fue efectiva en las provincias de San Salvador y Sonsonate debido a la llegada tardía de las órdenes religiosas.

Aunado a ello, de los tres esfuerzos realizados por construir hospitales para la atención de enfermos durante el siglo XVI, solo dos se lograron crear y solo uno se logró mantener y fue administrado a partir del siglo XVII por la orden de San Juan de Dios; sin embargo, los servicios brindados por dicho centro asistencial fueron paupérrimos debido a la falta de financiamiento y a la escasa cobertura que brindaba. Así, la mayoría de la población recibió atención mediante métodos curativos indígenas.

Asimismo, probablemente la población de la provincia de San Salvador, se mantuvo desprotegida hasta 1806 fecha en la que se fundó la casa de la caridad y capilla de patrocinio, centro que se convirtió años después en el Hospital General de San Salvador. En el siglo XIX las enfermedades transmisibles expresaron sus estragos a través de epidemias de cólera y fiebre amarilla, la endemia del paludismo y la alta cantidad de casos por influenza, sífilis, gonorrea, chancro blando, disentería, neumonía, tuberculosis, coqueluche, sarna, enteritis aguda y sarampión, enfermedades que durante las primeras décadas afectaron a los naturales y extranjeros, pero a medida que las epidemias se encontraban cerca de las ciudades afectaban a los grupos más vulnerables, niñez y hombres en edad de trabajar principalmente.

A partir del siglo XIX se inició el proceso de laicización de los hospitales en el Reino de Guatemala, fue en este proceso que se inició la creación de la única junta de caridad del Hospital del Venerable Juan Pecador de Sonsonate, y posteriormente de la casa de la caridad y capilla de patrocinio de San Salvador en 1806, de los Hospitales San Juan de Dios de Santa Ana en 1832 y de San Miguel en 1848, lo anterior debido a que la asistencia hospitalaria ya no fue administrada por las órdenes religiosas si no por las recién creadas juntas de caridad que gobernaron los hospitales de forma económica y política.

A finales del siglo XIX, se creó el higienismo social, estrategia política con la que se crearon hospitales y centros asistenciales a través de la caridad, virtud cristiana que fue

utilizada por el sector político dominante para mantener el poder y controlar a las llamadas clases peligrosas. Es así como de 1880 a 1928 se inició la mayor construcción de centros asistenciales, entre los que se encontraban 11 hospitales, 6 hospicios, 2 asilos, 2 salas cunas, 1 sanatorio, 1 manicomio y 1 casa del niño.

No obstante, a pesar de que los hospitales permitieron un leve aumento en la cobertura de servicios de salud pública destinados a la población, estos no permitían el ingreso de personas con enfermedades epidémicas relacionadas con las clases peligrosas. Durante la primera mitad del siglo XX las enfermedades transmisibles continuaron manifestando sus secuelas en la población salvadoreña.

Fue durante este periodo que las autoridades sanitarias registraron los casos y muertes ocasionadas por enfermedades como la fiebre amarilla y la viruela, enfermedades que fueron controladas; mientras otras enfermedades como el paludismo, las diarreas, las neumonías y bronconeumonías, la influenza, el coqueluche, la tuberculosis y la sífilis, persistieron afectando la salud de la población; sin embargo durante la primera década del siglo no se declaró ninguna epidemia, debido al accionar del Consejo Superior de Salubridad, instancia creada en 1900.

Es así como se inicia los primeros intentos de hacer política sanitaria en el país; a través del Código de Sanidad Terrestre y Marítima de El Salvador, legislación que permitió articular el funcionamiento del Consejo con sus auxiliares, logrando administrar el servicio sanitario en las poblaciones fronterizas, en los departamentos y en la capital; realizando la construcción de estadística médica, regulando la producción y distribución de abastos y alimentos, la prevención y combate de enfermedades infecto contagiosas; entre los que se encontraba, el programa de vacunación antivariolosa y profilaxis contra las enfermedades venéreas.

Fue el cumplimiento del código de sanidad y de las normativas creadas por dicha instancia, las que permitieron un mejoramiento de las condiciones sanitarias del país y a la protección del 87% de la población salvadoreña contra la viruela para 1909. Un año después una reforma al Código de Sanidad impidió que las autoridades del Consejo continuaran ejerciendo las acciones pertinentes para el combate de la enfermedad, acción que afectó considerablemente a la población salvadoreña, debido a que a las epidemias de disentería bacilar y enfermedades diarreicas en 1917 y la epidemia de fiebre amarilla en 1919 causaron grandes estragos.

Es hasta 1920 que se crea la Dirección General de Sanidad, DGS por la aprobación de un reglamento que definió su función principal; no obstante, a partir de esta década dicha dependencia empezó a crear servicios de salud y proyectos con apoyo internacional; es decir, a través de la cooperación externa. En 1930 con la aprobación y posterior publicación del nuevo Código de Sanidad de El Salvador en 1931, permitió a la DGS tener un sustento jurídico; a pesar de ello, continuó como una dependencia del recién creado Ramo de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, Beneficencia y Sanidad.

Debido al escaso presupuesto recibido en este periodo, la DGS se apoyó en la cooperación externa para el desarrollo de sus acciones, proyectos y programas dedicados al combate y prevención de las enfermedades transmisibles. Fue hasta 1938, año en que la Dirección General de Sanidad se convirtió en Ramo de Sanidad, instancia que se encontraba compuesta por la Dirección, sus Departamentos y las Delegaciones de Sanidad Departamentales quienes brindaron los servicios de sanidad. Ese mismo año se creó el Ramo de Beneficencia que se encontraba integrada por la mayoría de hospitales e instituciones de asistencia.

No obstante, en 1946 se crea el Ministerio de Asistencia Social compuesto por la Dirección de Asistencia Social, la Dirección Nacional de Hospitales y la Dirección

General de Sanidad como resultado del intento por reorganizar la administración del Estado Salvadoreño, realizada durante el gobierno del General Castaneda Castro. Finalmente en 1950 el Ministerio de Asistencia Social se convierte en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como resultado del proceso de reorganización institucional del Estado y una mayor inversión social.



FUENTE: Ministerio de Salud, *Informe de labores 2010-2011*. San Salvador: MINSAL, 2011, 51.

CAPITULO 2: EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA SALUD DE LA POBLACION SALVADOREÑA DE 1950 A 2013.

INTRODUCCIÓN.

- 2.1. UNA MIRADA A LA EVOLUCIÓN DEMOGRAFICA Y LAS CONDICIONES SOCIALES, POLITICAS Y ECONOMICAS GENERADAS EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000.
- 2.2. LOS TIPOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE AFECTARON A LA POBLACION SALVADOREÑA DE 1950 A 2000.

CONCLUSIONES DEL CAPITULO.

CAPITULO 2:

EL IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA SALUD DE LA POBLACION SALVADOREÑA DE 1950 A 2000.

INTRODUCCIÓN.

El Estado salvadoreño a partir de la década de los cincuenta, definió en el artículo 206 de su Constitución la responsabilidad compartida de velar por la salud de la población; para ello, estableció que *“La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y los individuos están obligados a velar por su conservación y establecimiento”*¹⁰⁵ por lo cual, en el artículo 207 estableció que el Estado brindaría *“asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible.”*¹⁰⁶:

Disposiciones que se mantuvieron en las Constituciones de 1962 y 1985, mismas que permiten conocer la importancia que durante este periodo generó el combate a las enfermedades transmisibles. No obstante, porqué el Estado salvadoreño buscaba prevenir la diseminación de dichos padecimientos. Los efectos que estas enfermedades produjeron durante el siglo XIX y primera mitad del siglo XX fueron de gran magnitud, sobre todo con la aparición de diferentes epidemias que causaron miles de muertes y que dejaron grandes secuelas en el estado de salud de los sobrevivientes, factor que presionó al Estado para que decidiera tomar acciones inmediatas en el combate y erradicación de algunas de estas enfermedades.

Sin embargo, ¿Qué efectos causaron las enfermedades infecto-contagiosas a partir de 1950? La malaria, la tuberculosis, la neumonía, la bronconeumonía, la disentería, la

¹⁰⁵ Asamblea Legislativa, “Decreto 14, Constitución de la República de El Salvador de 1950”, consultado el 15 de diciembre, 2015, <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1575/20.pdf>

¹⁰⁶ *Ibíd.*, 366.

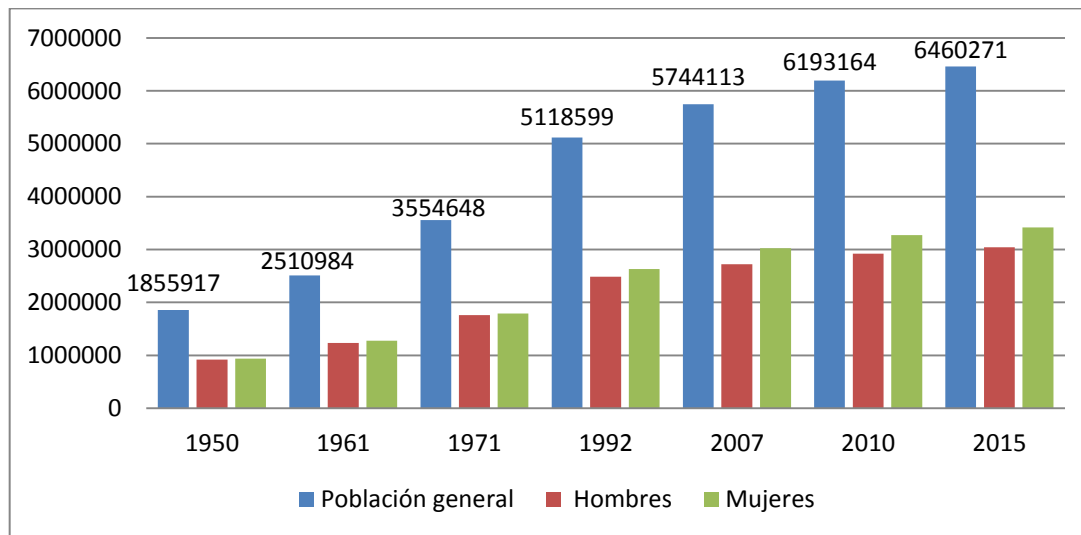
difteria, la influenza, el parasitismo intestinal, entre otras enfermedades fueron consideradas las primeras causas de muerte y de enfermedad durante la década de los cincuenta. Sin embargo, estas y otras enfermedades transmisibles fueron desplazadas por otras causas de mortalidad como las muertes por causas violentas, los accidentes de tránsito y las enfermedades no transmisibles, a partir de la década de los setenta.

A pesar de ello, el nivel de incidencia de muchas enfermedades transmisibles como causa de morbilidad aumentó con el paso de los años; por lo cual, las estadísticas muestran que fueron problemas de salud a los que nunca se les prestó la debida atención ni solución. Así, el presente capítulo se divide en dos parte, la primera proporciona una mirada a la evolución demográfica y las condiciones sociales, políticas y económicas que se generaron en El Salvador durante la segunda mitad del siglo XX; mientras la segunda parte, da a conocer los efectos que causaron las enfermedades transmisibles en la población salvadoreña desde 1950 hasta la actualidad.

2.1. UNA MIRADA A LA EVOLUCIÓN DEMOGRAFICA Y LAS CONDICIONES SOCIALES, POLITICAS Y ECONOMICAS GENERADAS EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000.

La población salvadoreña a partir de 1950 expreso tasas de crecimiento más altas que las manifestadas durante la primera mitad del siglo XX. El censo de 1961 demostró que el país contaba con 2,510,984 habitantes; de los cuales 1,236,728 eran hombres y 1,274.256 eran mujeres, manifestando un crecimiento de 27.76% con respecto a la población de 1950. En 1971, El Salvador contaba con 3,554,648 habitantes integrados por 1,763,190 hombres y 1,791,458 mujeres. El crecimiento fue mayor al 34.21% con respecto a la población de 1961, datos que nos demuestran que en las primeras dos década de la segunda mitad del siglo XX la población se duplicó con respecto a la población de 1950.

GRÁFICA V
POBLACIÓN DE EL SALVADOR DE 1950 A 2015



Fuente: Ministerio de Economía et al. *El Salvador: Fuentes de datos, metodología y estimaciones demográficas del periodo 1950 a 2007*. San Salvador, 2009; y Ministerio de Economía et al. *El Salvador: estimaciones y proyecciones de población*. San Salvador, 2014.

No obstante, en qué contexto social y político se generó dicho crecimiento demográfico. Luego del golpe de 1948, el gobierno salvadoreño inició un proyecto de modernización a través de la reconfiguración de las instituciones del Estado con la finalidad de ampliar su esfera de actividad, el fomento de la instalación de plantas industriales y la ampliación del mercado¹⁰⁷. La nueva institucionalidad definida a través de la Constitución de 1950 buscaba la construcción de un Estado Social con una mayor intervención, lo que significó un aumento del gasto en salud, educación y bienestar social que se mantuvo hasta 1960 debido al constante crecimiento económico.

Sin embargo, la década de los cincuenta también representó una acumulación de problemas en la estructura agrícola, en el acelerado crecimiento poblacional y en las alzas y bajas de los precios del café¹⁰⁸. La concentración del capital en una pequeña

¹⁰⁷ Roberto Turcios, *Autoritarismo y modernización* (San Salvador: DPI, 2003), 39.

¹⁰⁸ *Ibid.*, 170.

población ocasionó que la distribución de los recursos no fuera equitativa en todos los sectores sociales, siendo la población rural la más afectada, debido a que este fenómeno repercutió en las condiciones más fundamentales de sobrevivencia entre las que se encontraba un salario estático en el campo, un aumento en el déficit de la capacidad estatal para producir alimentos y la falta de oportunidades de empleo¹⁰⁹.

En 1960 luego del golpe de Estado y la integración de la Junta Cívico Militar en enero de 1961, se emprendieron acciones en base a dos importantes influencias entre las que se encontraban, las exigencias del gobierno estadounidense, la resistencia de la oligarquía salvadoreña y el surgimiento de nuevos partidos políticos.

Con la toma de posesión del coronel Julio Rivera, el gobierno logró la introducción de impuestos progresivos que permitieron sostener la inversión social en el país. Asimismo, la introducción al Mercado Común Centroamericano había vislumbrado expectativas de crecimiento económico. A pesar de ello, las grandes desigualdades sociales se apreciaban marcadamente, mismas que se agudizaron luego de la guerra de 1969.

Nuestro país a principios de la década de los sesenta se identificaba por tener una gran población con pocas tierras disponibles, elementos que con la llegada de los expulsados de Honduras se convirtió en un problema que requería soluciones rápidas y agudizó aún más las condiciones socioeconómicas de la población. A pesar de ello, el ritmo de crecimiento demográfico continuó, aunque ya no con la misma fuerza que durante la primera mitad del siglo XX.

Durante la década de los setenta, la necesidad de una reforma agraria se hacía evidente. En 1970 el 1.5% de las propiedades registradas tenía un promedio de 302.35 hectáreas que equivalían al 49.3 % de las tierras cultivables a nivel nacional. Pero la cantidad de personas sin tierras seguía aumentando, para 1975 el 48.5 de las fincas de menor

¹⁰⁹ *Ibíd.*, 170- 179.

extensión abarcaban solo el 4.8% de tierras cultivables, aunado a los bajos ingresos en el sector agrícola que se tradujeron en un deterioro del poder adquisitivo¹¹⁰.

A mediados de la década de los setenta la población rural vivían una realidad objetiva, casi el 50 % de la población campesina tenía que alquilar o convertirse en colonos de fincas para poder subsistir, mientras los proyectos de reforma se encontraban atascados por intereses políticos y económicos. No fue hasta 1976 que se intentó implementar un proyecto de reforma agraria con la finalidad de evitar la guerra; sin embargo, esta medida fue rechazada por la oligarquía salvadoreña, quien se impuso al gobierno de Romero y lo obligó a dar marcha atrás¹¹¹.

Con las constantes contradicciones y tensiones se creó un ambiente explosivo en donde los movimientos sociales fueron aumentando y radicalizándose, se van creando grupos guerrilleros, organizaciones campesinas, religiosas, estudiantiles entre otras, quienes al principio tenían demandas como alimentación, salario mínimo, negociar las condiciones de trabajo, insumos entre otros. No obstante, a medida aumentó la represión, su pensamiento se va radicalizando durante la década de los setentas, llegando a tener demandas de tierras y acciones más radicales.

Luego del golpe de estado de 1979 y la conformación del FMLN en 1980; el gobierno opto por el enfrentamiento militar. Así, desde 1981 se desarrolló el conflicto armado en nuestro país, periodo que finalizó con los acuerdos de paz en 1992, pacto con el que se inició la refundación del Estado Salvadoreño. Para dicho año, la población salvadoreña había aumentado a 5, 118,599 personas, entre los que se encontraban 2, 485,613 hombres y 2, 632,986 mujeres; sin embargo, su incremento con respecto a la población de 1971 fue de 17.14%.

¹¹⁰ Luis Armando González y Luis Ernesto Romano Martínez, consultado el 20 diciembre, 2015, <http://www.uca.edu.sv/revistarealidad/archivo/4dd3f8e5755e7reforma.pdf>

¹¹¹ Knut Walter y Philip J. Williams, "El papel político del ejército salvadoreño (1930-1979)", en *Historia Mínima* (San Salvador: DNICA, 2011), 71-82.

No obstante, desde 1989 en nuestro país empezó a implementarse un nuevo modelo económico debido a la creencia de agotamiento del modelo de modernización industrial implementado desde la década de los cincuenta. Así, a partir de la década de los noventa se implementó un conjunto de reformas neoliberales que tenían como objetivo *“alcanzar a largo plazo un crecimiento sostenido de la economía y elevados niveles de empleo, con base en la diversificación y el aumento de la producción exportable, mediante el uso intensivo de la mano de obra”*¹¹².

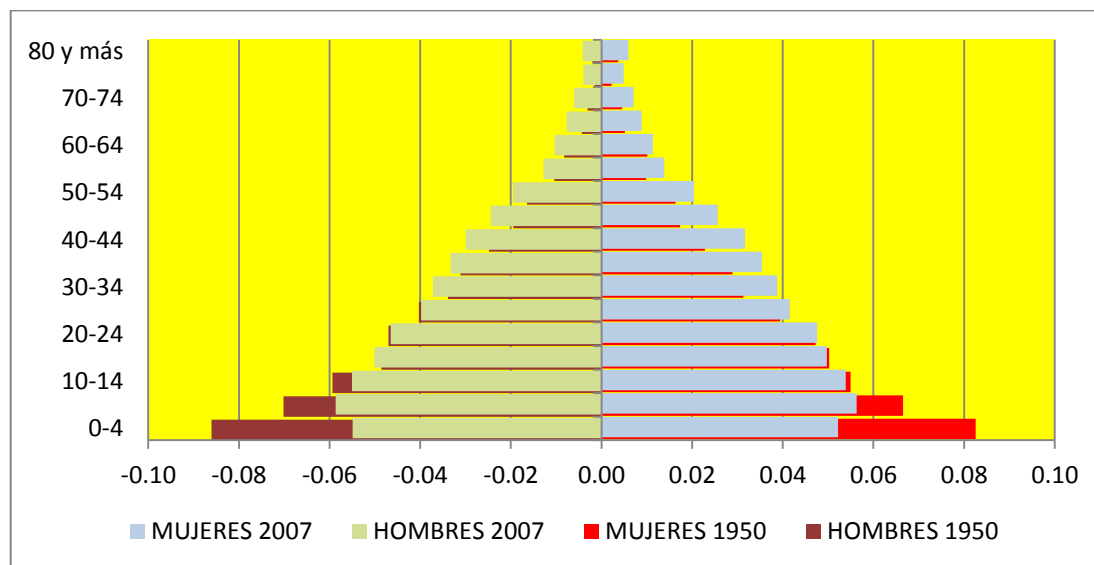
Sin embargo, las reformas liberales a pesar de que coincidían con el Consenso de Washington, estas no promovieron el gasto público enfocado en las necesidades sociales; sino más bien produjeron algunos efectos negativos entre los que se encontraba la desaparición o privatización de diferentes empresas estatales, el mantenimiento de la tasa de sub utilización laboral, el aumento de la emigración hacia Estados Unidos, la falta de aumento en el salario mínimo, no se mantuvo el crecimiento sostenido de la economía, entre otros.

En 2007 se calculó que el país contaba con 5, 744,113 habitantes; 2, 719,371 hombres y 3,024,742 mujeres con una tasa de crecimiento de 7.8%. En ese año a pesar de las bajas tasas de crecimiento económico, el aumento de las remesas, las migraciones y la baja demanda de mejoras sociales, fueron factores que permitieron sostener el modelo. A pesar de ello, la crisis internacional en 2008 tuvo como consecuencia el decrecimiento de las remesas recibidas, el aumento en las dificultades para la emigración y la caída en las exportaciones que ocasionaron que El Salvador estuviera por debajo de la tasa promedio de crecimiento para América Latina para el año 2009.

GRÁFICA VI

EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DE POBLACIÓN DE EL SALVADOR, 1950-2007

¹¹²William Pleitez, “Las reformas liberales un balance crítico”, en *Historia Mínima* (San Salvador: DNICA, 2011), 107.



Fuente: UNFPA, "Transición y bono demográfico en El Salvador", consultado el 10 de diciembre, 2015, www.unfpa.org.sv/dmdocuments/taller7-bono-demografico-els.ppt

El gráfico VI nos muestra que la composición en términos de edad de la población salvadoreña. Sin embargo, en este contexto ¿Cuáles fueron las enfermedades transmisibles que afectaron a las salvadoreñas y los salvadoreños?

2.2.LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES QUE AFECTARON A LA POBLACION SALVADOREÑA DE 1950 A 2013.

Las memorias y boletines del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), instancia que a partir de 2010 se convirtió en Ministerio de Salud (MINSAL), así como la Revista Salud en las Américas de la OPS muestran los efectos producido por las enfermedades transmisibles; es decir, la morbilidad y mortalidad expresada en la población salvadoreña desde 1950 hasta la actualidad. Sin embargo, cómo sistematizar el impacto de tantos tipos de enfermedades transmisibles.

Es necesario aclarar que el problema de las enfermedades infecto-contagiosas expresadas en dichas fuentes permite exponer las que mayores efectos negativos

ocasionaron en la población salvadoreña como en la cartera de salud. Para ello, se utilizaron las listas de las primeras diez enfermedades transmisibles que causaron más morbilidad, mortalidad y en muchos casos ingresos, egresos y utilización de recursos económicos, humanos y técnicos de la cartera de salud.

A partir de 1946 muchas de estas enfermedades infecto-contagiosas empezaron a ser monitoreadas debido a la influencia de instancias internacionales como la Organización Mundial de Salud, institución que a través de la Oficina Sanitaria Panamericana y luego la Organización Panamericana de la Salud, empezaron a reunir la estadística sobre las muertes y enfermos ocasionados por las enfermedades de notificación obligatoria en las Américas desde 1946 hasta la actualidad.

En el presente capítulo no se usará una clasificación rígida; sino más bien, se han identificado ciertos tipos de enfermedades como las enfermedades de transmisión vectorial (la malaria, el dengue y el chagas), el VIH-Sida y las infecciones de transmisión sexual como (la sífilis, el chancro, la gonorrea y la infección gonocócica), las enfermedades gastrointestinales (la disentería, las diarreas, la helmintiasis, el parasitismo intestinal y el cólera), las enfermedades prevenibles por vacunación (la viruela, el sarampión, la poliomielitis, la difteria, la tosferina, los tétanos y la tuberculosis), las enfermedades de transmisión viral (la influenza y la neumonía), hasta las actuales epidemias de chikungunya y sika; las cuales, se han propagado en nuestro país en el periodo de elaboración del presente trabajo de grado.

2.2.1. LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VECTORIAL DESDE 1950 HASTA LA ACTUALIDAD.

Las enfermedades transmitidas por vectores han sido uno de los grandes problemas para nuestro país y el mundo entero sobre todo en regiones cálidas y tropicales. Ahora conocemos, que desde el siglo XIX la malaria ya era considerada como una enfermedad

endémica que solo hasta hace unos años se ha logrado controlar, pero que ha dejado como saldo la muerte de miles de personas, un gasto considerado de recursos económicos, personal, insumos destinados para su control y la contaminación ocasionada por los restos de químicos utilizados para su combate.

El dengue, una enfermedad que vino a nuestro país en el último cuarto del siglo XX, ha ocasionado la muerte de gran cantidad de personas sobre todo del área rural, actualmente es una enfermedad endémica que sigue cobrando la vida y la salud de muchas personas. Aunado a ello, en 2014 una epidemia de chikungunya se esparció desde la capital hacia todo el país, afectando a más de 71,548 personas en tan solo unos meses y que continuará ocasionando sufrimiento temporal y permanente en la vida de las personas que lo padezcan.

Finalmente, en diciembre de 2015 se confirmó la existencia de personas salvadoreñas que con el virus del Sika, otra enfermedad transmitida por el zancudo con sintomatología parecida a las dos anteriores. Al parecer estas nuevas enfermedades no son mortales, motivo por el cual las autoridades de salud no han tomado las medidas necesarias para su control y erradicación; sin embargo, se desconoce los efectos a futuro de las secuelas que estos padecimientos han dejado en la salud de la población que la ha sufrido.

2.2.1.1. LA MALARIA O PALUDISMO UNA ENFERMEDAD DE ANTAÑO Y SUFRIMIENTO EN EL SALVADOR (1950-2014).

El paludismo es una enfermedad transmitida a través de la picadura del mosquito o zancudo hembra del género anopheles infectado con una de las cinco clases del parásito plasmodium, de las cuales las más peligrosas son el falciparum y el vivax; la sintomatología es muy semejante a la de otras enfermedades, puede incluir fiebre, escalofríos, sudores, tos, diarrea, dificultad respiratoria y cefalalgia y evolucionar hasta

llegar a mostrar ictericia, defectos de coagulación, choque, insuficiencia renal y hepática, encefalopatía aguda, edema pulmonar y cerebral, coma y que puede llegar hasta la muerte¹¹³.

Desconocemos la fecha de surgimiento de dicha enfermedad. No obstante, la malaria ya era considerada como enfermedad endémica; es decir, ya se había extendido por todo el país y lo afectaba constantemente a finales del siglo XIX. Mientras durante la primera mitad del siglo XX fue considerada la primera causa de mortalidad y morbilidad en el país, motivación que llevó a que la Dirección General de Sanidad emprendiera una Campaña Antipalúdica a partir de 1933 que consistía en la entrega de tratamientos antipalúdicos a la población afectada.

A principios de la segunda mitad del siglo XX los servicios de sanidad se encontraban solo en las principales ciudades que integraban el área de registro, misma que se encontraba integrada por menos de la mitad de la población salvadoreña. En 1950 las 36 localidades del área de registro reportaron una mortalidad general de 14,598 personas fallecidas, dentro de las cuales las muertes de menores de cinco años se contabilizaban en 4,189 muertes¹¹⁴.

Del total de fallecidos para 1950 el 21% igual a 3,065 muertes fueron provocadas por enfermedades infecto contagiosas, dentro de las cuales el paludismo era la primera causa de morbilidad y mortalidad. Así, el paludismo para 1950 era considerado un problema nacional, mal denominado como la plaga *“concepto que se confirma al considerar la lista de enfermedades transmisibles entre las cuales se encuentra colocada en la primera línea, como la más prevalente y la que causa mayor número de muertes”*¹¹⁵.

¹¹³ James Chin (Ed.), *El control de las enfermedades transmisibles* (Washington: OPS/OMS, 2001), 477-478.

¹¹⁴ Dirección General de Sanidad, *Boletín de Sanidad*, Año I, 1 (enero marzo de 1950), 10-11.

¹¹⁵ Dirección General de Sanidad, *Boletín de Sanidad*, Año I, 3 (diciembre de 1950).

Las autoridades de sanidad de la época opinaban al respecto *“Parece increíble que nos cause los mayores estragos la enfermedad de la cual tenemos un conocimiento más exacto que de ninguna otra: el agente causal es conocido desde hace más de setenta años, el agente transmisor hace cincuenta y cinco, disponemos de medios seguros para hacer su diagnóstico y existen diversos medicamentos que permiten la curación rápida”¹¹⁶*. Pero, cuáles fueron los factores que permitieron que la malaria se convirtiera en una enfermedad endémica en nuestro país.

En 1950 el Congreso Nacional de Malariología analizaba los factores generales que agravaban al paludismo, entre los que se consideraba la pobreza expresada en las malas condiciones habitacionales a nivel nacional. En las zonas urbanas se encontraban gran cantidad de suburbios, mientras que en las zonas rurales las casas tenían condiciones más precarias *“donde las paredes están formadas de manojos de paja, ramas, varas de bambú, trozos, tablas o pedazos de lámina que nunca fijan una pared completa, sino dejando numerosos y grande intersticios que permiten la circulación de zancudos a su entera libertad”¹¹⁷*.

Otro factor que permitió la propagación de la malaria fueron los desplazamientos de población dentro del país, esto debido a las diferentes actividades productivas que produjeron el traslado de población trabajadora hacia diferentes zonas con mayor o menor índice de malaria. El nivel educativo fue otro factor transcendental, debido a las supersticiones creadas por la población en torno al origen de la enfermedad, relacionadas con hábitos como tomar café, leche, comer dulce o mangos verdes, supersticiones que impidieron que las autoridades de salud pudieran combatir a la malaria al enfrentarse a la negación del origen de la enfermedad por parte de la población.

Aunado a ello, la temperatura moderada, la alta humedad, la baja altitud y la estacionalidad de las lluvias son factores ambientales que favorecieron la reproducción del zancudo anopheles transmisor del paludismo. La malaria de 1944 a 1948 causó

¹¹⁶ Ibíd.

¹¹⁷ Ibíd., 11.

3,000 muertes por año, defunciones que se expresaban en su mayoría en departamentos con alturas menores a los 1500 metros sobre el nivel del mar como Usulután, Sonsonate, Santa Ana, La Libertad y Cuscatlán, presentando una mayor incidencia entre los meses de septiembre a febrero y teniendo un clímax o un punto álgido en el mes de enero de cada año. Para 1950 los índices de morbilidad de esta enfermedad eran altos mostrando 17,647 casos, cifras que fueron disminuyendo hasta 1955 con 2,224 casos, debido a la efectividad del programa nacional de vacunación.

La falta de seguimiento a los programas de control de la malaria, permitió un aumento en el número de población enferma a partir de 1956, llegando a niveles epidémicos en 1965 con 25,857 casos y aún más en 1967 con 82,961 personas enfermas de paludismo, convirtiéndose así en la segunda causa de enfermedad transmisible de notificación obligatoria, generando el 19.8% de morbilidad por enfermedades transmisibles¹¹⁸.

En 1969 el paludismo ya no era considerado como una de las diez primeras causas de muerte, debido a que de 1949 a 1969 se expresó una reducción sustancial en el número de muertes ocasionadas por dicha enfermedad debido a la distribución masiva de tratamientos antipalúdicos a partir de 1933.

TABLA XVIII

MUERTES CAUSADAS POR EL PALUDISMOS DE 1949 A 1969.

Año	Nº de muertes	Tasa	Total de muertes	% de muertes por paludismo
1949	2,247	122	28,339	8
1950	1,704	--	--	--
1951	1,500	--	--	--
1952	1,370	--	--	--
1953	1,004	--	--	--
1954	852	39	31,810	2.7
1955	955	--	--	--
1956	642	--	--	--
1957	719	--	--	--

¹¹⁸ MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1966-1967* (San Salvador: MSPAS, 1967), 9.

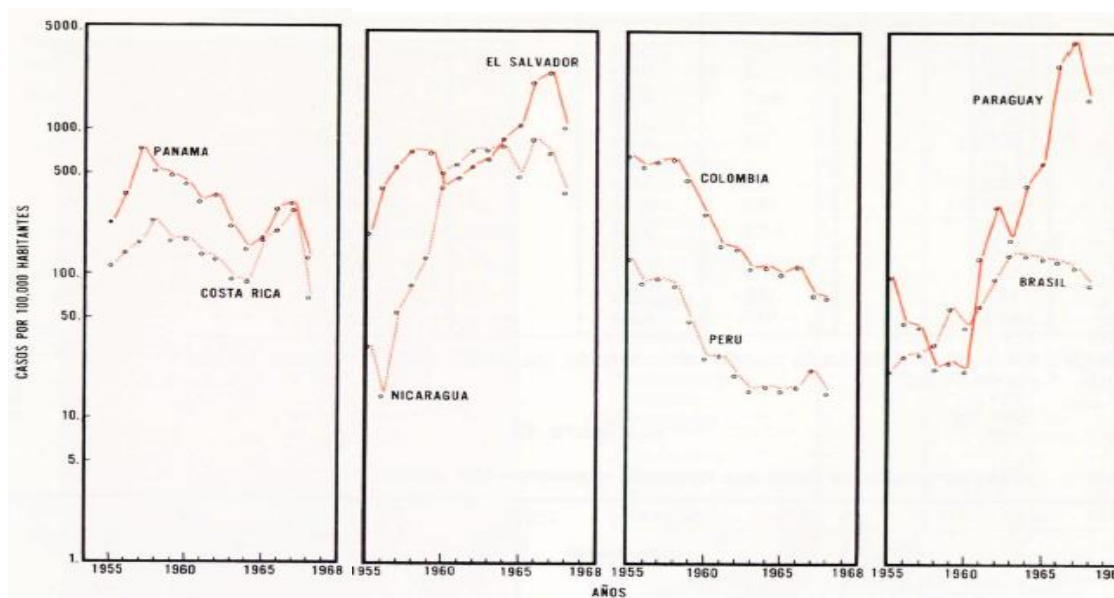
1958	683	--	--	--
1959	530	21	30,052	1.8
1960	441	--	--	--
1961	419	--	--	--
1962	335	--	--	--
1964	291	10	29,496	1.0
1969	186	5	33,632	0.6

Fuente: MSPAS, *Memoria de labores 1969* (San Salvador MSPAS, 1970) y Herberth Stanley Morales Herrera, "Historia Local de Jayaque (1880-1980)", (Tesis, Universidad de El Salvador, 2013), 124.

La tabla muestra como en 1949 la malaria ocasionó la muerte 2,247 personas; es decir, el 8% del total de muertes registradas para ese año; mientras que en 1969, la tendencia se había reducido considerablemente a solo 186 muertes, equivalente al 0.6% de la mortalidad total de ese año. A pesar de ello, de 1955 a 1968, El Salvador era el segundo país de las Américas con mayor índice de morbilidad por paludismo después de Paraguay con 35, 831 casos, incidencia que disminuyó en 1969 con la detección de 25, 299 casos.

IMAGEN II

CASOS NOTIFICADOS DE MALARIA POR 100,000 HABITANTES EN LATINOAMÉRICA DE 1955 A 1968



Fuente: OPS, "Las condiciones de salud en las Américas 1965-1968", consultado el 21 de octubre, 2015, <http://www2.paho.org/saludenlasame>

ricas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1965-1968.pdf

A pesar de ello, a nivel latinoamericano presentaba la tasa más elevada de casos en 1972 con 1,019.5 enfermos por cada 100,000 habitantes, seguido por Honduras, Nicaragua y Haití¹¹⁹. La superficie malárica vuelve a aumentar a partir de 1974 llegando en 1975 a afectar el 85% del territorio nacional, mientras que el MSPAS para esa fecha solo brindaba cobertura de servicios de salud al 32% de esa área, equivalente a 207,401 habitantes.

Asimismo, la morbilidad causada por el paludismo de 1970 a 1980 expresó efectos epidémicos muy altos dejando mala salud y anemia como secuelas en las personas sobrevivientes, en donde la mayoría eran hombres jóvenes en edad laboral.

TABLA XIX

CASOS DE PALUDISMO EN EL SALVADOR DE 1970 A 1980.

Año	Casos publicados por el MSPAS en sus memorias	Casos notificados por el MSPAS a la OPS	Porcentaje de la morbilidad causada por ET	Tasa
1970	45, 436	45, 436	---	---
1971	46, 858	46, 858	---	---
1972	---	38, 335	---	---
1973	---	35, 095	---	---
1974	---	66, 691	---	---
1975	---	83, 100	18.2	2,032
1976	---	83, 289	---	---
1977	---	32, 243	6.8	---
1978	---	52, 521	---	---
1979	80, 693	75, 657	---	---
1980	95, 835	95, 835	---	---

Fuente: MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1969-1970* (San Salvador: MSPAS, 1970); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 70-71* (San Salvador: MSPAS, 1971); MSPAS, *Memoria 1979-1980* (San Salvador: MSPAS, 1980); MSPAS, *Memoria 1980-1981* (San Salvador: MSPAS, 1981); OPS,

¹¹⁹ OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1969-1972", consultado el 16 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1969-1972.pdf>.

“Las condiciones de Salud en las Américas 1969-1972”, consultado el 16 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1969-1972.pdf>; OPS, “Las condiciones de Salud en las Américas 1973-1976”, consultado el 17 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1973-1976.pdf>; OPS, “Las condiciones de Salud en las Américas 1977-1980”, consultado el 17 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1977-1980.pdf>

En 1976 el 35% de las muertes era causado por enfermedades transmisibles, porcentaje en donde el paludismo ya no representaba una amenaza. Mientras que en 1979-1980, la malaria y el dengue ocupaban el tercer lugar del total de consultas con el 9.9% y un total de 66,042 atenciones; asimismo, representaba el séptimo lugar de egresos hospitalarios con 2,833 egresos, ocasionando 49 muertes al año y una morbilidad de 80, 693 casos con una tasa de 1,734.1 de enfermos por cada 100,000 habitantes.

Es de notar en la tabla anterior la diferencia entre los casos publicados por el MSPAS en sus memorias de labores y los casos notificados por la OPS/OMS, si observamos en el año de 1979 el MSPAS publicó la existencia de 80,603 casos, pero notificó la presencia de 75,657 casos, este eventualidad se presenta muchas veces al comparar las cifras presentadas por ambas fuentes, siempre el MSPAS notificaba menor o mayor cantidad de casos de los que realmente registraba, aunque se desconoce el porqué de dicho incidente.

La siguiente tabla muestra cómo en los primeros años de la década de los 80 la enfermedad volvió a manifestar su carácter epidémico y endémico; sin embargo, a partir de 1986, la morbilidad producida por dicha enfermedad empieza a descender.

TABLA XX
CASOS DE PALUDISMO EN EL SALVADOR DE 1981 A 1990

Año	Casos publicados por el MSPAS en sus memorias	Casos notificados por el MSPAS a la OPS	Tasa
1981	90,105	93,187	----

1982	82,202	86,202	1,689.9
1983	65,407	65,407	1,250.8
1984	----	66,874	----
1985	43,474	44,473	921.8
1986	24,239	----	504.4
1987	12,761	----	258.6
1988	10,691	9,095	215.5
1989	11,572	----	----
1990	9,860	9,299	----

Fuente: MSPAS, *Memoria 83-84* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1984); MSPAS, *Memoria 89-90* (San Salvador: MSPAS, 1990); OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1981-1984, vol. 1", consultado el 18 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1981-1984-vol1.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1981-1984, vol. 2", consultado el 19 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1981-1984-vol2.pdf> y OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 2", consultado el 23 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1989-1992-vol2.pdf>

En 1983 se expresaba una reducción del 20% de casos de paludismo con respecto a 1981, descenso que fue atribuido al "cambio de política en la forma de ataque de la malaria iniciado en 1980"¹²⁰. En 1987 el paludismo paso de segunda a cuarta causa de enfermedad transmisible de notificación obligatoria y dos años después a octava causa¹²¹.

Un análisis realizado en 1989 sobre los efectos de la malaria en los últimos 25 años concluía que esta enfermedad había disminuido considerablemente su incidencia de los casos por el virus vivax, mientras que casi se había logrado la erradicación de los casos producidos por el falciparium, el más peligroso de los parásitos que causan la muerte¹²².

Las medidas fueron muy positivas debido a que El Salvador en 1989 solo representaba el 7% del total de casos de paludismo encontrados en Centro América en comparación

¹²⁰ MSPAS, *Memoria 83-84* (San Salvador: MSPAS, 1984).

¹²¹ MSPAS, *Memoria 89-90* (San Salvador: MSPAS, 1990).

¹²² *Ibíd.*, 48.

con 1980 en donde aproximadamente representaba el 40% del total de casos¹²³. Durante la década de los noventa se alcanza a controlar la enfermedad debido a que se muestran tasas más bajas de morbilidad que conllevó a que la malaria ya no fuera considerada entre las 10 primeras causas de enfermedades transmisibles.

TABLA XXI

CASOS DE PALUDISMO EN EL SALVADOR DE 1991 A 2000.

Año	Casos publicados por el MSPAS en sus memorias	Casos notificados por el MSPAS a la OPS
1991	6.169	5.933
1992	4.496	4.539
1993	1.420	----
1994	2.803	----
1995	3.364	----
1996	5.888	----
1997	2.719	----
1998	1.182	----
1999	1.230	----
2000	753	670

Fuente: MSPAS, *Memoria 1988-1989* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1989) y Organización Panamericana de la Salud, "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 1", consultado el 23 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1989-1992-vol1.pdf>

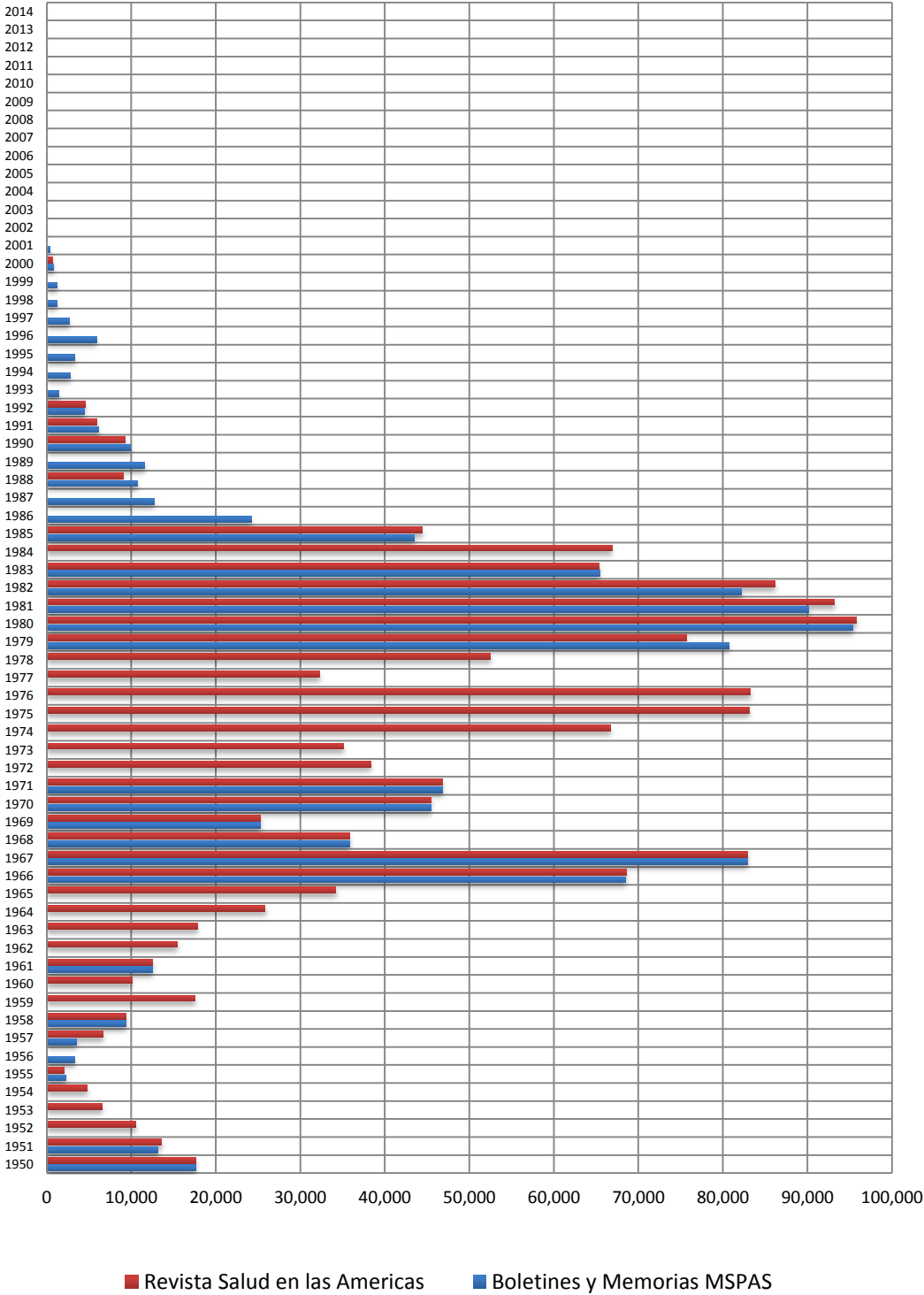
El siguiente grafico expresa la evolución de los casos registrados y notificados de malaria desde 1950 hasta el año 2014.

GRÁFICA VII

CASOS REGISTRADOS DE MALARIA O PALUDISMO EN EL SALVADOR DE 1950 A 2014

¹²³ *Ibíd.*, 40.

Casos de malaria en El Salvador de 1950 a 2014



Fuente: Elaboración propia en base DGS, *Sanidad en El Salvador*, año III, 1 (enero-abril de 1952); MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por MSPAS del 14 de septiembre de 1952 al 14 de septiembre de 1953* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1953); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1963-1964* (San Salvador: MSPAS, 1964); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1965-1966* (San Salvador: MSPAS, 1966); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1969-1970* (San Salvador: MSPAS, 1970); MSPAS, *Memoria, 1973-1974* (San Salvador: MSPAS, 1974); MSPAS, *Memoria 1979-1980* (San Salvador: MSPAS, 1980); MSPAS, *Memoria 1988-1989* (San Salvador: MSPAS, 1989); MSPAS, *Memoria de labores 1996-1997* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1997); OPS, "Resumen de los Informes cuatrienales sobre las condiciones de Salud en las Américas 1957-1960" consultado el 10 de septiembre, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/resumen-informes-cuatrienales-1957-1960.pdf>

A pesar de que esta enfermedad a partir de la década de los noventa ya no era considerada como una de las diez enfermedades transmisibles, siguió causando más de mil casos por año hasta llegar a 753 personas que en el año 2000. A partir del año 2001 su recurrencia fue mucho menor, como se puede apreciar en la tabla XXII.

TABLA XXII

CASOS DE PALUDISMO EN EL SALVADOR DE 2001 A 2014

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nº de casos	362	117	85	112	67	49	40	33	20	24	15	18	11	9

Fuente: MSPAS, "Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas", consultado el 19 de diciembre, 2015, http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_control_enfermedades_infecciosas_desatendidas.pdf

En el año 2014 se registraron solo 9 casos en donde se comprobó que los pacientes enfermaron de paludismo. A pesar de ello, hasta no lograr erradicar la enfermedad y mantener programas de prevención, existe la posibilidad de que vuelva expresar la enfermedad sus efectos epidémicos nuevamente en nuestro país. Actualmente la enfermedad continúa registrándose en la zona occidental de nuestro país específicamente en el departamento de Sonsonate, afectando principalmente a la población mayor de 15

años de edad, área considerada como zona malárica, que asimismo posee dengue y chikungunya.

2.2.1.2. DE EPIDEMIA A ENDEMIA: EL DENGUE EN EL SALVADOR 1977-2014.

Un comienzo repentino de fiebre y escalofríos, intenso dolor de las articulaciones, los músculos, la cabeza y los ojos, descontrolados gastrointestinales, sensación de náuseas y vómitos y erupciones en la piel, son síntomas sentidos por más de 95,000 personas que han padecido el dengue clásico desde el último cuarto del siglo XX hasta el año 2012, dato sumamente alarmante y sin contar las muertes relacionadas con este padecimiento.

El dengue es una enfermedad vírica transmitida por el mosquito *Aedes Aegypti*, zancudo que a finales del siglo XIX era el transmisor de la fiebre amarilla y que en el presente también es el transmisor de la fiebre chikungunya y del zika. Sin embargo, cómo llegó a nuestro país esta enfermedad.

En 1977 se originó una pandemia de dengue serotipo 1 que rápidamente se propagó desde Jamaica a toda la región de las Américas, llegando a nuestro país en 1978 ocasionando 16,869 casos, morbilidad que aumentó en 1979 y que logró disminuir en 1980¹²⁴.

IMAGEN III

CASOS DE DENGUE EN PAÍSES SELECCIONADOS ENTRE 1977 A 1981

¹²⁴ Antes de 1977 existían los serotipo 2 y 3 de dengue en las Américas, aunque no había llegado la enfermedad a El Salvador. Cfr. Organización Panamericana de la Salud, "Las condiciones de Salud en las Américas 1977-1980", consultado el 17 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1977-1980.pdf>

Pafs	1977	1978	1979	1980	1981
Colombia	...	15 945	12 134	9 894	...
Cuba	477 440	75 694	1 497 (a)	169 (a)	344 203
El Salvador	...	16 869	23 146	1 651	5 170
Honduras	-	1 953	1 753	1 099	1 612
Jamaica	11 900	4	25	9	49
Trinidad y Tabago	8	343	38	-	15(4i)

OPS/OMS, "Las condiciones de salud en las Américas 1977-1980", consultado el 10 de noviembre, 2015, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1977-1980.pdf>

Se ha mencionado en capítulos anteriores los intentos realizados por las autoridades de salud en 1949 y en 1968 por eliminar el *Aedes Aegypti*, mosquito portador del virus de la fiebre amarilla a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, pero además posible portador de otros virus; sin embargo, a este factor no se le dio la importancia necesaria, por lo que para 1977 en nuestro país existía una extensa población de *Aedes Aegypti* listo para ser portadora nuevamente de otro virus, el dengue. Factor que permitió el repliegue de la enfermedad de forma más rápida.

A pesar ello, en 1981 una epidemia de dengue hemorrágico, serotipo 4 se extendió por la región, misma que agudizó la situación del dengue en nuestro país, para ese año se registraron más de 5,000 casos y al año siguiente 5,095 personas enfermaron de dengue. En 1983 los casos empezaron a disminuir, llegando a 560 casos en 1985, manteniéndose variaciones en la morbilidad hasta el año 2000; fecha a partir de la cual, los casos empezaron a subir desde los 3,238 casos hasta llegar en el año 2010 a los 8,979 casos y en el año 2012 los 12,868 casos.

TABLA XXIII

CASOS DE DENGUE EN EL SALVADOR DE 2000 A 2012

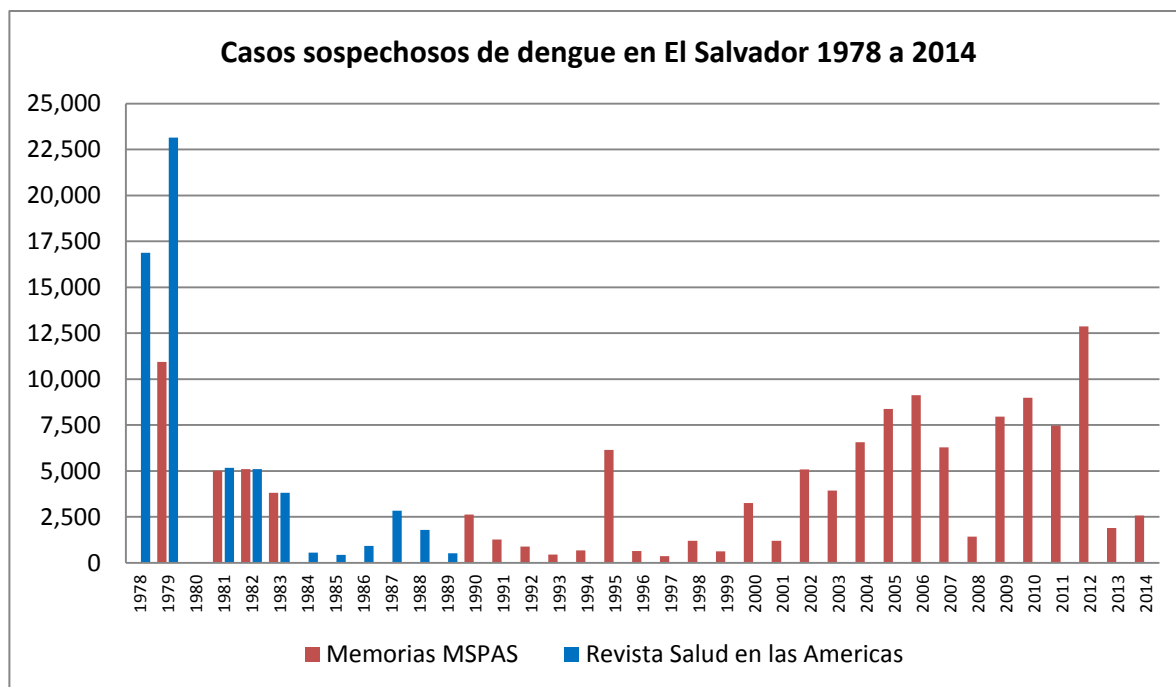
Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Casos	3,248	1,190	5,087	3,933	6,567	8,383	9,119	6,286	1,431	7,965	8,979	7,469	12,868

Fuente: MSPAS, "Situación de Dengue en El Salvador", consultado el 20 de marzo, 2015, http://asp.salud.gob.sv/vigi_epide2002/dengue2002.pdf

Como podemos observar con la llegada de una epidemia de dengue serotipo 3 de carácter hemorrágico a El Salvador en el año 2000 generó que la cantidad de casos por dengue y sus secuelas fueran mayores debido a que "En algunos casos, en particular en El Salvador, la introducción de un nuevo serotipo del dengue significó que muchas personas susceptibles podían padecer la enfermedad"¹²⁵.

GRÁFICA VIII

CASOS REGISTRADOS DE DENGUE EN EL SALVADOR DE 1978 A 2014



Fuente: MSPAS, *Memoria 1977-78* (San Salvador: MSPAS, 1978); MSPAS, *Memoria 1979-1980* (San Salvador: MSPAS, 1980); MSPAS, *Memoria 1980-1981* (San Salvador: MSPAS, 1981); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1981-1982* (San Salvador: MSPAS, 1982); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1982-1983* (San Salvador: MSPAS, 1983); MSPAS, *Memoria 86-87*

¹²⁵ OPS/OMS, "La Salud en las Américas 2002: Volumen I", consultado el 01 de enero, 2016, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16931&Itemid

(San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1987); MSPAS, *Memoria 87-88: Código de salud, instrumento legal que permitirá el cambio de la salud de los habitantes de El Salvador* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1988); MSPAS, *Memoria 89-90* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1990); MSPAS, *Memoria 91-92: La salud en el hombre contribuye a la paz* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1992) y MINSAL, *Informe de labores 2014-2015* (San Salvador, MINSAL; 2015).

La epidemia de dengue generada ese año dejó como saldo la muerte de 41 niños entre junio y septiembre de ese año. La enfermedad se intensificó, en los años 2002, 2004-2007, 2009-2012 manifestando un alza significativa de casos de dengue, endemia que aún continúa en la actualidad.

A partir del año 2012, el dengue ha continuado como un problema de salud que a pesar de la significativa reducción de casos en el año 2013 con un leve aumento en 2014, debido a que el número de enfermos se intensificó a partir del mes de julio de ese año. Actualmente nuestro país experimenta nuevamente los efectos epidémicos de esta enfermedad, en 2014 el MINSAL registro un acumulado de 52,176 casos sospechosos y en 2015 se identificaron 47,123 casos sospechosos hasta noviembre de ese año¹²⁶. Así, el dengue reforzada por la chikungunya y el sika, son algunas de las enfermedades de transmisión vectorial que el Ministerio de Salud no ha podido controlar.

Enfermedades que han ocasionado un aumento en el gasto de salud de miles de familias, así como el aumento en el gasto de los recursos de la cartera de salud, específicamente en medicamentos, personal e insumos. Pese a ello, si no se toman las medidas adecuadas para controlar y erradicar la triple epidemia que nuestro país vive, estas pueden llegar a sobrepasar la capacidad en el primer nivel de atención de todo el Sistema Nacional de Salud.

¹²⁶ Ministerio de Salud, "Boletín Epidemiológico de la semana 47, del 22 al 28 de noviembre", consultado el 06 de enero, 2016, https://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2015/boletines_epidemilogicos2015/Boletin_epidemiologico_SE472015.pdf

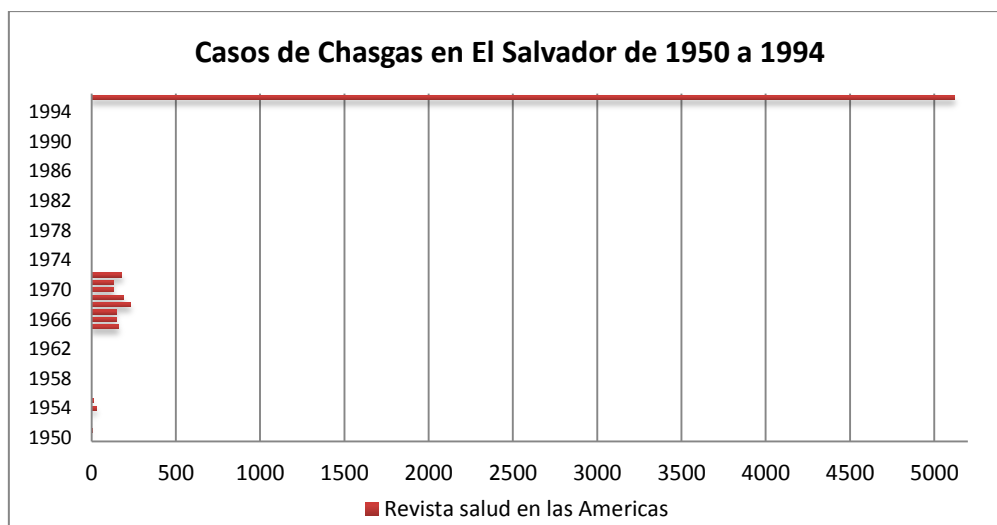
2.2.1.3. EL CHAGAS

El chagas, una enfermedad transmitida por la chinche, vector que transfiere el tripanosoma cruzi, parasito que produce el mal de chagas; la cual, se extendió en la mayoría de zonas rurales que poseen las condiciones ecológicas para el contacto entre el vector y las personas desde México hasta el sector de Argentina septentrional desde la segunda década del siglo XX.

La enfermedad posee dos tipos de fases, la primera es más frecuente en los niños y dura de uno a tres meses con síntomas como fiebre variable, malestar en general, reacción inflamatoria entre otros; sin embargo, hay muchos casos que no experimentan esta fase, luego transcurre un periodo asintomático de 10 a 15 años después de la infección, en donde inicia la fase crónica caracterizada por el desarrollo lento de una afección cardíaca.

GRÁFICA IX

CASOS REGISTRADOS DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN EL SALVADOR DE 1950 A 1994



Fuente: OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1965-1968", consultado el 15 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1965-1968.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1969-1972", consultado el 16 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud->

americas-19691972.pdf; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1993-1996, vol. 1", consultado el 25 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americanas-1993-1996-vol1.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1993-1996, vol. 2", consultado el 25 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americanas-1993-1996-vol2.pdf>

En nuestro país, los primeros casos de esta enfermedad se identificaron en 1951, aumentando a 27 casos en 1954 y a 5,621 personas enfermas en 1996. A partir de esa fecha los casos han descendido; no obstante, no se han encontrado registros detallados del crecimiento de la morbilidad por esta enfermedad, pero se conoce que el 5% del total de la población expuesta al contacto con el vector, puede contagiarse y que las personas que habitan en las zonas rurales son las más expuestas.

2.2.2. LAS INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL Y EL VIH/SIDA.

A partir de 1950, el registro de la morbilidad producida por enfermedades como la sífilis, la infección gonocócica del aparato genitourinario, el chancro blanco y la gonorrea fue evidente. Se desconoce el origen histórico de dichas enfermedades en nuestro país, afirmación que requiere de una investigación más exhaustiva. A pesar de ello, conocemos que desde la época colonial las enfermedades de transmisión sexual ya existían en la provincia de San Salvador y que a partir de 1884 dichas enfermedades ya eran consideradas una amenaza para la salud de la población salvadoreña, mismas que dejaron de ser denominadas como enfermedades venéreas en 1987¹²⁷.

Fue en ese año, que estas enfermedades se renombraron como Enfermedades de Transmisión Sexual y más recientemente como Infecciones de Transmisión Sexual. Mientras, el VIH/Sida es una enfermedad más reciente en nuestro país, debido a que los primeros casos fueron identificados a partir de 1984. Pero, ¿Cuáles han sido las consecuencias que las ITS y el VIH-SIDA han ocasionado en la población salvadoreña?

¹²⁷ MSPAS, *Memoria 87-88* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1988).

Los efectos ocasionados por dichas enfermedades son los que se analizarán a continuación.

2.2.2.1.LA SIFILIS.

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria que genera úlceras indoloras en la parte afectada, pero que en su fase avanzada puede llegar a afectar el cerebro, el sistema nervioso, el corazón, la piel y los huesos; no obstante, si la persona no recibe tratamiento la muerte es inevitable. A lo largo del siglo XIX y XX la sífilis ha sido la enfermedad de transmisión sexual que ha causado la más alta morbilidad y mortalidad en nuestro país. Asimismo, a partir de la segunda mitad del siglo XX, ha sido en muchas ocasiones una de las 10 causas de enfermedades transmisibles con mayor incidencia en la población salvadoreña.

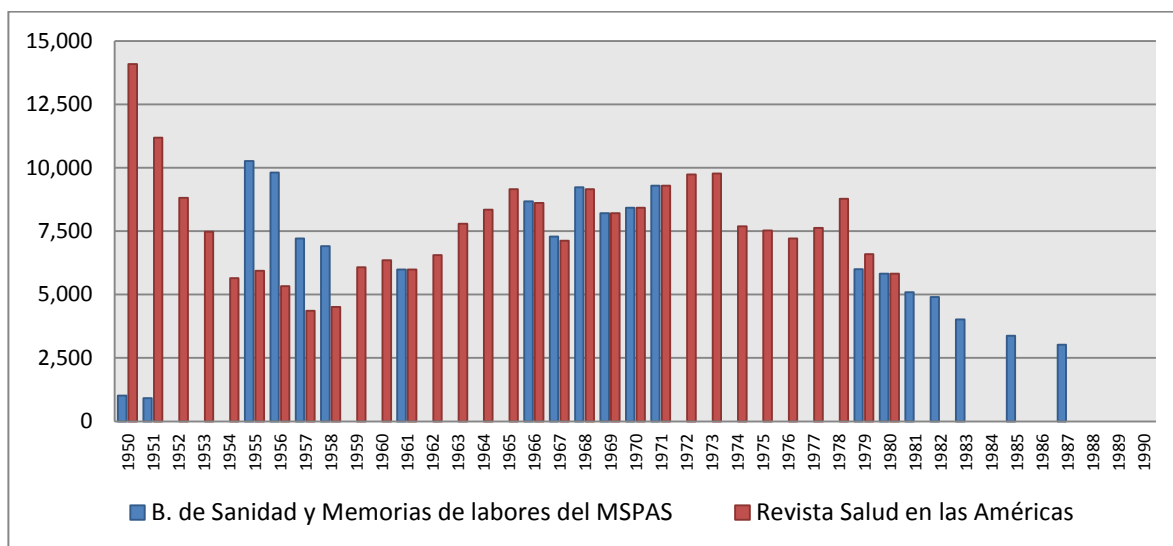
La Dirección General de Sanidad en 1950 registró 1,023 casos y en 1951 solo 911 casos de sífilis; sin embargo, para las fechas antes mencionadas se notificaron 14,088 casos en 1950 y 11,186 en 1951 a la Oficina Sanitaria Panamericana, magnitud en el número de enfermos que fue disminuyendo hasta 1954, año en el que se identificaron 5,641 personas enfermas de sífilis. A partir de esa fecha los casos de sífilis registrados iban en aumento hasta llegar a los 9,159 casos en 1965¹²⁸.

La morbilidad causada por esta enfermedad representada en el siguiente grafico muestra que en 1966 fue de 9,124 casos. No obstante, de 1967 a 1971 los casos registrados a causa de esta enfermedad aumentaron. Mientras que en 1973 se registraron 8, 209 casos de sífilis¹²⁹. En 1974 enfermaron 7, 694 personas a causa de esta enfermedad, que en 1975 casi se mantuvieron los mismos casos con 7,527 personas que habían enfermado de sífilis con una tasa de 184 enfermos por cada 100,000 habitantes.

¹²⁸ Oficina Sanitaria Panamericana. *Casos de notificación obligatoria en las Américas 1946-1955* (Washington: OPS, 1958), 8.

¹²⁹ MSPAS, *Memoria, 1973-1974* (San Salvador: MSPAS, 1974).

GRÁFICA X
CASOS DE SÍFILIS REGISTRADOS EN EL SALVADOR DE 1950 A 1990



Fuente: Elaborado con base a DGS, *Sanidad en El Salvador*, año III, 1 (enero-abril de 1952); Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por MSPAS del 14 de septiembre de 1952 al 14 de septiembre de 1953* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1953); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1963-1964* (San Salvador: MSPAS, 1964); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1965-1966* (San Salvador: MSPAS); MSPAS, *Memoria, 1973-1974* (San Salvador: MSPAS, 1974); OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1965-1968", consultado el 15 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1965-1968.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1969-1972", consultado el 16 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1969-1972>.

Sin embargo, en 1979 el MSPAS registró la existencia de 6,003 casos de sífilis, que representaban una tasa de 133.8 enfermos por cada 100,000 habitantes; lo cual, la convertía en la sexta causa de enfermedades transmisibles de notificación obligatoria. Un año más tarde fueron notificados 5,821 casos convirtiéndose en la quinta causa de

enfermedades transmisibles, mientras que en 1981 paso a ser la novena causa con 5,092 casos y una tasa de 103.0 enfermos por cada 100,000 habitantes¹³⁰.

En 1982, la sífilis mostro un descenso en la morbilidad presentada con el registro de 4,751 casos, y una tasa de 93.1, aunque representaba la octava causa de enfermedades transmisibles. Aparentemente para esta fecha los casos iban en descenso pero hay muchos factores que están influyendo en ello, la falta de medicación y la falta de notificación¹³¹.

Para 1985 el MSPAS registraba 3,777 casos de sífilis con una tasa de 80.1, mientras que en 1987 se convirtió en la décima causa enfermedad transmisibles de notificación obligatoria con 3,018 casos y una tasa de 61.2 enfermos por cada 100,000 habitantes. A partir de esa fecha se desconocen la tendencia que ha manifestado esta enfermedad en cuando a la morbilidad causada, debido a que ya no se encontró entre las diez primeras causas de enfermedades transmisibles, a pesar de ello, su incidencia continua.

2.2.2.2. LA INFECCION GONOCOCICA.

La infección gonocócica es una enfermedad bacteriana transmitida en su mayoría de veces por contacto sexual; la cual, es caracterizada por una secreción purulenta en el órgano genital del hombre y cervical en la mujer; no obstante, dentro de las personas contagiadas existen portadores asintomáticos que en su mayoría de veces son mujeres. En 1950 el MSPAS identificó 4,970 personas con infección gonocócica, tendencia de personas enfermas que disminuyó en 1955 a 3,787 personas, llegando en 1958 a 2,544 personas enfermas y que para 1961 ascendieron a 3,004 casos, cifra que ascendió en 1966 a 3,415 habitantes que padecieron dicho mal.

¹³⁰ MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1981-1982* (San Salvador: MSPAS, 1982).

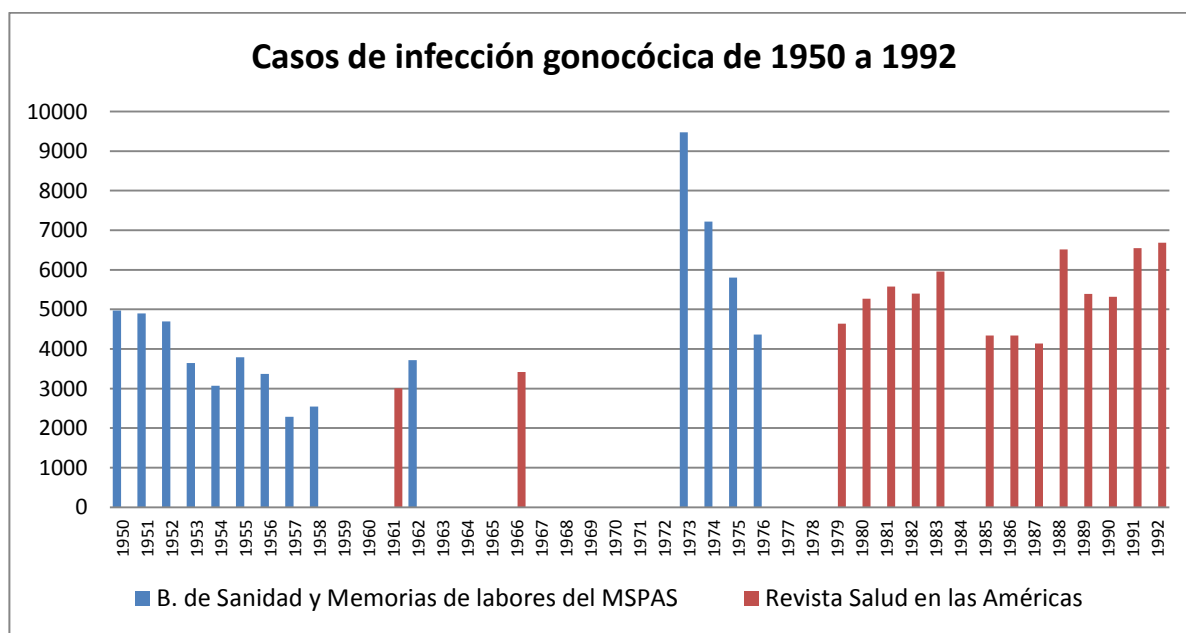
¹³¹ MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1982-1983* (San Salvador: MSPAS, 1983).

En 1973 la infección gonocócica fue la octava causa de enfermedades transmisibles ocasionando que 7, 215 sufrieran dicho padecimiento¹³², mostrando una disminución en 1986 con 4,340 casos registrados que representaban una tasa de 90.3 enfermos por cada 100,000 habitantes¹³³. Sin embargo, en 1987 se registró un aumento en la morbilidad producida por esta enfermedad con 6,512 casos y una tasa de 129.4 enfermos por cada 100,000 personas¹³⁴.

En 1989 se registró un descenso con 5,391 casos y una tasa de 102.3 enfermos por cada 100,000 habitantes. Mientras que en 1991, fue la séptima causa de notificación obligatoria por enfermedades transmisibles con un total de 6,544 casos registrados con una tasa de 121.7 enfermos por cada 100,000 habitantes.

GRÁFICA XI

CASOS REGISTRADOS DE INFECCIÓN GONOCÓCICA EN EL SALVADOR DE 1950 A 1992



¹³² MSPAS, *Memoria de actividades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1974-1975* (San Salvador: MSPAS, 1975).

¹³³ MSPAS, *Memoria 1986-1987* (San Salvador: MSPAS, 1987).

¹³⁴ MSPAS, *Memoria 1988-1989* (San Salvador: MSPAS, 1989).

Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1952 al 14 de septiembre de 1953* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1953); MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1953 al 14 de septiembre de 1954* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1954); MSPAS, *Memoria, 1972-1973* (San Salvador: MSPAS, 1973); MSPAS, *Memoria 1975-1976* (San Salvador: MSPAS, 1976) y OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 1", consultado el 23 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1989-1992-vol1.pdf>

En 1992 manifestó una mayor incidencia con 6,688 casos; sin embargo, a partir de esta fecha ya no se consideró como una de las 10 primeras causas de Enfermedades Transmisibles de notificación obligatoria. No obstante, esta enfermedad ha continuado haciendo sentir sus efectos negativos en la población que la padece.

2.2.2.3. EL CHANCROIDE O CHANCRO BLANDO.

El chancro blando es una infección bacteriana transmitida por el contacto sexual caracterizada por úlceras únicas o múltiples dolorosas acompañadas de inflamación dolorosa y supuración de ganglios linfáticos en la parte afectada. Esta enfermedad se encuentra en nuestro país desde el siglo XIX; sin embargo, fue hasta la década de los cuarenta en que se empezó a llevar un recuento de su incidencia en el área de registro cubierta por la Dirección General de Sanidad.

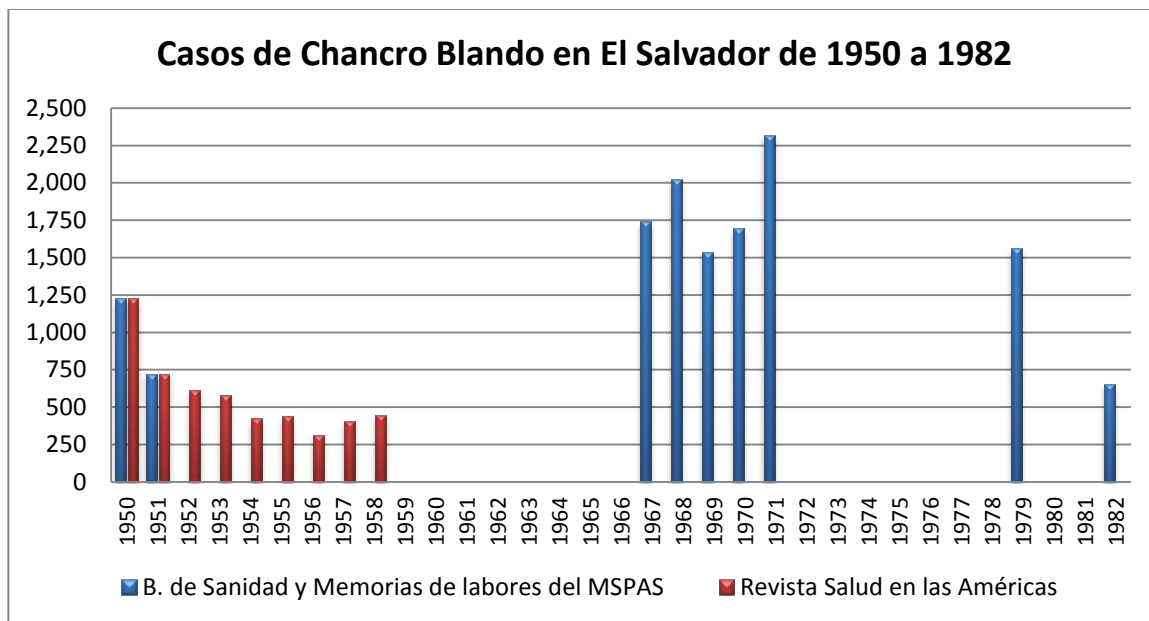
Así en 1950 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social registraba 1,227 casos de cancroide, número que fue disminuyendo hasta 1956, año en que se 313 personas enfermaron debido a esta causa. No obstante, a partir de 1957 la morbilidad empezó a aumentar, llegando en 1967 a los 1,740 casos y en 1971 a 2,320 casos¹³⁵. No obstante, los casos empezaron a descender, según los datos de las últimas dos fechas de registro de esta enfermedad en las fuentes analizadas indica que para 1982, solo 652 personas

¹³⁵ MSPAS, *Memoria, 1972-1973*, (San Salvador: MSPAS, 1973).

padecieron de chancro; no obstante, se desconoce la incidencia de esta enfermedad a partir de esta fecha.

GRÁFICA XII

CASOS REGISTRADOS DE CHANCRÓ BLANDO EN EL SALVADOR DE 1950 A 1982



Fuente: Elaborado con base a DGS, *Sanidad en El Salvador*, año III, 1 (enero-abril de 1952); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1969-1970* (San Salvador: MSPAS, 1970); MSPAS, *Memoria, 1973-1974* (San Salvador: MSPAS, 1974); MSPAS, *Memoria 1977-78* (San Salvador: MSPAS, 1978); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1982-1983* (San Salvador: MSPAS, 1983).

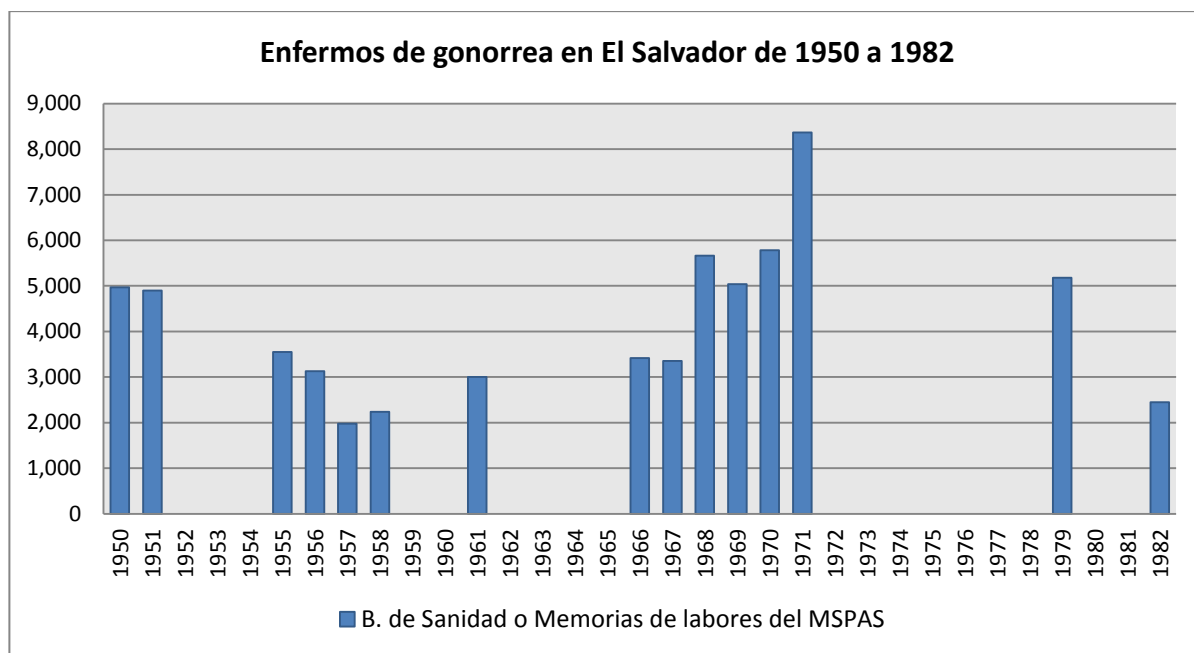
2.2.2.4. LA GONORREA.

La gonorrea es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual que se caracteriza por la inflamación de las vías urinarias y los genitales y que produce un flujo excesivo de secreción genital. Para 1950 esta enfermedad había causado que 4,970 personas enfermaran, cifra que fue disminuyendo hasta 1957, año en el que se registraron 1,979

casos. A pesar de ello, en 1958 los casos empezaron a aumentar hasta 1971, año en que 8,365 habitantes enfermaron de gonorrea¹³⁶.

A partir de esa fecha, los dos únicos registros publicados en las memorias del MSPAS muestran que los casos empezaron a disminuir, en 1979 cuando se registraron 5,180 casos y en 1982, fecha en que la tendencia se redujo a 2,450 habitantes que enfermaron debido a esta causa. No obstante, se desconocen las consecuencias que actualmente esta enfermedad ocasiona en la población salvadoreña.

GRÁFICA XIII
ENFERMOS DE GONORREA EN EL SALVADOR DE 1950 A 1982



Fuente: GDS, *Sanidad en El Salvador*, Año I, 3 (diciembre 1950); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1957-1958* (San Salvador: MSPAS, 1958); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1965-1966* (San Salvador: MSPAS, 1966); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1966-1967* (San Salvador: MSPAS, 1967); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 70-71* (San Salvador: MSPAS, 1971); MSPAS,

¹³⁶ MSPAS, *Memoria, 1972-1973*, (San Salvador: MSPAS, 1973).

Memoria 1979-1980 (San Salvador: MSPAS, 1980) y MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1981-1982* (San Salvador: MSPAS, 1982).

2.2.2.5. EL VIH/SIDA.

El VIH es una infección ocasionada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana; la cual, inicia con una sintomatología leve que dura unas semanas; posterior a ello, la persona infectada puede pasar meses o años sin presentar síntomas, hasta la última fase de esta enfermedad, denominado como es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, etapa grave de la infección definido por la aparición de alguna de más de veinte infecciones o cánceres vinculados con esta enfermedad entre las que tenemos la tuberculosis.

Este padecimiento fue identificado en 1981 en Estados Unidos. No obstante, en 1987 se identificaron 45 casos de VIH en nuestro país, de los cuales murieron 17 personas ese mismo año¹³⁷, dato que se contradice con las cifras presentadas por el Ministerio de Salud para el año 2010, fecha en que consideraba que el primer caso de VIH-Sida se registró en nuestro país fue en 1984, aumentando a 16 casos para 1987, morbilidad que fue ascendiendo hasta 2008 fecha en que se registraron 2,109 casos, mismos que descendieron en 2012 a 1,556 personas enfermas debido a esta causa¹³⁸.

En 1987 una explicación proporcionada por el MSPAS sobre el panorama de nuestro país explicaba que además de la gran cantidad de brotes epidémicos que se experimentaban para ese año "y como si esto fuera poco ya empezamos a compartir, cada vez

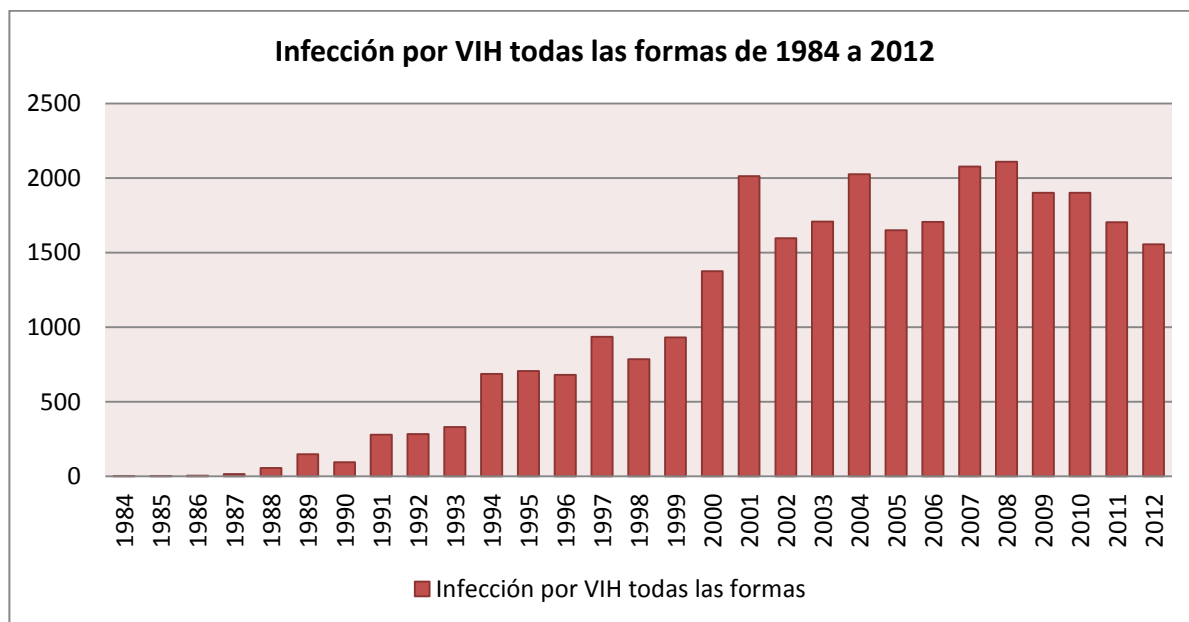
¹³⁷ MSPAS, *Memoria 87-88: Código de salud, instrumento legal que permitirá el cambio de la salud de los habitantes de El Salvador* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1988).

¹³⁸ MINSAL, *Resumen de casos de VIH-Sida notificados en El Salvador 1984-2009* (San Salvador: MINSAL, 2010).

con mayor frecuencia, casos de SIDA en compatriotas que habiendo salido del país en busca de mejores horizontes, regresan a morir a su patria a consecuencia de este terrible flagelo¹³⁹:

GRÁFICA XIV

CASOS REGISTRADOS DE VIH-SIDA DE 1984-2012.



Fuente: MINSAL, *Resumen de casos de VIH-Sida notificados en El Salvador 1984-2009* (San Salvador: MINSAL, 2010).

Desde 1984 a 2010, se registraron 16,268 hombres y 9,724 mujeres que fueron infectados de VIH-Sida, morbilidad de la cual los grupos de edad más afectados son las mujeres y hombres entre los 25 y 49 años. En el año 2013, se registraron 1,554 casos de VIH y en 2014 el Ministerio de Salud reportó que existe un acumulado de 31,980 pacientes con VIH-Sida en el país, con la detección de 3.5 nuevos portadores del virus¹⁴⁰.

¹³⁹ MSPAS, *Memoria 87-88: Código de salud, instrumento legal que permitirá el cambio de la salud de los habitantes de El Salvador* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1988).

¹⁴⁰ "CONASIDA de El Salvador presentó Informe sobre la situación nacional del VIH", consultado el 19 de marzo de 2016, <http://www.mcr-comisca.org/sites/default/files/CONASIDA%20presenta%20Informe%20Nacional%20sobre%20la%20situaci%C3%B3n%20Nacional%20de%20VIH%20.pdf>

Sin embargo, la tendencia de esta enfermedad, a partir del año 2009 empezó a mostrar un descenso, reducción resultante de una nueva estrategia e inversión en el programa de control y prevención de las ITS/VIH-SIDA realizada por el Ministerio de Salud a partir de ese año y que a partir de 2011 se consolidó en el Plan estratégico multisectorial de la respuesta al VIH-Sida e ITS 2011-2015¹⁴¹ y la Estrategia de información, educación y comunicación en el abordaje de las ITS y VIH¹⁴².

2.2.3. LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES A PARTIR DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX.

Las enfermedades gastrointestinales a partir de la década de los cincuenta se han caracterizado por registrarse dentro de las primeras diez causas de morbilidad y mortalidad salvadoreña. La disentería amebiana no especificada, las diarreas, las helmintiasis, el parasitismo intestinal, la enteritis, el cólera entre otras enfermedades son los padecimientos que más daño han causado a la población salvadoreña a lo largo de la historia de las enfermedades transmisibles. A pesar de ello, las autoridades de salud no han tomado las medidas y acciones necesarias para prevenir y erradicar dichas enfermedades.

No obstante, antes de conocer los efectos dañinos que han ocasionado, es necesario conocer cuáles son los factores que han permitido la aparición y reproducción de dichos males. La mayoría de memorias de labores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social exponen que dichas enfermedades se deben en alto grado a la pobreza; es decir, que su origen se encuentra en las precarias condiciones de vida de la población de bajos

¹⁴¹ MINSAL, "Plan estratégico multisectorial de la respuesta al VIH-Sida e ITS 2011-2015", consultado el 20 de marzo de 2016, http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/Plan_Estrategico_Nacional_Multi_sectorial_de_la_Respuesta_al_VIH_SIDA_e_ITS_2011_2015.pdf

¹⁴² MINSAL, "Estrategia de información, educación y comunicación en el abordaje de las ITS y VIH", consultado el 21 de marzo de 2016, http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia_iec_its_vih.pdf

recursos económicos focalizada principalmente en el área rural que durante muchas décadas concentraba a la mayoría de la población salvadoreña.

Los condicionantes sociales que más promovían la reproducción de dichas enfermedades se encontraban ligados a condiciones de saneamiento, en donde factores como: La contaminación de los ríos; la escasez o mala distribución de los sistemas de abastecimiento de agua potable; la falta de sistemas que permitieran el adecuado tratamiento de desechos sólidos; los botaderos de basura a cielo abierto que permitían la proliferación de las moscas y otros vectores; la falta de sistemas que permitan el adecuado tratamiento de excretas; los bajos niveles de letrización; el agravamiento de la miseria que promovía la desnutrición expresada principalmente en niños menores de cinco años y un trasfondo cultural fundamentado en la manipulación no higiénica de los alimentos y el deficiente aseo personal.

No obstante, a pesar de que las enfermedades gastrointestinales eran consideradas por las autoridades de salud como nocivas, causaron gran mortandad a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, afectando principalmente a la población del área rural y a los menores de cinco años de edad. En 1950 estos padecimientos ocasionaron la muerte de 4,936 personas solo en las áreas cubiertas por los servicios de salud del Ministerio de Salud y Asistencia Social los cuales no cubrían ni a la mitad de la población salvadoreña.

TABLA XXIV

MUERTES CAUSADAS POR GASTROENTERITIS DE 1950 A 1962

Años	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Gastroenteritis	4,336	5,145	6,553	5,575	5,468	4,888	3,466	3,848	4,039	2,302	1,659	1,573	1,643

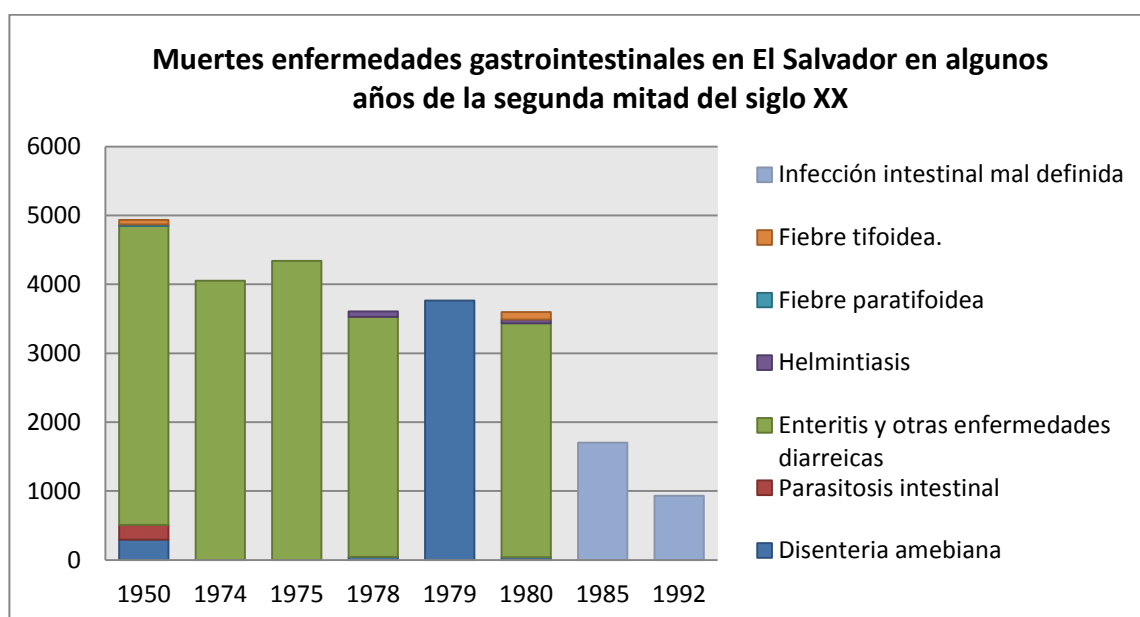
Fuente: Herberth Stanley Morales Herrera, "Historia Local de Jayaque (1880-1980)", (Tesis, Universidad de El Salvador, 2013), 124.

En los sesenta dichas enfermedades aun eran consideradas como primera causa de muerte. En 1971 las enteritis y otras enfermedades diarreicas causaron 4,192 muertes

equivalentes a 14.6% del total de muertes de ese año; en 1974 estas enfermedades ocasionaron el fallecimiento de 4,053 personas, 13.3% del total de mortalidad. Un año después causaron la muerte de 4,339 habitantes, mientras que en 1978 produjeron la baja de 3,606 vidas. En 1980 la enteritis, la disentería y la fiebre tifoidea causaron la muerte de 3,600 personas, mientras que en 1985 y 1992 la infección intestinal mal definida ocasionó 2,636 muertes.

GRÁFICA XV

MUERTES POR ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES EN EL SALVADOR 1950-1992.



Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria, 1973-1974* (San Salvador: MSPAS, 1974); MSPAS, *Memoria de actividades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1974-1975* (San Salvador: MSPAS, 1975); MSPAS, *Memoria 1977-78* (San Salvador: MSPAS, 1978); MSPAS, *Memoria 1980-1981* (San Salvador: MSPAS, 1981); MSPAS, *Memoria 85-86: Supervivencia infantil* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1986) y MSPAS, *Memoria 91-92: La salud en el hombre contribuye a la paz* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1992).

Es sorprendente como estas enfermedades ocasionaron la muerte de 25,934 personas solo en los años señalados, en el gráfico anterior. La falta de datos sobre los demás años,

no permiten conocer específicamente cuántas vidas han arrebatado las enfermedades gastrointestinales a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y primeros años del siglo XXI; sin embargo, no sería desmedido argumentar que dichas enfermedades han cobrado la vida de más de 100,000 personas en nuestro país en el periodo mencionado, y a pesar de que en 1985 se puede visualizar un descenso en el número de muertes, la incidencia para 1992 continuó muy alta.

Se desconoce la cantidad de muertes producida por estas enfermedades a partir de esta fecha, más sin embargo se ha logrado construir la secuencia de morbilidad debido a sus efectos negativos. En la actualidad estas enfermedades continúan ocasionando muerte y enfermedad, afectando principalmente a los niños, como se puede apreciar en la siguiente tabla sobre las noticias de los años 2010-2012 que revelan que esta enfermedad aunque parezca simple e irrelevante continúa siendo un problema de salud en el país.

TABLA XXV
NOTICIAS RELATIVAS A LAS DIARREAS EN EL SALVADOR 2010-2012

Nº	TITULO	FECHA	PERIODICO
1	Reportan seis muertes y seis ingresados por diarrea	4 de marzo de 2010	El Mundo
2	Las diarreas se suman al dengue en el H Bloom	4 de marzo de 2010	La Prensa Grafica
3	Salud teme por un repunte de diarrea	5 de marzo de 2010	La Prensa Grafica
4	Alza en casos de diarrea	7 de marzo de 2010	Más!
5	Investigan muertes de niños por diarrea	11 de marzo de 2010	El Mundo
6	Fallecen tres niños por diarrea en el Bloom	16 de marzo de 2010	La Prensa Grafica
7	Aumentan muertes por la diarrea	17 de marzo de 2010	Más!
8	Epidemias de dengue, diarrea y gripe AH1N1 afectan el país.	17 de marzo de 2010	El Mundo
9	Multas para frenar dengue, mientras que diarrea ya causó 17 muertes.	17 de marzo de 2010	El Diario de Hoy
10	Sin cupo por culpa de diarrea	18 de marzo de 2010	El Diario de Hoy
11	Menores de dos años víctimas de diarrea	18 de marzo de 2010	Más!
12	Tres niños en UCI del Bloom por diarrea	18 de marzo de 2010	La Prensa Grafica
13	Comics: Diarrea, gripe, dengue y delincuencia	18 de marzo de 2010	El Diario de Hoy
14	Suben diarreas	22 de marzo de 2010	Más!
15	OPS: Preocupan muertes por diarrea.	24 de marzo de 2010	El Diario de Hoy
16	Más niños víctimas de las neumonías, diarreas y dengue	25 de marzo de 2010	El Mundo
17	Suman 21 las muertes por diarrea este año	27 de marzo de 2010	El Diario de Hoy
18	Cuatro muertes más por diarrea	27 de marzo de 2010	El Mundo
19	Abatidos con el dengue y las diarreas	27 de marzo de 2010	El Diario de Hoy
20	Bajan casos de diarrea a nivel nacional	7 de abril de 2010	El Mundo
21	Cinco niños en estado crítico por diarrea	8 de abril de 2010	Más!
22	Cuatro muertes más por diarrea	29 de abril de 2010	El Diario de Hoy
23	Aumentan muertes por diarrea	29 de abril de 2010	Mas

24	Bloom reporta 22 muertes de niños debido a la diarrea	6 de mayo de 2010	El Mundo
25	Dengue y diarreas en alza en oriente	11 de mayo de 2010	Mas
26	Dos muertes más por diarrea y rota virus	12 de mayo de 2010	El Mundo
27	No deje pasar la diarrea	9 de junio de 2010	El Mundo
28	Salud registra 44 muertos por diarrea	9 de junio de 2010	El Diario de Hoy
29	Consultas de feriado: Neumonía y diarrea las más comunes	6 de agosto de 2010	El Diario de Hoy
30	Buzos con las diarreas	16 de agosto de 2010	Más!
31	Muertos por diarrea van en aumento	28 de agosto de 2010	Más!
32	Suben las muertes por diarrea; el dengue a la baja	1 de septiembre de 2010	El Mundo
33	La diarrea es causa de muerte	18 de octubre de 2010	Más!
34	Piden inmunizar a niños: Salud reporta incremento de atenciones por diarrea	5 de enero de 2011	El Diario de Hoy
35	Notable aumento de casos de diarrea	11 de enero de 2011	La Prensa Grafica
36	Se mantiene alza de diarreas en el país	19 de enero de 2011	La Prensa Grafica
37	Diarrea no da aguas a los más pequeños	24 de enero de 2011	Más!
38	Preocupa pero no alarma, alza de diarreas	25 de enero de 2011	La Prensa Grafica
39	A la semana, atienden a 4,00: En alerta por alza en consultas por diarrea	26 de enero de 2011	El Diario de Hoy
40	Salud advierte por aumento de diarreas	26 de enero de 2011	La Prensa Grafica
41	Confirman que diarreas se han duplicado en San Miguel	28 de enero de 2011	La Prensa Grafica
42	Reportan la primera muerte por diarrea	1 de febrero de 2011	Más!
43	Primer muerte por la diarrea	1 de febrero de 2011	La Prensa Grafica
44	Sin fecha de inicio campaña para prevenir las diarreas	2 de febrero de 2011	La Prensa Grafica
45	Sigue el incremento en consultas por diarrea	9 de febrero de 2011	La Prensa Grafica
46	Diarreas en IRAS se duplican en hospital nacional	11 de febrero de 2011	La Prensa Grafica
47	MINSAL confirma segunda muerte a causa de la diarrea	12 de febrero de 2011	La Prensa Grafica
48	Aumentan diarreas	15 de febrero de 2011	Más!
49	País ya suma cuatro muertes por diarrea	18 de febrero de 2011	La Prensa Grafica
50	Salud: Registran 5 muertes por diarrea	5 de marzo de 2011	El Diario de Hoy
51	Alzas de diarrea suman quinta muerte	5 de marzo de 2011	La Prensa Grafica
52	Salud ya registra ocho muertes por las diarreas	19 de marzo de 2011	La Prensa Grafica
53	Diarreas se incrementan en Usulután	7 de abril de 2011	La Prensa Grafica
54	Disminuyen las diarreas e infecciones respiratorias	13 de abril de 2011	La Prensa Grafica
55	Subieron gripes y diarreas	13 de abril de 2011	Más!
56	Las diarreas aumentan en un 9.7% en el país	14 de mayo de 2011	La Prensa Grafica
57	Casos de neumonía y diarrea en aumento, advierte salud	4 de junio de 2011	EDH
58	Piden estar alertas por las diarreas	7 de junio de 2011	La Prensa Grafica
59	Infecciones respiratorias, y diarreas en alza en Oriente	19 de junio de 2011	La Prensa Grafica
60	Epidemia dengue y diarrea sigue preocupando a salud	13 de julio del 2011	El Mundo
61	Según salud, reportan 33 muertes por diarrea en el año	13 de julio del 2011	EDH
62	Consultaron por diarrea e infecciones respiratorias	9 de agosto de 2011	El Mundo
63	Casos respiratorios y de diarreas saturan hospital	15 de agosto de 2011	La Prensa Grafica
64	Disminuyen diarreas y casos de neumonías	28 de agosto de 2011	La Prensa Grafica
64	Diarreas al alza en Santa Rosa de Lima	2 de noviembre de 2011	La Prensa Grafica
66	Alza de neumonías y diarreas en el país	4 de noviembre de 2011	La Prensa Grafica
67	Epidemia de diarrea	13 de enero de 2012	Más!
68	Casos de diarrea aumentan en 63%	13 de enero de 2012	EDH
69	13 departamentos en zona de epidemia por las diarreas	13 de enero de 2012	La Prensa Grafica
70	Alza de mordeduras de animales y diarreas	15 de enero de 2012	La Prensa Grafica
71	El Bloom reporta aumento de casos de diarrea	17 de enero de 2012	EDH
72	Usulután: Incrementan casos de diarreas y vómitos	22 de enero de 2012	EDH
73	Ponele mucho ojo a la diarrea	23 de enero de 2012	Más!
74	Las diarreas y el dengue persisten en niños y adultos	26 de enero de 2012	El Mundo

75	La mitad de los casos de diarrea es provocada por el rotavirus	27 de enero de 2012	EDH
76	Diarreas van a la baja y el dengue aumenta	9 de febrero de 2012	El Mundo
77	Aumentan casos de dengue y diarrea	23 de febrero de 2012	La Prensa Grafica
78	Bloom reporta alza de dengue y diarrea	29 de febrero de 2012	El Mundo
79	Salud dice que disminuyen casos de dengue y diarreas	8 de marzo de 2012	EDH
80	En San Miguel hay un aumento en casos de dengue y diarrea	14 de marzo de 2012	EDH
81	Suben los casos de diarrea y dengue	30 de marzo de 2012	Más
82	En alerta ante casos de dengue, diarrea y A H1N1	29 de mayo de 2012	El Diario de Hoy
83	Se incrementan las consultas por diarrea y dengue	31 de mayo de 2012	El Diario de Hoy
84	Ingresan más de 200 pacientes a la semana por diarrea	8 de junio de 2012	El Diario de Hoy
85	Ingresan a 3 niños en UCI del Bloom por diarreas	20 de julio de 2012	El Mundo

Fuente: Elaboración propia con base La Prensa Gráfica, El Diario de Hoy, Diario El Mundo, Periódico El Más de los años 2010-2012.

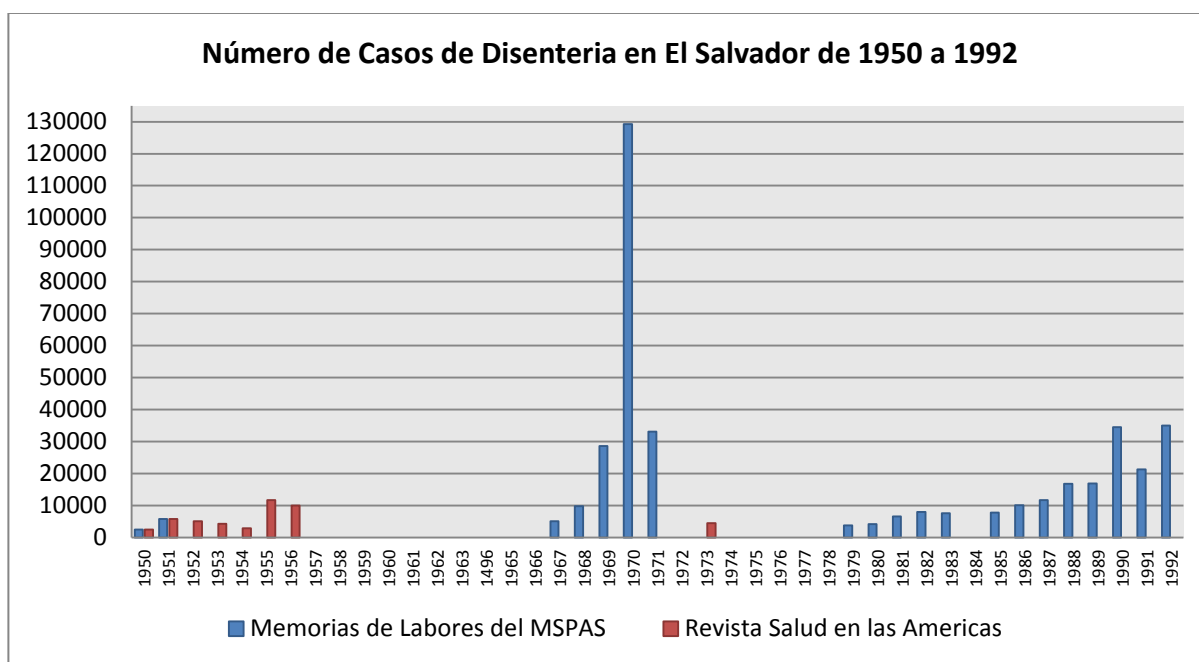
2.2.3.1. LA DISENTERIA AMIBIANA NO ESPECIFICADA.

La disentería, una enfermedad infecciosa producida por un tipo de ameba que presenta como síntomas principales la inflamación y ulceración del intestino grueso acompañada de fiebre y dolor abdominal y una diarrea sanguinolenta. En 1950 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realizó un registro de diferentes enfermedades transmisibles que afectaban a la población salvadoreña que contaba con el servicio de salud pública. Para esta fecha la Dirección General de Sanidad identificó 2,487 casos de disentería amebiana no identificada, cifra que cada año fue ascendiendo hasta 1956, año en el que se identificaron 10,042 casos de dicha enfermedad.

Sin embargo, se desconocen los datos de morbilidad por esta causa de 1957 a 1966. En 1967 enfermaron de dicha afección 5,129 personas, cifra que nuevamente fue incrementándose hasta que en 1969 en la cual se inició una gran epidemia de disentería afectó a 28,614 habitantes y que en 1970 se elevó a 129,221 casos, los cuales disminuyeron en 1971 a 33,155 personas que enfermaron por dicho padecimiento. Se desconocen cuáles fueron los factores que propiciaron e influyeron en el despliegue de la enfermedad a nivel nacional.

Finalmente, en 1979 se registró nuevamente un aumento de casos, llegando en 1992 ha alcanzar los 34,972 casos, brote epidémico del que se desconoce su tendencia debido al desconocimiento de los casos registrados a partir de ese año.

GRÁFICA XVI
CASOS DE DISENTERÍA EN EL SALVADOR DE 1950 A 1992



Fuente: Elaborado con base a MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1966-1967* (San Salvador: MSPAS, 1967); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 70-71* (San Salvador: MSPAS, 1971); MSPAS, *Memoria 89-90* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1990); MSPAS, *Memoria 1990-1991: Salud un puente para la paz* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1991) y MSPAS, *Memoria 91-92: La salud en el hombre contribuye a la paz* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1992).

2.2.4. LAS ENFERMEDADES DIARREICAS.

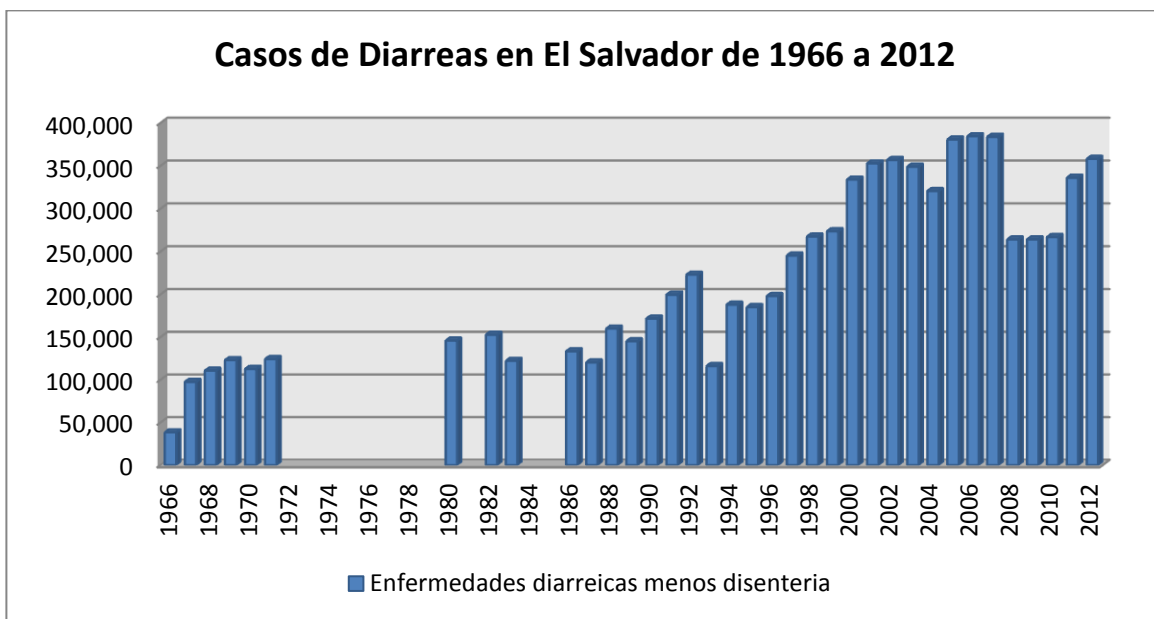
Las diarreas definidas como un síndrome clínico que se acompaña de la expulsión frecuente de heces laxas o acuosas y a menudo de otros signos o síntomas como vómitos, fiebre, deshidratación y desequilibrio de electrolitos son una de las enfermedades que se pueden considerar como perdurables en la historia de nuestro país. El Consejo Superior de Salubridad y posteriormente la Dirección General de Sanidad registraron la morbilidad y mortalidad producidas por esta enfermedad durante la primera mitad del siglo XX. Mientras que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social muestra el primer registro de morbilidad de dicha enfermedad a partir de 1965, año en el que se identificaron 38,636 casos llegando a alcanzar para el 2012 los 358,011 episodios debido esta causa en el país.

En 1967 se expresó un brote epidémico de esta enfermedad registrando 97,466 episodios diarreicos, cifra que aumentó llegando en 1969 a los 122,878 casos, cantidad que en 1970 descendió levemente y que en 1971 volvió a aumentar a 124,136 casos. No obstante, si comparamos esta relación con los brotes epidémicos de disentería podremos observar que tanto la epidemia de disentería amebiana como la epidemia de diarrea se expresaron en los mismos años.

De 1972 a 1979 se desconoce el dato de los casos de morbilidad causados por las diarreas; sin embargo, es imperativo expresar que desde esa fecha hasta 2012 e incluso hasta la actualidad, la cifra de personas que han enfermado de dicho mal ha sido muy alta y se ha mantenido arriba de los doscientos cincuenta mil casos. No obstante, a qué se debe la alta permanencia de casos de diarreas en nuestro país.

GRÁFICA XVII

CASOS DE DIARREAS EN EL SALVADOR DE 1966 A 2012



Fuente: MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1966-1967* (San Salvador: MSPAS, 1967); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 70-71* (San Salvador: MSPAS, 1971); MSPAS, *Memoria, 1971-1972* (San Salvador: MSPAS, 1972) y MSPAS, "Gráficos de tendencia 1989-2006", consultado el 20 de enero, 2016, <http://www.salud.gob.sv/graficos-de-tendencia-1989-2006/>

Para dar respuesta esta pregunta, se deben tomar en cuenta tres factores muy importantes, el primero es el aumento en el área de registro y de población que recibe los servicios de salud, por otra parte la permanencia de las causas que permiten la reproducción de dicha enfermedad y finalmente, la implementación de políticas fragmentadas, de corto plazo y sin una visión integral, factores que han ocasionado que esta enfermedad año con año continúe generando episodios de desequilibrio en la salud de la población salvadoreña, llegando en algunos casos ha ocasionado la muerte.

Para el año 2015, los casos registrados por diarrea y gastroenteritis llegaron a los 347,149 episodios diarreicos¹⁴³, afectando principalmente a los menores de 4 años de

¹⁴³ Ministerio de Salud, "Datos epidemiológicos consolidados por grupos de edad y sexos, semana 522015", consultado el 20 de febrero, 2016, http://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2015/edad_consolidado522015.pdf

edad, llegando a los 143,216 casos equivalente al 41.2% del total de casos. Asimismo, para el presente año 2016 hasta el 28 de mayo se han registrado 21,039 casos afectando principalmente a los departamentos de San Salvador, La Libertad y Santa Ana, en cuanto a grupos de edad siempre los menores de 4 años sufren los perjuicios de dicha enfermedad¹⁴⁴.

2.2.4.1. LA HEMILTIASIS Y EL PARASITISMO INTESTINAL.

La helmintiasis es una enfermedad transmitida a través del contacto con huevecillos de parásitos eliminados con las heces fecales de las personas infestadas, los que a su vez contaminan el suelo en zonas donde el saneamiento es deficiente; mientras el parasitismo intestinal son infecciones intestinales que pueden producirse por la ingestión de quistes de protozoos, huevos o larvas de gusanos o por la penetración de larvas por contacto con la piel desde el suelo.

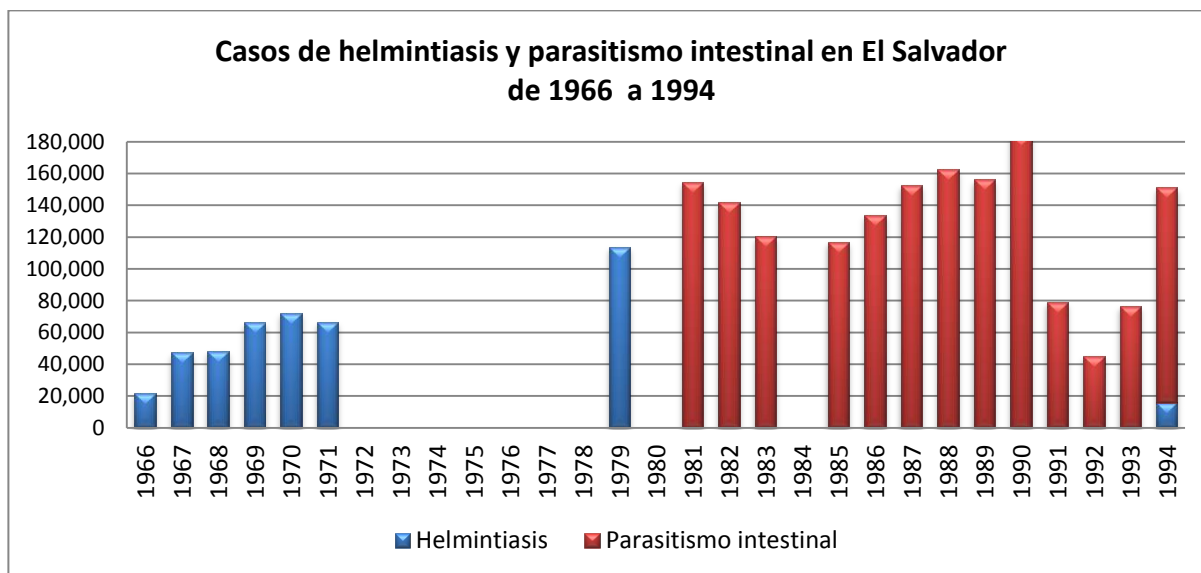
Durante la segunda mitad del siglo XX estas enfermedades causaron una alta morbilidad a través de diferentes brotes epidémicos. La helmintiasis al igual que la disentería y las diarreas ocasionó un brote epidémico en 1969 que en 1970 ascendió a los 72, 345 personas que padecieron dicha enfermedad y que para 1979 ascendieron a 113,883 casos que en 1994 descendieron a 15,663 casos.

Mientras que en 1981 se registraron 154,728 casos de parasitismo intestinal, cifra que a partir de esa fecha se mantuvo hasta 1990 cuando la morbilidad por esta enfermedad ascendió a los 184,167 casos, incidencia que descendió en 1991 a 79,224 casos y que en 1994 aumentó nuevamente a 135,762 casos. A partir de esa fecha se desconoce los datos sobre la morbilidad causada por esta enfermedad, debido a que las memorias ya no presentaron la estadística de su incidencia en la población salvadoreña.

¹⁴⁴ Ministerio de Salud, "Boletín epidemiológico, semana 21", consultado el 30 de mayo, 2016, <http://www.salud.gob.sv/download/boletin-epidemiologico-semana-21-del-21-al-28-de-mayo-de-2016/>

GRAFICA XVII

CASOS REGISTRADOS DE HELMINTISIS Y PARASITISMO INTESTINAL EN EL SALVADOR DE 1966 A 1994



Fuente: MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1966-1967* (San Salvador: MSPAS, 1967); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 70-71* (San Salvador: MSPAS, 1971); MSPAS, *Memoria, 1971-1972* (San Salvador: MSPAS, 1972); MSPAS, *Memoria 1979-1980* (San Salvador: MSPAS, 1980); MSPAS, *Memoria 1993-1994* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1994); OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1977-1980", consultado el 17 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1977-1980.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1981-1984, vol. 1", consultado el 18 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1981-1984-vol1.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 1", consultado el 23 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1989-1992-vol1.pdf>

2.2.4.2. EL COLERA.

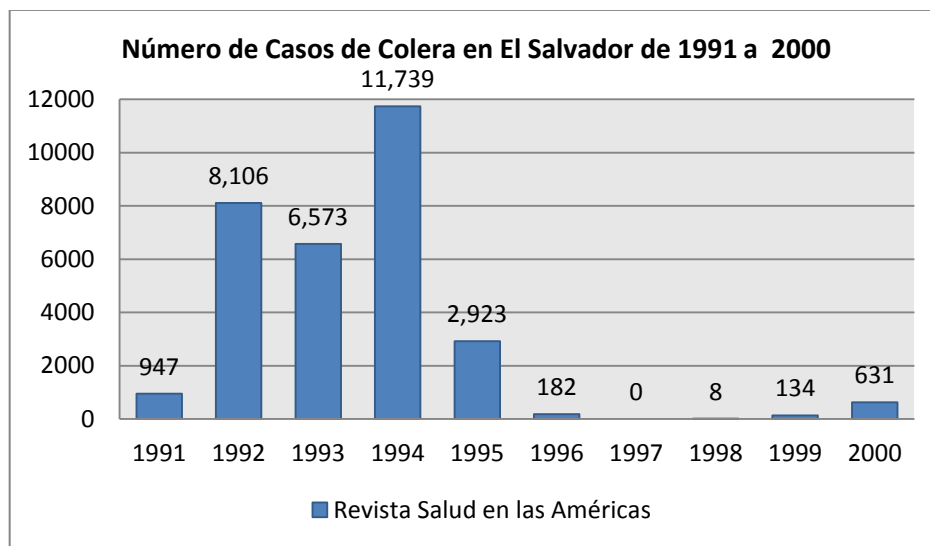
El cólera es una infección diarreica aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados con el bacilo vibrio cholerae, caracterizada por un comienzo repentino de diarrea acuosa y profusa sin dolor, náuseas y vómitos en el comienzo de la enfermedad,

y en casos no tratados, deshidratación rápida, acidosis, colapso circulatorio e insuficiencia renal. No obstante, la infección puede ser asintomática que es mucho más frecuente, son comunes los casos leves en que solo hay diarrea y en los casos graves con los síntomas antes mencionados la persona puede morir en término de horas si no recibe el tratamiento adecuado.

Esta enfermedad a partir de la segunda mitad del siglo XX, provocó una epidemia en nuestro país en a partir de 1991, posiblemente debido a que ese mismo año se extendió la enfermedad desde Perú hacia toda Latinoamérica en forma pandémica, generando solo hasta el año 2001 más de 1,275,000 casos y más de 12,000 muertes. La siguiente grafica nos muestra que nuestro país, esta enfermedad generó más de 31,000 casos desde 1991 hasta el año 2000.

GRÁFICA XVIII

CASOS DE COLERA EN EL SALVADOR DE 1991 A 2000.



Fuente: OPS. *Revista de Salud en las Américas*, Vol. 1 (Washington: OPS, 2002), 330 y MSPAS, *Memorias de labores 2000-2001* (San Salvador: MSPAS, 2001).

Al igual que en otros 14 países, la pandemia llegó a nuestro país en 1991 ocasionando 947 casos solo en el primer año, esta cifras ascendió 10 veces en número en 1992 con

8,106 casos; los cuales, descendieron tan solo un poco en 1993 y volvieron a aumentar en 1994 a 11,739 casos en la tercer oleada. En 1995 la morbilidad descendió a los 2,923 enfermos hasta llegar en 1997 a los cero casos. No obstante, como lo muestra el grafico anterior, los casos volvieron a reaparecer en 1998 ascendiendo a 631 personas enfermas en el año 2000, de las cuales solo 2 casos fueron importados.

Los grupos más afectados fueron los sectores sub urbanos y la población de las áreas rural; a pesar de ello, se desconoce la relación entre los casos sintomáticos y las infecciones asintomáticas o leves que pudieron ser nueve veces la proporción de los casos registrados. A partir de esa fecha ya no se registraron casos de esta terrible enfermedad; sin embargo, el país no está exento de volver a tener otra epidemia similar, para lo cual, es recomendable mantener siempre las medidas preventivas adecuadas.

2.2.5. LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES A PARTIR DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX.

Las enfermedades prevenibles por vacunación han sido una de las estrategias con más costo-beneficio en Latinoamérica que ha permitido la erradicación de enfermedades como la viruela, la poliomelitis y el control de otras enfermedades como la difteria, la tosferina, el tétano y el sarampión. No obstante, la efectividad de este método requiere de niveles de cobertura elevados, que deben rondar entre el 85 y 100%. La batalla contra estas enfermedades transmisibles en nuestro país inició desde el siglo pasado con la creación del Instituto de Vacunación Antivarilosa del Consejo Superior de Salubridad, instancia que emprendió constantes campañas hasta llegar a la erradicación de la viruela en nuestro país.

A partir de la década de los cuarenta, la Dirección General de Sanidad inició programas de vacunación específicos para la prevención de enfermedades de etiología vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) o bacteriana (tos ferina, enfermedad neumocócica o

enfermedad meningocócica) que en la actualidad han llegado a niveles de cobertura altos, lo suficiente para mantener su efectividad y control.

2.2.5.1. LA VIRUELA A PARTIR DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX.

La viruela era una enfermedad vírica sistemática cuyo cuadro inicial comprendía una erupción cutánea característica, iniciando en forma repentina con fiebre, malestar general, dolor de cabeza, postración, dorsalgia intensa, a veces dolor abdominal y vómitos, cuadro clínico que se asemejaba al de la influenza, y que después de dos a cuatro días muestra una disminución de la fiebre y el surgimiento de una erupción profunda en la cual las lesiones individuales con el virus infectante evolucionan por etapas sucesivas de máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, que se desprendían al cabo de tres o cuatro semanas¹⁴⁵.

Las lesiones aparecían primero en la cara y las extremidades, y más tarde en el tronco, y todas estaban en la misma etapa de desarrollo en un sitio particular del cuerpo. Esta enfermedad durante el siglo XIX y la primera década del siglo XX ha cobrado gran cantidad de vidas. Sus perjuicios en nuestra población disminuyeron gracias a la campaña de prevención realizada en nuestro país desde 1904 con la creación del Instituto de Vacunación Antivarilosa que empezó a producir fluido vacuno en cantidades considerables y emprendió debido a las diferentes epidemias de viruela una campaña de vacunación cada vez más extensa en nuestro país.

A partir de la segunda década del siglo XX los casos de viruela fueron escasos; sin embargo, en 1950 se registraron 431 casos y en 1952, 546 casos. Motivo por el cual se intensificó la campaña de vacunación antivarilosa a partir de 1958, la cual llevo a la erradicación de la enfermedad por completo en nuestro país¹⁴⁶.

¹⁴⁵ OPS, Control de las enfermedades, 682.

¹⁴⁶ Dirección General de Sanidad, *Sanidad en El Salvador*, año III, 1 (enero-abril de 1952).

2.2.5.2. EL SARAMPION.

El sarampión es una enfermedad vírica aguda, sumamente contagiosa, con síntomas de fiebre, conjuntivitis, resfrío, tos y manchas pequeñas con centro blanco o blanco azulado sobre una base eritematosa en la mucosa del vestíbulo de la boca. Entre el tercero y el séptimo día aparece una erupción característica, con manchas rojas parduscas, que comienza en la cara y después se generaliza, dura de tres a cuatro días y después termina en descamación furfurácea.¹⁴⁷

La morbilidad producida por esta enfermedad durante la segunda mitad del siglo XX ha sido muy alta. En 1950 enfermaron 1,916 personas de sarampión, manifestando un leve aumento para el siguiente año a 3,087 casos que se mantuvieron variables hasta 1958 con 3,002 casos de esta enfermedad. En 1959 se muestra un aumento de más de dos mil casos en comparación con el año anterior que disminuyó gradualmente hasta 1961 a 3,595 personas.

La incidencia de esta enfermedad en la población incrementó aún más a partir de 1962 hasta sobrepasar los niveles predispuestos por las autoridades de salud en 1965 con 18,089 personas que enfermaron a causa de la epidemia de sarampión. En 1966 esta enfermedad era la quinta causa de mortalidad en nuestro país con 1,024 muertes y ocupaba el séptimo lugar dentro de las 10 causas de morbilidad con 9,124 casos.

Asimismo, en 1967 el sarampión volvió a repetir su ciclo epidémico con un total de 10,317 casos, cifra que se mantuvo variable hasta 1973, presentando una disminución a partir de 1974 con 467 casos registrados, cifra que se mantuvo hasta 1975. No obstante, en 1976 apareció otro brote epidémico con el registro de 7,227 casos que aumentaron a 12,554 en 1981. En 1982 se registró una disminución latente con un aproximado de 3,664 casos cifras que decrecieron ligeramente hasta 1984.

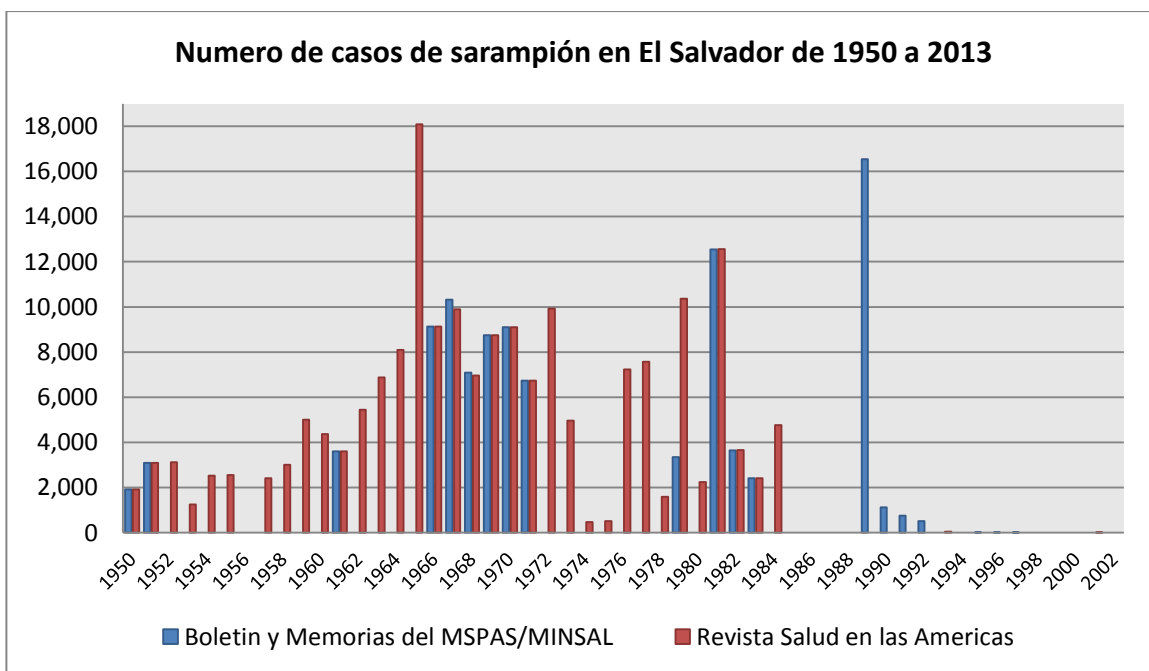
¹⁴⁷ OPS, El control de las enfermedades transmisibles, 558.

A partir de esta fecha se desconocen las cifras para los años 1985 a 1988. A pesar de ello, en 1989 se registró un brote con 16,536 personas que enfermaron debido a esta causa, a pesar de ello en 1993 solo se presentaron 38 casos y enfermedad que no presento ningún caso de 1997 a 2000.

Sin embargo, la enfermedad volvió a tener otros ciclos epidémicos en 1979 con 10,359 casos y en 1981 con 12,554 casos. En 1989 se presentó la última epidemia de sarampión con una magnitud de 16,536 casos a nivel nacional, a partir de esa fecha solo se ha logrado obtener datos de registro de 38 casos en 1993 y 2 casos de sarampión en 2001. El grafico siguiente gráfico muestra que la incidencia del sarampión como causa de morbilidad disminuyó a partir de 1994, fecha en que la cobertura de vacunación en nuestro país aumentó a niveles significativos.

GRÁFICA XIX

CASOS DE SARAMPIÓN EN EL SALVADOR DE 1950 A 2001



Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de*

septiembre de 1951 (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); OPS, "Resumen de los Informes cuadriennales sobre las condiciones de Salud en las Américas 1957-1960", consultado el 10 de septiembre, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/resumen-informes-cuadriennales-1957-1960.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1962", consultado el 08 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1961-1962.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1964", consultado el 12 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1961-1964.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1965-1968", consultado el 15 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1965-1968.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1969-1972", consultado el 16 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-saludamericas-1969-1972.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1973-1976", consultado el 17 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1973-1976.pdf> y OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1977-1980", consultado el 17 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-saludamericas-1977-1980.pdf>

2.2.5.3. LA POLIOMIELITIS.

La poliomielitis es una enfermedad vírica que a menudo se identifica por la parálisis flácida de comienzo agudo. La infección por el virus de la poliomielitis se observa en las vías gastrointestinales, con diseminación a los ganglios regionales y, en la menor parte de los casos, al sistema nervioso. La parálisis flácida se presenta en menos del 1% de las infecciones por el virus de la poliomielitis; más de 90% de las infecciones son asintomáticas o incluyen una fiebre inespecífica¹⁴⁸.

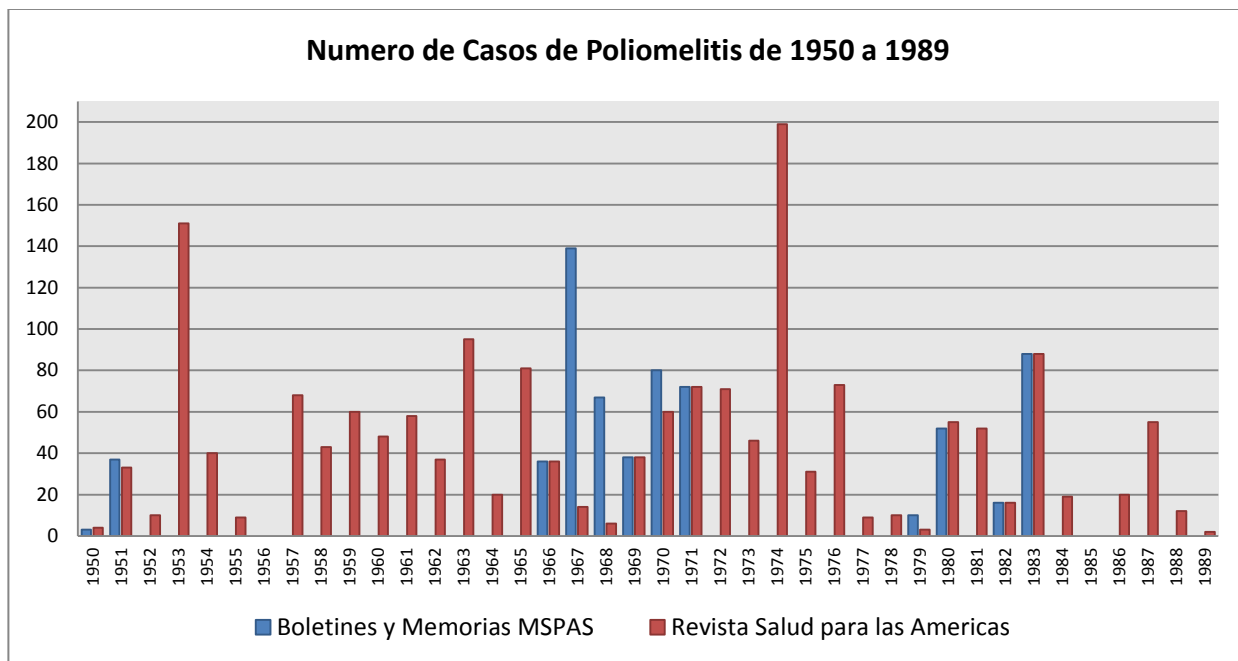
En nuestro país esta enfermedad ha afectado principalmente a los menores de 5 años tenido una incidencia muy baja en nuestro país con la presencia de 3 casos en 1950 y de 37 enfermos en 1951; sin embargo, en 1953 se presentó un brote epidémico en nuestro país con 151 casos de poliomielitis, mismo año en que se había expresado una epidemia

¹⁴⁸ OPS, El control de las enfermedades trasmisibles, 515-516.

en México. A partir de esa fecha la cifra bajo hasta 1955 año en que solo se registraron 5 casos.

GRÁFICA XX

CASOS DE POLIOMIELITIS EN EL SALVADOR DE 1950 A 1989



Fuente: Elaborado con base en MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1963-1964* (San Salvador: MSPAS, 1964); MSPAS, *Memoria, 1971-1972* (San Salvador: MSPAS, 1972); MSPAS, *Memoria 1975-1976* (San Salvador: MSPAS, 1976); MSPAS, *Memoria 1980-1981* (San Salvador: MSPAS, 1981) y MSPAS, *Memoria 1988-1989* (San Salvador: MSPAS, 1989).

En 1960 se identificaron 48 casos; mientras que en 1965, la tendencia ascendió a 81 casos, que para 1970 se mantuvieron con 80 casos, tendencia epidémica que descendió hasta 1975 con 31 casos y en 1979 con 10 casos. A partir de esa fecha, ya no se presentaron casos de esta enfermedad debido al control alcanzado con las campañas de vacunación que se mantienen hasta la actualidad.

2.2.5.4. LA DIFTERIA.

La difteria es una enfermedad bacteriana aguda que afecta de modo principal las amígdalas, faringe, laringe, nariz, a veces otras membranas mucosas o de la piel, y en ocasiones las conjuntivas o la vagina; la cual, es diagnosticada cuando se identifica en el paciente una membrana blanca grisácea, asimétrica, especialmente la que abarca la úvula y el paladar blando, junto con amigdalitis, faringitis linfadenopatía cervical o una secreción serosanginolenta por las vías nasales¹⁴⁹.

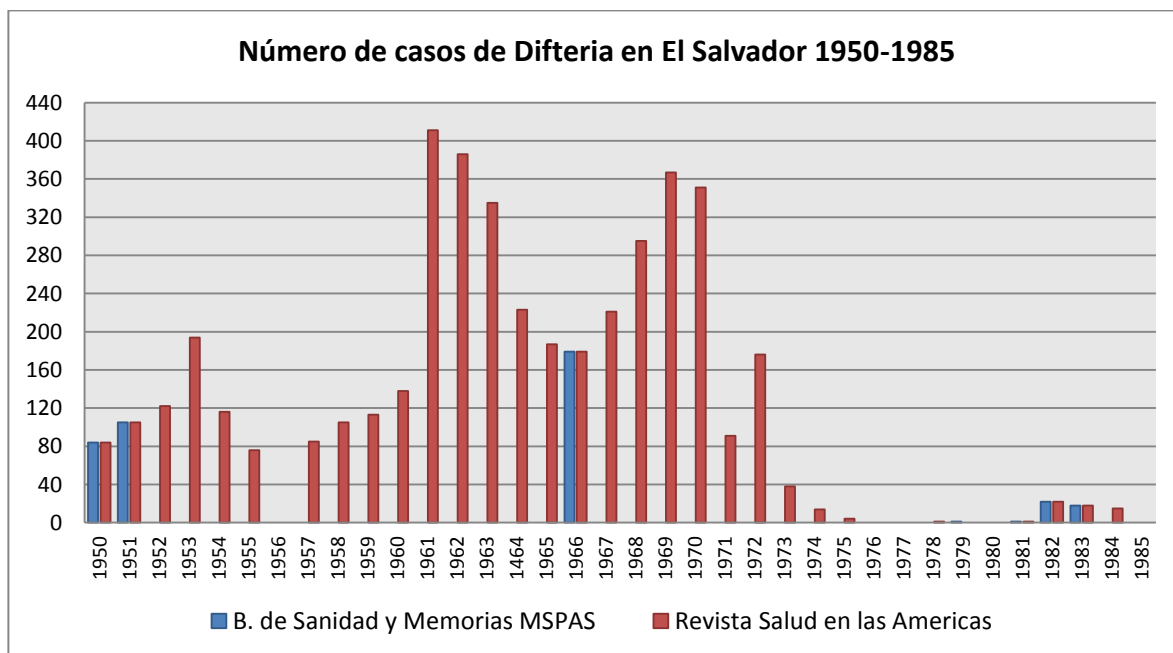
La difteria es una enfermedad de declaración obligatoria que se ha considerado inmune prevenible a partir de la creación de la vacuna que ha permitido la disminución de los casos, así como las muertes producidas por esta enfermedad, que ha afectado principalmente a niños menores de 5 años. Durante la segunda mitad del siglo XX se han desarrollado diferentes brotes epidémicos de difteria.

En 1950 se registraron 84 casos con un leve aumento en los primeros cuatro años de esta década, así en 1951 se presentaron 105, que aumentaron en 1953 a 194 casos y en 1954 se redujeron a 116 casos. Mientras de 1955 a 1957 los casos bajaron levemente, y volvieron a aumentar en 1958 con 105 casos. Tendencia que en 1961 presentó su punto más álgido con 411 casos, 1962 con 386 casos, 1963 con 335 casos, 1964 con 223, 1965 con 187 casos y en 1966 con 179 casos.

No obstante, a pesar de este descenso en 1967 los casos fueron aumentando anualmente hasta alcanzar 351 casos en 1970, ciclo epidemiológico que empezó a decrecer hasta llegar en 1976 a los 0 casos. A pesar de ello, en 1982 se detectaron 22 casos, en 1983 se identificaron 18 casos y en 1984 se registraron 15 casos. Las cifras han ido descendiendo con el paso de los años debido a la implementación de la campaña de vacunación desde la década de 1940 aproximadamente.

¹⁴⁹ OPS, Control de las enfermedades transmisibles, 131.

GRÁFICA XXI
CASOS DE DIFTERIA EN EL SALVADOR DE 1950 A 1985



Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1963-1964* (San Salvador: MSPAS, 1964); MSPAS, *Memoria, 1971-1972* (San Salvador: MSPAS, 1972); MSPAS, *Memoria 1975-1976* (San Salvador: MSPAS, 1976); MSPAS, *Memoria 1980-1981* (San Salvador: MSPAS, 1981) y MSPAS, *Memoria 85-86: Supervivencia infantil* (San Salvador: MSPAS, 1986).

2.2.5.5. LA TOSFERINA.

La tosferina es una enfermedad bacteriana aguda que afecta las vías respiratorias. La fase catarral inicial es de comienzo insidioso, con tos irritante que poco a poco se vuelve paroxística (episodios repetidos y violentos de tos), por lo regular en el término de una a dos semanas, y que dura uno o dos meses o más¹⁵⁰. La tosferina es una enfermedad que a principios del siglo XX causo un gran impacto en América Latina; sin embargo, es una enfermedad prevenible por vacunación, mecanismo técnico que ha permitido su control.

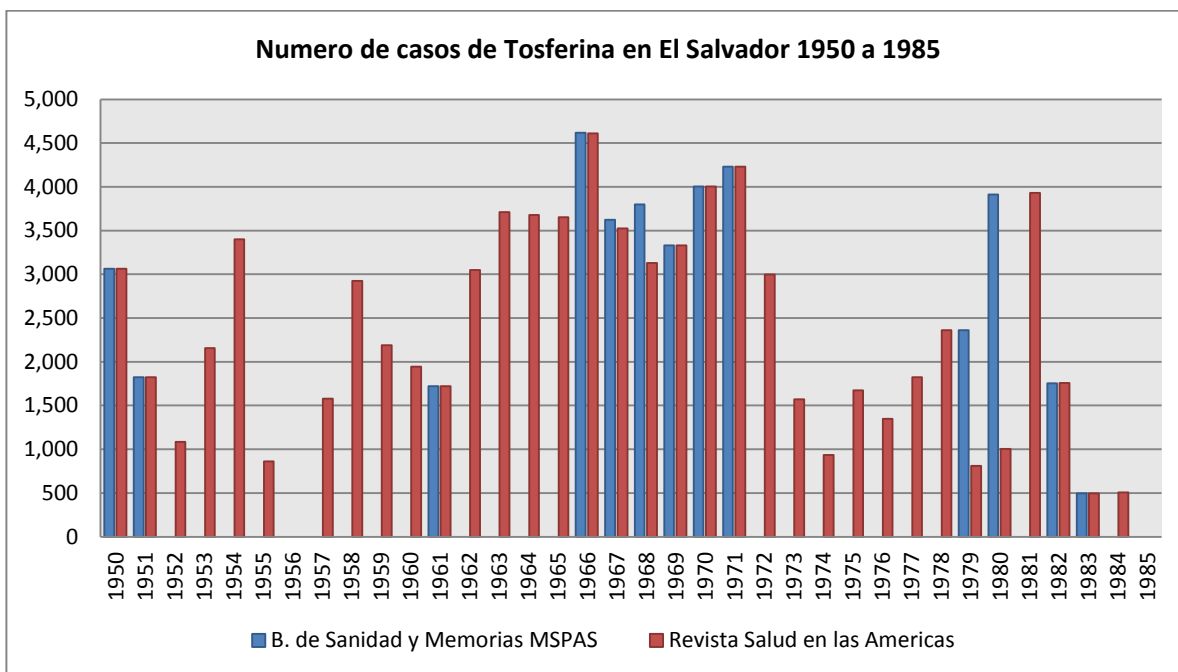
¹⁵⁰ OPS, *El control de las enfermedades transmisibles*, 614.

En 1950 esta enfermedad manifestó sus efectos epidémicos con el registro de 3,063 personas que enfermaron ese año. Tendencia que experimentó un leve descenso en 1951 con 1,822 casos y en 1952 con 1,083 enfermos. Sin embargo, volvió a sufrir un aumento a partir de 1953 con 2,156 casos y en 1954 con 3,400 episodios, descendiendo en 1955 a 861 casos, cifras que se mantuvieron variables hasta 1961 con 1,721 casos, a partir de ese año experimento un aumento llegando en 1966 a los 4,611 casos, 4,002 enfermos en 1970 y 4,231 en 1971.

Finalmente en 1984 se identificaron 505 casos, año a partir del cual, se desconoce la incidencia de la enfermedad en nuestro país, pero que probablemente disminuyó debido al aumento de la cobertura de vacunación contra esta enfermedad.

GRÁFICA XXII

NÚMERO DE PERSONAS QUE ENFERMARON DE TOSFERINA EN EL SALVADOR DE 1950 A 1985



Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de*

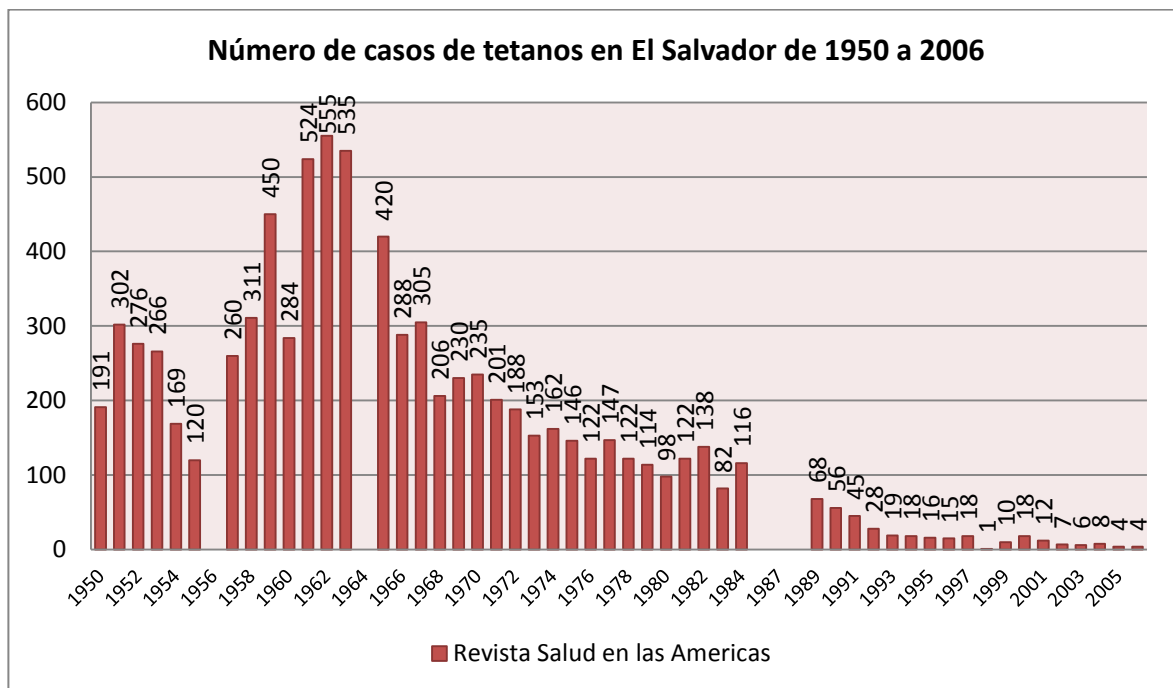
septiembre de 1951 (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1963-1964* (San Salvador: MSPAS, 1964); MSPAS, *Memoria, 1971-1972* (San Salvador: MSPAS, 1972); MSPAS, *Memoria 1975-1976* (San Salvador: MSPAS, 1976); MSPAS, *Memoria 1982-1983* (San Salvador: MSPAS, 1983) y OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1981-1984, vol. 1", consultado el 18 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1981-1984-vol1.pdf>

2.2.5.6. EL TETANO.

El tétano es una enfermedad aguda producida por una exitosita del bacilo tetánico, que prolifera en medios anaeróbicos en el sitio de una lesión. Se caracteriza por contracciones musculares dolorosas, primeramente en los maseteros y en los músculos del cuello y después en los del tronco¹⁵¹. Enfermedad que ha mantenido cifras variables a lo largo del tiempo, llegando a un nivel de control a través de la vacunación.

GRÁFICA XXIII

CASOS REGISTRADOS DE TÉTANOS EN EL SALVADOR DE 1950 A 2006



¹⁵¹ *Ibíd.*, 559-600.

Fuente: OPS, "Resumen de los Informes cuadriales sobre las condiciones de Salud en las Américas 1957-1960", consultado el 10 de septiembre, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/resumen-informes-cuadriales-1957-1960.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1962", consultado el 08 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1961-1962.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1981-1984, vol. 1", consultado el 18 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1981-1984-vol1.pdf>

En 1950 se identificaron 191 casos, que ascendieron en 1951 a 302 casos, mientras que en 1955 con 120 casos; los cuales, ascendieron en 1959 a 450 casos que en 1962 aumentaron a 555 enfermos y que disminuyeron en 1965 a 420 casos. A partir de esta fecha hay un descenso en las cifras de personas enfermas de tétanos hasta 1983, año en que se registraron 82 casos y que en 1984 ocasionó que 116 enfermaran.

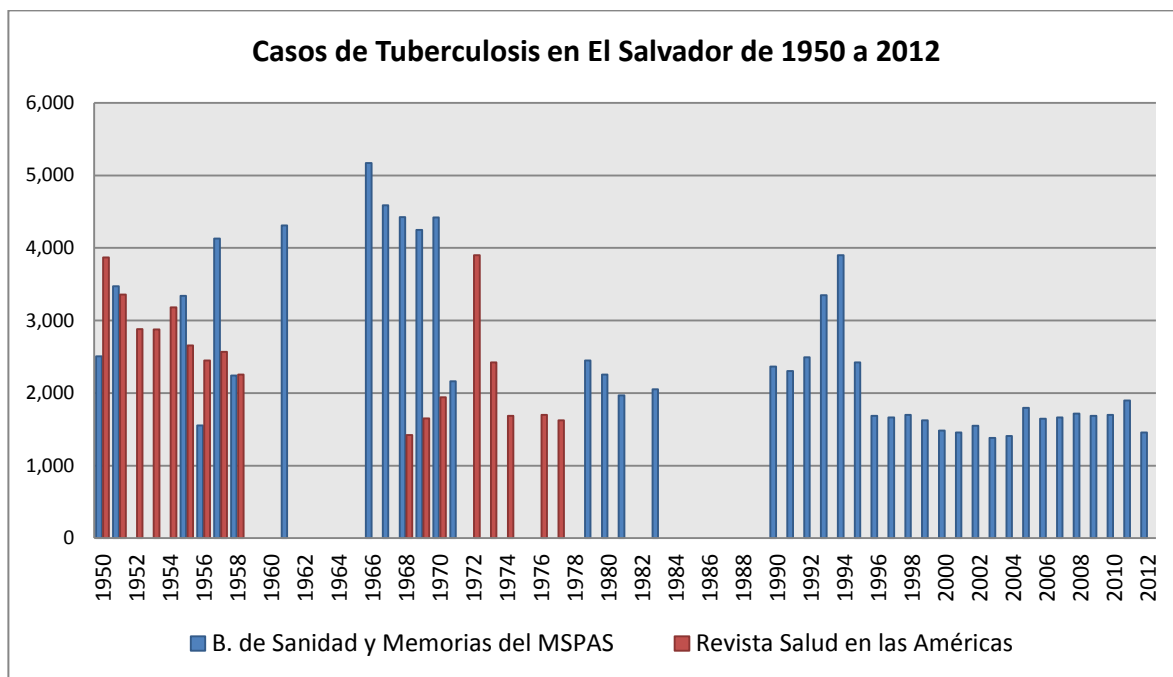
El grafico anterior muestra como los casos por esta enfermedad empezaron a disminuir aun partir de 1989 con el registro de 61 enfermos hasta llegar en el 2006 a 4 enfermos, lo anterior debido a la intensificación de la vacunación contra el tétano en nuestro país.

2.2.5.7. LA TUBERCULOSIS.

La tuberculosis, una enfermedad causada por la Mycobacterium, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones y que es transmitida de persona a persona a través del aire. La tendencia que esta enfermedad ha mantenido en nuestro país ha sido variable, en 1950 causó 2,506 casos, mientras que en 1955 se identificaron 3,340 personas que enfermaron debido a esta causa. Para 1961 la tendencia aumentó a 4,308 casos que en 1966 ascendió a 5,170 casos; sin embargo, en 1971 la morbilidad presento una reducción a 2,161 casos que en 1981 descendió a 1,968 personas que enfermaron debido a esta causa.

GRÁFICA XXIV

CASOS DE TUBERCULOSIS EN EL SALVADOR DE 1950 A 2012



Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1965-1966* (San Salvador: MSPAS, 1966); MSPAS, *Memoria 1979-1980* (San Salvador: MSPAS, 1980) y MSPAS, "Gráficos de tendencia de 1989-2006", consultado el 26 de enero, 2016, <http://www.salud.gob.sv/graficos-de-tendencia-1989-2006/>

La enfermedad ocasionó que 2,304 personas enfermaran en 1991, mientras que en 2001 su incidencia se había reducido a 1,458 casos, tendencia que se mantuvo en 2011 con la presencia de 1,896 personas enfermas y un año después con 1,456 personas. Sin embargo, la tendencia se ha mantenido desde 2001 hasta 2012 a pesar de las campañas de vacunación para prevenir esta enfermedad.

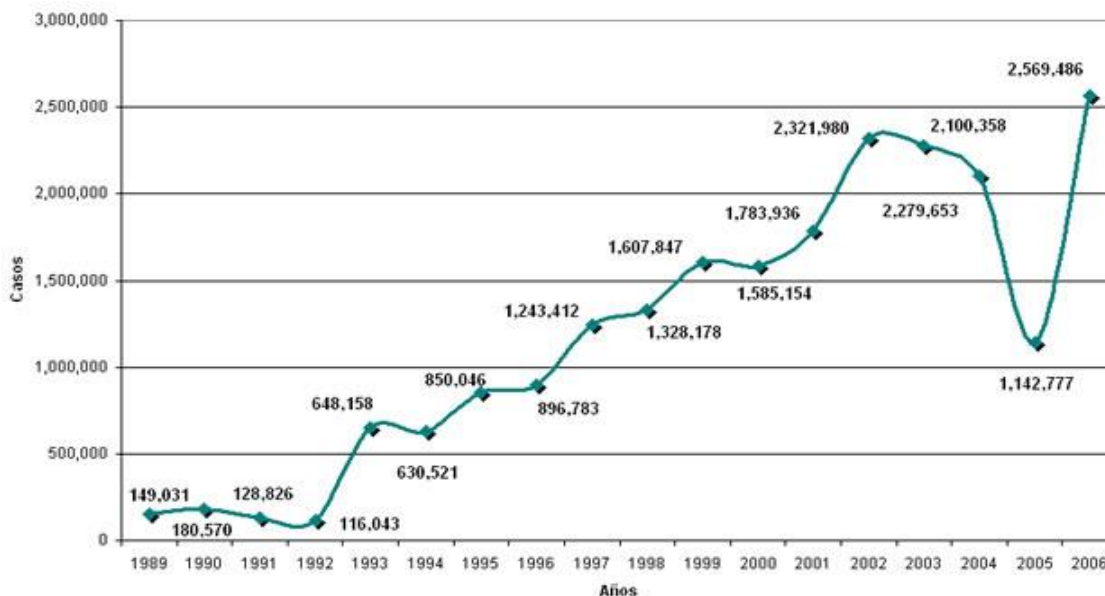
2.2.6. LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

Actualmente las Infecciones Respiratorias Agudas son una de las enfermedades transmisibles caracterizadas por ser un problema de salud pública en nuestro país. Estos padecimientos infecciosos de las vías respiratorias normalmente cesan en menos de los

15 días, pero cuando existen complicaciones derivan a neumonías y otras enfermedades de más complejidad.

GRÁFICA XXV

CASOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN EL SALVADOR DE 1989 A 2006



Fuente: MINSAL, "Gráficos de tendencia 1989-2006", consultado el 25 de marzo de 2016, <http://www.salud.gob.sv/graficos-de-tendencia-1989-2006/>

Las Infecciones Respiratorias Agudas son una de las enfermedades que más han causado morbilidad en nuestro país, en 1990 esta enfermedad causó 180,570 casos, los cuales ascendieron a 2,569,486 casos en 2006, cifra que ascendió a 2,957,788 en el año 2015, afectando a 897,752 hombres y a 1,160,026 mujeres, siendo los más afectados los menores de 1 año¹⁵².

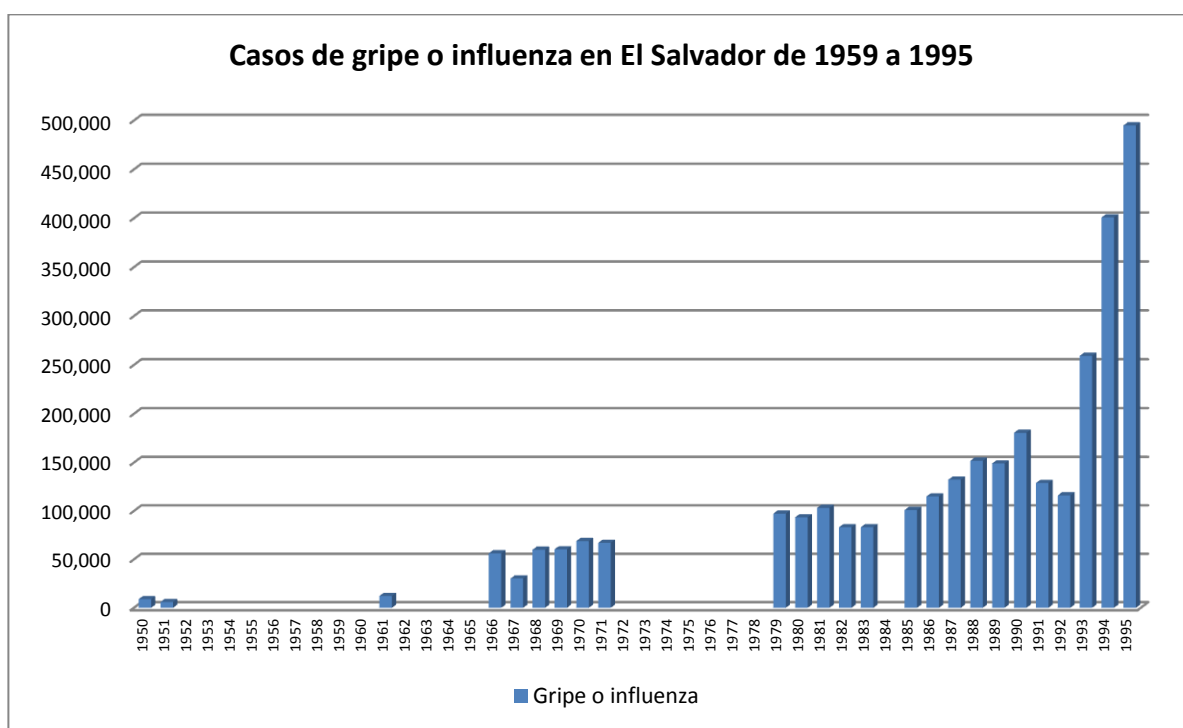
2.2.6.1. LA INFLUENZA O GRIPE.

¹⁵² MINSAL, "Datos epidemiológicos consolidados por grupos de edad y sexo, semana 52", consultado el 29 de marzo de 2016, http://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2015/edad_consolidado522015.pdf

La influenza es una enfermedad vírica aguda de las vías respiratorias caracterizada por la presencia de síntomas como fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, postración, debilidad, dolor de garganta y tos. En nuestro país la influenza siempre ha sido una de las 10 primeras causas de enfermedades transmisibles. En 1950 causó 8,884 casos, número que ascendió a 12,160 casos en 1961, cifra que en 1971 ascendió a 67,049 casos.

GRÁFICA XXVI

CASOS DE INFLUENZA O GRIPE EN EL SALVADOR DE 1950 A 1995



Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria, 1971-1972* (San Salvador: MSPAS, 1972); MSPAS, *Memoria 1979-1980* (San Salvador: MSPAS, 1980) y MSPAS, *Memoria 95-96: Su salud es primero* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1996).

Sin embargo, la tendencia al incremento de los casos de morbilidad producidos por esta enfermedad continuó; así, en 1981 se registraron 103,151 casos, cantidad que descendió y volvió a aumentar en 1991 a 128,826 casos y que para 1995 ascendieron a 494.961

casos, fecha a partir de la cual se desconocen la incidencia de esta enfermedad, debido a que las Memorias del MSPAS no dieron a conocer los casos de enfermedades transmisibles de 1995 a 1999.

A partir del año 2000, los episodios de influenza producidos por esta enfermedad en la población salvadoreña fueron incluidos las estadísticas sobre las Infecciones Respiratorias Agudas.

2.2.6.2. LA NEUMONIA.

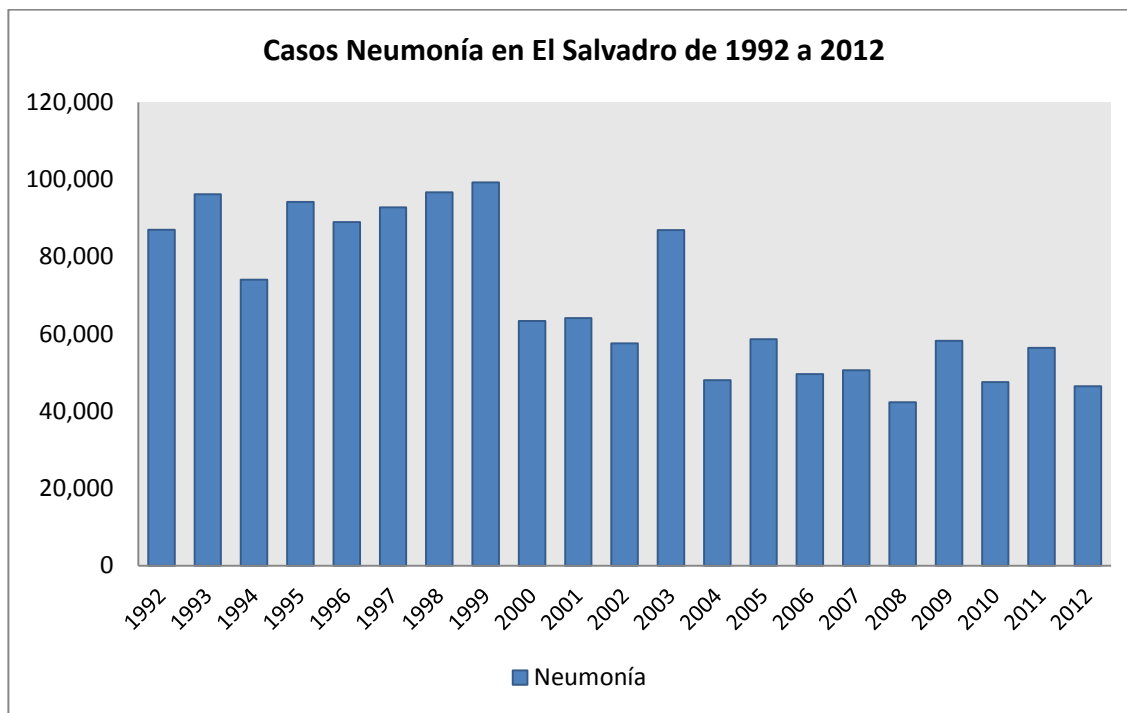
La neumonía es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones, órganos que están formados por pequeños sacos, llamados alvéolos, que en las personas sanas se llenan de aire al respirar. Los alvéolos de los enfermos de neumonía están llenos de pus y líquido, lo que hace dolorosa la respiración y limita la absorción de oxígeno.

Esta enfermedad desde la década de los cincuenta hasta los ochenta fue considerada como una de las primeras causa de enfermedades transmisibles, que en muchos casos se encontró ligada a la bronconeumonía debido a la escasez de instrumentos para su identificación. Por tanto el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social registraba la morbilidad producida por estas enfermedades de forma conjunta. Así, en 1950 se registraron 1,351 casos, cifra similar enfermaron para 1951 con 1,339 casos.

No obstante, no existe registro de estas enfermedades hasta 1966, donde su incidencia ascendió a 19,090 casos, mismos que se redujeron proporcionalmente hasta 12, 831 episodios en 1971. Sin embargo, a pesar de que las fuentes examinadas no presentan registro de estas enfermedades hasta 1992 es posible que las personas que enfermaron de neumonía desde 1972 hasta 1991 hayan aumentado debido al contexto social, político y económico que vivió nuestro país durante el conflicto armado.

GRÁFICA XXVII

CASOS DE NEUMONÍA EN EL SALVADOR DE 1992 A 2012



Fuente: MSPAS, *Memoria 92-93* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1993); MSPAS, *Memoria 95-96: Su salud es primero* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1996); MSPAS, *Memoria 97-98* (San Salvador: MSPAS, 1998); MSPAS, *Memoria de Labores 1999-2000* (San Salvador: MSPAS, 2000).

Durante la década de los ochenta una de las principales causas de muertes a nivel latinoamericano de la niñez de 1 a 4 años fue la neumonía. Durante la década de los noventa las tendencias en la cantidad de personas que enfermaron de neumonía siempre se mantuvieron arriba de los setenta mil casos llegando en 1999 a 99,261 episodios de neumonía sufridos en su mayoría por la niñez salvadoreña principalmente menores de 5 años. A partir del año 2000 hasta la actualidad los casos de neumonía se han mantenido arriba de los 40,000 episodios, esto a pesar de las constantes campañas de vacunación y del aumento de los niveles de cobertura de las mimas a niveles aceptables.

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.

Las enfermedades de transmisión han generado muerte y desgracia en nuestro país a lo largo de la historia; convirtiéndose en las primeras causas de mortalidad y morbilidad desde la época colonial hasta la década de los setenta del siglo XX. Periodo a partir del cual, dejaron de figurar como principales causales de muerte, debido a un aumento en las muertes producidas por los accidentes de tránsito, las muertes por causas violentas y por las enfermedades no transmisibles.

Sin embargo, su incidencia como ocasionantes de morbilidad aumento, se mantuvo o disminuyó según el tipo de enfermedad y los factores biológicos, ambientales, sociales, económicos y políticos que favorecieron o no su reproducción. A pesar de ello, las enfermedades transmisibles se siguieron manifestando como un grave problema para la población salvadoreña, quien vivió los efectos negativos y las secuelas ocasionadas por dichos padecimientos. No obstante, solo algunas de estas enfermedades fueron prioridades para las autoridades de salud.

Las enfermedades de transmisión vectorial como la malaria fueron un problema constante desde finales del siglo XIX; sin embargo, nos encontramos en el siglo XXI y aún no ha sido erradicada la enfermedad, lo anterior a pesar de que los intentos por realizar una campaña contra la malaria iniciaron en 1933 pero como observaremos más adelante, las dificultades presupuestarias para su aplicación, fueron un factor importante que no permitió el control de la enfermedad décadas atrás, sino hasta ochenta años después de su implementación.

El dengue ha sido otra enfermedad de transmisión vectorial que llegó en el último cuarto del siglo XX a nuestro país y que ha ocasionado constantes muertes y ha dejado secuelas en la vida de más de 95,000 personas que han sufrido la enfermedad desde 1978 hasta el año 2012. Lo anterior a pesar de las campañas iniciadas hace muchos años con la

finalidad de controlar y erradicar la enfermedad, programas y proyectos que no han sido efectivos.

Enfermedad que se ha convertido en una epidemia nacional que en el año 2015 ocasionó 48,964 casos sospechosos de dengue clásico y 1,170 casos sospechosos de dengue grave¹⁵³, equivalentes a más del 50% del total de casos originados desde su llegada al país, misma que actualmente se encuentra acompañada de otras dos enfermedades de reciente aparición, la fiebre chikungunya y el zika, transmitidas al igual que el dengue por el zancudo; las cuales, nos indican que si la cartera de salud no toma las medidas y acciones adecuadas para su combate, difícilmente se logren erradicar, por tanto, continúan ejerciendo sus efectos epidémicos y endémicos en nuestro país.

Las enfermedades gastrointestinales como la disentería amebiana no especificada, las diarreas, las helmintiasis, el parasitismo intestinal, la enteritis y el cólera son los padecimientos que más daño han causado a la población salvadoreña a lo largo de la historia de las enfermedades transmisibles. Debido a que en unos pocos años (1959, 1974, 1975, 1978, 1979, 1980, 1985 y 1992) de registro han generado la muerte de 22,958 personas y más de 11, 978, 497 casos entre los que se encuentra 7,519,745 casos de diarreas, 31,243 de cólera, 4,372,239 de disentería amebiana no especificada, 2,212,118 de helmintiasis y 1,778,152 casos de parasitismo intestinal, cifras que se encuentran en aumento debido a la inexistencia de programas o políticas enfocados a prevenir y combatir dichas enfermedades.

Las infecciones de transmisión sexual fueron un problema constante para la salud de población de las provincias de San Salvador y Sonsonate desde la época colonial. Mismas que a partir de 1884 ya eran consideradas una amenaza para la salud de la población salvadoreña, motivo por el cual se llegó a la construcción del hospital de

¹⁵³ MINSAL, "Datos epidemiológico, semana 52/2015", consultado el 20 de diciembre, 2015, http://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2015/edad_consolidado522015.pdf

venéreas en el último cuarto del siglo XVIII. Asimismo, a partir de 1900 el Consejo Superior de Salubridad y posteriormente la Dirección General de Sanidad crearon el reglamento de profilaxis venérea y el programa de enfermedades venéreas.

No obstante, a partir de 1950 las clínicas de profilaxis venérea o de urgencias para enfermedades venéreas, desaparecieron y la atención a esta enfermedad solo se configuró como un servicio de curación más que de prevención. Asimismo, durante la década de las cincuenta y sesenta las infecciones de transmisión sexual fueron consideradas entre las primeras causas de enfermedades transmisibles. Las tendencias de dichas enfermedades que comenzaron a disminuir o aumentar a partir de ese año.

La sífilis de 1950 a 1987 ha ocasionado 259,589 casos, pero su tendencia bajo de 14,088 casos identificados en 1950 a 3,018 casos en 1987; infección que al igual que la gonorrea descendió de los 4,970 enfermos para 1950 a los 4,450 episodios en 1982; mientras otras enfermedades manifestaron un aumento; tal es el caso de la infección gonocócica y el chancro; finalmente el VIH-Sida ha generado 29, 265 casos, ascendiendo de 1 caso en 1984 a 1,556 personas con VIH en 2012.

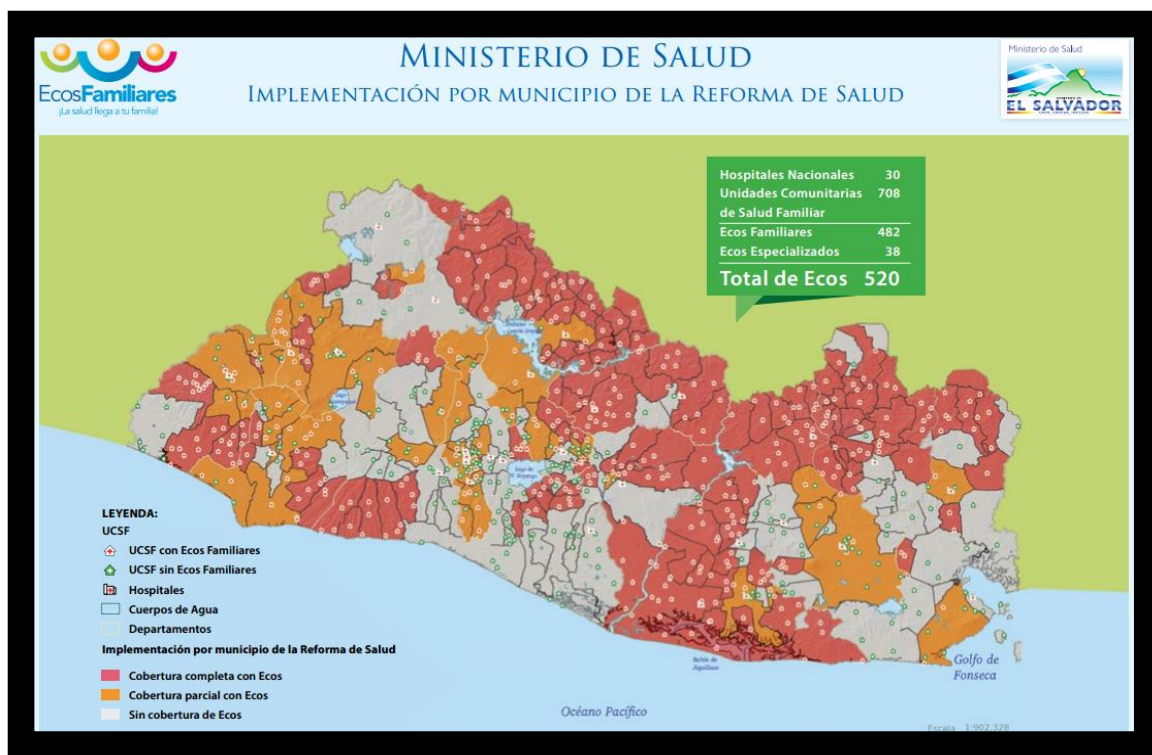
Mientras las enfermedades inmuno prevenibles a pesar de las diferentes epidemias que causaron durante la segunda mitad del siglo XX, la mayoría empezaron a expresar una incidencia mucho menor debido al aumento de la cobertura de vacunación en nuestro país. El sarampión en 1965 causó una epidemia que ocasionó que 18,089 personas adquirieran la enfermedad, mismas que un año después fue considerada la quinta causa de mortalidad debido a que 1,024 habitantes fallecieron debido a esta causa; finalmente, en 1989 otra epidemia de sarampión generó una magnitud de 16,536 casos a nivel nacional; año a partir del cual, la enfermedad aparentemente fue controlada.

La poliomielitis es una enfermedad que ha causado más de 1,922 casos desde 1950 a 1989, que ha logrado controlar a través de las constantes campañas de vacunación que se

originaron a partir de la década de los cuarentas, siendo de importancia resaltar los pequeños brotes epidémicos originados por esta enfermedad en los años 1953, 1957, 1967 y 1974. Asimismo, la difteria ha manifestado brotes epidémicos en nuestro país en los años 1953, 1961 y 1968-1971 y 1973, enfermedad que al igual que otras enfermedades inmuno prevenibles como el tétano y la tuberculosis fue combatida mediante el aumento de los niveles de vacunación, principalmente en menores de 4 años.

Las Infecciones Respiratorias Agudas son una de las enfermedades que a partir de la década de los cincuenta han ocasionado cientos de miles de enfermos. Dentro de estas enfermedades se encuentra la influenza, enfermedad que durante la década de los cincuenta y sesenta fue considerada como una de las principales causas de enfermedades transmisibles; mismas que han ocasionado 3,410, 294 casos desde 1950 hasta 1995, año a partir del cual, esta enfermedad junto a otros padecimientos de las vías respiratorias fueron incluidos en un solo grupo denominado IRAS.

Los casos complicados de estas enfermedades han llegado a convertirse en neumonías las cuales desde 1992 has 2012 han generado 1,459,114 casos afectando principalmente a la niñez salvadoreña. Así, se puede observar que la magnitud de los efectos de una enfermedad en nuestro país ha dependido de las acciones y políticas implementadas por la cartera de salud, institución que a partir de 1950 ha definido programas o proyectos focalizados al combate solo de algunas enfermedades transmisibles; algunos han sido efectivos a largo plazo; mientras otros no han generado los resultados esperados, pero asimismo, hay otro conjunto de enfermedades al que no se les ha prestado la debida atención a lo largo de la historia.



FUENTE: Ministerio de Salud, *Informe de labores 2013-2014*. San Salvador: MINSAL, 2014, 95.

CAPITULO 3: LAS POLITICAS DE SALUD DIRIGIDAS AL COMBATE, PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 1950-2014.

INTRODUCCIÓN.

- 3.1. DE LA FRAGMENTACIÓN A LA UNIFICACIÓN: LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000.
- 3.2. LOS EFECTOS Y RESULTADOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000.
- 3.3. LOS PROGRAMAS DE IDENTIFICACIÓN, CONTROL Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000.

CONCLUSIONES DEL CAPITULO.

CAPITULO 3:

LAS POLITICAS DE SALUD DIRIGIDAS AL COMBATE, PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES 1950-2014.

INTRODUCCIÓN.

Actualmente no existe una investigación científica que analice o dé a conocer los esfuerzos, pero también las deficiencias y ausencias que el Estado ha tenido en la resolución de los problemas originados en el estado de salud o en el sistema de salud de nuestro país desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad; punto central del presente capítulo; el cual, busca dar respuesta a la pregunta ¿por qué fueron débiles e ineficientes las políticas públicas de salud implementadas por el Estado para tratar de resolver los problemas ocasionados por las enfermedades transmisibles en nuestro país?

Determinar la historia de las políticas pública de salud significa establecer qué rol desempeñó el Estado en materia de salud; sin embargo, en el capítulo uno se ha determinado que desde la consolidación del Estado Salvadoreño a partir de 1841, este delegó toda la responsabilidad de la administración de las instituciones de salud; estrategia que a través de las juntas de caridad o beneficencia la recaudación de fondos para el financiamiento de dichas obras.

Fue hasta principios del siglo XX que el Estado Salvadoreño empezó a intervenir aunque de forma incipiente en el tema de salubridad y sanidad a través de la creación del Consejo Superior de Salubridad en 1900 y de la eliminación de las juntas de caridad o beneficencia en 1904 para la creación de las direcciones hospitalarias. En este periodo que el Estado Salvadoreño mostró una debilidad en el manejo de la salud, debido a que esta no fue una prioridad permanente, clara muestra de ello se refleja en la mínima asignación presupuestaria dedicada a las instituciones de beneficencia, salubridad y sanidad a lo largo de la primera mitad del siglo XX.

El primer esfuerzo que buscó sentar las bases de una adecuada salubridad en nuestro país fue ejercido en 1900 mediante la creación del primer código de sanidad terrestre y marítima de El Salvador y del Consejo Superior de Salubridad, iniciativa que fue truncada a partir de 1914. Seis años después luego de la grave epidemia de disentería bacilar en 1917 y de la epidemia de fiebre amarilla en 1919 se creó la Dirección General de Sanidad en 1920, instancia que alcanzó su organización a través de su reglamento interno y que cobró más fuerza con el Código de Sanidad de El Salvador aprobado en 1930 y publicado en 1931.

No obstante, hasta esta fecha la Dirección General de Sanidad solo era una dependencia del Ramo de Gobernación, Trabajo, Fomento, Agricultura, beneficencia y Sanidad que para la implementación de sus actividades y programas solo poseía el 0.15% del presupuesto de gasto general, cantidad muy diferente al designado al ramo de guerra que consistía en el 18.3% del presupuesto¹⁵⁴, lo anterior brinda una orientación sobre la poca importancia que tenía la sanidad para el gobierno de esa época.

A pesar de lo anterior en 1938 el gobierno salvadoreño logró un importante avance, a través de la creación del Ramo de Sanidad, instancia compuesta por la Dirección General de Sanidad y las Delegaciones de Sanidad Departamentales; las cuales trabajaron de forma separada con el Ramo de Beneficencia compuesto por los hospitales, los asilos, salas cuna, casas de niño, de amparo y de pobres, y sanatorios nacionales¹⁵⁵.

Sin embargo, a pesar de que la sanidad ya era vista como un ramo, mantenía un presupuesto que no permitía el cumplimiento de sus programas y proyectos, debido a

¹⁵⁴ Chester Urbina Gaitán, "Estado y control social en El Salvador 1931-1944", consultado el 05 de abril, 2016, <http://ri.ufg.edu.sv/jspui/bitstream/11592/171/1/Estado%20y%20control%20social%20en%20El%20Salvador%201931-1944.pdf>

¹⁵⁵ Asamblea Legislativa, "Ley del presupuesto para 1938-1939", *Diario oficial*, tomo 124, nº 138, 30 de junio de 1938.

que su asignación presupuestaria para ese año fue de 312,404 colones y la del ramo de beneficencia fue de 650,870, recursos que eran equivalentes al 0.55% del total de egresos programados para ese año que eran iguales a 17,353,824.00 colones.

La Constitución de 1939, fue la primera carta magna en donde se estableció en el Art. 105 que era un deber del Estado mantener la salubridad pública en el país y mejorar las condiciones higiénicas de sus habitantes¹⁵⁶, función ejercida por el Ramo de Sanidad. Sin embargo, en 1946 se crea el Ministerio de Asistencia Social, en donde el anterior ramo de sanidad se convirtió nuevamente en la Dirección General de Sanidad; asimismo, el nuevo ministerio se encontraba integrado por dos direcciones más, la Dirección General de Hospitales y la Dirección de Asistencia Social, instancia que además estableció las bases para que en 1950, se considerara a la salud como un bien público y se renombrará como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La Constitución aprobada en 1950 estableció que *“la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y los individuos están obligados a velar por su conservación y establecimiento¹⁵⁷”*; asimismo definió que el Estado daría *“asistencia gratuita a los enfermos que carezcan de recursos, y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible. En este último caso toda persona está obligada a someterse a dicho tratamiento¹⁵⁸”*.

En ese año, el Estado aún no había asumido la responsabilidad en la identificación, control y erradicación de las enfermedades transmisibles, para garantizar un adecuado estado de salud de la población salvadoreña; sin embargo, el presupuesto asignado al MSPAS para ese año fue de ₡3,204,438, equivalente al 4.1% del presupuesto general, presupuesto mucho menos al de los Ministerios Cultura Popular que se convirtió

¹⁵⁶ “Constitución de la República de El Salvador de 1939”, consultada el 05 de enero de 2016, <https://app.box.com/s/5zaiewn55tx3pab1mk64>

¹⁵⁷ “Constitución de la República de El Salvador de 1950”, consultado el 15 de diciembre, 2015, <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1575/20.pdf>

¹⁵⁸ *Ibíd.*

posteriormente en Ministerio de Educación, al Ministerio de Defensa Nacional y al Ministerio de Obras Públicas, todo lo anterior permite determinar que los avances constitucionales alcanzados hasta 1950 en materia de salud pública no se reflejaron en el presupuesto asignado a la cartera de estado, determinante que en muchas ocasiones dificultó el desarrollo de las proyectos, programas y planes institucionales.

En 1983 se estableció en la nueva carta magna que el Estado determinaría *“la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación”*¹⁵⁹; aseveración muy importante, debido a que por primera vez el Estado a través de la constitución dispone la creación de una sola política nacional; lo cual, no implica que no existieran políticas de salud desde 1950, sino que a partir de esta fecha se tendría que elaborar e implementar una política nacional bajo la cual se organizarían la mayoría de estrategias, programas y proyectos de salud, políticas focalizadas; dentro de las cuales, solo una pequeña cantidad se encontraban dirigidas al combate de enfermedades transmisibles.

Así, cuáles fueron los esfuerzos organizados por el Estado para identificar, prevenir, controlar y erradicar dichas enfermedades desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad.

3.1. DE LA FRAGMENTACIÓN A LA UNIFICACIÓN: LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL SALVADOR DE 1950 A 2014.

De 1920 a 1950 la mayoría de campañas y programas de salud pública dirigidas para prevenir, controlar y erradicar las enfermedades infecciosas fueron emprendidos por la Dirección General de Sanidad y financiados por organismos de cooperación externa como la Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas y la Fundación Rockefeller

¹⁵⁹ “Constitución de la República de El Salvador de 1983”, consultado el 1 de abril, 2016, <http://www.asamblea.gob.sv/eparlamento/indice-legislativo/buscador-de-documentos-legislativos/constitucion-de-la-republica>

en donde El Salvador siguió *“una trayectoria definida desde 1900 en lo que concierne a la cooperación internacional en salud pública; mucho se ha beneficiado del interés mostrado en ese terreno. Muy precaria sería nuestra situación si El Salvador no hubiese sabido aprovechar en todo momento el estímulo y la ayuda provenientes de la acción internacional panamericana y mundial*¹⁶⁰.

Para 1950 el 80% de las muertes identificadas en las principales ciudades del país que integraban el área de registro de la Dirección General de Sanidad ocurrían sin asistencia médica, dentro de las que un 50% eran defunciones de menores de 4 años causadas en gran medida por enfermedades transmisibles; es decir, que en los lugares más alejados de las cabeceras departamentales, el 100% de las muertes sucedía sin asistencia médica. Asimismo, en el área de registro la mayor parte de personas que padecían una enfermedad no recibían atención profesional capacitada; aseveración que nos da la pauta para exponer que en las áreas donde no existían los servicios de sanidad, el 100% de las personas enfermas no reciban atención médica.

Con dicha realidad inició las funciones el recién creado Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) a partir de la segunda mitad del siglo XX, motivaciones que llevaron a la creación de políticas institucionales, sectoriales o focalizadas, dirigidas a la resolución de problemas relacionados con el estado de salud de la población o el sistema de salud. Así, el MSPAS no contó con una política nacional de salud que permitiera beneficiar a la mayor cantidad de población posible. Fue hasta la creación del Ministerio de Salud a finales de la primera década del siglo XXI que se crea la primera política de carácter nacional en materia de salud pública.

¹⁶⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951).

Sin embargo, de 1950 a 2014 la cartera de salud ha dirigido diferentes periodos de políticas públicas de salud, instrumentos que han regido las acciones, proyectos y programas institucionales.

TABLA XXVI

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL SALVADOR DE 1950 A 2014.

POLITICA	PERIODO	OBJETIVO GENERAL	COMPONENTES U OBJETIVOS ESPECIFICOS
Plan Nacional de Organización de los Servicios Médicos	1953 1961	Llevar la bondad de la medicina a todos los rincones del país para establecer la mayor ventaja técnica al servicio de un sector considerable de la población.	1. Saneamiento ambiental 2. Lucha contra la malaria 3. Lucha antituberculosa 4. Inmunización
Plan Decenal de Salud	1963 1973	Racionalizar y normalizar las actividades de salud en recursos reales y monetarios, hacer una extensión de los servicios y atención integral, prevención, curación y rehabilitación.	1. Hospitalización 2. Inmunización 3. Consulta 4. Visita por enfermedad. 5. Inspección sanitaria
Reforma administrativa y posterior intensificación de programas de salud	1974 1984	Modificar la estructura administrativa para obtener la eficiencia adecuada a las demandas de servicios.	1. Mejorar la organización y los procedimientos administrativos. 2. Modernización y ampliación de la red de establecimientos y servicios de salud. 3. Mejorar la calidad de los servicios. 4. Salud mental. 5. Saneamiento ambiental. 6. Alimentación y nutrición.
Plan Quinquenal 1985-1989 Cinco políticas sectoriales.	1985 1989	Cumplir con los lineamientos de políticas establecidas en la Política Global de Desarrollo Económico y Social de El Salvador, 1985-1989.	1. Estructuración del primer nivel de atención. 2. Desarrollar la participación comunitaria y la descentralización de los servicios. 3. Promover la eficiente utilización de los recursos humanos y tecnológicos en salud. 4. Crear mecanismos para la construcción a largo plazo un Sistema Nacional de Salud con otras instituciones 5. Crear y evaluar mecanismos y fases de comunicación con otras instituciones del sector
Plan Quinquenal 1989-1994 Políticas de salud	1989 1994	Mejorar el estado de salud de la población salvadoreña a través de programas dirigidos a los problemas prioritarios en función de riesgo de los grupos vulnerables.	1. Canasta básica de servicios de salud. 2. Canasta ampliada de servicios de salud. 3. Seguro Médico obligatorio

POLITICA	PERIODO	OBJETIVO GENERAL	COMPONENTES U OBJETIVOS ESPECIFICOS
			<ol style="list-style-type: none"> 4. Descentralización de servicios de salud. 5. Modernización Institucional, 6. Marco legal. 7. Infraestructura, 8. Financiamiento del Sistema
<p>Plan Quinquenal 1994-1999 Plan General de Reforma de Salud</p>	<p>1994 1999</p>	<p>Mejorar el nivel de Salud de la población salvadoreña mediante la modernización del sector y el desarrollo de programas interinstitucionales tendientes a la atención integral de salud de las personas y a la disminución de los riesgos y daños al medio ambiente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construir un sistema nacional de salud equitativo, eficiente, eficaz y participativo. 2. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad promoviendo la participación organizada y sostenida de la comunidad con los gobiernos locales con el fin de mejorar el estado de salud de la población. 3. Incentivar proyectos locales de promoción de la salud y prevención de enfermedades, saneamiento básico y ambiental.
<p>Plan Quinquenal 1999-2004 Propuesta de Reforma Integral de Salud, no se desarrolló.</p>	<p>1999 2004</p>	<p>Consolidar un Sistema Nacional de Salud que amplíe y mejore la prestación de los servicios de salud en los tres niveles de atención a la totalidad de la población para satisfacer sus necesidades, reducir las desigualdades, controlar y regular el uso de los recursos, mejorar la atención integral de salud de las personas y la disminución de los riesgos y daños al medio ambiente incorporando y enfatizando la intensidad de programas de salud y de medioambiente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer la capacidad rectora del MSPAS 2. Fortalecer el primer nivel de atención y optimizar el segundo y tercer nivel de salud. 3. Incrementar la calidad y eficiencia de los servicios que prestan actualmente el MSPAS, el ISSS y el sub sector privado. 4. Otorgar servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta.
<p>Plan Quinquenal 2004-2009 Políticas sectoriales de salud</p>	<p>2004 2009</p>	<p>Fortalecer el proceso de descentralización y modernización interinstitucional, la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, riesgos y daños en el medio ambiente y la rehabilitación, con el enfoque de atención primaria de salud para mejorar el nivel de salud de la población. Así también, el lograr una cobertura universal, garantizando la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos en el país.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcanzar un sistema nacional de salud eficiente y consolidada, funcionando descentralizadamente a escala nacional. 2. Alcanzar una cobertura nacional. 3. Garantizar la gratuidad de la atención a toda persona que carezca de recursos económicos.
<p>Plan quinquenal 2010-2014 Política Nacional de Salud</p>	<p>2009 2014</p>	<p>Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redes integrales e integradas de servicios de salud. 2. Medicamentos y vacunas 3. Desarrollo de recursos humanos.

POLÍTICA	PERIODO	OBJETIVO GENERAL	COMPONENTES U OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Reforma de salud		(incluyendo a la Seguridad Social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Sistema nacional de emergencias médicas. 5. Trabajo inter e intra sectorial 6. Sistema único de información 7. Instituto Nacional de Salud 8. Participación social.

Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1952 al 14 de septiembre de 1953* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1953); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1963-1964* (San Salvador: MSPAS, 1964); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1965-1966* (San Salvador: MSPAS, 1966); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1975-1976* (San Salvador: MSPAS, 1976); MSPAS, *Memoria Anual 1985-1986* (San Salvador: MSPAS, 1986); Jorge Roberto Cruz, "Las políticas de salud en El Salvador 1985-1989", consultado el 03 de marzo, 2016, <http://unpan1.un.org/intrdoc/groups/public/documents/icap/unpan040830.pdf> y MSPAS, *Memoria 1988-1989* (San Salvador: MSPAS, 1989); MSPAS, *Memoria de labores 1995-1996* (San Salvador: MSPAS, 1996).

Todas las políticas antes mencionadas se crearon en contextos y en base a prioridades diferentes, debido a que en cada periodo no se dio continuidad a la mayoría de componentes de las políticas anteriores, ni mucho menos se fijó un presupuesto que permitiera el alcance de los objetivos propuestos en cada plan, reforma o política de salud. Sin embargo, ¿Qué tan efectivas fueron? ¿Cuáles fueron sus resultados? y ¿Qué condicionantes impidieron su efectividad?

3.1.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES INFECCIOCONTAGIOSAS, 1953-1962.

A finales de la década de los cuarenta, las autoridades de gobierno estaban conscientes de las necesidades de la población en materia de salud, educación, asistencia pública, seguridad social y vivienda. Para ello, elaboraron una reorientación de la política fiscal

que permitió una mayor recaudación de fondos, parte de los cuales fue asignada a salud y educación.

En 1950, la cartera de salud recibió el 4.1% del presupuesto de gasto asignado para ese año, mientras que la cartera de educación recibió el 10.49% del presupuesto total. Los fondos asignados a salud se distribuyeron entre las tres direcciones que integraban el MSPAS, la Dirección General de Hospitales, la Dirección General de Asistencia Social y la Dirección General de Sanidad; los cuales, permitieron la continuidad y mejoría de las acciones y servicios brindados por dichas dependencias.

Sin embargo, la primera política pública de salud realizada a partir de esa década fue el proceso de organización de esfuerzos para la prevención y control de enfermedades transmisibles, iniciativa formulada por la Dirección General de Sanidad a través del Plan Nacional de Organización de los Servicios Médicos iniciado en 1953 que tenía como principal objetivo *“llevar la bondad de la medicina a todos los rincones del país para establecer la mayor ventaja técnica al servicio de un sector considerable de la población”*¹⁶¹.

El plan reunía la ejecución de una serie de programas de prevención y combate de enfermedades infecto contagiosas entre los que se encontraban la lucha antipalúdica y lucha antituberculosa, el programa de saneamiento ambiental y la vacunación; programas que generaban mayor impacto en la prevención o control de las enfermedades infecto contagiosas que mayor daño ocasionaban a la población o que accionaban con mayor eficiencia a las demandas de servicios por parte de la ciudadanía¹⁶².

¹⁶¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1952 al 14 de septiembre de 1953* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1953), 3.

¹⁶² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1963-1964* (San Salvador: MSPAS, 1964), 4.

Sin embargo, su implementación se desarrolló solo con los servicios y recursos de la Dirección General de Sanidad, lo que hace una referencia a la segmentación de los servicios públicos de salud existentes durante la década de los cincuenta debido a que las tres direcciones que integraban el MSPAS trabajaban de forma desarticulada. Para 1955 el presupuesto asignado al MSPAS fue de ₡16,195,000 equivalente al 9.9% del presupuesto general, lo anterior reflejaba un aumento sustancial en comparación con el presupuesto de 1950.

De dicho fondo la Dirección General de Sanidad contaba con 8,164,182 colones, dependencia que había logrado la creación de Centros de Salud en Metapán, Chalchuapa, Chalatenango, Suchitoto, Santiago de María, San Francisco, Sensuntepeque y la Unión los cuales integraban el rubro de bienestar rural¹⁶³.

El presupuesto asignado permitió a la Dirección general de Sanidad pasar de 36 centros, unidades y delegaciones de sanidad que poseía en 1950 a 127 centros, unidades y delegaciones de salud para 1964. Asimismo, la extensión de la infraestructura, de los servicios de salud y de los programas de dicho plan para esta década permitió la reducción sustancial de las muertes por enfermedades transmisibles registradas durante la década de los cincuenta.

Durante la década de los sesenta los elementos de prevención y promoción con los que contaban el programa de saneamiento ambiental, el programa contra la malaria y la lucha antituberculosa ya no continuaron, los motivos fueron falta de presupuesto para la implementación de dichos programas y voluntad política, a pesar de ello, el presupuesto asignado al MSPAS para 1960 fue de 10.2%, en 1966 fue el 11.1% y en 1970 fue el 13% del presupuesto total de gasto asignado.

¹⁶³ Asamblea Legislativa "Ley del Presupuesto General 1955-1956", consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1954/12-diciembre/diciembre-1954_Parte22.pdf

3.1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS ENFOCADAS A ALCANZAR TRANSFORMACIONES ADMINISTRATIVAS DE LA CARTERA DE SALUD, 1963-1984.

La segunda política institucional implementada en 1963 fue el Plan Decenal de Salud, iniciativa encaminada a buscar un cambio administrativo a través de la fusión de la Dirección General de Sanidad y la Dirección General de Hospitales en un solo organismo, denominado Dirección General de Salud y la creación del Departamento de Planificación y Evaluación de Salud con la finalidad de organizar y unificar todos los programas de prevención, fomento y recuperación de la salud¹⁶⁴.

Las principales metas del plan se definían por la racionalización y normalización de las actividades de salud en recursos reales y monetarios, alcanzar la extensión y unificación de los servicios de salud, elaborar programas y normas, establecer fichas clínicas y hojas de consulta externa estandarizadas e integrar las acciones de salud, esto debido a que las autoridades de salud sostenían la tesis de la imposibilidad del crecimiento económico de un pueblo, si este no conseguía los niveles de salud indispensables para aprender, crear y producir más¹⁶⁵.

Para esta fecha la cartera de salud no tenía los suficientes recursos para brindar una cobertura de salud a toda la población salvadoreña, al contar solo con 14 hospitales, 9 clínicas de salud, 57 unidades de salud, 7 puestos de salud y 5,493 camas para hospitales con un total de 1, 113, 333 consultas médicas en 151 centros y en donde los hospitales consumían más de la mitad de los fondos presupuestados¹⁶⁶. A pesar de ello, muchos de los establecimientos y servicios antes mencionados fueron creados en la ejecución del

¹⁶⁴ MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1962-1963* (San Salvador: MSPAS, 1963).

¹⁶⁵ *Ibíd.*, 17.

¹⁶⁶ *Ibíd.*, 30.

Plan Nacional de Organización de los Servicios Médicos implementados a partir de 1953.

Sin embargo, hasta esa fecha aún no existía la concepción de la salud como un derecho humano, el Estado se encontraba obligado constitucionalmente a brindar asistencia gratuita a las personas que no poseían los suficientes recursos económicos; es así, como en este periodo se estableció el mecanismo de pago fundamentado en la tesis de que el *“15% de la población puede costear servicios médicos, la demás población puede contribuir, sino integralmente al menos en parte, siempre habrá indigentes a los cuales, se les dará servicios médicos gratuitos”*¹⁶⁷.

Lo anterior dio paso a la organización de patronatos en los puestos de salud de las comunidades servidas por las unidades móviles rurales, en donde se realizaría un estudio socio económico al enfermo para considerar si podía aportar con un colon o no, esto a pesar de que para ese entonces más del 50% de la población vivía en pobreza extrema y la cantidad de aportación solicitada era equivalente a un día de trabajo para un jornalero, factor que posiblemente alejó a la población aún más de los servicios de salud.

En 1965 las autoridades de salud consideraron que esta política de salud permitiría *“llevar los servicios médicos preventivos y curativos por todo el territorio nacional para que de ser posible, cada uno de los mismos sea accesible a la inmensa mayoría de la población”*¹⁶⁸. Sin embargo, se desconocen cuál fue la magnitud de los efectos negativos producidos por esta medida en el porcentaje de población salvadoreña que tenía acceso a los servicios de salud a partir de ese año.

Otro factor negativo de esta política fue la discontinuidad de algunos programas claves de la política de 1953 encaminados a la prevención, control y erradicación de

¹⁶⁷ MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1962-1963* (San Salvador: MSPAS, 1963) 57.

¹⁶⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1965-1966* (San Salvador: MSPAS, 1966), 6.

enfermedades transmisibles como la campaña contra la malaria y el programa de saneamiento rural debido principalmente a la falta de presupuesto y la falta de voluntad política para su ejecución, ambas políticas buscaban aumentar los niveles de equidad de los servicios de salud dirigidos a la población salvadoreña, principal afectado por el aumento de la incidencia y efectos producidos por la malaria, las enfermedades gastrointestinales, la tuberculosis y las enfermedades inmuno prevenibles desde 1963 hasta 1973.

La tercera política institucional de salud fue implementada a partir de 1974, una reforma administrativa que buscaba el mejoramiento de la organización y los procedimientos administrativos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en efecto si se ejerció una reorganización administrativa. Dos años más tarde se implementó la estrategia del aumento en la cobertura de los diferentes programas; para ello, se inició el programa de ampliación de la red de servicios de salud que comprendía la construcción de un hospital, 7 centros, 24 unidades y 75 puestos de salud; para lo cual, la financiación parcial del proyecto sería proporcionada por el BID¹⁶⁹.

El presupuesto asignado para 1975 fue de 82,196,160 colones equivalente al 12.1% del presupuesto general de gasto asignado en 1976, porcentaje que para 1981 descendió al 9% y para 1985 al 8.1% del presupuesto total de gastos asignados para esos años, mientras la infraestructura creció de 238 establecimientos de salud pública en 14 hospitales, 318 centros unidades y puestos de salud y 9 clínicas y dispensarios, equivalentes a 341 establecimientos para 1984. El crecimiento en la infraestructura permitió un mayor descenso de la mortalidad por enfermedades transmisibles; sin embargo, es cuestionable si estas medidas fueron eficientes para erradicar dichas enfermedades y bajar los índices de morbilidad que produjeron y que en algunos casos fueron en aumento.

¹⁶⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1975-1976* (San Salvador: MSPAS, 1976), 13.

3.1.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DIRIGIDAS A LA ESTRUCTURACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 1985-1999.

El Estado durante la década de los ochenta promovió una política nacional económica social en donde cada cartera de Estado agrupaba las políticas sectoriales dirigidas a alcanzar los objetivos de país. En este sentido el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el periodo 1985-1989 propuso políticas sectoriales encaminadas a la estructuración del primer nivel de atención, el desarrollo de la participación comunitaria y la descentralización de los servicios, la promoción de la eficiente utilización de los recursos humanos y tecnológicos en salud, la creación de mecanismos para la construcción a largo plazo un Sistema Nacional de Salud con otras instituciones, y la creación y evaluación de mecanismos y fases de comunicación con otras instituciones del sector¹⁷⁰.

El contexto en el que se generaron dichas acciones no fue el más conveniente. La guerra que experimentó el país intensificó las desigualdades sociales caracterizadas por *“la pobreza, la insalubridad, la incultura y la violencia... este cuadro social se complica con la existencia de fenómenos nuevos, como aquel de los desplazados y el incremento acelerado de la marginalidad... hay más de trecientas mil personas que sobreviven gracias a la ayuda alimentaria que se les proporciona gratuitamente y la totalidad de los desplazados por el terror y la violencia, sobrepasa el medio millón de salvadoreños”*¹⁷¹.

Para este periodo las zonas más apartadas del país con problemas de accesibilidad y los grupos más vulnerables entre los que se encontraba la población infantil y las mujeres en edad fértil, equivalentes al 37.1% de la población salvadoreña, se

¹⁷⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual 1985-1986* (San Salvador: MSPAS, 1986), 10.

¹⁷¹ Jorge Roberto Cruz, *Las políticas de salud en El Salvador 1985-1989*, consultado el 03 de marzo, 2016, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan040830.pdf>

convirtieron en el centro prioritario para el desarrollo de los programas y servicios dirigidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social entre los que se encontraron el programa de supervivencia infantil y las campañas de vacunación.

Cruz, un analista de dicha reforma, establece que las cinco políticas sectoriales *“no han respondido en el marco deseado para solucionar los problemas urgentes de salud de la población”*¹⁷². Para esa fecha las enfermedades por el mal saneamiento, entre las que se encuentran las diarreas, la disentería, la helmintiasis, los parásitos intestinales, la influenza e incluso hasta la lepra, fueron enfermedades que expresaron brotes epidémicos en el periodo 1984-1989.

Aunado a ello, el presupuesto asignado para la ejecución de las políticas no fue acorde a las necesidades propuestas, debido a que en 1985 los fondos asignados a las cartera de salud fue de 197,534,280 colones equivalente al 8.1% del presupuesto nacional, factor que evidenció que la salud no era la primera prioridad para el gobierno de esa época debido a la reducción en la asignación presupuestaria.

Las políticas de salud formuladas en el quinquenio 1989-1994 se definieron por la búsqueda de la mejora del estado de salud de la población salvadoreña a través *“de programas dirigidos a los problemas prioritarios en función de riesgo de los grupos vulnerables, haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades y ejecutando acciones de promoción y educación para la salud, y de protección, curación y rehabilitación, ...”*¹⁷³.

Mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud en sus tres niveles, agilizar el proceso de desarrollo institucional, retomar los esfuerzos de programación local e impulsar la concreción de los Sistemas Integrados de Salud e impulsar la adecuación de los recursos humanos en salud; racionalizar la utilización de recursos financieros y

¹⁷² *Ibíd.*, 4.

¹⁷³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria 1988-1989* (San Salvador: MSPAS, 1989), 7.

materiales, colaborar con otros sectores e instituciones involucradas; y armonizar la cooperación externa en salud, en función de las prioridades nacionales.

González y Vásquez definen que a partir de este periodo se empezaron a generar las condiciones para la implementación de una reforma de salud, debido a dos motivaciones principales “ 1. La firma de los acuerdos de paz en 1992 y 2. Los programas de ajuste estructural a partir de 1989 como parte de la globalización y modernización del estado¹⁷⁴”

La reforma, que intentó implementar el MSPAS, se encontraba enfocada a resolver la problemática del MSPAS para ese periodo en tres aspectos “1. Área Programática, por la existencia de bajas coberturas en los programas de atención y calidad, la existencia de diversos programas. 2. Área Administrativa, por la excesiva verticalidad y centralización del sistema en los aspectos administrativo, financiero, recursos humanos, apoyo técnico y logística. 3. Área de Financiamiento, por el insuficiente presupuesto designado a salud, utilizando como estrategia aumento de cuotas en los servicios de salud que oferta a través del patronato no muy bien vistos por la población¹⁷⁵”

Sin embargo, no contó con el apoyo necesario para su ejecución. En 1993 surgieron diferentes propuestas de reforma entre las que se encontraban “Invertir en salud” del Banco Mundial, la propuesta del grupo ANSAL de 1994 denominada “La Reforma de salud: Hacia su equidad y eficiencia” y la “Guía para la reforma del sector salud” elaborada por el Grupo de Reforma del Sector Salud en 1995. No obstante, se discutía sobre la falta de presupuesto para la ejecución de una reforma esto a pesar de que para 1995 la asignación presupuestaria para el MSPAS fue 1,204,491,130.00 colones; es decir equivalente al 10.2% del presupuesto total de gastos asignado para ese año.

¹⁷⁴ Guillermo González González y Antonio Vásquez Hidalgo, “La reforma del sistema de salud en El Salvador”, consultado el 01 de abril, 2016, http://ri.ues.edu.sv/750/1/LA_REFORMA_DEL_SISTEMA_DE_SALUD_EN_EL_SALVADOR.pdf

¹⁷⁵ *Ibíd.*, 5.

Se implementó el aumento en las cuotas voluntarias como estrategia para obtener ingresos extras, acción que generó mayores niveles de desigualdad para el acceso a los servicios públicos de salud en la población salvadoreña. Es necesario destacar que en este periodo no se implementó ninguna de las propuestas de la reforma de salud. Sin embargo, se mantuvo la política pública de salud definida en el Plan Nacional de Salud de 1994-1999 buscaba *“Mejorar el nivel de salud de la población salvadoreña mediante la modernización del sector y el desarrollo de programas interinstitucionales tendientes a la atención integral de salud de las personas, y disminución de los riesgos y daños al medio ambiente”*¹⁷⁶.

El plan nacional planteó la necesidad de una reforma administrativa que buscaba la modernización del Ministerio a través de la reorganización de las cinco regiones de salud en 18 direcciones departamentales de salud, proceso de desconcentración de recursos que generó un mayor nivel de burocracia y no permitió la mejoría en la atención a la salud de la población salvadoreña. Entre 1998 y 1999 surgieron tres propuestas sobre el rumbo que debería llevar la salud pública de nuestro país.

La iniciativa del Consejo Nacional de Salud (CONASA), la del Sindicato de trabajadores del ISSS y el Colegio Médico, y la de FUSADES, todas con ideas contrapuestas¹⁷⁷. De las propuestas anteriores, no se desarrolló ninguna debido a que uno de los principales factores para la efectividad de una política de salud es que haya una participación de todos los sectores, elemento que no se permitió que ningunas de las iniciativas se llevara a cabo.

3.1.4. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD ENCAMINADAS A LA PRIVATIZACIÓN DE LA SALUD EN EL SALVADOR, 2000-2004.

¹⁷⁶ MSPAS, *Memoria de labores 1995-1996* (San Salvador: MSPAS, 1996), 8.

¹⁷⁷ OPS, *El Salvador hacia la cobertura universal de salud* (San Salvador: OPS, 2014), 19 -20.

En el año 2000 surge como resultado de la negociación entre el gobierno y el colegio médico la Propuesta de Reforma Integral de Salud que planteaba nueve lineamientos que guiarían el proceso entre los que se encontraban

“Consolidar un Sistema Nacional de Salud, consolidar un Modelo de Atención Integral, consolidar un Modelo de Provisión Mixta y de un Modelo de Gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud; promover la descentralización como un eje transversal del sistema de salud; intervenir en los recursos humanos para la salud como elemento central del cambio y gestión del sistema de salud; fortalecer la intersectorialidad en la respuesta social organizada a los retos en salud y garantizar los servicios esenciales de salud a toda la población salvadoreña¹⁷⁸”.

La propuesta mantenía una visión restrictiva de la atención primaria en salud y establecía la necesidad de fortalecer la complementariedad *“entre el sector público y el sector privado de salud lucrativa y no lucrativa en la provisión mixta de servicios¹⁷⁹”*. No obstante, la propuesta no recibió el apoyo de los sectores necesarios, motivo por el cual no se implementó.

A pesar de ello, en su marco de acción el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social intentó fortalecer los programas de educación preventiva; para ello, se buscaba desarrollar programas de prevención de enfermedades para 2,878,880 personas con la finalidad de bajar los costos en recuperación y deterioro de salud, realizar campañas de saneamiento ambiental que permitieran prácticas higiénicas correctas con la finalidad de minimizar las posibilidades de surgimiento de epidemias o enfermedades transmisibles aunque unos años atrás el PLANSABAR había sido trasladado a ANDA.

Buscaba además mantener funcionando la red de establecimientos de salud integrado por 139 casas de salud, 354 unidades de salud, 50 centros rurales de nutrición y 30 hospitales, y fortalecer los programas de atención materno-infantil, a fin de garantizar un

¹⁷⁸ Consejo de Reforma del Sector Salud, *Propuesta de reforma integral 2000-2008* (San Salvador: CRSS, 1999).

¹⁷⁹ *Ibíd.*, 25.

desarrollo normal de la madre durante la gestación y un crecimiento saludable de la niñez. Sin embargo, fue durante ese año que a el presupuesto de salud disminuyó al 9.8% del presupuesto general y fue en ese periodo que las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas aumentaron el nivel de incidencia, asimismo se expresó un nuevo brote de cólera el año 2000. Mientras que los efectos negativos producidos por las enfermedades inmuno prevenibles se redujeron debido a la continuidad de las campañas de vacunación.

En el año 2002 surge la propuesta "Democratización del Sistema de Previsión de Salud", proyecto que retomaba nuevamente el elemento de la participación de la empresa privada en la prestación de los servicios públicos de salud; el cual, tuvo el marcado rechazo de diferentes sectores desencadenando la movilización de organizaciones sociales, quienes estaban en contra de la privatización de la salud. En junio de 2003 se suscribió el acuerdo para la solución del conflicto de salud del proceso de Reforma Integral de Salud, que fue implementado por la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud que estuvo funcionando de 2003 a 2007.

De 2003 a 2009 no se estableció una política institucional o nacional como disponía la constitución desde 1983. Más bien se crearon disposiciones e instancias paralelas prestadoras de servicios públicos de salud, clara evidencia de ello, fue la creación de la Ley especial para la constitución del Fondo Solidario de la Salud¹⁸⁰; el cual, fue conformado en 2004, instancia autónoma para el ejercicio de sus funciones, la cual fue adscrita al MSPAS.

La política institucional de salud para el año 2006-2009 tenía como finalidad fortalecer el proceso de descentralización y modernización institucional, la promoción de la salud; la prevención de enfermedades, riesgos y daños en el medio ambiente y la

¹⁸⁰ "Ley especial para la constitución del Fondo Solidario para la Salud", consultado el 02 de junio de 2016, <http://www.mh.gob.sv/portal/page/portal/PCC/LAIPMarcoNormativoRelacionado/Leyes/13.LECFSPS.pdf>

rehabilitación, con el enfoque de Atención Primaria en Salud, estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud desde décadas atrás con la finalidad de garantizar el derecho a la salud de la población.

En la implementación de dicha política en 2005 se aprobó la Ley del Sistema Básico de Salud Integral¹⁸¹, con la cual, se buscaba organizar y gestionar los servicios públicos de salud a nivel local con énfasis en el primer nivel de atención, a pesar de ello, los resultados en el cumplimiento de esta ley no fueron los más eficientes durante este periodo. Asimismo, en 2007 se aprobó la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud y su reglamento¹⁸².

Dentro de las prioridades para la cartera de salud para el año 2007 se identificaron algunas que tenían relación con el control y prevención de enfermedades transmisibles entre las que tenemos: alcanzar coberturas útiles de inmunización; impulsar actividades de saneamiento básico que impactaran en la reducción de las tasas de letalidad de diarreas, neumonías y dengue hemorrágico; incrementar el acceso a tratamientos con antirretrovirales a las personas que viven con VIH/Sida y fortalecer la estrategia de detección temprana y tratamiento oportuno para la tuberculosis¹⁸³.

3.1.5. LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD: UNA APUESTA A LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EN EL SALVADOR, 2009- 2016.

Desde 1983 se estableció en la carta magna la responsabilidad del Estado de crear una Política Nacional de Salud y de coordinar y controlar su aplicación, esta función no se cumplió hasta la creación e implementación de la Política Nacional de Salud 2009-

¹⁸¹ "Ley del Sistema Básico de Salud Integral", consultado el 04 de abril de 2016, http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/ley_del_sistema_basico_de_salud_integral.pdf

¹⁸² "Ley de creación del Sistema Nacional de Salud", consultado el 10 de abril de 2016, http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/Ley_sistema_nacional_salud.pdf

¹⁸³ MSPAS, *Informe de labores 2006-2007* (San Salvador: MSPAS, 2007).

2014¹⁸⁴, normativa que estableció como objetivo principal de la cartera de salud lo siguiente:

“garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la Seguridad Social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas”¹⁸⁵.

La política fue una herramienta que estableció 25 estrategias para el cumplimiento de su objetivo; las cuales, se integraron en ocho ejes estratégicos que dieron vida a la Reforma de salud dirigida por el Ministerio de Salud a partir del 2010. La reforma buscaba eliminar las barreras económicas creadas desde 1963, mismas que dificultaron durante muchas décadas el acceso a los servicios de salud para la población más vulnerable, razón por la que se estableció la gratuidad de los servicios de salud.

Asimismo, buscó a través de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud acercar y mejorar la calidad de los servicios dirigidos a la población salvadoreña. De 2010 a 2015 la cantidad de Unidades Comunitarias de Salud Familiar casi se duplicaron, pasando de 377 para 2008 a 747 UCSF en 2015; las cuales, fueron reconfiguradas bajo un nuevo modelo de Atención Primaria en Salud. Establecimientos que han acercado los servicios de salud a la población que residen en los municipios con pobreza extrema severa, estrategia que ha permitido una mayor descentralización de los servicios de salud y una mayor atención a los grupos más vulnerables de nuestro país.

La Política Nacional de Salud creó un consenso y participación de los diferentes actores sociales, quienes desde 1998 sentían la necesidad latente de una reforma de salud pero no llegaban a un acuerdo. Asimismo, la normativa ha brindado los elementos necesarios

¹⁸⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, “Política Nacional de Salud 2009-2014”, *Diario oficial*, tomo 386, número 33, 17 de febrero de 2010.

¹⁸⁵ MSPAS, *Informe de labores 2009-2010* (San Salvador: MSPAS, 2010).

para establecer el camino o la ruta que debe seguir El Salvador para alcanzar a Cobertura Universal de Salud; estableciendo las herramientas legales y técnicas a nivel nacional como de forma específica debido al conjunto de políticas creadas para atender diferentes áreas programáticas con un fuerte contenido de prevención entre las que se encuentran (participación social, lactancia materna, medicamentos, salud mental, salud bucal, salud sexual y reproductiva, vacunas entre otras).

Asimismo, se ha aumentado la distribución, asignación y formación de recursos humanos en salud, pasando de 22,266 recursos humanos en salud para el año 2008 a 30,263 empleados para el año 2014. Sin embargo, la OPS establece que a pesar del desarrollo alcanzado por la reforma de salud aún existen debilidades político-gerenciales en el sistema de salud, el cual continua segmentado, asimismo define la necesidad de complementar las Redes Integrales e integradas de Servicios de Salud; para ello, es necesario buscar los mecanismos de financiamiento¹⁸⁶.

Desde 1950 el presupuesto asignado a la cartera de salud no ha superado el 13% del presupuesto total de gasto establecido para 1970. Más sin embargo, la política nacional de salud y la reforma del sector salud implementada obtuvo asignaciones presupuestarias menores y logró en gran medida su ejecución; es evidente, que la falta de un mayor presupuesto impidió la ejecución total de la reforma de salud, debido a que no se logró obtener el apoyo presupuestario planificado a causa de la falta de voluntad política de algunos sectores.

La Organización Panamericana de la Salud establece que *“Los motivos por los que los países no dan prioridad a la salud en sus presupuestos son de muy diversa índole: fiscales, políticos y otros, tal vez, vinculados a la percepción en los ministerios de economía de que los ministerios de sanidad no son eficientes. Además, la prioridad presupuestaria que los gobiernos dan a la salud refleja el grado en el que quienes están en el poder cuidan, o están obligados a*

¹⁸⁶ OPS, *El Salvador: En el camino hacia la cobertura Universal de Salud*, (San Salvador: OPS, 2014) 30.

*cuidar, de la salud de su pueblo. Ocuparse de la cobertura sanitaria universal también significa tratar con los pobres y los marginados, quienes a menudo están políticamente privados de sus derechos y carecen de representación*¹⁸⁷.

Sin embargo, si el actual Estado, gobierno salvadoreño y a cartera de la salud mantiene una apuesta a garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña; es necesario, la continuidad de la reforma, en donde factores claves son el establecimiento del presupuesto, recursos humanos y el liderazgo de las autoridades de la cartera de salud para que la actual reforma de salud logre el cumplimiento de su objetivo; caso contrario, se mantendrá en el tiempo como una declaración de buenas intenciones.

3.2.FACTORES QUE IMPIDIERON LA EFECTIVIDAD DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL SALVADOR DE 1950 A 2014.

Para que una política pueda ser efectiva se necesita que esta busque transformar la realidad; es decir, que se deba encontrar enfocada al cambio; el cual, debe estar fundamentado en prioridades claras. Asimismo, otro factor muy importante consiste en poseer los recursos financieros, humanos y físicos para su ejecución¹⁸⁸. Haciendo un análisis de las políticas públicas de salud implementadas a partir de 1950 podemos encontrar que todas buscaban realizar un cambio en las condiciones de salud de la población y en el sistema de salud de nuestro país.

Las prioridades establecidas en dichas políticas podemos observar que se van modificando en cada periodo, lo que se puede visualizar en los componentes de cada política. De 1953 a 1961 se implementó el Plan nacional de reorganización de los servicios médicos, iniciativa que tenía como componentes principales a la ejecución de

¹⁸⁷ OMS, "La financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal de salud", consultado el 10 de junio de 2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf

¹⁸⁸ Federico Tobar, "Políticas de Salud: Modalidades y Tendencias", consultado el 08 de diciembre, 2015, http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud_publica/003.pdf

programas dirigidos a la prevención, combate, control y erradicación de enfermedades infecto contagiosas que mayor daño ocasionaban a la población¹⁸⁹.

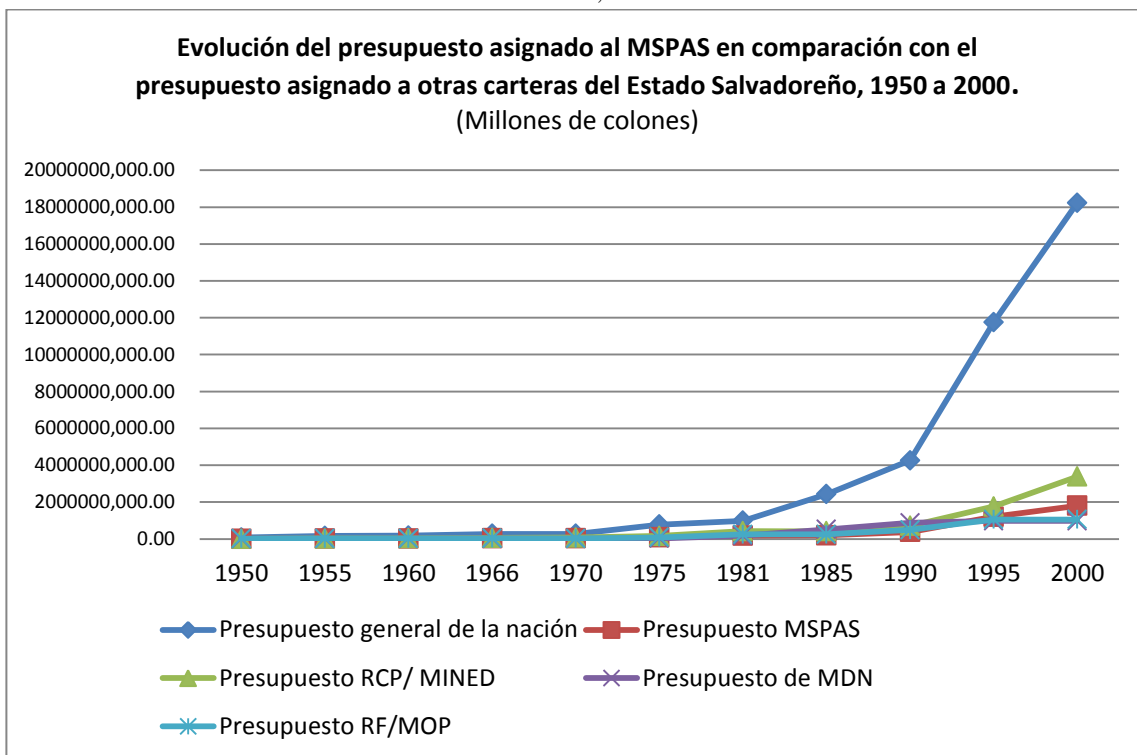
Mientras con la reforma administrativa de 1974, la prioridad era obtener un mejoramiento de la organización y los procedimientos administrativos del MSPAS, lo anterior permite determinar que desde la década de los cincuenta la cartera de salud generó políticas dirigidas al mejoramiento del estado de salud o del sistema de salud de El Salvador. En la actualidad el derecho a la salud, es todavía una realidad inalcanzable para gran parte de la población salvadoreña; a pesar, de las políticas institucionales, nacionales e internacionales en salud proyectadas a alcanzar la cobertura universal de servicios de salud en nuestro país.

Entre los condicionantes que no han permitido el adecuado desarrollo de las políticas públicas de salud se encuentra la falta de financiamiento, debido a que una realidad histórica es que la salud nunca ha ocupado el primer lugar dentro de las prioridades de los diferentes gobiernos salvadoreños, lo anterior se puede evidenciar en el presupuesto asignado al Ministerio; el cual, siempre ha rondado entre el 4% y 13% del Presupuesto General del Estado, apreciación que se puede observar en la siguiente tabla.

El análisis del presupuesto quinquenal establecido en la tabla siguiente nos muestra que desde los cincuenta no ha existido un aumento sustancial en el presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, condición económica que ha impedido la realización de muchos proyectos de reforma. Asimismo, permite establecer que en 1970 fue el año en el que el MSPAS contó con mayor asignación presupuestaria, al recibir el 13% del presupuesto general para su funcionamiento y que para el caso de nuestro país, a partir de 2009 se empezó a rondar los niveles de inversión de la década de los setenta; sin embargo no se igualó, ni mucho menos se superó.

¹⁸⁹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1963-1964*, (San Salvador: MSPAS, 1964), 4.

GRÁFICA XXVII
EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL EN COMPARACIÓN CON OTRAS CARTERAS DEL ESTADO SALVADOREÑO, 1950 A 2000.



Fuente: "Ley del Presupuesto General 1950", consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/1949/1949-2T/1949-2T_Parte49.pdf; "Ley del Presupuesto General 1955-1956", consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1954/12-diciembre/diciembre1954_Parte21.pdf; "Ley del Presupuesto General 1960", consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1959/12-diciembre/diciembre-1959_Parte20.pdf; "Ley del Presupuesto General 1966", consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1965/12-diciembre/diciembre-1965_Parte36.pdf; "Ley del Presupuesto General 1970", consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1970/12-diciembre/diciembre-1970_Parte27.pdf; "Ley del Presupuesto General 1975", consultado el 08 de febrero 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1974/12-diciembre/diciembre-1974_Parte21.pdf; "Ley del Presupuesto General 1980", consultado el 08 de febrero 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1980/12-diciembre/diciembre-1980_Parte21.pdf; Asamblea Legislativa "Ley del Presupuesto General 1985", consultado el 02 de febrero 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1985/02-febrero/febrero-1985_Parte8.pdf; Ley del Presupuesto General 1990", consultado el 08 de febrero, 2016, <http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1989/12-diciembre/diciembre>

1989_Parte16.pdf; "Ley del Presupuesto General 1995", consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1994/12-diciembre/diciembre-1994_Parte34.pdf; "Ley del Presupuesto General 2000", consultado el 08 de febrero 2016, http://www.mh.gob.sv/portal/page/portal/MH_Fin_OLD/MH_PRESUPUESTO/Guia_del_Ciudadano/Guia%20Presupuesto%20General%202000.pdf

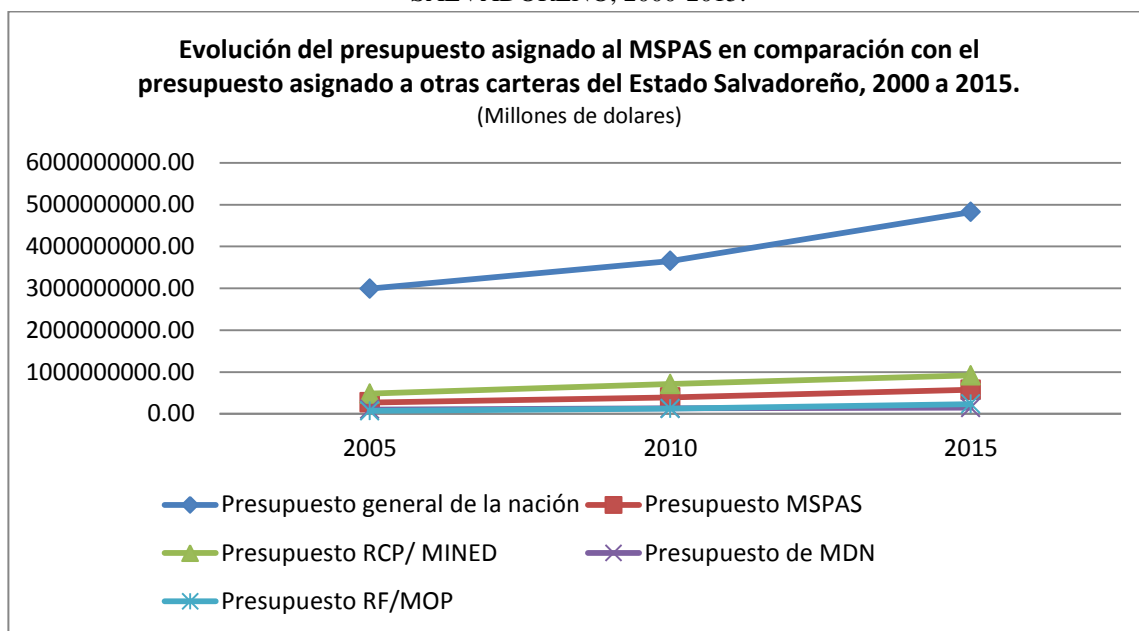
Los datos investigados muestran que desde 1950 hasta 1985 las carteras de Estado que para cada año fiscal recibieron mayor presupuesto que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fueron los ramos de obras públicas, defensa nacional y cultura popular denominado posteriormente como Ministerio de Educación; a partir de 1985 se incorporó a este grupo Hacienda y fueron los Ministerios que poseían un presupuesto mayor al de la cartera de salud.

Fue hasta finales del siglo XX que cambio dicha tendencia, debido a que a partir del Presupuesto General del Estado aprobado para el año 2000, solo el Ministerio de Educación obtuvo mayor presupuesto que el MSPAS, orientación que continua en la actualidad. ¿Sin embargo, cuáles fueron las motivaciones que llevaron a dicho cambio? El Programa de Gobierno 1999-2004 estableció que dentro de los elementos que conformaron el propósito se encontraba garantizar oportunidades de educación y salud para la población salvadoreña; para ello, la cartera de salud estableció medidas de modernización del sector y la conformación del Sistema Nacional de Salud¹⁹⁰.

Sin embargo, la asignación presupuestaria bajo en el porcentaje con respecto al año 1995, así en el año 2000 el presupuesto del MSPAS fue equivalente al 9.8% mientras en el año 2005 se redujo a 9.2% del presupuesto general. Fue hasta el año 2010 en que ascendió a 10.6% y una asignación de 11.9% en el año 2015. El desarrollo de los programas o componentes de cada política general de salud tuvo limitantes como la falta de recursos económicos; pero asimismo, la escasa disponibilidad de recurso humano en salud fue otro factor que ha llevado al fracaso de las políticas públicas de salud.

¹⁹⁰ ARENA, *Programa de Gobierno 1999-2004: La Nueva Alianza* (San Salvador: ARENA, 1999).

GRÁFICA XXVIII
EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO ASIGNADO AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL EN COMPARACIÓN CON OTRAS CARTERAS DEL ESTADO SALVADOREÑO, 2000-2015.



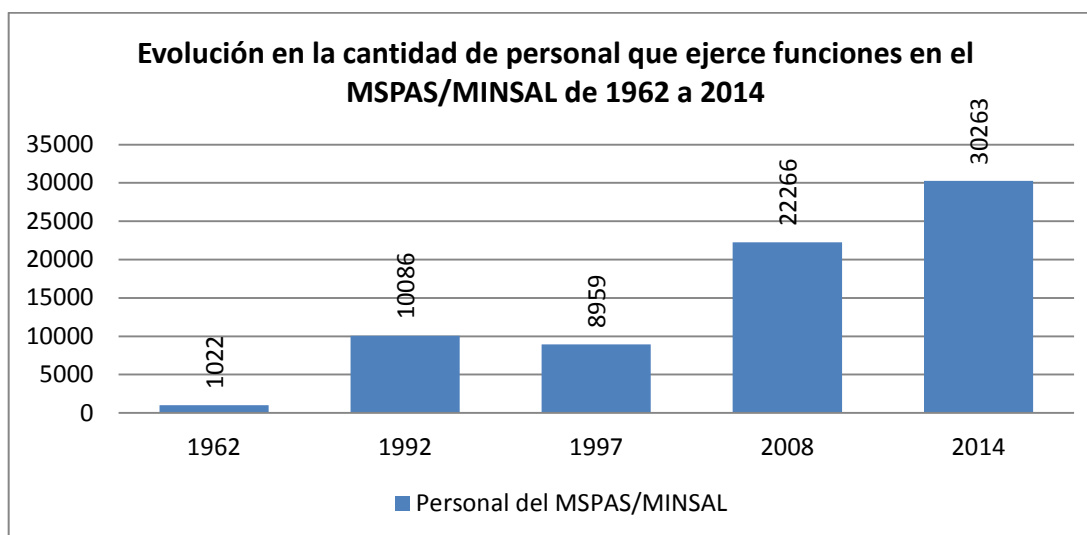
Fuente: Ministerio de Hacienda, *Guía del presupuesto general del Estado para el ciudadano: Ejercicio fiscal 2005*, San Salvador: MH, 2005; Ministerio de Hacienda, *Guía del presupuesto general del Estado para el ciudadano: Ejercicio fiscal 2010*, San Salvador: MH, 2010; Ministerio de Hacienda, *Guía del presupuesto general del Estado para el ciudadano: Ejercicio fiscal 2015*, San Salvador: MH, 2015.

Otro importante factor es el recurso humano con el cual ha contado la cartera de salud para brindar los servicios a la ciudadanía salvadoreña. Desde 1950 la evolución del personal capacitado con el que ha contado el Ministerio de Salud para brindar los servicios de salud ha sido insuficiente para atender la demanda de la población. Se desconoce el personal de salud que laboraba para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1950; sin embargo, podría aseverarse que no superaba los 1,000 profesionales de la salud. En 1962 el recurso humano había ascendido a los 1,022 empleados, entre los que se encontraban 225 médicos, 229 enfermeras, 300 auxiliares de enfermería, 50 dentistas, 136 inspectores sanitarios, 80 técnicos de laboratorio y rayos X, y 2 farmacéuticos.

Para 1992, el personal del MSPAS había ascendido a 10,086 recursos humanos en salud, un crecimiento muy lento a pesar de las diferentes políticas públicas de salud; aunado a ello, en 1997 el personal de la cartera de salud disminuyó a 8,959 profesionales. En diez años el personal se duplicó a 22,266 profesionales y en 2014 ascendió a 30,263 recursos humanos en salud, cifra mínima de personal para la atención del más del 80% de la población salvadoreña.

GRÁFICA XXIX

EVOLUCIÓN EN LA CANTIDAD DE PERSONAL QUE EJERCE FUNCIONES EN EL MSPAS/MINSAL DE 1962 A 2014



Fuente: OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1964", consultado el 12 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1961-1964.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 1", consultado el 23 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-saludamericas-1989-1992-vol1.pdf>; OPS, "La salud en las Américas 2002, vol. 1", Consultado el 27 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americas-2002-vol-1.pdf>; OPS, "La salud en las Américas 2012", consultado el 30 de agosto, 2014, http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es y MINSAL, *Informe de Labores 2013-2014*, (San Salvador: MINSAL), 2014, 99.

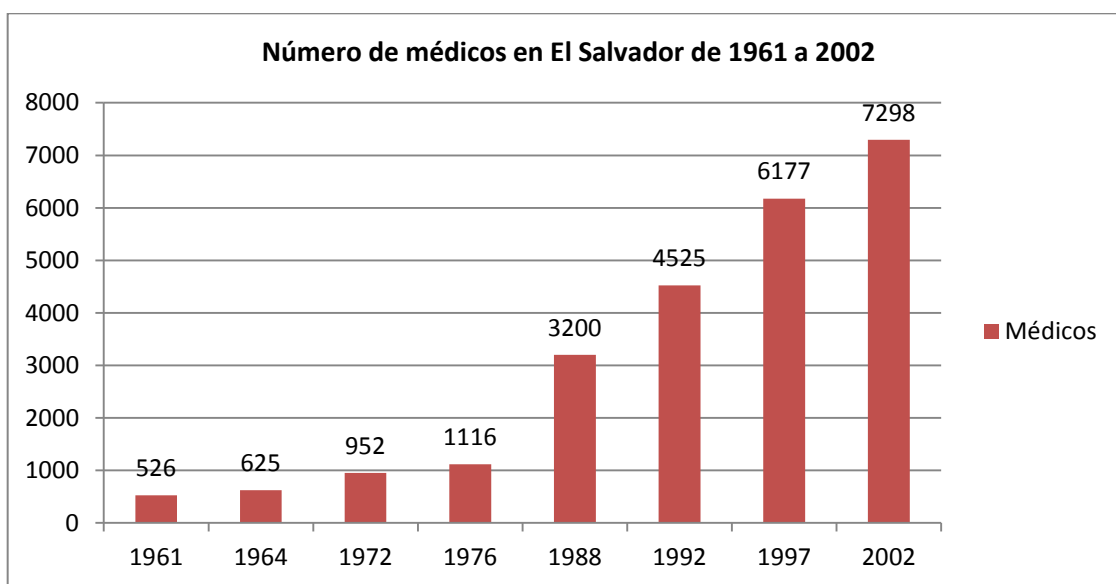
No obstante, ¿Qué ha significado el aumento del personal en términos de mejora del Sistema Nacional de Salud y de los servicios que el MINSAL brinda a la población

salvadoreña? El desarrollo y crecimiento de los recursos humanos en salud a partir del 2009 ha significado tener a disposición personal al servicio de una atención integral de salud con equidad y calidad a través del fortalecimiento del primer, segundo y tercer nivel de atención; lo cual, ha permitido una mejoría en la capacidad resolutiva en los diferentes establecimientos de salud y atender el aumento en la demanda de los servicios de salud solicitados por la población salvadoreña¹⁹¹.

Desde 1950 la cantidad de médicos por la proporción de habitantes ha sido baja. En 1992 nuestro país contaba con 4,525 médicos, de los cuales 4,502 médicos laboraban con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, cifra que era equivalente a 5 médicos por cada 10,000 habitantes; sin embargo, el 56% de dichos profesionales de la salud se encontraban localizados en el área metropolitana de San Salvador, situación que hacía más evidente las desigualdades en salud, debido a la poca distribución de profesionales de la salud en lugares de difícil acceso.

GRÁFICA XXX

NÚMERO DE MÉDICOS EN EL SALVADOR DE 1961 A 2002



¹⁹¹ Cfr. OPS, *El Salvador en el camino hacia la Cobertura Universal de Salud*, Op. Cit., 14-15.

Fuente: OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1962", consultado el 12 de agosto, 2014, http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=258&Itemid=235; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1964", consultado el 12 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1961-1964.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1673-1976", consultado el 17 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1973-1976.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1985-1988, vol. 1", consultado el 20 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1985-1988-vol1.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 1", consultado el 23 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1989-1992-vol1.pdf>; OPS, "La salud en las Américas 2002, vol. 1", consultado el 27 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americas-2002-vol-1.pdf>; OPS, La salud en las Américas 2012. Consultado el 30 de agosto, 2014, http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es

Otro factor importante para la efectividad de una política pública de salud consiste en contar con la infraestructura necesaria para desarrollar las acciones preventivas y curativas de salud, así como para acercar más los servicios de salud a la población salvadoreña. Lo anterior demuestra que la evolución de los establecimientos públicos de salud para el caso de nuestro país ha sido lenta.

En 1950 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contaba con 61 establecimientos, entre los que se encontraban 24 hospitales y 36 centros, unidades y delegaciones de salud. Mismos que para el presente año 2015 han ascendido a 810 establecimientos que integran el primer, el segundo y el tercer nivel de salud, entre los que tenemos 30 hospitales, 747 Unidades Comunitarias de Salud Familiar básicas y especializadas, 21 hogares de espera materna, 10 oficinas sanitarias internaciones y 2 centros de atención de emergencias.

TABLA XXVII

TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD EN EL SALVADOR DE 1950 A 2015

Establecimientos públicos de salud	Años											
	1950	1964	1968	1972	1976	1979	1984	1992	1997	2000	2009	2015
Hospitales	24	14	14	24	13	33	14	19	34	30	30	30
Centros, Unidades y delegaciones de sanidad	36											
Centros, Unidades y puestos de salud		127	166	105	131	29	318	226	351	354	377	
Unidades Comunitarias de Salud Familiar (Básicas, Intermedias, especializadas)												747
Unidades móviles de salud					11	165						
Clínicas y dispensarios	1	12	14	88	83	106	9					
Clínicas de salud mental		1	3	1								
Centros de rehabilitación			2	8								
Casa de salud									100	139		
Centros rurales de nutrición										50		
Hogares de espera materna												21
Oficinas Sanitarias Internacionales												10
Centro de Atención de Emergencia												2
Otros		10	3									
TOTAL	61	174	202	226	238	333	341	245	485	573	407	810

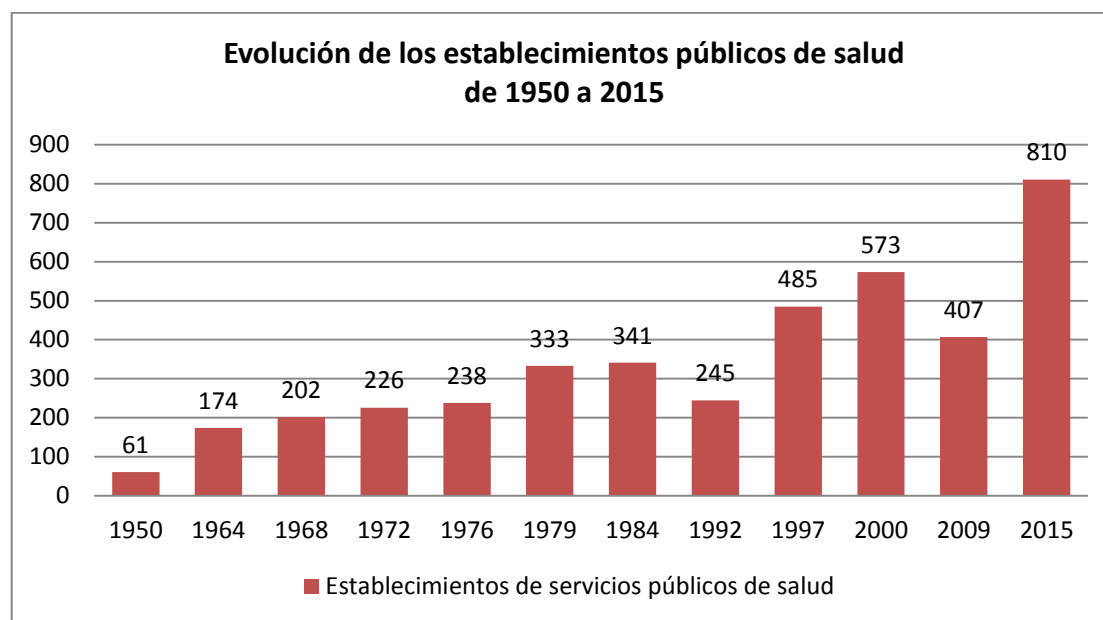
Fuente: DGS, Sanidad en El Salvador. DGS, año I, N°3, diciembre 1950; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1964", consultado el 12 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas1961-1964.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1969-1972", consultado el 16 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1969-1972.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1973-1976", consultado el 17 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas1973-1976.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1985-1988, vol. 1", consultado el 20 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1985-1988-vol1.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 1", consultado el 23 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1989-1992-vol1.pdf>; OPS, "La salud en las Américas 2002, vol. 1", consultado el 27 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americas-2002-vol-1.pdf>; OPS, "La salud en las Américas 2012", consultado el 30 de agosto, 2014, http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es y MINSAL, *Informe de labores 2014-2015* (San Salvador: MINSAL, 2015).

La evolución de los diferentes establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social hoy Ministerio de Salud refleja el crecimiento no solo de la

infraestructura en salud sino también de la cobertura de los servicios de salud a partir de 1950. No obstante, la infraestructura sanitaria ha sido insuficiente para brindar los servicios de salud desde 1950 hasta la actualidad, debido a que a pesar de que de 2008 a 2014 ha existido un aumento sustancial de los establecimientos del primer nivel de atención, estos en promedio solo han logrado brindar en cobertura de servicios de salud a un 70% de la población en pobreza extrema¹⁹².

GRÁFICA XXXI

EVOLUCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD EN EL SALVADOR DE 1950 A 2015



Fuente: DGS, *Sanidad en El Salvador*, año I, 3 (diciembre 1950); OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1964", consultado el 12 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1961-1964.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1969-1972", consultado el 16 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1969-1972.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1973-1976", consultado el 17 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1973-1976.pdf>; OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1985-1988, vol. 1", consultado el 20 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud->

¹⁹² *Ibíd.*, 48.

americas-1985-1988-vol1.pdf: OPS, "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 1", consultado el 23 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1989-1992-vol1.pdf>; OPS, "La salud en las Américas 2002, vol. 1", consultado el 27 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americanas-2002-vol-1.pdf>; OPS, "La salud en las Américas 2012", consultado el 30 de agosto, 2014, http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es y MINSAL, *Informe de labores 2014-2015* (San Salvador: MINSAL, 2015).

A pesar de ello, la infraestructura del MSPAS no ha sido suficiente debido a que la cobertura de los servicios de salud no ha alcanzado a cubrir al 100% de la población salvadoreña. Asimismo, a lo largo de la historia ha existido una concentración de establecimientos de salud en el área metropolitana de San Salvador y en las cabeceras departamentales, lo que ha impedido que la población que habita en la periferia del país pueda tener acceso a los servicios de salud. Asimismo, la inversión en hospitales que integran el segundo y tercer nivel de atención ha sido significativa, debido a que la mayoría de presupuesto asignado a la infraestructura ha sido invertido en dichos establecimientos estrategia que ha permitido potenciar su funcionamiento.

No obstante, dentro de los periodos de políticas generales o sectoriales implementadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para acercar los servicios de salud a la población salvadoreña han existido políticas focalizadas dirigidas al combate, prevención y erradicación de algunas enfermedades transmisibles que se convirtieron en problemas para las autoridades de salud. Pero ¿Cuáles fueron dichas políticas? ¿Qué resultados obtuvieron? Y ¿Fueron acciones efectivas? Estas y otras preguntas se determinaran a continuación.

3.3. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD FOCALIZADAS EN LA PREVENCIÓN, COMBATE Y ERRADICACIÓN DE LAS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR DE 1950 A 2000.

Desde 1950 se han desarrollado nueve periodos de políticas de salud generales; los cuales, estaban integrados por diferentes componentes entre los que se identificaron; programas, proyectos y campañas. Muchos de ellos poseían acciones focalizadas; es decir, elementos específicos dirigidos al combate de ciertas enfermedades transmisibles que eran consideradas de mayor daño para la población salvadoreña, prioridades para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social o para los organismos internacionales en salud.

Entre los programas y campañas desarrolladas a partir de 1950 tenemos el programa o campaña contra la malaria, el programa de saneamiento ambiental, las campañas de vacunación contra las enfermedades inmuno prevenibles, el programa de lucha contra la tuberculosis; y más recientemente, las campañas contra las enfermedades de transmisión sexual, denominadas posteriormente como infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida, y las campañas contra el dengue utilizadas actualmente también para el combate de la fiebre chikungunya y el zika.

3.3.1. EVOLUCIÓN Y RESULTADOS DE LA CAMPAÑA CONTRA LA MALARIA O PALUDISMO DESDE LA DÉCADA DE LOS CINCUENTA HASTA LA ACTUALIDAD.

La malaria ha sido una de las enfermedades que más efectos negativos ha causado sobre la población salvadoreña durante la primera década del siglo XX; sin embargo, hasta la década de los treinta, la única acción contra esta enfermedad era la atención a un pequeño grupo de enfermos por parte de los Hospitales del país.

En 1938 la Dirección General de Sanidad inició la campaña contra la malaria, en donde su principal técnica fue enseñar al público que *“sin zancudo no hay paludismo”* y *por lo tanto nos dedicábamos a conseguir que destruyera criaderos, que mate zancudos adultos y que protegiera contra la picada de los mismos. Lo primero era muy caro cuando tenía que hacerlo*

el pueblo; por eso nos conformábamos para que ayudara a conservar las obras de ingeniería llevadas a cabo por la Sanidad y el Servicio Cooperativo de Salud Pública; recomendábamos larvicidas y enseñábamos las precauciones que deberían tenerse cuando Sanidad usaba uno de estos en grandes cantidades,...^{193..}

Sin embargo, las acciones fueron mínimas, debido a la falta de recursos económicos. Asimismo, el tratamiento en la mayoría de casos era incompleto, debido a que a las personas que se les regalaba quinina *“pasada la fiebre, botaban, regalaban o vendían el resto del medicamento, sin lograr un tratamiento completo*^{194..}; lo que llevó en muchos casos a que la enfermedad fuera crónica. En 1942 El Salvador suscribió un convenio con una entidad gubernamental de Estados Unidos para que el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública construyera obras de infraestructura, apoyara a programas de control de enfermedades (malaria, poliomeilitis, tuberculosis y otras infecciosas) e iniciara un programa de formación de especialistas de salud pública¹⁹⁵.

En agosto de 1945 se iniciaron estudios con la finalidad de iniciar una campaña antipalúdica en nuestro país con la utilización del DDT, en noviembre de ese año se dedetizarón las casas de la Villa de Ilopango y de los cantones Colombia y Asino, con un total de 256 casas y 1,060 personas protegidas a un costo de un colon por persona, con solo el apoyo de dos guardas rociadores. En 1946 se agregó el puerto de Acajutla y un año más tarde el puerto de la Libertad. La segunda fase del Programa de erradicación de la Malaria, se inició en 1948 con apoyo de la UNICEF, quien además del fondo destinado por la Dirección General de Sanidad a mariología y control de vectores, en 1949 proporcionó 100,000 colones para el seguimiento del programa en el país.

En 1950 se dio inicio a una campaña de erradicación de la malaria a nivel nacional, en donde a través de su área de malariología *“está controlando pantanos alrededor de Metapán,*

¹⁹³ Dirección General de Sanidad, *Sanidad en El Salvador*, Año I, 3, (diciembre 1950), 64.

¹⁹⁴ *Ibíd.*, 65.

¹⁹⁵ MINSAL, *Informe de labores 2010-2011* (San Salvador: MINSAL, 2011), 102.

*cuya insalubridad se debe precisamente a los zancudos que producen estos pantanos*¹⁹⁶: Este programa universal buscaba su ejecución en distintas etapas; la primera, se enfocaría en cubrir en 1951 las zonas hiper endémicas y de alta endemia. Mientras que para 1952 se planificó que la campaña se mantendría en las zonas anteriormente mencionadas y se extendería a otras zonas de menor endemia.

TABLA XXVIII

PRESUPUESTO DESTINADO AL COMBATE DE LA MALARIA EN EL SALVADOR DE 1948 A
1951

	1948	1949	1950	1951
Presupuesto total de la DGS	1,789.623	2,326.091	2,341.000	4,200.000
Presupuesto para malariología y control de vectores.	65.200	165.200	184.645	1,000.000
% del Presupuesto total destinado	2.5%	7.1%	8%	23.8%

Dirección General de Sanidad. Sanidad en El Salvador. DGS, año I, N°3, diciembre 1950

Los datos mostrados en la tabla anterior nos muestran que a pesar del aumento proporcional en los fondos destinados a la Campaña contra la Malaria de 1948 a 1951, estos fueron insuficientes para el combate de la enfermedad que más muertes y más secuelas dejaba en la vida de la población salvadoreña para esta fecha. En 1952 y 1953 se dedetizaron 159,365 casas fueron, protegiendo a 822,775 personas, en donde una de las zonas más beneficiadas fue la oriental, así los periódicos de esa fecha publicaban *“Las autoridades sanitarias han evitado un brote palúdico en oriente*¹⁹⁷:

Para esta fecha ya se percibían los efectos positivos de la campaña:

“Los efectos benéficos de la campaña antipalúdica son ya apreciados por la totalidad de la población salvadoreña antes diezmada por el Paludismo. Paradójicamente la prueba más elocuente de ese reconocimiento lo constituye el hecho de que la Malaria, considerada antes como una enfermedad presente en la experiencia cotidiana de las poblaciones, hasta el grado de que estas se habían considerado tal dolencia como si fuera parte del

¹⁹⁶ La Prensa Gráfica, *Libro Diamante 1959-1990, Tomo II* (San Salvador: Gráficos y Textos, 1994).

¹⁹⁷ La Prensa Gráfica, *“Las autoridades sanitarias han evitado un brote palúdico en oriente”*, (8 de noviembre de 1953).

ambiente y del clima, ahora ha decrecido tanto que el aparecimiento de unos cuantos casos en la comunidad provoca tal revuelo y alarma, como si fuera, por ejemplo, un brote de fiebre tifoidea. Es decir, el paludismo se ha vuelto excepción, en la vida de aquellas comunidades situadas en las zonas que antes eran híper endémicas tradicionales^{198..}

En 1955, el gobierno de El Salvador destinó 1,000.000 de colones para combatir al paludismo a nivel nacional¹⁹⁹. Sin embargo, a finales de 1956 los fondos se habían agotado. La campaña se tuvo que suspender, a pesar de que las autoridades de sanidad del país habían argumentado que esta enfermedad se erradicaría en cuatro años²⁰⁰. No obstante, en 1957 se consiguió el apoyo de OMS/OPS para continuar con el programa; sin embargo, debido a los costos se utilizó un insecticida más económico, el DIELDRIN de reciente aplicación el cual un año más tarde se confirmó que no fue efectivo.

Un proceso de supervisión del programa desarrollado en 1958 confirmó que el zancudo desarrollo resistencia contra el insecticida DIELDRIN, si se deseaba continuar con el combate a la enfermedad, se tenía que volver a la utilización del DDT. Los logros alcanzados hasta esa fecha se revertirían si no se continuaba con los esfuerzos y la malaria continuaría como la primera causa de muerte a nivel nacional, motivación por la que ese mismo año se proyectó la ejecución de un plan elaborado por la UNICEF, la OMS y el gobierno salvadoreño, el cual se dividía en tres ciclos de combate, el primero inició en agosto de 1958 a enero de 1959 que consistió en el primer ciclo de rociado

¹⁹⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1952 al 14 de septiembre de 1953* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1953), 5.

¹⁹⁹ La Prensa Gráfica, "El gobierno ha destinado medio millón de colones para combatir el paludismo a nivel nacional", 13 de junio, 1955.

²⁰⁰ La Prensa Gráfica, "El ministro de salud pública, doctor Víctor Arnoldo, Sutter dijo que dentro de cuatro años el paludismo será eliminado de todo el país", lunes 17 de junio de 1956 y La Prensa Gráfica, "Se suspendió la lucha antipalúdica que emprendían las autoridades sanitarias: Motivos económicos fueron la causa", martes 26 de noviembre, 1956.

utilizando exclusivamente el DDT en donde 273,788 casas fueron rociadas, y 1, 297, 756 habitantes protegidos²⁰¹.

En el segundo ciclo realizado de febrero a junio de 1959 se dedetizaron 270,719 casas con un cálculo de 1, 285,137 habitantes protegidos. El tercer ciclo iniciaría el 10 de agosto de 1959 en los departamentos de Santa Ana, Ahuachapán y Sonsonate donde hasta ese momento se registraban aproximadamente 15,094 casos de paludismo por año. Para su desarrollo el Estado proporcionó 1,402,310 de colones y se obtuvo la cooperación de la OMS/OSP y UNICEF quienes proporcionaron ayuda técnica, equipo e insecticidas valorados en 346,447 colones, alcanzando la aplicación de DDT en 270,000 viviendas, con 1, 500,000 habitantes protegidos directa o indirectamente, así como la medicación de los enfermos febriles a través del apoyo de colaboradores voluntarios²⁰².

Hasta ese año, la campaña contra el paludismo había tenido un costo de 9, 978,770 colones, inversión que se había traducido en los siguientes logros: primero, la disminución de la mortalidad debido a que en 1950 se registraban 2,247 muertos a nivel nacional, mientras que para 1959 se identificaron 502 muertos debido a esta causa; segundo, el control de la morbilidad, había logrado mantener la misma proporción de casos, en 1950 se registraron 17,647 casos, mientras que en 1959 se identificaron 17,521 personas que enfermaron debido a esta causa.

En 1960 se registraron, 10,066 enfermos debido a esta causa, mientras que en 1962, la morbilidad había ascendido a 15,433 enfermos; sin embargo, para esa fecha la morbilidad se ha reducido en más de un 60% del territorio nacional originalmente

²⁰¹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1958 al 14 de septiembre de 1959* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1959), 26 y La Prensa Gráfica "Fue aprobado el plan para erradicar el paludismo, presentado por la UNICEF, OMS, y el gobierno salvadoreño", 8 de marzo de 1958.

²⁰²Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1959 al 14 de septiembre de 1960* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1960).

palúdico, específicamente en la zona costera en donde hay un descenso de la mortalidad; a pesar de ello, existía un peligro potencial de la reaparición de la enfermedad y de que causara los mismos estragos.

Sin embargo, a pesar de que se llegó a controlar la enfermedad, era latente la necesidad de su erradicación. Un componente esencial de este proceso fue la construcción de la red de colaboradores voluntarios, quienes hasta esa fecha notificaban el 90% de los casos²⁰³. No obstante, en los siguientes cinco años los resultados del programa dieron un giro trascendental, debido a que hasta ese momento la mayoría de los alcances positivos de dicha política se habían obtenido con fondos externos y no con un presupuesto nacional preestablecido para su ejecución.

En 1963 la campaña se debilitó debido a la falta de presupuesto y de voluntad política, se tenía previsto un donativo de \$200,000 dólares de la AID para 1964; el cual, ya no fue posible, quedando solo la opción de realizar un préstamo a esta institución para la ejecución del programa. Asimismo, se identificaron otros obstáculos de orden biológico entre los que se encontraba los cambios en los hábitos de vida del zancudo transmisor y la resistencia de este a los insecticidas conocidos que llevaron al aumento de enfermos a partir de 1964 alcanzando niveles epidémicos a partir de 1966 con un repunte en 1967 con 82,961 casos de paludismo durante ese año.

A pesar del vital apoyo de la red de colaboradores voluntarios en la distribución de tratamientos curativos para las personas que padecían paludismo. Una debilidad era la falta de recursos para la ejecución de las operaciones técnicas de erradicación del paludismo. En 1967 se elaboró el plan trienal con un presupuesto global de 8,588,139 colones; el cual, fue presentado ante la Asamblea Legislativa y se establecieron las posibilidades para su ejecución; sin embargo, a pesar de las magnitudes epidemias de la

²⁰³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1962-1963* (San Salvador: MSPAS, 1964), 50.

enfermedad y a pesar de la trascendencia del programa solo se contó con 4,501,139 colones, quedando como única posibilidad la realización de un préstamo a USAID para cubrir el déficit²⁰⁴.

En la XXI Reunión de la OMS realizada en 1968 se reflexionaba sobre la necesidad del apoyo nacional al plan, debido a que si se continuaba manejando como una estrategia sectorial, la enfermedad no se erradicaría en nuestro país *“Considero hacer una revisión total de la estrategia contra el paludismo, reafirmando que, siendo el hombre el que produce, mantiene y desatiende el nacimiento del mosquito productor, y siendo los hombres los que sufren o mueren por el paludismo, este problema debe ser enfrentado como un plan nacional y no únicamente sectorial”*²⁰⁵.

Ese mismo año, el Plan Trienal llevaba un año en ejecución teniendo como principal resultado la disminución de más de 20,000 casos de paludismo en comparación con el año anterior, en donde la zona oriental fue la más beneficiada *“hasta esta fecha son los departamentos orientales San Miguel, Usulután, Morazán y La Unión, los más beneficiados, ya que el número de casos bajo de 49,300 a 16,000 (32,700 menos)”*²⁰⁶. Lo anterior indica que a pesar de que en esta zona los casos bajaron considerablemente en otras zonas no tratadas el número de personas que padecieron dicha enfermedad aumentó.

En 1968, al ver la alta incidencia de casos de malaria y la búsqueda de casos de fiebre amarilla debido a la existencia del mosquito transmisor en nuestro país, el Gobierno autorizó 1,973,940 colones para la erradicación de la malaria y el *Aedes aegypti* para su ejecución en 1969²⁰⁷. Sin embargo, en 1973 se manifestó un cambio en la estrategia de ataque contra el paludismo, debido a que el mosquito transmisor adquirió resistencia

²⁰⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1966-1967* (San Salvador: MSPAS, 1967), 90-99.

²⁰⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968).

²⁰⁶ *Ibíd.*

²⁰⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1968-1969* (San Salvador: MSPAS, 1969).

contra los insecticidas, lo que llevó a cambios en la estrategia de ataque al insecto y en la localización de pacientes casa por casa para el tratamiento con medicamentos²⁰⁸.

En 1980 el paludismo causó 56 muertes y el 8% de las consultas totales fueron por malaria, para esta fecha la enfermedad afectaba más a la zona rural.

TABLA XXIX
ACCIONES DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA MALARIA 1972 -2011

Año	Rociado Intradomiciliar Casas/ Personas	Personas Medicadas	Exámenes de diagnóstico
1972	--	--	394,935
1975	77,983/--	207,401 39,233 tratamientos radicales	579,273
1980	64,564/ 1,104,962	719,165	425,264
1981	--/394,919	1,044,777	367, 447
1982	5,259/ ---	22,206	
1983	-	-	-
1991	58,234/ ---	400,565	188,566
1994	52,000/ ---		
1996	356,796/ ---		
2011	5,032/ --- 76.745/ --- fumigadas		

Fuente: MSPAS, *Memoria, 1972-1973* (San Salvador: MSPAS, 1973); MSPAS, *Memoria de actividades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1974-1975* (San Salvador: MSPAS, 1975); MSPAS, *Memoria 1979-1980* (San Salvador: MSPAS, 1980); MSPAS, *Memoria 1980-1981* (San Salvador: MSPAS, 1981); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1981-1982* (San Salvador: MSPAS, 1982); MSPAS, *Memoria 1990-1991: Salud un puente para la paz* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1991); MSPAS, *Memoria de labores 1996-1997* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1997); MSPAS, *Memoria 1993-1994* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1994); MSPAS y MINSAL, *Informe de Labores 2010-2011*, (San Salvador: MINSAL, 2011).

El paludismo en 1982 se extendió principalmente en 5,000 km² de costa; área en donde residían 1,408,000 habitantes. El número de muertes era bajo debido a la metódica distribución de medicamentos con la ayuda de 1,700 colaboradores voluntarios. La

²⁰⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria Anual 1973-1974* (San Salvador: MSPAS, 1974).

relación entre la altura con el área de reproducción del mosquito transmisor del paludismo influyó de forma trascendental debido a que se desarrollaba principalmente en zonas menores a los 1,500 metros sobre el nivel del mar.

En 1985 el proyecto de malariología continuaba implementándose con fondos externos²⁰⁹. Sin embargo, el terremoto de 1986 desvió la atención de las autoridades de salud en orden de prioridad, para ese año se registraron 24, 239 casos con una tasa de 504.4 enfermos por cada 100,000 habitantes, probablemente el registro de casos disminuyó considerablemente debido a las condiciones políticas, sociales y económicas que vivía nuestro país; sin embargo, la red de colaboradores voluntarios que ayudaban en la notificación y distribución de medicamentos continuó²¹⁰.

A partir de 1987 las condiciones de salud se habían deteriorado de forma drástica, motivo por el que posiblemente ya no se dio seguimiento al programa contra la malaria; no obstante, para esta fecha la cantidad de enfermos a causa del paludismo disminuyó a 12,761 casos, descenso que pudo expresarse debido a la falta de registro de las zonas en donde el MSPAS no tenía acceso y debido a la constante movilidad poblacional que existió en el periodo de la guerra. Aunado a ello, se presentó en nuestro país un brote de dengue hemorrágico que llamó más la atención de las autoridades de salud.

En 1989 la División de Malaria se convirtió en Departamento, dependencia responsable de determinar los recursos existentes y necesarios para el control de la malaria, así como de estudiar el comportamiento epidemiológico de la enfermedad en el país y proponer soluciones técnicas y operativas para su control y erradicación. Para 1992, la malaria se mantenía controlada, el apoyo de 2,914 colaboradores voluntarios era el elemento más importante para su vigilancia.

²⁰⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *Memoria 1985-1986* (San Salvador: MSPAS, 1986), 8.

²¹⁰ Confr. MSPAS. *Memoria 86-87*, 5.

En 2006 las acciones realizadas en el Programa de malaria se definieron por el fortalecimiento de la red de notificación para la vigilancia oportuna a nivel fronterizo e inmigrantes con la finalidad de evitar la importación de casos de malaria, así mismo se fortaleció la red de laboratorios para el diagnóstico oportuno de casos de paludismo, todo esto a través del proyectos institucionales que benefició a los departamentos de Sonsonate, Santa Ana, La Paz, Usulután, Cuscatlán y Chalatenango²¹¹.

Cinco años más tarde se elaboró una resolución para la creación de la Comisión ministerial para la eliminación de la malaria, instancia responsable de conducir, coordinar y realizar las gestiones encaminadas a la erradicación de la enfermedad en todo el territorio nacional, acción que llevó en conjunto con la OPS a la elaboración del Plan Nacional para la eliminación de la Malaria 2011-2014, política que llevó de la fase de control a la fase de pre-eliminación a dicha enfermedad en nuestro país, la evolución del plan ha dado la pauta para las gestiones de creación e implementación del Plan Estratégico Nacional Multisectorial para la Eliminación de la Malaria de El Salvador 2016-2020, el cual persigue la finalidad de obtener la certificación de eliminación de la malaria para nuestro país.

3.3.2. EL PROGRAMA DE SANEAMIENTO: LAS ACCIONES EN EL MEDIO RURAL Y EN LAS PLAYAS SALVADOREÑAS DESDE 1950 HASTA LA ACTUALIDAD.

El programa de saneamiento fue creado por la Dirección General de Sanidad durante la década de los cuarenta, iniciativa fundamentada en las actividades desarrolladas por los inspectores rurales, quienes visitaban las diferentes localidades para conocer la ausencia o presencia de letrinas en las casas y la forma supletoria de agua en los diferentes municipios visitados, tarea que permitió concluir en 1950 que en las cabeceras departamentales visitadas solo el 11.6% de las casas poseían letrinas, mientras que en el

²¹¹ MSPAS, *Informe de labores 2006-2007* (San Salvador: MSPAS, 2007), 51.

área rural el porcentaje no llegaba ni al 2% y más aún que en la mayoría de las 10,800 casas visitadas las deficiencias en el abastecimiento y acceso al agua eran urgentes.

No obstante, en las décadas de los cuarenta y cincuenta el deterioro de las condiciones del medio ambiente se hacía más evidente, los periódicos constantemente denunciaban en la zona urbana el problema de los promontorios de basura, la plaga de moscas existentes, la comercialización de alimentos en mal estado; asimismo, hacían referencia a los efectos negativos de los beneficios de café que contribuían en la propagación de moscas y en la contaminación de los ríos con la pulpa del café, desechos relegados sin ningún control en los ríos y quebradas del país, motivación que llevó a que en 1950 se iniciara un programa de saneamiento de zonas cafetaleras que consistía en la capacitación, inspección y evaluación de beneficios de lavar café.

Durante la década de los sesenta la Dirección General de Sanidad fue convertida en la Dirección General de Salud y el programa fue absorbido y administrado por la División de Saneamiento, adquiriendo un significado más amplio debido a que su objetivo se redefinió en eliminar y controlar los factores ambientales que significaban un riesgo para la salud y bienestar de la población.

La política consistía en suministrar agua potable a las poblaciones campesinas, la cloración del agua, la elaboración de letrinas para la adecuada disposición de los desechos humanos y la realización de inspecciones para evaluar y controlar zancudos, moscas, beneficios de café, ingenios de azúcar, locales de producción de alimentos, promoción para la instalación de conexiones domiciliarias de agua potable y perros sospechosos de rabia²¹².

En 1964 el programa ya había realizado 174 proyectos de abastecimiento de agua, mientras el servicio de inspección cubría 158 municipios de 261 municipios existentes

²¹² MSPAS, *Memoria de labores de 1958*, 28.

hasta ese momento; sin embargo, los avances a esta fecha sobre cobertura del servicio de agua y el abastecimiento de letrinas era ínfimo debido a la falta de financiamiento, factor que llevó a evidenciar que desde 1941 a 1960 se ejecutaron más proyectos de cobertura de agua que el periodo de 1964 a 1995.

TABLA XXX

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL DE 1942 A 1995

CANTIDAD DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL DE 1942 A 1995											
TIPO DE ACTIVIDADES	1942/ 1964	1964/ 1965	1967/ 1968	1975/ 1976	1979/ 1980	1982/ 1983	1983/ 1984	1984/ 1985	1991/ 1992	1999/ 1993	1994/ 1995
Inspectores de saneamiento	-	-	169	-	-	-	-	-	-	-	-
Proyectos de conexión de agua	494	22	-	-	-	-	-	7		28	-
Comunidades beneficiadas		13	-	-	-	-	-	-	219	92	6
Macro proyectos de acueductos rurales	-	-	-	641	11	22	-	-	12	-	-
Letrinas construidas e instaladas	-	-	7170	6555	12284	10120	6640	11700	10605	-	24867
Inspecciones realizadas	10800	-	284417	252615	296636	324126	313184	275200	-	-	-

Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); .MSPAS, *Memoria, 1972-1973* (San Salvador: MSPAS, 1973); MSPAS, *Memoria de actividades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1974-1975* (San Salvador: MSPAS, 1975); MSPAS, *Memoria 1979-1980* (San Salvador: MSPAS, 1980); MSPAS, *Memoria 1980-1981* (San Salvador: MSPAS, 1981); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1981-1982* (San Salvador: MSPAS, 1982); MSPAS, *Memoria 1990-1991: Salud un puente para la paz* (San Salvador: MSPAS, 1991); MSPAS, *Memoria de labores 1996-1997* (San Salvador: MSPAS, 1997); MSPAS, *Memoria 1993-1994* (San Salvador: MSPAS, 1994); MINSAL, *Informe de Labores 2010-2011* (San Salvador: MINSAL, 2011).

Muchas de las enfermedades transmisibles que más afectaron a la población salvadoreña eran originadas en el ambiente con condiciones de saneamiento precario, motivo por el que desde la década de los cincuenta hasta la década de los setentas, las enfermedades diarreicas fueron las causantes de mayor muerte en nuestro país, las cuales se han mantenido como una de las principales causas de enfermedad hasta la actualidad.

No obstante, otro problema latente muy poco estudiado y que tiene mucha relación con la falta de condiciones básicas de saneamiento y se encuentra muy entramado con los niveles de pobreza de la población es el problema del déficit de la vivienda en nuestro país, situación que se hacía más evidente en la zona rural del país, problema que persiste en la actualidad y que contribuye en el surgimiento y reproducción de enfermedades gastrointestinales, enfermedades transmitidas por vectores, así como de las infecciones respiratorias agudas.

TABLA XXXI

DÉFICIT DE VIVIENDAS EN EL SALVADOR DE 1961 A 1980

Año		1961	1970	1976	1980
Tipo de población					
Urbano	Porcentaje	58%	56%	50.3%	47.8%
	Número de casas	109,495	145,769	164,158	176,555
Rural	Porcentaje	---	80%	88.3%	89.0%
	Número de casas	---	280,000	341,592	384,910

Fuente: Roberto Dada, "El problema de la vivienda en El Salvador y el que hacer del Estado", consultado el 06 de marzo, 2016, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan040622.pdf>

Un factor muy evidente ha sido el porcentaje y tipo de vivienda en el que habitaba la población salvadoreña, debido a que este es un factor esencial para que la familia pueda tener acceso a los servicios básicos, agua, luz, sistema de disposición de excretas; pero asimismo el déficit de vivienda evidencia los niveles de pobreza que sufre la población sobre todo de los estratos de bajos ingresos, factores que favorecen la reproducción de enfermedades transmisibles.

Desde la década de los treinta, la población que habitaba en San Salvador y décadas más tarde la población urbana que residía en el Área Metropolitana del San Salvador se encontraban en más del 50% instalados en asentamientos temporales (mesones, tugurios, colonias ilegales entre otros), la mayoría de los cuales no cumplía con las

condiciones básicas de saneamiento²¹³. La cifra anterior aumentó a 62.3% durante la década de los setenta y a 68% para 1980; lo cual, implicó que 676,031 habitantes del Área Metropolitana de San Salvador habitaran en asentamientos con condiciones altas de insalubridad en 1980.

Mientras que en la zona rural, la mayoría de viviendas se encontraban elaboradas con materiales como el adobe, bajareque, madera u otros desechos, mientras que los pisos en su mayoría eran de tierra. Todos estos factores combinados con sistemas inadecuados de exposición de excretas y la falta de abastecimiento de agua potable ocasionaron mayores condicionantes para la reproducción y propagación de enfermedades transmisibles relacionadas con las malas condiciones de saneamiento; entre estas las enfermedades gastrointestinales, las enfermedades de transmisión vectorial, entre otras.

TABLA XXXII

POBLACIÓN SALVADOREÑA CON SISTEMA DE DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

LETRINIZACIÓN	1950	1980	1992	1998
PORCENTAJE URBANO	11.6	--	96	88.2
PORCENTAJE RURAL	2	28	63.8	68.30

Fuente: CSV, "El diagnóstico de la vivienda en El Salvador", consultado el 20 de enero de 2016, <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/diagnostico/salvador.pdf>

No obstante, a la política de saneamiento básico no se le tomo la seriedad necesaria, debido que su operatividad no fue constante debido al paupérrimo presupuesto asignado para su funcionamiento. Aunado a ello, en 1995 el programa de introducción de agua potable en la zona rural, denominado PLANSABAR fue transferido a la Administración Nacional de Acueductos y Alcantarillados, quien crea la Gerencia de Sistemas Rurales de ANDA²¹⁴.

²¹³ *Ibíd.*, 75.

²¹⁴ MSPAS, *Memoria de labores 1995-1996*, 10.

TABLA XXXIII
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN SALVADOREÑA CON ABASTECIMIENTO INTRA
DOMICILIAR DE AGUA POTABLE

COBERTURA DE AGUA POTABLE	1950	1980	1992	1994	1999
URBANO	--	--	74.1	75	72
RURAL	--	33	13.5	30	59

Fuente: CSV, "El diagnóstico de la vivienda en El Salvador", consultado el 20 de enero de 2016, <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/diagnostico/salvador.pdf>

En 2008 el 72.3% de la población tenía cobertura de agua potable solo el 58.3% era administrada y proveída por ANDA en 152 municipios, el restante 41.8% es proveído por un conjunto de gobiernos locales, asociaciones de ciudadanos y por la empresa privada, esto debido al proceso de descentralización que en un determinado buscaba transferir la gestión de los sistemas de abastecimiento de agua potable a los actores antes mencionados.

La demanda de agua y saneamiento cada vez es mayor, actualmente persisten los debates por alcanzar el derecho al agua debido a que la cobertura de servicios no ha alcanzado a cubrir las necesidades de toda la población salvadoreña, contexto equiparado con la disminución de vertientes naturales de agua en nuestro país y el crecimiento constante de la población salvadoreña, condiciones que requieren de acciones rápidas y efectivas para evitar que la población que hasta el momento cuenta con dichos servicios no disminuya en un futuro debido a la escasez de agua.

Las enfermedades diarreicas, las enfermedades transmitidas por vectores y las infecciones respiratorias agudas continúan con altos índices de incidencia en la salud de la población salvadoreña; no obstante, su peligrosidad se hace más evidente para la proporción poblacional que aún no cuenta con las condiciones básicas de saneamiento,

motivo por el cual es imprescindible la elaboración y ejecución de políticas intersectoriales o nacionales para resolver dichos problemas.

3.3.3. LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN EN EL SALVADOR A PARTIR DE 1950.

La vacunación ha sido una estrategia que se implementó desde principios del siglo XX en nuestro país como medida para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas, como la viruela y a partir de la década de los cuarenta para la eliminación de otras enfermedades como la difteria, la tosferina, la fiebre tifoidea, la rabia y el tétano. Estrategia que para 1958 se empezó a utilizar para la prevención de otras enfermedades como la fiebre amarilla, la poliomielitis y la tuberculosis.

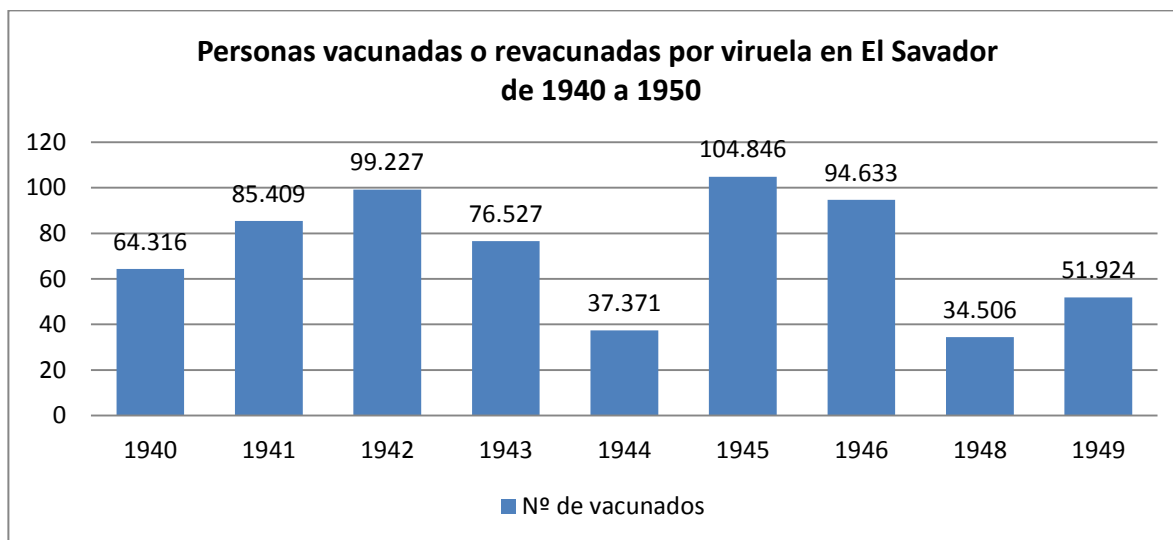
Durante la década de los cuarenta, la Dirección General de Sanidad creó la División de epidemiología, dependencia que tenía como una de sus funciones dirigir las campañas de vacunación contra la viruela en nuestro país, acción preventiva muy efectiva debido a que desde que se inició con la inmunización contra esta enfermedad se alcanzó su control y erradicación a partir de la segunda década del siglo XX.

Fue la División de Epidemiología, la encargada de elaborar y dirigir el Plan de Vacunación iniciado en agosto de 1949; el cual, tenía el objetivo de *“proteger, primeramente a todos los habitantes de las zonas fronterizas y luego de las zonas donde no existían médicos ni oficinas de sanidad”*²¹⁵.

GRÁFICA XXXII

PERSONAS VACUNADAS CONTRA LA VIRUELA DE 1940 A 1949

²¹⁵ DGS, *Boletín de Sanidad de 1950*, 29.



Fuente: Dirección General de Sanidad, *Sanidad en El Salvador*, Año I, 3 (diciembre 1950).

El plan implementado en su primer año fue desarrollado por 7 inspectores rurales, que en 1950 ascendieron a 15 inspectores que a pie o a caballo visitaban los municipios y sus respectivos cantones, haciendo un total de visitas de 102 poblaciones, 394 cantones y 161,729 personas vacunadas en 11 meses beneficiando principalmente a la población de los departamentos de Chalatenango, Morazán, La Libertad, Cabañas, San Miguel, La Unión, San Vicente y Usulután.

La campaña de vacunación buscaba reducir la incidencia de enfermedades comunicables y que principalmente afectaban a la niñez salvadoreña como la tosferina que había ocasionado 284 muertes y 3,063 casos, el sarampión, la difteria, la rabia y el tétano. La vacunación de la población en riesgo era la única medida de control para las enfermedades antes mencionadas, motivación que generó la intensificación de la campaña año con año y que permitió la disminución de la mortalidad infantil.

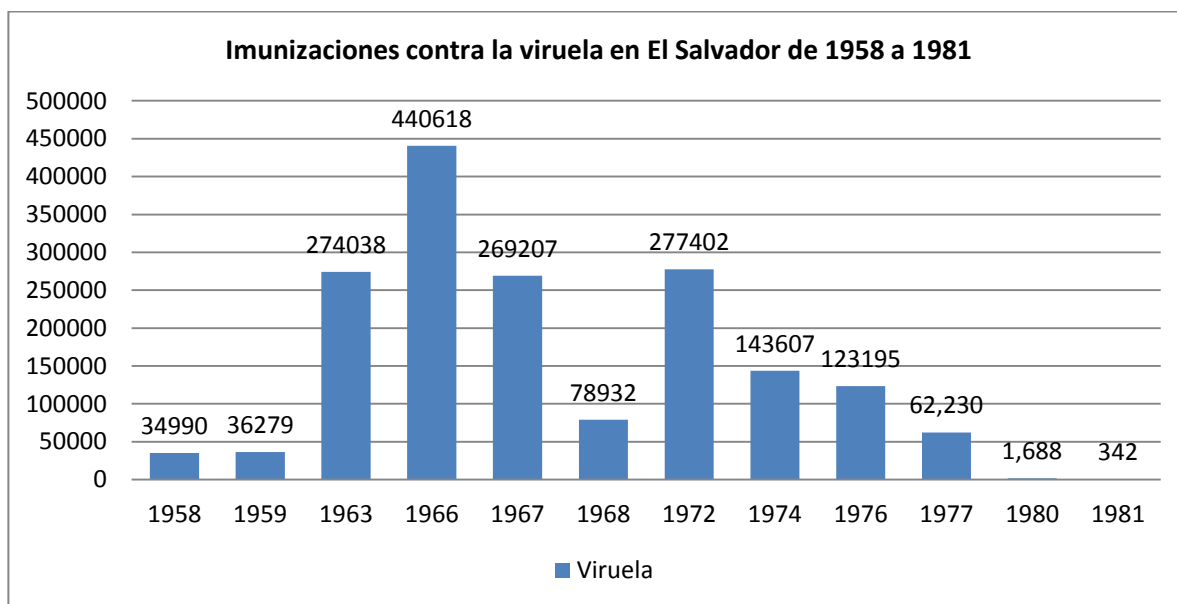
“La tasa de mortalidad infantil muestra también una tendencia descendente, en parte por una disminución de la enfermedades inmuno-prevenibles. Si se comparan diferentes fuentes de información, se tiene que para 1960 se registró una tasa de 131.2 por mil nacidos vivos; en 1971 según el Censo Nacional de Población, fue de 110 por mil. En 1980, de 88.6 por mil; a

medidos de la década, en 1985 bajó a 67.7; en 1990 todavía disminuyó a 47,5 y cierra en 1997 con 33,4%.”

De 1958 a 1966 las inmunizaciones para prevenir la viruela manifestaron un aumento considerable debido a la identificación de algunos casos a comienzos de los cincuenta, mismas que a partir de 1972 presentaron un descenso significativo hasta 1981, año en el que registraron 342 vacunaciones contra la viruela, posiblemente esta medida ya no fue necesaria debido a que los diferentes programas de vacunación desarrollados en países americanos llevaron a que en 1971 se registrará el último caso de esta enfermedad y que a partir de 1973 se declarara su erradicación en el continente Americano²¹⁶.

GRÁFICA XXXIII

NÚMERO DE INMUNIZACIONES CONTRA LA VIRUELA APLICADAS EN LA POBLACIÓN SALVADOREÑA DE 1958 A 1981



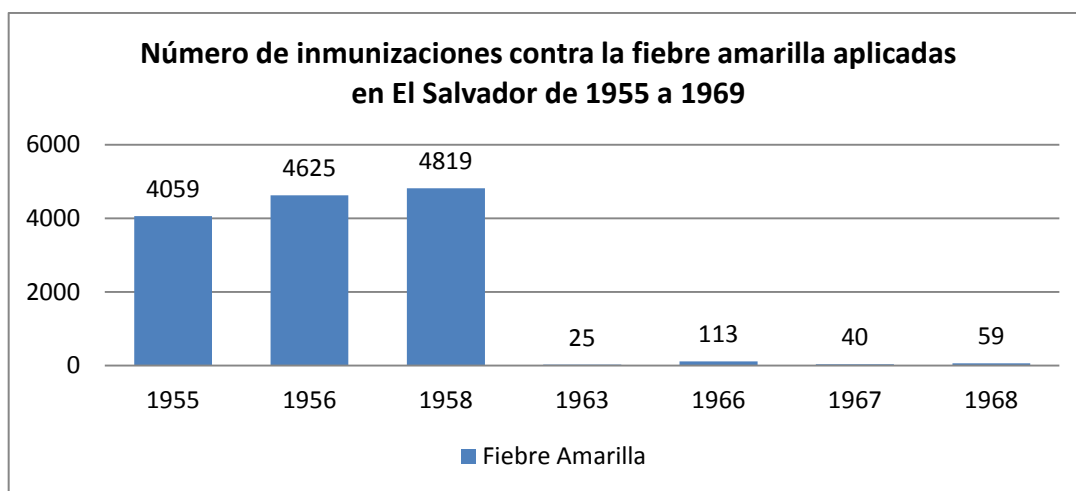
Fuente: MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1957-1958* (San Salvador: MSPAS, 1958); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1958-1959* (San Salvador: MSPAS, 1959); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968); MSPAS, *Memoria, 1973-1974* (San Salvador: MSPAS, 1974); MSPAS, *Memoria 1980-1981* (San Salvador: MSPAS, 1981).

²¹⁶ OPS/OMS, *Las condiciones de salud en las Américas, 1969-1972*, 59.

Debido a la reaparición del mosquito *Aedes Aegypti*, transmisor de la fiebre amarilla en nuestro país durante la década de los cincuenta, se tomó como medida preventiva vacunar a la población en riesgo por un periodo precautorio, así en de 1955 a 1958 se inmunizaron a 13, 503 personas, tendencia que disminuyó durante la década de los sesenta, esto a pesar del registro de casos de fiebre amarilla en países como Guatemala y Panamá²¹⁷.

GRÁFICA XXXIV

NÚMERO DE INMUNIZACIONES CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN EL SALVADOR DE 1955 A 1968



Fuente: MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1955-1956* (San Salvador: MSPAS, 1956); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1958-1959* (San Salvador: MSPAS, 1959); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968).

La Organización Mundial de la Salud en 1974 propuso a todos países la creación del Programa Ampliado de Inmunizaciones con la finalidad de establecer la vacunación y la vigilancia epidemiológica de las enfermedades inmuno prevenibles como un estrategia fundamental, motivo que llevó a El Salvador a la creación del Programa Nacional de

²¹⁷ OPS/OMS, *Las condiciones de salud en las Américas 1965-1968*, 112.

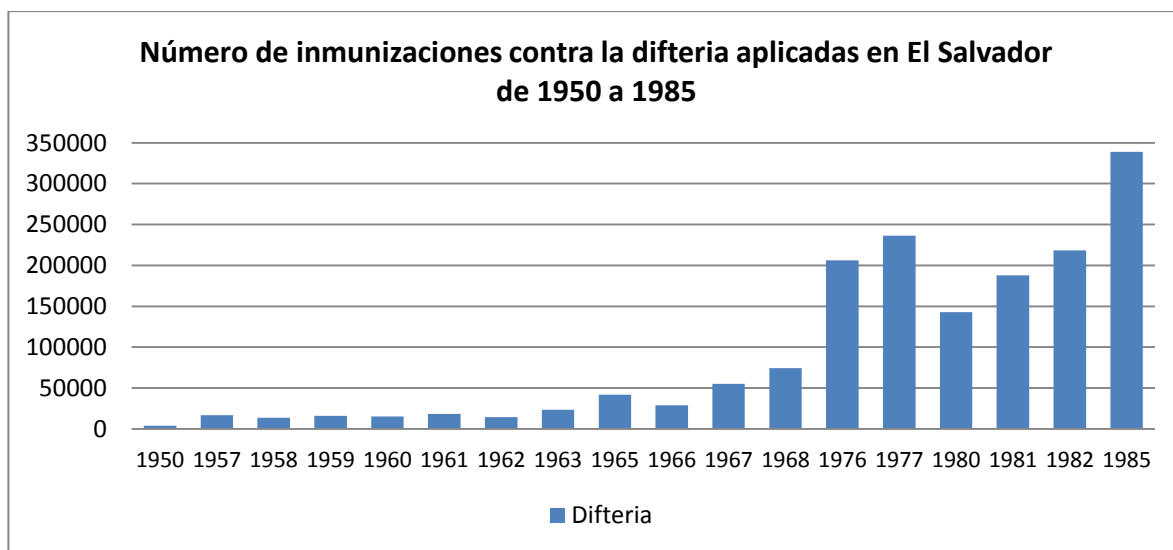
Vacunas e Inmunizaciones después de 1977, programa que ha sido evaluado por la OMS/OPS para su fortalecimiento.

Lo anterior permitió que enfermedades como la difteria, el sarampión, la poliomielitis, la tosferina, la tuberculosis, el tétano entre otras enfermedades prevenible por vacunación fueran combatidas y vigiladas mediante el programa. La difteria ha sido comúnmente denominada como una de las enfermedades de la niñez, debido a que en ausencia de medidas preventivas, la mayoría de contagiados la ha adquirido durante la niñez.

Esta enfermedad representó un problema constante para las autoridades de salud salvadoreñas debido a la cantidad de muertes y enfermos ocasionados cada año, tendencia que fue disminuyendo a medida aumentó la cobertura de inmunización a través de las diferentes campañas.

GRÁFICA XXXV

INMUNIZACIONES CONTRA LA DIFTERIA APLICADAS EN EL SALVADOR DE 1950 A 1985



Fuente: MSPAS, *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951* (San Salvador: Imprenta Nacional, 1951); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1958-1959* (San Salvador: MSPAS, 1959); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS,

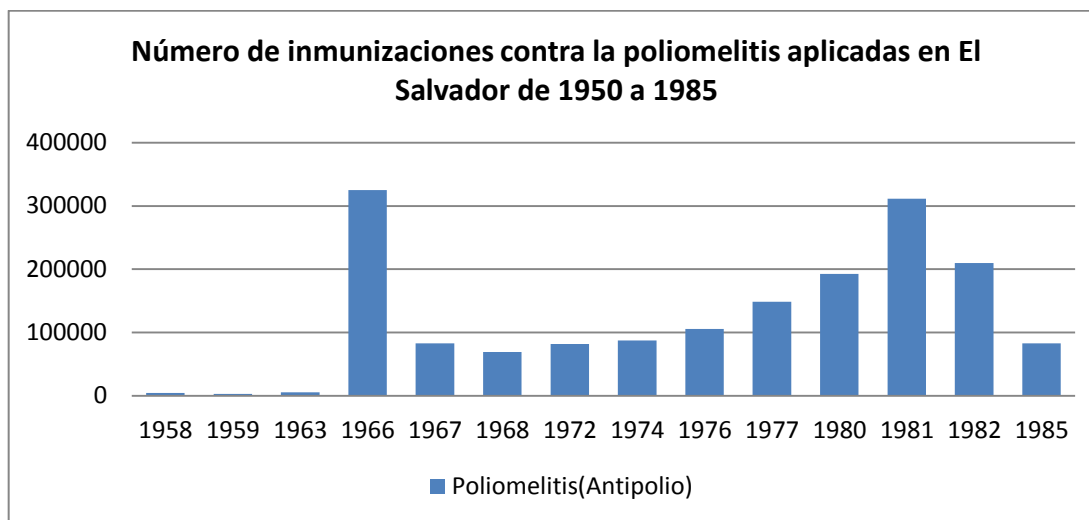
1968); MSPAS, Memoria 1979-1980 (San Salvador: MSPAS, 1980) y MSPAS, *Memoria 85-86: Supervivencia infantil* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1986).

Así, en 1950 se protegieron a 3,904 personas en su mayoría menores de 1 años de edad, tendencia que fue en aumento hasta llegar en 1965 a registrar 41,687 vacunaciones, mostrando un leve descenso en 1966 y un crecimiento hasta llegar en 1977 a 236,464 vacunaciones, campaña que permitió alcanzar 338,725 inmunizaciones de menores de 4 años para 1985.

La poliomielitis fue otra enfermedad que desde 1950 mostró sus efectos negativos en la niñez salvadoreña, creando diferentes ciclos epidémicos que se desarrollaron hasta 1989. Sin embargo, a partir de 1958 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social inició la vacunación contra la poliomielitis, iniciativa que generó efectos positivos a medida fue alcanzando coberturas de inmunización adecuadas a partir de 1985.

GRÁFICA XXXVI

INMUNIZACIONES CONTRA LA POLIOMELITIS EN EL SALVADOR DE 1958 A 1985

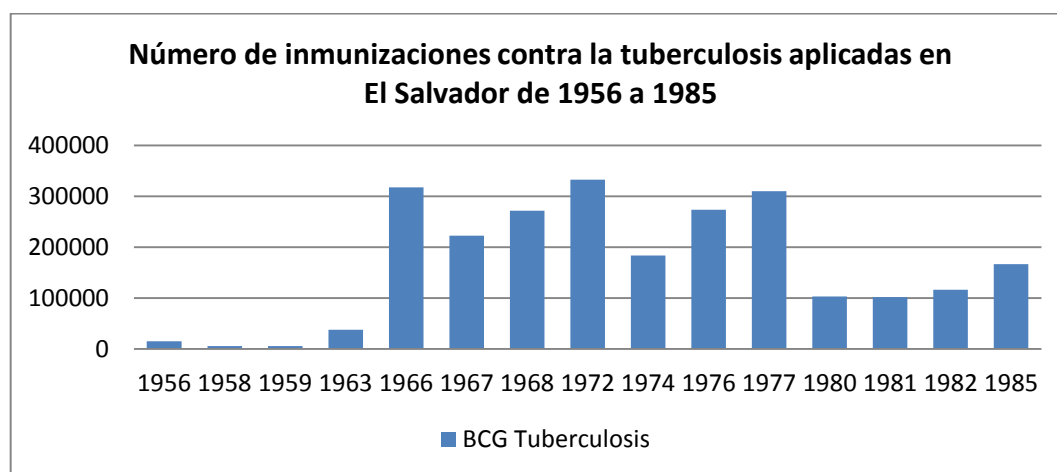


Fuente: MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1958-1959* (San Salvador: MSPAS, 1959); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968); MSPAS, Memoria 1979-1980 (San Salvador: MSPAS, 1980) y MSPAS, *Memoria 85-86: Supervivencia infantil* (San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1986).

La tuberculosis ocasionó gran cantidad de muertes y enfermos desde 1950, una de las primeras causas de muerte y enfermedad. Sin embargo, las medidas de combate para erradicar dicha enfermedad fueron dos, el tratamiento y la inmunización, mecanismo de combates muy económicos; los cuales no permitieron el aumento de su incidencia, a continuación se muestra la evolución de las inmunizaciones realizadas por el MSPAS.

GRÁFICA XXXVII

INMUNIZACIONES CONTRA LAS TUBERCULOSIS APLICADAS EN EL SALVADOR DE 1956 A 1985

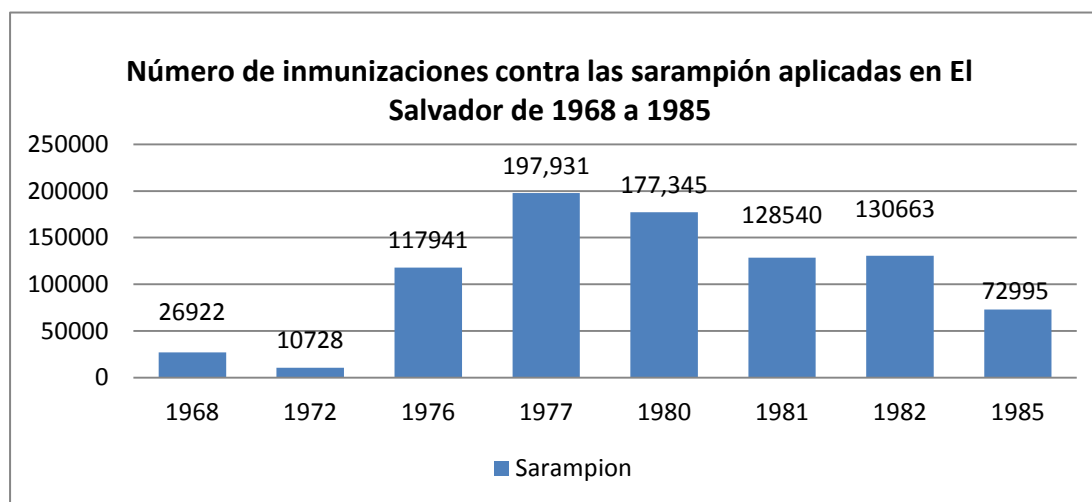


Fuente: MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1955-1956* (San Salvador: MSPAS, 1956); MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968* (San Salvador: MSPAS, 1968); MSPAS, *Memoria, 1972-1973* (San Salvador: MSPAS, 1973); MSPAS, *Memoria 1975-1976* (San Salvador: MSPAS, 1976) y MSPAS, *Memoria 85-86: Supervivencia infantil* (San Salvador: MSPAS, 1986).

El sarampión, es otras de las enfermedades que han causado brotes epidémicos que han sobrepasado los 10,000 casos a lo largo de la historia, principalmente en los años 1965, 1967, 1972, 1979, 1981 y 1989. Sin embargo, luego de los 16,531 casos producidos por la epidemia de 1989, la incidencia de esta enfermedad empezó a disminuir debido al mantenimiento de las inmunizaciones contra el sarampión.

GRÁFICA XXXVIII

IMUNIZACIONES CONTRA LAS SARAMPIÓN APLICADAS EN EL SALVADOR DE 1968 A 1985



Fuente: MSPAS, *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968*, (San Salvador: MSPAS, 1968); MSPAS, *Memoria 1977-78* (San Salvador: MSPAS, 1978) y MSPAS, *Memoria 1979-1980*, (San Salvador: MSPAS, 1980).

Durante la primera década del siglo XXI, los resultados del Programa Nacional de Vacunación Infantil ha permitido que los niveles de cobertura contra las enfermedades transmisibles antes mencionadas se mantuvieran o aumentaran a niveles aceptables que han prevenido el su reemergencia o la producción de brotes epidémicos²¹⁸

CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO.

Las políticas públicas de salud implementadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se han enmarcado en diferentes periodos; en donde, los planes o reformas declaradas se han implementado o se han intentado ejecutar con la finalidad de resolver prioridades relacionadas con el estado de salud o con el sistema de salud de nuestro país. Sin embargo, dentro de estas macro políticas, han existido programas y

²¹⁸MINSAL, Boletín de indicadores del Sistema Nacional de Salud 2013, consultado el 20 de mayo de 2016, http://www.salud.gob.sv/ar%20chivos/pdf/boletines_indicadores_SNS/Boletin_de_indicadores_de_l_Sistema_Nacional_de_Salud_2013.pdf

proyectos, políticas o acciones focalizadas al combate de las enfermedades transmisibles, lo que en la mayoría de casos ha sido una desventaja que no ha permitido el control de muchas enfermedades transmisibles tal es el caso de las IRAS, la diarreas, el dengue entre otras.

A pesar de ello, el Estado ha sido ineficiente y débil institucionalmente para resolver el problema ocasionado por las enfermedades transmisibles que han generado altos índices de morbilidad y mortalidad debido a que se han aplicado medidas paliativas y superficiales que no permitieron logros eficientes en la erradicación y prevención de dichos males, por lo que muchos de estos padecimientos han vuelto a reaparecer o han permanecido a lo largo del tiempo, realidad que evidencia la debilidad de las políticas públicas sobre todo en materia de salud y educación.

Los factores que no han permitido una adecuada formulación e implementación de las políticas públicas de salud dirigidas al combate, prevención, control y erradicación de las enfermedades transmisibles se encuentran la inadecuada estructura sanitaria, la falta de presupuesto, de recursos humanos en salud, de voluntad política y de apoyo de los sectores de la sociedad.

La inadecuada infraestructura sanitaria nos muestra que desde 1950 fecha en la que se contaban con 36 centros, unidades y delegaciones de sanidad hasta el año 2008 se alcanzó la creación de 377 centros, unidades y puestos de salud en el primer nivel de atención, cifra que en el periodo 2009-2015 se duplicó con la creación de 370 nuevas Unidades Comunitarias de Salud Familiar y la reconfiguración de las anteriores en base a la estrategia de Atención Primaria de Salud implementada a través de las Redes integradas e Integrales de Salud.

Sin embargo, es necesario recordar que desde 1950 nuestro país ya poseía 24 hospitales y a pesar del crecimiento poblacional en la actualidad solo se poseen 30, los

cuales absorben más del 50% del presupuesto asignado al Ministerio de Salud. Sin embargo, la mayoría de programas durante mucho tiempo estuvieron concentrados en las ciudades y cabeceras departamentales en donde se contaba con infraestructura sanitaria que permitiera brindar los servicios de salud, en la actualidad se cuenta con una mayor cobertura de la población; sin embargo este servicio aun no es recibido por la totalidad de la población salvadoreña.

Otro factor que no permitió el adecuado accionar de la cartera de salud en cuanto a la implementación de las políticas y programas de salud fueron los bajos presupuestos, debido a que desde hace mucho tiempo la salud se ha dejado en segundo plano dentro de las prioridades de los diferentes gobiernos. Como hemos podido analizar en 1950 el MSPAS inició sus funciones con un presupuesto equivalente al 4.1% del gasto nacional, porcentaje que se duplicó en 1955, con la finalidad de implementar el Plan de Reorganización de los servicios médicos dirigido por la Dirección General de Sanidad a partir de 1953.

A pesar de ello, a partir de ese esfuerzo no se ha expresado un aumento significativo en los presupuestos asignados a la cartera de salud, siendo la asignación más alta, el presupuesto de 1970 equivalente al 13% del Presupuesto general. Así, el promedio del presupuesto asignado desde 1950 hasta 2015 ha sido de un 9%, contexto económico que ha limitado la implementación de planes y reformas de salud.

Asimismo, la falta de una cultura de la prevención ha sido un componente que no ha permitido que el Ministerio de Salud brinde respuestas adecuadas a las epidemias, ya que dentro del ámbito médico ha existido una separación falsificada entre la prevención y el tratamiento favoreciendo y tomando siempre como medida principal a la curación.

La mayoría de políticas de salud ha tenido un enfoque curativo más que preventivo como ha sido el caso de la Campaña nacional contra la malaria implementada desde

1933 hasta la actualidad en donde se utilizó una estrategia de entrega masiva de medicamentos a los pacientes que manifestaban síntomas similares a los de la malaria. Asimismo, los bajos presupuestos asignados a los programas de prevención como el Programa de Saneamiento.

Finalmente expresar que la única política de salud pública con carácter preventivo que ha sido efectiva e implementada a largo plazo ha sido el programa de inmunización que a partir de 1977 ha recibido diferentes nominaciones. La falta de rumbo en la planificación y ejecución de las políticas públicas de salud no ha permitido tener alcances y logros de mediano y largo plazo, sino que más bien han sido presentadas como medidas temporales, asistenciales, programas verticales e intervenciones fragmentadas que han evidenciado la discontinuidad de los programas de salud.

Las políticas públicas de salud analizadas revelan diferentes esfuerzos de privatización o de universalización de los servicios públicos de salud en nuestro país que en ninguno de los casos se consolidaron, actualmente se encuentra en implementación la reforma de salud, iniciativa que a pesar de sus logros, si no recibe el seguimiento adecuado puede no alcanzar su afianzamiento.

Finalmente, la falta de voluntad política ha sido otro factor muy importante que no ha permitido ayudar a resolver el problema de las enfermedades transmisibles debido a que siempre se ha mantenido una actitud de minimizar el problema o no reconocerlo hasta que ha alcanzado magnitudes incontrolables, creando así una cultura de la sobrevivencia en la población salvadoreña.

Lo anterior se puede constatar en las acciones tomadas contra enfermedades como la malaria, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, el dengue e incluso con enfermedades recientes como la fiebre chikungunya y el sika, enfermedades que han causado grandes estragos en la población salvadoreña debido al no

reconocimiento de dichos problemas de salud y la falta de voluntad política que ha llevado a la toma de decisiones tardías para su prevención y combate que al final han afectado a la población salvadoreña.

CONCLUSIONES GENERALES.

Los resultados de la investigación histórica esboza en la presente tesis han permitido conocer que las enfermedades transmisibles desde la época colonial han sido y continúan siendo un problema de salud permanente para la población salvadoreña, siendo las primeras causas de muerte hasta la década de los setenta, si bien, su incidencia como generadora mortalidad ha disminuido, sus efectos como causas de enfermedad han aumentado considerablemente, sobre todo cuando dichas enfermedades han alcanzado niveles epidémicos o endémicos, lo que ha llevado a que las autoridades de salud tengan un doble problema de salud en nuestro país, debido a que al igual que las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles también extendieron con mayor fuerza sus efectos negativos en la población salvadoreña a partir de la década de los setenta.

Asimismo, los más afectados por las enfermedades transmisibles fueron los sectores más vulnerables de la población. En la época colonial, los grupos indígenas y ladinos fueron los más asediados por las diferentes epidemias. En el siglo XIX, la población dedicada al peonaje y a la agricultura continuó siendo la más aquejada por dichas enfermedades; sin embargo, cuando las epidemias alcanzaron niveles nacionales estas no tuvieron preferencias por estratos sociales.

En la primera mitad del siglo XX la población con pobreza extrema y la niñez fueron los más violentados por las epidemias y endemias, tendencia que continuó a partir de la segunda mitad del siglo XX, debido a que este grupo poblacional ha tenido más dificultades para el acceso a servicios básicos, a educación e incluso a la salud, a causa del sistema estratificado de acceso a los servicios de salud que se ha configurado en nuestro país a lo largo de la historia.

Entre los factores que han condicionado la producción y reproducción de las enfermedades transmisibles se encuentran: Primero, la falta de acceso a una vivienda ha

sido uno de los condicionantes que ha permitido la propagación de enfermedades, ya que es la vivienda el factor inicial para que la familia pueda poseer condiciones básicas de saneamiento; a pesar de ello, a lo largo de la investigación se ha observado que en 1961 solo el 58% de la población urbana contaba con una vivienda y que para 1980 esa cifra bajó a 47.8%; mientras que en el área rural solo ascendió 89%, lo que implicaba que más de un 40% de la población nacional no poseía una vivienda digna factor que permitió la creación de suburbios que permitieron una mayor movilidad de enfermedades gastrointestinales, vectoriales y de las vías respiratorias.

Mientras, el acceso a los servicios básicos muestran el lento avance de la cobertura de los sistemas de abastecimiento de agua potable en nuestro país a lo largo de la historia; es sorprendente como hasta 1980, solo el 33% de la población rural poseía abastecimiento intradomiciliar de agua potables y como esta tendencia se mantuvo hasta 1994 en donde el 75% de la población del área urbana y el 30% del área rural gozaban del servicio, problema que continua en la actualidad y que promueve condiciones insalubres en entorno de la población que no cuenta con el servicio.

Asimismo, la falta de servicios higiénicos ha sido otro factor que ha promovido la reproducción de enfermedades, debido a que hasta 1998 solo el 88.2% de las familias del área urbana y el 68.30% del área rural contaban con sistema de disposición de excretas, lo que ocasionaba que gran parte de la población hiciera una mala disposición que contribuyó a la propagación de enfermedades gastrointestinales, otros factores como el acceso a la educación, a la servicio de recolección de desechos sólidos y la contaminación ambiental son otros factores que han influido en la generación y expansión de enfermedades transmisibles en nuestro país.

Igualmente, otro componente que ha permitido una mayor movilidad de las enfermedades transmisibles a lo largo de la historia ha sido la falta de cobertura de los servicios de salud y la falta de creación e implementación de políticas adecuadas para

resolver la problemática de las enfermedades transmisibles. Lo anterior se evidencia en la evolución lenta de los niveles de cobertura de servicios de salud a lo largo del siglo XX y en las respuestas tardías y temporales implementadas para atender las diferentes epidemias que azotaron a nuestro país desde la institucionalización de la salud en nuestro país.

Es increíble como para 1950 menos de la mitad de la población salvadoreña tenía acceso a los servicios de salud; es importante resaltar que en un principio estos servicios se focalizaron en la atención de la población de las principales ciudades y cabeceras departamentales. Fue a partir de 1953 que se inició el proceso de acercar los servicios de salud a la mayor cantidad de población posible; es así, como de 36 centros, unidades y delegaciones de sanidad que se poseían para esa fecha se ha ascendido a 747 Unidades Comunitarias de Salud Familiar hasta la actualidad.

Sin embargo, los servicios comunitarios de salud expresados aun en la actualidad no son suficientes para cubrir la totalidad de la población salvadoreña con la atención primaria en salud. Asimismo, desde 1950 hasta la actualidad solo se han construido seis hospitales más; los cuales absorben casi el 50% del presupuesto de la cartera de salud, situación que ha permitido un contexto favorable para el desarrollo de sistema de salud privado en nuestro país. Así, la magnitud de los efectos de una enfermedad en nuestro país ha dependido de las acciones y políticas implementadas por la cartera de salud.

Las políticas de salud implementadas para resolver el problema de las enfermedades transmisibles han sido las siguientes: La lucha contra la malaria, el programa de saneamiento ambiental, las campañas de vacunación contra las enfermedades inmuno prevenibles, el programa de lucha contra la tuberculosis; y más recientemente, las campañas contra infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida, y las campañas contra el dengue utilizadas actualmente también para el combate de la fiebre chikungunya y el zika.

Sin embargo, estas políticas no han sido eficientes debido a diferentes factores que no han dificultado el alcance de los resultados esperados. Entre estos factores se encuentran los bajos presupuestos, debido a que desde hace mucho tiempo la salud se ha dejado en segundo plano dentro de las prioridades de los diferentes gobiernos, evidencia de lo anterior es que la asignación presupuestaria de la cartera de salud nunca ha ascendido más del 13% del presupuesto general, cuando la Organización Panamericana de la Salud recomienda que para un país de ingresos bajos el mínimo requerido de inversión en salud es del 15% del presupuesto general.

Asimismo, a lo largo de la historia se ha analizado como la falta de presupuesto impidió en varias ocasiones que los resultados alcanzados por la campaña contra la malaria, contra las enfermedades inmuno prevenibles y contra el dengue se mantuvieran o mejoraran. Otro factor que no permitió el adecuado accionar de la cartera de salud en cuanto a la implementación de las políticas se ha debido a que la mayoría de campañas y programas de salud han mantenido un enfoque curativo más que preventivo como ha sido el caso de la Campaña nacional contra la malaria en donde se utilizó una estrategia de entrega masiva de medicamentos a los pacientes que manifestaban síntomas similares a los de la malaria.

Asimismo, se ha mantenido una cultura en donde la falta de rumbo en la planificación y ejecución de las políticas públicas de salud no ha permitido tener alcances y logros de mediano y largo plazo, sino que más bien han sido presentadas como medidas temporales, asistenciales, programas verticales e intervenciones fragmentadas que han evidenciado la discontinuidad de los programas de salud.

Finalmente, la falta de voluntad política ha sido otro factor muy importante que no ha permitido ayudar a resolver el problema de las enfermedades transmisibles debido a que siempre se ha mantenido una actitud de minimizar el problema o no reconocerlo hasta

que ha alcanzado magnitudes incontrolables, creando así una cultura de la sobrevivencia en la población salvadoreña.

Lo anterior se puede constatar en las acciones tomadas contra enfermedades como la malaria, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas, el dengue e incluso con enfermedades recientes como la fiebre chikungunya y el sika, enfermedades que han causado grandes estragos en la población salvadoreña debido al no reconocimiento de dichos problemas de salud, falta de voluntad política que ha llevado a la toma de decisiones tardías para su prevención y combate que al final han afectado a la población salvadoreña.

BIBLIOGRAFIA

1. BOLETINES

Consejo Superior de Salubridad. *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año II, 1, septiembre de 1902.

-----. *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año II, 2, septiembre de 1902.

-----. *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año III, 1, enero de 1903.

-----. *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año III, 1, enero 1904.

-----. *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, año II, 2, enero de 1903.

Dirección General de Sanidad. *Boletín Sanitario*, I Época, 1, enero-febrero 1933.

-----. *Boletín Sanitario*. III Época, 3, mayo-junio de 1934.

-----. *Boletín Sanitario*, IV Época, 2, mayo-junio de 1945.

-----. *Boletín de Sanidad*, IV Época, 5, noviembre-diciembre de 1945.

-----. *Boletín de Sanidad*, Año I, 1, enero marzo de 1950.

-----. *Boletín de Sanidad*, Año I, 3, diciembre de 1950.

Ministerio de Gobernación. *Boletín del Ministerio de Gobernación y Trabajo*. San Salvador: Ministerio de Gobernación, enero-abril de 1938.

-----. *Boletín del Ministerio de Gobernación y Trabajo*. San Salvador: Ministerio de Gobernación, enero abril de 1939.

Ministerio de Salud. "Boletín de indicadores del Sistema Nacional de Salud 2013". Consultado el 20 de mayo de 2016, http://www.salud.gob.sv/ar%20chivos/pdf/boletines_indicadores_SNS/Boletin_de_indicadores_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2013.pdf

-----. "Boletín Epidemiológico de la semana 47". Consultado el 06 de enero, 2016, https://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2015/boletines_epidemiologicos2015/Boletin

2. MEMORIAS

Ramo de Gobernación. *Memoria de Gobernación, trabajo, fomento, agricultura, beneficencia y sanidad de 1932*. San Salvador: s.e., 1932.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1950 al 14 de septiembre de 1951*. San Salvador: Imprenta Nacional, 1951.

----- *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1952 al 14 de septiembre de 1953*. San Salvador: Imprenta Nacional, 1953.

----- *Memoria de las labores realizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de septiembre de 1953 al 14 de septiembre de 1954*. San Salvador: Imprenta Nacional, 1954.

----- *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1963-1964*. San Salvador: MSPAS, 1964.

----- *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1965-1966*. San Salvador: MSPAS, 1966.

----- *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1966-1967*. San Salvador: MSPAS, 1967.

----- *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1967-1968*. San Salvador: MSPAS, 1968.

----- *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1968-1969*. San Salvador: MSPAS, 1969.

----- *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1969-1970*. San Salvador: MSPAS, 1970.

----- *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 70-71* San Salvador: MSPAS, 1971.

----- *Memoria, 1971-1972*. San Salvador: MSPAS, 1972.

----- *Memoria, 1972-1973*. San Salvador: MSPAS, 1973.

----- *Memoria, 1973-1974*. San Salvador: MSPAS, 1974.

----- *Memoria de actividades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1974-1975* San Salvador: MSPAS, 1975.

----- *Memoria 1975-1976*. San Salvador: MSPAS, 1976.

----- *Memoria 1976-1977*. San Salvador: MSPAS, 1977.

- . *Memoria 1977-78*. San Salvador: MSPAS, 1978
- . *Memoria 1979-1980*. San Salvador: MSPAS, 1980.
- . *Memoria 1980-1981*. San Salvador: MSPAS, 1981.
- . *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1981-1982*. San Salvador: MSPAS, 1982.
- . *Memoria Anual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de 1982-1983*. San Salvador: MSPAS, 1983.
- . *Memoria 83-84*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1984.
- . *Memoria 85-86: Supervivencia infantil*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1986.
- . *Memoria 86-87*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1987.
- . *Memoria 87-88: Código de salud, instrumento legal que permitirá el cambio de la salud de los habitantes de El Salvador*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1988.
- . *Memoria 87-88*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1988.
- . *Memoria 1988-1989*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1989.
- . *Memoria 89-90*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1990.
- . *Memoria 1990-1991: Salud un puente para la paz*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1991.
- . *Memoria 91-92: La salud en el hombre contribuye a la paz*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1992.
- . *Memoria 92-93*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1993.
- . *Memoria 1993-1994*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1994.
- . *Memoria 95-96: Su salud es primero*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1996.
- . *Memoria de labores 1996-1997*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1997.
- . *Memoria 97-98*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1998.
- . *Memoria 97-98*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1998.

-----. *Memoria 98-99*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 1999.

-----. *Memoria de Labores 1999-2000*. San Salvador: Ministerio de Salud y Asistencia Social, 2000.

-----. *Informe de labores 2006-2007*. San Salvador: MSPAS, 2007.

3. LEYES DE PRESUPUESTOS GENERALES

“Ley del Presupuesto General de la Nación para el ejercicio fiscal 1939”. Consultado el 20 de enero de 2016, <http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/1938522015.pdf>

“Ley del Presupuesto General 1950”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/1949/1949-2T/1949-2T_Parte49.pdf

“Ley del Presupuesto General 1955-1956”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1954/12-diciembre/diciembre1954_Parte21.pdf

“Ley del Presupuesto General 1960”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1959/12-diciembre/diciembre-1959_Parte20.pdf

“Ley del Presupuesto General 1966”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1965/12-diciembre/diciembre-1965_Parte36.pdf

“Ley del Presupuesto General 1970”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1970/12diciembre/diciembre-1970_Parte27.pdf

“Ley del Presupuesto General 1975”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1974/12-diciembre/diciembre-1974_Parte21.pdf

“Ley del Presupuesto General 1980”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1980/12-diciembre/diciembre-1980_Parte21.pdf

Asamblea Legislativa “Ley del Presupuesto General 1985”, consultado el 02 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1985/02-febrero/febrero-1985_Parte8.pdf

Ley del Presupuesto General 1990”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1989/12-diciembre/diciembre1989_Parte16.pdf

“Ley del Presupuesto General 1995”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/do-1994/12-diciembre/diciembre-1994_Parte34.pdf

“Ley del Presupuesto General 2000”, consultado el 08 de febrero, 2016, http://www.mh.gob.sv/portal/page/portal/MH_Fin_OLD/MH_PRESUPUESTO/Guia_del_Ciudadano/Guia%20Presupuesto%20General%202000.pdf

4. LEYES, DECRETOS Y REGLAMENTOS

“Código de sanidad terrestre y marítima 1900”; consultado el 22 de diciembre de 2015, http://www.diariooficial.gob.sv/diarios/1900/1900-3T/1900-3T_Parte3.pdf

“Código de Sanidad de la Republica de El Salvador”, *Diario Oficial*, Tomo 110, 26 (31 de enero de 1931).

“Constitución de la República de El Salvador de 1939”. Consultada el 05 de enero de 2016, <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/4/1575/17.pdf>

“Constitución de la República de El Salvador de 1950”, consultado el 15 de diciembre, 2015, <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1575/20.pdf>

“Constitución de la República de El Salvador de 1983”, consultado el 1 de abril, 2016, http://www.csj.gob.sv/constitu/images/pdf/con_vige.pdf

5. LIBROS Y ARTICULOS.

Álvarez Marín, Andrea. “Epidemias de los siglos XX y XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del sida en Costa Rica 1980-2008”, consultado el 20 de septiembre, 2014, <http://www.historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/2008/especial2008/articulos/02-Ciencia/15.pdf>

ARENA. Programa de Gobierno 1999-2004: La Nueva Alianza. San Salvador: ARENA, 1999.

Armus, Diego. “La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna”, consultado el 1 de abril, 2014, <file:///G:/la%20enfermedad%20en%20la%20historiografia.pdf>

Barón Castro, Rodolfo. *La población de El Salvador*. San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 2002.

Bethell, Leslie (Ed.). *Historia de América Latina: América Latina colonial*. Barcelona: Editorial Crítica, 1990.

Browning, David. *El Salvador, la tierra y el hombre*. San Salvador: Dirección de Publicaciones e Impresos, 1975.

Cedillo, Rafael et all. *Apuntes históricos sobre el Desarrollo de la Salud Pública en El Salvador*. San Salvador: OPS/OMS, 2003.

Chin, James (Ed.). *El control de las enfermedades transmisibles*. Washington: OPS/OMS, 2001.

CSV. “El diagnóstico de la vivienda en El Salvador”. Consultado el 20 de enero de 2016, <http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/e/diagnostico/salvador.pdf>

Cruz, Jorge Roberto. *Las políticas de salud en El Salvador 1985-1989*. Consultado el 03 de marzo, 2016, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan040830.pdf>

Cueto, Marcos. "El Regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX". Consultado el 20 de febrero, 2014. <http://archivo.iep.pe/textos/DDT/regresoepidemias.pdf>.

-----, "Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú". Consultado el 20 de febrero de 2014. <http://www.inppares.org/sites/default/files/Culpa%20y%20Coraje-%20Historia%20Pol%C3%ADticas%20sobre%20%20VIH>.

Dada, Roberto. "El problema de la vivienda en El Salvador y el que hacer del Estado", consultado el 06 de marzo, 2016, <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan040622.pdf>

De las Casas, Bartolomé. "Brevísima Relación de la Destrucción de Indias". Consultado el 10 de mayo, 2015, http://www.ordiecole.com/las_casas_destruccion.pdf

González González, Guillermo y Vásquez Hidalgo, Antonio. "La reforma del sistema de salud en El Salvador", consultado el 01 de abril, 2016, http://ri.ues.edu.sv/750/1/LA_REFORMA_DEL_SISTEMA_DE_SALUD

Gutiérrez y Ulloa, Antonio. *Estado general de la provincia de San Salvador: Reino de Guatemala*. San Salvador: Universidad de El Salvador, s/f.

Infante Meyer, Carlos e Infantes Díaz, Salvador. *Hospital Rosales: Una institución centenaria 1902-2002*. San Salvador: Laboratorios López, 2002.

Infante Meyer, Carlos. *Historia de la Medina en El Salvador*. San Salvador: Ancalmo Internacional, 2000.

La Prensa Gráfica. *Libro Diamante 1959-1990, Tomo II*. San Salvador: Gráficos y Textos, 1994. lud.gob.sv/archivos/vigi_epide2015/edad_consolidado522015.pdf

Mendizábal Lozano, Gregorio "La planificación para el mejoramiento de la salud: El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (1970-1993)". En *Historia de la Salud Pública en Bolivia: de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud*. La Paz: OPS/OMS, 2002.

Ministerio de Economía et al. *El Salvador: Fuentes de datos, metodología y estimaciones demográficas del periodo 1950 a 2007*. San Salvador: MINED, 2009.

Ministerio de Economía et al. *El Salvador: estimaciones y proyecciones de población*. San Salvador: MINEC, 2014.

Ministerio de Salud, "Datos epidemiológicos consolidados por grupos de edad y sexos, semana 522015". Consultado el 20 de febrero, 2016, http://www.salud.gob.sv/archivos/vigi_epide2015/edad_consolidado

Ministerio de Salud de Chile. "Normas técnicas de vigilancia de enfermedades transmisibles". Consultado el 29 de noviembre, 2013, <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/enfrtransmisibles.pdf>

Mohs, Edgar. "Políticas y estrategias de salud en Costa Rica". Consultado el 28 de agosto, 2014, <http://archive.unu.edu/unupress/food2/UIN06S/uin06s03.htmfcs.ucr.ac.cr/articulos/2008/especial2008/articulos/02-Ciencia/15.pdf>

MSPAS. "Situación de Dengue en El Salvador". Consultado el 20 de marzo, 2015, http://asp.salud.gob.sv/vigi_epide2002/dengue2002.pdf

-----". "Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas". Consultado el 19 de diciembre, 2015, http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_control_enfermedades_infecciosas_desatendidas.pdf

Olivo Mancía, Mario Daniel Ernesto. Ciudadanía e Higienismo social en El Salvador 1880-1932". Tesis, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, 2011.

OPS. *100 años de Salud: Costa Rica*. San José: Organización Panamericana de la Salud, 2003.

OPS/OMS. "Las políticas públicas para la salud pública". Consultado el 12 de diciembre, 2014. http://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf.box.com/s/5zaiewn55tx3pab1mk64.org.sv/jspui/bitstream/10972/1579/1/Anuario%20Estadistico%20de%201922.pdf/1938-1T/1938-1T_Parte45.pdf

PNUD. "Ajustes, reforma y resultados: Las políticas de salud en Guatemala, 1985-2010". Consultado el 19 de septiembre, 2014, <http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/Cuaderno%206%20Politicasy20de%20>

PNUD. *Informe de Desarrollo Humano. El Salvador 2013*. San Salvador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2013

Tobar, Federico. "Las Políticas de Salud: Modalidades y tendencias". Consultado el 15 de octubre, 2014, http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud_publica/003.pdf

Turcios, Roberto. *Autoritarismo y modernización*. San Salvador: DPI, 2003.

UNFPA, "Transición y bono demográfico en El Salvador", consultado el 10 de diciembre, 2015, www.unfpa.org.sv/dmdocuments/taller7-bono-demografico-els.ppt

Urbina Gaitán, Chester. *Estado y control social en El Salvador (1931-1944)*. San Salvador: UFG, 2008.

Yanes, María Isabel. *Comentario sobre el primer hospital de San Salvador y otros del área centroamericana en los siglos XVI y XVII*. Universidad de El Salvador, San Salvador, 2007.

6. REVISTAS

Dirección General de Estadística. *Anuario Estadístico de 1910*. San Salvador: DGE, 1910.

-----, "Anuario estadístico de la República de El Salvador de 1932", consultado el 20 de noviembre, 2015, <http://www.redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/1578/1/Anuario%20Estadistico%20de%201932.pdf>

Hospital General. *La Clínica: Órgano de publicación de los trabajos del Hospital General*, Serie 1, 4, septiembre de 1892.

-----, *La Clínica: Órgano de publicidad mensual de los trabajadores científicos del Hospital General*. Serie 3, N° 7, noviembre de 1900.

Hospital Rosales. *Archivos del Hospital Rosales*, Tomo VIII, Año X, N°104-105-108, enero-marzo de 1916.

-----, *Archivos del Hospital Rosales*, Año I, 113, 114, 115, noviembre-diciembre de 1916.

-----, *Archivos del Hospital Rosales*. Tomo X, Año XII, N° 133, diciembre de 1920.

Organización Panamericana de la Salud. "Resumen de los Informes cuadriennales sobre las condiciones de Salud en las Américas 1957-1960". Consultado el 10 de septiembre, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/resumen-informes-cuadriennales-1957-1960.pdf>

-----, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1962". Consultado el 08 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1961-1962.pdf>

-----, "Las condiciones de Salud en las Américas 1961-1964". Consultado el 12 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1961-1964.pdf>

-----, "Las condiciones de Salud en las Américas 1965-1968". Consultado el 15 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1965-1968.pdf>

-----, "Las condiciones de Salud en las Américas 1969-1972". Consultado el 16 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1969-1972.pdf>

-----, "Las condiciones de Salud en las Américas 1973-1976". Consultado el 17 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1973-1976.pdf>

-----, "Las condiciones de Salud en las Américas 1977-1980". Consultado el 17 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americas-1977-1980.pdf>

-----. "Las condiciones de Salud en las Américas 1981-1984, vol. 1". Consultado el 18 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1981-1984-vol1.pdf>

-----. "Las condiciones de Salud en las Américas 191-1984, vol. 2". Consultado el 19 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1981-1984-vol2.pdf>

-----. "Las condiciones de Salud en las Américas 1985-1988, vol. 1". Consultado el 20 de agosto de 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1985-1988-vol1.pdf>

-----. "Las condiciones de Salud en las Américas 1985-1988, vol. 2". Consultado el 20 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1985-1988-vol2.pdf>

-----. "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 1". Consultado el 23 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1989-1992-vol1.pdf>

-----. "Las condiciones de Salud en las Américas 1989-1992, vol. 2". Consultado el 23 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/condiciones-salud-americanas-1989-1992-vol2.pdf>

-----. "Las condiciones de Salud en las Américas 1993-1996, vol. 1". Consultado el 25 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americanas-1993-1996-vol1.pdf>

-----. "Las condiciones de Salud en las Américas 1993-1996, vol. 2". Consultado el 25 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americanas-1993-1996-vol2.pdf>

-----. "La salud en las Américas 2002, vol. 1". Consultado el 27 de agosto 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americanas-2002-vol-1.pdf>

-----. "La salud en las Américas 2002, vol. 2". Consultado el 27 de agosto 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americanas-2002-vol-2.pdf>

-----. "La salud en las Américas 2007, vol.1". Consultado el 27 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americanas-2007-vol-1.pdf>

-----. "La salud en las Américas 2007, vol. 2". Consultado el 27 de agosto, 2014, <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/salud-americanas-2007-vol-2.pdf>

-----. "La salud en las Américas 2012". Consultado el 30 de agosto, 2014, http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=es

SEGUNDA PARTE

DOCUMENTOS DE PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO

1. PLAN DE INVESTIGACIÓN PARA PROCESO DE GRADO 2014.
2. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: HISTORIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR: 1950-2000.

1.

PLAN DE INVESTIGACIÓN PARA PROCESO DE GRADO 2014

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
"Licenciado Gerardo Iraheta Rosales"**



PLAN DE INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO-2014

PRESENTADO POR:

APELLIDOS Y NOMBRES

N° DE CARNÉ

DURÁN MARROQUÍN, DIANA CAROLINA

DM08020

PLANIFICACIÓN ELABORADA, POR ESTUDIANTE EGRESADA DE LA
CARRERA DE LICENCIATURA EN HISTORIA, PARA LA UNIDAD DE
PROCESOS DE GRADO CICLO I Y II 2014.

Maestra María Eugenia López Velásquez
DOCENTE ASESORA

Maestra María del Carmen Escobar Cornejo
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

30 DE MARZO DE 2014

CIUDAD UNIVERSITARIA

SAN SALVADOR,

EL SALVADOR

INDÍCE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	1
 PLAN DE INVESTIGACIÓN EN PROCESO DE GRADO 2014	
1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE GRADO.....	1
1.1. ORGANIZACIÓN.....	1
1.2. PRODUCCIÓN EL PROCESO DE GRADO.....	2
1.3. ADMINISTRACION DEL PROCESO DE GRADO Y EVALUACIÓN.....	2
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS.....	2
2.1. OBJETIVOS GENERALES.....	2
2.2. OBJETIVOS ESPACIFICOS.....	2
3. ACTIVIDADES Y METAS.....	2
3.1. ASESORIAS PROGRAMADAS.....	2
3.2. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO.....	2
4. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN.....	3
5. POLITICAS INSTITUCIONALES Y GRUPO DE INVESTIGACIÓN.....	4
5.1. POLITICAS INSTITUCIONALES.....	4
5.2. POLITICAS DE GRUPO DE INVESTIGACIÓN.....	4
6. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FINANCIEROS Y TIEMPO.....	5

6.1. RECURSOS HUMANOS.....	5
6.2. RECURSOS MATERIALES.....	
6.3. RECURSOS FIANCIEROS.....	5
6.4. TIEMPO.....	6
7. MECANISMOS DE EVALUCACIÓN Y CONTROL.....	6
ANEXOS	
1. CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE GRADO-2014.....	6
2. PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN HISTÓRICA.....	8
BIBLIOGRAFIA.....	10

INTRODUCCIÓN

El presente plan de investigación para obtener el grado de licenciatura en Historia, está apegado a los requisitos exigidos por la Universidad de El Salvador en su Ley Orgánica y demás disposiciones internas. El plan de investigación detalla todos los elementos constitutivos de la investigación de carácter histórica, que se pretende desarrollar en la ciudad de San Salvador con el título *“Historia de las políticas públicas de salud sobre las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950 a 2013”*.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE GRADO

1.1. ORGANIZACIÓN

El proceso de grado a ejecutarse por la estudiante Diana Carolina Durán Marroquín, se realizará siguiendo los requisitos que establece la Escuela de Ciencias Sociales para obtener el título de Licenciada en historia. Para ello, se trabajara con el apoyo de la docente asesora de proceso de grado, la maestra María Eugenia López Velásquez, quien será la encargada de asesorar a la bachiller Durán, durante todo el proceso de grado, con el objetivo de desarrollar una investigación que cumpla con todo el rigor académico y científico necesario.

Además, el trabajo de investigación se desarrollará de forma conjunta con la Coordinadora de procesos de grado de la Escuela de Ciencias Sociales, Maestra María del Carmen Escobar quien velará por el fiel cumplimiento del proceso de grado por parte del estudiante y docente asesora, tal como lo establece el Reglamento de la gestión académico-administrativo de la Universidad de El Salvador.

Finalmente, exponer que las actividades planificadas para la ejecución de esta investigación se caracterizan por poseer un orden lógico y temporal, en el cual una actividad desencadena la siguiente en un lapso de tiempo predeterminado.

1.2. PRODUCTO DEL PROCESO DE GRADO

Al finalizar el proceso de grado el primer producto a obtener será un plan de investigación. Asimismo, se realizará un proyecto de investigación que detallará los aspectos metodológicos y teóricos de la investigación histórica a desarrollar. Y finalmente, se obtendrá el informe final, estudio en donde se presentaran los resultados y análisis realizados en la investigación titulada: *“Historia de las políticas de salud públicas sobre las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950-2013”*

1.3. ADMINISTRACIÓN DEL PROCESO DE GRADO Y EVALUACIÓN

Para desarrollar el trabajo de grado se trabajara de forma coordinada con:

- 1.3.1. La docente asesora Maestra María Eugenia López Velásquez, quien es la persona responsable de asesorar y evaluar el desempeño académico de la estudiante durante todo el proceso de grado.

- 1.3.2. Maestra María del Carmen Escobar, quien estará a cargo de supervisar que se cumplan los requisitos establecidos por el Reglamento de la gestión académico-administrativo de la Universidad de El Salvador específicamente del título 188: EL TRABAJO DE GRADO Y EL PROCESO DE GRADUACIÓN.

1.3.3. La bachiller Diana Carolina Durán Marroquín, quien tendrá que desarrollar la investigación histórica, con la finalidad de cumplir con los requisitos de grado.

2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

2.1.1. Formular una planificación de investigación que defina las actividades y estrategias para alcanzar un satisfactorio proceso de grado.

2.2. OBJETIVOS ESPACIFICOS

2.2.1. Definir una planificación sobre la ejecución de la investigación.

2.2.2. Establecer un proyecto de investigación histórica asequible.

2.2.3. Aplicar los requerimientos académicos y administrativos que exige el proceso de grado.

2.2.4. Diseñar una estrategia de trabajo en común acuerdo con la docente asesora, que permita un efectivo trabajo investigativo.

3. ACTIVIDADES Y METAS

3.1. ASESORIAS PROGRAMADAS

La programación de asesorías se definirá posteriormente a la entrega del plan de investigación, debido a que luego de la planificación, se dispone iniciar la ejecución del trabajo, el cual contiene la definición del ritmo de trabajo y la calendarización de las asesorías. En las asesorías se proyecta emplear un dialogo y debate entre la estudiante y la docente asesora, quien es la persona que orienta y sugiere cambios durante el proceso de investigación.

3.2. ELABORACION DEL DOCUMENTO

Para crear el documento se tomará como punto de partida, el plan de investigación ya que en él se definen las actividades y objetivos a cumplir en el desarrollo de la investigación. Para ello, en la creación del documento se aplicaran los conocimientos adquiridos durante la formación como estudiante de la Licenciatura en Historia. Así, la elaboración de esta investigación pretende ser un aporte significativo a la historiografía salvadoreña.

4. ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN

La forma de proceder en la investigación se basará en conocer primeramente los procesos macros y luego los procesos particulares, es decir, ir de lo general a lo específico en dos niveles:

El primero conocer los procesos macros de la sociedad salvadoreña durante la segunda mitad del siglo XX y principios del siglo XXI con la finalidad de tener un marco de referencia económico, social y político que permita hacer contraste con los procesos particulares del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

Segundo, conocer la influencia de organizaciones de carácter regional y mundial como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el Ministerio de Salud y Asistencia Social de nuestro país en la aplicación de medidas y cumplimiento de convenios relacionados con el tema de las enfermedades transmisibles.

Además, se definirán qué enfermedades transmisibles se dieron en nuestro país y cómo afectaron a la población salvadoreña entre 1950 y 2013, esto con la finalidad

de conocer la dimensión política y social de las enfermedades, así como también los usos culturales de estas.

En lo concerniente a las fuentes, se iniciará con un análisis de fuentes combinado (fuentes secundarias con fuentes primarias) con la finalidad de ver las fuentes desde diferentes perspectivas y obtener un mejor proceso de interpretación y análisis. Así la búsqueda de las fuentes primarias iniciará desde el momento de la formulación del perfil de trabajo de grado, y sus lugares de búsqueda serán: Biblioteca Nacional, Museo de Antropología Nacional (MUNA) Departamento de Archivo y Correspondencia, y Dirección de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud (MINSAL), así como la sede de la OPS en las instalaciones del Colegio médico en nuestro país, entre otras.

5. POLITICAS INSTITUCIONALES Y GRUPO DE INVESTIGACIÓN.

5.1. INSTITUCIONALES

Las normas que regulan el presente proceso de grado son las siguientes: *El Reglamento de la gestión académico-administrativo de la Universidad de El Salvador* y el *Instructivo específico sobre egreso y proceso de graduación de la Escuela de Ciencias Sociales*.

5.2. POLÍTICAS DE GRUPO DE INVESTIGACIÓN.

Las presentes políticas están encaminadas a un fiel cumplimiento de los objetivos trazados:

5.2.1 Cumplir el plan de trabajo en su totalidad.

5.2.2 Definir la agenda de asesorías y asistir a ellas.

5.2.3 La estudiante debe de mantener un diálogo fluido con su docente asesora para evaluar el proceso de investigación.

5.2.4 Presentar el proyecto de investigación.

5.2.5 Realizar una investigación histórica con el rigor académico necesario.

5.2.6 Cumplir las políticas institucionales que regulan el proceso de grado.

6. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FINANCIEROS Y TIEMPO

6.1. RECURSOS HUMANOS

Está integrado por la estudiante egresada Diana Carolina Durán Marroquín quien ejecutará la investigación en todas sus etapas. Asimismo, se contará con la asesoría de la docente asesora, maestra María Eugenia López Velásquez. Y finalmente, la persona encargada de supervisar el proceso de grado, la maestra María del Carmen Escobar, coordinadora de procesos de grado de la Escuela de Ciencias Sociales.

6.2. RECURSOS MATERIALES

Resmas de papel

Tinta para impresora

Cartapacio.

Paginas para cartapacio.

Libros

Memoria USB

Computadora

Impresora

Retroproyector

Cámara fotográfica

6.3. RECURSOS FINANCIEROS

Los gastos relativos que conlleve la investigación, serán sufragados por la estudiante egresada, Diana Carolina Durán Marroquín, los cuales ascienden a 2,150.50 dólares.

6.4. TIEMPO

La estudiante egresada, Diana Carolina Durán Marroquín destinará un total de 12 meses durante el proceso de grado.

7. MECANISMOS DE EVALUACION Y CONTROL

Estas son aquellas acciones encaminadas a procurar la eficiencia en el desarrollo de la investigación. Entre las principales acciones para lograr lo anterior, están las asesorías semanales con la docente asesora, quien será la persona que evaluara y controlara el proceso de investigación que ejecute la alumna Diana Carolina Durán Marroquín.

Otro mecanismo, será la revisión de los avances de investigación por parte de la docente asesora, en periodos puntuales, para asegurar la calidad de investigación. Además, la docente asesora aplicara los criterios de evaluación que estipula el Instructivo Especifico sobre egreso y proceso de graduación de la Escuela de Ciencias Sociales.

ANEXOS

CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES PARA EL PROCESO DE GRADO 2014

PRESUPUESTO PARA LA INVESTIGACIÓN

PRESUPUESTO

RECURSOS	CANTIDAD	COSTO MONETARIO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
Humano	1 Estudiante en proceso de grado		UES
	1 Docente asesora		UES
	1 Coord. De los procesos de grado		UES
Materiales	4 Resmas de papel	\$ 15.00	La estudiante
	2 Cartuchos de tinta	\$ 20.00	La estudiante
	Cartapacio	\$ 5.00	La estudiante
	5 cientos de páginas para cartapacio.	\$ 5.50	La estudiante
	Libros	\$ 300.00	La estudiante
	Una computadora	\$ 560.00	La estudiante
	Un cañón	\$ 375.00	UES
	Un impresor	\$ 90.00	La estudiante
	Cámara fotográfica	\$ 150.00	La estudiante
	Otros	Viáticos	\$ 950.00	La estudiante
TOTALES	Aporte UES	\$ 375.00	
	Aporte del estudiante	\$ 2,095.50	
	<u>MONTO TOTAL</u>	\$ 2,470.50	

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Marín, Andrea. "Epidemias de los siglos XX y XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del sida en Costa Rica 1980-2008". Consultado el 20 de febrero, 2014. <http://www.historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/2008/especial2008/articulos/02-Ciencia/15.pdf>

Camacho, Juan. "Aplicaciones estadísticas en las ciencias sociales". Consultado el 28 de noviembre, 2013. <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL/02/Estadistica%20Aplicaci%C3%B3n%20a%20las%20ciencias%20Sociales/JCamacho.pdf>

Cueto, Marcos. "El Regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX". Consultado el 20 de febrero, 2014. <http://archivo.iep.pe/textos/DDT/regresoepidemias.pdf>.

-----". "Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú". Consultado el 20 de febrero de 2014. <http://www.inppares.org/sites/default/files/Culpa%20y%20Coraje-%20Historia%20Pol%C3%ADticas%20sobre%20VIH>.

Eco, Humberto. *Como se hace una tesis: Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Consultado el 20 de febrero, 2014, http://www.upv.es/laboluz/master/seminario/textos/umberto_eco.pdf

Mohs, Edgar. *Políticas y estrategias de salud en Costa Rica*. Consultado el 28 de febrero, 2014, <http://archive.unu.edu/unupress/food2/UIN06S/uin06s03.htm>

Mendizábal Lozano, Gregorio. *Historia de la Salud Pública en Bolivia: de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud*. La Paz: OPS/OMS, 2002.

Ministerio de Salud de Chile. *Normas técnicas de vigilancia de enfermedades transmisibles*. Consultado el 29 de febrero, 2014, <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/enftransmisibles.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *100 años de Salud: Costa Rica*. San José: Organización Panamericana de la Salud, 2003.

------. "Las políticas públicas y los servicios de salud". En OPS, *Salud en las Américas, vol.1*. Consultado el 28 de noviembre, 2013, http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=254&Itemid=

PNUD Guatemala. "Ajustes, reforma y resultados: Las políticas de salud en Guatemala, 1985-2010". Consultado el 19 de febrero, 2014. <http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/Cuaderno%206%20Politicass%20de%20salud%20Guatemala%201985-2010%2016sep2011.pdf>.

PNUD. *Informe de Desarrollo Humano. El Salvador 2013*. San Salvador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2013

Tobar, Federico. "Políticas de salud: Modalidades y tendencias". Consultado el 20 de febrero, 2014, http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud_publica/003.pdf.

Verdugo Urrejola, Juan Carlos. "Historia reciente de la política y reforma de salud en Guatemala". Consultado el 28 de febrero, 2014, <http://ssi.campusvirtualsp.org/guatemala/files/2008/11/politica-y-reforma-del-sector-salud-jcv.pdf>

Vélez A., Alba Lucia. "Las políticas públicas: Consideraciones de interés para las profesiones de la salud". Consultado el 29 de febrero, 2014, http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_4.pdf

2.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

HISTORIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SOBRE LAS
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR: 1950-2000

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
"Licenciado Gerardo Iraheta Rosales"**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: HISTORIA DE LAS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SALUD SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN
EL SALVADOR: 1950-2000**

PRESENTADO POR:

APELLIDOS Y NOMBRES

N° DE CARNÉ

DURÁN MARROQUÍN, DIANAN CAROLINA

DM08020

PLANIFICACIÓN ELABORADA, POR LA ESTUDIANTE EGRESADA DE LA
CARRERA DE LICENCIATURA EN HISTORIA, PARA LA UNIDAD DE
PROCESOS DE GRADO CICLO I Y II 2014.

Maestra María Eugenia López Velásquez
DOCENTE ASESORA

Maestra María del Carmen Escobar Cornejo
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

31 DE MARZO DE 2014

CIUDAD UNIVERSITARIA

SAN SALVADOR,

EL SALVADOR

ÍNDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.....	iii
RESUMEN DEL PROYECTO	
IDENTIFICACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	1
1. JUSTIFICACIÓN.....	3
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	3
3. ANALISIS DE FUENTES PRIMARIAS.....	12
4. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS.....	13
4.1. GENERAL.....	14
4.2. ESPECIFICO.....	14
5. ESTRATEGIA METODOLOGICA.....	14
5.1. MARCO TEORICO.....	14
5.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	18
5.3. MÉTODO Y TÉCNICAS.....	18
6. PROPUESTA DE CAPITULOS.....	19
6.1. CAPITULO I: IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES	

TRANSMISIBLES.....	19
6.2. CAPITULO II: POLITICAS IMPLEMENTADAS PARA IDENTIFICAR, CONTROLAR Y PREVENIR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	19
6.3. CAPITULO III: REACCIONES SOCIALES ANTE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.....	19
ANEXOS:	
1. CRONOGRAMA ESPECÍFICO PARA LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22

RESUMEN DEL PROYECTO

El Proyecto titulado “*Historia de las políticas públicas de salud sobre las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950 a 2013*”; es una investigación histórica que pretende explicar y/o analizarlas respuestas o acciones ejecutadas por el Ministerio de Salud y Asistencia Social a las enfermedades transmisibles, uno de los principales problemas de salud a los que las autoridades se enfrentaron desde 1950, situación que aún persiste en la actualidad. Entender cómo ocurrió esta historia es de vital importancia para comprender el estado actual del sistema de salud y estado de salud.

Para ello es necesario tratar tres temáticas dentro del estudio; la primera, el impacto de las enfermedades transmisibles en la población salvadoreña; la segunda, cuáles fueron las medidas tomadas por el Ministerio de Salud y Asistencia Social para identificar, controlar y prevenir las enfermedades transmisibles con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de la población salvadoreña, y finalmente qué reacciones sociales se expresaron en los diferentes estratos ante las enfermedades transmisibles que fueron consideradas como epidemias, dar respuestas a estas preguntas es la finalidad de esta investigación.

IDENTIFICACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL PROYECTO: Historia de las políticas públicas de salud sobre las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950 a 2013.

LOCALIZACION O UBICACIÓN EN EJECUCIÓN: El municipio de San Salvador, departamento de San Salvador debido a que en este espacio se encuentran todos los archivos, bibliotecas y hemerotecas que contienen las fuentes primarias y secundarias para el desarrollo del proyecto.

TIPO DE PROYECTO:	Investigación histórica.
COBERTURA:	No aplica.
PERIODO DE PLANIFICACIÓN:	Tres meses
PERIODO DE EJECUCIÓN:	Siete meses (por prórroga, un año y seis meses)
RESPONSABLE:	Diana Carolina Durán Marroquín DM08020
GESTORES:	Universidad de El Salvador, Facultad de Ciencias y Humanidades, Escuela de Ciencias Sociales “Licenciado Gerardo Iraheta Rosales” y la Licenciatura en Historia.
FECHA DE PRESENTACIÓN:	31 de marzo de 2014
COSTO:	\$ 2,470.50

1. JUSTIFICACIÓN

Actualmente se visualizan cambios positivos en el estado de salud y sistema de salud de El Salvador, un ejemplo fundamental es la reforma de salud implementada en la actual gestión del Ministerio de Salud, la cual está cumpliendo con los objetivos del Milenio para el presente año y ha generado expectativas de éxito a nivel nacional e internacional.

No obstante, también se observan elementos negativos que han permanecido desde décadas atrás como: primero, la permanencia y surgimiento de enfermedades de transmisión debido a la falta o a inadecuadas políticas preventivas y curativas de salud; segundo, el aumento creciente de la demanda de los servicios públicos de salud debido a las condiciones económico-sociales del país; tercero, la falta de instancias de investigación dentro del Ministerio de Salud con la finalidad de realizar estudios sobre el sistema y el estado de salud en El Salvador; y cuarto, el poco presupuesto asignado a la partida de salud durante décadas.

Así, este proyecto de investigación pretende ofrecer una mirada y análisis histórico con el fin de ayudar a resolver estos problemas, debido a que un estudio sobre la historia de las políticas de salud además de proporcionar un estudio académico, permite: primero, tener una visión de mediano y largo plazo sobre el impacto y la evolución de las enfermedades de transmisión y las políticas estatales implementadas; segundo, permite conocer los factores que causan o influyen en la producción y reproducción de enfermedades elemento de importancia debido a que durante mucho tiempo la elaboración de políticas públicas de salud han estado orientadas a la curación más que a la prevención y la educación.

Tercero, el estudio pretende proporcionar elementos para conocer los posibles obstáculos a los que se enfrenta la gestión estatal para garantizar el derecho a la salud, normado en la carta magna como derecho inherente de toda salvadoreña y salvadoreño. Y finalmente, dar a conocer las reacciones sociales brindadas por los diferentes sectores a las epidemias manifestadas a partir de la segunda mitad del siglo XX, factor importante para percibir y reflexionar sobre la relación entre que debe existir entre las políticas de salud y los sectores sociales.

Así, el presente proyecto denominado *“Historia de las políticas públicas de salud sobre las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950 a 2013”*; es un proceso de

investigación de historia de nuestro país desarrollado en la Unidad de Proceso de Grado durante el ciclo I y II del año 2014 y bajo la asesoría de la docente asesora, maestra María Eugenia López Velásquez.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La construcción de una investigación denominada *“Historia de las políticas públicas de salud sobre las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950 a 2013”* requiere de referentes historiográficos para el caso de nuestro país. Sin embargo, a pesar de que no hay trabajos con enfoque histórico para esta temática, si existe un artículo inédito de Pablo Benítez quien hace un análisis historiográfico de libros relacionados con la historia de la medicina y la salud pública en nuestro país. Además, existen algunos trabajos académicos sobre todo de la tradición médica como lo son: Carlos Infante Meyer y la Organización Panamericana de la Salud.

Un aporte valioso para el desarrollo de mi investigación es el artículo inédito de Pablo Benítez, integrante del Grupo de investigaciones en Historia social (GIHSS) quien posee un estudio denominado *“Tendencias historiográficas acerca de la medicina y la salud pública en El Salvador”*²¹⁹, quien retoma fuentes de mediana y larga duración y que argumenta que los trabajos sobre historia de la medicina, historia de la salud públicas, e historia institucional en nuestro país son producto de la tradición medica con un enfoque empírico, descriptivo y cronológico, es decir de carácter positivista; pero que además la historia de las enfermedades o/y epidemias no ha sido considerada con la importancia necesaria dentro de estas publicaciones²²⁰.

²¹⁹ Artículo Inédito. Cfr. Pablo Benítez, *Tendencias historiográficas acerca de la medicina y la salud pública en El Salvador*, (San Salvador: s. e., s. f).

²²⁰ *Ibíd.*

Carlos Infante Meyer cuenta con un libro significativo de larga duración denominado “*Historia de la Medicina en El Salvador*”²²¹, el cual posee una lógica cronológica descriptiva que aporta muchos datos para la investigación y permite entender la evolución del progreso médico en nuestro país, es decir el autor hace una historia tradicional o positivista de la medicina, característica que permite al autor utilizar y sistematizar una gran cantidad de fuentes primarias y secundarias como memorias, informes mensuales, diarios, fotografías entre otras que pueden ser analizadas, interpretadas y sistematizadas con otro enfoque metodológico²²².

La única fuente para el caso de nuestro país que tiene como objeto de estudio a una enfermedad, es el estudio de la Organización Panamericana de la Salud con el libro “*Enfermedad del Chagas en El Salvador: Evolución histórica y desafíos para el control*”²²³, un trabajo descriptivo y cronológico que tienen como principal aporte conocer las medidas de vigilancia y control de la enfermedad, así como los nuevos retos presentes para su erradicación, colocando solo una pequeña parte de antecedentes o narración de los hechos.

Sin embargo, debido a la pequeña cantidad de fuentes bibliográficas sobre el tema en el espacio y tiempo referido, se han buscado una serie de fuentes secundarias de estudios realizados en otros espacios y tiempos que brindan elementos para esta investigación. Así, entre los trabajos que reflexionan sobre las políticas de salud y las enfermedades existe una cantidad de fuentes considerables tanto en Sur América como en Centroamérica.

²²¹ Carlos Infante Meyer, *Historia de la medicina en El Salvador*, (San Salvador: Ancalmo Internacional, 2000).

²²² *Ibíd.*

²²³ Organización Panamericana de la Salud, “*Enfermedad de Chagas en El Salvador: Evolución histórica y desafíos para el control*”, consultado el 24 de marzo, 2014, http://www.paho.org/els/index.php?gid=480&option=com_docman&task=doc_download

Por tanto a continuación utilizo los estudios más factibles para mi investigación con autoras y autores como Álvarez Marín, Hernández Mack, Cueto, Jaramillo Antillón, Verdugo Urrejola Tobar, Mendizábal Lozano, Edgar Mohs; y de instituciones dedicadas a la salud como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

Los primeros trabajos son del investigador Marcos Cueto con dos estudios, el primero *“Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú”*²²⁴, estudio muy importante para mi investigación el cual es un trabajo de la línea de historia socio cultural de la enfermedad que se encuentra basado en fuentes bibliográficas, fuentes sobre normas legales, manuales, boletines, periódicos y revistas.

Así, el principal objetivo de la investigación es ver la interacción de las políticas de salud oficiales con otros sectores sociales, motivo por el que Cueto desarrolla el libro basado en una estructura que tiene como finalidad dar conocer el impacto de la enfermedad, sus causas; las políticas dirigidas a identificar, controlar y prevenir el VIH/Sida en el Perú; y las reacciones sociales²²⁵.

En general el autor argumenta que el desarrollo de las políticas de salud en el Perú se han enfrentado a los problemas siguientes: *“las respuestas temporales, insuficientes y punitivas a las emergencias de salud; la culpabilización de los grupos marginales; la tensión recurrente entre la intervención del Estado y los derechos individuales; la artificialidad de la separación entre las tareas de prevención y las de curación; y la problemática de participación de los pacientes y familiares en el cuidado de la salud”*²²⁶.

²²⁴ Marcos Cueto, *“Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú”*, consultado el de febrero, 2014, <http://www.inppares.org/sites/default/files/Culpa%20y%20Coraje-%20Historia%20Pol%C3%ADticas%20sobre%20%20VIH>.

²²⁵ *Ibíd.*

²²⁶ *Ibíd.*, 13.

Finalmente es importante mencionar que el investigador demuestra la importancia del estudio de las políticas de salud y las enfermedades en la historia debido a que permite obtener una visión de mediano y largo plazo sobre la evolución de las enfermedades y las políticas estatales de donde surgen recomendaciones a tomar en cuenta para mejorar el estado de salud de la población.

En su segundo libro denominado *“El Regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX”*²²⁷; el historiador Marcos Cueto investiga las causas, el impacto y las respuestas a diversas enfermedades que atacaron distintos lugares del Perú durante el siglo XX y que alcanzaron la categoría de epidemias.

Así demuestra la dimensión del rol del Estado ante las epidemias, y la importancias de estas en la investigación histórica: *“Las epidemias son a veces un estímulo de la autoridad del Estado en áreas sociales que, como la salud, no siempre estuvieron bajo su responsabilidad y han servido como un lente de aumento para observar los temores, prejuicios, normas y estereotipos sobre los enfermos, el cuerpo humano, el género, los grupos étnicos, y las clases sociales”*²²⁸.

A través del estudio de cada enfermedad identifica patrones de respuesta individual, social y estatal, para ello utiliza fuentes como periódicos, papeles de las prefecturas y boletines municipales que le permiten ver percepciones sobre la salubridad y el bienestar físico.

Es decir, Cueto utiliza un método de investigación analítico en donde combina técnicas descriptivas y comparativas, en donde es importante destacar que este método le permite al investigador discernir que solo durante la intensificación de las enfermedades el

²²⁷ Marcos, Cueto, “El Regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX”, consultado el 20 de febrero, 2014, <http://archivo.iep.pe/textos/DDT/regresoepidemias.pdf>.

²²⁸ *Ibíd.*, 18.

Estado funge su rol de creación de políticas sanitarias que a veces concluye con la creación de organismos que se integran al Estado²²⁹.

La historiadora Andrea Álvarez Marín en su artículo nombrado *‘Epidemias de los siglos XX y XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del sida en Costa Rica 1980-2008’*²³⁰ utiliza preceptos teóricos tomados de trabajos de historiadores entre los que destaca Marcos Cueto y George Duby, ella en su trabajo busca hacer una investigación no tradicional de la medicina, sino más bien basado en la unión de dos corrientes de renovación histórica, la primera historia de la salud pública combinada con la historia de los aspectos socioculturales de la enfermedad²³¹.

Su estudio busca abordar a través de fuentes bibliográficas y la prensa nacional una estructura similar a la de Marcos Cueto determinando primero el impacto del SIDA en Costa Rica, segundo la explicación de los valores biológicos y socio culturales que lo produjeron, tercero las políticas implementadas para combatir a este problema de salud y finalmente las reacciones sociales²³²

El PNUD en Guatemala publica el cuaderno de desarrollo humano titulado *‘Ajustes, reforma y resultados: Las políticas de salud en Guatemala, 1985-2010’*²³³; estudio en donde la doctora Lucrecia Hernández Mack utiliza una metodología descriptiva y analítica de las políticas en salud o las respuestas del Estado guatemalteco en materia de salud de 1985 a 2010.

²²⁹ Cueto, *Culpa y Coraje*, 19.

²³⁰ Andrea Álvarez Marín, *‘Epidemias de los siglos XX y XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del sida en Costa Rica 1980-2008’*, consultado el 20 de septiembre, 2013, <http://www.historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/2008/especial2008/articulos/02-Ciencia/15.pdf>

²³¹ *Ibíd.*, 324-325.

²³² *Ibíd.*, 325-328.

²³³ PNUD Guatemala, *‘Ajustes, reforma y resultados: Las políticas de salud en Guatemala, 1985-2010’*, consultado el 19 de septiembre, 2013, <http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/Cuaderno%20de%20Políticas%20de%20salud%20Guatemala%201985-2010%2016sep2011.pdf>.

Es interesante ver como Hernández Mack utiliza diferentes fuentes como: fuentes bibliográficas, entrevistas y encuestas. Dentro de la estructura de su investigación ella plasma diferentes tendencias que influyen en la elaboración y ejecución de las políticas de salud: democratización, reforma administrativa y reforma económica periodos históricos vividos por Guatemala entre 1985 a 2010, es decir ella analiza en cada capítulo el contexto que ha influido en el desarrollo de las políticas de salud, identificando así los principales cambios en el marco legal, la estructura y el funcionamiento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.²³⁴

Aunado a estos aportes, analice el artículo del trabajador de la salud Juan Carlos Verdugo Urrejola titulado "*Historia Reciente de la política y reforma de salud en Guatemala*"²³⁵ quien hace un breve análisis sobre los procesos que forman parte o que están relacionados a la formulación de la política y reforma de salud, así como a sus principales actores y medidas concretas que la integran, argumentando que no se puede hacer una historia de las políticas de salud desvinculándola de su contexto, es decir, sin vincularla a factores políticos, económicos, sociales, ideológicos, culturales entre otros²³⁶.

Además, expone que en Guatemala el sistema de salud sufrió una parálisis que resulto solo en la construcción de infraestructura y en la privatización de este servicio, es decir "se desarrolla una salud pública no sólo bióloga y clínica por las concepciones enmarcadas dentro del modelo médico hegemónico, sino también porque el contexto no daba para otra cosa"²³⁷. Este autor maneja una estructura basada en los cambios del

²³⁴ Ibíd.

²³⁵ Juan Carlos Verdugo Urrejola, "Historia reciente de la política y reforma de salud en Guatemala", consultado el 28 de febrero, 2014, <http://ssi.campusvirtualsp.org/guatemala/files/2008/11/politica-y-reforma-del-sector-salud-jcv.pdf>

²³⁶ Ibíd.

²³⁷ Ibíd., 3.

régimen de gobierno desde 1944 hasta la presente reforma, en donde el contexto juega un papel fundamental, dividiendo su trabajo en tres partes.

Así muestra como el adecuado servicio de salud pública está asociado a la ejecución de otras políticas, a las condiciones económicas, políticas y sociales donde el desarrollo apropiado del estado de salud y el sistema de salud a través de las políticas para el caso de Guatemala más bien se han basado en procesos e impulsos mundiales más que medidas impulsadas y ejecutadas por el Estado²³⁸.

Además retome dos artículos del libro de la Organización Panamericana de la Salud representada en Costa Rica nombrado "*100 años de Salud: Costa Rica*²³⁹", el primero del doctor Lenín Sáenz denominado "*El control y prevención de enfermedades transmisibles*²⁴⁰" en donde se indica que las enfermedades transmisibles ha sido uno de los principales problemas de salud durante el siglo XX, por lo que es de vital importancia la elaboración de investigaciones científicas sobre este tema.

Sáenz a través de un método analítico busca en su investigación conocer las formas de control y prevención de dichas enfermedades, es decir las respuestas dadas por el Estado ante el surgimiento e intensificación de enfermedades o epidemias para lo cual primero da a conocer el impacto de dichas enfermedades y posteriormente las medidas de combate.

Sin embargo aunado a ello, el autor busca además dar a conocer el contexto o las condiciones ambientales, económicas, políticas y sociales de Costa Rica durante el siglo XX. Con todo lo anterior, Sáenz concluye que la disminución de la mortalidad por las

²³⁸ Verdugo Urrejola, *Historia política*, 7.

²³⁹ Organización Panamericana de la Salud, *100 años de Salud: Costa Rica*, (San José: Organización Panamericana de la Salud, 2003).

²⁴⁰ *Ibíd.*, 70-78.

enfermedades transmisibles depende de la acción social del estado, es decir del tipo de políticas de salud implementadas, de su continuidad y de su financiamiento²⁴¹.

El segundo artículo es autoría del doctor Humberto Montiel Paredes titulado *“El control y la prevención de las enfermedades no transmisibles”*²⁴² quien presenta una evolución de las enfermedades no transmisibles que tienen énfasis en los indicadores de morbilidad y mortalidad de Costa Rica. Para ello, estructura su trabajo con un enfoque de lo general a lo particular mostrando la situación de América Latina con respecto a las enfermedades no transmisibles, y luego centrándose en Costa Rica determinando en ambos casos el impacto y las respuestas.

El autor utiliza un método analítico y estadístico en donde muestra el impacto de las enfermedades no transmisibles (ENT) en los indicadores de mortalidad y morbilidad, y las repuestas estatales costarricense dadas a este nuevo problema de salud que se intensifica día con día aporte valioso de su investigación, ya que muestra un desplazamiento de las enfermedades transmisibles por las enfermedades no transmisibles.

Otro interesante estudio es el documento inédito *“Las políticas públicas y los servicios de salud”*²⁴³ en donde se explica que a pesar de las definiciones universales de políticas públicas, estas en la práctica *“reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas. En teoría, estas respuestas coinciden con el interés público. Más aún, los gobiernos utilizan políticas públicas por razones políticas, morales, éticas o económicas, o cuando el mercado no*

²⁴¹ *Ibíd.*, 77-78.

²⁴² OPS, *Cien años de salud*, 79-95.

²⁴³ OPS, *“Las políticas públicas y los servicios de salud”*, en OPS, *Salud en las Américas, vol.1*, consultado el 28 de febrero, 2014, http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=254&Itemid=

resulta eficiente. No responder también es una opción, por lo que la política pública se convierte en “lo que el gobierno hace y lo que el gobierno decide ignorar”²⁴⁴....

Así, un aporte muy interesante del libro es la facilidad que tienen el autor de explicar por qué las políticas de salud son importantes *“afectan directa o indirectamente todos los aspectos de la vida cotidiana, las acciones, los comportamientos y las decisiones. Pueden prohibir conductas que se perciben como riesgosas, alentar las que se consideran beneficiosas, proteger los derechos y el bienestar de algunas poblaciones, impulsar ciertas actividades o proporcionar beneficios directos a los ciudadanos necesitados. Las políticas reguladoras pueden definir acreditaciones profesionales, establecer controles de precios para los bienes y servicios, determinar criterios de calidad, seguridad y eficacia para los servicios de la salud, y abordar cuestiones de regulación social, tales como las relacionadas con la seguridad social y ocupacional, la inmunización, los alimentos y medicamentos, y la contaminación ambiental”²⁴⁵.*

El capítulo presenta una estructura basada en la evolución de los sistemas de salud en América, el gasto nacional, internacional y familiar en salud, la legislación en salud, los recursos humanos implementados, una comparación entre pasado-presente, los medicamentos y nuevas tecnologías, y el acceso y utilización de la información científica en salud.

Es importante observar como esta estructura permite mostrar el *“papel que desempeñan las políticas de salud y los sistemas y servicios de salud en responder a las necesidades, mitigar los riesgos y proteger a las poblaciones contra daños, enfermedades y discapacidades, y al mismo tiempo su potencial para, por el contrario, aumentar las disparidades y la exclusión”²⁴⁶.*

Por otra parte utilice un capítulo del estudio de Gregorio Mendizábal Lozano designado *“La planificación para el mejoramiento de la salud: El Ministerio de previsión social y*

²⁴⁴ *Ibíd.*, 314-315.

²⁴⁵ *Ibíd.*, 314.

²⁴⁶ *Ibíd.*

*salud pública (1970-1993)*²⁴⁷; capítulo en el cual el autor estudia la política de salud implementada para este periodo relacionándola con el tipo y el modelo de gobierno, la evolución del Ministerio de previsión social y salud pública, la legislación y la seguridad, elementos internos de la evolución del sistema de salud, en conjunto con el plan impulsado a nivel mundial, teniendo como uno de los principales objetivos el control de las enfermedades de transmisión con el fin de garantizar el derecho a la salud.

Así, Mendizábal muestra como una de las principales acciones era la implementación de programas contra enfermedades transmisibles como la malaria, la viruela, la fiebre hemorrágica, entre otras; sin embargo, estas medidas se vieron afectadas o beneficiadas dependiendo las condiciones económicas, sociales, políticas, ideológicas y culturales de Bolivia²⁴⁸. Además, es importante destacar como el autor hace uso de fuentes hemerográficas y fuentes documentales para la elaboración de su investigación.

Finalmente, incluí el artículo del doctor Edgar Mohs nombrado *Políticas y estrategias de salud en Costa Rica*²⁴⁹, quién hace una investigación de historia tradicional, elemento que no desvalúa su valioso aporte, su investigación se encuentra basada en planes de salud, y fuentes de carácter jurídico, con una estructura que va desde los antecedentes pasando por la caracterización de cuatro fases sobre la evolución del sistema de salud en Costa Rica y su respectiva descripción.

El autor demuestra como con el establecimiento y el crecimiento de la institucionalidad tanto en infraestructura como en funcionamiento junto a una mayor producción de la legislación permitió que los servicios y las políticas de salud fueran aumentando como

²⁴⁷ Gregorio Mendizábal Lozano, "La planificación para el mejoramiento de la salud: El Ministerio de previsión social y salud pública (1970-1993)", en Gregorio Mendizábal Lozano, *Historia de la Salud Pública en Bolivia: de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud*, (La Paz: OPS/OMS, 2002).

²⁴⁸ *Ibíd.*, 293.

²⁴⁹ Edgar Mohs, *Políticas y estrategias de salud en Costa Rica*, consultado el 28 de febrero, 2014, <http://archive.unu.edu/unupress/food2/UIN06S/uin06s03.htm>

medidas tomadas por el Estado a fin de garantizar el derecho a la salud de la población costarricense²⁵⁰.

3. ANALISIS DE FUENTES PRIMARIAS²⁵¹.

Fuentes	Referencia topográfica	Preguntas	Evaluación de fuentes	
			Posibilidades	Limitaciones
Memorias de labores del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1950 a 2013)	Departamento de archivo y correspondencia del Ministerio de Salud (MINSAL)	C1 Impacto de las enfermedades. C2 Políticas o medidas ejecutadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Describe las cifras sobre las diez principales causas de muertes que en su mayoría son enfermedades transmisibles, los casos de diferentes enfermedades, y las consultas por diferentes enfermedades. ✓ Expone minuciosamente algunos factores que influyeron en la reproducción de enfermedades y las medidas tomadas por el Ministerio de salud para erradicar o controlar ciertas enfermedades transmisibles. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los datos cuantitativos y cualitativos que presentan de carácter oficial, pueden estar viciados.
La edición de Salud en las Américas 1957.2012	Sito web de la Organización Panamericana de la Salud, http://www.paho.org/saludenlasamericas/	C1 Impacto de las enfermedades. C2 Políticas o	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Muestra datos sobre las enfermedades de forma comparada entre diferentes países. ✓ Proporciona una visión de la agenda internacional en materia de salud y las recomendaciones realizadas a los diferentes países, quienes 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solo proporciona datos de enfermedades que son una prioridad en la agenda internacional

²⁵⁰ *Ibíd.*

²⁵¹ Excluyendo fuentes complementarias.

		medidas ejecutadas	en algunos casos estas recomendaciones las convierten en políticas de salud.	
Libros de cifras epidemiológicas del Ministerio de Salud 1960 a 1980.	Dirección de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud (MINSAL)	C1 Impacto de las enfermedades. C2 Políticas o medidas ejecutadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Muestran recuentos bisemanales de la evolución epidemiológica en nuestro país. ✓ Proporcionan datos cuantitativos y cualitativos sobre las enfermedades transmisibles. ✓ Revelan causantes de las enfermedades transmisibles. 	✓ Los datos cuantitativos y cualitativos que presentan son de carácter oficial, pueden estar viciados.
Noticias de Periódicos (La Prensa Gráfica 1950 a 2013)	Museo de Antropología Nacional, MUNA, Dr. David J Guzmán.	C1 Impacto de las enfermedades C2 Políticas o medidas ejecutadas C3 Reacciones sociales.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Presenta diferentes y actitudes percepciones sobre las enfermedades. ✓ Describe epidemias y la evolución de la infraestructura del Ministerio de salud. ✓ Publica programas de atención de salud pública, etc. 	✓ Las noticias pueden mostrar contenidos amarillistas o estar sesgadas ideológicamente.
Boletines y revistas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Boletín del colegio médico. ▪ Boletín de la OPS 1950 a 2013 ▪ Revista de Universidad. ▪ Revista La Salud, otros. 	Colegio Médico. Sitio web de la OPS. Universidad de El Salvador. Hemeroteca de la B. N.	C1 Impacto de las enfermedades C2 Políticas o medidas ejecutadas C3 Reacciones sociales.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aportan datos sobre las enfermedades. ✓ Proporcionan información cualitativa y cuantitativa de programas de salud. ✓ Enseñan la visión académica del sistema de salud o del fenómeno de las enfermedades transmisibles. 	✓ No expresan las reacciones o respuestas sociales a las enfermedades transmisibles.
Entrevistas a epidemiólogos de la época.	Empleados pertenecientes al Ministerio de Salud en el pasado y en el presente.	C1 Impacto de las enfermedades C2 Políticas o medidas ejecutadas C3 Reacciones sociales.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionan gran cantidad de datos cualitativos, sobre todo de percepciones diferentes de la evolución epidemiológica. ✓ Muestran las diferentes experiencias de trabajo 	✓ Las y/o los entrevistados pueden darle diferente uso a su memoria de acuerdo con sus intereses.
Tesis de la	Universidad de	C1 Impacto de	✓ Revelan datos cuantitativos y	✓ Fuentes

Facultad de Medicina	de El Salvador.	las enfermedades	cualitativos sobre el fenómeno de las enfermedades.	dispersas.
----------------------	-----------------	------------------	---	------------

4. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICO

4.1. GENERAL

Explicar las políticas públicas de salud o respuestas brindadas por el Ministerio de Salud al problema de las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950 a 2013.

4.2. ESPECIFICO

- Definir el impacto de las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950 a 2013.
- Analizar las políticas implementadas por el Ministerio de Salud para identificar, controlar y prevenir el problema de las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950 a 2013.
- Identificar las respuestas brindadas por los diferentes sectores sociales ante la presencia de enfermedades transmisibles consideradas como epidemias.

5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

5.1. MARCO TEÓRICO

Para el desarrollo de mi investigación utilizaré un conjunto de categorías y conceptos entre los cuales se encuentran: Políticas públicas, políticas de salud, salud pública, la

enfermedad, las enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, epidemias, entre otras.

Una categoría fundamental es la historia sociocultural de la enfermedad definida por el investigador Diego Armus como una historia más reciente que abarca muchas disciplinas, *“Se trata, en verdad, de trabajos de historiadores, demógrafos, sociólogos, antropólogos y críticos culturales, que desde sus propias disciplinas han descubierto la riqueza, complejidad y posibilidades de la enfermedad y la salud, no solo como problema, sino como excusa para discutir otros tópicos. Así esta historia apenas dialoga con la historia de otras ciencias biomédicas y se concentra en las dimensiones socio-demográficas de una cierta enfermedad, los procesos de profesionalización y medicalización, las condiciones de vida, los instrumentos e instituciones del control médico y social, el rol del Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria, las condiciones de trabajo y sus efectos en la mortalidad”*²⁵².

Más adelante Armus explica en qué consiste la historia de la salud pública, detallándola como *“la que destaca la dimensión política, dirige su mirada, al poder, la política, el Estado y la profesión médica. Es, en gran medida, una historia atenta a las relaciones entre instituciones de salud con estructuras económicas, sociales y políticas. Es también una historia que se piensa útil e instrumental toda vez que busca en el pasado lecciones para el presente y el futuro porque suma que la cuestión de la salud es un proceso no cerrado”*²⁵³.

Además, el historiador expone que esta historia de la salud ve el carácter social de la enfermedad, así explica que *“el énfasis de la historia de la salud está no tanto en los problemas de la salud individual, sino en la de los grupos, en el estudio de las acciones políticas para preservar o restaurar la salud colectiva y en los momentos en los que el Estado o algunos sectores de la sociedad han destinado acciones destinadas a combatir una*

²⁵² Diego Armus, “La enfermedad en la historiografía de América Latina Moderna”, consultado el 1 de abril, 2014, file:///G:/la%20enfermedad%20en%20la%20historiografia.pdf.

²⁵³ *Ibíd.*, 44.

*cierta enfermedad a partir de una evaluación que excede lo estrictamente médico y está definitivamente marcada por factores políticos, culturales, científicos y tecnológicos*²⁵⁴.

Otra definición central es las políticas públicas precisada por el PNUD como las *“respuestas que da el Estado a las demandas de la sociedad en forma de normas, instituciones, prestaciones, bienes públicos o servicios. Involucra una toma de decisiones y un proceso previo de análisis y de valorización de dichas necesidades. Son el instrumento a través del cual los Estados – a través de los gobiernos y sus instituciones – pueden abrir los espacios sociales, reducir las brechas de origen y potenciar el desarrollo humano*²⁵⁵”.

Pero además define a la salud pública como *“un conjunto amplio y diverso de conocimientos, sobre qué? Conocimiento y conciencia sobre el bienestar colectivo, podría decirse que la salud pública es el saber del bienestar de la colectividad, o sea todo esfuerzo intelectual por entender cuál es el conjunto de condiciones que hacen posible que una determinada sociedad se sienta bien, viva bien, desarrolle bien sus potencialidades, eso es el mapa es el conjunto conceptual de la salud pública. Es entonces la Salud Pública un saber, es una actividad intelectual, es el quehacer del intelecto en una sociedad particular, pero no es solo saber, la salud pública es un hacer, la salud pública es el conjunto de acciones que una determinada sociedad emprende para tratar de garantizar el bienestar de todos y el bienestar de cada uno*²⁵⁶”.

Mientras que el estudioso Federico Tobar presenta tres categorías teóricas muy significativas para esta investigación: La primera la definición de políticas como el establecimiento de prioridades, pero también como *“el conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de actuaciones de Estado en relación con cuestiones que sean de interés para sectores o actores de la sociedad civil*²⁵⁷”.

²⁵⁴ *Ibíd.*, 45.

²⁵⁵ PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano, El Salvador 2013*, San Salvador: PNUD, 2013, xxii.

²⁵⁶ *Ibíd.*, 34-35.

²⁵⁷ Federico Tobar, “Políticas de salud: Modalidades y tendencias”, consultado el 20 de febrero, 2014, http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud_publica/003.pdf

Segundo, explica que las políticas de salud son parte de las políticas sociales definidas en este artículo como *“los esfuerzos organizados por resolver problemas sociales”*²⁵⁸. Así desde esta óptica señala a la salud como un conjunto que implica estado de salud y sistema de salud, pero además el autor señala que una política en salud implica:

*“La definición de la salud como un problema público en el cual El Estado asuma un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es definir qué rol desempeña el Estado en salud”*²⁵⁹.

Tercero define a las políticas de salud como *“los instrumentos para reducir problemas y desigualdades en salud”*²⁶⁰. Ligado a ello Cueto argumenta que el estudio de las políticas de salud incluye describir y analizar:

*“El desarrollo institucional de los organismos de salud, la organización de campañas de control y erradicación de campañas desarrolladas por instituciones nacionales e internacionales, el uso de vacunas, sueros y técnicas de desinfección y fumigación, y las diferentes prácticas de médicos, charlatanes y curanderos indígenas”*²⁶¹.

El Ministerio de salud de Chile define a las enfermedades transmisibles como *“cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso o un parásito específico, o por sus productos tóxicos o por los productos tóxicos de otros agentes biológicos. Se produce por la transmisión de ese agente o sus productos desde una persona o animal infectado, o de un reservorio, a un huésped susceptible. Puede transmitirse de forma directa o indirecta, por medio de un huésped intermediario de naturaleza vegetal o animal, de un vector o del ambiente”*²⁶².

Además de ello, Diego Armus agrega que la enfermedad es *“un problema que además de tener una dimensión biológica se carga de connotaciones sociales, políticas y económicas”*²⁶³.

²⁵⁸ *Ibíd.*

²⁵⁹ *Ibíd.*, 2.

²⁶⁰ Tobar, *Políticas de Salud*, 2.

²⁶¹ Cueto, *El regreso de las epidemias*, 20.

²⁶² Ministerio de Salud de Chile, “Normas técnicas de vigilancia de enfermedades transmisibles”, consultado el 29 de noviembre, 2013, <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/enftransmisibles.pdf>

²⁶³ Armus, *La enfermedad en la historiografía de América Latina*, 47.

Seguidamente expone cuando inicia el origen y el fin de una enfermedad *“una enfermedad existe luego que se halla legado a una suerte de acuerdo que da cuenta que se le ha percibido como tal, denominado de un cierto modo y respondido con acciones más o menos específicas. En otras palabras, razones particulares, y coyunturas temporales enmarcan la vida y muerte de una enfermedad, su descubrimiento, ascenso y desaparición”*²⁶⁴.

En esta investigación se analizarán a las enfermedades transmisibles que se convirtieron en epidemia, categoría explicada por Cueto como una enfermedad que se intensifica, es decir la manifestación de casos sobre una enfermedad con una frecuencia que exceda a la prevista en un espacio dado, pero además expresa:

“Las epidemias fueron producidas principalmente por la pobreza y también por la carencia de una infraestructura sanitaria adecuada. Generalmente comenzaron con un brote sorpresivo que luego de cierto desconcierto fue identificado. Sólo cuando la enfermedad se intensificó se tomaron medidas de urgencia que incluyeron a veces la creación de organismos que acabaron integrándose al Estado”

Mientras la Organización Mundial de la Salud define a las Enfermedades no transmisibles o enfermedades crónicas como aquellas que *“no se transmiten de persona a persona, son enfermedades de larga duración y que evolucionan lentamente”*²⁶⁵:

5.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta Principal	Preguntas Derivadas
¿Qué impacto causaron las enfermedades transmisibles en la salud de la población salvadoreña de 1950 a 2013?	¿Qué tipos de enfermedades de trasmisibles se manifestaron en la población salvadoreña?
	¿Qué dimensiones socio-demográficas tuvieron las enfermedades transmisibles?
	¿Cuáles factores causaron o influyeron en

²⁶⁴ Ibíd., 42.

²⁶⁵ OPS, “Enfermedades no transmisibles”, consultado el 29 de marzo, 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

	la producción y reproducción de enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950-2013?
¿Qué políticas se implementaron para identificar, prevenir y controlar las enfermedades transmisibles en El Salvador de 1950 a 2013?	¿Qué tipos de políticas se formularon?
	¿Cómo se implementaron o ejecutaron dichas políticas de salud?
	¿Cuáles fueron los resultados de la ejecución de dichas políticas de salud sobre las enfermedades?
¿Cuáles fueron las reacciones sociales ante las enfermedades transmisibles consideradas como epidemias?	¿Qué actitudes mostraron las autoridades regionales?
	¿Cuáles fueron las actitudes de la iglesia?
	¿Cuáles fueron las actitudes de sectores populares?

5.3. MÉTODO Y TÉCNICAS

El método que se utilizara para hacer el proceso de grado es el “método de investigación histórica” que consiste en la definición de un problema histórico y su resolución a través del análisis de todas las fuentes históricas disponibles por medio de las técnicas pertinentes. Para esta investigación se utilizaran técnicas como el análisis bibliográfico y la investigación documental de archivo, pero además se utilizara la técnica cuantitativa mediante la utilización de la estadística descriptiva, y la técnica cualitativa o interpretación hermenéutica de las fuentes.

6. PROPUESTA DE CAPITULO.

Capítulo I: Impacto de las enfermedades transmisibles.

Capítulo II Políticas implementadas para identificar, controlar y prevenir las enfermedades transmisibles.

Capítulo III: Reacciones social ante las enfermedades transmisibles.

ANEXOS

CRONOGRAMA ESPECÍFICO DE LAS ACTIVIDADES PARA LA INVESTIGACIÓN DE PROCESO DE GRADO 2014

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Marín, Andrea. "Epidemias de los siglos XX y XXI: Representaciones y respuestas sociales ante la aparición del Sida en Costa Rica 1980-2008". Consultado el 20 de febrero, 2014. <http://www.historia.fcs.ucr.ac.cr/articulos/2008/especial2008/articulos/02-Ciencia/15.pdf>

Camacho, "Juan. Aplicaciones estadísticas en las ciencias sociales". Consultado, el 28 de febrero, 2014. <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20TRABAJO%20SOCIAL/02/Estadistica%20Aplicaci%C3%B3n%20a%20las%20ciencias%20Sociales/JCamacho.pdf>

Cueto, Marcos. "El Regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX". Consultado el 20 de febrero, 2014. <http://archivo.iep.pe/textos/DDT/regresoepidemias.pdf>.

-----, "Culpa y Coraje: Historia de las Políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú". Consultado el 20 de febrero, 2014 <http://www.inppares.org/sites/default/files/Culpa%20y%20Coraje%20Historia%20Pol%C3%ADticas%20sobre%20%20VIH>.

Eco, Humberto. "Cómo se hace una tesis: Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura". Consultado el 20 de febrero, 2014, http://www.upv.es/laboluz/master/seminario/textos/umberto_eco.pdf

Edgar Mohs, "Políticas y estrategias de salud en Costa Rica". Consultado el 28 de febrero, 2014, <http://archive.unu.edu/unupress/food2/UIN06S/uin06s03.htm>

Martín Álvarez, Alberto. "De Movimiento de liberación ha partido político: El frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional". Consultado el 20 de febrero de 2014. <http://biblioteca.ucm.es/tesis/cps/ucm-t28083.pdf>

Mendizábal Lozano, Gregorio. *Historia de la Salud Pública en Bolivia: de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud*. La Paz: OPS/OMS, 2002.

Ministerio de Salud de Chile. *Normas técnicas de vigilancia de enfermedades transmisibles*. Consultado el 29 de febrero de 2014, <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/enftransmisibles.pdf>
Organización panamericana de la Salud. *100 años de Salud: Costa Rica*. San José: Organización Panamericana de la Salud, 2003.

-----, "Las políticas públicas y los servicios de salud". En OPS, *Salud en las Américas, vol.1*. Consultado el 28 de febrero de 2014, http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=254&Itemid=

PNUD Guatemala. "Ajustes, reforma y resultados: Las políticas de salud en Guatemala, 1985-2010". Consultado el 19 de febrero de 2014. <http://desarrollohumano.org.gt/sites/default/files/Cuaderno%206%20Políticas%20de%20salud%20Guatemala%201985-2010%2016sep2011.pdf>.

Tobar, Federico. "Políticas de salud: Modalidades y tendencias". Consultado el 20 de febrero, 2014. http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/salud_publica/003.pdf

Verdugo Urrejola, Juan Carlos. *Historia reciente de la política y reforma de salud en Guatemala*. Consultado el 28 de febrero, 2014, <http://ssi.campusvirtualsp.org/guatemala/files/2008/11/politica-y-reforma-del-sector-salud-jcv.pdf>

Vélez A., Alba Lucia. *Las políticas públicas: Consideraciones de interés para las profesiones de la salud*. Consultado el 29 de febrero, 2014, http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_4.pdf

RESPONSABLE DEL INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN :	NOMBRE CARNÉ Br. Diana Carolina Durán Marroquín DM08020
TITULO DEL INFORME FINAL :	“HISTORIA DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL SALVADOR: 1950-2000”
DOCENTE ASESORA DE LICENCIATURA EN HISTORIA :	Maestra María Eugenia López Velásquez
FECHA DE EXPOSICIÓN Y DEFENSA :	30 de agosto de 2016
TRIBUNAL CALIFICADOR MIEMBRO DEL JURADO :	Doctor Carlos Gregorio López Bernal
MIEMBRO DEL JURADO :	Doctor Ricardo Argueta Hernández
MIEMBRO DEL JURADO :	Maestra María Eugenia López Velásquez
ACUERDO Y FECHA DE APROBACIÓN POR JUNTA DICRECTIVA DE LA FACULTAD :	ACUERDO N° 369, PUNTO V.1-B, ACTA N° 10/2016, FECHA DE SESIÓN, 01 DE MARZO DE 2016.

OBSERVACIONES:
