

## HISTORIA DE LA MEDICINA

# Perspectivas del comportamiento del Estado y la sociedad hondureña en la gestión de la salud

*State and social perspectives regarding health management in Honduras*

Jorge Alberto Fernández Vásquez<sup>1,2</sup>  <https://orcid.org/0000-0003-1651-8376>, Norma Patricia Rivera Scott<sup>3</sup>  <https://orcid.org/0009-0009-6736-4320>.

<sup>1</sup>Centro de Salud Integral Zoé, Dirección Médica; Tegucigalpa, Honduras.

<sup>2</sup>Instituto de Enfermedades Infecciosas y Parasitología Antonio Vidal; Tegucigalpa, Honduras.

<sup>3</sup>Profesional independiente; Tegucigalpa, Honduras.

## INTRODUCCIÓN

La historia de la salud pública, al destacar la dimensión política, dirige su mirada al poder, la política, el Estado, la profesión médica y el contexto social; alerta sobre las relaciones entre instituciones de salud (en especial la Secretaría de Salud (Sesal) y el Seguro Social (IHSS) con las estructuras económicas, sociales y políticas, busca en el pasado lecciones para el presente y el futuro.<sup>1</sup> Este escrito no versa sobre el rol de la medicina como una estrategia biopolítica del Estado para la dominación de clases en el orden capitalista y patriarcal, desde una perspectiva de *la medicalización indefinida de la sociedad*.<sup>2</sup> Trata, solamente, sobre las direcciones que ha tomado la historia en tópicos principales en torno a la dimensión social y política de las epidemias y enfermedades prevalentes, influencias externas en el desarrollo médico-científico y en las políticas de salud pública, y los enfoques sociales y humanistas, con recortes temáticos que las ciencias sociales han destacado entre sus preocupaciones.

Todo parte del concepto de la patología de la pobreza,<sup>3</sup> que ha condicionado trastornos y enfermedades sociales, de colectivos y personas, sumidos en la desigualdad, la inequidad, la falta de acceso a los satisfactores básicos sociales, especialmente de salud, con los matices de los juegos sociopolíticos de los Estados Unidos de América (USA) y otras naciones, las Naciones Unidas (ONU) y Organizaciones Financieras Internacionales (OFI) o de apoyo social, que han condicionado el desarrollo del país en todas sus dimensiones. Se agrega la debilidad, incapacidad, corrupción e impunidad que los gobiernos y el pueblo han sufrido a lo largo de la historia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que “el asesino, el verdugo más eficaz y despiadado y también la causa de mayor sufrimiento en esta

tierra, es la miseria. La pobreza es la más cruel de las dolencias. La pobreza es la causa principal de muerte en el planeta y la creciente diferencia entre ricos y pobres, una amenaza a la salud mundial”.<sup>1</sup>

## Evolución histórica de la atención en salud

En el devenir histórico del país, se han dado diversos momentos en los que la superestructura del poder de manera hegemónica y la sociedad como actor y factor final, han definido los modelos de atención del proceso salud/enfermedad para atender a la población, identificándolos de acuerdo a las sociedades establecidas de origen, desde el caso de la medicina indígena, transcurriendo por el período colonial de sometimiento y degradación, la transición independentista con destellos en la formulación y conformación de la identidad y estatidad nacional, la reforma liberal decimonónica, la irrupción imperialista de USA con el concepto de interamericanismo o panamericanismo,<sup>4</sup> los enclaves bananeros y mineros, y los esfuerzos de reformas y adaptaciones sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, que se extienden hasta la actualidad.

## Antecedente aborigen y colonización

Las sociedades humanas han establecido las medidas de protección sanitaria a partir de conceptos ideológicos de vida/muerte, bien/mal, salud/enfermedad, adscribiendo la enfermedad a castigo divino, inducción humana malévolamente de daño o a vicisitudes del entorno corporal y/o ambiental en que se vive. Así, las culturas indígenas crearon una superestructura de los dioses, con una estructura, funciones y operadores encargados de la salud y la enfermedad. En la cultura maya, *Itzamná* fue el dios padre de la medicina, *Ichxel*, diosa de la medicina y los partos (la fecundidad), y *Cit bolon tum*, dios sanador, protector

Recibido: 26-02-2024 Aceptado: 01-12-2024 Primera vez publicado en línea: 12-12-2024


Dirigir correspondencia a: Jorge A. Fernández V.

Correo electrónico: joralferv@gmail.com

**DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS:** Ninguna.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS:** Ninguna.

**Forma de citar:** Fernández-Vásquez JA, Rivera-Scott P. Perspectivas del comportamiento del Estado y la sociedad hondureña en la gestión de la salud. Rev Méd Hondur. 2024, 92(Supl. 2). xx-xx. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v92i2Supl.%202.19700>

© 2024 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

de las plantas y sabio conocedor de sus propiedades curativas.<sup>5</sup> *Dzac Yah* (“el que cura a otros”) era el verdadero médico maya; usaba plantas medicinales en ritos curativos o preventivos, métodos como el sangrado, el punzado con espinas y apretones y masajes (sobadas) para curar ciertas dolencias.<sup>6</sup>

El sometimiento de la conquista española desestructuró conceptos y acciones, irrumpió con el asesinato sistemático, la esclavitud despiadada y el maltrato (“*la leyenda Negra*”), agravados por la introducción de enfermedades del viejo mundo como la viruela (*Huey cocoliztli*, 1520), peste (1531), sarampión (1533), plaga o tífus (1545), fiebre amarilla (1809) y la influenza, entre otras, con bajas notables en las poblaciones. Así sobrevino la colonización, sin consideraciones de responsabilidad social hacia los avasallados, quienes quedaron desprotegidos con apenas algunas expresiones de pluralidad médica intrínseca, herencia de la raíz indígena preexistente.<sup>7</sup> El Real Tribunal del Protomedicato (1477) institución médica nacida en el Reino Español precolombino, se trasladó a los virreinos de América (1579) como el Protomedicato de Indias, algo así como el “control sanitario en el Nuevo Mundo”. En 1795 fue adoptado en el Reino de Guatemala, y hasta 1869 en Honduras, con un desempeño marginal pasajero.<sup>8</sup> La provisión de servicios de salud para los indígenas durante la colonia (siglos XVI al XVIII) se derivó a la caridad cristiana, esencialmente de frailes franciscanos, dominicos, mercedarios o de las Órdenes de San Juan de Dios o de San Jerónimo, quienes establecieron las “Reales Boticas” (1594).<sup>9</sup> Durante la colonia se crearon varios hospitales: 1. Hospital de Santa Rosa de Copán (1570), 2. Hospital del Espíritu Santo (Tegucigalpa, 1578), 3. Hospital «De la Limpia Concepción y Cofradías del Santísimo Sacramento y del Rosario» (Trujillo, 1620), reconocido como el primer hospital de Honduras; 4. Hospital San Francisco (Comayagua, 1627); 5. Hospital de la Resurrección (Comayagua, 1651–1667); 6. Hospital San Felipe y San Jacinto (Gracias, 1685), 7. Sala de hospitalización del Convento de la Merced (Tegucigalpa, 1701).<sup>10,11</sup>

Durante los siglos XVII y XVIII, los establecimientos de salud eran escasos o inexistentes,<sup>12</sup> ello vinculado al alejamiento de las urbes entonces gobernantes en Guatemala, México y España y a las guerras civiles predominantes.<sup>9</sup> Hitos importantes fueron: la creación, en la Capitanía General, de la Real y Pontificia Universidad de San Carlos Borromeo en 1681, con su facultad de Medicina,<sup>13</sup> y el programa de vacuna anti-viruela, ordenada por el rey Carlos IV (1803). «La Corona española organizó una expedición bienhechora que trasladaría el fluido vacuno a sus dominios americanos, con veintidós niños como portadores de ésta... la vacuna llegó al puerto de Trujillo en 1806».<sup>14</sup>

### Antecedente Republicano

Para el período independentista prácticamente no existían hospitales ni médicos en la nación; el Estado de Honduras apenas comenzaba a organizarse con el fin de aliviar enfermedades y epidemias. “En 1826, el jefe de Estado don Dionisio de Herrera fundó la primera Junta de Sanidad para prevenir

el sarampión y la viruela; esta es la primera manifestación de interés público para salvaguardar la salud de la población”.<sup>9</sup> La ineficiencia del sistema de salud colonial siguió imperando en el país. Los hospitales «funcionaban» solo en emergencias para atender durante epidemias y heridos de las sangrientas guerras políticas del siglo XIX y el primer cuarto del XX. Entre 1830 y 1860, se intentó construir hospitales del Estado en Comayagua y Tegucigalpa que, por falta de dinero, fueron cerrados.<sup>12</sup> El actuar provincial de la naciente república se caracterizó por una salud pública débil, fría y mediatizada por una «cultura de sobrevivencia»,<sup>15</sup> siempre sometida a los intereses hegemónicos externos. «...se trataría más de programas gubernamentales de emergencia antes que de políticas de Estado... respondían a coyunturas específicas, centradas en medidas de corto plazo».<sup>16</sup> Durante la «Primera Reforma Liberal» (Soto, 1876), se observaron los atributos básicos de «estadidad», que llevó a reformas económicas y sociales, incluyendo educación y salud. Sin embargo, el sistema de salud seguía siendo limitado y la atención médica era muy escasa en las áreas rurales.

En 1880, se abrió el Hospital General (actualmente edificio del Museo de la Identidad Nacional), como un «Ministerio de Sanidad y Benevolencia». En 1882 surge la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional (actual edificio del Correo Nacional), para fusionar academia y asistencia con visión de medicina preventiva, transicionando a la Salud Pública.<sup>8</sup> La estrategia de construir hospitales se continuó durante el siglo XX y fue magnificada en los años 70’s en el período populista de la dictadura militar. Se truncó por la «estrategia de seguridad nacional», dejando muchos proyectos de construcción paralizados, finalizados hasta 1990 con la puesta en marcha del Hospital «Mario Catarino Rivas». Desde entonces, el Ministerio de Salud solo logró la edificación del Hospital María de Especialidades Pediátricas (2014).

Bajo la idea de la cooperación internacional en salud pública (1880-1940), materializada con la creación de la Oficina Sanitaria Internacional (posteriormente llamada Oficina Sanitaria Panamericana- OSP, 1903), USA impuso a los países latinoamericanos el propósito de realizar actividades de sanidad portuaria y reglamentaciones en la lucha contra las enfermedades que pudieran afectar el libre comercio de sus empresas.<sup>17</sup> La Fundación Rockefeller emergió como la benefactora de la OSP y los gobiernos, y la rectora de directrices, estrategias, planes y acuerdos regionales y locales, de la mano de la política de la “diplomacia del dólar”, como garantía de concesión y mantenimiento de créditos e inversiones en dichos países.<sup>15</sup> En Honduras, los enclaves minero y bananero lograron su entronamiento, a manera de neocolonialismo, en condiciones degradantes e indignantes para la soberanía nacional. Establecieron sus propios modos de operar las condiciones de salud ambiental y de las personas, generando intensas campañas de saneamiento como el dragado de pantanos, combate a vectores, higienización de aguas, alcantarillado, letrización y una red de servicios locales de salud y hospitales de referencia en los puertos del Caribe (Trujillo, La Ceiba, Tela, La Lima). En tanto que los gobiernos nacionales, enfrascados en la

violencia de la toma de poder, siguieron lentamente levantando algunos hospitales y centros de salud en las ciudades más pobladas. Presentaron algunos matices de gestión sanitaria positiva, como la emisión del primer Código de Salud (1910) o el intento de un novel “Secretaría de Sanidad y Benevolencia” (1913). También surgieron la Dirección General de Sanidad Nacional, dependiente de la Secretaría de Gobernación, y el Laboratorio de Serología (ya extinguido).<sup>11</sup> Curiosamente, en 1903, el gobernante Manuel Bonilla mandó a cerrar la Facultad de Medicina por protestas de sus estudiantes ante la medida de encerrar a las meretrices en ese recinto, en respuesta a un brote de enfermedades venéreas ocurrido.<sup>12</sup>

La “Gran Depresión” y la Primera Guerra Mundial dieron paso a la nueva «política del buen vecino» (Roosevelt, 1932), que intentó modificar las acciones claramente intervencionistas de décadas previas, planteando relaciones más amistosas con los países de la región.<sup>15</sup> Así, el gobierno de la dictadura de turno (Carías, 1933) firmó en 1942 el convenio del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, con acciones para la lucha antituberculosa y antimalaria, incluyendo la construcción del Sanatorio para Tuberculosos en 1948 (luego Instituto Nacional del Tórax y actualmente Instituto Cardiopulmonar). Obras y operaciones desarrolladas en el marco del interamericanismo cooperativo en salud, como parte de la estrategia de la seguridad hemisférica.<sup>15</sup> La formación del conglomerado de Naciones Unidas en la posguerra marcó una gobernanza planetaria en salud con la Organización Mundial de la Salud y su agencia regional en América, la Organización Panamericana de la Salud (OPS).<sup>18</sup>

### **Modernización de la Salud Pública: Primera y segunda reformas en Salud**

Estos nuevos aires promovieron una mayor organización del Estado, con la aparición en escena del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Minsalud, 1952), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS, 1962), y el Colegio Médico de Honduras (CMH, 1962). En el período de 1955 a 1973 se fundaron hospitales en Juticalpa, Trujillo y Yoro, se instaló en 1966 el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, en el Valle de Amarateca, en lo que fuera el antiguo sanatorio antituberculoso y se inauguró el Hospital Materno Infantil en Tegucigalpa (1969).<sup>12</sup> En 1957 asumió la presidencia el Dr. Ramón Villeda Morales, instaurando el gobierno de «la Segunda República», afín al gobierno demócrata estadounidense (Kennedy, 1961) y su estrategia de «Alianza para el Progreso». Conocida como la Segunda Reforma Liberal, permitió una mejor estructuración en servicios públicos de salud y social, así como acciones que impulsaron el desarrollo y el combate a la pobreza. Tildado de “comunista”, fue objeto de cruento golpe de Estado por la fuerza militar, instaurando una dictadura férrea (López Arellano, 1963), que desembocó en la fratricida guerra con El Salvador (1969); pero, luego hibridada de populismo, permitió entrar a una época de planificación del Estado. Allí ubicamos la *Primera Reforma en Salud* (1972), bajo la rectoría del Dr. Enrique Aguilar Paz, que diseñó un Plan Nacional de Salud (PNS), inspirado en la

estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS). Su modelo reorganizativo incluía la regionalización político-técnica de los servicios, desde un Nivel Central político-técnico-normativo y 9 Regiones de Salud, comandando la red de servicios de atención a personas y ambiente, la extensión de la cobertura con amplia proyección rural y la reorganización de los servicios por niveles de complejidad de atención, basada en una extensa, fuerte y eficiente red comunitaria de apoyo. Los resultados fueron espectaculares en la reducción de la morbi-mortalidad y calidad/calidez en la entrega de los servicios y se presentaron ante la reunión mundial sobre APS en Alma Ata (1977): «Salud para todos en el año 2000». Solo le faltó conjugar esfuerzos armónicos en un sistema único de salud, abarcando el Seguro Social, sanidad militar y subsector privado. Pero la dominancia norteamericana, ante el miedo de que Latinoamérica se volviera “comunista” por la influencia soviética y china, arreció con la «política de la seguridad del estado» (parte de la “Guerra Fría”), con represión y muerte de militantes y simpatizantes de las ideas y quehaceres progresistas. Los colaboradores de la red de apoyo comunitaria, muy buena parte de los empleados de la base, intelectuales del nivel técnico normativo, fueron víctimas del «entierro, encierro o destierro». De esa forma se desestructuró el modelo, para suplantarlo con la guerra de los 80’s, que incluyó la intervención militar intensa, la invasión con bases militares estadounidenses (Palmerola y El Aguacate), el aniquilamiento de movimientos guerrilleros y sociales de izquierda, apoyo a ejércitos extranjeros y la consecuente crisis sanitaria. Un informe del Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD) relata: *La innovadora experiencia de participación comunitaria, auspiciada intelectualmente por la OPS, pero impulsada por un amplio movimiento local, fue interrumpida en el punto álgido del conflicto civil de la región, ya que cundió el temor de que las redes comunitarias fueran utilizadas por las fuerzas beligerantes en la región para promover en Honduras un conflicto social como el que atravesaban sus tres vecinos. Sin embargo, quedó un remanente que ha servido como base para el desarrollo de las nuevas experiencias de extensión de la cobertura, que han funcionado parcialmente... con un alto grado de dependencia de la ayuda externa, lo cual constituye su principal vulnerabilidad.*<sup>19</sup>

Con las medidas de mitigación financiera provistas por los mismos norteamericanos [Proyectos I y II de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID] y de otros cooperantes, apenas se logró terminar la construcción de varios hospitales en la regiones que habían quedado paralizados; pero la prestancia y decisión del Minsalud a seguir la ruta de la universalización de la atención en salud, se perdió. Pese a haber transicionado de la dictadura militar a la “democracia” (1981), su rol fue débil y sometido a los vaivenes de la política vernácula bipartidista y la fuerte presión internacional, condición que perdura hasta la actualidad, bajo la égida de los partidos tradicionales Liberal y Nacional y desde 2022 Libertad y Refundación, (Libre). El CMH expresaba: *La respuesta estatal a la problemática, dada a través de la estrategia nacional de desarrollo y específicamente a través del PNS 82-86, se*

*instrumentaliza a través del sector salud, que jurídicamente no está conformado ni están identificados todos los organismos a participar. La situación de salud es la de un país subdesarrollado y dependiente, con deprimentes condiciones ambientales, de vivienda, ...deficiente estado nutricional, precarias condiciones sociales, económicas y educativas y una respuesta estatal parcial por la falta de planificación, de la participación consciente de la comunidad y todo ello es exacerbado por la lucha entre el Este y el Oeste, el Norte y el Sur. Las metas adolecen de ruta crítica, muchas son irrealizables y otras solamente sirven como relleno, no resuelven; no hay un criterio estrictamente científico y práctico que conlleve soluciones reales... solamente llenan la función de respaldar al Gobierno cuando se habla de planificación.*<sup>20,21</sup>

El llamamiento de los presidentes de Centroamérica para acabar con la guerra, bajo el lema de «Salud como puente de paz» (1985), condujo mediante los acuerdos de «Contadora» y «Esquipulas», a la desmovilización de la Contrarrevolución (“la contra”) nicaragüense, el fin de la guerra, al tiempo que caía el «Muro de Berlín», emblema de la “guerra fría” (1989). Con ello, hubo relativa debilitación del poder militar local y un nuevo amanecer con inquietudes de democracia en el país. Simultáneamente, el dengue debutaba con intensidad con brotes casi cada cuatro años, la tuberculosis arreciaba y el sida importado con intensidad, por diversos puntos, tales como Palmerola, se entronó rápidamente en el tejido social; en 1989, Honduras tenía más casos de sida que todo el resto de los países de Centroamérica juntos. Catástrofe que se logró abatir a partir de 1997, fruto de la inmensa ayuda internacional, intensa labor local y concienciación de la población general.

El modelo de “promoción de los derechos humanos” permeó el nivel político, de modo que el Legislativo dictó leyes para su protección y fomento: Ley de Equidad de Género, códigos para protección de niñez y familia, creación del Comisionado Nacional de Derechos Humanos, la fiscalía general (Ministerio Público), un nuevo Código de Salud (1991) y una nueva ley de municipalidades. Durante la última década, las medidas de ajuste económico impuestas tuvieron, y siguen teniendo, cruentas repercusiones en el campo sanitario, limitando la capacidad para atender a la población, aumentando la pobreza y empeorando las condiciones sanitarias.

Una estrategia de reforma para el sector salud (*Segunda Reforma en Salud*) del gobierno de turno (Callejas, 1990), conducida por la Comisión Presidencial de Modernización del Estado, elaboró el Programa Nacional de Modernización del Sistema de Servicios de Salud. Su logro principal fue la aprobación legislativa del nuevo Código de Salud, y planteó tres grandes objetivos: ampliar la cobertura de la APS, modernizar la gestión hospitalaria y separar los seguros de salud y de pensiones en el IHSS. Todo quedó interrumpido al finalizar el gobierno, pero retomado -10 años después y nuevamente efímero- en el siguiente gobierno nacionalista (Maduro, 2002). No tuvo mayores incidencias, pues ya perfilaba la introducción del “modelo neoliberal” implantado por el primer gobierno nacionalista (reestructuración de la economía), que se hacía

acompañar de una fragilidad estatal voluble e incapaz, mayor pobreza y nuevos problemas con repercusión sanitaria: emergencia y reemergencia de epidemias, narcoactividad, maras y pandillas, migraciones, violencia institucionalizada, deterioro físico de la red y conceptual del nivel político-técnico, mayor burocracia, politiquería, arreciamiento de la corrupción, drogadicción, y más enfermedades infecciosas, carenciales, crónicas no transmisibles y violencia. En esa misma época, un fallido y fugaz intento de cohesionar los servicios aparecieron con la idea de unir la atención (cogestión) entre el Ministerio de Salud y el Seguro Social, pero acabó en el olvido total.

La década de los 90’s fue quizás, la de mayor inversión internacional en salud y desarrollo social durante el siglo pasado. Los préstamos o donaciones de las OFI (Fondo Monetario-FMI, Banco Mundial-BM, otros), la cooperación bilateral (USA, Unión Europea, Japón, Corea del Sur, Taiwán, Alemania, España, etc.), ofrecieron diferentes proyectos para el desarrollo institucional, ampliación y mejoramiento de estructuras físicas, fortalecimiento administrativo y otras iniciativas con o sin validez real. En el mejor de los casos, lograron demostrar la prestancia de la APS y que los planes y proyectos parciales pueden ser útiles, pero insuficientes, ineficientes o hasta dañinos. Planes como el “Plan Maestro en Salud” de la cooperación japonesa (Jica, 1995), fue el mejor ejemplo de este tipo de inversiones al quedar congelado en los escritorios de la alta burocracia. Y hubo muchos más como el «Priess» (modernización hospitalaria, 1998) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el proyecto «Acceso» de los suecos para la mejora de la administración local, etc., como un juego maquiavélico de la red burocrática que gobierna el tecnicismo de tales entidades multi o bilaterales en el ambiente mundial. Los bancos internacionales como el BID, BM, Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), suplataban a la OPS/OMS, recomendando que el MinSalud debiera ser «la entidad rectora del sector y financiadora de los servicios de salud destinados a la población pobre a través de la compra de servicios al sector privado y en sus propias unidades de producción».<sup>22</sup> Ello implicaría la «separación de las funciones de financiamiento y de provisión, y la modernización y autonomía de la red de atención», en lenguaje llano, privatización de la salud.<sup>22</sup> El BID financió el «modelo de rectoría», la Secretaría de Salud (Sesal) elaboró un plan nacional para la mejora continua de calidad, los hospitales y centros de salud de la Sesal y del IHSS ejecutaron parcialmente el proyecto. El apoyo de USAID que ya venía trabajando desde hacía algún tiempo en 3 regiones, la Unidad Ejecutora del BID (Priess), y el BM (“ProReforma”), buscaban definir la cartera de servicios, estandarizar y mejorar los protocolos para determinadas patologías y mejorar la capacidad de gestión de los hospitales.<sup>11</sup> Algo se logró, a alto precio por el pago de consultores, burócratas y oportunistas, en al menos modernizar conceptos y estructuras hospitalarias de gestión desfasadas y algunas en franca anarquía. Asimismo, el país se había comprometido -en los préstamos de ajuste estructural- a licenciar los establecimientos públicos y privados de primer nivel, asunto no resuelto a la fecha; también a estandarizar áreas centrales de rectoría que siguen estancadas, con



adaptaciones y readaptaciones conducentes a reestructuraciones que no terminaron de llegar a su propósito.

La situación de los hospitales siguió siendo crítica, pese a intervenciones directas o por consultorías fallidas y costosas del “programa de modernización”, sin mejorar la eficiencia y productividad hospitalaria, la calidad de la atención y mucho menos la solvencia financiera. En resumen, fracaso tras fracaso, con altos costos de inversión extranjera y nacional. Vale mencionar como logro importante la reorganización funcional de la Sesal (Acuerdo Ministerial 895-2004), en 18 Regiones Sanitarias Departamentales coincidentes con el régimen territorial administrativo del país, y 2 Regiones Sanitarias Metropolitanas de Tegucigalpa y de San Pedro de Sula. También las OFI, en particular el BM, impulsaron procesos de reforma en el IHSS para alinearlos con el modelo que han promovido en otros países del continente que culminaron en el total y doloroso resultado de corrupción en su más alto grado (“el desfalco del Seguro Social”) durante el gobierno nacionalista (Lobo, 2013), dejando la institución al borde del colapso y ahora afrontando las consecuencias de una crisis que no logra superar.<sup>23</sup>

El huracán *Mitch* (1998), arremetió contra la infraestructura física y desencajó la organización técnico-administrativa de los servicios de la Sesal y el IHSS. Sirvió para que, desde la adversidad, se lograra un Plan de Reconstrucción Nacional, la condonación de la deuda externa del país y la entrada al año 2000 con la iniciativa mundial de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, 2000-2015), como oportuna coyuntura única para un desarrollo sostenible. Con la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP, 2001) como marco general, el gobierno elaboró el Plan de Gobierno para el Sector Salud 2002-2006, y un Plan largo al 2021, planteando la reforma del sector y la extensión de la cobertura en la prestación de servicios. Los proyectos «Priess» y «Acceso» (1999-2006) para el «Desarrollo de las Bases para la Reforma del Sector Salud» y «Fortalecimiento de la APS con extensión de la cobertura de la atención sanitaria», apoyaron el suministro de un paquete básico de servicios de salud a poblaciones rurales en extrema pobreza. Ello mediante equipos itinerantes contratados per cápita a Organizaciones no Gubernamentales (ONG) u otros proveedores privados,<sup>19</sup> nuevamente se convirtieron en un quehacer con logros importantes para mitigar la miseria en salud, pero con resultados parciales e insuficientes, dependientes de la ayuda internacional. La ERP, fase operativa de esos ideales de desarrollo, fue exterminada por la corrupción y el despilfarro de los gobiernos de la primera década neomilenaria. La nueva idea de reforma, que comenzaba con el «desarrollo organizacional» (DO) de la Sesal (Decreto Ministerial 2004), describía organización y funciones extraídas como “copiado y pegado” de libros de texto de salud pública. Los ensayos de los “nuevos modelos de gestión” han persistido hasta la actualidad, con logros importantes en reducción de enfermedades y mortalidad, en especial la materno-infantil, (ODS, 2015-2030). Han sido experiencias bastante innovadoras sobre descentralización condicionada y desconcentración, aunque su sostenibilidad e impacto sigue siendo parcial y limitado. De nuevo, «la corrupción y la debilidad institucional constituyen

grandes desafíos para legitimar e implementar la competencia regulada.... un sistema de salud carente no solo de infraestructura, presupuesto y cantidad y calidad de recursos humanos, sino también de datos para investigar y desarrollar políticas públicas, ha impedido desarrollar un verdadero sistema con compromiso político, la adecuada acumulación de recurso humano y de infraestructura hospitalaria suficiente y de calidad, e implementar leyes y documentos...». <sup>19</sup> Además, la «posible falta de priorización del gasto en salud en Honduras como porcentaje de su Producto Interno Bruto (PIB), se refleja con cifras entre 7 y 9% los últimos veinte años, absorbido preferencialmente por el pago de personal y escasa inversión en infraestructura y suministros». <sup>24</sup>

### Tercera Reforma en Salud

La conmoción social del golpe de Estado en 2009 impactó fuertemente en la entrega de los servicios básicos de salud, zanjó la poca cohesión social existente y dio paso a otra dictadura “legalizada” de partido (Nacional, 2010-2021). Mediante planes de corto, mediano y largo plazo y la aprobación de la Ley Marco del Sistema de Protección Social,<sup>25</sup> intentó llevar a término una *nueva reforma en salud* y un desarrollo mayor de la seguridad social. Los PNS 2010-2014 y 2014-2018, en el contexto del Plan de Nación 2010-2022 y la Visión de País 2010-2038, fueron delicadezas burocráticas apoyadas por las OFI, USAID, OMS, Organización Internacional del Trabajo (OIT) y demás cooperantes. La «Ley Marco», en su minuta ideológica expresa los ideales más altos por alcanzar la universalización y la equidad en salud. Paradójicamente, mediante su *modus operandi* con la prestación privada de servicios el Estado evade su obligación primaria de atender, recuperar y mantener la salud como bien y derecho universal. El actual gobierno de Libre derogó la referida ley por incompatibilidad con su agenda, retomando en forma híbrida e incipiente la APS.

«Como parte de la Ley Marco del Sistema de Protección Social y de la Ley del Sistema Nacional de Salud, coherente con la “Plataforma de Gestión Vida Mejor”.... el Plan Nacional de Salud 2021, el Plan de Gobierno 2010-2014, el Plan Nacional de Salud 2014-2018 y, el Marco Conceptual - Político-Estratégico de la Reforma del Sector Salud (2009)», la Sesal desarrolló la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Constituye una política de desconcentración y descentralización del Estado, *para operacionalizar mediante las Regiones de Salud, un sistema con ordenamiento de establecimientos públicos y no públicos para brindar servicios por demanda y necesidades de la gente*, utilizando la APS en equipos de salud familiar.<sup>26</sup> Previamente (2013) se reestructuró el Nivel Central, creando una Subsecretaría de RISS y eliminando los programas técnicos (Materno-infantil, Vectores, Sida, etc.).<sup>27</sup> Es lo que opera actualmente, junto a los acuerdos de subrogación con las alcaldías y proveedores privados. Responde a una estrategia burocrática de cambiar nombres a las instancias administrativas centrales, los centros de salud y hospitales, un discurso positivista, a lo mejor idealista, tal vez quijotesco, con limitada aplicabilidad operacional que se distorsiona y complica,

llevando a los mismos resultados. No obstante los riesgos de pérdida de gratuidad de servicios de salud y mayor exclusión social, hay entusiasmos en tratar de mejorar con lo que se tiene, apoyando al Gobierno de turno en la creación de redes; por ejemplo, la Red de mancomunidades o la Red de comunidades, municipios y mancomunidades promotoras de la salud (2018),<sup>28</sup> y más planes<sup>29</sup> en formulación.

Dos aspectos de manejo administrativo y gestión de la salud han sido nefastos para el país: los cambios de modelos o reformas (de lo mismo) y las sustituciones frecuentes de ministros y técnicos especializados. Al no tener claridad en un modelo único de salud a implementar y con el desempeño ineficiente o la incompatibilidad o contradicciones entre ministros con el Ejecutivo, sus mandos intermedios y la conflictividad social, el caminar de la salud pública es tortuoso y pleno de incertidumbres. En todo este “período democrático” con golpes y dictadura incluidos, lo que han sobrado son intenciones, planes y muchos nuevos ministros. El afán de privatización ha conllevado la estrategia de desacreditar la administración pública, mostrándola como incompetente y corrupta, razones suficientes para adoptar las subrogaciones, contrataciones o tercerías de la empresa privada con y sin fines de lucro.

Estamos y operamos en el modelo de «*la tripleta de epidemias*», es decir, las *epidemias biológicas* de enfermedades transmisibles y no transmisibles; la *epidemia político-técnica*, expresada como la voluntariedad presidencial obnubilada de nombrar ministros y equipos de trabajo con franco desconocimiento o desorientación de las materias de la salud pública o el desinterés de los funcionarios en la gestión, la justificación de planificar y no operacionalizar los planes, cadenas de suministros infiltradas por la incompetencia y la corrupción; y, la *epidemia social* con la perversa dupla de corrupción/impunidad por delante, y el refuerzo de la apatía y el desprecio popular por la salud y la vida.

Administrando en crisis hay logros de la salud pública observados en el control de enfermedades transmisibles y promoción sanitaria, así, infecciones como paludismo, tuberculosis, sida, que -aunque siguen siendo problemas de daños importantes y alta preocupación-, fueron verdaderas pestes en otros momentos de la historia, ahora con visos de erradicación. El programa de vacunas (PAI), logró la erradicación de algunas infecciones como viruela, difteria, sarampión, poliomielitis y abatió las infecciones por tétanos, rubeola, paperas y tosferina, ha mantenido coberturas altas de vacunas y un sistema sensible de vigilancia epidemiológica. Los programas de salud materno-infantil también han conseguido mejorar sustantivamente los índices de morbilidad y mortalidad, con fuertes inversiones de la cooperación externa y locales. Complementa la Sesal sus funciones burocráticas débiles de registro, regulación o de coordinación con otras agencias o entidades públicas y, en algún grado, con privadas.

El sistema de salud en Honduras consta de dos subsistemas, el público y el privado. El Estado lo define como una red de prestación de servicios públicos gratuitos o parcialmente pagados, que involucra instituciones tales como la Seguridad Social, la Sesal, los municipios, Comisión Permanente de Con-

tingencias (Copeco), Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia (IHADFA), el ejército, entre otros), y hospitales y clínicas privadas.<sup>30</sup> Ambos subsistemas operan de manera independiente y con escasa comunicación y menos cooperación, a pesar de que la Sesal tiene la obligación de vigilar y controlar todos los servicios, que apenas hace con debilidad e insuficiencia. Por ello se habla de segmentación con autonomía y fragmentación de operabilidad, con diversas formas de entrega de la atención a personas o ambiente.

En tanto se cuenta con limitado conocimiento sobre cuáles son las soluciones posibles, la Sesal se sueña y plantea como el ente rector que debe fortalecerse en tal función, manejando un «sistema de salud plural y un modelo de salud nacional comprensivo, organizado, planificado, descentralizado, vigilado, evaluado, en plenitud de cobertura y acceso para toda la hondureñidad».<sup>31</sup> Con dificultades múltiples y avatares, provee servicios directos a grupos (personas) y enfermedades (epidemias, sociales) prioritarias: los pobres -70% de la población y no ajusta para todos-, el binomio madre e hijo, las epidemias infecto-contagiosas, las crónicas no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes/síndrome metabólico, cardiopatías, asma bronquial, insuficiencia renal, la violencia y accidentes y demás patologías médico-quirúrgicas. La salud mental, con fuertes cargas alostásicas en sociedad y personas, es golpeada por un ambiente sociopolítico y de pobreza que genera incertidumbre, miedo, ansiedad, desconfianza, con una repuesta de atención prácticamente insuficiente y difuminada. Las atenciones de emergencias son de gran demanda y de gran precariedad, la proyección a la salud ambiental es escasa, con limitada capacidad de respuesta ante los desastres naturales o causados por el hombre. *Muchos de los hospitales públicos están en muy malas condiciones y prestan un pésimo servicio a la comunidad hondureña, casi todos carecen del mobiliario, equipo, insumos y medicamentos necesarios para brindar atención de primera a los pacientes.*<sup>19</sup>

Adicionalmente, la pandemia de COVID-19 (marzo 2020), evidenció la triste realidad de la respuesta nacional en salud: un manejo político corrupto y mercantil de la salud, la escasez de personal y de recursos físicos y materiales, la displicencia y el abandono. El sonado caso de corrupción conocido como “hospitales móviles”, junto a otras irregularidades, conjugaron la quintaesencia del latrocinio e impunidad, y siguen resonando en el frustrado oído popular y latigando los débiles mecanismos del ejercicio judicial. La cooperación internacional sostiene que “estos resultados epidémicos, sacan a la luz la necesidad de aumentar la capacidad y financiación para la prestación de servicios de salud, adoptando estrategias comunitarias y de promoción de la salud para abordar las dificultades del lado de la demanda”.<sup>32</sup> Eso es cierto, pero antes habrá que afrontar la concupiscencia, la deshonestidad y la egolatría en nuestros servidores públicos y de la sociedad en general, lo que parece un sueño casi imposible en las actuales circunstancias.

La pandemia de covid constató que el sistema público de atención sanitaria, a pesar de su pobreza económica, es bastante resiliente. Los médicos y enfermeras experimentaron

condiciones que se parecían más a la medicina de batalla, particularmente con las nuevas generaciones que valientemente asumieron las trincheras, estimuladas entre otras razones, por la esperanza de forjarse un empleo estable en el sistema de salud. Los hospitales públicos -que operaban cerca del límite de la viabilidad- atendían a las personas sin tener en cuenta los gastos. Lo contrario ocurrió en los hospitales privados, que hicieron de la crisis epidémica un factor especulativo y despreciable en cobros de la práctica sanitaria. El gobierno proporcionó asistencia financiera y técnica (triajes, visitas domiciliarias, otros) a pesar de la inversión prioritaria mal diseñada y corrupta. La telesalud fue otro efecto beneficioso de la pandemia, así como la adaptación de médicos clínicos y salubristas a modelos de manejo terapéutico criollos, aunque bajo debate de la evidencia. El efecto adverso masivo en la salud mental ha dejado una sensación de agotamiento de los recursos humanos y materiales. Entre los peores legados de la pandemia se encuentra la persistente desconfianza hacia “el establishment” médico y científico por parte de grandes sectores de la población.<sup>33</sup> Hubo numerosas bajas de valioso personal sanitario y la decepción de muchos cuyas esperanzas de inserción laboral se vieron frustradas. Adicionalmente, dejó peores condiciones en centros de salud y hospitales que siguen administrando ingeniosamente la escasez de personal, insumos, estructura, etc.

En septiembre 2023 la cumbre de la Asamblea General de la ONU emitió la *Declaración política del foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible*, comprometiéndose con la cobertura sanitaria universal, según el Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible.<sup>34</sup> Altruista y admirable declaratoria que despabila esperanzas y parabienes, pero a merced de la financiación de los países pudientes y condescendientes, que definen -por sí mismos o por los intermediarios financieros- el destino de la solidaria ayuda. Así que la base del cambio está en la conciencia y compromiso del Estado y la sociedad, ¡un asunto de nación!

Una reorientación satisfactoria hacia la APS, requiere habilidades extraordinarias de liderazgo político, un compromiso permanente, así como estrategias proactivas y adaptables que permitan eslabonar y galvanizar a todos los involucrados en todos los niveles, en los diferentes estratos o contextos sociales y económicos.<sup>35</sup> Su financiación ha de asentarse en mecanismos de pago basados en la población<sup>36</sup> (capitación, seguros de bajo costo, empanelización, medicina familiar, “rostering”, promoción de salud, formación y mantenimiento del talento humano, y administración eficiente), todos constituyentes seguros de una APS centrada en la gente.<sup>37,38</sup> La confianza en los sistemas de salud, como en otras instituciones sociales, promueve la cohesión y el orden social, un fundamento clave para la cobertura sanitaria universal.<sup>39</sup> Ello demanda trascender de un sistema de salud visto como una entidad de empleo de usos múltiples, a un sistema donde se aprende improvisando creativamente en el

camino a visualizar su justa dimensión en el rol transformador de país.

## CONCLUSIONES

El repertorio de prácticas y discursos anotados, que reflejan la historia intelectual e institucional de la salud pública, pueden ser parte de una oportunidad para reflexionar y establecer caminos que conduzcan a la elección de un modelo de salud funcional.

Dicho modelo se visualizaría unitario, aunque heterogéneo, englobando los diferentes proveedores, que, con mecanismos de accionar y objetivos disímiles, habrán de enfilarse en un solo fin, bajo una estrategia que no elimine, pero que controle, la iniciativa privada con procesos administrativos de justa ganancia e indemnidad en la calidad, y una refinada coordinación que logre el entendimiento y convergencia para los diferentes quehaceres de la medicina preventiva y asistencial.

Desde luego, la búsqueda de la financiación es un reto esencial, que deberá incorporar la inversión mayoritaria del Estado, la iniciativa privada, con y sin fines de lucro, el gasto de bolsillo del usuario y el rol catalizador y complementario de la cooperación internacional.

En esencia, es una decisión sustantiva del Estado, que debe tomar la iniciativa para legitimar políticas públicas congruentes con los principios básicos de los derechos humanos.

Tratar la salud como un bien y un derecho inalienable y no como una mercancía, y promover un camino equitativo hacia la cobertura universal, requieren de un proceder ideológico y aproximaciones basados en derechos humanos y evidencia científica, con enfoque en los determinantes sociales de la salud, la APS con medicina familiar de base, y un énfasis en los principios de probidad, transparencia, rendición de cuentas, igualdad, no discriminación y participación significativa de todas las partes.

El momento es ahora, con una visión a corto, mediano y largo plazo, que incorpore los aprendizajes resultantes de las experiencias previas, sin perder el propósito fundamental de fortalecer la respuesta sanitaria nacional en forma sostenible y eficiente, que aporte a la construcción de una sociedad más saludable e incluyente.

## CONTRIBUCIONES

Ambos autores participaron en la concepción, diseño, análisis y redacción de este trabajo.

## DETALLES DE LOS AUTORES

Jorge A. Fernández V., Médico Especialista en Salud Pública y en Alergia e Inmunología Clínica; joralferv@gmail.com  
Norma Patricia Rivera Scott, Médica, Especialista en Gerencia y Salud Global; nprscott@yahoo.com