

COLECCIÓN  BICENTENARIO

**EL ESTADO Y LA SALUD PÚBLICA EN HONDURAS
ENTRE CONTEXTOS HISTÓRICOS, COYUNTURAS
Y UN FUTURO CERCANO**

YESENIA MARTÍNEZ

Representante Residente del PNUD en Honduras

Richard Barathe.

Representante Residente Adjunta del PNUD en Honduras

Rosenely Diegues-Peixoto.

Asesor en Políticas y Coordinador del Informe de Desarrollo Humano de Honduras PNUD en Honduras

Sergio A. Membreño Cedillo.

Equipo Informe de Desarrollo Humano - Honduras

Alejandra Salazar, Alex Navas, Ángel Rodríguez, Andrea Girón, Anibal Barahona, Cinthya Barahona, Daniela Suazo, Ely Noé, Gracia Arteaga, Iliana Licon, Katherine Flores, Pedro Acosta, Ramón Romero, Ruth Perdomo y Víctor Ordóñez.

Elaboración de publicación

Álvaro Cáliz, Darío Euraque, Gina Kawas, Irma Becerra, José B. Falck, Julio Escoto, Libny Ventura Lara, María Eugenia Ramos, Mario Argueta, Mario Membreño Cedillo, Mario Posas, Marvin Barahona, Mauricio Díaz Bourdett, Óscar Nuñez Sandoval, Pedro Morazán, Rafael del Cid, Rafael Jerez, Ramón Romero, Rodolfo Pastor Fasquelle, Rolando Sierra, Rony Castillo Güity, Segisfredo Infante, Sergio Membreño Cedillo, Xiomara Bu, Yesenia Martínez.

Revisión de contenido

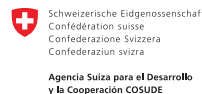
Pedro Acosta y Sergio A. Membreño Cedillo.

Revisión de redacción

Pedro Acosta.

Diseño y diagramación

Anibal Barahona.



Esta publicación se ha elaborado con el apoyo financiero del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE), el Gobierno de Canadá a través de Asuntos Mundiales Canadá, la Unión Europea (UE), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE). Las opiniones y recomendaciones expresadas en esta publicación son las de las y los autores de las propuestas y no representan necesariamente las de las Naciones Unidas, incluido el PNUD, o las de los Estados miembros de la ONU ni de las entidades donantes.

El PNUD agradece a sus socios: la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE), el Gobierno de Canadá a través de Asuntos Mundiales Canadá, la Unión Europea (UE), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) que han hecho posible la elaboración de los productos de conocimiento realizados en el marco del Informe de Desarrollo Humano Honduras.

Sobre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo:

El PNUD forja alianzas con todos los niveles de la sociedad para ayudar a construir naciones resilientes ante los distintos problemas actuales. De la misma manera, promueve y sostiene un tipo de crecimiento que mejora la calidad de vida de todos los actores sociales. El PNUD se encuentra presente en 170 países y trabaja para erradicar la pobreza y reducir las desigualdades y la exclusión, así como ofrecer una perspectiva global y un conocimiento local al servicio de las personas y las naciones.

Copyright © PNUD octubre 2021

Todos los derechos reservados.

Elaborado en Honduras.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD

Edificio Naciones Unidas, Colonia San Carlos, Calle República de México 2816, Tegucigalpa, Honduras.

www.hn.undp.org

LA COLECCIÓN DEL BICENTENARIO: REPENSAR PARA TRANSFORMAR

Uno de los principales desafíos de país en medio de la multicrisis que se vive, agravada por el COVID-19, es generar pensamiento, reflexión y acción colectiva de carácter nacional y propositivo para la solución de los problemas del país. Pero ello presupone repensar el país: la capacidad de entender su historia, de contextualizar el momento actual y tener una mirada prospectiva hacia el futuro.

El principal objetivo es aportar en la generación de análisis y propuestas multidimensionales, inclusivas e integrales para responder con eficacia a los agobiantes desafíos del siglo XXI.

La **Colección del Bicentenario** reúne un grupo de 25 académicos, intelectuales y pensadores del país. De esta manera, la colección se ha dividido en seis partes. La visión histórica: Rolando Sierra Fonseca, Mario Argueta, Segisfredo Infante, Libny Ventura Lara, Oscar Núñez Sandoval y Rony Castillo Güity. En la parte de análisis del desarrollo: Mario Posas, Marvin Barahona, Julio Escoto, Xiomara Bu, Darío Euraque, Yesenia Martínez, Mauricio Díaz Burdett, Pedro Morazán, Ramón Romero, María Eugenia Ramos, Mario Membreño Cedillo, Rafael Jerez, Gina Kawas. Y en la visión futura (prospectiva): Irma Becerra, Sergio A. Membreño Cedillo, Rafael del Cid, Álvaro Calix, Benjamín Falck, y Rodolfo Pastor Fasquelle. A todos ellos el agradecimiento por su invaluable aporte a la **Colección del Bicentenario**.

El propósito último de la **Colección del Bicentenario** es construir puentes de pensamiento entre académicos, intelectuales, técnicos y formuladores de políticas públicas y al mismo tiempo propiciar y promover iniciativas orientadas a la construcción de una agenda ciudadana para la transformación.

La **Colección del Bicentenario** es, en definitiva, un aporte a la **Honduras que imaginamos**.

Sergio A. Membreño Cedillo

Coordinador de la Unidad de Generación de Conocimiento
y Coordinador del Informe de Desarrollo Humano (IDH) - Honduras

YESENIA MARTÍNEZ

Es licenciada en Historia por la UNAH (2003); Postgrado en Gestión Cultural y Comunicación, FLACSO, Argentina, 2006. Maestría Académica en Historia, Universidad de Costa Rica, 2013, y doctoranda en Ciencias Sociales, Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán, México. Fue jefe de la Unidad de Historia del Instituto Hondureño de Antropología e Historia, y Coordinadora del Centro Documental de Investigaciones Históricas de Honduras (CDIHH), 29006-2009; directora general de Talento Humano y Subgerente de Recursos Humanos Docentes, Secretaría de Educación (2012-2016).

Por sus investigaciones en los temas de la Seguridad Social y la Salud Pública ha sido reconocida con el Premio de Estudios Históricos Rey Juan Carlos I, 2012, por la Embajada de España y la Academia Hondureña de Geografía e Historia en Tegucigalpa; becaria de investigación Richard E. Greenleaf para el año académico 2016-2017, por la Biblioteca Latinoamericana de la Universidad de Tulane, EE.UU.; y en el 2020 Premio de Historia Rafael Heliodoro Valle, por la Academia Hondureña de la Lengua, en Tegucigalpa.

Entre sus publicaciones están: “El papel del Estado en la construcción y el sostenimiento de los hospitales en Honduras. Un problema histórico”, en La Tribuna, 25 de julio; y 01 de agosto del 2020; “La seguridad social en Honduras entre la Revolución Guatemalteca y el contexto de la Guerra Fría, 1944-1956”, en Arturo Taracena y Roberto Ferreira, Guerra Fría y Anticomunismo en Centroamérica, Guatemala: FLACSO, 2017; Coautora del libro African Diaspora in the Educational Programs of Central America, New Jersey: Africa World Press, Trenton, New Jersey, 2015. Y La Seguridad Social en Honduras: actores sociopolíticos, institucionalidad y raíces históricas de su crisis (Tegucigalpa: Editorial Guaymurás, 2015).

Actualmente es docente en el Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias Sociales, de la UNAH, en Tegucigalpa.



ÍNDICE



INTRODUCCIÓN	10
ESTATIDAD Y SALUD EN HONDURAS. INICIATIVAS Y PROPUESTAS EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA LIBERAL	10
EL PROYECTO DE LA SALUD PÚBLICA NACIONAL Y LOS NEXOS CON LA POLÍTICA SANITARIA TRANSNACIONAL, 1902 -1949	15
SALUD, ESTADO DE BIENESTAR Y EL IMAGINARIO DE UN SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL, 1949 AL 2038	20
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	28

INTRODUCCIÓN

En el presente ensayo se intenta mostrar una mirada en perspectiva histórica del comportamiento del Estado sobre la gestación de la salud pública como una política social. El mismo, planteado como resúmenes de diversos momentos que tienen que ver con el proceso de formación del Estado Liberal, la dictadura de Tiburcio Carías Andino (1933-1949), y la transición a un Estado de bienestar, cerrando con las propuestas y planes que conlleva a un estado de compromisos en el marco del neoliberalismo. Se destaca pequeñas pesquisas sobre las iniciativas, esfuerzos y gestiones de configurar un marco jurídico de la salud, de lo importante que ha sido la relación entre los médicos y el Estado para que se avance en el imaginario de un proyecto de salud nacional, con nexos en la política sanitaria internacional. Ello ha creado una constante dependencia en lo que va de la conmemoración del primer centenario al bicentenario de “vida independiente”.

En este ensayo también se muestra que la salud pública en Honduras es el esfuerzo de diversos actores, entre ellos: médicos, Estado, obreros, organismos internacionales, y el deseo de integrar a la sociedad civil y a la empresa privada, con logros y crisis, expuesta a crear los imaginarios de la nación; el llamado Estado de bienestar, o muy recientemente, a un Estado de compromisos en el contexto del neoliberalismo. Este último contexto ha llevado a una crisis prolongada a lo que pudo configurarse como un sistema nacional de salud, particularmente en las últimas dos décadas del siglo XX, y las dos décadas del siglo XXI.

Lo que hoy heredamos de una política social gestada hace un centenario, en el marco de un Estado moderno y los imaginarios de la nación, no es más que una institucionalidad socavada. Actualmente se vive una crisis sanitaria, no producto de una pandemia mundial, sino del comportamiento del Estado y de una élite política a lo largo de la historia. Poco se han comprometido en ofrecer una infraestructura hospitalaria que dé cobertura nacional; de dejar a los profesionales de la medicina y la salud para que actúen como los expertos, para enfrentarse a un conjunto de enfermedades y de necesidades sanitarias que van más allá de la atención en los centros hospitalarios y de salud, sino en atender la necesidad de agua potable, del manejo de los desechos y la construcción de una ingeniería sanitaria.

Para resumir este panorama se ha considerado la consulta de diversos estudios, y una diversidad de fuentes documentales y hemerográficas que se encuentran en fondos nacionales y extranjeros. Ello permite hilvanar un resumen de un estado de la cuestión de la salud, a partir de una interpretación de los discursos y una legislación emitida, y de un conjunto de propuestas por varios sectores, y particularmente, desde el papel del Estado. Estos se abordan en tres apartados titulados. El primero, “Estatidad y salud en Honduras. Iniciativas y propuestas de la Reforma Liberal”; un segundo, “El proyecto de la salud pública nacional y los nexos con la política sanitaria transnacional, 1902 -1949”; y un tercero llamado, “Salud, Estado de Bienestar y el imaginario de un Sistema de Protección Social, 1949 al 2038”.

ESTATIDAD Y SALUD EN HONDURAS. INICIATIVAS Y PROPUESTAS EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA LIBERAL

Según Marcos Cueto y Steven Palmer, “en toda Latinoamérica, la era de la Reforma Liberal también involucró una reforma estatal fundamental de los códigos de la salud y el desarrollo de nuevas instituciones medicinales estatales considerados partes de los mecanismos para la fomentación del “orden y el progreso.”¹ En Honduras, estas iniciativas se ubican en el contexto de la formación del Estado nación, particularmente en lo que se ha identificado como una segunda etapa de consolidación liberal en la región centroamericana, entre 1870/1880 y 1930.² Este es el tiempo en el que se le debe atribuir al Estado hondureño de dotarse de los atributos básicos de “estatidad”, de centralización política, y de transitar a los umbrales básicos de institucionalización y una economía agroexportadora. Ello llevó a reformas económicas y sociales, incluyendo la educación y la salud. Aunque hay sus contradicciones, para Steven Palmer, un estudioso de la medicina y la salud en la región centroamericana, en Honduras durante estos años se mostró una debilidad estatal y una incapacidad de institucionalizar conflictos sociales o necesidades públicas.³

¹ Cueto Marcos y Palmer Steven, *Medicine and Public Health in Latin America: A History*, Cambridge University Press, New York, 2015, 68-69.

² Ver Acuña Víctor Hugo, *Formación de los Estados Centroamericanos*, Estado de la Nación, San José, 2014; Euraque Darío A., “Los recursos económicos del Estado hondureño, 1830–1970”, en Taracena Arturo y Piel Jean, *Identidades nacionales y Estado moderno en Centroamérica*, Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, 1995, 137–138; Guevara Escudero José, *Honduras en el siglo XIX: su historia socioeconómica 1839-1914*, Fondo Editorial UPNFM, Tegucigalpa, 2007; Barahona Marvin, “Honduras: el Estado fragmentado (1839 – 1876)”, *Revista Paraninfo*, Año 4, número 7, Tegucigalpa, julio 1995, 1-34; García Buchard Ethel, *Política y Estado en la sociedad hondureña del siglo XIX (1838-1872)*, IHAH, Tegucigalpa, 2008; Sierra Rolando, Sosa Eugenio, et. al., *Reforma del Estado Hondureño 1990-2015*, UNAH, Tegucigalpa, 2016; y Martínez Yesenia, “La historiografía hondureña y sus interpretaciones sobre el Estado - nación, 1838-1950”, inédito, 2018.

³ Palmer, *Ibid.*, 59-85.

La interpretación de Palmer es comprensible si volvemos una mirada al contexto histórico de cómo se gestó la salud pública en Honduras en el marco de un siglo que comprende la etapa formativa del Estado y el contexto de la Reforma Liberal, entre los inicios de la década de 1830 y los inicios de la década de 1930. Le correspondía a la Iglesia Católica, institución rectora de la atención de la salud y las enfermedades desde los tiempos del periodo colonial, adscrita al protomedicato de la Capitanía General de Guatemala (desde 1795),⁴ con apenas el funcionamiento del hospital San Juan de Dios en la ciudad capital colonial de Comayagua.

Previo a la Reforma Liberal (1876-1949), les correspondió a las autoridades políticas locales y departamentales hacerse cargo de la salud de la población hondureña. Su papel fue de emitir informes, peticiones y bandos para atender las comunidades afectadas por las epidemias de viruela y cólera. También se encargaban de la compra de medicamentos para las víctimas afectadas, y emitían instrucciones de cómo se debía construir las sepulturas, la ampliación de los cementerios y las formas de entierros, el blanqueamiento de las viviendas, y la fumigación con azufre y otras materias aromáticas los patios y los espacios internos de cada casa. A pesar de no ser médicos, consideraron la importancia de establecer los cordones sanitarios y la implementación de cuarentenas hasta por veinticinco días como formas de evitar la propagación y el contagio.⁵

A pesar de haberse inaugurado la Universidad Central en 1847 en Tegucigalpa, no se tuvo la intención de crear una Facultad de Medicina. Esta situación provocaba la ausencia de profesionales en la atención de la salud. Para 1865 se creó el Protomedicato, siendo presidente José María Medina (1862-1868). Este órgano funcionó bajo la dirección de los médicos Cornelio Lazo Arriaga y Manuel Gamero Idiáquez, sin embargo, solo atendió asuntos judiciales y el oficio de la medicina, con pocos resultados, apenas involucraron a las recién creadas municipalidades (1841) y a la Universidad Central, en tareas como el aseo de las calles, la vacunación en momentos de epidemias de viruela, y la administración de los medicamentos.

Por lo antes expuesto, previo a 1880, hubo ausencia o escasas intenciones de ofrecer infraestructura hospitalaria para la salud por parte del Estado. Habrá que entender si se estaba en una etapa formativa que dio prioridad a la constitucional o jurídico, y a la configuración de normativas con una perspectiva política y fiscal, lo que en parte se le ha denominado un Estado huérfano y fragmentado.⁶ Lo poco que hubo fue atención a las epidemias por parte de las autoridades municipales y jefes políticos departamentales, ante la carencia no solo de profesionales de la medicina, sino también de una Facultad de Medicina y Cirugía. Esto porque la joven institucionalidad de la Universidad Central pasó constantemente cerrada, a causa de conflictos armados provocados por la élite política.⁷

Los cambios para cristalizar la institucionalidad de las cuestiones sociales, entre ellas la salud, se dieron de manera gradual entre los años de 1880 a 1933. Este fue el momento cuando los gobiernos de la Reforma Liberal proyectaron una imagen del Estado moderno, lo que permitió el tránsito a la secularización de los problemas sociales, incluyendo la educación, la salud y la sanidad. De principio se emitió la reglamentación de la higiene y el ornato con una conexión en el control social. Así se promovió la construcción de los primeros establecimientos hospitalarios y de la salud en la ciudad de Tegucigalpa. Ya para inicios del siglo XX y las tres primeras décadas, se logró configurar una red hospitalaria más allá de la capital, e igual se construyó un imaginario sobre la “salud pública Moderna”, con vínculos transnacionales.

⁴ Sobre la creación del Protomedicato de la Capitanía General de Guatemala y referencias sobre Honduras, consultar, Al.22. Exp.21081-leg. 2588 folio 78 v., 10 de noviembre de 1795; B805, Exp. 23023 legajo 1078, f.4; 9 de octubre de 182, y folio 2, del 11 de octubre de 1824, A3.1 exp.15055 legajo 819. En Fondo Pardo, AGCA, Guatemala. Igual ver B80, Expediente 23053 legajo 1078. En Fondo Pardo, AGCA, Guatemala; Ministerio de Relaciones interiores y exteriores del Supremo Gobierno del E. de Honduras, “Decreto sobre la prosperidad”, *El Redactor*, 15 de septiembre, 1840, Comayagua, Imprenta del Estado, 7; *Revista de la Universidad*, “La Universidad en 1857 y 1860”, Tomo I, No.6, Tegucigalpa, 15 de junio de 1909, 345; Medina José María, Ministro del Interior e Instrucción Pública, Comayagua, 11 de marzo de 1869, *Revista de la Universidad*, Tomo I, Número 10, Tegucigalpa 15 de octubre de 1909, 592-593. En <https://tzibalnaah.unah.edu.hn> Y entrevista a Manuel Gamero, periodista y abogado, 81 años, nieto de Manuel Gamero Idiáquez, primer presidente del Protomedicato, Tegucigalpa, 20 de septiembre del 2019.

⁵ Ver Moncada Liberato, Jefe Político Intendente de la municipalidad de Tegucigalpa, “Viruela en Tegucigalpa”, 6 de octubre de 1830, Caja No. 4; Acuerdo del Supremo Gobierno, Ministerio General, “Cordón Sanitario”, Comayagua, 15 de julio de 1837, Caja No. 270, Expediente 000056; Locadio Suniga y otros, “Sesión ordinaria del mes de julio de 1867; Zúñiga Andrés, “Sesiones municipales del pueblo de Minas de Oro”, Minas de Oro, 11 de enero de 1868, 51-53; Portal Francisco, “Al Ministerio de Relaciones Interiores, Orocuína, 13 de enero de 1868, Caja No. 5; Cabañas José Trinidad, “Al Ministerio de Hacienda, aduana de Trujillo, 25 de febrero de 1868, Caja No.5; Fernández Pedro, Gobernador Político de Olancho al Ministerio de Relaciones exteriores, Juticalpa, 13 de diciembre de 1867, y 5 de enero de 1868. Caja No. 4; Rodríguez Inocente, Gobernación Política de Santa Bárbara, 6 de enero de 1868, Caja No. 5. En ANH, Tegucigalpa; y Cruz Reyes Víctor C., “Epidemias del siglo XIX en Honduras”, *Mesoamérica*, Vol. 6, No. 10, CIRMA, Guatemala, 1985, 371-390.

⁶ Ver Barahona Marvin, “Honduras el Estado fragmentado (1839-1876”, en Arturo Taracena y Jean Piel, *Identidades nacionales y Estado moderno en Centroamérica...*, 97- 114; y García Buchard Ethel, *Política y Estado en la sociedad hondureña del siglo XIX...*

⁷ Ver *La Gaceta*, Tegucigalpa, 18 de junio de 1880, 1; *La Gaceta*, Tegucigalpa, junio 13 de 1882;1; Rosa Ramón, Secretario de Estado, “Código de Instrucción Pública, Precedido del Discurso que, en el acto de inaugurarse la Universidad Central y el Colegio Nacional de Segunda Enseñanza, Tegucigalpa, 26 de febrero de 1882”, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1882; República de Honduras, “Código de Instrucción Pública, 1881 (Fragmento)”, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1882, 35, 36, 37, 51 y 52. En CDCH-UNAH; *Revista de la Universidad*, “Nuestra Publicación”, Tomo I, No. 1, Tegucigalpa, 15 de enero de 1909, 1; y Espinoza Murra Dagoberto, “Evolución Histórica de la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras, Rev. *Med Honduras*, Suplemento No.2, Tegucigalpa, 2005, 37- 44.

Fue durante los gobiernos de Marco Aurelio Soto (1876-1883) y Luis Bográn (1883-1891) cuando se sentaron las bases para un primer esfuerzo por construir la arquitectura institucional y jurídica para la atención de la salud como problema de Estado. No obstante, ambos gobernantes tuvieron que acudir al apoyo de diversos actores para que colaboraran en su administración, y en la vigilancia de las poblaciones enfermas. Como primer paso, el presidente Soto aprobó la creación del Consejo Superior de Instrucción Pública, como un órgano comprometido en la atención de la salud y la educación. Además de hacer realidad la creación de la Facultad de Medicina y Cirugía. A partir de entonces, se les dio facultad a los médicos para supervisar el funcionamiento de la educación primaria y media, y a la vez se responsabilizaron de la formación de los profesionales de la medicina; formados en su mayoría en la Universidad de San Carlos de Guatemala, y otros de nacionalidad cubana y española.

Junto a este mandato, se emitieron las normativas para la creación y construcción del Hospital General en Tegucigalpa, entre 1881 y 1882,⁸ y se promovió la creación de hospitales en las cabeceras departamentales en las principales ciudades y puertos. Para su funcionamiento, el presidente Soto ordenó la organización de las Juntas de Beneficencia y de Caridad, para que se responsabilizaran de la administración y los fondos de los hospitales, y atendieran los problemas de la salud para los pobres y menesteres.⁹ Para ser miembro se invitó a individuos de ambos sexos, que concursaran con sus haberes o servicios personales.¹⁰ A este llamado atendieron miembros de la élite política y económica de Tegucigalpa.

Todo este escenario de actores involucrados en atender la salud durante la Reforma Liberal puede interpretarse desde dos perspectivas. Por un lado, desde los aportes de Cueto y Palmer, estudiosos de la salud pública en América Latina, y para quienes este escenario y vínculos entre el Estado y la salud, y los compromisos de los profesionales de la medicina, se dio en un contexto del proceso de la formación de los Estados en América Latina, entre mediados y a finales del siglo diecinueve cuando la mayoría de los países abolieron la institución del Protomedicato y el control de la práctica médica pasó a manos de la Facultad de Medicina de las Universidades.¹¹

En una segunda interpretación se parte desde el planteamiento de Mitchel Foucault, y manifiesta que cuando se forma o integra un cuerpo social, no es más que la nosopolítica del Estado. Según Foucault, esto se da con la formación de un colectivo de actores que acompañan al Estado para promover la higiene y la evolución de la salud hacia la medicalización en un proceso de formación de los Estados nacionales. Esto significa no solo el interés vertical del Estado por los múltiples ámbitos del cuerpo social, de la salud y la enfermedad, sino también, la integración de las direcciones múltiples de la política de salud, que concierne a todos.¹²

Esta forma de ver el Estado interesado en los problemas de la salud y la medicina, según Foucault, permite integrar a médicos, grupos religiosos, asociaciones de socorro y de beneficencia. Y en el caso hondureño, también a la policía. Todos ejercieron funciones sobre las poblaciones desprotegidas, consideradas portadoras del peligro colectivo, y del desorden social y moral.¹³

De ambas interpretaciones se logra mostrar que, para el caso hondureño, fue durante la década de 1880, bajo el lema del “orden” y “progreso” cuando se establecieron estos vínculos entre el Estado, la policía, los médicos, y las Juntas de Beneficencia y de Caridad. Juntos contribuyeron a las tareas de la higiene, y el ornato, y a la policía, le asignaron el control de los vagos, categoría donde se encontraban las mujeres que padecían de enfermedades contagiosas, identificadas como prostitutas.¹⁴ Igual incluían a los pobres, como posibles agentes de contagio, y de población que provocaba los mayores problemas de las enfermedades y la salud.

En el caso de los médicos, además de colaborar con la práctica médica y la formación de profesionales de la medicina, también eran los responsables de diseñar la reglamentación sobre la enseñanza y nociones de la higiene, de lo urbano y la salud física en el sistema de educación primaria y secundaria. Estas iniciativas las encomendó el presidente Soto,

⁸ República de Honduras, “Código de Instrucción Pública, 1881 (Fragmento)”, Ibid.; Espinoza Murra Dagoberto, “Evolución Histórica de la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras”, Ibid.

⁹ Soto Marco Aurelio y Rosa Ramón, “Decreto en que se previene el establecimiento de Hospitales en Todas las cabeceras departamentales i además en la ciudad de San Pedro Sula i Puertos de Amapala y Trujillo”, *La Gaceta*, Tegucigalpa, 18 de junio de 1880; *Reglamento de gobierno y Policía de los puertos*, Decretado el 14 de septiembre de 1888, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1911.

¹⁰ *La Gaceta*, Tegucigalpa, 18 de junio de 1880.

¹¹ Cueto Marcos y Palmer Steven, *Medicine and Public Health in Latin America: A History...*, 60.

¹² Foucault Michel, *Estrategias del Poder*, Traducción por Varela Julia y Álvarez Uría Fernando, Obras Esenciales, Volumen II, Paídos, Barcelona, 1994, 29-82, y 329.

¹³ Foucault Mitchel, *Estrategias del Poder...*, 329.

¹⁴ Ver *Reglamento de Gobierno y Policía de los Puertos decretado el 14 de septiembre de 1888*, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1911; *Reglamento de Higiene y Policía Sanitaria para la capital, los puertos principales y centros de población superior de cinco mil habitantes*, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1920; y Archila Ricardo, comentados por Blanco Francisco, “Comentarios a un código moral para inspectores sanitarios”, Talleres Tipográficos Nacionales, Tegucigalpa, 1953.

y estaban conectadas a lo que promovían otros países latinoamericanos en el momento preciso de la formación de los Estados nacionales, interesados en la salud de las poblaciones como condición óptima a la modernidad occidental.¹⁵

En tal sentido, el gobierno no solo se interesó por las reformas económicas sino también por las de carácter social. Se comprometió por la reorientación de la economía a un mercado internacional. Aunque según Rafael Ledezma, previo a la propuesta de reformas económicas por parte del presidente Soto, se dieron con la preparación y transición hacia el auge exportador. Esto permitió diseñar un conjunto de reformas que actualizaron el régimen jurídico... se creó todo un marco institucional favorable para la exportación de café, azúcar, añil, cacao, ganado y diversos minerales.¹⁶ Si, cabe mencionar, que este escenario no favoreció al marco jurídico e institucional que promovió el presidente Soto, ya que no se contó con el presupuesto necesario para atender todo lo planteado. En parte se debió a la complicación que le fue a estas administraciones de los primeros gobiernos de la Reforma Liberal, ya que, según Molina Chocano, para estos años hubo un “Estado deficitario, ante la escasez de productos de exportación”.¹⁷ Tal situación no favoreció el imaginario de la atención de la salud con alcance nacional.

A pesar de estos inconvenientes, las gestiones del presidente Soto fueron continuadas durante el gobierno de Luis Bográn (1883-1891). Bográn aprobó la publicación de un primer censo de la población como un instrumento que registró a los individuos con enfermedades venéreas, y las poblaciones con imposibilidad física o moral (Mudos, locos, tuertos, idiotas, tullidos, epilépticos, entre otros). Sin embargo, su iniciativa no permitió crear una estadística médica, tal como si se consideró en otro momento de relaciones entre los médicos y el Estado, ya por mandato del Código Sanitario de 1910, y por autoría del doctor Ernesto Argueta Ariza, primer médico que trató científicamente la cura de la sífilis en Honduras.¹⁸

Otro aporte del presidente Bográn, fue el darle prioridad a una legislación con contenidos de salubridad para las ciudades y puertos, la prevención de miasmas y la vacunación, y la emisión de las primeras disposiciones para atender las epidemias a cargo de profesionales de la medicina. Para 1888 se emitió el *Reglamento de Policía* con dimensión nacional,¹⁹ el *Reglamento de Gobierno y Policía de Puertos*,²⁰ y la primera *Ley sobre Vacunación Obligatoria*.²¹ Y tres años después, por motivo de la propagación de la viruela se elaboraron las primeras disposiciones para atender las poblaciones en momentos de epidemias, bajo la responsabilidad de su primo hermano y ahijado, el doctor Miguel Paz Barahona.²²

Toda esta reglamentación dio las herramientas y contenido para lo que pudo haber sido un proyecto sanitario, con pretensiones de atender la higiene, la salubridad pública, y a las poblaciones afectadas en momentos de propagación de epidemias. Con ello también se logró por primera vez que el Estado integrara a profesionales de medicina a elaborar la legislación de la salud. En ello jugó un papel importante, el doctor Miguel Paz Barahona, quien fue presidente de Honduras entre 1925 a 1929, momento de mayor compromiso de la salud nacional con la salud internacional.

El haber emitido la legislación de la vacunación fue tan pertinente, particularmente ante la prevención de la epidemia de 1891, que oportuno obligó a la población estudiantil de escuelas y colegios públicos a vacunarse, de lo contrario no podrían ser aceptados en los centros educativos. Esta normativa fue considerada por el Código de Sanidad en 1910, y de obligatoriedad en 1926 ante la propagación de viruela, durante la presidencia del doctor Paz Barahona.

¹⁵ Ver Contreras Utrera Julio y Gutiérrez Cruz Sergio Nicolás, “La viruela en el Estado de Chiapas (México), 1859-1921, *Ayer*, No. 87, *Homosexualidades*, 2012, 163-194; Di Liscia María Silvia, “Desde fuera y desde dentro, Enfermedades, etnias y nación (Argentina, 1880-1940), en Hochman Gilberto, et. al. *Patologías de la Patria. Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2012, 125-179; Armus Diego, “Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna”, en Armus Diego, *Avatares de la Medicalización en América Latina 1870-1970*, Lugar Editorial, 2005, Buenos Aires, 19-21; Agostini Claudia, “Discurso médico, cultura higiénica y la mujer en la ciudad de México entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX”, en Armus Diego, *Avatares de la medicalización en América latina, 1870-1970...*, 229-252; y Eduardo Kingman Garcés, *Las ciudades y los otros. Quito 1860-1940...*

¹⁶ Ledezma Rafael, “El comercio exterior de Honduras y su contribución a la economía nacional, 1880-1930” Tesis, Centro de Estudios Históricos, El Colegio de México, para optar al grado de doctor en Historia, México, marzo, 2021

¹⁷ Molina Chocano Guillermo, *Estado Liberal y Desarrollo Capitalista en Honduras*, Banco Central, Tegucigalpa, 1976, 25.

¹⁸ Argueta Ayes Ernesto, “Práctica médica. Observación” de un caso de Sífilis terciaria tratado en mi clínica con el 606 en inyección intravenosa” (Tegucigalpa, noviembre 1910 a junio 1911, inédito). En APEAA, Tegucigalpa

¹⁹ *La Gaceta*, “Reglamento de Policía de 1888”, Tegucigalpa, 28 de febrero de 1888, 47-51. En <https://tzibalnaah.unah.edu.hn/> UNAH.

²⁰ Alvarado Carlos, ministro de Guerra, “Reglamento de Gobierno y Policía de Puertos, entre 23 de diciembre de 1887 y sept de 1888”, *La Gaceta*, Tegucigalpa, 14 de septiembre de 1888, 11-23. En Latin American Library, University Tulane, New Orleans, USA. También en Amaya. Jorge *El que esté libre de pecado... Prostitución femenina y control social en Honduras durante la época liberal (1876-1950)*, Editorial Guaymuras, Tegucigalpa, 2013, 51-57.

²¹ *La Gaceta*, “Ley sobre vacunación obligatoria”, Tegucigalpa, 30 de setiembre de 1888, 1. En <https://tzibalnaah.unah.edu.hn/> UNAH.

²² Ver ANH, *La Gaceta*, Tegucigalpa 20 de abril, 1955,155; *La Gaceta*, Tegucigalpa 23 de mayo, 1955, 195; y *La Gaceta*, Tegucigalpa, 4 julio de 1891, 237-238; Gómez Crescencio, secretario de Gobernación, “Disposiciones relativas par a combatir la epidemia de la Viruela por orden superior, impresas en marzo de 1891”, Tipografía del Gobierno, Tegucigalpa, marzo 1891. En APJEL, Jesús de Otoro, Departamento de Intibucá

Por esta razón, es importante considerar la relación entre las continuidades y los legados de los actores involucrados en la salud y la atención a las enfermedades, tal como sucedió en este contexto de la Reforma Liberal. Iniciativa que persiste en pleno siglo XXI, y ante una pandemia mundial de COVID 19 no se asume como tal. Habrá que ver estos momentos y coyunturas.

En este mismo contexto también se pensó en crear un Instituto de Vacunación en la ciudad capital, con el objetivo de que este órgano se comprometiera a remitir las solicitudes a cada departamento. La intención del gobierno de Bográn fue pertinente, ya que tres años después el territorio hondureño fue invadido por la epidemia de viruela. Sin embargo, la propuesta del Instituto no se consolidó, hasta después de aprobado el Código Sanitario entre 1910 y 1911.²³

En esta misma agenda de 1888, también mostró interés por crear un hospital para virulentos, y con ello el proceso del aislamiento, el entierro de cadáveres y la desinfección. Aunque su intención no tuvo éxito, se anticipaba la llegada de la epidemia de viruela en 1891, la que afectó a nivel nacional.

A pesar de no haberse logrado todo lo propuesto por el presidente Bográn, la reglamentación emitida presentó un compromiso de dimensión nacional, con amplios contenidos de lo que pudo haber sido un proyecto Sanitario. Este esfuerzo quizá hubiese antecedido a otros países de la región centroamericana; sin embargo, no fue posible por falta del presupuesto necesario, por haberse integrado pocos profesionales de la medicina. Esta situación se vio reflejada en distintos contextos, entre ellos, al darse la propagación de la epidemia de viruela en 1891, cuando apenas un tan solo médico estuvo disponible para elaborar su contenido.²⁴ Se trató del doctor Paz Barahona, a quien se le debe considerar como el primer médico en generar un discurso científico sobre las causas de la epidemia, y de promover los vínculos entre los médicos y el Estado. Así lo demostró desde este momento hasta el final de su gobierno (1925 y 1929). Ya para entonces se avanzaba en los preceptos de la salud moderna y los vínculos con salud transnacional.

Además de la relación familiar entre el presidente Bográn y el doctor Barahona, el interés por atender la epidemia también obedecía a las directrices del Comité Internacional de Beneficencia para efectos de epidemias variolosas. En tal sentido, se solicitó a los pocos médicos para que se organizaran y atendieran la emergencia en varias partes del territorio. Además, se mandó a organizar una junta de médicos, al igual que una junta de vecinos extranjeros en la capital. Este comportamiento no ocurrió con la propagación de la epidemia de la fiebre amarilla en el Caribe hondureño en 1905, por encontrarse cerrada la Facultad de Medicina y Cirugía por orden del presidente Manuel Bonilla (1903-1907), dejando todo en manos de juntas de sanidad local y de la sanidad estadounidense. Igual sucedió con la propagación de la epidemia de influenza en 1918-1919, reportando por parte de las autoridades de la Secretaría de Gobernación y Justicia que esta solo había afectado en la ciudad de La Ceiba, cuando en realidad afectó la población a nivel nacional, y la élite política, incluyendo los médicos que se encontraban ocupados en conflictos políticos.

Por todo lo antes expuesto, se debe considerar que los gobiernos liberales de Soto y Bográn fueron pioneros en asumir la responsabilidad de la salud como problema de Estado. Contribuyeron en la infraestructura institucional y jurídica de la salud, en la atención de la higiene, integrada al ornato y el control social, y de un sector de la población identificada como “enfermos”, que no fue más que aquellos también llamados pobres, delincuentes, menesterosos y miserables, sujetos que debían ser útil a un aparato de producción...”²⁵ Comparado a otras experiencias latinoamericanas. En Honduras muy poco se avanzó en lo que debió ser una política sanitaria como un proyecto que desarrollaban en el último tercio del siglo XIX como parte de una política reformista de los Estados nacionales.²⁶

A estos esfuerzos poco pudo superarle las acciones emitidas durante el gobierno de Policarpo Bonilla (1894-1899), cuando la élite política del Congreso Nacional se responsabilizó de aprobar los establecimientos para atender la población víctima de epidemias y de enfermedades infectocontagiosas. Ejemplo de ello fue lo que sucedió en 1895, en las discusiones para aprobarse la instalación de un Lazareto y la creación de una Casa de la Salud en la ciudad capital de Tegucigalpa.²⁷ Si cabe destacar que durante su administración se hizo una reforma a la legislación municipal, y se

²³ José Laínez, “Carta dirigida a Miguel R. Dávila, presidente de la República”, Tegucigalpa, 24 de enero de 1911, en Fondo Policarpo Bonilla, ANH.

²⁴ Ver ANH, *La Gaceta*, Tegucigalpa 20 de abril, 1955, 155; *La Gaceta*, Tegucigalpa, 23 de mayo, 1955, 195; y *La Gaceta*, Tegucigalpa, 4 julio de 1891, 237-238; y Gómez Crescencio, secretario de Gobernación, “Disposiciones relativas par a combatir la epidemia de la Viruela...”.

²⁵ Foucault Mitchel, *Estrategias del poder...*, 30.

²⁶ Staples Anne, “La lucha por los muertos”, *Diálogos: Artes, Letras, Ciencias humanas*, Vol. 13, No. 5 (77), septiembre-octubre, México, 1977, 15-20.

²⁷ Ver *La Gaceta*, Tegucigalpa, 18 de junio de 1880, 1; *La Gaceta*, Tegucigalpa, 27 de agosto de 1882, 4; “Reglamento de gobierno y Policía de los puertos, Decretado el 14 de septiembre de 1888”, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1911; Bustillo Miguel O., vicepresidente del Congreso, ejecutada por P. Bonilla, publicado en *La Gaceta*, Tegucigalpa, 22 de junio de 1895, 311; Urquía Antonio, Secretario de Estado en el Despacho de Gobernación, *La Gaceta*, Tegucigalpa, 26 de octubre de 1895, 529; y Amaya Jorge, *El que esté libre de pecado... Prostitución femenina y control social en Honduras...*, 55.

incluyó la atención de la higiene y la salubridad de los pueblos en el marco del cumplimiento del reglamento de la policía de sanidad de 1881.²⁸

En tal sentido, lo que se pudo hacer entre 1880 a 1902 es parte de lo que Marcos Cueto y Steven Palmer consideran como el momento de las nociones de la higiene, y la primera colaboración de médicos, y el establecimiento de las cátedras e instituciones de higiene en las facultades de medicina.²⁹ Ya lo que corresponde a una reforma estatal fundamental de los códigos de la salud y el desarrollo de nuevas instituciones medicinales estatales considerados partes de los mecanismos para la fomentación del “orden y el progreso”,³⁰ se dio en otro momento, ya en la segunda etapa de la Reforma Liberal, después de 1902.

EL PROYECTO DE LA SALUD PÚBLICA NACIONAL Y LOS NEXOS CON LA POLÍTICA SANITARIA TRANSNACIONAL, 1902 -1949

En la primera mitad del siglo XX la economía hondureña estuvo conectada a las relaciones comerciales transnacionales por el banano, y sus contratos de exportación por empresas estadounidenses. Este escenario facilitó para que estas compañías bananeras incidieran en la política sanitaria nacional. Más cuando se trató de la cooperación de la Fundación Rockefeller y la aprobación del Código Sanitario Panamericano en la década de 1920. Estos vínculos habían iniciado desde 1902, cuando el Estado hondureño se integró a los compromisos de la salud del continente americano, mediante los acuerdos firmados en la primera Convención Sanitaria de los Estados americanos, celebrada en Washington. Se dio sin la presencia de médicos hondureños, ausentes, junto a sus estudiantes, estos últimos se vieron forzados a salir de Honduras por encontrarse cerrada la Facultad de Medicina y Cirugía, por orden del presidente Manuel Bonilla (1903-1907).

Durante el cierre de la Facultad, la salud y la atención de las enfermedades de la población hondureña estuvo bajo la responsabilidad del Consejo Superior de Instrucción Pública, y de la Secretaría de Gobernación y Justicia. Fue hasta la administración del presidente Miguel R. Dávila (1907-1911), y atendiendo los compromisos firmados de la Convención de Washington que, se gestiona la aprobación del Código de Sanidad y la reapertura de la Facultad de Medicina y Cirugía. Esto sucedió luego de que un colectivo de médicos se interesó por construir las bases de la política social de la salud.

Este colectivo estaba formado por jóvenes profesionales que habían compartido su formación en los mismos espacios universitarios, y de la práctica médica, y ya iniciaban su interés por promover el proyecto de la unión centroamericana. Entre ellos se encuentran, Ernesto Argueta Ayes, José Jorge Callejas y su hermano Venancio Callejas, Vicente Mejía Colindres, Francisco Bertrand, Miguel Paz Barahona, Camilo Girón, Ricardo Alduvín, Héctor Valenzuela y Samuel Laínez. Todos ellos fueron autores intelectuales de la gestación del proyecto sanitario, el cual se construyó en el contexto de la segunda etapa del Estado Liberal, entre un escenario de guerras civiles, del boom del banano, y de la injerencia de EE. UU. en la región.

Todos ellos, integraron una red política e intelectual, que promovió los imaginarios nacionales, la idea de construir la patria chica y la patria grande,³¹ sin dejar de lado el proyecto de la sanidad nacional. También fueron parte de los protagonistas que organizaron la conmemoración del primer centenario de la independencia centroamericana. Y de ejecutar el discurso del panamericanismo.

A este colectivo les unió no solo lazos profesionales, sino también de amistad, de procedencia y compadrazgos; además de un interés en común, traspasaron las diferencias partidarias (Partido Liberal y Partido Nacional), y lograron promover el proyecto sanitario con alcance nacional. Además de unionistas, fueron defensores de la soberanía de los territorios en contra de la injerencia de Estados Unidos en la región centroamericana, entre 1907 a 1932, compartieron los mismos espacios de la práctica profesional y laboral, del unionismo, y de la burocracia estatal, incluyendo la institucionalidad de la salubridad y la sanidad.

²⁸ *Diario de las Sesiones*, “Ley de Municipalidades”, Tegucigalpa, 7 de junio 1895, 1829. En CDCH- UNAH, Tegucigalpa.

²⁹ Cueto Marcos y Palmer Steven, *Medicine and Public Health in Latin America: A History...*, 68-69.

³⁰ Cueto Marcos y Palmer Steven, *Medicine and Public Health in Latin America: A History...* Ibid.

³¹ Ver Casaús Marta y García Teresa, *Las redes intelectuales centroamericanas: un siglo de imaginarios nacionales (1820-1920)*, F & G Editores, Guatemala, 2005; y Bao Melgar, *Redes e imaginario del exilio en México y América Latina: 1934-1940*, CIALC, México, 2018

Por tal motivo se les debe identificar como una generación, en el sentido que lo define el filósofo Julián Marías, lograron pasar de la vida individual a interesarles el sujeto plural, les interesó, más allá de su vida, los problemas de la sociedad hondureña.³²

Desafortunadamente el papel de estos médicos fue también en el escenario donde el Estado hondureño se comprometía con el gobierno de EE. UU. Según Marvin Barahona, se trataba de *La Hegemonía de los Estados Unidos en Honduras*, marcada por las estrategias económicas, y claramente instalada entre 1907 y 1932.³³ A pesar de ello, lograron construir las bases de la política pública sanitaria, aunque como parte de los imaginarios de la salud transnacional, y desmantelados por la persecución de la dictadura de Tiburcio Carías Andino entre los años de 1933 y 1949, al ser obligados en su mayoría, a salir al exilio.

A esta generación de médicos se les facilitó la oportunidad que les dieron los gobiernos de turno, entre los años de 1907 a 1932. Ocuparon cargos y las direcciones de las instituciones de la salubridad pública, en las Secretarías de Estado, y hasta la presidencia de la República. Y desde estos espacios se construyeron estrechos vínculos entre la estatidad y la salud, o, dicho de otra manera, entre “médicos y Estado”. Según Cueto y Palmer, cuando esto sucede, se trata del mayor compromiso de los profesionales de la medicina en un contexto del proceso de la formación de los Estados en América Latina.³⁴ Esta relación les ubica en el mismo escenario de la política sanitaria internacional en América Latina, cuando los Estados gestionaban los proyectos de la salud pública, en contra la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria en todos los países del istmo, lo que logró una influencia definitiva en crear un ímpetu hacia la institucionalización estatal de la salud.³⁵

De esta manera se tejieron los mejores vínculos entre los médicos y el Estado, y se facilitó la reglamentación y se construyó el discurso de la salud pública moderna. Los primeros aportes se registran durante la presidencia de Miguel R. Dávila (1907-1911), quien le solicitó al doctor Argueta Ayes, que se encargara de redactar el Código Sanitario, y al doctor Mejía Colindres lo nombró secretario de Instrucción Pública, oportunidad que favoreció para la apertura de la Facultad de Medicina y Cirugía, cerrada desde 1903.³⁶ También se ordenó al Congreso Nacional que se aprobara el primer laboratorio en el Hospital General. Esta práctica tuvo mayor importancia en la década de 1920, por solicitud de la Facultad de Medicina y Cirugía, la cooperación de la Fundación Rockefeller y la gestión de los presidentes Bertrand Barahona, Paz Barahona y Mejía Colindres, todos médicos de profesión.

Con la aprobación del Código Sanitario en 1910, se inició la elaboración y aprobación de su reglamentación (Reglamentos de barbería, profilaxis venérea, del tren de aseo, de cementerios, higiene y policía sanitaria y de salubridad, entre otras). Se promovió el funcionamiento del Consejo de la Salubridad Pública en 1914, tres años después sustituido por la Dirección General de la Salubridad Pública (DGSP). Ya con la creación de la DGSP y las reformas al Código Sanitario en 1917, se aprueba por primera la regionalización de la salud en cinco oficinas a nivel nacional. Lastimosamente para ese año y hasta 1922, el gobierno declaró escasez presupuestaria para su funcionamiento, y la atención de los problemas sanitarios.

Lo importante está en que el funcionamiento de la DGSP estuvo dirigido por médicos; sin embargo, estuvo marcada por la escasez presupuestaria, según lo expresaban las mismas autoridades de la Secretaría de Gobernación y Justicia, incluyendo el doctor Mejía Colindres su ministro. En 1922, se planteó reformar los impuestos y mejorar el presupuesto para la sanidad, sin embargo, se estaba en un escenario de dos guerras civiles, en 1919 y en 1924. Esto sin duda, provocó la reorientación de los fondos, la que parece fue superando luego de la crisis, al reformarse la Constitución de la República ese mismo año de 1924. Los cambios llevaron a que la Secretaría de Gobernación, Justicia, integrara el concepto de Sanidad, y con ello la intención de crear un instituto que velara por los problemas sociales, considerados por la administración del presidente Paz Barahona (1925-1929).

³² Esta interpretación de generación se define en la obra del filósofo Marías Julián, *El Método Histórico de las Generaciones*, Instituto de Humanidades, Madrid, 1949, 20-22.

³³ Barahona Marvin, *La Hegemonía de los Estados Unidos en Honduras (1907-1939)* ...

³⁴ Cueto Marcos y Palmer Steven, *Medicine and Public Health in Latin America: A History...*, 60

³⁵ Palmer Steven, “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central” ..., 80.

³⁶ Ver Dávila Miguel R., “Telegrama a Ernesto Argueta”, Palacio, Tegucigalpa, 4 de febrero de 1908; y *Revista de la Universidad*, Tomo I, Núm. 6, Tegucigalpa, 15 de junio de 1909, 767.

En este contexto sobrevivió hasta la DGSP hasta 1954, cuando se aprobó la creación la Secretaría de Estado de Salud y Asistencia Social, que inicio funciones en 1955. Esta, al parecer fue propuesta del mismo autor del Código Sanitario, el doctor Argueta Ayes, ya como parte de un contexto de reformas sociales que formalizaba el Estado de bienestar. Esta gestión en pro de la salud pública estuvo conectada a la legislación y discursos que promovía el desarrollo agroindustrial en Honduras, y la imagen del Estado moderno. Por ello, no es casualidad que encontremos una estrecha relación entre la *Ley Concesionaria* emitida en 1917 y la reformas a la *Ley de inmigración* en 1929. Todo ello fue para favorecer en gran parte la dinámica de la economía de plantaciones enfocada en la producción y exportación del banano, que demandaba condiciones de la salubridad en los espacios de comercialización. Esto justifica el por qué hubo mayor desarrollo en la infraestructura sanitaria y hospitalaria en el Caribe hondureño durante las décadas de 1910 y 1920.

Antes de 1910 solo se contaba con el funcionamiento del Hospital General en Tegucigalpa (1880), el Hospital del Norte (1902), y el Asilo u Hospital de Occidente, creado en 1905, y cerrado hasta 1913. Para mediados de la década de 1910, se inició la construcción de los hospitales en los espacios de las bananeras, y ya para los gobiernos dirigidos por los médicos Paz Barahona y Mejía Colindres, entre 1925 y 1933, se buscó ampliar la red hospitalaria más allá de la ciudad capital y el Caribe. Ejemplo de ello, fue la construcción del Asilo de Indigentes u Hospital San Felipe en 1926, el cual absorbió los enfermos del Hospital General por encontrarse este en mal estado. Y para inicios de la década de 1930, con aportes de médicos hondureños y estadounidense se construyeron establecimientos privados, como el Hospital Viera y La Policlínica en Tegucigalpa. Luego con fondos del gobierno se inició la construcción del Hospital Santa Teresa en Comayagua, y del Hospital de Choluteca en la región sur de Honduras. También se atendieron mejoras en el Hospital del Norte en San Pedro Sula, y el Hospital de Occidente en Santa Rosa de Copán.

Entre otras obras, se atendió la ingeniería sanitaria. Desde 1915, se logró promover la creación de Juntas de Fomento, iniciativa planteada por el doctor Ernesto Argueta Ayes, y aprobada por el presidente Bertrand Barahona. De principio en el departamento de Olancho, luego se proliferaron en todo el país, a tal grado que para 1930-1931 se registraba un total de cincuenta y cuatro juntas a nivel nacional.³⁷ Su papel fue de gestionar obras para el abastecimiento de agua potable, construcción de acueductos, carreteras, rellenos, cementerios y mercados, al igual que la instalación alumbrado público, el servicio de tren de aseo, entre otros.

Cabe mencionar que, en el Caribe hondureño, las Juntas de Fomento funcionaban con fondos nacionales y con préstamos de las compañías bananeras. Y entre 1922 a 1929, en varias ciudades del país se vieron acompañadas por la cooperación de la Fundación Rockefeller. Esta Fundación también recomendó la importancia de los laboratorios en los hospitales para la atención de la uncinariasis y el paludismo en las principales ciudades y puertos, y en particular, en la ciudad capital, ya que según un primer diagnóstico se declara que, en Honduras se estaba ante un Estado de calamidad, por la proliferación de estas enfermedades, la falta de agua potable y el tratamiento de aguas residuales, como principal causa, y para su atención, el Estado hondureño debía cooperar con aproximadamente treinta y siete mil dólares.³⁸ Debido al escenario de conflictos políticos entre 1923 y 1924, las recomendaciones de la Fundación Rockefeller fueron atendidas hasta el gobierno de Miguel Paz Barahona (1925-1929).

Según los informes de gobierno y de la Fundación Rockefeller, el presidente Paz Barahona recibió un Estado en condiciones “insanitarias”. Esto, como ya se ha citado, se debió en gran parte, por las secuelas de un quinquenio de conflictos políticos y guerras civiles suscitados entre 1919 a 1924, y por condicionar el presupuesto nacional hacia el ramo de la guerra. El gobernante atendió no solo las recomendaciones de la Fundación Rockefeller, sino también lo dispuesto en el Código Sanitario Panamericano aprobado ese mismo año de 1924. Su gobierno se comprometió con lo iniciado desde el gobierno de Dávila, con la diferencia que ya se estaba en un escenario de compromisos del panamericanismo. Este demandaba salubridad en los espacios estratégicos de la agroindustria y la exportación, particularmente donde había inversiones de la Unidad Fruit Company y sus subsidiarias, la Cuyamel Fruit Company y la Standard Fruit Company.

Ya para mediados de la década de 1920, Honduras consolidaba su espacio de conexión transnacional, al convertirse en estos años en el país de mayor explotación del banano a nivel mundial. Ante este contexto, no fue casualidad la presencia de la Fundación Rockefeller. Esta estaba interesada en acompañar la salud nacional, y en atender el estado de insalubridad, por el riesgo de ser invadidos por la epidemia de la fiebre amarilla, y por proliferarse los problemas de enfermedades intestinales a la falta de agua potable, y de educación en la salud pública. Tal situación refleja que las

³⁷ Medina Raudales Rafel, secretario de Fomento, Agricultura y Trabajo, “Memoria presentada al Congreso Nacional, 1930-1931, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1931, 33-35 y 40-49; y Argueta Ernesto, “Memoria del secretario de Estado en los Despachos de Gobernación, Justicia y Sanidad presentada al Congreso Presentada al Congreso nacional, 1930-1931”, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1932.

³⁸ The Rockefeller Foundation, “The Rockefeller Foundation Annual Report”, New York, 1925, 131-133.

principales ciudades del sur de Honduras, y la misma ciudad capital, entre 1923 y 1925, se encontraba entre un ochenta y cinco a un noventa y dos por ciento de su población infectada por parásitos.³⁹ Por tal motivo se realizó una encuesta sanitaria en las oficinas de gobierno, barracas militares, escuelas y otras instituciones públicas. Esta encuesta dio como resultado la recomendación de redactar un nuevo código sanitario, y de inmediato se acompañó en la construcción de un edificio para la DGSP, la creación de clínicas para la atención de enfermedades venéreas, la higiene materna e infantil y enfermedades tropicales, y un programa de control de la prostitución.

Además, se consideró desarrollar una Campaña anti larval para la prevención del paludismo, se promovió las medidas preventivas en contra de la fiebre amarilla, se organizó un Departamento de Ingeniería Sanitaria, y otro para la Policía Sanitaria. Por todo este esfuerzo se consideró que se estaba en un momento de la “Sanidad Pública Moderna”. Así lo expuso el doctor Marcus H. Flinter, jefe del partido de campo de la División de Salud y Saneamiento, del Instituto de Asuntos Interamericanos en Honduras en 1949,⁴⁰ ya al inicio del gobierno de Juan Manuel Gálvez (1949-1954). Expresiones que fueron confirmadas por las mismas autoridades del gobierno y de la salubridad pública en su momento.

Todo este esfuerzo por encaminar la salud pública en Honduras también contribuyó a beneficiar por primera vez a la población identificada como obrera. Desde que se elaboró y aprobó el Código Sanitario en 1910, su autor, el doctor Ernesto Argueta Ayes y los diputados del Congreso Nacional, pensaron en que toda población trabajadora y ocupada en las actividades agroindustriales y artesanales se le ofreciera atención médica y las condiciones de salubridad. Este instrumento dejó establecido que se regulara el hacinamiento laboral, que se atendiera los accidentes de trabajo, al igual que la duración de los trabajos en las fábricas no excediera de ocho horas, con una hora para su comida. Además, se manifestó que se debía restringir las horas de trabajo en las fábricas, o aumentarlas, según el género de trabajo de los obreros; y cuando el número de operarios exceda de doscientos, se debía contratar a un médico para los casos de accidentes.⁴¹

Estos beneficios a favor de la población trabajadora fueron considerados en la reglamentación sanitaria aprobada durante la década de 1910.⁴² Ahí se estable el derecho laboral y social para los obreros, las mujeres (derecho a la salud y la maternidad) y niños menores de 12 años, con la pretensión de contribuir a un Estado de bienestar que reconoce los derechos laborales y sociales. Esta legislación fue discutida y ratificada por los gobiernos centroamericanos en la Convención para unificar las Leyes Protectoras de Obreros y Trabajadores, celebrada en Washington en febrero de 1923.⁴³ Sin embargo, en Honduras se logró hasta la aprobación del Código de Trabajo en 1957, y la Ley de Seguridad Social en 1959, ya como parte de un proyecto de reformas sociales y del Estado de bienestar.

A pesar de esta reacción tardía, debe reconocerse el aporte de esta segunda generación de médicos del Estado Liberal, en colaborar a incluir a los obreros, y a las mujeres en toda una propuesta sobre lo que pudo ser la política de la salud y el Estado de bienestar. Acción que debe considerarse como un gran aporte a la salud moderna, y la relación entre salud, capital y trabajo. Aunque debe mencionarse que este fue un proyecto por un lado inclusivo, y por otro, también exclusivo. Ya que se aprobaron leyes que contribuyeron a la discriminación de ciertas poblaciones obreras, consideradas como un peligro para la imagen de la nación, entre ellos a los negros antillanos, chinos, colies, y aquellos que padecían de enfermedades contagiosas, incluyendo a las mujeres que ejercían la prostitución.⁴⁴

Lo expuesto solo es una muestra de lo que se gestó durante un primer momento de vínculos entre la salud nacional y transnacional, en el mejor momento del Estado liberal. Ya durante la presidencia de Tiburcio Carías Andino (1933-1949) el escenario fue otro. En su primer año de gobierno, su vicepresidente y también ministro de Gobernación, Justicia y Sanidad, Abraham William; manifestó que, se recibía de la administración de Mejía Colindres un atraso en el

³⁹ Bruce Wilson D., “For The Rockefeller Foundation”, 6 de febrero de 1923; y 13 de abril de 1923, Carrete 30, 815,12/2, Archivo del Departamento de Estado, EE. UU.

⁴⁰ Ver *Boletín del Congreso Nacional*, “Septuagésima sesión ordinaria del Congreso Nacional, Comayagua, 29 de marzo de 1922”, BCN, Serie IV, No. 36, Tegucigalpa 2 de diciembre de 1922, 2-3. En CDCH – UNAH, Tegucigalpa. También, Wilson. D. Bruce, médico de la Fundación Rockefeller “Informe sobre resultados de exámenes de diferentes parásitos”, 13 de abril de 1922, Carrete 30, 815,12; “La Salud Pública en este puerto”, Puerto Cortés, 19 de mayo de 1922, Carrete 30:815,12/1, en Archivo del Departamento de Estado, EE.UU.; Paz Barahona Miguel y Casco José María, Secretario de Estado en el Despacho de Gobernación, Justicia y Sanidad, Presidencia de la República, “Acuerdo Núm. 2592, Reglamento de Policía”, Tegucigalpa, 21 de julio de 1926; y Presidente Constitucional de la República, “Acuerdo Núm. 2595, Reglamento”, Tegucigalpa, 21 de julio de 1926, en Archivo Privado de Evelio Inestroza, Municipio de Jesús de Otoro, Departamento de Intibucá, Honduras. También en Casco José María, secretario de estado de Gobernación, Justicia y Sanidad, “Memoria presentada al Congreso Nacional, 1925-1926”, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, enero de 1927, 20-21; y Flinter Marcus H., Tegucigalpa, 27 de enero de 1949, 815.12/1-1049, Rollo 3, 119, Archivo del Departamento de Estado, EE. UU.

⁴¹ Congreso Nacional, “Decreto número 104, Código de Sanidad”, Imprenta Calderón, Tegucigalpa, 1912, 18-19. En Biblioteca Latinoamericana (LAL), University Tulane, New Orleans, USA.

⁴² Ver “Decreto Número 104. Código Sanitario de la República de Honduras”, Imprenta Calderón, Tegucigalpa, 1912; y DGSP, “Reglamento de higiene y Policía Sanitaria para la capital, puertos principales y centros de población superior de cinco mil habitantes de 1920”, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1920.

⁴³ Congreso Nacional, “Decreto Núm. 98”, en *Decretos del Congreso Nacional Legislativo 1925*, Tipografía Nacional, Tegucigalpa, 1925, 130-131.

⁴⁴ Sobre esta discriminación racial y de enfermedades contagiosas se puede consultar en Martínez Yesenia, “El Caribe hondureño y su negritud ¿Una amenaza para los obreros, o un peligro para la nación?”, inédito, Santa Lucía, abril 2021.

tema sanitario.⁴⁵ Esta opinión debe entenderse en el marco de los diversos obstáculos que enfrentó Mejía Colindres, luego de la crisis económica mundial de 1929, y de los conflictos armados previo a la campaña presidencial de 1932. A pesar de ello, como ya se expuso, hubo avances en la infraestructura hospitalaria, y a él se le debe reconocer la apertura y el apoyo para que se organizara la Asociación Médica Hondureña, órgano que también facilitó la creación de la *Revista Médica Hondureña*, como un espacio de divulgación del conocimiento científico, entre otras obras.

Pero volviendo a la crítica del ministro William habrá que preguntarse ¿que hizo Carías Andino durante dieciséis años de su gobierno en el tema de la salud? De principio se puede decir que no continuó con el proyecto iniciado desde 1910, y menos su relación con los médicos nacionales. A ellos les declaró la persecución y el exilio. Esto dice mucho del comportamiento del Estado, al desarticular a todo un colectivo responsable de la salud, y viendo los asuntos de los derechos laborales y sociales como una amenaza, dando prioridad a perseguir a todo aquel que estaba en contra de su continuidad en el poder.⁴⁶

Según el embajador de EE. UU. John D. Erwin, para los años de Carías, Honduras era maravillosa porque “no había terremotos, volcanes, sindicatos, ni legislación sobre sueldos o seguridad social”.⁴⁷ Erwin se refería a que si no había reclamo por los derechos laborales y sociales, no había un escenario de conflicto. Y es que ni la seguridad social ni la salud eran prioridad en la agenda caríista. Para 1945, el mismo ministro Abraham William informaba al Congreso Nacional que poco se había hecho por la salud de la población,⁴⁸ por parte de un esfuerzo nacional. Sin embargo, como parte de los compromisos con la sanidad internacional, desde 1942 se avanzaba en el “Programa de Salud y Sanidad”, según acuerdo firmado en la Tercera Reunión de ministros de Relaciones Exteriores, celebrada en Rio de Janeiro, en Brasil, como una extensión de la política sanitaria del Pan Americanismo.⁴⁹

Bajo este compromiso, el gobierno de Carías Andino firmó un convenio de cooperación con el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) destinado a proyectos de salud y sanidad, mismos que debían ejecutarse entre los años de 1942 a 1944.⁵⁰ Para su desarrollo se hizo un desembolso monetario de ochocientos mil dólares por parte de la SCISP, y una contraparte del gobierno de Honduras por trescientos mil dólares, haciendo un total de mil cien dólares que debían ejecutarse en estos años. Sin embargo, el convenio se prorrogó a 1947, luego a junio de 1949, ya en el gobierno de Juan Manuel Gálvez (1949-1954).

Con los fondos aprobados se avanzó en la construcción de centros hospitalarios en Tegucigalpa y Choluteca, uno de ellos fue el Centro de Sanidad de Tuberculosis y el Hospital del Sur en la ciudad de Choluteca. Cabe mencionar que la primera iniciativa de construir un hospital para atender la tuberculosis se dio durante el gobierno de Francisco Bertrand a inicios de la década de 1910; propuesta que fue continuada durante el gobierno del doctor Paz Barahona (1925 a 1929).

E igual sucedió con el Hospital de Choluteca, fue también idea del gobierno de Paz Barahona, con la intención que se hiciera como una fiel copia del Hospital D'Antoni. En este último caso vale mencionar que este hospital fue donado por la familia D'Antoni, y administrado por la Standard Fruit Company desde 1924, y a petición de la familia donante se solicitó que se traspasara a la corporación municipal, y al gobierno de Honduras, sin embargo, los representantes de la Standard se negaron. Esto sucedió en 1935, en los primeros años de gobierno de Carías Andino.⁵¹

Toda esta intención de avanzar en la infraestructura hospitalaria nacional y transnacional, estuvo conectada en el contexto y demanda de la inversión del banano, retomada con la cooperación de la SCISP entre 1942 a 1949. Igual ocurrió con las obras que atendían las Juntas de Fomento, y las recomendaciones de la Fundación Rockefeller. Tales como la mejora y acceso del servicio de agua potable a nivel nacional, y por primera vez el Estado se interesaba en los pueblos y comunidades de lo que hoy es el departamento de Gracias a Dios. También se incluyó como prioridad

⁴⁵ William Abraham, “Memoria de los actos desarrollados por la Secretaría de Estado en los Departamentos de Gobernación, Justicia, Sanidad y Beneficencia durante el ejercicio fiscal de 1932 a 1933 presentada a la Asamblea Nacional Legislativa por el secretario del Ramo”, Talleres Tipográficos Nacionales, Tegucigalpa, 1933.

⁴⁶ Martínez García Yesenia, *La Seguridad Social en Honduras: actores sociopolíticos, institucionalidad y raíces históricas de su crisis*, Editorial Guaymuras, Tegucigalpa, 77-120.

⁴⁷ Despacho de Erwin al Departamento de Estado, 815.00/2-1847, citado en Thomas Leonard, *The U.S. and Central America, 1944-1954: Perceptions of Political Dynamics*, University of Alabama Press, Birmingham, 1984, 109. También en el despacho No.1581, Erwin John D., “al Departamento de Estado (08/01/45)”, grupo de registro 84, Confidential U.S. Diplomatic Post Records, Honduras: 1930-45, carrete de microfilm No. 1. En Archivo del Departamento de Estado, EE. UU.

⁴⁸ Williams Abraham, “Informe de los actos realizados por el Poder Ejecutivo en los ramos de Gobernación, justicia, Sanidad y Beneficencia”, Tegucigalpa, diciembre de 1945.

⁴⁹ Erwin John, American Embassy Tegucigalpa “Health and Sanitation Program the Institute of Inter-American Affairs Honduras, R.2, F876-878. Archivo del Departamento de Estado, EE. UU.

⁵⁰ Erwin John, American Embassy Tegucigalpa “Health and Sanitation Program the Institute of Inter-American Affairs Honduras, R.2, F876-878. Archivo del Departamento de Estado, EE. UU.

⁵¹ Standard Fruit Company, “correspondencia entre John Miceli, M. C. Yarbrough, y C. D'Antoni, New Orleans y La Ceiba, Box 8, 653, 1935, October – December, folder 7. En Tulane University, New Orleans, EE. UU.

el tratamiento de enfermedades endémicas y epidémicas, entre ellas: la tuberculosis, la malaria y las causadas por parásitos intestinales. Cabe mencionar que estas enfermedades fueron las que más afectaron la población hondureña, y las principales causas de fallecimiento en toda la primera mitad del siglo XX, en parte provocadas por el hacinamiento y la falta de servicio de agua potable y el mal manejo de desechos residuales.

Entre otros problemas tratados por la SCISP estuvo la salud infantil, la capacitación de enfermeras y profesionales de la medicina, prioridad en la agenda del panamericanismo. Con la diferencia que para los años de 1942 a 1948 se dio sin la participación de la generación de médicos de la década de 1910 y 1920, ya que al gobernante le interesaba que sus autoridades sanitarias tuvieran afinidad política. Así lo expresó el doctor Marcus H. Flinter, jefe del partido de campo de la División de Salud y Saneamiento en representación de SCISP en Honduras, y encargado de ejecutar el programa “Salud y Sanidad”. Según Flinter, el comportamiento del director general de la Salud Pública era un “inútil y no cooperativo” con los acuerdos firmados, por ser este un hombre con un nombramiento puramente político no tenía la más remota idea de un programa de salud pública.⁵²

A pesar de estas inconsistencias, el convenio de cooperación se prolongó un año más durante el gobierno de Gálvez (1949-1954). Así se manifiesta en varios documentos intercambiados por Julio Lozano Díaz, viceministro de gobierno y ministro de Gobernación, Justicia, Sanidad y Beneficencia, con el doctor Marcus H. Flinter. Para Lozano Díaz, el reafirmar el compromiso del gobierno se trataba de dar continuidad a un programa que promovía “la salud del pueblo”.⁵³ Y se demostró al ofrecer otro aporte de trescientos setenta y nueve mil dólares, y una contraparte de cien mil dólares por parte del SCISP. A este monto se suma otros doscientos catorce mil ochocientos lempiras para la administración y funcionamiento del Sanatorio Nacional de Tuberculosis, hoy conocido como el hospital del Tórax.

Así funcionó la salud entre 1942 a 1949, con fondos de cooperación, y administrados en gran parte por una cuenta bancaria de la SCISP y la Dirección de Salubridad Pública. Ya en último año del convenio, se consideró la colaboración de la Facultad de Medicina y Cirugía, y se organizó un comité de sanidad de la Asociación Médica Hondureña para que se incorporara a la administración y ejecución del programa. Por tal consideración, a este gobernante se le debe reconocer su interés por reestablecer los vínculos entre el Estado y los médicos, relación abandonada por el gobierno de Carías Andino.

El presidente Gálvez también declaró se nombraría una comisión para elaborar un diagnóstico de los problemas sociales referentes a la salud y la educación. Este compromiso se cumplió, y se agendó en la gestión de los gobiernos militares y de Ramón Villeda Morales entre 1957 a 1963. Por este interés, se transita a otro momento de reformas sociales, ya con la idea de promover un Estado de Bienestar. Iniciativa propuesta desde que se aprobara el Código Sanitario en 1910.

SALUD, ESTADO DE BIENESTAR Y EL IMAGINARIO DE UN SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL, 1949 AL 2038

Gran parte del proyecto gestionado entre los años de 1907 a 1932 en cuanto al imaginario de la salud pública moderna, y el otorgamiento de los derechos sociales y laborales para los obreros, fue continuado por los gobiernos de Juan Manuel Gálvez a Ramón Villeda Morales, entre 1949 a 1963. Se trata de otro momento o coyuntura en pro de la política social.⁵⁴ En este tiempo se planificó una legislación a favor de reformas sociales que incluía la salud y la educación, se aprobó el Código del Trabajo, la legislación y creación de la Seguridad Social y la atención a los accidentes de trabajo. Se consideró al niño en todo el proceso, desde antes de su nacimiento hasta que se convirtiera en hombre y mujer, incluyendo la protección integral mediante una planificación adecuada.⁵⁵ Por lo que no fue casualidad que también se buscara proteger a las mujeres, en lo que compete a riesgos y la maternidad, la protección en caso de muerte, hospitalización, invalidéz, desocupación, enfermedades, vejez, prevención y rehabilitación.⁵⁶

Durante estos años, se contribuyó a encaminar el Estado de bienestar en Honduras como parte de un mismo

⁵² American Embassy Tegucigalpa, “Honduran Government Suggests Changes in arrangements with Institute of Inter-American Affairs, 815.12/1-1049, R. 3, 112.115. Archivo del Departamento de Estado EE.UU.

⁵³ Bursley Herbert S., American Embassy Tegucigalpa, “Letter from Vicepresidente of Honduras, Julio Lozano and Dr. Marcus H. Flinter, Chief of Party, health and Sanitation Division, Institute of Inter-American Affairs”, Tegucigalpa, 6-27 de enero de 1949, 815.12/1-1049, Rollo 3, 116-121. Archivo del Departamento de Estado EE.UU.

⁵⁴ Ver Martínez García Yesenia, *La Seguridad Social en Honduras...*

⁵⁵ *El Pueblo*, Año V, Tegucigalpa, 19 de enero de 1954, 1.

⁵⁶ Revista Tegucigalpa, “Seguridad social”, Tegucigalpa, 15 de octubre 1950, 2

escenario de los proyectos latinoamericanos. Para ello se tuvo que hacer una reforma estructural a su institucionalidad, que consistió en cambiar la Dirección General de Salubridad Pública creada desde 1917, a Dirección General de Salud Pública, oficina que junto a la Dirección de Brigadas Sanitarias se dedicaron a promover campañas para erradicar la malaria y la tuberculosis, el servicio de radiografías y el tratamiento ambulatorio.

El momento fue oportuno para crear la Dirección de Asistencia Social con el objetivo de vigilar las condiciones de trabajo de las mujeres y de los menores, así como las condiciones higiénicas de la empresa privada.⁵⁷ Esta decisión condujo a la creación de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social entre 1954 y 1955. Luego de la huelga obrera en 1954, y por presiones de los obreros, el Estado se compromete a que funcione la institucionalidad de asistencia social y, sobre todo, de acceso a la salud pública a nivel nacional, y se emita la legislación de la seguridad social.⁵⁸

Todo este escenario favorable para la salud fue el resultado de diversos sectores, entre ellos, los obreros, intelectuales y políticos, como el doctor Villeda Morales del Partido Liberal, y al abogado Ernesto Cruz del Partido Nacional, ambos lograron ser presidentes de la república, el primero entre 1957 a 1963, y el segundo en 1972, y ambos fueron derrocados por golpes de Estado. Esto es curioso porque fue en un gobierno compuesto por militares que dio golpe de Estado en 1956, cuando se asumió el compromiso de reformar la constitución a favor de la salud y los derechos laborales.

Este escenario presenta tanto diferencias como similitudes, entre contextos democráticos, continuismos y golpes de Estado. Para el caso, Villeda Morales quien ejecutó la legislación aprobada por el gobierno Militar, logrando ejecutar no solo el *Código de Trabajo*, sino también la seguridad social, y además aprobó un “Plan Nacional de Salud”.⁵⁹ Este plan estuvo bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y con asesoría y cooperación de la Oficina Panamericana Sanitaria (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la SCISP. Tuvo como objetivo atender la infraestructura y cobertura a la problemática de la salud a nivel nacional, ampliar los servicios básicos de salud integrando un programa más amplio sobre los Servicios Rurales de Salud Pública; también se gestionó la construcción de una red de centros de salud y clínicas de materno infantil, entre ellos, el Hospital Materno Infantil de Tegucigalpa, financiado en gran parte con fondos del Patronato Nacional de la Infancia (fondo creado desde 1880, por el gobierno de Marco Aurelio Soto).

Este esfuerzo del presidente Villeda Morales no contó con los fondos necesarios, apenas se destinó un 7.7% del presupuesto nacional (7.4 millones de lempiras), por lo que tuvo que solicitar apoyo financiero a la Organización Mundial de la Salud (OMS), y a la UNICEF. Por tal motivo, fue difícil que su gobierno lograra encaminar con lo que exigía un Estado de bienestar. Según John Coatsworth, esto se da cuando se buscan los avances no solo en la productividad industrial, sino en logros concretos como la nutrición, y, por tanto, la esperanza de vida, que encaminen al completo bienestar físico, sobre todo como consecuencia de un masivo aumento tanto del gasto público como de la regulación estatal...⁶⁰

Este factor del presupuesto desde los inicios de la Reforma Liberal continuaba siendo uno de los obstáculos para la atención de la salud. Un problema no solo de una agenda de gobierno sino de Estado. Por tal motivo no se logró la cobertura esperada al crear el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), que inició su funcionamiento en 1962. Este enfrentó a varios y profundos desafíos desde su creación. No solo de la cobertura integrada a la economía formal, sino también al poco interés del Estado por establecer un renglón presupuestario. Lo mismo le paso a la institucionalidad de la salud.⁶¹ Esta situación quedó al descubierto luego de un saqueo millonario en la administración presidencial del 2010 al 2014, al socavar a una débil institución que no pasó de dar cobertura a la población trabajadora, y mucho menos alcanzar la universalización. Ya para el contexto de esta crisis, la población asegurada apenas beneficiaba a un 19.17% de la población nacional, lo que significaba un total de 1,636,481 asegurados.⁶²

Esta cobertura fue poco superada luego del saqueo, y menos en esta crisis sanitaria que invade a Honduras ante un escenario de reformas promovidas por el Estado neoliberal, interesado en el achicamiento de la burocracia estatal, y la reducción presupuestaria para la política social. Fue heredado también de las secuelas de un contexto poco favorable

⁵⁷ Ver Informe del Presupuesto General de Egresos e Ingresos ejercicio fiscal 1955-56, Aristón, Tegucigalpa, 1956, 5; y Guevara Mariano P., “Memoria de las labores de la Secretaría de Estado en el Despacho de Trabajo, Asistencia Social y Clase Media, Correspondiente al Segundo Semestre del año económico de 1954-1955, Editorial Nacional, Tegucigalpa, 1955.

⁵⁸ Ver *Revista Trabajo*, Año I, No. 1, Tegucigalpa, 1 de marzo de 1958, 6; y *El Sindicalista*, “Ley del Seguro Social lista a entrar en vigor”, Año 3, No. 52, Tegucigalpa, 31 de diciembre de 1957, 1.

⁵⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, “Plan Nacional de Salud Pública, 1958-1963”, Tegucigalpa, 1958.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ Valverde Favio, *Evaluación Actuarial IVM del Instituto Hondureño de Seguridad Social y estimación de costos de la reforma*, Fundación Friedrich Ebert, San José, 2000

⁶² IHSS, “Población adscrita vigente al IHSS, por Régimen y Ciudad”, Tegucigalpa, diciembre 2013.

para la sociedad hondureña luego de la crisis en cuanto a los derechos humanos por conflictos propios del sistema ideológico mundial, a causa de los conflictos heredados por la Guerra Fría, y únicamente se promovió programas y la institucionalidad para la previsión social.⁶³

Para mediados de la década de 1980 a un futuro cercano programado al 2038, lo que observamos es un “Estado de compromisos”, demandado en gran parte por los programas de ajustes estructural y económicos, y de una fuerte campaña por la reducción de la pobreza integrada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Lo anterior está vinculado a un programa de las Naciones Unidas, con lo cual se busca implementar programas de la salud que complementen un proyecto más amplio de la protección social, donde se incluye además de la cobertura universal de la salud y el bienestar social. También interesa la oportunidad de empleo, y la reducción de la brecha de las desigualdades y los riesgos.

Ya en este escenario del neoliberalismo, el papel del gremio médico en los problemas de la salud ha sido totalmente diferente a lo que sucedió en el contexto del primer centenario de Independencia. Si bien, el Estado ha tenido la intención de integrarlos en cargos burocráticos y en comisiones de la salud, no se ha sabido valorar el aporte científico y político que este colectivo pueda ofrecer. Tampoco se les ha atendido las recomendaciones sugeridas en como administrar la salud pública, mucho menos el Estado se ha interesado en subsanar la deuda histórica de la necesidad de recursos humanos y presupuestarios que se necesita para que funcione un verdadero sistema nacional de salud. En gran parte, este problema está sin resolver por la falta de transparencia, y por ver en la institucionalidad de la salud como un espacio del activismo político.

Para mediados de la década 1980 el Colegio Médico de Honduras (CMH) ya veía venir este comportamiento. Para entonces, este órgano presentó un “Análisis sobre la política Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública, con problemas nacionales”.⁶⁴ En dicho documento se manifestó que se debía exigir la democratización a la salud, la contemplación de los programas materno – infantil, atender lo relacionado a nutrición, enfermedades diarreicas, infección respiratoria, agua, saneamiento y control de malaria. E igual se demandaba la atención a los programas de la salud mental, el alcoholismo, la farmacodependencia, con prioridad en los niños maltratados. Además, se manifestó la necesidad de una estrategia para atender un reordenamiento de los recursos y el deterioro de los edificios de la salud. Esta petición no era posible sin el incremento al presupuesto, la participación comunitaria y el cumplimiento por parte del Estado. Por ello se planteó la necesidad de acudir a la ayuda internacional, pero si se trataba de recibir fondos para beneficio del sector salud, este no debía basarse a empréstitos, sino en cooperación.

Esta propuesta no tuvo eco ante lo que se avecinaba: el inicio de un proceso de reformas y ajustes a la burocracia estatal promovida por la agenda del neoliberalismo y las intenciones de ver la problemática de la salud reducida a la atención hospitalaria y el gasto público. Se les dejó a los organismos de crédito internacional, para que se encargaran de revisar los problemas de la política social, entre ellas, la salud pública.⁶⁵ De ahí que surge una diversidad de propuestas, planes y normativas, que van desde inicios de la década de 1990, con la intención de cumplirlas en el 2021, pero aún hay pendientes al 2038.

Ejemplo de ello fue el informe que presentó Adolfo Rodríguez, economista y consultor de la CEPAL, sobre la situación en que se encontraba la salud en Honduras entre los años de 1990 al 2004.⁶⁶ En este documento se presentó una radiografía de las carencias de infraestructura hospitalaria, de recursos humanos y financieros, del abastecimiento de agua, este último apenas cubría un 28% a nivel nacional, y un gran porcentaje de la población indígena y negra no tenían acceso a los servicios básicos como la salud. Ahí se dejó constancia de un alto porcentaje de enfermedades que padecía la población y que eran transmitidas por vectores, problemas de malaria y casos de dengue, enfermedades nutricionales e infecciosas, causadas por las condiciones de pobreza y las pésimas condiciones de salubridad. Y, por si fuera poco, se reportó que una de las principales enfermedades que causaba fallecimiento era la violencia social (homicidios, suicidios, accidentes de tránsito, agresión a mujeres). Sumado a ello, estaba un problema grave en el número y atención de partos hospitalarios y la falta de un registro único que le permitir identificar las consultas.⁶⁷

⁶³ Martínez Yesenia, *Pobreza, seguridad social y desarrollo humano en Honduras*, PNUD, Tegucigalpa, 2003.

⁶⁴ *Revista Médica Hondureña*, “Análisis sobre la política nacional de salud del ministerio de salud pública”, Vol. 54, Tegucigalpa, 1986, 305-307.

⁶⁵ Ver Kay Stephen J. y Sinha Tapen, *Lessons from pension reform in the Americas*, Oxford University Press, New York, 2008; Singh Gill Indermit, et al., *Keeping the promise of social security in Latin America*, Stamford University, Washington, 2005, y Rodríguez Olvin, *Propuesta para superar la crisis actual de la seguridad social en Honduras*, Editorial Universitaria, Tegucigalpa, 1990.

⁶⁶ Rodríguez Herrera Adolfo, “La reforma de salud en Honduras”, *Revista de la CEPAL- SERIE Financiamiento el desarrollo*, no. 174, 2006, 1-60.

⁶⁷ Rodríguez Herrera Adolfo, “La reforma de salud en Honduras” ... 11-13.

Esta situación marcó la transición de un siglo a otro, entre las últimas dos décadas del siglo XX y las primeras dos décadas del siglo XXI, ya como una crisis sanitaria prolongada, y marcada por episodios diversos y coyunturales, como los estragos provocados por huracanes, y una crisis política desembocada en golpes de Estado y fraudes electorales. A pesar de ello, los gobiernos han intentado ejecutar diversos planes y programas para la atención universal de la salud en las poblaciones, a tal grado que se ha querido encaminar un proyecto de protección social en un futuro cercano, sin embargo, esto es una utopía, al ser estos planes de gobierno y no de Estado.

Desde el gobierno de Rafael Leonardo Callejas (1990-1994) se elaboró un “Plan de Salud” sin éxito, en parte porque ya se buscaba privatizar los servicios públicos y sociales, y luego por los estragos del Huracán Mitch en 1998. Sin embargo, la propuesta fue incluida como parte del programa para la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) en el año 2001, según demandaban los ODM. Este programa de la ERP contemplaba el acceso al agua y saneamiento en todas las poblaciones rurales, la atención de la desnutrición y mortalidad infantil y materna, programas de atención al VIH-Sida, sarampión, la universalización de la educación escolar, y la atención de otras enfermedades.⁶⁸

Ya iniciando el siglo XXI, durante la administración del presidente Ricardo Maduro (2002-2006) se pasó del llamado “Plan de Salud” al “Plan Nacional de Salud al 2021”, conectado a las metas que Honduras debía cumplir según la agenda de los ODM y la ERP. Para su ejecución se contó con el apoyo de agencias de cooperación como el BID, BM y USAID, y se pretendía avanzar con un enfoque sectorial en Salud, consultando la situación de la problemática a diversos sectores, tales como: sociedad civil, los gremios, la cooperación externa y el gobierno, acompañado de mesas sectoriales, el Consejo Consultivo de la ERP, la Junta Directiva del IHSS, el Consejo Nacional de Salud, y un equipo consultivo creado por la Secretaría de Salud.

Este tampoco tuvo éxito, ya que el sistema de salud compuesto por el sector público y no público para entonces ya se encontraba fragmentado. A pesar de ello, se había planificado atender la asistencia técnica, capacitación gerencial, y proyectos de inversiones. Viendo como prioridad la mejora en la eficiencia hospitalaria, la calidad de la atención, y la solvencia financiera, el dotar de recursos humanos y quirúrgicos a los hospitales, el manejo de los desechos, entre otros. Se consideró un “Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria”.⁶⁹

Esta iniciativa fue programada para contribuir a la construcción de una visión de país al 2021. Quizá se planificó para conmemorar el bicentenario de independencia, sin embargo, fue otro plan fallido. En este caso se debió a la falta de un equipo capaz de su coordinación, del poco interés por la inversión en infraestructura de la salud, de la falta de involucramiento del sector público y privado. A ello se suma la falta de transparencia, la cooptación de los recursos, y dejar la institucionalidad y los programas de la salud integrada al activismo político, manifestado aún más, después del Golpe de Estado en el 2009. Desde esta fecha, poco se ha avanzado en las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud, y menos en la atención de atender la salud a nivel sectorial, la extensión de la cobertura, y el traspasar responsabilidades a las Regiones Sanitarias, incluida la programación y ejecución del presupuesto asignado...⁷⁰

Hasta ahora, se continúa dependiendo de la salud internacional. Para el 2008, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró un balance de la problemática que enfrentaba el país en materia de salud pública. Los datos de este informe manifiestan que, desde los años de 1990 al 2006, hubo un trabajo conjunto entre la OPS, las autoridades de la Secretaría de Salud y del IHSS, lo que condujo a la propuesta de un documento titulado “Perfil del Sistema Nacional de Salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y Reforma”.⁷¹ Ahí se evidencia un panorama amplio sobre las enfermedades que más afectaban la población hondureña. Entre ellas se destacan las enfermedades respiratorias, digestivas, cáncer, cardiovasculares, y las de vigilancia epidemiológica (dengue, tuberculosos y VIH/SIDA; también registra lesiones por causa de violencia, y fallecimientos en el parto y posparto. Además, se revela la situación epidemiológica y la presencia de enfermedades transmisibles o infectocontagiosas, relacionadas con las condiciones de acceso al agua y al saneamiento básico...⁷² Y de nuevo se revela lo planteado por el Colegio Médico en 1985, y el informe de la CEPAL en el 2004, que se sigue en deuda con la infraestructura hospitalaria, la falta de atención de los pacientes en los centros hospitalarios, y la falta de recursos humanos en las zonas rurales.

⁶⁸ Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, “Plan Nacional de Salud, 2021”, Tegucigalpa, diciembre 2005, 9.

⁶⁹ Ver Rodríguez Herrera Adolfo, “La reforma de salud en Honduras” ..., 16-19, 47-48; y Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, “Plan Nacional de Salud 2021” ...

⁷⁰ OPS, “Perfil del Sistema Nacional de Salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y Reforma”, OPS, Washington, 2009.

⁷¹ OPS, “Perfil del Sistema Nacional de Salud Honduras...”

⁷² OPS, “Perfil del Sistema Nacional...”, 2.

Como vemos, en pleno 2021, tenemos el mismo panorama. A tal grado que hoy en día estamos ante un escenario de evaluaciones, propuestas y reformas que exige al Estado neoliberal, que demanda más legislación, sin presupuestos para ejecutar, y que prometen un futuro cercano de un “Plan de Nación y Visión de País, 2010-2038.”⁷³ Con una planificación constante, sin el financiamiento adecuado, sin ofrecer las condiciones sanitarias básicas, y la prestación de servicios de salud, sin una articulación entre el sector público y privado, y mucho menos con una inversión justa y transparente para la infraestructura de la salud. En este plan mesiánico se proyecta “una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistemas consolidados de previsión social”; en alcanzar una meta de un noventa y cinco por ciento de cobertura de salud en todos los niveles del sistema.

Según este Plan, al 2018, se habría logrado la cobertura de un noventa y tres por ciento de hogares rurales con agua potable, y un sesenta por ciento con acceso al servicio de alcantarillado sanitario. Además, se planteó el compromiso de reducir en un noventa por ciento la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves. De igual manera, se proyectó la mejora en la calidad de los servicios de salud de los ciudadanos, a tal grado, que se habría desarrollado una actitud de servicio en el personal médico, de enfermería, administrativo y operativo que presta servicios en los hospitales y centros de salud estatales.⁷⁴ Este mismo plan manifiesta que se necesita eliminar los problemas sociales que representan un verdadero riesgo para su población, entre ellos: la violencia, el escaso acceso a la salud y a la educación, así como la exclusión de las oportunidades políticas, sociales y económicas para la población joven, por lo que se debe desarrollar las capacidades y potencialidades de la niñez, la adolescencia y la juventud para que el país enfrente los principales retos del desarrollo en un contexto globalizado.

Todo esto es un imaginario con posibles resultados entre el 2021 al 2038. Esto planificado para transitar de un siglo a otro, para sobrevivir, con una problemática sin resolver por un “Estado de compromisos”, y un sistema de salud desvertebrado, con una fuerte dependencia de los organismos de crédito internacional, con la falta de responsabilidad en una élite política que ha liderado el Estado, y aunque intenta implementar una *Ley marco de políticas públicas en materia social*,⁷⁵ no se tiene los recursos, y no se integra al gremio médico y a otros sectores de la sociedad en su discusión.

La irresponsabilidad es tal, que se acude a Juntas Interventoras, que no han logrado convencer a una élite política, y lo único que les interesa es dejar la institucionalidad de la salud y la seguridad social desmantelada, donada al activismo político, saqueada, y en una crisis prolongada, y develado por la pandemia de la COVID 19. Tal como sucede con el problema de recursos humanos, hoy en día lo resuelven con el “Programa Código Verde Más”, coordinado desde la Presidencia de la República para el contrato del 19% del personal de salud.⁷⁶

En años recientes el FOSDEH presentó varias ideas sobre la estrategia para el combate de la pobreza en Honduras”. Esta organización consideró que se debía atender los problemas de la salud, reconociendo que el país requería de una inversión en servicios básicos y el equipamiento comunitario y en la infraestructura sanitaria.⁷⁷ Pareciera que a tal recomendación se hizo caso omiso, comportamiento que se develó para atender la pandemia de la COVID 19, donde prevalecieron intereses personales y políticos, el saqueo de fondos para la compra de hospitales.⁷⁸ Así se encuentra el escenario de la salud pública en el 2021, a doscientos años del bicentenario, y a un futuro cercano, el 2038.

⁷³ República de Honduras Visión de País 2010 – 2038 y Plan de Nación 2010- 2022, Horizonte de planificación para 7 periodos de gobierno, Tegucigalpa, enero, 2010.

⁷⁴ República de Honduras Visión de País 2010 – 2038...”, 32, 78 y 110.

⁷⁵ *La Gaceta*, “Ley marco de política públicas en materia social”, Tegucigalpa, 13 de junio de 1913, A1-A7.

⁷⁶ Ver Secretaría de Salud, “Mas de dos mil médicos de esta modalidad atienden en la emergencia del COVID-19”, 16 de mayo del 2020, consultado en <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/k2/item/1665-mas-de-dos-mil-medicos-de-esta-modalidad-atienden-en-la-emergencia-del-covid-19> y SEFIN, “Programa Código Verde Más”, marzo, 2021

⁷⁷ Perdomo Rodúlfo y Díaz Bourdett Mauricio, “Pobreza en Honduras. Hacia una nuevas Estrategia para la Reducción de la Pobreza”, FOSDEH, Tegucigalpa, 2014, 16. Consultado el 20 de noviembre en <http://www.fosdeh.com/wp-content/uploads/2017/02/Hacia-una-nueva-Estrategia-para-la-ERP.pdf>

⁷⁸ Espinal Carlos y Rodríguez Daniel, “Análisis comparativo de los procesos de comparas ejecutadas por INVEST-H y el Fideicomiso de Banco de Occidente, S.A en el marco de la emergencia por COVID-19, ASJ, Tegucigalpa, agosto 2020. Consultado en marzo del 2021 en https://asjhonduras.com/covid19/informe_comparativo_fideicomiso_bco_occ.html

CONCLUSIONES

Luego de un recorrido histórico sobre el comportamiento del Estado hondureño en la configuración de la salud pública como una política social, y de indagar sobre el proceso de gestación de su institucionalidad en diversos momentos y coyunturas, se concluye en lo siguiente.

La salud como problema de Estado se asume en el contexto de la Reforma Liberal, particularmente en los años que van de 1880 a 1932. En ese tiempo se dio la cristalización de instituciones que se hicieron responsables de la salud y las enfermedades de la población hondureña, como la Facultad de Medicina y Cirugía, el Consejo de Salubridad Pública y la Dirección General de Salubridad Pública. De principio, la Facultad de Medicina en conjunto con un Consejo de Instrucción Pública se responsabilizaron en formar a los profesionales de la medicina, y supervisar el funcionamiento del sistema educativo. Ahí surge la dualidad entre educación y salud como una forma de asumir las cuestiones sociales. Esta institucionalidad se consolida al crearse la Secretaría de Salud y Asistencia Social, y del Instituto Hondureño de Seguridad Social a mediados y fines de la década de 1950.

Esta institucionalidad surge al mismo tiempo que se construye un marco jurídico para la higiene, la vacunación, el control social y las epidemias; luego superada por la legislación sanitaria nacional, integrada a una reglamentación propia de un Estado moderno, aunque reformada en diversos momentos de la década de 1910 hasta la actualidad.

En todo el proceso que va de la formación del Estado nación, la salud no se ha atendido solo con interés del gremio de la medicina. De principio fueron autoridades locales, luego de un “cuerpo social”, integrado por las Juntas de Beneficencia Pública y de Caridad, de médicos, y de la policía. Entre los inicios del siglo XX a los inicios del siglo XXI, el Estado hondureño se ha visto acompañado por las instituciones de la salud y los organismos de crédito internacional. En los años que van entre 1902 a 1949, se conoce como el momento más importante del Estado liberal, y es el tiempo cuando se configuró la salud pública como una política social. Sin embargo, no todo fue favorable, una Facultad de Medicina y Cirugía cerrada, guerras civiles, epidemias y un escenario de represión y exilio, que afectó no solo al gremio de la medicina, sino también obstaculizó la ejecución de obras sanitarias, y la construcción de la infraestructura hospitalaria con alcance nacional. Por cierto, esta infraestructura hospitalaria pública y privada que se construyó en este tiempo es la misma que hoy sobrevive en pleno siglo XXI, con pocos avances para atender la cobertura a nivel nacional, y menos a las distintas enfermedades, y epidemias de la cual ha sido y es víctima la población hondureña.

En este recorrido histórico se deja entrever que cuando existe una estrecha relación entre el Estado y los médicos nacionales, se gestiona una legislación y obras a favor de la salud, y la atención de las principales enfermedades. Cuando existe este vínculo sin interés político, solo un interés en común a beneficio de la sociedad se construye o se avanza en un proyecto nacional, y no de una agenda de gobierno. Sin embargo, esto no se logra sin el presupuesto necesario, sin la voluntad de una élite política, y está comprometida con los problemas sociales, más que en los conflictos políticos.

Los mayores avances en la construcción de hospitales, de centros de salud y el deseo de un Estado de bienestar se lograron entre el siglo que va entre la década de 1880 a la década de 1980; sin embargo los últimos veinte años que van del siglo XX a los primeros años que van del siglo XXI, no solo se ha avanzado poco en la infraestructura hospitalaria y los establecimientos de la salud, sino que según los informes del gremio médico, de los organismos de créditos internacional y de organizaciones civiles, estos carecen de recursos humanos y financieros, de equipo, y de todo lo necesario para subsistir y atender una cobertura nacional.

También se ha dejado constancia que fue en la segunda etapa de la Reforma Liberal, hasta el final de la dictadura de Tiburcio Carías Andino, entre 1902 a 1949, cuando se tejió los vínculos e imaginarios de la salud nacional conectada a los imaginarios de la sanidad internacional. Esto sucedió en el contexto del boom bananero, y en el marco del discurso del panamericanismo de la salud, con el objetivo de asegurar los espacios de comercialización, con los pocos fondos nacionales, préstamos de las compañías bananeras, y la cooperación de las instituciones de la sanidad estadounidense.

Después de esta fecha a la actualidad, aunque se ha intentado construir un proyecto de reformas sociales propio de un Estado de bienestar, poco se ha logrado, tanto así, que, en el contexto del neoliberalismo desde inicios de la década de 1990, lo que ha sucedido es una serie de planes y programas que no es más que un “Estado de compromisos” por la salud. Esto solo ha heredado una crisis prolongada, que logró transitar de un siglo a otro, sin ofrecer los establecimientos

suficientes para atender la salud y las enfermedades, sin resolver las necesidades de agua potable como un elemento necesario para evitar la propagación de enfermedades; sin las obras de ingeniería sanitaria con las que se pretendió conmemorar el primer y segundo centenario de independencia.

Hoy sucumbe un sistema sanitario cargado de un abanico de leyes, y propuestas al 2021 y 2038, con la falta de presupuestos, expuesto a un escenario de corrupción y otros problemas que afectan la imagen de nación. Hoy, se tiene a un Estado y a una élite política sin voluntad, poco comprometida, y sin capacidad de integrar a los diversos actores: médicos, intelectuales, obreros, empresa privada, y otros, para acompañar y no dejar en la desesperanza, a una política social como es la de la salud. Estamos ante un horizonte incierto para atender los problemas de enfermedades, de la atención relacionada con violencia social, y los programas materno infantil, y mucho menos a sobrevivir a otro impacto de epidemias. En ello también incide una crisis política prolongada que ha desarticulado la coordinación de la salud pública en Honduras

BIBLIOGRAFÍA

Acuña Víctor Hugo, *Formación de los Estados Centroamericanos*, Estado de la Nación, San José, 2014.

Casaús Marta y García Teresa, *Las redes intelectuales centroamericanas: un siglo de imaginarios nacionales (1820-1920)*, F & G Editores, Guatemala, 2005.

Contreras Utrera Julio y Gutiérrez Cruz Sergio Nicolás, “La viruela en el Estado de Chiapas (México), 1859-1921, *Ayer*, No. 87, Homosexualidades, 2012.

Cueto Marcos y Palmer Steven, *Medicine and Public Health in Latin America: A History*, Cambridge University Press, New York, 2015.

Dávila Miguel R., “Telegrama a Ernesto Argueta”, Palacio, Tegucigalpa, 4 de febrero de 1908; y *Revista de la Universidad*, Tomo I, Núm. 6, Tegucigalpa, 15 de junio de 1909.

Erwin John, American Embassy Tegucigalpa “Health and Sanitation Program the Institute of Inter-American Affairs Honduras”, R.2, F876-878. Archivo del Departamento de Estado, EE. UU.

Espinal Carlos y Rodríguez Daniel, “Análisis comparativo de los procesos de comparas ejecutadas por INVEST-H y el Fideicomiso de Banco de Occidente, S.A en el marco de la emergencia por COVID-19”, ASJ, Tegucigalpa, agosto 2020.

Euraque Darío A., “Los recursos económicos del Estado hondureño, 1830–1970”, en Taracena Arturo y Piel Jean, *Identidades nacionales y Estado moderno en Centroamérica*, Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, 1995.

Foucault Michel, *Estrategias del Poder*, Traducción por Varela Julia y Álvarez Uría Fernando, Obras Esenciales, Volumen II, Paídos, Barcelona, 1994.

Ledezma Rafael, “El comercio exterior de Honduras y su contribución a la economía nacional, 1880-1930” Tesis, Centro de Estudios Históricos, El Colegio de México, para optar al grado de doctor en Historia, México, marzo, 2021.

Martínez García Yesenia, *La Seguridad Social en Honduras: actores sociopolíticos, institucionalidad y raíces históricas de su crisis*, Editorial Guaymuras, Tegucigalpa, 2008.

Martínez Yesenia, *Pobreza, seguridad social y desarrollo humano en Honduras*, PNUD, Tegucigalpa, 2003.

Molina Chocano Guillermo, *Estado Liberal y Desarrollo Capitalista en Honduras*, Banco Central, Tegucigalpa, 1976.

OPS, “Perfil del Sistema Nacional de Salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio y Reforma”, OPS, Washington, 2009.

Perdomo Rodúlfo y Díaz Bourdett Mauricio, *Pobreza en Honduras. Hacia una nuevas Estrategia para la Reducción de la Pobreza*, FOSDEH, Tegucigalpa, 2014.

Rodríguez Herrera Adolfo, “La reforma de salud en Honduras”, *Revista de la CEPAL- SERIE Financiamiento el desarrollo*, no. 174, 2006.

Sierra Rolando, Sosa Eugenio, et. Al., *Reforma del Estado Hondureño 1990-2015*, UNAH, Tegucigalpa, 2016.

Staples Anne, “La lucha por los muertos”, *Diálogos: Artes, Letras, Ciencias humanas*, Vol. 13, No. 5 (77), septiembre-octubre, México, 1977.

Valverde Favio, *Evaluación Actuarial IVM del Instituto Hondureño de Seguridad Social y estimación de costos de la reforma*, Fundación Friedrich Ebert, San José, 2000.

VISIÓN HISTÓRICA

1	Rolando Sierra	Interpretación y balance del bicentenario de la independencia de Centroamérica: una lectura desde la obra de Ramón Oqueli.
2	Mario Argueta	Tres momentos en la conformación de la identidad nacional hondureña.
3	Segisfredo Infante	El Cicerón de América Central y México.
4	Libny Ventura Lara	Los Criptojudíos de Honduras.
5	Óscar Núñez Sandoval	Sucesos relevantes en la historia de Honduras.
6	Rony Castillo Güity	La pedagogía de los desplazados ¿Cómo enfrentar un bicentenario de colonialismo interno?

VISIÓN DE DESARROLLO

7	Mario Posas	El Estado y la construcción de la nación en Honduras.
8	Marvin Barahona	Tres momentos significativos en la construcción del Estado, la nación y la identidad nacional en Honduras.
9	Julio Escoto	Mecanismos distractorios en la política centroamericana del siglo XIX.
10	Xiomara Bu	Contexto histórico del debate en torno al concepto de los derechos humanos: hacia la construcción de una cultura de derechos humanos en Honduras.
11	Darío Euraque	Estado y etnicidad en la historiografía, historia y futuro de Honduras.
12	Yesenia Martínez	El Estado y la salud pública en Honduras. Entre contextos históricos, coyunturas y un futuro cercano.
13	Mauricio Díaz Burdett	Una propuesta de reconversión de Honduras centrada en los cimientos intelectuales de la independencia patria.
14	Pedro Morazán	¿De la pandemia al nuevo paradigma?
15	Ramón Romero	Ética ciudadana y desarrollo.
16	María Eugenia Ramos	Yo, tú, ellos, nosotros: apuntes sobre la praxis poética y vital de Clementina Suárez.
17	Mario Membreño Cedillo	Alfonso Guillén Zelaya: el sujeto político y la conciencia ética.
18	Rafael Jerez	El camino de régimen híbrido a democracia plena.
19	Gina Kawas	Violencia de género y migración en Honduras.

VISIÓN PROSPECTIVA

20	Irma Becerra	Constitución social de Honduras como pensamiento positivo de Ramón Rosa: su vigencia actual.
21	Sergio A. Membreño Cedillo	Desarrollo humano, ética y ciudadanía en el siglo XXI.
22	Rafael del Cid	Independencia y unidad: oportunidades y frustraciones en la construcción de la nación.
23	Álvaro Cáliz	Honduras 2021: un momento ineludible para repensar el futuro.
24	José B. Falck	Agricultura, seguridad alimentaria, desarrollo y protección ambiental: un futuro para Honduras basado en la ciencia, tecnología en innovación.
25	Rodolfo Pastor Fasquelle	El bicentenario de la independencia como nuevo punto de partida para ensayar Centroamérica.

