

Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central

STEVEN PALMER (*)

BIBLID [0211-9536 (2005) 25; 59-85]

Fecha de recepción: 10 de junio de 2004

Fecha de aceptación: 7 de agosto de 2004

SUMARIO

1.—Introducción. 2.—Protomedicatos republicanos. 3.—Interregno profesional. 4.—Ministerios y seguro social. 5.—Deficiencias y logros en la posguerra. 6.—Etnicidad. 7.—Consideraciones sobre la influencia externa. 8.—La situación a fines del siglo XX.

RESUMEN

Este trabajo esboza los rasgos básicos de la medicina estatal y de la salud pública en América Central, con énfasis en el siglo XX. El panorama es variado, dadas las distintas configuraciones de los regímenes políticos, divisiones étnicas y conflictos sociales; algunos de los cuales fueron sumamente extremos. A partir de este análisis se nota un alto grado de continuidad histórica en la manera en que estos factores han influenciado la formación y deformación de sistemas de salud pública y medicina estatal. A pesar de la fuerte presencia de agentes externos en el sector salud de los países centroamericanos, el trabajo sostiene que las fuerzas históricas determinan la naturaleza de los sistemas de medicina estatal en el istmo, y que las mayores influencias son de carácter interno y no externo. Aún cuando el desarrollo de la medicina estatal en la mayoría de los países de la región ha sido débil, la cuestión del acceso público a los servicios médicos ha jugado un papel importante, y a veces explosivo, en sus desarrollos políticos.

Palabras clave: medicina estatal, seguridad social, salud pública, Centroamérica, siglos XIX-XX.

Keywords: state medicine, social security, public health, Central America, 19-20th centuries.

(*) Assistant professor. Department of History. University of Windsor, Canadá. Email: spalmer@uwindsor.ca

1. INTRODUCCIÓN

A mediados de 1921, el médico estadounidense, Frederick Russell, efectuó una inspección de las infraestructuras de salud pública y medicina en cinco de los seis países centroamericanos (Costa Rica, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, y Panamá) en que estaban participando programas de salud pública patrocinados por la División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller. Los juicios de Russell, aunque formados rápidamente y condicionados por una serie de prejuicios culturales e institucionales, sonarían familiares a cualquier estudioso de los sistemas de medicina estatal en la Centroamérica actual(1). Su informe es una puerta de entrada para entender la medicina estatal centroamericana a comienzos del siglo XX y vale la pena resumir sus comentarios sobre la salud pública en algunas naciones.

Russell determinó que las autoridades de medicina y salud pública en Costa Rica tenían «bastante más poder e influencia» que las de cualquier otro país centroamericano. Según el norteamericano, los hospitales eran buenos, la cantidad de galenos per cápita era la más alta del istmo, y la organización profesional de los médicos era sólida y consistente. Asimismo, Russell mencionó que los programas emprendidos por la Fundación habían tenido bastante éxito no sólo con las autoridades sino también con la población, y que era casi seguro que el gobierno los mantendría por su propia cuenta en el futuro, lo que era un objetivo de la Rockefeller(2). El polo opuesto a la situación en Costa Rica era Guatemala. Según Russell, en este país la cantidad de médicos per cápita era la más baja del istmo, y los problemas de la profesión hacían que los médicos tuviesen poca

(1) Sobre los prejuicios culturales en las inspecciones de la Fundación Rockefeller, véase CUETO, Marcos. Visions of science and development. The Rockefeller Foundation's Latin American surveys of the 1920s. In: *Missionaries of science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, Bloomington, Indiana University Press, 1994, pp. 1-22

(2) «Costa Rica: Report of an inspection made by Dr. F. F. Russell», Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation Archives (en adelante RAC, RF), Record Group 5, Series 2, Box 41, Folder 244, p. 4.

coherencia e influencia. Otro problema en Guatemala al que se refirió Russell fue que las autoridades de salud pública tenían un papel formal, retórico y débil, y además disponían de un presupuesto ínfimo. En este país, las operaciones de la Fundación estaban estancadas. En realidad, el verdadero control sobre cuestiones sanitarias guatemaltecas estaba en manos del ejército. Otro caso examinado por el informe de Russell fue Nicaragua, donde notó una situación política inestable que impedía la construcción de un aparato de salud pública, a pesar de que la población respondía con mucho entusiasmo a las campañas contra el anquilostomiasis y la malaria que promovía la Fundación. En El Salvador Russell encontró muchas posibilidades, promesas e iniciativas propias, con una comunidad médica activa y un Departamento de Salud Pública que era funcional, aunque las condiciones e infraestructura de los servicios de salud en el campo y en las ciudades provinciales eran aún terribles. Finalmente Russell se ocupó en su inspección de Panamá. Sobre este país señaló la exagerada diferencia que existía entre el aparato de salud urbana y la salud rural. Esta era una diferencia que el estadounidense encontró exagerada, a causa de la jurisdicción que tenían en ese momento los Estados Unidos sobre cuestiones de salud y medicina, no sólo en la Zona del Canal, sino en las dos ciudades más importantes de esa república: Panamá y Colón (3). La visión de Russell sobre la interacción entre la salud pública, la ayuda internacional y el Estado en cinco países centroamericanos es interesante, entre otras razones, por ser comparativa.

El intento del presente ensayo es esbozar las características comunes y las diferencias de la historia de la salud pública y de la medicina estatal en América Central por medio de una cronología básica de su desarrollo. La historiografía sobre este tema se encuentra en un estado sumamente embrionario y hay enormes vacíos en nuestro conocimiento sobre episodios y procesos claves que ocurrieron en distintos países. Sin embargo, nos gustaría ofrecer un marco comparativo que permi-

(3) «Guatemala: Report of an Inspection Made by Dr. F. F. Russell»; «Nicaragua: Report of an Inspection Made by Dr. F. F. Russell»; «Panama: Report of an Inspection Made by Dr. F. F. Russell»; «El Salvador: Report of an Inspection Made by Dr. F. F. Russell»; RAC, RF, Record Group 5, Series 2, Box 41, Folder 244.

ta derivar una serie de conclusiones básicas acerca del desarrollo y subdesarrollo de los estados sanitarios en el istmo. Como ha notado Juan César García, el surgimiento de la sanidad estatal en los seis países de América Central (sin incluir a Belice, antiguamente conocido como Honduras Británica) «presenta varias características que los diferencian del resto de los países latinoamericanos»: su tardanza en establecer unidades administrativas estatales encargadas de sanidad, el hecho de que la sanidad marítima «no constituye el centro sobre el cual se organiza la medicina estatal», la escasez de investigación científica en salud en la edad heroica de la bacteriología, y la influencia extraordinaria de organismos norteamericanos de carácter corporativo (especialmente la *United Fruit Company*), estatales (como el ejército estadounidense y, a partir de 1960, la ayuda bilateral de los Estados Unidos a través de USAID) y filantrópicos (sobretudo la Fundación Rockefeller) en la configuración de los aparatos de salud pública en el istmo(4). Este panorama heterogéneo, que a veces parece un tejido caótico, es el reflejo de una situación de salud pública particularmente crítica. Esta situación es al mismo tiempo parte de una profunda, y podríamos añadir histórica, pobreza de la mayoría de los pueblos centroamericanos que hasta hace pocos años estaban ubicados en su mayoría en zonas rurales.

Tomados como un conjunto, los seis países de América Central (a los cinco señalados en el primer párrafo habría que añadir Honduras) han demostrado a lo largo de su historia una debilidad estatal y una incapacidad de institucionalizar conflictos sociales o necesidades públicas. Al lado de profundas desigualdades sociales existen fuertes discriminaciones étnicas, más visibles en el control neo-colonial ejercido por grupos blancos y mestizos guatemaltecos sobre la mayoría indígena, pero no exclusivos de esta situación. Más aún, con una regularidad cruel, los terremotos y las tempestades tropicales han tenido un impacto negativo sobre la salud de los centroamericanos. Esta «larga duración» de inestabilidad sísmica y volatilidad climática ha venido acompañada en el siglo XX por intensos períodos de guerra civil e

(4) GARCÍA, Juan César. *Pensamiento social en salud en América Latina*, México, Interamericana-McGraw Hill-Organización Panamericana de Salud, 1994, p. 108.

insurrección popular, campañas militares contra las poblaciones civiles e intervenciones del ejército estadounidense que han producido un terrible saldo de desplazamiento, refugiados, heridos, muertos y otros problemas relacionados directamente con la salud de la población.

Esto no quiere decir que la medicina estatal no ha tenido una importancia en los países del istmo. Al contrario, la cuestión de la salud pública y el acceso público a la medicina ha jugado un papel de gran importancia simbólica en la constitución de estados nacionales modernos de América Central. En los casos de Panamá, Costa Rica y Nicaragua, momentos de reforma política han desembocado en esfuerzos notables por asegurar el acceso universal a la medicina estatal. Aún cuando el desarrollo de la medicina estatal en El Salvador, Guatemala, y Honduras ha sido relativamente ineficaz, y un porcentaje enorme de sus poblaciones ha quedado sin acceso a buenos servicios de medicina pública, la cuestión de la accesibilidad pública a la medicina ha llegado a jugar un papel importante, y a veces explosivo, en las vidas políticas de estos países.

2. *PROTOMEDICATOS REPUBLICANOS*

Al ser provincias de menor importancia durante la colonia española (cuando se conocían como el Reino de Guatemala, o la Capitanía General de Guatemala), las cinco futuras repúblicas de Centroamérica estuvieron marcadas, a comienzos del siglo XIX, por la fragmentación regional y la falta de dinamismo económico. Estas características explican tanto su frustrada incorporación a México (intentado por los mexicanos entre 1821 y 1823) como su incapacidad para sostener una confederación en un solo estado Centroamericano (un proyecto político que se quebró en 1840, aunque con repetidos sueños e intentos para revivirlo hasta comienzos del siglo XX, sobre todo por parte de las elites de Guatemala, la antigua metrópoli de la región). Todos los países experimentaron grados variables de estratificación y conflictividad étnicas, y sufrieron fuertes conflictos inter-municipales, inter-regionales e inter-oligárquicos que impidieron que se mantuviera la solidez de estados centrales. Durante la segunda mitad del siglo XIX, los cinco países de América Central y el istmo de Panamá (en

ese entonces una región periférica y aislada de Colombia), atravesaron por un intenso período de inserción en la economía capitalista mundial gracias al cultivo de productos agrícolas de exportación. Ello ocurrió en el caso costarricense a partir de 1840 y en El Salvador, Guatemala y Nicaragua después de 1860. En estos países el café se convirtió en la base de oligarquías nacionales que tuvieron interés y capacidad de construir estados nacionales. Panamá y Honduras, regiones periféricas en el mismo proceso, pronto encontrarían una entrada acelerada a la modernidad económica y a la edificación de estados nacionales por medio del banano (un auge que también iría a tener impactos sobresalientes en Guatemala y Costa Rica) y, por supuesto, posteriormente, en el caso panameño, del canal interoceánico (5).

Durante casi todo el siglo XIX la institucionalización de estos frágiles estados se basaba en modelos heredados de la colonia. El sector de salud no era excepción. En el momento de la Independencia centroamericana, en 1821, la jurisdicción sobre cuestiones de salud correspondía al Protomedicato de Guatemala (fundado en 1770 en el contexto de la expansión de las instituciones oficiales pautadas por las reformas borbónicas). Este cuerpo se mantuvo en la mayoría de países de la región hasta 1870. Cuando los otros países del istmo buscaron formar su propia identidad política, después del derrumbe de la confederación centroamericana, constituyeron sus propios protomedicatos en los nuevos Estados Nacionales (El Salvador en 1849, Costa Rica en 1857, y Honduras en 1869). En Nicaragua, la intensidad del regionalismo se registró en la coexistencia de dos protomedicatos, uno correspondiente a León para el norte del territorio, y el otro a Granada para el sur (6). Panamá, mientras tanto, cayó bajo un régimen distinto a las reglas de la organización de salud pública que se seguían en el resto de la América Latina independiente (durante el siglo XIX,

(5) WILLIAMS, Robert G. *States and social evolution. Coffee and the rise of national governments in Central America*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1994; PÉREZ BRIGNOLI, Héctor. *Breve historia de Centroamérica*, Madrid, Alianza Editorial, 1985.

(6) PALMER, Steven. *From popular medicine to medical populism: Doctors, healers, and public power in Costa Rica, 1800-1940*, Durham, Duke University Press, 2003, pp. 52-56.

Panamá fue parte de Colombia). Tanto en Colombia, como en México, los liberales republicanos escogieron un camino más radical al abolir los protomedicatos y liberalizar el ejercicio de la medicina, dejando a las municipalidades el poder en cuestiones de salud (en realidad, esto correspondía a otra tendencia de origen colonial: la soberanía municipal). Como resultado, aún antes de su independencia, la ciudad de Panamá ejercía una autonomía institucional en cuestiones de salud. Una autonomía que abarcaba los entornos de la ciudad (7).

Como sus antecesores coloniales, los protomedicatos republicanos, conformados por los más destacados profesores en Medicina y Farmacia, velaron por la salud pública, dieron consejos en tiempos de epidemia (y todos los países del istmo tradicionalmente formaban juntas de sanidad en cada localidad para enfrentar distintos brotes epidémicos), investigaron casos cuestionables de venta de medicinas y de ejercicio ilegal de la medicina, y revisaron y extendieron los títulos de expertos o graduados en las artes médicas (lo que incluía parteras y parteros, dentistas, farmacéuticos, cirujanos y médicos). En Guatemala, El Salvador, León y Granada sirvieron como vínculo entre el gobierno y la facultad de medicina de las universidades que en estas ciudades existían (Honduras, Costa Rica y Panamá no tuvieron estudios universitarios en medicina hasta la década de 1950). Como había sido el caso en toda América Latina durante la colonia, el radio de acción de los protomedicatos se limitaba esencialmente a las ciudades principales y sobretudo a las capitales. Sin embargo, los protomedicatos republicanos sirvieron como puntos de referencia para los primeros intentos de establecer políticas e instituciones de salubridad y medicina pública a nivel nacional (8).

(7) SOWELL, David. *The tale of healer Miguel Perdomo Neira: Medicine, ideologies and power in the nineteenth-century Andes*, Wilmington, Scholarly Resources, 2001, pp. 45-47.

(8) PALMER, note 6. pp. 52-56.

3. *INTERREGNO PROFESIONAL*

Con la prosperidad de las economías de exportación experimentada durante las dos últimas décadas del siglo XIX, las elites de todos los países del istmo (y de la región de Panamá) buscaron establecer una red moderna de instituciones estatales. El período coincidió con la cristalización de organizaciones profesionales de médicos, producto de un incremento considerable en el número de médicos en las ciudades capitales. La elite médica tenía lazos íntimos e interactuaba con los líderes políticos de los estados liberales, y de ahí surgió el impulso de incorporar los avances en la bacteriología y la parasitología dentro de un nuevo aparato de higiene pública. Esta fase de la reforma higienista se ubica entre el sistema limitado de los protomedicatos y el sistema de instituciones estatales hechas y derechas, con ministerios de salud y sistemas de seguro social.

Los protomedicatos, entonces, cedieron paso a un sistema descentralizado compuesto por las asociaciones profesionales y las facultades de medicina. Profesionales ilustres dedicaban parte de su tiempo a considerar cuestiones de la salud pública para todo el país como miembros de cuerpos nacionales de sanidad. En Costa Rica, por ejemplo, en 1894 el Protomedicato fue abolido como resultado de las demandas de una nueva asociación profesional de médicos, la cual asumió un papel casi-estatal en el establecimiento de normas en cuestiones de salud pública y en la organización y certificación de una red más amplia de médicos de pueblo (es decir de médicos pagados por el Estado pero asignados a vivir y atender en una localidad). También en 1894, el gobierno central tomó el control de la red de médicos municipales y la extendió hasta tener entre 25 y 30 médicos pagados por el Estado en municipalidades de segundo y tercer orden. A pesar de los múltiples defectos y vacíos del sistema de médicos de pueblo en Costa Rica, podemos decir que este año, 1894, marcó la constitución de un sistema nacional de medicina estatal. El Salvador consolidó un Consejo Superior de Salubridad en 1900, junto con la promulgación de un Código Sanitario, y Guatemala creó un consejo de este tipo en 1906. Honduras, por su parte, estableció una Dirección General de Sanidad en 1917(9).

(9) PALMER, nota 6, pp. 77-81; GARCÍA, nota 4, p. 111.

El sistema de médicos de pueblo parece haber existido con distintas particularidades en todos los países centroamericanos. En las zonas rurales, donde las perspectivas de un médico municipal eran dudosas, la calidad y legitimidad titular de los galenos públicos variaban bastante. Muchos eran empíricos o, en el caso panameño, farmacéuticos. Sin embargo, la idea de que no había medicina estatal en el campo centroamericano antes de la época de la institucionalización moderna es errónea. Los médicos municipales se ocuparon, fundamentalmente, de cuestiones de medicina legal y de la recolección de las estadísticas vitales. En el caso de Costa Rica a partir de 1880, y en El Salvador y Guatemala desde la epidemia viruela de 1908, los médicos municipales eran responsables de la vacunación más o menos sistemática contra esta enfermedad.

En este contexto de instituciones integradas por «profesionales» (que no eran profesionales en el sentido de personal dedicado a tiempo completo al trabajo), la eficacia de los programas de medicina estatal dependía del interés e impulso individual o corporativo de los médicos. Aún así, hubo logros notables. En El Salvador la comunidad de médicos fue capaz de producir un boletín sanitario y de organizar una campaña nacional de vacuna antivariólica. En Costa Rica, con la Facultad de Medicina (que era a la vez el cuerpo profesional de los médicos) actuando como Consejo Nacional de Salud, se conformó a partir de 1907 una red nacional de tratamiento de la anquilostomiasis. Es decir, esta red existía siete años antes de la llegada de la Fundación Rockefeller a América Central para combatir la misma enfermedad parasitaria. Esta red autóctona se constituyó con la creación de un laboratorio en la capital y el reclutamiento de los médicos de pueblo, remunerados según la cantidad de pacientes examinados y tratados. Todo ello era financiado con un presupuesto cuyos fondos provenían del tesoro público. En el otro lado del espectro, en Guatemala, con la asfixiante dictadura de Estrada Cabrera y la gran barrera social que significaban las diferencias étnicas, el avance de una política coordinada de medicina estatal a nivel nacional simplemente no se dio (10).

(10) PALMER, nota 6, pp. 100-101, 157-164; MARTIN, Percy F. *Salvador of the XXth century*, Londres, Edward Arnold, 1911, p. 271; Guillermo Padilla, «History of

El caso de la naciente República de Panamá (que emergió de Colombia en 1903) es singular en América Central, aunque parecido al caso cubano (de comienzos del siglo XX) en el sentido de que, en el momento originario del estado nacional, la soberanía fue atenuada (según los patriotas, violada) por diferencias con los Estados Unidos sobre varias cuestiones importantes entre las que estaban a quien correspondía el ámbito de la salud pública. El Artículo VII de la Convención del Canal de Panamá de 1903 que estableció la Zona del Canal como territorio soberano de los Estados Unidos, extendió esa soberanía para incluir la jurisdicción sobre cuestiones de salud pública en Panamá y Colón, las dos ciudades más importantes del país. Por medio de aquel artículo, ambas ciudades tenían que «ajustarse a perpetuidad con las ordenanzas de carácter curativo o sanitario prescritas por los Estados Unidos» (11). A la vez que tuvo una alta importancia simbólica, al registrar la falta de soberanía real del naciente estado; tuvo un impacto práctico, al frenar el desarrollo de instituciones panameñas de salud pública. Los aparatos sanitarios en Panamá y Colón, bajo control de la autoridad canalera, se desarrollaron según criterios definidos por la seguridad y bienestar del Canal, y no del pueblo panameño. Los gobiernos panameños, por su lado, no tuvieron mayor estímulo para construir un aparato de sanidad que, en las poblaciones principales del país, iba a estar subordinado a un poder ajeno. Esta tensión convirtió a la salud pública en un problema primordial del ser nacional, problema que demandaba una solución (12).

Public Health activities in Guatemala», RAC, RF, Record Group 5, Series 2, Box 31, Folder 183, pp. 1-2; la información de Panamá es de Lewis Hackett a Hazel Hackett, 25 August 1915. Lewis Hackett papers, RAC, RF, Series 1.3, Correspondence, personal, July 1912–Dec 1919, F 154.19.

- (11) Article VII, «Convention Between the US and Panama (Panama Canal) 1903», <www.fordham.edu/halsall/mod/1903panama.html> (acceso el 20 de Junio de 2004).
- (12) PALMER, Steven. Central American encounters with Rockefeller Public Health, 1914-1921. In: Joseph Gilbert; Catherine Legrand; Ricardo Salvatore (eds.), *Close encounters of Empire: Writing the cultural history of US-Latin American relations*, Durham, Duke University Press, 1998, p. 326. GARCÍA, nota 4, p. 115.

4. MINISTERIOS Y SEGURO SOCIAL

El liderazgo institucional de Costa Rica y El Salvador fue, una vez más, evidente en la próxima etapa de institucionalización de la salud pública y medicina estatal; una etapa marcada por la edificación de burocracias propiamente estatales y permanentes en ambas esferas. Una Cartera de Sanidad y Beneficencia se estableció en El Salvador en 1924. En Costa Rica la Subsecretaría de Higiene vio la luz en 1922, y se convirtió en Ministerio de Salud Pública en 1927. En Nicaragua, Guatemala, y Panamá se crearon Departamentos Nacionales de Higiene y Salubridad en 1925, como agrupaciones adscritas a distintos ministerios, pero sólo sería en el decenio de 1940 cuando estas encontraron un lugar más estable a nivel ministerial. Es notable y sintomático que en Guatemala se creara el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1944, con la caída de la dictadura de Ubico y el inicio de los diez años de la revolución guatemalteca que acabó con la intervención de la CIA en el golpe de Estado en 1954 (13).

A partir de 1940 se dan una serie de iniciativas para crear sistemas de seguridad social en todos los países del istmo: Costa Rica y Panamá empezaron el proceso en 1941, Guatemala se adscribió en 1946 y agregó los beneficios de maternidad en 1953, El Salvador creó su sistema de seguro social en 1949, Honduras en 1952 y Nicaragua en 1955 (14). El impulso hacía el seguro social ha sido tradicionalmente explicado como una respuesta estatal a las demandas de un nuevo sector de trabajadores industriales y, ciertamente, el momento original y la expansión inicial de este sistema en América Central se da en el contexto de un proceso incipiente de industrialización por medio de la sustitución de importaciones y de una expansión del sector público. Sin embargo, el impulso de reformadores médicos, que no siempre ha sido suficientemente reconocido, también jugó un papel significativo en el surgimiento y desarrollo de la seguridad social.

(13) GARCÍA, nota 4, pp. 114-115; PALMER, nota 12, pp. 325-327 y PALMER, nota 6, pp. 220-224.

(14) MÁRQUEZ, Patricio V.; JOLY, Daniel J. A Historical overview of the ministries of public health and the medical programs of the social security systems in Latin America. *Journal of Public Health Policy*, 1986, 7 (3), 389.

En el caso costarricense, el estado benefactor, que ha llegado a ser el eje de la cultura política del país, se inició en 1941 con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (que incluía beneficios médicos). En ese momento era presidente Calderón Guardia, un médico populista cuyo programa de reforma social, sostenido por una alianza con el Partido Comunista, desembocó en 1948 en una guerra civil (15). Un caso curiosamente parecido a Costa Rica, es el de Panamá, donde el Seguro Social se creó bajo la presidencia de Arnulfo Arias, un médico y populista demagógico, elegido en 1940 con el lema «sólo Dios sobre nosotros». Arias emprendió una reforma médica como parte de un paquete de reformas sociales que apelaba a los sentimientos nacionalistas en contra de los Estados Unidos. Ello constituyó la base de un legado popular que le dio la presidencia en 1949 y otra vez en 1968 (16). Algo parecido ocurrió en Guatemala, donde la creación de un Ministerio de Salud y el inicio de un sistema de seguro social, eventos que ocurrieron entre 1944 y 1946, provinieron de un amplio proceso de renovación política que permitió iniciativas inéditas en el suministro de programas de medicina estatal en el sector rural. Esta apertura se cerró con la contrarrevolución y el golpe de 1954 antes mencionado, un momento álgido en la Guerra Fría (17).

El cuadro institucional sanitario quedó esencialmente delineado a mediados del decenio de 1950. Es decir, la medicina estatal en América Central llegó a ser un sistema dual: los ministerios de salud intentaban suministrar servicios sanitarios básicos a todos y asistencia médica a la parte de la población no asegurada, mientras que los programas de seguro social suministraban la medicina a los empleados del sector público y a los trabajadores industriales. Sin embargo, dentro de este esquema, había dos importantes variantes. En la década de 1970 los gobiernos de Panamá y, sobretudo, Costa Rica, buscaron con bastante éxito universalizar sus sistemas de Seguro Social, poniendo toda la medicina pública bajo un solo sistema y asegurando a toda la pobla-

(15) PALMER, nota 6, pp. 207-229.

(16) ESCOBAR, Novencido. *El desarrollo de las ciencias naturales y la medicina en Panamá: Panorama histórico y antología*, Panamá, s. i., 1987, pp. 69, 89-90.

(17) HANDY, Jim. *Gift of the devil: a history of Guatemala*, Toronto, Between the Lines, 1984, p. 107.

ción bajo la vía del Ministerio de Salud o el sistema de la seguridad social. De esta manera dejaron que los Ministerios de Salud Pública se concentraran exclusivamente en cuestiones sanitarias y epidemiológicas, así como en proyectos especiales de educación y entrenamiento popular en salud comunitaria. Ello fue posible en Costa Rica por el consenso social-demócrata que emergió después de la Guerra Civil de 1948. En Panamá, los cambios formaron parte esencial de los esfuerzos del régimen populista-militar de Omar Torrijos por completar la reconquista de la soberanía perdida en las aguas y el territorio del Canal en 1903. Otra variante notoria era Nicaragua. En 1979 el gobierno revolucionario Sandinista, que había llegado al poder en 1979, intentó racionalizar una situación caótica de instituciones de salud, tras el práctico colapso de todos los sistemas de medicina pública, para que surgiese un Sistema de Salud Nacional Unificado bajo el mando del Ministerio Nicaragüense de Salud.

Vale la pena indicar que, en cada caso de los señalados en el párrafo anterior (Costa Rica, Panamá y Nicaragua), el cambio no provino de una evolución de la mecánica interna de las instituciones, ni de una orientación o intervención extranjera, sino que fue resultado de una decisión política, con legitimidad popular, de cambiar la lógica del sistema de salud existente en búsqueda de una mejor cobertura real (18).

5. DEFICIENCIAS Y LOGROS EN LA POSGUERRA

Problema básico en todos los países de América Central fue el estancamiento del modelo de desarrollo dentro del cual la estructura del Seguro Social nació y encontró su lógica como medio de solucionar el problema del acceso general a la biomedicina profesional. Esa característica fue clara durante el período posterior a la Segunda Guerra Mundial. La expectativa de un incremento en los tipos

(18) PALMER, nota 6, pp. 207-229; ESCOBAR, nota 16, pp. 89-90; BOSSERT, Thomas John. Health care in revolutionary Nicaragua. In: Thomas W. Walker (ed.), *Nicaragua in Revolution*, New York, Praeger, 1982, p. 265.

de trabajo asalariado en los sectores público o industrial, apropiado para asegurar al trabajador empleado, no se realizó. Por ello se dio la paradoja de un contexto en que los estados respaldaban el incremento de los presupuestos dedicados a la medicina asegurada, pero sólo una proporción reducida y casi exclusivamente urbana de la población disfrutaba de los beneficios de este sistema. En el caso de Honduras, por ejemplo, el gasto per cápita en 1965 para el 2,8 por ciento de la población en el sistema de Seguro Social fue 49 dólares americanos. En contraste, el gasto per cápita para el 97 por ciento de los hondureños que dependían de los servicios médicos suministrados por el Ministerio de Salud era, en ese mismo año, tan sólo de 3 dólares americanos. Treinta y cinco años más tarde, en 1990, el nivel de asegurados en Honduras sólo había alcanzado al 11 por ciento de la población(19). En Nicaragua, en 1978, veinte y tres años después de la fundación del Instituto Nicaragüense del Seguro Social, solamente un 8,4 por ciento de la población disfrutaba de sus beneficios, aunque el presupuesto del Instituto representaba el 39 por ciento del gasto en el sector de salud. El Ministerio de Salud de ese país, mientras tanto, disponía con solo el 16 por ciento de los gastos públicos de salud (20). Únicamente en Panamá y en Costa Rica se logró un incremento fundamental en la población asegurada. En el caso panameño la proporción se elevó de 8 por ciento en 1961, a 51,2 por ciento en 1980, mientras que en Costa Rica se llegó a tener 3 de cada 4 personas cubiertas por el seguro social en 1980, una proporción que significó tener asegurada al 85 por ciento de la población al finalizar la década y que ha alcanzado una cobertura casi universal con el nuevo siglo(21).

(19) TELLER, Charles H. *Internal migration, socio-economic status and health: access to medical care in a Honduran city*, Cornell University (Ph.D. thesis), 1972, p. 57; NOSEWORTHY, Kent; BARRY, Tom. *Inside Honduras*, Albuquerque, Inter-Hemispheric Education Resource Center, 1993, pp. 105-108.

(20) DONAHUE, John M. *The Nicaraguan revolution in health: From Somoza to the Sandinistas*, South Hadley, Bergin and Garvey Publishers, 1986, pp. 9-10.

(21) ESCOBAR, nota 16, p. 186; MORGAN, Lynn M. *Community participation in health: The politics of primary care in Costa Rica*, Cambridge, Cambridge University Press, 1993, p. 14.

Como demuestran las cifras, aún cuando la población centroamericana no asegurada ha experimentado un incremento en el acceso a los servicios médicos estatales durante el siglo XX, la calidad y suficiencia de estos servicios han sido en extremo variables y, en la mayoría de los casos, más que cuestionables. Ya a mediados del decenio de 1930, la mayoría de los costarricenses nacían con atención biomédica y morían, asimismo, con un profesional de la salud. La razón principal de este hecho fue la expansión de las unidades sanitarias en las áreas rurales; clínicas modeladas sobre las *county health units* desarrolladas en los Estados Unidos (22). El sistema siguió creciendo hasta contar en 1970 con una red de 396 unidades de salud en todo el país. Esta extensión de la medicina estatal por el Ministerio de Salud formaba la base de la universalización del Seguro Social en la década de 1970, ya que una buena parte de esta infraestructura fue absorbida por el organismo sanitario estatal costarricense. Pero la existencia de una red nacional de medicina estatal no necesariamente implicaba una cobertura adecuada de la población no asegurada. En 1990, en Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social operaba 216 unidades de salud, 184 centros de salud sin camas, 32 con camas y 35 hospitales en todo el país. Sin embargo, se calculaba que la mitad de los guatemaltecos —la gran mayoría de ellos indígenas— no tenían acceso real a la medicina estatal (23).

Es prácticamente imposible adelantar una hipótesis general sobre los posibles impactos y logros de la expansión de la medicina estatal en América Central en el siglo XX, ya que aparte del caso costarricense hay una carencia casi completa de estudios sobre la expansión de los servicios de medicina estatal bajo el mando de los ministerios de salud pública entre 1940 y la década de 1970. Sin embargo, este periodo es precisamente el que ve el cambio más radical en índices de mortalidad en la historia de la región. En El Salvador, por ejemplo, entre finales de la Segunda Guerra Mundial y 1973, la tasa de mortalidad disminuyó de 120 a 60 por cada mil nacidos vivos (24). Solamente

(22) PALMER, nota 6, pp. 220-224.

(23) BARRETT, Bruce. Integrated local health systems in Central America. *Social Science and Medicine*, 1996, 43 (1), 75.

(24) WHITE, Alastair. *El Salvador*, New York, Praeger Publishers, 1973, p. 145.

Nicaragua experimentó un estancamiento escandaloso en la reducción de la mortalidad infantil; teniendo en 1970 una tasa superior a 120 por mil nacidos vivos (25). Hay evidentes crecimientos en los aparatos de salud pública en esta coyuntura, lo que conllevó una mejora en las obras de infraestructura sanitaria. El número de médicos per cápita subió en todos los países (aunque el problema de la mala distribución de recursos humanos persistió, ya que la gran mayoría radicaron en las ciudades capitales) y todos los estados (otra vez, con el empuje de diversas agencias internacionales) empezaron a entrenar a grupos de parteras en el modelo biomédico. Otro desarrollo importante fue que los estados se adscribieron a una variedad de iniciativas internacionales, como era el caso con la campaña anti-malárica promovida por la Organización Mundial de la Salud y emprendida con algún grado de éxito en Nicaragua en 1947 y en Costa Rica a principios del decenio de 1950 (26). Sin embargo, carecemos de información básica para postular un mejoramiento generalizado en el estado de salud de las poblaciones a causa de la expansión de la medicina e higienización estatal posterior a la Segunda Guerra Mundial.

Es notorio que había una diferencia extrema entre los servicios de medicina estatal disponible en los sectores urbanos y los que existían en áreas rurales. Sin embargo, a partir de la década de 1960, y de forma acelerada durante el decenio de 1970, todos los ministerios de salud del istmo se adhirieron a la nueva agenda de las agencias internacionales de salud de llevar la medicina estatal, especialmente la atención primaria, a las poblaciones no atendidas, sobre todo en el campo. Los resultados fueron sumamente variables. En el caso costarricense, este esfuerzo dio lugar a una aceleración de un proceso que a nivel nacional ya estaba en marcha desde la década de 1950. Un proceso marcado por la ampliación del estado benefactor, cuyo pieza

(25) BOSSERT, nota 18, p. 261.

(26) HURTADO, Elena; SÁENZ de TEJADA, Eugenia. Relations between government health workers and traditional midwives in Guatemala. *In*: Brad R. Huber; Alan R. Sandstrom (eds.), *Mesoamerican healers*, Austin, University of Texas Press, 2001, p. 214; BARRETT, nota 23, p. 75; GARFIELD, Richard. Malaria control in Nicaragua: social and political influences on disease transmission and control activities. *The Lancet*, 1999, 354, 414-418.

fundamental fue la Caja Costarricense de Seguro Social, convertida en la década de 1970 en un sistema nacional de seguro médico que tenía una cobertura amplia. En Panamá, el nuevo énfasis de las agencias de salud internacional se adaptó bien al programa del Presidente Torrijos cuyo régimen renovó el aparato de salud como parte fundamental de su movilización corporativista de la población después del golpe militar de 1969 que lo había llevado al poder. Este proceso también se adaptó bien al empuje internacional del momento en favor de la atención primaria de salud defendido por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Se establecieron Comités de Salud en todos los pueblos del país, el número de unidades de salud se aumentó en un 70 por ciento durante la década de 1970, y el régimen efectuó una política de acción coordinada entre el ministerio de salud y la seguridad social(27).

En los otros países la adopción del mismo programa de medicina estatal basada en la atención primaria no tuvo el mismo grado de éxito a pesar que formalmente parecían seguirse las directivas de las agencias internacionales. En El Salvador, por ejemplo, los regímenes militares de la década del setenta extendieron los servicios de salud al campo y establecieron un año de servicio obligatorio en el campo para los nuevos graduados en medicina. Asimismo, colaboraron con los programas de USAID para entrenar a pobladores locales como agentes comunitarios de salud. Sin embargo, la salud popular se politizó y sufrió una creciente represión. Los conflictos políticos frenaron los proyectos en el campo de la salud pública al dirigir recursos hacía la salud militar y promover una represión estatal y paramilitar salvaje en contra de cualquier manifestación de acción comunitaria (inclusive en el sector de salud). Estalló entonces una guerra civil en El Salvador de extraordinaria ferocidad, y las fuerzas revolucionarias tomaron el control de cada vez más zonas al interior del país donde instauraron su propia red de medicina comunitaria(28). La expansión de la medicina estatal en Guatemala sufrió una suerte parecida

(27) ESCOBAR, nota 17, pp. 169-172; BARRY, Tom. *Panama: a country guide*, Albuquerque, Inter-Hemispheric Education Resource Center, 1990, pp. 74-75.

(28) METZI, Francisco. The People's Remedy. Health care in El Salvador's war of liberation. *Monthly Review*, 1988, 40 (3), 6-123.

en esta época. La dificultad endémica de un sector de salud predominantemente blanco y mestizo para lograr la integración con las comunidades indígenas se profundizó con la llegada de la guerrilla a las zonas indígenas del altiplano y el inicio de una campaña brutal de contrainsurgencia por el ejército guatemalteco, lo cual resultó en la matanza de varias decenas de miles de indígenas y la creación de comunidades de refugiados, tanto al interior como en el exterior de ese país (29).

El caso de Nicaragua puede ubicarse entre los dos extremos, que representan Costa Rica por un lado y Guatemala por el otro, y presenta una situación particularmente intrigante. El históricamente desarticulado sector salud tardó en establecer una presencia popular tanto en términos urbanos como rurales. Por peculiaridades y distorsiones de la dictadura de Somoza (un régimen familiar de más de cuarenta años que se prolongó hasta 1979), el decenio de 1970 fue en Nicaragua la época menos propicia para desarrollar un programa de medicina comunitaria. A pesar de un empuje político y financiero por parte de la agencia estadounidense USAID, el Ministerio de Salud formaba parte del sistema dictatorial de Somoza en una época en la que éste estaba reforzando su control vertical sobre el estado. El vector participativo del nuevo movimiento a favor de la medicina comunitaria no encontró apoyo en el régimen político autoritario, y menos aún en las áreas rurales, donde cualquier tipo de organización autónoma era sinónimo de oposición política (sobre todo después del reinicio en 1975 de la guerra de guerrillas por parte del Frente Sandinista de Liberación Nacional). De ahí que servicios sanitarios básicos quedaran a niveles mínimos en Nicaragua al finalizar la década de 1970: solamente un 10,9 por ciento de la población rural tenía acceso al agua potable en 1978, y la cobertura de los niños con vacunas básicas era escandalosamente baja (30). En medio de estas pésimas condiciones de servicios de salud, la población persiguió la insurrección de 1978-79, que fue otro desastre para la salud nacional: 40 mil nicaragüenses murieron, 100 mil más quedaron lesionados, la

(29) BARRETT, nota 23, p. 75.

(30) DONAHUE, nota 20, pp. 11-20; BOSSERT, nota 18, p. 261.

infraestructura del país, el sector de salud incluido, quedó severamente dañada, y el tesoro en bancarrota.

Entre las chispas más importantes de la insurrección nicaragüense que desembocó en la Revolución Sandinista fue el asesinato, en 1978, del destacado periodista y opositor a la dictadura, Pedro Joaquín Chamorro. En el momento de su muerte, el pueblo dedujo que entre las razones de su asesinato estaban una serie de reportajes sobre una empresa de socios del dictador, Anastasio Somoza Debayle, que estaba involucrada en la exportación de sangre. La empresa había pagado precios ínfimos a nicaragüenses de escasos recursos para obtener la sangre, y así convirtió la sangre del pueblo en ganancias millonarias para una pequeña elite. Debido a la condición escandalosa de la salud pública en Nicaragua y al hecho de que el dictador había robado enormes cantidades de la ayuda internacional después del terremoto de Managua en 1972 —terremoto que, según el cálculo oficial, costó la vida de 10 mil ciudadanos, hirió a 20 mil más, y dejó a 400 mil personas sin hogar— la empresa de sangre rápidamente llegó a ser símbolo de la Nicaragua Somocista. En el transcurso de la procesión funeraria de Chamorro, la multitud atacó el edificio del negocio cuestionado; lo que constituyó un momento fundamental en la insurrección popular que estalló enseguida (31).

La reforma de la salud pública y la medicina estatal estuvo entre las primeras y más comprensivas iniciativas del gobierno revolucionario Sandinista en 1979. Esta reforma incluyó la centralización, en un solo ministerio de salud, de las múltiples instancias de asistencia médica al público y del Seguro Social. Casi al mismo tiempo, los Sandinistas emprendieron sus famosas movilizaciones populares en el ámbito de atención primaria, erradicación de la poliomielitis y control de la malaria. A pesar del fracaso del proyecto revolucionario y del impacto del neoliberalismo, la centralización institucional sanitaria y la disponibilidad de los servicios de salud se han mantenido. Es importante esta continuidad debido a las difíciles condiciones de funcionamiento de la salud pública creadas por las reducciones presupuestarias, la disminu-

(31) DIEDERICH, Bernard. *Somoza and the legacy of U.S. involvement in Central America*, New York, E.P. Dutton, 1981, pp. 155-156.

ción de personal y el contexto general de empobrecimiento masivo (32). Irónicamente fue el mismo gobierno revolucionario Sandinista el que realizó aspectos fundamentales de la reforma del sector de salud promovido desde 1976 por USAID —entre ellos una racionalización de las instituciones de salud y asistencia fragmentadas e ineficientes, que duplicaban el trabajo en algunas áreas mientras que dejaban vacíos en otras, y la implementación de una campaña de atención primaria y de participación comunitaria de la salud—. Con el nuevo ministerio integrado de salud, entre 1981 y 1982, el sandinismo lanzó una serie de campañas para vacunar contra la polio, luchar contra el dengue y la malaria y entrenar 8.000 «brigadistas de atención primaria» con énfasis en el cuidado pre y post-natal. El número de eventos académicos médicos aumentó notablemente y la presencia de la medicina estatal en el campo se convirtió en una dimensión significativa del proyecto revolucionario de una movilización masiva de la población en favor de la «utopía» de la salud popular (33).

6. *ETNICIDAD*

Por toda América Central, poblaciones indígenas y afro-caribeñas han sufrido una discriminación étnico-regional institucionalizada en el sistema de medicina estatal. Al mismo tiempo, las propias diferencias étnicas complican el terreno de la salud pública porque implican la presencia de múltiples sistemas médicos potencialmente en conflicto con el modelo biomédico. Sobre este tema, como en otros de la historia de la salud centroamericana, hay una carencia de información, aunque un meticuloso estudio reciente de las relaciones entre parteras indígenas tradicionales y trabajadores del sector salud en Guatemala revela una serie de problemas arraigados. A pesar de un largo proceso, formalizado por parte del Ministerio de Salud Pública y por diversas agencias internacionales para entrenar a parteras en métodos biomédicos, y de invitarlas a incorporarse al sistema estatal de clínicas y hospitales, el grado de enajenamiento entre ellas y los

(32) DONAHUE, nota 20; GARFIELD, nota 26, pp. 414-418.

(33) DONAHUE, nota 20, pp. 31, 56-58.

servicios oficiales de salud sigue siendo alto. Además de problemas logísticos como la ubicación de los centros de salud en localidades que estaban alejadas de la mayor parte de las poblaciones pueblerinas, el sistema de medicina estatal sufre de una incapacidad lingüística, ya que entre los pocos trabajadores del sector salud que pueden hablar un idioma indígena es casi imposible encontrar un profesional médico o una enfermera. El menosprecio por la forma de ser indígena sigue prevaleciendo entre los blancos y mestizos del sector médico estatal, quienes demuestran una actitud paternalista y negativa en contra de las parteras y de los métodos tradicionales con que ellas mantienen el ejercicio de su ocupación (34).

Algunas evidencias anecdóticas indican que experiencias parecidas se vivieron entre la población afro-caribeña de Nicaragua durante la ola populista de la expansión de la salud estatal que caracterizó los primeros años de la Revolución Sandinista, y entre las comunidades indígenas en Panamá que experimentaron niveles varias veces más altos de mortalidad infantil que en otras zonas rurales del país donde se intentaron intervenciones médicas para aumentar los servicios infantil y maternal. De esta manera, a pesar de los esfuerzos crecientes —respaldados por las autoridades internacionales en salud— de buscar formas de incorporar a los curanderos y las parteras a la red de medicina estatal, una característica básica de estos intentos ha sido la falta de una integración equitativa. Más bien, en vez de encontrar una verdadera lógica de sinergia, se ha avanzado imponiendo el modelo biomédico y menospreciando los sistemas etno-médicos. Esto ha tenido el efecto de mantener a las comunidades indígenas y afro-caribeñas menos dispuestas a buscar la forma de integrarse a las opciones disponibles en el terreno de la medicina estatal.

7. *CONSIDERACIONES SOBRE LA INFLUENCIA EXTERNA*

Tal vez más que en cualquier otra parte del mundo, el sector de salud en América Central ha experimentado intervenciones ajenas a

(34) HURTADO; SÁENZ, nota 26, pp. 223-229.

la región. El caso más extremo de este proceso ha sido la intervención estadounidense que dio vida a la República de Panamá y que al mismo tiempo empezó el proceso de «limpiar» el país para servir de plataforma saneada de su zona canalera. Es también notable la presencia casi soberana que tenía la *United Fruit Company* entre 1900 y 1970 en extensas regiones costeras de Guatemala, Honduras, Costa Rica y Panamá, y la importancia en estas zonas de su propio departamento médico, aparato hospitalario, planes de salud para empleados y preocupaciones sanitarias, sobre la orientación de los sistemas nacionales de salud pública (por no hablar de los efectos asombrosos y negativos que generalmente han tenido sus intervenciones ecológicas y sus aplicaciones agroquímicas sobre la salud de los trabajadores y pobladores de las zonas bananeras)(35). Los programas de la División Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller que se realizaron entre 1915 y 1930 contra la anquilostomiasis, la fiebre amarilla, y la malaria en todos los países del istmo (menos Honduras) tuvieron una influencia definitiva en crear un ímpetu hacia la institucionalización estatal de la salud. El papel de la Fundación Rockefeller tuvo un eco filantrópico después de la Segunda Guerra en los programas de la Fundación Kellogg para brindar ayuda a las escuelas médicas de la región y desarrollar programas-piloto en nutrición y medicina comunitaria que han dejado un legado excepcional en el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (vinculado desde su inicio en 1949 con la Oficina Sanitaria Panamericana, ahora mejor conocida como Organización Panamericana de la Salud)(36).

Con la excepción de su relación especial con Panamá, el poder público de los Estados Unidos no empezó a interesarse formalmente en la salud pública de América Central hasta la Segunda Guerra Mundial, cuando el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, que fue promovido por el Instituto de Asuntos Interameri-

(35) CHOMSKY, Aviva. *West Indian workers and the United Fruit Company in Costa Rica, 1870-1940*, Baton Rouge, Louisiana State University Press, 1996, pp. 89-109; MARQUARDT, Steve. Pesticides, parakeets and unions in the Costa Rican Banana Industry, 1938-1962. *Latin American Research Review*, 2002, 37 (2), 1-44.

(36) W. K. Kellogg Foundation. *For the people of Latin America, Kellogg Foundation*, Battle Creek, Michigan, 1986, pp. 11, 55-56.

canos del Departamento de Estado norteamericano, construyó entre 1942 y 1947 centros y unidades locales de salud, y dio apoyo a obras de ingeniería sanitaria en Costa Rica (37). Posteriormente esta política exterior se extendió y creció por medio de USAID, una agencia de ayuda bilateral que competiría con la OPS y la OMS en tener un mayor impacto sobre la subvención y la orientación de los sectores de medicina estatal en la América Central de la posguerra. En Honduras y Guatemala, la agencia gastó entre 1942 y 1990, 65 millones de dólares americanos en 36 proyectos distintos de salud, principalmente en el entrenamiento de trabajadores no-profesionales de salud a nivel de la comunidad y en la construcción de una infraestructura de salud (hospitales y clínicas así como sistemas de agua potable) (38).

Es innegable, entonces, que la fuerte influencia de agencias de salud procedentes de los Estados Unidos ha dejado una profunda huella en la genealogía de la salud pública de América Central. Varios autores han notado que la preponderancia de estas agencias extranjeras, principalmente las estadounidenses, promueve una falta de iniciativa y responsabilidad por parte de las instancias nacionales, una dependencia de los fondos externos, cierta vulnerabilidad debido a la orientación de sus sistemas de salud según caprichos y obsesiones pasajeras en el «mundillo» de agencias internacionales de salud y, en general, una subordinación de la salud pública a objetivos políticos que vienen de afuera (39). Por su parte, Juan César García ha enfatizado la influencia de las instituciones imperiales de salud en producir los aparatos locales de medicina estatal, e identifica una estrecha relación entre los intereses comunes de las oligarquías nacionales y del capital norteamericano con los enfoques de los primeros programas de medicina estatal (40).

A pesar de la validez de buena parte de estas críticas, una síntesis a nivel centroamericano tal vez permite adelantar otra hipótesis acerca

(37) MORGAN, nota 21, pp. 34-36.

(38) BOSSERT, Thomas John. Can they get along without us? Sustainability of donor-sponsored health projects in Central America and Africa. *Social Science and Medicine*, 1990, 30 (9), 1016-1017.

(39) En particular, MORGAN, nota 21; CHOMSKY, nota 35.

(40) GARCÍA, nota 4, p. 108.

de la relativa importancia de la salud internacional en la ecuación local. La cantidad y el grado de las intervenciones extranjeras en salud no tienen ninguna correlación con el grado de coherencia y cobertura en el dominio de la medicina estatal. Es decir, en Honduras y Guatemala, la persistente atención de poderosas agencias extranjeras no ha permitido una superación de los problemas arraigados en sus sistemas de medicina estatal; mientras que la históricamente fuerte presencia de los mismos programas extranjeros en Panamá, Costa Rica, y Nicaragua no ha impedido la reorientación radical de sus sistemas de medicina estatal hacía una coherencia y cobertura mayor. La larga y relativamente constante intervención de la Fundación Rockefeller en cinco países centroamericanos, entre 1915 y 1930, ofrece tal vez la más clara corroboración de este argumento. Es precisamente en Costa Rica, El Salvador y Panamá donde los programas de la Fundación tuvieron mayor éxito en moldear y animar la medicina estatal —precisamente los países que tenían aparatos de medicina estatal con algún grado de coherencia antes de la llegada de la agencia externa—. Aunque mantenía una presencia parecida en Guatemala y Nicaragua, la Fundación fue incapaz de dejar instituciones duraderas en ambos países a causa de factores locales de incoherencia interna de los sistemas políticos y de los profesionales en salud de estos países(41). En síntesis, el factor clave en el desarrollo de los sistemas de medicina estatal es interno y no externo: la cultura política nacional y la movilización de la voluntad política son las fuerzas que han determinado —y que van a determinar— que los países de América Central emprendan, o no emprendan, programas integrales y nacionales de medicina estatal.

8. *LA SITUACIÓN A FINES DEL SIGLO XX*

Al empezar el nuevo siglo, únicamente Costa Rica ha podido desarrollar un sistema de medicina estatal capaz de acercarse a una atención comprensiva para la totalidad de su población. Como lo demuestra un estudio comparativo reciente sobre la disponibilidad de cuidado médico para las personas viviendo con el VIH en América

(41) PALMER, nota 12.

Central, en todos los países menos Costa Rica (y hasta cierto punto, Panamá), solamente el pequeño estrato de los asegurados, y los que pueden pagar por la atención médica y por los medicamentos en el mercado médico, tienen acceso a un tratamiento completo para su enfermedad. En los demás países no existía una cobertura adecuada ni tratamientos suficientes en el año 2000 para los enfermos de sida (42). La situación de la medicina estatal en Guatemala y El Salvador es particularmente incierta e insegura. En El Salvador, la reincorporación de la guerrilla en la vida pública nacional sigue un sendero tortuoso, del mismo modo que lo sigue siendo el proceso paralelo de revincular las redes de salud comunitaria de las zonas anteriormente liberadas por la guerrilla, con el sistema de la medicina estatal (43). En Guatemala, el estado ha emprendido en los últimos años programas más flexibles, con médicos y enfermeras ambulantes en las zonas más rurales del país. Esto es parte de un intento inédito (pero todavía tentativo) de incorporar al pueblo Maya como parte integral de la vida política. Según una dudosa estimación del Ministerio de Salud Pública, la proporción de guatemaltecos sin acceso a servicios médicos ha bajado de alrededor de 50 por ciento en 1990 a algo así como 25 por ciento en el año 2000 (44).

En la Nicaragua de mediados del decenio de 1980, apenas iba adquiriendo *momentum* el nuevo programa de medicina estatal revolucionaria, el país se vio envuelto otra vez en condiciones bélicas y con un embargo económico por parte de los Estados Unidos. El reinicio de una guerra en ese país tendría efectos hasta terminarse en el colapso final del régimen Sandinista en 1990. En este contexto el sistema de salud se reorientó hacia un plan de emergencia nacional, muchos profesionales médicos y de salud buscaron otras opciones para realizar sus carreras y sus propias vidas dentro y fuera del país, y el sistema de salud pública se estancó otra vez, sin mayor capacidad de

(42) WHEELER, David A. *et al.* Availability of HIV care in Central America. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 286 (7), 853-861.

(43) MACDONALD, Mandy; GATEHOUSE, Mike. *In the Mountains of Morazan: Portrait of a returned refugee community in El Salvador*, Londres, Latin American Bureau, 1995, pp. 166-172.

(44) HURTADO; SÁENZ, nota 26, p. 215.

enfrentar la llegada del nuevo modelo impulsado por los políticos post-Sandinistas: el neo-liberalismo. Sin embargo, más que en cualquier otro sector de la asistencia social del estado, la vigencia del Ministerio Nacional de Salud de Nicaragua se ha mantenido gracias, en parte, al alto grado de legitimidad del nuevo aparato de salud. Esto ha ocurrido a pesar de que los presupuestos públicos se redujeron en términos absolutos (y en el contexto de un incremento en la población significaron la escasez de servicios de salud), y el carácter gratuito de la atención médica fue sustituido por pagos variables de los usuarios. El problema básico que enfrenta la medicina estatal en Nicaragua en el momento actual, en palabras macabras de una investigadora sobre el tema, es que «la pésima salud de la población es simplemente una función de su pobreza en aumento constante» (45). Desgraciadamente, fuera de Costa Rica, lo mismo se podría decir de todos los países del istmo.

Tal vez el momento actual no es el más propicio para hablar de las perspectivas de la medicina estatal en América Central, precisamente porque la futura orientación de los mismos estados y comunidades políticas en el istmo es sumamente incierta. Los estados —y no solamente los gobiernos sino además los servicios de salud— de Panamá y Nicaragua quedaron esencialmente suspendidos en momentos de 1990 como resultado más o menos directo de intervenciones bélicas, y es muy temprano para entender hacia que dirección se dirigen sus formas reconstituídas, sobre todo en un mundo en que la manera de organizar y financiar la política social está en un proceso de reformulación y experimentación. Honduras (y en menor escala, Nicaragua) acaba de sufrir uno de los peores desastres naturales en la historia de la región, el huracán Mitch, que aniquiló buena parte de la infraestructura del país. El Salvador y Guatemala están, como muchas veces lo han estado, en vías de establecer sistemas funcionales de gobierno y estados en donde exista una participación de la sociedad civil organizada. Todo esto se ha dado en el contexto de

(45) KAMPWIRTH, Karen. Social policy. In: Thomas W. Walker (ed.), *Nicaragua without illusions. Regime transition and structural adjustment in the 1990s*, Wilmington, SR Books, 1997, pp. 122-123.

una reinención casi completa de las economías nacionales, con el fracaso del modelo de exportación de uno o dos productos agrícolas complementado con una sustitución de importaciones a nivel regional. La estabilidad y los beneficios generales de los nuevos modelos de economía política están lejos de manifestarse. Fuera de Costa Rica, la reinención de la medicina estatal también forma parte de esta agenda pendiente y aplastante.

