

---

# HONDURAS

## SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

### Contexto socioeconómico, político y demográfico

**H**onduras tiene una extensión de 112.492 km<sup>2</sup> y una densidad de población de 46 habitantes por km<sup>2</sup>. En las zonas urbanas la densidad es de 184 habitantes por km<sup>2</sup>. El territorio es predominantemente montañoso y posee 19 cuencas hidrográficas. El principal problema ambiental es la deforestación, ya que desde 1964 hasta 1990 los bosques se han reducido en alrededor de 25.899 km<sup>2</sup> (34%), con una tasa de deforestación promedio anual de 800 km<sup>2</sup>. Se estima que de 1992 a 1993, la pérdida de bosques alcanza 7% de la cobertura notificada en 1990, lo que indica una tasa superior a los 1.000 km<sup>2</sup> por año. El país está dividido en 18 departamentos y 297 municipios con 3.730 aldeas y 27.764 caseríos. Con la aplicación de la Ley de Municipalidades (1990), se fortaleció el proceso de descentralización y se transfirió 5% de los ingresos gubernamentales a las municipalidades.

En 1990 se estableció el programa de ajuste estructural de la economía y se adoptaron progresivamente políticas e incentivos que deberían conducir al uso más eficiente de los recursos, acompañados por programas de compensación social, tales como el Fondo Hondureño de Inversión Social, el Programa de Asignación Familiar y el Fondo Social de la Vivienda, cuyos objetivos son suavizar el impacto del ajuste en los sectores más pobres de la población. La participación de estos tres programas en el gasto social aumentó de 3,6% en 1990 a 13,6% en 1995.

El producto interno bruto per cápita fue de US\$ 702,7 en 1990 y de US\$ 722,0 en 1995, con una tasa promedio de incremento anual de 0,58%. En el mismo período la deuda externa total de Honduras registró un aumento de 23,5% al pasar de US\$ 3.517,8 millones en 1990 a US\$ 4.343,5 millones en 1995; de esta suma, 90% correspondió a la deuda pública.

Si bien las actividades predominantes de la economía siguen siendo la agricultura, la silvicultura, la caza y la pesca, a partir de la década de los noventa se observó un crecimiento

sostenido de la industria manufacturera (maquiladora), que hasta 1994 había generado unos 50.000 empleos, en comparación con los aproximadamente 6.000 que generaba a mediados de los ochenta.

La población económicamente activa (PEA) representa 35% de la población total. En 1995 el subempleo alcanzó 34% en las zonas rurales y 17% en las urbanas. En 1993 las mujeres constituían 31% de la PEA, 40% de la PEA urbana y 22% de la PEA rural. Los hogares encabezados por mujeres representan 24%, y de estos, 65% son pobres.

El mercado de trabajo discrimina a los jóvenes de ambos sexos que ingresan al mercado por primera vez. En 1994, el desempleo y el subempleo afectó a 73% de los hombres y 69% de las mujeres de 15 a 19 años. Este porcentaje se redujo a 43% en los hombres y 45% en las mujeres de 20 a 29 años, y en el grupo de 30 a 44 años están desempleados o subempleados 29% de los hombres y 40% de las mujeres.

La espiral inflacionaria ascendió de 21,7% en 1994 a 29,5% en 1995, afectando sobre todo el costo de la canasta básica de alimentos, que experimentó un aumento de 144% entre 1990 y 1995. Se estima que la población nacional consume en promedio únicamente 77% de las calorías necesarias, en tanto que la disponibilidad per cápita de alimentos se redujo en 10%, ya que el incremento de la producción en el período 1980–1994 fue menor que el de la población.

Un estudio de la Secretaría de Coordinación y Presupuesto basado en el consumo o gasto per cápita promedio mensual de los hogares y el costo de la canasta básica en marzo de 1994, reveló que en 1994 el porcentaje de hogares que estaban por debajo de la línea de pobreza era de 75,6% (la población indigente alcanzó 54,5% de los hogares), y únicamente 24,4% de los hogares se ubicaron en el nivel de no pobres.

En el período 1990–1994, el analfabetismo disminuyó de 31,3% en 1990 a 22,8% en 1994; el mayor descenso porcentual se produjo en el área rural (de 39,8% a 29,0%), y entre las mujeres (de 31,6% a 22,6%). Sin embargo, el analfabetismo en el área rural continúa siendo 49% más elevado que en el área urbana. El promedio de escolaridad en 1994 para la po-

blación total fue de 4,2 años; se estima que 60% de la PEA tiene menos de tres años de instrucción.

El déficit habitacional en 1995 era de 700.000 viviendas. De las viviendas urbanas, 64% presentan problemas de hacinamiento, 33% no disponen de agua potable y 41% carecen de sistemas de saneamiento. En el área rural las viviendas adecuadas representan únicamente 16% del total, y más de 81% no tienen acceso a servicios de agua potable y de eliminación de excretas, ni energía eléctrica.

Con base en el último censo de población realizado en 1988, la población estimada para 1996 era de 5,6 millones de habitantes (49,9% eran mujeres) y la tasa de crecimiento, de 2,8%. En 1996 la población de 0 a 4 años representaba 15,7% del total, la de 5 a 9 años 14,2%, la de 10 a 14 años 12,9%, la de 15 a 19 años 11,5%, la de 20 a 24 años 9,6%, la de 25 a 39 años 18,9%, la de 40 a 59 años 12,1% y la de 60 y más años, 5,1%. Esta distribución muestra una concentración de la población de menores de 15 años (42,8%). En los menores de 15 años y en los mayores de 65 se observaron incrementos en valores absolutos entre 1992 y 1996.

Existen en Honduras ocho etnias culturalmente diferenciadas: lencas, pech, garífunas, chortis, tawahkas, tolupanes o xicaques, misquitos y la población negra de habla inglesa. Un estudio realizado en 1993 sobre la caracterización de los pueblos indígenas de Honduras estimó una población de 253.790 personas (5,97% de la población total). Las zonas habitadas por la población indígena figuran entre las más postergadas en los análisis de la situación de salud que realiza la Secretaría de Salud Pública, con acceso limitado y escasa infraestructura básica de servicios, economías de subsistencia y problemas ecológicos en su entorno.

Se estima que en 1995 la población urbana representaba 43% de la población total y se concentraba en dos ciudades: Tegucigalpa y San Pedro Sula (32,9% y 16,2% del total de la población urbana, respectivamente). Esta concentración obedece principalmente a la migración hacia los centros de dinamismo político y económico del país, cuya tasa de crecimiento anual es de 4%. La migración muestra una importante diferencial geográfica por sexo, y los departamentos de Cortés y Francisco Morazán son los lugares de mayor atracción para las mujeres, principalmente los centros urbanos (San Pedro Sula y Tegucigalpa); por su parte los hombres migran sobre todo hacia las zonas agrícolas. En 1995 la tasa de migración nacional neta estimada total fue de -1,6% (-1,7 para los hombres y -1,4 para las mujeres); los grupos de población que tienden a emigrar son los de 15 a 44 años, con una mayor proporción en el de 20 a 29 años de edad. La emigración ha ido en aumento: en 1989 la tasa de migración neta fue de -1,1% (-1,3 para los hombres y -1,0 para las mujeres).

La esperanza de vida al nacer, que fue de 64 años para la población total en el período 1985-1990, en 1996 se estimó en 71 años para las mujeres y en 66 años para los hombres. La tasa global de fecundidad (TGF) estimada en la Encuesta

Nacional de Epidemiología y Salud Familiar (ENESF) 1991-1992 fue de 5,2 hijos por mujer, en comparación con la de casi 7 en 1970. En el período 1991-1992, la TGF era de 6,4 hijos por mujer en el área rural y de 4,3 en el área urbana. La ENESF 1995-1996 informó una TGF de 4,9 hijos por mujer como promedio nacional, 6,3 en el área rural y 3,9 en el área urbana. La tasa de natalidad por 1.000 habitantes fue de 36,6 en 1992 y de 33,4 en 1996.

Se estima que alrededor de 80% de la población tiene acceso a los servicios de salud públicos: 60% está cubierta por la Secretaría de Salud Pública y aproximadamente 11% por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). El sector privado cubre un porcentaje relativamente bajo de la población total (alrededor de 5%), lo cual significa que un número considerable de hondureños no tienen acceso a los servicios de salud.

## Mortalidad

El limitado desarrollo de las estadísticas vitales en el país se pone de manifiesto en el subregistro de las defunciones, que fue de 44,2% en 1990, último año con información disponible. Según estimaciones de la Secretaría de Planificación, la tasa bruta de mortalidad en 1996 fue de 5,8 por 1.000 habitantes, con un total de 32.666 defunciones de las cuales 18.510 correspondieron a hombres y 14.156 a mujeres; del total de defunciones, 15% (5.355) se notificaron a través de los egresos hospitalarios.

En 1990 las cinco primeras causas de muerte de la población general fueron las enfermedades hipertensivas isquémicas, las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades cardíacas (19,0%), accidentes y violencias (13,0%), las enfermedades del aparato respiratorio (9,5%), las enfermedades infecciosas intestinales (9,0%) y los tumores malignos (8,2%). Las principales causas de mortalidad infantil en 1990 (1.624 defunciones registradas y 638 mal definidas) fueron las enfermedades infecciosas intestinales (28,2%), las enfermedades del aparato respiratorio (21,8%) y las afecciones originadas en el período perinatal (20,6%).

Debido a las limitaciones de registro antes mencionadas, el país recurre a otros tipos de fuentes para calcular las tasas de mortalidad. Entre estas fuentes figuran las encuestas nacionales para temas específicos y los censos de población que se realizan en determinadas áreas geográficas que proporcionan datos de mortalidad basados en diversas metodologías; los datos sobre mortalidad materna son confiables y se basan en una investigación prospectiva realizada en 1990 que indica una tasa de 221 defunciones por 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil (TMI) descendió de 50 por 1.000 nacidos vivos en 1990 a 42 por 1.000 nacidos vivos en 1994.

Las defunciones hospitalarias aumentaron en números absolutos de 4.433 en 1993 a 5.355 en 1996, y de 10% a 16% con

respecto a las defunciones totales para esos años, estimadas en 33.300 y 32.666, respectivamente. De acuerdo con la CIE-9, las primeras causas de defunción hospitalaria entre 1993 y 1996 fueron las enfermedades del aparato respiratorio (11,8%), las enfermedades hipertensivas isquémicas, las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades cardíacas (9,1%), y accidentes y violencias (8,2%). Estas tres primeras causas coinciden (aunque no en el mismo orden), con las notificadas en 1990. Otras causas importantes fueron los tumores malignos (5,7%), las enfermedades virales (5,4%) y el sida (5,4%).

## PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

### Análisis por grupos de población

#### *La salud del niño*

En el decenio de 1980, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer que fueron atendidos en establecimientos de salud de la Secretaría de Salud Pública y del Instituto Hondureño de Seguridad Social osciló entre 7,0 y 8,7%, cifra que aumentó a 9,2% en 1992. El porcentaje de desnutrición en los menores de 5 años aumentó de 48,6% en 1987 a 52,5% en 1991 y, según la Secretaría de Salud Pública, 2,1% de la mortalidad infantil en 1990 tenía como causa asociada la desnutrición, en comparación con 0,9% en 1980.

En cuanto a la práctica de la lactancia materna, el porcentaje de lactantes en lactancia exclusiva (grupo de edad de 0 a 3 meses) aumentó de 36,7% en 1991 a 42,4% en 1995. De esta proporción, 52,2% corresponden a menores que pertenecen a familias de bajo nivel socioeconómico; 51% son residentes de Tegucigalpa o San Pedro Sula y 49,0% del área rural. La lactancia complementaria (grupo de edad de 6 a 9 meses) es de 69,2%, y la lactancia continuada (grupo de edad de 20 a 23 meses) es de 45,4%. La lactancia materna como práctica exclusiva tiene una duración promedio de 2,1 meses.

Al comparar las principales causas de muerte en los menores de 5 años según las dos últimas encuestas epidemiológicas, las infecciones respiratorias agudas continúan siendo la primera causa de muerte con 22% en 1991–1992 y 23% en 1996. Como segunda causa le siguen las diarreas, que aumentaron de 19% a 21% durante el mismo período. Los resultados de la encuesta sobre indicadores socioeconómicos de 1994 muestran que las áreas geográficas con las tasas de cobertura de servicios de agua potable más bajas presentan los índices de prevalencia de diarrea más elevados. Si a las causas relacionadas con el parto (sepsis, asfixia y trauma obstétrico) se agrega la prematuridad, las afecciones perinatales se ubican entre las principales causas de muerte, con una contribución de alrededor de un tercio a la mortalidad en este grupo de edad.

La cobertura de matrícula escolar en el grupo de 5 a 9 años de edad se estimó en 73,1% en 1994. Los datos disponibles para este grupo de población se refieren al estado nutricional y provienen de la serie de censos de talla en escolares de 6 a 9 años de edad, realizados entre 1986 y 1996. La proporción de desnutridos se mantuvo en 39%. La desnutrición crónica afectó en 1996 a 33,3% de las niñas y a 42,2% de los varones, sin mayor variación con respecto a 1986. En 1996 la desnutrición era de 26,2% en la población urbana de este grupo de edad, y 44,6% en la rural, situación que ha empeorado desde 1991, cuando era de 24,4% y 40,8%, respectivamente. El retardo de la talla muestra una clara tendencia a incrementarse con la edad: en 1996 fue de 28,8% para los escolares de 6 años, 40,7% para los de 7 años, 50,9% para los de 8 años y 58,9% para los de 9 años.

#### *La salud del adolescente (de 10 a 14 y de 15 a 19 años de edad)*

La legislación hondureña define como jóvenes a aquellos en edades comprendidas entre 13 y 25 años, que en 1994 representaban 28% de la población total. Este grupo forma 47% de la PEA total y es responsable de 7,5% de los hogares del país. En 1993, 46% de los jóvenes vivían en áreas urbanas y 54% en áreas rurales. Según la Secretaría de Salud Pública, 16,3% de los casos de sida se han presentado en el grupo de 10 a 24 años de edad en 1995, precedido por los grupos de 25 a 29 años (20%) y 30 a 34 años (21%).

Según la ENESF 1995–1996, cerca de 45% de las mujeres de 18 años ya han iniciado relaciones sexuales, y la mitad de ellas ya tienen a esa edad el primer embarazo; 8,5% de las mujeres de 15 años y cerca de 40% de las de 18 ya han tenido una unión marital, y a los 20 años, 50% de las mujeres son madres. El 27,6% de las mujeres en unión entre 15 y 19 años emplean algún método anticonceptivo, y los más utilizados son los orales.

En el grupo de 16 a 19 años, el analfabetismo disminuyó de 11,9% en 1990 a 8,2% en 1994. En los hombres, esta proporción disminuyó de 14,4% a 10,1%, y en las mujeres, de 9,4% a 6,2% en el mismo período. En el Distrito Central existen 70 “maras” (grupos delincuentes juveniles) integradas por unos 1.500 jóvenes de 10 a 25 años, la mayoría del sexo masculino, que operan en los sectores marginales de estratos medios y bajos.

#### *La salud de la población adulta (de 15 a 60 años de edad)*

Los resultados de una investigación de mortalidad de mujeres en edad reproductiva realizada en 1990 (IMMER-90) indican que la tasa de mortalidad materna fue 221 por 100.000 nacidos vivos en ese año, con tasas más elevadas en aquellos departamentos en condiciones socioeconómicas más precarias y

con dificultades de acceso a los servicios básicos de salud (Gracias a Dios, Intibucá, La Paz, Lempira, Ocotepeque, Atlántida, Colón y Comayagua). Respecto a la estructura de la mortalidad materna, la IMMER-90 destaca como primera causa de muerte la hemorragia (32,8%), seguida de las infecciones (20,7%) y los trastornos hipertensivos (12,3%). Las muertes maternas por aborto constituyen 8,7% del total de muertes, y en 79% de estos casos la causa de la muerte fue la infección. A nivel hospitalario, la principal causa de muerte materna fue la infección (30,4%), seguida de los trastornos hipertensivos. Juntas, estas dos causas dan cuenta de 50% de las muertes maternas hospitalarias, y la hemorragia, de 15,2%. La IMMER-90 estimó que 5 de cada 100 muertes en mujeres de 15 a 49 años se atribuyen a cáncer de cuello uterino. En 1996, la mayor proporción (70,4%) de egresos hospitalarios en el grupo de 15 a 49 años correspondió a partos y 1,6%, a síndrome de dependencia alcohólica.

Aunque no se dispone de datos recientes, existen algunos indicios de que en el país podría estar disminuyendo la tasa de mortalidad materna estimada para 1990. Por ejemplo, de 1991–1992 a 1996 la atención institucional del embarazo y del parto se incrementó en 14% y 18%, respectivamente, mientras que la proporción de mujeres en unión que utiliza un método de planificación familiar aumentó alrededor de 7% durante el mismo período.

#### *La salud del adulto mayor (de 60 años y más)*

El envejecimiento de la población ocasionado por el incremento de la esperanza de vida se traduce en la demanda de atención de problemas propios de los ancianos que, a su vez, implica una carga adicional para los servicios de salud, en un contexto en que todavía la atención de necesidades de la población joven no ha sido superada completamente. No existe información sobre el estado de salud de la población anciana. Los datos de egresos hospitalarios de 1996 muestran que 17,9% corresponden a síndrome de dependencia alcohólica y 16,6% a diarreas (en el grupo de 50 años y más).

#### *La salud de los trabajadores*

El plan nacional de salud de los trabajadores, elaborado por la Comisión Nacional de Salud Ocupacional en 1992, estimó que la población económicamente activa representa 31,8% de la población total, y señaló que las condiciones de trabajo son deficientes e inseguras para la salud de los trabajadores. Se identificaron seis problemas de salud: los accidentes en los sitios de trabajo, la intoxicación con pesticidas, el ruido en el sector manufacturero, la salud reproductiva de las trabajadoras, el uso generalizado de productos químicos y los problemas de salud mental (tales como depresión y alcoh-

lismo). Existen pocos datos disponibles sobre estos temas, excepto los estudios realizados sobre pesticidas en alimentos elaborados y en la leche humana, y sobre los niveles de colesterol en los trabajadores agrícolas.

#### *La salud de los discapacitados*

En Honduras, 4,5% de la población presenta alguna discapacidad que requiere rehabilitación. Aunque se desconoce la distribución por sexo y edad de los afectados, hay informes aislados provenientes de instituciones específicas tales como el IHSS, los hospitales generales, el asilo para inválidos y la Fundación Teletón. Esta última tiene tres centros (en Tegucigalpa, San Pedro Sula y Santa Rosa de Copán), en los que entre 1990 y 1995 atendió a 26.139 pacientes. Se estima que en los municipios de Siguatepeque y La Esperanza, 4,5% y 4,8% de la población, respectivamente, tiene alguna discapacidad, lo que ha llevado al fortalecimiento del proceso de rehabilitación basado en la comunidad.

#### *La salud de los indígenas y de las poblaciones fronterizas*

La población indígena hondureña en edad productiva tiene de 8 a 59 años de edad. La desnutrición es un problema generalizado entre ellos, y afecta a 95% de la población menor de 14 años. De cada 100 indígenas que nacen, 68 mueren de enfermedades infectocontagiosas. En 1993, la esperanza de vida estimada para este grupo fue de 36 años para los hombres y 43 años para las mujeres, mientras que la esperanza de vida de la población general se estimaba en 67 años (64,8 años para los hombres y 69,6 para las mujeres).

En las localidades ubicadas en la frontera entre Honduras y El Salvador, donde residen 71.043 habitantes, las cinco primeras causas de mortalidad general en 1994 fueron las enfermedades respiratorias, las infecciosas intestinales, las afecciones originadas en el período perinatal, los accidentes y las neumonías en los departamentos de La Paz e Intibucá (Honduras), y las enfermedades diarreicas, la desnutrición, las enfermedades respiratorias, los accidentes y las enfermedades cardíacas, en el departamento de Morazán (El Salvador). La cobertura de inmunización en 12 municipios fronterizos es en promedio de 60,3%.

### **Análisis por tipo de enfermedad o daño**

#### *Enfermedades transmisibles*

**Enfermedades transmitidas por vectores.** Los datos notificados indican que el número de casos de malaria aumentó

de 70.838 en 1992 (IPA:18,05) a 74.487 en 1996 (IPA:16,49), principalmente en las zonas norte y sur del país, donde en conjunto se notificaron 52% de los casos en 1996. Sin embargo, es la zona pantanosa del oriente la que presenta las tasas más altas de incidencia por cada 1.000 habitantes (46,4 en 1994 y 74,3 en 1995). En 1996, 98,9% de todos los casos se debieron a *Plasmodium vivax* y 1,1% (1.003 casos), a *P. falciparum*. En 1995 se registraron tres defunciones hospitalarias, dos de las cuales correspondieron al sexo femenino y a mayores de 50 años. De 1993 a 1995, el mayor número de casos se presentó en el grupo de 15 a 49 años y en el sexo femenino (51% en 1993, 62% en 1994 y 53% en 1995).

Se notificaron 2.687 casos clínicos de dengue en 1993, 4.687 en 1994 (74% más que en 1993) y 28.064 en 1995; en 1996 el número de casos se redujo a 7.564. En 1995 el mayor número de casos de dengue clásico (16 de ellos asociados con síndrome hemorrágico) se diagnosticaron en las zonas central y norte del país, donde se presentaron casi 50% de todos los casos; los meses más críticos fueron los de agosto a noviembre, época lluviosa en la que se registraron 86% de todos los casos del año. En 1993–1994, la mayor parte de los casos se presentaron en mujeres, y más de la mitad, en la población mayor de 15 años.

*Rhodnius prolixus* y *Triatoma dimidiata* son los vectores transmisores de la enfermedad de Chagas en Honduras. El primero se localiza en las zonas rurales montañosas que se extienden desde el sur de la frontera con Guatemala hasta la frontera con El Salvador y Nicaragua. El segundo está ampliamente distribuido en el país, tanto en zonas rurales como urbanas. En 1994 se notificaron 14 casos clínicos de enfermedad de Chagas, 94 en 1995 y 66 hasta octubre de 1996. Un estudio clínico-epidemiológico realizado en 1995 mostró una prevalencia de 35% de enfermedades cardíacas en adolescentes y adultos seropositivos en áreas altamente endémicas, y los programas de implantación de marcapasos señalan que en el período 1994–1996, 25% de los pacientes, con una edad promedio de 32 años, padecían la enfermedad. Un estudio realizado en 1996 en el municipio de San Francisco de Opalaca, departamento de Intibucá (zona de alta prevalencia), mostró que 17,7% de los niños menores de 5 años estaban infectados.

En 1992 se notificaron 992 casos de leishmaniasis cutánea y 1.083 en 1994. Esta cifra se incrementó 13% en 1995, con 1.230 casos de los cuales 70% se presentaron en el departamento de Olancho; en 1996 se comunicaron 1.234 casos. Los registros hospitalarios no informan del número de casos de leishmaniasis atípica y visceral, aunque en 1996 el laboratorio central de la Secretaría de Salud Pública notificó 3.866 casos con diagnóstico confirmado, de los cuales 1.678 correspondieron a la forma cutánea ulcerada, 238 a la mucocutánea, 169 a la visceral y 1.781 a la cutánea no ulcerada.

**Enfermedades inmunoprevenibles.** No se han presentado casos de poliomielitis desde 1989. Se notificó un caso de sarampión en 1995 y cuatro en 1996; desde 1991 no se registran muertes por sarampión. La cobertura de vacunación en el grupo de menores de 1 año fue de 91% en 1996, mientras que la correspondiente al grupo de menores de 5 años aumentó en relación con los años anteriores, y en 1996 fue de 97,3% para la Sabin, 96,5% para la DPT, 98,7% para la antisarampionosa y 100% para la BCG.

En 1990 el país adquirió el compromiso de eliminar el tétano neonatal; en 1995 la cobertura alcanzada con segunda dosis de toxoide tetánico en mujeres en edad fértil fue de 93%. Únicamente se han notificado tres y cuatro casos de tétanos neonatal en 1995 y 1996, respectivamente, lo que representa una disminución de 50% en relación con 1994. En el período 1990–1994, 63% de los casos procedían de áreas urbanas.

En 1994 se inició una campaña para vacunar contra la hepatitis B a todos los trabajadores de salud; en 1995 se había vacunado a 50% y en 1996 a 67,8%. En 1996 se presentaron 200 casos de tos ferina. No se han notificado casos de difteria desde 1981, y ante la alerta por brotes en la región de las Américas, se intensificó la vigilancia. En relación con la meningitis tuberculosa, se presentaron 11 casos en 1994, 8 en 1995 y 10 en 1996.

**Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.** La prevalencia de diarreas en menores de 5 años disminuyó en Tegucigalpa y San Pedro Sula de 25,5% en 1987 a 18,8% en 1991 y 14,8% en 1996. En el área rural la prevalencia ha sido variable (31,9% en 1987, 19,1% en 1991 y 21,1% en 1996). El cólera apareció en el país en octubre de 1991, causando una letalidad hospitalaria en menores de 5 años de 4,2% en 1992 y 2,0% en 1996. En 1995 hubo 4.748 casos de cólera a nivel nacional, con una tasa de letalidad de 1,6% (77 defunciones); 56% de los casos se presentaron en hombres y 76% de estos en el grupo de 15 años y más. En 1996 hubo 708 casos y 14 defunciones, con una letalidad de 1,9%; 53,2% de los casos se presentaron en hombres y, de estos, 40% en el grupo de 15 años y más.

**Enfermedades crónicas transmisibles.** En 1992 se presentaron 45 casos de meningitis tuberculosa, 23 en 1993 y 15 en 1994, con 6, 5 y 11 casos en menores de 5 años, respectivamente. El número promedio de casos de tuberculosis notificados de 1992 a 1996 fue de 4.267, con una tasa de morbilidad de 83,3 y una de mortalidad de 4,9 por 100.000 habitantes en 1992, y de 70,6 y 5,0 por 100.000 habitantes en 1996, respectivamente.

En el período 1993–1995 el promedio anual de egresos hospitalarios por tuberculosis fue de 1.289, con predominio de casos en el sexo masculino (60%) y en mayores de 15 años. La zona centro y nororiente del país son las que presentan el

mayor número de casos. La tuberculosis extrapulmonar presentó una tasa de 5,2 casos por 100.000 habitantes en 1989 y de 2,0 casos en 1996. Se han tratado todos los casos detectados de tuberculosis pulmonar, y únicamente se presentó un caso farmacorresistente. De los 416 pacientes que reciben tratamiento acortado estrictamente supervisado, 380 sanaron y 36 abandonaron el tratamiento (esta información corresponde a 50% de los casos diagnosticados por baciloscopia durante el primer semestre de 1995).

La tasa de prevalencia de lepra se mantuvo en 0,1 (84 casos) por 10.000 habitantes desde 1992 hasta 1995; hubo un promedio de tres casos nuevos por año entre 1992 y 1995.

**Infecciones respiratorias agudas.** La ENESF 1991–1992 señala que las infecciones respiratorias agudas son más frecuentes en Tegucigalpa y San Pedro Sula (38,2%) que en otras ciudades de menor tamaño y que en el área rural (32%), y que los niños menores de 1 año son los más afectados. La prevalencia de las infecciones respiratorias agudas se reduce de 38% en los menores de 1 año a 25% en los de 4 años de edad. Gracias al fortalecimiento de las actividades de manejo comunitario de las neumonías y la capacitación de voluntarios, ha disminuido la letalidad de estas infecciones.

**Rabia y otras zoonosis.** En 1992 se presentaron dos casos de rabia humana en la zona metropolitana, en 1993 no se presentó ninguno, en 1994 se presentó uno en la zona sur del país y en 1995 se presentaron dos casos, ambos en la zona metropolitana de Tegucigalpa. Con excepción de un caso, los restantes se presentaron en pacientes menores de 10 años. En 1996 no se presentaron casos de rabia humana. El número de casos de rabia canina disminuyó de 14 en 1995 a 9 en 1996.

Con respecto a la cisticercosis, un estudio realizado en 1995 en los animales sacrificados en la procesadora metropolitana de carne mostró que 3% de los porcinos sacrificados se encontraban infectados con cisticercos. Los departamentos de Olancho, Francisco Morazán, El Paraíso y Choluteca son los más afectados.

**Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.** En 1993 se notificó una tasa de 19,0 casos de sida por 100.000 habitantes, y en 1995 la tasa fue de 17,7. El patrón de transmisión predominante es a través de las relaciones heterosexuales (82,9%). La razón hombre/mujer de 4:1 registrada al inicio de la epidemia se ha reducido con los años hasta acercarse a la paridad de ambos grupos. El grupo de edad de 25 a 29 años es el más afectado (21,8%), aunque en el grupo de menores de 5 años ha ido aumentando el número de casos diagnosticados (de 1,9% en 1987 a 4,8% en 1996). Geográficamente, la mayor proporción de casos (47,6%) de sida provienen de la zona norte del país, seguida de la región central (20,4%). De los 6.005 casos acumulados hasta 1996, 1.041 han muerto. El

porcentaje de mujeres infectadas también ha ido en aumento: de 30,3% de 752 casos en 1992 a 38% de 734 en 1996. En 1991, en San Pedro Sula la tasa de prevalencia de VIH fue de 3,6% entre las mujeres embarazadas y de 14% entre las trabajadoras del sexo. La tasa registrada de prevalencia en el grupo de embarazadas fue de 2,8% en 1992 y de 2,5% en 1993. Entre las trabajadoras del sexo, la prevalencia fue de 16,3% en 1992 y 15% en 1993. En Tegucigalpa se observa una prevalencia sostenida de VIH de 0,3% entre las mujeres embarazadas en 1992 y 1993.

En relación con las enfermedades oportunistas, la candidiasis ocupa el primer lugar con 37,7% seguida por la tuberculosis, en sus formas pulmonar (19,8%) y diseminada (3,6%). Esta asociación entre tuberculosis y sida muestra una tendencia ascendente, con una tasa de 0,11 por 100.000 habitantes en 1986 y una de 1,4 en 1996. No se ha demostrado aún la presencia de tuberculosis por cepas resistentes al tratamiento convencional.

**Otras enfermedades de transmisión sexual.** La incidencia de casos sigue siendo mayor en la región metropolitana y en el norte del país. En el período 1992–1995, el número de casos de estas enfermedades disminuyó gradualmente de 2.004 a 1.026. En 1996 se notificaron 1.112 casos, con una tasa de 19,8 por 100.000 habitantes. De acuerdo con los registros de egresos hospitalarios, la sífilis predomina en las mujeres y en el grupo de 15 a 49 años, seguido por el de los menores de 1 año, en quienes se detecta la enfermedad en el momento del parto. En cuanto a la gonorrea, el número de casos notificados disminuyó de 5.952 en 1992 a 2.146 en 1996.

#### *Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud*

**Enfermedades y deficiencias de la nutrición y del metabolismo.** La desnutrición proteinoenergética crónica —retardo del crecimiento— en menores de 5 años se ha mantenido sin variaciones significativas de 1987 (39,1%) a 1994 (39,7%). Aunque desde 1987, en el grupo de 1 a 5 años ha disminuido (de 43,9% en 1987 a 36,7% en 1996), la prevalencia se mantiene alta, sugiriendo que el problema se debe a períodos prolongados de alimentación deficiente acompañados de constantes procesos mórbidos leves. La desnutrición —enflaquecimiento— se ha reducido y no representa un problema de gran magnitud; mostraba valores de 1,9% en 1987, 2,4% en 1991–1992 y 1,9% en 1993–1994. La desnutrición global (deficiencia de peso para la edad) se ha mantenido a lo largo del período 1987–1994 entre 20,6% en 1987, 21% en 1991–1992 y 19,0% en 1993–1994. El mayor daño nutricional se observa en la zona rural occidental del país, en donde se

registran prevalencias de 59,5% de desnutrición crónica y 32,5% de desnutrición global, situación íntimamente relacionada con los altos niveles de pobreza (96,1%) existentes en esa zona.

La deficiencia de vitamina A afecta a 13% de la población de 1 a 3 años de edad, que presenta una deficiencia subclínica de vitamina A. El problema es mayor en el occidente rural, seguido de otras áreas urbanas y el norte rural. No existen datos actualizados sobre la prevalencia de bocio por deficiencia de yodo en escolares (en 1987 fue de 8,8%); sin embargo, estudios de yoduria realizados en 1995 en sitios centinelas permiten inferir que no es un problema de gran magnitud. La deficiencia de estos micronutrientes ha sido tratada mediante un programa exitoso de fortificación de la sal con yodo y el azúcar con vitamina A. La deficiencia de hierro es alta y en 1996 afectaba a 30,2% de los niños entre 1 y 3 años, de los cuales 0,5% presentaban anemia grave. Este problema está esparcido en todo el territorio nacional. El 26% de las mujeres en edad fértil y 32% de las embarazadas con niveles deficientes de hemoglobina estaban anémicas.

**Enfermedades cardiovasculares.** La única información disponible son los registros de egresos y de mortalidad hospitalarios. La tasa de egresos hospitalarios por 100.000 habitantes fue de 99,0 en 1993 (2.030 pacientes), 116,6 en 1994 (4.768 pacientes) y 126,3 en 1995 (6.189 pacientes); la tasa de mortalidad hospitalaria por 100.000 habitantes fue de 11,7, 14,8 y 13,6, respectivamente, para los mismos años. En todos los egresos por enfermedades cardiovasculares predominan las mujeres mayores de 50 años. La mayor proporción (38%) de las defunciones corresponden a enfermedades cerebrovasculares. Aunque estos datos no permitan generalizar una tendencia para el país, se puede observar un aumento tanto en la mortalidad como en los egresos hospitalarios por estas causas.

**Tumores malignos.** De las 173.961 citologías realizadas en 1995 en todo el país (34,8% de cobertura a mujeres de 30 a 59 años), 0,4% de las muestras resultaron anormales, y el mayor número de casos correspondió a la zona noroccidental del país. El 53% de las muestras anormales se presentaron en mujeres de 30 a 49 años y 25%, en mujeres de 50 años y más. Desde 1990 se cuenta con un registro de incidencia de cáncer ubicado en el Hospital General San Felipe (Tegucigalpa), centro de referencia nacional de pacientes con cáncer, y único con una unidad de cobalto 60 a nivel institucional. En 1990 y 1995 se atendieron 389 y 870 casos nuevos de pacientes con cáncer, respectivamente. En 1994, 60% correspondió a cáncer de útero, 8% a cáncer de mama femenina, 4% a cáncer de tráquea, bronquio y pulmón, 4% a cáncer de piel y 3,6% a cáncer de estómago. El Departamento de Estadísticas de la Secretaría de Salud Pública informó que la mortalidad hos-

pitalaria por tumores malignos alcanzó una tasa de 60 por 100.000 habitantes en 1993, 51 por 100.000 en 1994 y 43 por 100.000 en 1995. Las principales localizaciones son el aparato digestivo, el genitourinario, el respiratorio y los huesos y tejidos.

**Accidentes y violencia.** La violencia común ha ido aumentando en todo el país, de acuerdo con la información proporcionada por la Dirección de Investigación Criminal. Por su parte, la Fuerza de Seguridad Pública informó que la tasa de homicidios aumentó de 20,7 por 100.000 habitantes en 1989 a 40,0 por 100.000 en 1995; en la mayoría de los homicidios se utilizan armas de fuego (69,6%). Asimismo, ha disminuido la edad de inicio de actividades delictivas (10 años de edad).

La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito aumentó de 7,6 por 1.000 habitantes en 1989 a 13,8 en 1994, mientras que la violencia doméstica registró una tasa de 65,5 por 100.000 habitantes en 1996, año en que se inició el registro por denuncia de este tipo de violencia. Los delitos contra menores (entre 1 y 18 años de edad) alcanzaron una tasa de 66,0 por 100.000 habitantes en 1996. En ese mismo año, la tasa de denuncia de violaciones sexuales fue de 3,0 por 100.000 habitantes para las mujeres y de 5,3 por 100.000 mujeres para las niñas.

**Trastornos del comportamiento.** Ha disminuido la edad de inicio de consumo de alcohol y tabaco. Un estudio sobre infancia y alcohol realizado en ocho colonias marginales del área metropolitana en 1992 reveló que la edad en la que se consumió alcohol por primera vez oscila entre los 10 y 16 años, y que el hogar y la casa de un amigo son los lugares donde se experimenta esta primera ingesta. En 78% de los hogares habitados por jóvenes se usa alguna droga, y el tabaco y el alcohol son las sustancias que más se consumen. El 42% de los accidentes de tráfico están asociados al consumo de alcohol por los conductores, y 61% de los accidentes de trabajo (lesiones y mutilaciones) suceden entre trabajadores que han ingerido alcohol en exceso el día anterior. El 51% de los divorcios acontece entre parejas donde uno de los cónyuges, por lo general el hombre, es alcohólico y presenta trastornos de la personalidad.

En un estudio realizado por el Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia, sobre el uso de alcohol y drogas en los estudiantes de escuelas normales de Honduras en 1996, cuatro de cada cinco estudiantes notificaron que el alcohol puede ser obtenido fácilmente por los niños y adolescentes en el barrio o colonia donde viven, y aproximadamente la mitad de los encuestados (47%) comunicaron lo mismo en cuanto al tabaco. Respecto a las drogas ilegales, menos de 17% señalaron que les resultaba fácil la obtención de marihuana en sus comunidades.

**Desastres naturales.** En 1993 las tormentas Bert y Gert afectaron a 4.000 hogares, 30.000 habitantes y 2.000 km<sup>2</sup> de tierras agrícolas en la región norte de Honduras. En noviembre de 1996 se produjeron inundaciones debidas a precipitaciones en las cuencas de los ríos Chamelecón, Ulúa, Luán y Aguán; se calcula que 80.840 personas fueron afectadas por esta situación. Además se perdieron cultivos de maíz, frijol, sorgo, arroz y bananas por un valor aproximado a los US\$ 7,7 millones, y algunas carreteras y alrededor de 10 puentes sufrieron daños.

## LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

### Políticas y planes nacionales de salud

El esfuerzo para modernizar y descentralizar el Estado abarcó también al sector salud. Entre 1994 y 1997 la Secretaría de Salud Pública profundizó el proceso de descentralización hasta llegar a las mismas áreas de salud y a los órganos de gobierno municipal, e incorporó en los mismos a otros actores importantes para promover el proceso de “acceso a los servicios de salud, eje fundamental de la reforma de los servicios de salud”. El proceso nacional de acceso se ha constituido en la política central de la Secretaría de Salud Pública y en la respuesta de esta institución a las demandas extrasectoriales de reforma provenientes de la Comisión Nacional de Modernización del Estado, la Secretaría de Hacienda, la Secretaría de Gobernación y otros organismos de la administración central que intervienen en los procesos de reforma estructural del Estado hondureño, así como de los organismos internacionales de crédito.

Por otra parte, el envejecimiento de la población, las transformaciones operadas en el perfil epidemiológico, el incremento de la violencia, de las enfermedades mentales, de la drogadicción y de las enfermedades crónicas como el cáncer y las afecciones cardiovasculares, añaden complejidad al panorama epidemiológico de Honduras. A ello se agrega la urbanización acelerada, sin adecuados servicios de infraestructura, y las expectativas de una población más educada que demanda una atención oportuna y de calidad, mientras que por lo menos 30% de la población no tiene acceso a servicios básicos de salud.

El proceso nacional de acceso, que aborda estos problemas extendiendo la cobertura de servicios y transformando a las instituciones de salud fundamentales del país, bajo la rectoría y regulación de la Secretaría de Salud Pública, incluye tres estrategias básicas: la readecuación de las redes locales de salud, haciendo hincapié en las áreas de salud; el control social de la gestión de los sistemas de salud, y el desarrollo y transformación cualitativa de los recursos humanos. La definición de una política de salud adecuada y de las estrategias

básicas para concretarla han fortalecido la capacidad de conducción política de la Secretaría de Salud Pública, así como su poder de negociación con los distintos actores relevantes y de convocatoria nacional. Se han descentralizado múltiples aspectos de la gestión y planificación, lo cual contribuye a que las instancias normativas centrales e intermedias, habituadas al manejo centralizado de programas verticales, tengan que revisar las modalidades de trabajo. Por otra parte, también los organismos de cooperación externa están coordinando sus acciones en torno a los procesos nacionales y descentralizando sus actividades de cooperación hacia las áreas de salud más postergadas para lograr mayores impactos con equidad, eficiencia, eficacia y participación social, que son los principios fundamentales de la política de salud de Honduras.

La Secretaría de Salud Pública ha impulsado políticas específicas tales como la extensión acelerada de los servicios mediante el acceso universal a paquetes básicos de salud; la coordinación de la cooperación externa; la reorganización del sistema, con énfasis en los niveles locales; la protección del ambiente y la salud; el financiamiento de la salud; la seguridad alimentaria; el desarrollo de los recursos humanos institucionales y comunitarios, y problemas críticos de urgente solución, tales como el desabastecimiento de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos. En el plan de gobierno 1994–1997 se propuso aumentar la cobertura de servicios de agua y saneamiento en las áreas con mayores riesgos epidemiológicos, así como proteger la naturaleza con una concepción ecológica sostenible del desarrollo humano local.

### Organización del sector salud

#### *Organización institucional del sistema de salud*

El sistema de salud de Honduras está compuesto por los subsistemas público y privado. Los servicios son prestados fundamentalmente por la Secretaría de Salud Pública, que da cobertura a 60% de la población y funciona como agencia proveedora y reguladora, el Instituto Hondureño de Seguridad Social, que atiende entre 10% y 12% de la población, y, en menor grado, por las Fuerzas Armadas, la Junta Nacional de Bienestar Social y el Departamento de Medicina, Higiene y Seguridad Ocupacional del Ministerio de Trabajo. El subsistema de salud pública es rector, además, del Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA). El subsistema privado lo constituyen 15 hospitales y un número no bien cuantificado de consultorios privados, algunos de los cuales son financiados y administrados por grupos religiosos; se estima que da atención a alrededor de 10% de la población.

Los servicios que presta la Secretaría de Salud Pública están organizados en seis niveles de atención, articulados por un débil sistema de envío. Para la conducción y gerencia de

los servicios, la Secretaría ha organizado nueve regiones sanitarias, las que a su vez se dividen en 41 áreas de salud; esta división no coincide con la división político-administrativa del país. En 1994 la red de servicios de la Secretaría contaba con 978 establecimientos, distribuidos en 28 hospitales, 214 centros de salud con médico, 727 centros de salud rural y 9 clínicas maternoinfantiles. De los 28 hospitales, 6 son considerados de referencia nacional, 6 regionales y 16 de área.

El subsector público cuenta con 4.803 camas de las cuales 4.141 pertenecen a la Secretaría de Salud Pública y 662 al IHSS (una tasa de 0,8 camas públicas por cada 1.000 habitantes). En 1995 la Secretaría de Salud Pública produjo 35,1 egresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes, de los cuales 40% se debieron a partos. El subsector privado produce alrededor de 30% de todos los egresos hospitalarios del país. El porcentaje promedio de ocupación en los hospitales de la Secretaría de Salud Pública fue de 73%. En el área rural, la gran mayoría de los partos son atendidos por parteras tradicionales; en el área urbana, este servicio lo proveen los hospitales.

Para coordinar las acciones y evitar la duplicación de servicios de atención primaria y terciaria, se han establecido convenios de atención compartida entre el Hospital Médico Quirúrgico del IHSS y los hospitales nacionales de la Secretaría de Salud Pública en las áreas de psiquiatría, oftalmología, oncología, nefrología, cuidados intensivos y cardiología.

### *Legislación sanitaria*

El Código Sanitario vigente fue aprobado en 1991. Mediante la Ley de Municipalidades (Decreto No. 134-40 de octubre de 1990), se ha avanzado en la descentralización sanitaria y en la coordinación y ejecución de medidas y acciones que aseguren la salud y el bienestar general de la población.

La Ley General del Ambiente, aprobada en 1993 para incentivar la promoción del medio ambiente, estableció la creación del Despacho del Ambiente, el Consejo Consultivo Nacional del Ambiente y el Comité Técnico Asesor para apoyar a la Secretaría del Ambiente y a la Procuraduría del Ambiente.

En 1992 se promulgó la Ley de Modernización y Desarrollo del Sector Agrícola, que tiene a su cargo el registro de productos agroquímicos o biológicos de uso agrícola o veterinario, con el fin de evitar los riesgos ambientales, y en 1993 se aprobó un reglamento para el control sanitario de la venta de alimentos en lugares públicos.

En 1993 se emitió una ley de procedimientos que otorga trato especial a los ancianos, jubilados y pensionados, concediendo descuentos para recreación, viajes, hospitalización y otros servicios.

Existe una comisión de salud en el Congreso Nacional, que tiene a su cargo el estudio y la emisión de dictámenes sobre diferentes anteproyectos de leyes que luego se someten ante la

Cámara Legislativa para su aprobación. Dentro del contexto de la integración centro y latinoamericana, dicha comisión forma parte del Parlamento Centroamericano (PARLACEN) y del Parlamento Latinoamericano (PARLATINO).

### *Organización de las actividades de regulación sanitaria*

#### **Certificación y ejercicio de las profesiones de la salud.**

La fuerza de trabajo del sector salud, como la de otros sectores laborales, está regulada en el país por la Ley de Servicio Civil vigente cuyo cumplimiento está a cargo de una oficina de personal y recursos humanos. En el caso particular de los médicos, el estatuto del médico empleado regula cuestiones tales como procedimientos para reclutar y mantener al personal médico, jornadas laborales, promociones y ascensos e incrementos salariales. Los gremios profesionales, especialmente los que agrupan al personal médico y de enfermería, se encuentran en un proceso de revisión de las regulaciones para el ejercicio de sus respectivas profesiones.

**El mercado de medicamentos.** En Honduras circulan entre 7.000 y 9.000 medicamentos de los cuales 5.071 poseen licencia de comercialización otorgada por la Secretaría de Salud Pública. De estos, 4.011 corresponden a productos de marca y 1.060 a productos genéricos. Los medicamentos que se consumen en el país son comercializados por una red de distribuidores: 115 mayoristas (droguerías), 620 farmacias y 215 puestos de venta de medicamentos.

La Secretaría de Economía controla el precio y los márgenes de utilidad de los medicamentos importados. El precio de los productos farmacéuticos de producción nacional es libre y no está sometido a ningún control. Entre 1992 y 1994 los índices oficiales de precios de los productos farmacéuticos importados se han incrementado en 26%, conjuntamente con los correspondientes a los del cuidado de la salud (30% en el mismo período).

**La calidad del ambiente.** El problema de la contaminación de los ríos solo se ha investigado en aquellos lugares donde la contaminación es evidente. En la mayor parte de los sistemas de agua de las zonas rurales se ha detectado contaminación bacteriológica. En las zonas urbanas, como Tegucigalpa y Choluteca, la contaminación del agua de consumo tiene lugar en la red de distribución debido a la obsolescencia de la misma. Según los registros del Servicio Nacional de Agua y Alcantarillado (SANAA), de los 55 sistemas principales de alcantarillado del país únicamente 11 poseen sistemas de tratamiento de aguas servidas. Se estima que 82% de la población cuenta con sistemas de disposición de excretas consistente en alcantarillado sanitario, tanque séptico o letrina.

Se han realizado esfuerzos para contrarrestar la contaminación atmosférica. La Secretaría del Ambiente, junto con los Ministerios de Hacienda y Economía, han realizado actividades para lograr la introducción de la gasolina sin plomo en el país. Mientras tanto, el Centro de Estudios sobre Contaminantes continúa con la vigilancia de la contaminación atmosférica por emisiones de vehículos de motor, así como de otros contaminantes. Por su parte, la Secretaría de Salud Pública efectúa estudios sobre residuos hospitalarios.

En 1993 se creó la Secretaría del Ambiente (SEDA) para asegurar el cumplimiento de la Ley General del Ambiente, formular políticas y coordinar acciones con otras instituciones como el Ministerio de Recursos Naturales, el SANAA y organismos de cooperación internacional, para proteger el medio ambiente en todo el territorio nacional. Los instrumentos legales que protegen la salud y el ambiente son, además de la mencionada Ley General del Ambiente, el Reglamento General del Ambiente, el Código de Salud y la Ley de Municipalidades. Esta última le confiere a las municipalidades competencias particulares para el manejo de los recursos naturales y el tratamiento y control de contaminantes, entre otras funciones, aunque casi ningún gobierno municipal tiene en la actualidad suficiente capacidad tecnológica para tomar medidas de política ambiental.

Durante 1996 se inició el establecimiento de los índices de calidad ambiental (ICA) en 45 ciudades del país, con el propósito de evaluar o controlar con tecnología práctica y de bajo costo algunos riesgos ambientales.

**Alimentos.** No existen programas de protección de alimentos. Las actividades que se realizan en este campo son las que dispone el Código Sanitario en relación con su control, y diversas leyes tales como la de fortificación del azúcar con vitamina A y de la sal con yodo, y la del enriquecimiento de la harina de trigo.

## Servicios de salud y recursos

### *Organización de los servicios de atención a la población*

**Promoción de la salud.** La Secretaría de Educación coordina actividades en materia de deportes con el fin de mejorar y promocionar los modos de vida saludables. Se ha reconocido que la violencia es un problema de salud pública, por lo que se han creado la comisión nacional contra el maltrato, una oficina gubernamental sobre la mujer y 20 consejos regionales interinstitucionales para atender y prevenir la violencia doméstica. En el Ministerio Público funciona la Fiscalía del Menor, la Fiscalía de la Mujer y la Dirección Nacional contra el Narcotráfico.

El Congreso Nacional ha trabajado en un nuevo código de la niñez, diversas leyes contra el alcoholismo y la drogadic-

ción, la elaboración de un nuevo código procesal penal, la ley de creación del instituto de la niñez y la familia, y una ley especial contra la violencia doméstica. También se ha fortalecido el Comisionado Nacional para la Protección de los Derechos Humanos con especial atención a los menores infractores, menores maltratados y mujeres agredidas. En junio de 1994 se firmó el pacto por la infancia para apoyar actividades de protección a la niñez.

Cada vez son más frecuentes las actividades de comunicación social en los planes municipales de salud, que tienen por fin difundir mensajes que den respuestas a los problemas de salud de la población.

El IHSS presta servicios a 14.680 pensionados y jubilados en todo el país. La Unidad de Jubilados y Pensionados del IHSS tiene un programa de atención que consiste en impartir seminarios de preparación para el retiro, y cursos de manualidades y de apoyo para la gestión de proyectos (cooperativas y microempresas).

### **Programas de prevención y control de enfermedades.**

La Secretaría de Salud Pública tiene bajo su responsabilidad diversos programas de prevención y control de enfermedades, entre ellos los programas para el control del cáncer, de transmisión sexual y sida, de rabia, de enfermedades transmitidas por vectores, de tuberculosis y de lepra (este último hasta 1996).

### **Sistemas de vigilancia epidemiológica y laboratorios.**

El sistema de vigilancia epidemiológica ha mantenido coberturas semanales de notificación nacional inferiores al 60%, con diferencias importantes entre las regiones sanitarias del país. El sistema abarca las enfermedades de notificación internacional: cólera, peste, viruela, fiebre amarilla, influenza y paludismo, así como las incluidas en el sistema nacional de alerta y acción y en el programa ampliado de inmunización: fiebre tifoidea, dengue, meningitis y encefalitis.

La mayor parte de los programas de control han establecido sus propios sistemas de información sin una articulación entre sí, por lo que se han hecho esfuerzos por diseñar un sistema integrado de información que destaque el análisis de la información necesaria para la toma oportuna de decisiones. A nivel subregional, Honduras participa en la vigilancia epidemiológica de las enfermedades diarreicas, amebiasis, tuberculosis, rabia, leishmaniasis y sida. En el proceso de aplicación de metodologías de análisis de la situación de salud, en 76% de las áreas sanitarias se impartió capacitación para la elaboración de planes municipales y de área.

La red de laboratorios está constituida por 28 laboratorios hospitalarios, 8 regionales y uno central de referencia. El 65% de sus recursos humanos presta servicios en las regiones sanitarias, 26% en los hospitales y 8,2% en el laboratorio central de referencia.

**Servicios de agua potable y alcantarillado.** La regulación y el control recaen en la Comisión Nacional de Agua Potable y Alcantarillado (CONAPA), entidad descentralizada de la Secretaría de Salud Pública que cuenta con considerable independencia operativa y financiera, y con un alto nivel técnico. Está en marcha el proceso de descentralización de los servicios con la participación de la iniciativa privada; el proceso conlleva el traspaso a los municipios de los sistemas que opera el SANAA.

El SANAA ha adoptado una estructura tarifaria que clasifica a los usuarios, asigna cargos básicos y da consideración al consumo. En los acueductos rurales, la comunidad fija los cargos por servicios. En general, las tarifas aplicadas no generan los recursos necesarios para garantizar la sostenibilidad de los servicios.

Las prácticas comerciales de las dos principales entidades prestadoras de servicios en las dos ciudades más grandes del país (el SANAA en Tegucigalpa y la Dirección Municipal de Aguas en San Pedro Sula) se caracterizan por pérdidas de agua, falta de un catastro actualizado de usuarios y ausencia de medidores de consumo de agua. Los sistemas rurales construidos por el SANAA incorporan una importante participación comunitaria y su gestión se delega a juntas administradoras integradas por usuarios. Los sistemas urbanos menores y los rurales construidos por otras dependencias oficiales y organizaciones no gubernamentales siguen prácticas similares y la operación recae en las municipalidades, patronatos o juntas administradoras. Aún persisten desigualdades importantes según la zona de residencia, ya que la cobertura con servicios de agua potable y saneamiento es de 94,5% para la población de las zonas urbanas contra 63% para agua y 57% para saneamiento en las rurales.

**Servicios de manejo de residuos sólidos.** El tratamiento más común que se da a los desechos sólidos domiciliarios es la quema o incineración al aire libre, que ocasiona la contaminación del aire. Las municipalidades que tienen cierta capacidad de gestión y mayor población cuentan con un sistema para el manejo de los desechos, con una cobertura de 20% a 50% en las municipalidades de tamaño mediano y de 50% a 80% en las de tamaño grande (Tegucigalpa y San Pedro Sula).

**Programas de ayuda alimentaria.** Cuatro son los programas de ayuda alimentaria en Honduras: el de alimentación complementaria maternoinfantil (PAMI), el de asistencia alimentaria y nutricional a grupos vulnerables y promoción de actividades productivas para autoconsumo, el de merienda escolar (PME) y el de alimentos por trabajo (PAT). Estos programas han sido analizados y orientados a partir de 1995 como estrategias del plan de seguridad alimentaria nacional. Durante el período 1990–1993, el PAMI benefició a 220.907 personas con la distribución de alimentos en 1.153 centros de

alimentación y nutrición. Durante el mismo período, el PME atendió un promedio anual de 434.939 escolares, y en 1993–1994 cubrió a cerca de 50% de las escuelas públicas.

#### *Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas*

**Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia.** El proyecto de cirugía móvil tiene como objetivo lograr el máximo acceso a los servicios de salud, atendiendo las afecciones quirúrgicas más frecuentes de menor complejidad en las zonas más apartadas y desprotegidas del país, especialmente los niños. Para ello utiliza una unidad móvil que comenzó a funcionar en mayo de 1996; ese año atendió 468 cirugías, 46% de primer nivel y 52% de segundo nivel.

**Servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre.** Existen en total 25 bancos de sangre y servicios de transfusión. De los seis hospitales nacionales, solamente tres cuentan con bancos de sangre y servicios de transfusión; los hospitales regionales y de área tienen sus propios bancos de sangre. En la Secretaría de Salud Pública se ha creado una unidad con el propósito de estructurar la organización y el funcionamiento de la red de bancos de sangre. Esta unidad y la red de bancos de sangre está a cargo de microbiólogos. Hasta 1997 el funcionamiento de los bancos de sangre no ha estado sujeto a normas y procedimientos establecidos para llevar a cabo el trabajo técnico. La garantía de calidad consiste específicamente en pruebas de tamizaje.

**Servicios especializados.** La Secretaría de Salud Pública presta servicios odontológicos en 34 consultorios localizados en recintos escolares y 84 centros de salud y hospitales. Existen cuatro centros de alta productividad. Los servicios son básicamente curativos y en su gran mayoría exodoncias. La relación de 1,68 odontólogos por 10.000 habitantes es insuficiente para cubrir las necesidades de tratamiento odontológico de la población hondureña.

Se cuenta con dos hospitales nacionales psiquiátricos ubicados en Tegucigalpa. En San Pedro Sula hay una clínica de atención psiquiátrica que envía a los pacientes a cualquiera de los dos hospitales de Tegucigalpa. Se dispone de dos a tres camas psiquiátricas en cada hospital general.

Existen dos hogares para ancianos, financiados por aportaciones voluntarias, que ofrecen servicios básicos de internamiento.

#### *Insumos para la salud*

Los medicamentos importados tienen un gravamen de 1%, para la importación de materias primas para producir

medicamentos es de 5%, y el correspondiente a los productos relacionados con la producción farmacéutica (accesorios, frascos, tapones, cajas de cartón), es de 1%.

La oferta total de medicamento en el mercado farmacéutico hondureño durante el período 1992–1995 aumentó 26%. Los medicamentos importados constituyen un alto porcentaje del mercado farmacéutico nacional (54,8% en 1990 y 60,7% en 1994), y representan 23% del total de las importaciones de Honduras en el período 1993–1995; su valor ha pasado de US\$ 24 millones en 1990 a US\$ 40 millones en 1996.

La oferta de medicamentos del sector público (Secretaría de Salud Pública e IHSS), en relación con la oferta total del mercado, fue de 27,2% en 1993 y de 29,0% en 1994. La Secretaría de Salud Pública contribuyó con 19,2% del total de la oferta de medicamentos en la red de servicios en 1993 y 24,8% en 1994, lo que indica indirectamente que el acceso a los medicamentos es bajo. El IHSS contribuyó con una oferta de medicamentos de 8,0% en 1993 y 4,2% en 1994.

Los insumos para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) son adquiridos por medio de la Organización Panamericana de la Salud. En 1996 se gastaron US\$ 1.328.976,08 en biológicos y en 1997, US\$ 1.292.976,08.

### *Recursos humanos*

**Existencia por tipo de recurso.** Con relación a los recursos humanos de los sectores público y privado, hay una tasa promedio de 6,5 médicos por 10.000 habitantes (33% en el sector público); 2,4 enfermeros profesionales (48% en el sector público); 8,4 enfermeros auxiliares (87% en el sector público), y 0,2 odontólogos (18% en el sector público). Esta situación es más crítica para algunas categorías de personal técnico y auxiliar porque, en el país, solo se imparte formación en cuatro áreas técnicas (rayos X, laboratorio, anestesia y registros médicos) y el personal auxiliar de enfermería es escaso o nulo en las áreas de higiene dental, nutrición y mantenimiento de equipos.

Existe una insuficiencia cuantitativa de recursos humanos en el sector público para la mayoría de las profesiones, lo cual limita la respuesta oportuna a la demanda de servicios. A esto se agrega la desigual distribución geográfica de los recursos, ya que en algunas comunidades del país no existen plazas laborales y en otras, por lo general las de mayor inaccesibilidad, las plazas están vacantes.

**Formación del personal de salud.** La formación de profesionales del sector salud está a cargo de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). En el período 1992–1996 se graduaron, en promedio, 272 médicos por año, 19 enfermeros y 41 odontólogos. La formación de auxiliares y técnicos medios está a cargo de los establecimientos educativos que dependen de la División de Recursos Humanos de la

Secretaría de Salud Pública. A partir de 1990 se forman nuevas categorías de personal de salud: técnico de salud ambiental, bachiller en salud, maestro en salud pública y enfermera especialista en salud materno-perinatal. La escuela de periodismo de la UNAH lleva a cabo una investigación para determinar la necesidad de crear un diplomado de periodismo en salud.

**Educación permanente del personal de salud y mercado de trabajo.** El sector público, incluido el IHSS, emplea 69% del personal de salud. Funcionan grupos de educación permanente adscritos a las nueve regiones sanitarias, que abordan diversos temas tales como los relacionados con el proceso de acceso a los servicios, la salud maternoinfantil, la sexualidad y el sida.

### *Investigación y tecnología en salud*

En la actualidad no se cuenta con un inventario de todos los estudios que se realizan en el área de salud. La investigación aplicada a salud está poco desarrollada debido a la escasez de recursos humanos preparados en técnicas de investigación, el reducido financiamiento y, sobre todo, la inexistencia de una política nacional de investigación en materia de salud. La mayoría de las actividades que se realizan en este campo están a cargo de la universidad, pero también participan la Secretaría de Salud Pública, el IHSS, el Centro de Estudios y Control de Contaminantes, la Secretaría del Ambiente, las alcaldías municipales, organizaciones no gubernamentales e investigadores independientes.

La mayoría de los recursos destinados a la investigación provienen de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), la OPS/OMS, el Banco Mundial, y los Gobiernos del Reino Unido y de Suecia.

### *Gasto y financiamiento sectorial*

El gasto en salud, como proporción del PIB, aumentó de 2,7% en 1990 a 3,0% en 1995, relación que, sin embargo, continúa siendo baja. Respecto al gasto público total, el gasto en salud muestra un comportamiento irregular: de 8,1% en 1990 descendió a 6% en 1993 para ascender a 9,2% en 1995, indicando la vulnerabilidad del sector frente a la situación de restricción fiscal vivida en ese período. Igual fluctuación se observa en el gasto en salud como porcentaje del gasto del gobierno central (que pasó de 10,4% en 1990 a 9,0% en 1993, para ascender a 13,4% en 1995), y como parte del gasto social real (34,1% en 1990, 30,4% en 1993 y 38,4% en 1995).

A pesar de estas variaciones, que sin duda impactaron en la oferta de servicios en los años de mayor contracción, el gasto en salud por habitante aumentó de US\$ 18,9 en 1990 a

US\$ 21,5 en 1995. Los gastos corrientes descendieron de 70,9% en 1990 a 61,4% en 1995, y el mayor descenso correspondió al rubro de remuneraciones (40,5% en 1990 y 31,0% en 1995), lo que se traduce en una disminución de 9,5% en el período, que sin duda ha incidido sobre la oferta, disponibilidad y calidad de los servicios de salud pública.

Si bien el rubro de compra de bienes y servicios del presupuesto de salud aumentó 20%, la inflación (29,5% en 1995), que provocó la devaluación del lempira frente al dolar, ha tenido un fuerte impacto en la adquisición de suministros, medicamentos y materiales médico-quirúrgicos, con consecuencias negativas sobre la oferta y calidad de los servicios.

Los gastos de capital muestran un incremento sustantivo: de US\$ 26,0 millones en 1990 a US\$ 41,2 millones en 1995, es decir, un aumento en el período de 58%, a una tasa promedio de crecimiento anual de 9,6%; además, representaron 29,1% de los gastos de salud en 1990 y 38,6% en 1995.

En cuanto a la distribución del gasto por programas, aunque los de la Secretaría de Salud Pública continúan concentrándose en la prestación de servicios hospitalarios, esta proporción ha disminuido de 40,1% en 1990 a 28,5% en 1995. Por su parte, la participación del gasto del programa de control de

enfermedades transmisibles aumentó de 18,9% en 1990 a 22,4% en 1995. También aumentó la participación del gasto en el programa de estudio y construcción de establecimientos de salud, que pasó de US\$ 4,58 millones en 1990 a US\$ 10,9 millones en 1995. Este aumento se refleja en la mayor cantidad de establecimientos y en la mejora de la infraestructura existente.

#### *Cooperación técnica y financiera externa*

Del total de los recursos disponibles para el sector salud durante el período 1990–1995, 78% fueron fondos nacionales y 22%, externos canalizados a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. La cooperación bilateral representa 53,3% de la cooperación internacional para la salud, y Estados Unidos es el donante más importante (45,2%); sin embargo, desde 1990 la ayuda de este país ha disminuido, siendo reemplazado por organismos del sistema de Naciones Unidas e instituciones financieras como el BID y el Banco Mundial. En 1992, los tres mayores donantes bilaterales fueron los Estados Unidos (US\$ 38,4 millones), Italia (US\$ 37,4 millones) y el Japón (US\$ 19,4 millones).