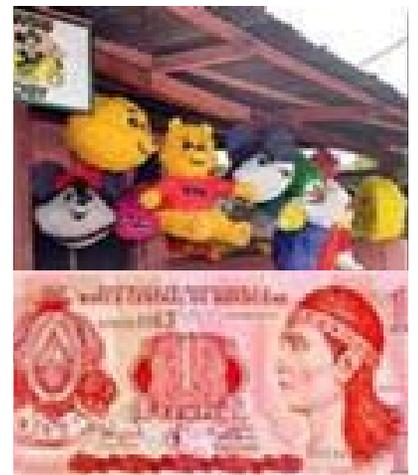





Organización Panamericana de la Salud
 Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

“Las prioridades de Honduras son nuestras prioridades”

Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS – HONDURAS 2006 - 2010



INDICE

1	Introducción	1
2	Desarrollo y salud en Honduras.....	3
2.1	Macro determinantes de salud	3
2.2	Estado de salud.....	4
2.2.1	Demografía.....	4
2.2.2	Daños y riesgos en salud	5
2.2.3	Iniquidad y exclusión social en salud.....	6
2.3	Políticas, estructura y organización del Sistema de Salud	7
2.3.1	Caracterización del Sistema de Salud.....	7
2.3.2	Rectoría y desempeño de las FESP.....	9
2.3.3	RRHH en salud.....	10
2.3.4	Participación comunitaria	10
2.4	Instituciones y actores claves en el DNS.....	11
3	Cooperación Internacional (CI) en Honduras.....	13
3.1	Gestión de la Cooperación Internacional.....	13
3.1.1	Cooperación Internacional General – 2002 – 2003	14
3.1.2	Cooperación Técnica y Financiera Internacional en Salud.....	16
3.2	Principales agencias y programas.....	18
3.3	Instancias de Diálogo de la Cooperación Técnica.....	19
3.3.1	Enfoque sectorial.....	20
4	Programa de OPS/OMS con Honduras	21
4.1	El programa de trabajo	21
4.2	Recursos financieros	24
4.3	Recursos Humanos y Físicos	25
5	Directrices Globales y Regionales de la Cooperación de OPS/OMS.....	27
5.1	Metas globales de la Organización Mundial de la Salud	27
5.2	Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2003-2007	28
6	Agenda estratégica de la cooperación de OPS/OMS con Honduras.....	31
6.1	Desarrollar la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) para reducir la Mortalidad Infantil y menores de 5 años, la mortalidad materna y la desnutrición; “la agenda inconclusa para la equidad”.....	31
6.1.1	Mejorar el acceso a los servicios de salud de calidad.	32
6.1.2	Garantizar la entrega de un conjunto de prestaciones para extender la protección social en salud.	32
6.1.3	Desarrollar un sistema efectivo de referencia y comunicación con el uso las tecnologías adecuadas.	32
6.1.4	Integrar el desarrollo de los programas prioritarios con los servicios básicos de salud.....	32
6.1.5	Contar con información confiable, integrada y oportuna que permita planificar y evaluar las políticas, planes y estrategias nacionales en salud con énfasis en la ERP y los ODM.....	33
6.2	Desarrollar el enfoque sectorial en salud para contribuir a la reducción de la pobreza.....	33

6.2.1 Sostenibilidad política e institucional: políticas de estado en salud, alrededor de un Plan Nacional de Salud de largo plazo en el marco de la ERP - ODM.	33
6.2.2 Alinear, armonizar y manejar los recursos, articulando el apoyo externo y de los otros sectores.....	33
6.2.3. Analizar las tendencias, costo efectividad de intervenciones y desarrollo de indicadores para el monitoreo y evaluación.....	33
6.3 Profundizar el proceso de Reforma y descentralización sectorial.	33
6.3.1 Redefinir y fortalecer el rol Rector.	34
6.3.2 Asegurar recursos humanos en cantidad y calidad en los servicios de salud de las zonas de pobreza extrema.	34
6.3.3 Avanzar en el proceso de Departamentalización.	34
6.3.4 Desarrollar estrategias de Financiamiento y Aseguramiento.....	34
6.3.5 Implementar nuevos modelos de gestión en servicios de salud y de recursos humanos.	34
6.4 Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud en el marco de la promoción de la salud y la coordinación intra e intersectorial...	35
6.4.1 Fortalecer la gestión del ente rector, del ente regulador y de los prestadores de los servicios de agua y saneamiento, en el contexto de la nueva Ley Marco y del Código Sanitario.	35
6.4.2 Desarrollar la gestión intra e intersectorial para la reducción de vulnerabilidad y riesgos, incluyendo los laborales, con una visión asociada a la intersección salud, ambiente y desarrollo.....	35
6.4.3 Fortalecer la capacidad institucional para la prevención y vigilancia de la violencia y su impacto en salud.	36
6.4.4 Implementar la Política Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional.	36
6.4.5 Asegurar el enfoque de género en políticas y programas de salud.....	36
7 Implicaciones para implementar la estrategia.....	37
7.1 Implicaciones para cubrir brechas existentes por objetivos estratégicos.	37
7.2 Medidas de ajuste institucional por categorías.	38
8 Acrónimos.....	41
9 Bibliografía.....	43

1 Introducción

En respuesta a los desafíos del sector salud y frente al escenario de nuevos y diversos actores en el ámbito de la cooperación técnica, surge la iniciativa de OPS/OMS de elaborar a nivel de los países una Estrategia de Cooperación de País (CCS siglas en inglés) a mediano plazo (5 años).

Honduras pertenece al grupo de los 5 países que el 44° Consejo Directivo asignó como prioritarios, en los que es necesario intensificar la cooperación técnica para reducir las brechas entre países, siendo la realización del CCS uno de los primeros pasos propuestos para cumplir este compromiso.

La estrategia de cooperación técnica en Honduras tiene como propósito redefinir la respuesta de la OPS/OMS centrando sus diversas intervenciones hacia los problemas de salud prioritarios del país, buscando como valor agregado una cooperación técnica de mayor impacto y orientando con mayor énfasis los recursos hacia aquellos grupos en mayor riesgo, viviendo en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

La estrategia fundamenta sus principios y se articula a los objetivos de desarrollo del milenio, a los mandatos e iniciativas mundiales y regionales, al programa de trabajo de la OMS, al plan estratégico de la OPS, las prioridades nacionales de salud y la estrategia de reducción de la pobreza.

El nuevo escenario y la diversidad de actores aportando cooperación técnica al país, exigen de la OPS/OMS la búsqueda de alianzas estratégicas más allá de los aliados tradicionales, con el propósito de contribuir a alinear la cooperación técnica, evitando duplicidad de esfuerzos y logrando un mayor impacto, como resultado de un esfuerzo sinérgico entre los diversos actores que integran las agencias de cooperación, el sector salud, la sociedad civil y otros sectores con impacto en salud.

Para la preparación de este documento, el equipo técnico-administrativo de la Representación, ha revisado una amplia gama de documentos nacionales e internacionales, destacándose entre otros el documento Análisis de Situación de Salud del País (identificando y priorizando los diferentes problemas de salud, sus causas y determinantes), las políticas para el sector salud 2002-2006, el plan estratégico de OPS 2003-2007, además de otros documentos que figuran en el listado de bibliografía consultada.

En los últimos años y como resultado del impacto causado por el paso del Huracán Mitch, Honduras inició diversos procesos orientados a ordenar y armonizar el flujo asincrónico de la cooperación provenientes de diversas fuentes para los diversos sectores, en el caso particular del sector salud. Diversas instancias y procesos donde participan activamente la OPS, hacen viable y oportuna el establecimiento de la Estrategia de Cooperación Técnica de la OPS/OMS. En este marco existe en el país: la integración de seis mesas sectoriales (agua, salud, educación, agroforestal, seguridad y justicia), con representantes de la sociedad civil, gobierno y agencias de cooperación técnica. Estas mesas tienen como propósito, fortalecer el diálogo entre el gobierno, la sociedad civil y la comunidad cooperante para alcanzar las metas de la Estrategia de Reducción de la Pobreza, un grupo de monitoreo de las

Metas del Milenio, el grupo UNDAF donde se articula una respuesta coordinada de las agencias del sistema de Naciones Unidas, a problemas concretos y prioritarios del país. Existe además, una Mesa de Cooperantes en Salud de Reforma “CESAR” que integran las principales agencias de cooperación y autoridades del Ministerio de Salud y una Mesa Interagencial de Género.

El proceso de elaboración del CCS ha pasado por diversas etapas: en un primer momento el equipo OPS-Honduras elaboró un primer borrador de documento, tomando como base el análisis de situación de salud de país; hubo además dos misiones integradas por personal de OPS y OMS, en la primera del 14 al 18 de febrero de 2005 se realizó la revisión y análisis conjunto del documento borrador, además se realizaron 22 entrevistas a los principales socios estratégicos para la cooperación en el país. Una segunda misión del 25 al 29 de abril ha tenido como propósito la revisión y ajuste del documento borrador y agenda estratégica, participar en la presentación de la agenda Estratégica a los principales socios del país e identificar con el equipo OPS-Honduras, las implicaciones para la organización y plan de implementación de la estrategia. Todo este proceso ha tenido el acompañando de representantes de la Secretaría de Salud.

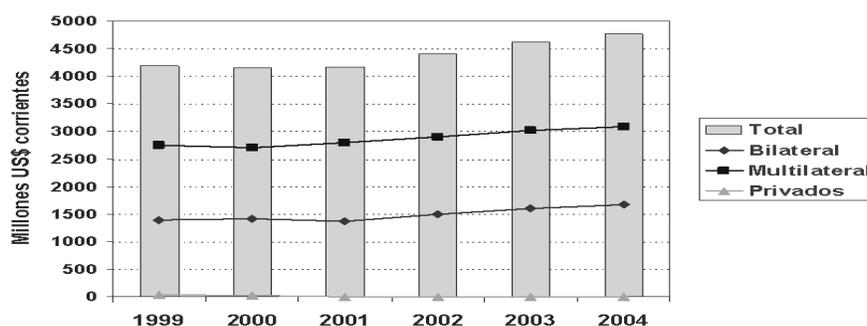
No hay dudas de que el actual escenario y los diversos procesos que actualmente se están desarrollando en el país, permitieron a la OPS poner en marcha una estrategia de cooperación en salud, con miras a coordinar y armonizar una respuesta más ampliada y sostenida, en sinergismo con los diversos actores que contribuyen al desarrollo nacional de la salud, con un criterio de equidad, priorizando aquellos grupos de más alto riesgo, viviendo en condiciones de vida y de salud insostenible. La estrategia propuesta brinda a la OPS, la oportunidad de redefinir su cooperación con una visión a más largo plazo, con enfoque multisectorial e interprogramático, abordando los principales problemas de salud y sus determinantes, de manera más integral e innovadora.

2 Desarrollo y salud en Honduras

2.1 Macro determinantes de salud

A fines del 2005 Honduras habrá completado 25 años consecutivos de gobiernos elegidos democráticamente. La administración actual encontró un país con una deuda externa creciente de cerca de \$5.000 millones (68% del INB) y un ingreso nacional bruto per cápita de \$970.

**Saldo de la Deuda Pública Externa
1999-setiembre 2004**



Fuente: Secretaría de Finanzas. Gestión de la Deuda Pública. Accedido el 22 nov 2004 en <http://www.sefin.gob.hn/evolucionecp.htm>

La proporción de la población que vive en condiciones de pobreza se ha mantenido en poco más de dos tercios y la mitad de ellos vive en pobreza extrema. Dado el crecimiento poblacional, esto ha significado un aumento de casi 300 mil pobres entre 2003 y 2004, de los cuales 165 mil fueron pobres extremos. Al interior del país existe una clara desigualdad económica, educativa y de servicios como agua, saneamiento, electricidad y comunicaciones, entre los residentes de las grandes urbes y los de zonas rurales, en desmedro de estos últimos, especialmente en los departamentos del occidente y la Mosquitia que tienen además un gran componente de población indígena o negra.

Contribuyentes importantes a la pobreza son el aumento del desempleo abierto entre 1999 y 2004 y el alto grado de subempleo invisible,¹ además del aumento del precio de la canasta básica que ha significado un deterioro del poder adquisitivo de las familias pobres.

El reciente Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica y Estados Unidos (CAFTA por sus siglas en inglés) ofrece a los cinco países centroamericanos, incluido Honduras, nuevas oportunidades y retos para acelerar el crecimiento económico. Un temor justificado es el efecto negativo que podría tener sobre algunos productos agrícolas protegidos, pero el efecto final dependerá de cómo reaccione el país en apoyo a este sector sensible, también de tenerse en cuenta su afectación sobre la salud en temas tales como las compras gubernamentales,

¹ Relación entre personas que trabajan una jornada completa (36 horas) y ganan menos de un salario mínimo y la población ocupada.

la propiedad intelectual, el turismo internacional, la contaminación ambiental y salud ocupacional.

El gobierno actual le dio alta prioridad a la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), formulada en 2001, que ha mostrado logros en aspectos macroeconómicos, de educación, energía eléctrica y telecomunicaciones, pero reconoce poco avance en las metas de pobreza general, salud, agua y saneamiento. El desempeño favorable de la economía y el cumplimiento del programa económico, entre otros, ha merecido alcanzar el punto de culminación en la iniciativa de Países Pobres Muy Endeudados (HIPC) y con ello la condonación de algo más de \$1.000 millones de su deuda exterior que, invertidos en la ERP, se esperaba produzcan un impacto positivo.

La remesas familiares y el flujo de migrantes a países desarrollados son dos fenómenos crecientes en los dos últimos lustros. Las remesas llegaron a cerca de \$1.000 millones anuales, habiendo crecido entre 25% y 35% al año. Entre las principales razones para que la población migre están la falta de empleo, la inseguridad debida a la creciente violencia y el desencanto ante la corrupción que permea diferentes estratos del sector público y privado y que es percibido como un obstáculo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El país es altamente vulnerable a eventos naturales y a los ocasionados por actividades antropogénicas que se manifiestan en inundaciones, sequías, pérdidas forestales, erosión y degradación de cuencas y uso indiscriminado de plaguicidas. Sumado esto al acceso limitado de los campesinos a los recursos productivos y a los servicios básicos, son factores que contribuyen al aumento sostenido de problemas sociales como migración interna y externa, violencia, seguridad alimentaria, prevalencia y aparición de enfermedades y otros.

2.2 Estado de salud

2.2.1 Demografía

Honduras se encuentra en una etapa de transición demográfica moderada, con una población joven importante y una población mayor de 64 años en aumento.

Cuadro 1. Indicadores demográficos seleccionados

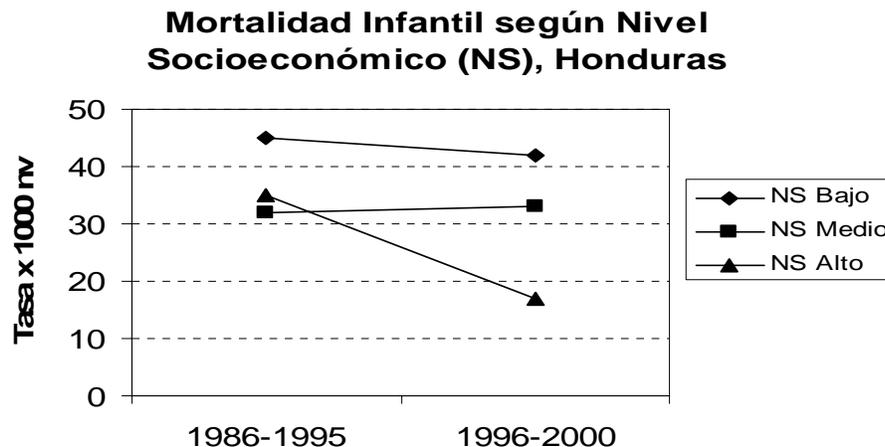
	2005	2010	2015
Población total (hab)	7.197.303	8.045.990	8.894.975
- Menores de 15 años	2.911.873	3.087.979	3,189,273
- Mayores de 64 años	278.762	332.554	404,023
Razón de dependencia	0.80	0.74	0.68
Población rural (%)	51,3	48,7	46,5
Tasa de crecimiento anual (%)	2,36	2,10	1,91
Tasa global de fecundidad (hijos/mujer)	3,79	3,35	3,03
Tasa bruta de mortalidad (x 1000 hab)	4,9	4,6	4,4
Tasa bruta de natalidad (x 1000 hab)	30,8	27,8	25,5
Esperanza de vida al nacer (años)	72,1	73,6	74,9
- Hombres	68,7	70,1	71,3
- Mujeres	75,7	77,2	78,6

Fuente: INE. Proyecciones de Población 2001-2015. Tegucigalpa, 2004.

Un factor contribuyente a la alta natalidad y fecundidad, respecto a otros países de América, es el inicio temprano y desprotegido de las relaciones sexuales resultando en embarazos en adolescentes, infecciones de transmisión sexual y riesgo alto de muerte asociada al embarazo.

2.2.2 Daños y riesgos en salud

Si bien la mortalidad promedio nacional en los niños menores de 5 años ha mostrado un franco descenso en las dos últimas décadas del Siglo XX, este comportamiento no ha sido homogéneo siendo más significativo en la población con nivel socioeconómico alto. Los municipios pobres tienen cifras de mortalidad infantil similares a las cifras nacionales de 1975, y están altamente relacionadas con la baja educación de la madre y el escaso acceso a agua y saneamiento en las viviendas. La notable disminución y mantenimiento de niveles bajos de las enfermedades inmunoprevenibles en la infancia, asociada a altas coberturas de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, contrasta con la persistencia de los problemas perinatales y las enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias como causas importantes de enfermar y morir en estos niños. Ello constituye un serio desafío para que Honduras logre la Meta del Milenio respectiva.



Fuente: Encuestas de Epidemiología y Salud Familiar 1986, 1996, 2001.

El país no ha logrado disminuir la prevalencia de desnutrición infantil a un ritmo acorde con el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio de erradicar el hambre. Factores agravantes de la situación son las prácticas inadecuadas de alimentación al lactante y niño pequeño y el descenso en la disponibilidad y acceso a alimentos. A ello se suma el aumento del sobrepeso en niños menores de 5 años, como efecto de la urbanización e inadecuados estilos de vida. Concurrente a lo anterior es significativa la deficiencia de hierro en niños menores de dos años.

Los problemas de salud más destacados en la población económicamente activa de ambos sexos son las enfermedades transmitidas por vectores como dengue,

malaria, leishmaniasis y Chagas, infecciones de transmisión sexual incluyendo la infección por VIH/SIDA, tuberculosis pulmonar, diabetes e hipertensión en la población adulta urbana. El cáncer de mama y de cuello uterino destacan en las mujeres, las cuales en muchos casos llegan a atenderse en estadios avanzados de la enfermedad.

La magnitud de la mortalidad materna es una de las más altas de las Américas. La mayoría de muertes maternas son mujeres jóvenes, sin instrucción o sólo primaria, y la muerte ocurrió en el domicilio y durante el parto o en el puerperio inmediato, especialmente por hemorragia. Esta situación, aunada a la deficiencia del registro de muertes maternas pone en riesgo el cumplimiento de la Meta del Milenio.

Cerca de medio millón de hondureños son descendientes de indígenas o negros, distribuidos en nueve pueblos culturalmente diferenciados. Su estado de salud está relacionado de algún modo a su situación marginada, falta de acceso a servicios básicos y participación social limitada. Es de resaltar la mayor prevalencia de enfermedad de chagas en tolupanes en la región central, lencas en la región suroeste y chortis en la región noroccidental, el aumento significativo de la infección por VIH/SIDA en los garífunas de la costa norte y la alta prevalencia de accidentes por inmersión no protegida entre los misquitos de Gracias a Dios.

La violencia social, expresada a través de homicidios, asesinatos, suicidios, accidentes de tránsito y violencia de género, ha aumentado significativamente en Honduras, especialmente en las grandes ciudades. Las recientes disposiciones legales para la lucha contra las pandillas parecen haber impactado transitoriamente en la reducción de homicidios, sin embargo, al no haberse implantado medidas de prevención, que respeten los derechos humanos, no se espera sostenibilidad en la reducción.

2.2.3 Iniquidad y exclusión social en salud

Aunque en los últimos años se han desarrollado políticas y estrategias orientadas a incrementar la cobertura de servicios y extender la protección social en salud, sigue existiendo una alta proporción de la población excluida bien sea por barreras de acceso a los servicios, porque no existe un financiamiento de salud ni suficiente, ni sostenible ni solidario y porque la calidad de la atención no siempre es la adecuada en aspectos de satisfacción, respeto étnico y cultural.

En Honduras el perfil de los excluidos en salud es pobreza, vivir en el sector rural, pertenecer a población étnica, ser desempleado, subempleado o trabajador informal.

Los mecanismos para la ampliación de la protección social en salud, tampoco han conseguido una extensión destacable que permita garantizar esta protección ya que actualmente el 83% de la población no dispone de ningún tipo de seguro. Si bien el IHSS ha aumentado considerablemente su base de afiliados activos (más de un 20% del 2002 al 2004), para la población general de Honduras solo ha supuesto un incremento del 3% de población asegurada. De

otro lado el 30,1% de la población no recibe atención de salud. A esto hay que añadir que el subempleo y trabajo informal sigue aumentando en perjuicio del trabajo formal.

2.3 Políticas, estructura y organización del Sistema de Salud

2.3.1 Caracterización del Sistema de Salud

El sistema de protección de salud es segmentado y fragmentado con una alta segmentación a nivel de proveedores y una desarticulación de los diferentes subsectores que lo componen: Secretaría de Salud (SS), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el privado. Se cuenta con numerosas instituciones que componen los subsistemas y éstas están poco integradas entre sí. Existe superposición de acciones entre la SS y el IHSS, así como entre el IHSS el subsector privado. La falta de coordinación institucional trae como consecuencia la duplicación de responsabilidades que se refleja en la competencia de establecimientos médicos localizados en las mismas áreas geográficas del país y su ausencia en otras localidades.

La SS tiene la mayor red de establecimientos en el país pero el subsector privado cuenta con tecnología más desarrollada para el diagnóstico y tratamiento que la Secretaría y el mismo IHSS.

Cuadro 2. Establecimientos del Sector Salud en Honduras

Tipo	SS	IHSS	Privados*
Hospitales	28	2	108
Centros de atención ambulatoria	1.241	10	820

Fuente: Secretaría de Salud. Censo Nacional de Establecimientos 2002. Tegucigalpa: 2003.

* Comprende privados lucrativos, ONGs y otros no lucrativos.

El IHSS es dirigido por representantes del Gobierno, empleadores, trabajadores y del Colegio Médico de Honduras, su financiamiento está sustentado en el aporte de los afiliados y está organizado en función de los tres regímenes que ofrece: maternidad-enfermedad, invalidez-vejez-muerte y riesgos profesionales.

Teniendo como marco general la ERP, la actual administración elaboró el Plan de Gobierno para el Sector Salud 2002-2006 cuyo objetivo es mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud con un enfoque de igualdad de oportunidades a favor de los grupos con alta vulnerabilidad. Sus líneas de acción son: (i) protección del entorno humano y promoción de la salud, (ii) atención primaria y prevención, (iii) mejorar la cobertura, acceso, calidad y eficiencia de la atención, y (iv) fortalecimiento institucional y regulación.

A partir de entonces se han formulado importantes documentos de política sanitaria como el Plan Estratégico del Sector Salud al 2021, la Política Nacional de Salud Materno-Infantil y la Política Nacional de Nutrición que definen los objetivos y estrategias para enfrentar estos problemas prioritarios.

La Ley Marco del Sector Agua y Saneamiento creó el Consejo Nacional de Agua Potable y Saneamiento (CONASA) como órgano rector y un Ente Regulador. La misma norma estableció otro desafío al establecer que a partir de 2008 la responsabilidad de la prestación de servicios será asumida por los gobiernos municipales.

En el marco del Plan de Gobierno 2002-2006, a partir de mayo del 2004 la SS se reorganizó en 18 Regiones Sanitarias Departamentales, en concordancia con el régimen territorial administrativo del país, y 2 Regiones Sanitarias Metropolitanas correspondientes al municipio del Distrito Central y San Pedro Sula. La falta de claridad en la conducción de la organización de las nuevas regiones sanitarias, pone en riesgo el mantenimiento de los logros sanitarios y las metas de los planes recientemente formulados.

La SS, como autoridad sanitaria, conduce las principales estrategias para prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud a nivel nacional, como son: reducción de la mortalidad materna e infantil, disminución de la desnutrición, erradicación del sarampión, eliminación de rubéola, mantenimiento de la erradicación de la polio, control de la transmisión transfusional de enfermedades, atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), Roll Back malaria, Stop TB, atención integral de la niñez en la comunidad (AIN-C), control de infecciones de transmisión sexual y transfusión de sangre segura. Para hacerlo la administración del nivel central se organiza en programas de salud con responsabilidad normativa y apoyo técnico y que tienen reflejo en los niveles regionales de la misma SS.

La planificación y medición del impacto de las estrategias de salud se ve afectada por la debilidad de los sistemas de información y vigilancia sanitaria, en las etapas de recolección, procesamiento y análisis, especialmente en las estadísticas vitales. A pesar que se han realizado varios esfuerzos aislados para contrarrestar estos problemas, la OPS/OMS no ha admitido, por ejemplo, las bases de datos de defunciones de Honduras desde 1990.

La regulación sanitaria de medicamentos ha mejorado, y se ha incrementado notablemente la supervisión a establecimientos farmacéuticos. Sin embargo, pocos productores farmacéuticos cumplen a cabalidad las Buenas Prácticas de Manufactura y subsisten problemas para el suministro de medicamentos en los establecimientos de la SS lo que ha motivado la reorganización de todo el sistema especialmente el almacenamiento y control de inventarios.

No existe en el país un sistema de evaluación de tecnologías en salud que colabore en la toma de decisiones y contribuya a mejorar la calidad de la atención. Desde el punto de vista de la organización, procesos administrativos más ágiles en algunos hospitales beneficiados de proyectos especiales han mejorado la atención a los usuarios.

Como consecuencia del huracán Mitch en 1998, se mejoró la organización de instancias sectoriales para prevenir y mitigar las emergencias y desastres. En el sector salud se reconoce una buena articulación interinstitucional para construir

alianzas y adecuada asesoría a los niveles subnacionales para la formulación de planes de emergencia y se espera ampliar su actuación a planes hospitalarios.

El país no cuenta con determinaciones regulares de sus cuentas nacionales en salud. La medición de 1998, mostró un gasto en salud de \$59 per cápita, uno de los más bajos de la Región, dos terceras partes del cual fue gasto de bolsillo. El gasto público en salud en relación al gasto público total ha mostrado una tendencia decreciente entre 1995 y 1999. Entre 1993 y 1999 el financiamiento de la Secretaría de Salud casi se duplicó, especialmente en base al financiamiento de la cooperación externa, sin embargo, ésta se viene dando en forma desorganizada y sin un conocimiento claro del impacto sobre los grupos poblaciones que realmente lo necesitan. Se espera que el ejercicio Sector Wide Approach (SWAP),² recientemente aprobado por el gobierno, armonice y alineé la cooperación.

La SS inició la formulación de un Plan Nacional de Salud 2005-2021 como un esfuerzo por contar con un plan sectorial, requisito previo para el SWAP.

2.3.2 Rectoría y desempeño de las FESP

La evaluación nacional de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) calificó como mejores las relativas a reducción del impacto de emergencias y desastres en salud, vigilancia de salud pública e investigación en salud pública. Las peor calificadas fueron desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, calidad y mejoramiento de la calidad de servicios de salud, desarrollo de políticas y planificación, fortalecimiento de la capacidad de regulación y fiscalización y evaluación y promoción del acceso equitativo a salud. En nivel intermedio quedaron las funciones relativas a participación de los ciudadanos en salud, monitoreo y evaluación del estado de salud y promoción de la salud.

En cuanto a la capacidad de regulación y fiscalización en salud pública, se destacó, sin embargo una aceptable asesoría a los niveles subnacionales en la generación y fiscalización de leyes y reglamentos, pero se identificó falta de cumplimiento de las mismas, entre otras razones, por falta de recursos humanos capacitados.

En la misma evaluación, la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivos obtuvo la segunda peor calificación identificándose que se ha trabajado poco o nada en el campo de asesoría y apoyo técnico a los niveles subnacionales. Se reconoció, sin embargo, que existen una incipiente definición de estándares para la evaluación del desempeño de la calidad, medición de la satisfacción de los usuarios y evaluación de gestión tecnológica.

La promoción de la salud fue una de las FESP medianamente calificadas. A pesar de reconocerse el esfuerzo del país por promover conductas saludables,

² SWAP es una iniciativa por medio de la cual todos los organismos de cooperación, comprometidos en un sector, colaboran para apoyar una política única sectorial y un programa de gasto sectorial, adoptando estrategias comunes.

se identificó un bajo apoyo técnico a los niveles intermedios y locales, debilidad en la construcción de alianzas y en la planificación y coordinación de estrategias de información, educación y educación.

2.3.3 RRHH en salud

El desarrollo de los recursos humanos y capacitación en salud pública fue una de las FESP peor calificadas. Sus áreas más críticas fueron la falta de caracterización de la fuerza de trabajo, especialmente el diagnóstico de las necesidades de personal, así como la negociación con entidades formadoras, con otras entidades del Estado y con la sociedad civil para construir una política nacional en esta materia. Se destacó también la falta de un sistema de evaluación del desempeño del personal que trabaja en salud pública y la falta de estabilidad, incentivos y educación continua.

Una barrera significativa en la implantación de los programas y proyectos en salud la constituye el modelo de atención en salud medicalizado y eminentemente recuperativo, con un escaso componente de prevención, producto a su vez del modelo de formación y educación continua de los profesionales de la salud. Con apenas 8,7 médicos por 10 mil habitantes y 3,2 enfermeras profesionales por 10 mil habitantes, Honduras se ubica en los últimos lugares entre los países centroamericanos. A ello se agrega la limitada capacidad de la SS para racionalizar la distribución de profesionales de la salud en favor de los grupos poblacionales más necesitados.

2.3.4 Participación comunitaria

La participación civil en el nivel nacional ha sido siempre escasa, fundamentalmente en algunos programas de gobierno y Secretarías de Estado y a través de las Mesas Sectoriales que han tenido poco o ningún impacto.

La mayor participación se ha dado en el nivel local, a través de organizaciones privadas de desarrollo, comités de desarrollo municipal (CODEM), comités de desarrollo local (CODEL), patronatos comunales, juntas administradoras de agua y otros mecanismos, especialmente desde la década de los 80s y con mayor presencia en el sector salud. En éste último se han mantenido estructuras locales de carácter voluntario como guardianes de salud, representantes de salud y colaboradores voluntarios (COLVOL) con gran actividad en varios programas de salud como control de la malaria, diarrea, crecimiento y desarrollo, infecciones respiratorias agudas e inmunizaciones (PAI), entre otros.

Otras modalidades de participación lo constituyen los Comités de Apoyo a la Gestión en algunos hospitales nacionales, regionales y de área, conformados por miembros de la sociedad civil de la zona, y las parteras empíricas adiestradas (PEA). Éstas constituyen el primer nivel de atención local para las mujeres que requieren atención por embarazo, parto o puerperio.

2.4 Instituciones y actores claves en el DNS

Teniendo a la Secretaría de Salud como rector se agrupan en torno de ella instituciones del sector público, privado y organismos de cooperación y financiamiento internacional cuyos roles principales son como fuentes de recursos e insumos, entes reguladores y fiscalizadores y organizaciones de apoyo.

Es necesario además destacar el papel de los gobiernos locales y la participación ciudadana como elementos claves para el DNS.

Los actores claves para el Desarrollo Nacional de la Salud deben interactuar entre si de manera armónica, coherente y alineados con las políticas públicas del país.

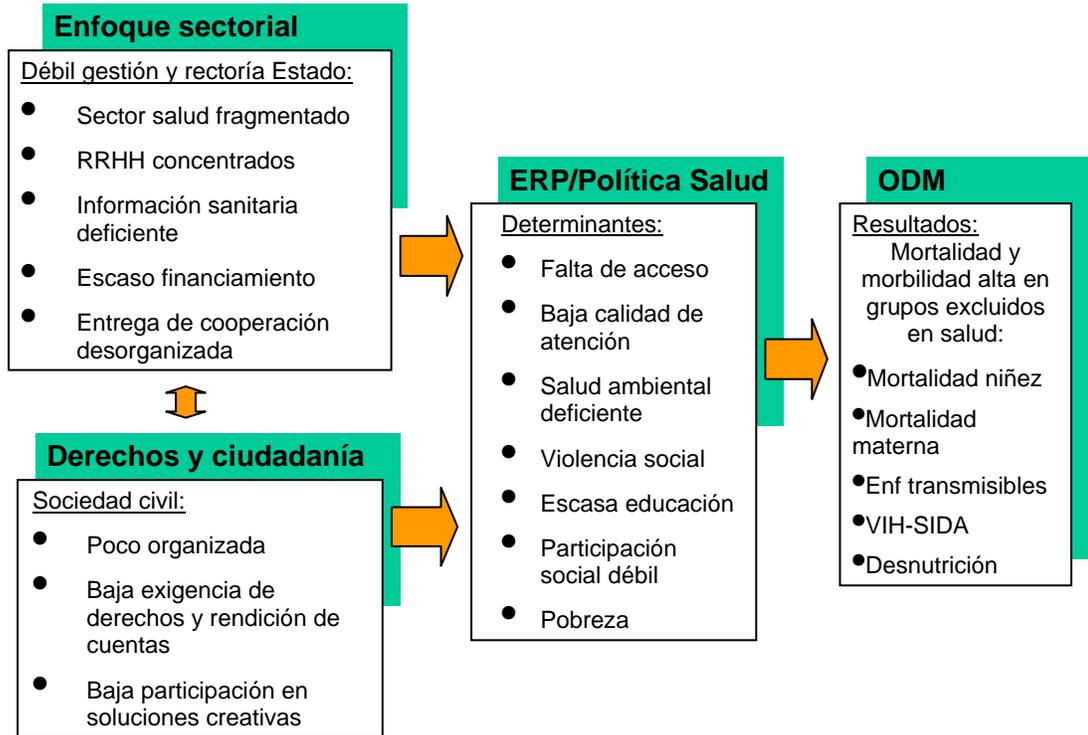
En general el DNS en el país conduce a:

- Desarrollar la capacidad para caracterizar los determinantes de salud, su expresión en calidad de vida y situación de salud, así como el desempeño e impacto de los sistemas de salud.
- Generar liderazgo para la formulación de políticas y desarrollo institucional que garantice el derecho y la equidad en salud.
- Acciones técnicas sistematizadas para el desarrollo y mejoría de sistemas de salud, capacidades para enfrentar problemas de salud (estrategias, programas e intervenciones).
- Promoción de alianzas nacionales e internacionales para una efectiva abogacía por la salud y para la movilización activa de recursos para la salud.
- Alineamiento y armonización de la Cooperación Internacional en salud.
- Análisis y gestión estratégica de la información y del conocimiento.
- Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud

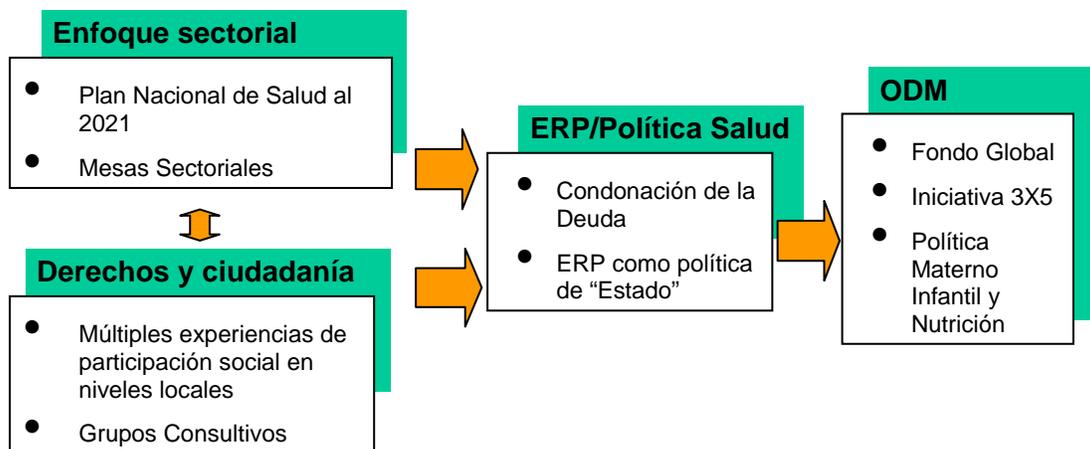
Entre los actores mas relevantes se cuentan las Secretarías de Estado del sector social y económico, IHSS, proveedores privados de salud Universidades Nacionales y Privadas, Consejo Nacional de Agua y Saneamiento, ONGs nacionales e internacionales, Ministerio Público (Fiscalías afines al sector), Colegios profesionales, Asociación de Municipalidades de Honduras, Agencias del Sistema de Naciones Unidas, Agencias de Cooperación de distintos países, Organismos de crédito (Bancos) etc..

PROBLEMAS PRIORITARIOS

DEBILIDADES / AMENAZAS



FORTALEZAS / OPORTUNIDADES



3 Cooperación Internacional (CI) en Honduras

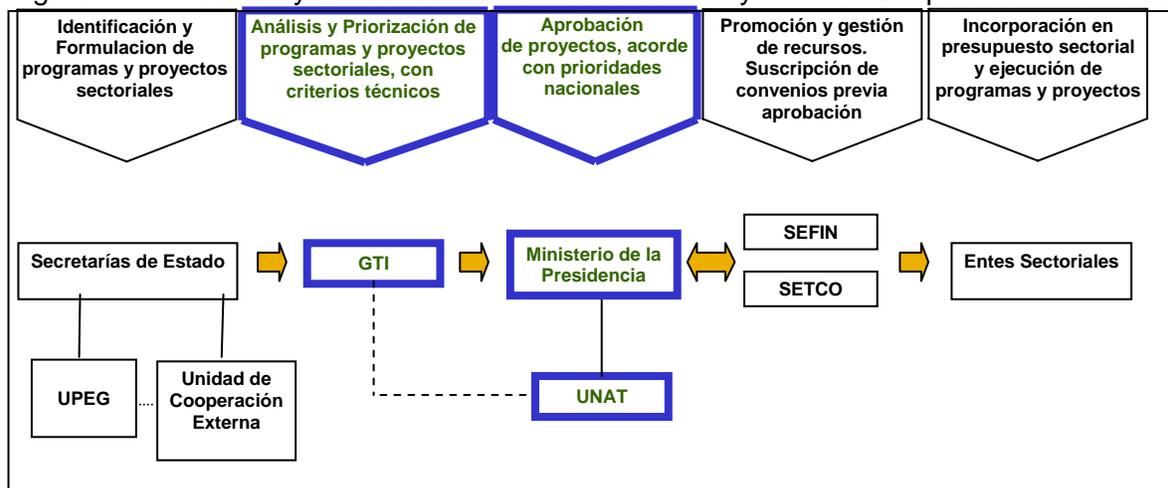
La cooperación internacional (CI) ha jugado y seguirá teniendo un rol muy importante en la economía hondureña y es considerado un factor determinante para alcanzar nuevos umbrales del desarrollo económico y social y la mitigación gradual de la pobreza en el contexto de los desafíos que demanda la Globalización y la competitividad, así como el avance en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que enfocan su atención en el bienestar social y económico de la población mediante la mejoría de indicadores sociales. Estos elementos trascendentales están incorporados con precisión en la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (ERP) que constituye el principal compromiso de país y cuyos frutos o resultados dependerán en gran medida del apoyo técnico y financiero que brinden los cooperantes.

3.1 Gestión de la Cooperación Internacional

La Secretaría Técnica y de Cooperación Internacional (SETCO) es el órgano técnico encargado en la determinación de las prioridades y metas del programa de inversión y gasto público; darle seguimiento a la ejecución de las metas y prioridades establecidas y, en lo concerniente a la cooperación internacional, formular las políticas y estrategias, así como su negociación y seguimiento.

Los programas y proyectos sectoriales son identificados, evaluados y seleccionados por la Secretaría de Estado líder del sector con base en el Plan de Gobierno y prioridades de la ERP. El proceso y las entidades relacionadas con los diferentes proyectos y programas de la cooperación internacional en Honduras están claramente definidos y se encuentran especificados en la siguiente figura:

Figura N° 1 Procesos y Entidades Relacionadas con Proyectos de Cooperación Internacional



Fuente: Secretaría de Finanzas. "Nuevo Financiamiento Cooperación Internacional en el Marco del Grupo Consultivo –Periodo 2004-2006". Febrero 2005.

3.1.1 Cooperación Internacional General – 2002 – 2003

Durante el período en consideración, se suscribieron un total de 435 convenios, de los cuales el 24% correspondieron a fondos reembolsables y 76% a fondos no reembolsables. De este total, 258 convenios (59%) se clasifican como proyectos ERP.

Por la naturaleza del financiamiento, un 53% de estos convenios fueron con países cooperantes y un 47% con organismos multilaterales. Dentro de los convenios ERP, por su parte, el 56% se realizaron con entidades bilaterales y 44% con multilaterales. Las operaciones de modalidad financiera no-reembolsable son en un 63% de naturaleza bilateral; mientras que en las reembolsables predominan los organismos multilaterales (78%).³

En cuanto a los montos suscritos, las operaciones en éste mismo periodo, representaron un monto total de US\$ 2,617.9 millones, el 80% clasificado como recursos ERP.

La cooperación reembolsable suma un total de US\$ 1,541.6 millones que proviene en un 82% de fuentes multilaterales. Por su parte, la cooperación no-reembolsable representa US\$ 1,076.3 millones, constituidas en un 65% por fuentes bilaterales. En relación a los cooperantes bilaterales, los mayores montos acumulados de contratos vigentes corresponden a EEUU, España, Japón y Alemania. Estos 4 países, representan el 68% de la cooperación bilateral.

Tabla N° 1 Monto de proyectos vigentes a 2003 US \$ Millones

Naturaleza	Total Fondos Contratados			Reembolsables	No Reembolsables
	ERP	NO ERP	TOTAL	TOTAL	TOTAL
Bilateral	773.9	208.8	982.7	281.6	701.1
Multilateral	1,316.60	318.6	1,635.20	1,260.00	375.20
Total	2,090.5	527.4	2,617.9	1,541.6	1,076.3

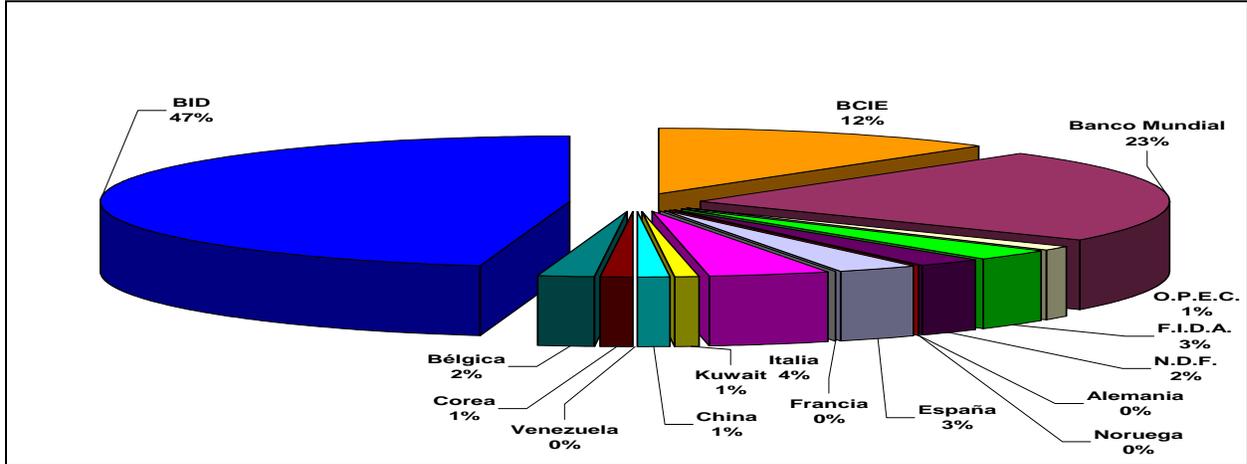
Fuente: “La Cooperación Técnica en Honduras, Programas y Proyectos del sector Público en Ejecución con Financiamiento Externo” República de Honduras, Diciembre 2003

Entre los organismos multilaterales, los principales montos acumulados corresponden al BID, Banco Mundial, la Unión Europea y el BCIE. Estos 4 organismos representan el 87% del total de recursos de naturaleza multilateral.

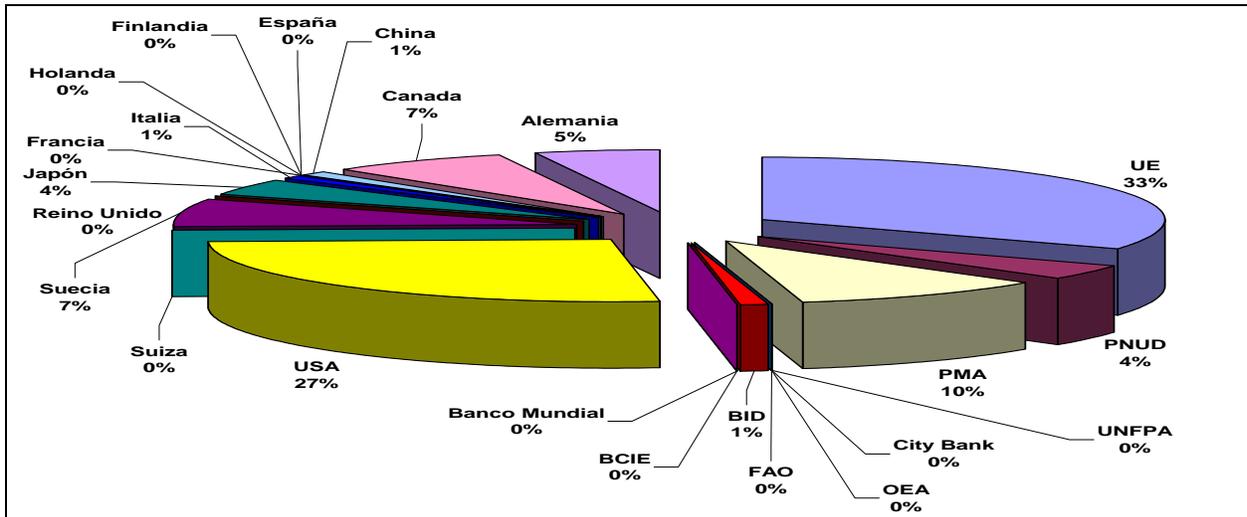
³ República de Honduras. “La Cooperación Técnica en Honduras, Programas y Proyectos del sector Público en Ejecución con Financiamiento Externo”, Diciembre 2003

Figura Nº 2 - Cooperación Reembolsable y No Reembolsable, 2002 – 2003

Reembolsable



No-Reembolsable



Fuente: “La Cooperación Técnica en Honduras, Programas y Proyectos del sector Público en Ejecución con Financiamiento Externo” República de Honduras, Diciembre 2003

De acuerdo a las diferentes áreas programáticas de la ERP, en la modalidad de financiamiento reembolsable, la cooperación internacional ha concentrado sus recursos principalmente en dos áreas de la ERP: reducción de la pobreza en zonas rurales y urbanas y garantía a la sostenibilidad de la ERP. La cooperación multilateral reembolsable, adicionalmente contribuye a otras dos áreas de la ERP: aceleramiento del crecimiento económico e inversión en capital humano.

La cooperación bilateral no reembolsable se orienta en las áreas de sostenibilidad de la ERP, e inversión en el capital humano concentrando entre ambas el 70% de este tipo de cooperación. En el caso de la cooperación multilateral no reembolsable, los recursos están orientados al área de reducción la pobreza rural principalmente.

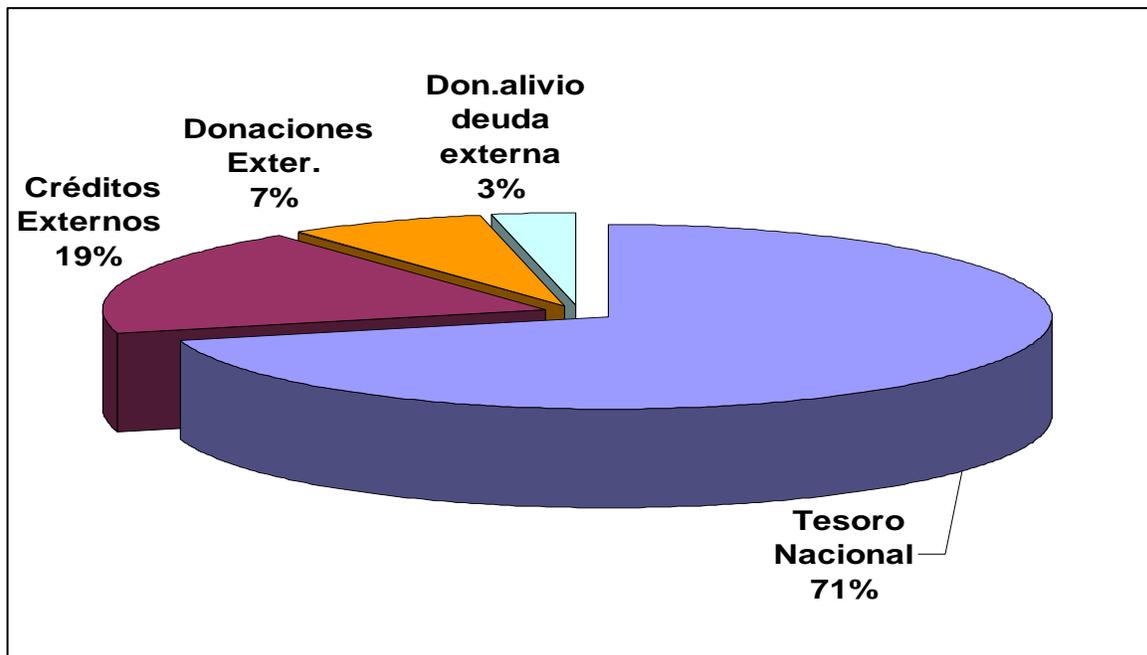
El Gobierno de Honduras de acuerdo a diferentes consultas que ha realizado con la comunidad internacional, ha podido identificar un monto por el orden de US\$ 1,447.5 millones para el periodo 2005-2006, como evidencia del continuo apoyo financiero de la cooperación internacional para el cumplimiento con las metas de la ERP y el programa de Transformación Nacional. Se espera una alta participación de los gobiernos de España, Japón y Suecia por parte de los bilaterales; y BCIE, BID y Banco Mundial por parte de los multilaterales⁴.

3.1.2 Cooperación Técnica y Financiera Internacional en Salud

Después del huracán Mitch, el flujo de CI tanto técnica como financiera en salud, aumentó en forma considerable. Sin embargo, esta se viene dando en forma desorganizada y sin un conocimiento claro del impacto sobre los grupos poblaciones que realmente lo necesitan.

De acuerdo al presupuesto para salud y a sus diferentes fuentes de financiamiento, se observa que entre donaciones externas y crédito externos alcanzan un porcentaje bastante significativo del 30 % del total del presupuesto (L\$ 4,844,382,443.00).⁵ Este comportamiento se ha mantenido estable durante los últimos 3 años y de acuerdo a información suministrada por varias agencias internacionales, se espera que ésta ayuda será similar para los próximos 5 años.

Figura N° 2 Presupuesto de Salud por Fuente de Financiamiento 2004



⁴ Secretaría de Finanzas. “Nuevo Financiamiento Cooperación Externa en el Marco del Grupo Consultivo periodo 2004-2006”

⁵ Grupo Consultivo de Honduras. “Hacia un Programa Sectorial Ampliado de Largo Plazo en Salud”, Junio 2004.

3.1.2.1 Limitaciones del Manejo Actual de la Cooperación Internacional - CI en Salud

Dentro de la CI en el sector salud se han observado algunas limitaciones que deben ser consideradas en un futuro para mejorar la efectividad y el impacto que se espera de la misma:

- Se tiene una preponderancia en dar énfasis a proyectos y no a Programas, prevaleciendo indicadores de proceso y no de impacto.
- La duplicidad de intervenciones es un evento que se repite frecuentemente. Varias agencias financian proyectos similares ejecutándose incluso en las mismas regiones.
- El Gobierno se ve obligado a presentar diferentes formatos de planificación, informes, avances, evaluaciones e indicadores, cumpliendo con los requerimientos de las agencias y no de la Secretaría de Salud.
- Existe un protagonismo de las agencias de cooperación en áreas, sectores y regiones, que desdibujan la verdadera visión de la cooperación internacional.
- Las agendas de las diferentes agencias en muchas ocasiones son impuestas y no responden a las prioridades e intereses de la Secretaría de Salud.
- Existe debilidad institucional de la Secretaría de Salud en algunas áreas, con limitada capacidad de planeación, ejecución y evaluación en algunos proyectos.
- La gran inversión de la CI no llena las expectativas frente a los resultados esperados.

3.1.2.2 Convenios y Montos Suscritos para el Sector Salud 1998-2003

Desde 1998 hasta el 2003 el país ha suscrito aproximadamente 54 convenios en salud por un monto que supera los US\$ 300 millones. Se observa una mayor contribución por parte de las entidades multilaterales para los proyectos de salud no reembolsables, siendo PMA, PNUD (Fondo Global), Estados Unidos, Japón y Canadá los que reportan mayores aportes. Por su parte, los recursos de proyectos reembolsables ascienden a US\$ 92,400,000 con la participación del BID, Banco Mundial y la AECl.

Es importante hacer notar la dificultad de disponer de información oficial detallada y actualizada de la Cooperación en Honduras. Se observa que existe un subregistro importante en los montos y las agencias de CI participantes.

Tabla N° 3 Proyectos de Salud contratados – **No reembolsables** por Agencia.
Período 1998 – 2003

País / Agencia	Naturaleza del Financiamiento	Monto Contratado US\$
Estados Unidos	Bilateral	47,760,000.00
Suecia	Bilateral	9,000,000
Reino Unido	Bilateral	849,000.00
Japón	Bilateral	23,272,425.00
España	Bilateral	11,716.46
Canadá	Bilateral	4,730,524.95
Alemania	Bilateral	1,182,000.00
Total Bilaterales		86,805,666.41
Unión Europea	Multilateral	30,381,454
PNUD (Fondo Global)	Multilateral	20,842,930.00
PMA	Multilateral	55,891,452.00
UNFPA	Multilateral	4,177,811.00
CRS	Multilateral	200,000.00
Total Multilaterales		111,493,647.00
Visión Mundial	ONG	161,328.00
Total ONG´s		161,328.00
	TOTAL	198,460,641.41

Fuente: "Hacia Un Programa Sectorial Ampliado" República de Honduras, Junio 2004

Tabla N° 4 Proyectos de Salud contratados **Reembolsables** por naturaleza de financiación. Período 1998 - 2003

País/Organismo	Naturaleza del Financiamiento	Monto Contratado US\$
España	Bilateral	29,300,000.00
BID	Multilateral	36,000,000.00
Banco Mundial	Multilateral	27,100,000.00
	TOTAL	92,400,000.00

Fuente: "Hacia Un Programa Sectorial Ampliado" República de Honduras, Junio 2004

3.2 Principales agencias y programas

En Honduras existe una fuerte participación de la cooperación internacional tanto de organismos multilaterales y bilaterales. La cooperación multilateral está representada por el Banco Mundial, BID y los organismos del Sistema de Naciones Unidas: OPS/OMS, PNUD, UNFPA, UNICEF, PMA, FAO, UIT y ONUSIDA. Las principales agencias bilaterales activas en el sector salud son: USAID, JICA, ASDI, ACDI, Reino Unido, AECI, Unión Europea y GTZ.

Las Organizaciones no Gubernamentales están representadas por numerosas instituciones auspiciadas por donantes nacionales e internacionales que prestan

cooperación en proyectos específicos. Por muchos años la Secretaría de Salud viene recibiendo el apoyo de varias ONG's internacionales entre las que se destacan: Save the Children, CARE, Cruz Roja Internacional, Cruz Roja Hondureña, Visión Mundial, Agua para el Pueblo Médicos del Mundo, Médicos sin Fronteras, entre otras.

De acuerdo a diferentes consultas realizadas, no se vislumbra el ingreso de nuevas agencias de CI en Honduras en el sector salud, por lo contrario algunas agencias como la GTZ, están reorientando sus líneas de cooperación donde no incluyen aportes al sector salud en el país.

3.3 Instancias de Diálogo de la Cooperación Técnica

La cooperación internacional en Honduras tiene varias instancias activas de diálogo las cuáles se reúnen en forma periódica. En el sector salud existen varios espacios de discusión y análisis donde se tratan diversos aspectos de salud del país:

- El Grupo Consultivo es una reunión que se celebra entre Honduras, Organismos de Cooperación Internacional y países amigos (G- 15) y la sociedad civil, con el fin de apoyar una estrategia o Programa Nacional de Desarrollo, a través de asistencia técnica y/o financiera. El G-15 es el grupo de apoyo al Gobierno de Honduras que fue creado posterior al huracán Mitch con la finalidad de coordinar la ayuda internacional al país. Lo conforman: Japón, Alemania, EEUU, España, Suecia, Italia, Comisión Europea, Canadá, Francia (Nuevo miembro), Suiza (COSUDE) (Nuevo miembro), BID, BM, BCIE, FMI, DFID (UK), Holanda (SNV), PNUD (más otra Agencia de la ONU). Canadá ocupa actualmente la Secretaría Pro-Tempore.
- Mesa Sectorial en Salud: opera desde el año pasado desde su creación. Para apoyarla se conformó el Comité Técnico, cuya función es brindar asesoría en el proceso del enfoque sectorial en salud a la mesa. La OPS/OMS representa a la mesa CESAR en el Comité Técnico y UNFPA actúa como suplente.
- La Mesa CESAR es una instancia de coordinación entre las agencias multilaterales y bilaterales específica para el sector Salud. Esta mesa busca mecanismos para potencializar la cooperación técnica en salud en Honduras con reuniones mensuales. La OPS actúa como Secretaría de la Mesa donde participan las siguientes agencias: JICA, ASDI, BID, ACDI, BM y las agencias del Sistema de NNUU.
- Mesas de Coordinación Interagencial del Sistema de NNUU.

Existen otros espacios interagenciales donde la OPS/OMS participa igualmente como es el proceso del CCA⁶/ Grupo UNDAF. Este proceso obedece a una reforma del sistema que se centra en la puesta en marcha de mayores esquemas de articulación entre las Agencias, esto con el propósito de enfocar en conjunto sus esfuerzos de cooperación optimizando acciones e incrementando el impacto de éstas a favor del desarrollo humano sostenible.

3.3.1 Enfoque sectorial

Con el fin de hacer más operativo el seguimiento al proceso de reconstrucción y transformación nacional y de la ERP, se ha definido un mecanismo de diálogo tripartito, entre el Gobierno, la sociedad civil y los cooperantes, denominado Mesas Sectoriales que después de algún tiempo de funcionamiento se ha comprobado su importancia y validez.

El fin es de armonizar y mejorar los mecanismos de planificación, ejecución y evaluación de la gestión y potenciar y garantizar la racionalización de los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento en los sectores Educación, Salud, Agua y Saneamiento y Agricultura. El actual Gobierno ha decidido orientar la gestión gubernamental en función de Programas de País de largo plazo y no de proyectos como lo ha venido haciendo hasta ahora, bajo un enfoque sectorial; esto en el marco de las políticas del Sector Salud 2002 – 2006, el Plan de Gobierno 2002 – 2006, la Estrategia para la Reducción de la Pobreza (2015); las Metas de Desarrollo del Milenio y el Plan Estratégico para el Sector Salud de Honduras a 2021. El Gobierno se ha planteado el reto de estructurar su planificación, en base a planes sectoriales bajo la metodología SWAPs “Sector Wide Approach”.

Tanto la Secretaría de Salud como otros actores consideran que el avance hacia el enfoque sectorial es la estrategia más adecuada para llevar a cabo una presupuestación y ejecución eficiente de los recursos que se inviertan en el Sector Salud. Igualmente, consideran fundamental diseñar los instrumentos de gestión que permitan monitorear y evaluar los avances alcanzados; la implementación de las estrategias sectoriales; los procesos de rendición y petición de cuentas; el cumplimiento de los estándares definidos para cada estrategia; el seguimiento a la ejecución presupuestaria de los fondos nacionales y de cooperación y la evaluación del impacto de este nuevo esquema de trabajo.

Con el objeto de garantizar el logro de los ODM a través de la ERP y de utilizar de la manera más eficiente los recursos disponibles para el sector, la Secretaría de Salud se encuentra elaborando el Plan Nacional de Salud al 2021 y el plan Quinquenal que incorporará las acciones de la Secretaría de Salud y del Instituto Hondureño del Seguro Social, que servirá como documento base para la implementación del enfoque sectorial en salud.

⁶ Country Common Assesment

4 Programa de OPS/OMS con Honduras

Honduras fue admitida como Estado Miembro en la OPS el 1 de octubre de 1947 y a partir del primer convenio básico firmado en 1951 tiene sus oficinas en el país.

En esa época la población de las Américas acusaba la más alta tasa de incremento de enfermedades del mundo, lo cual indicaba una necesidad urgente de servicios ampliados de salud, y que a su vez se tradujo en una demanda de un mayor número de trabajadores de salud capacitados.

En Honduras, como en otros países uno de los problemas era la erradicación de la malaria para lo cual entre 1949-1958 se capacitaron en México 8 inspectores sanitarios y en Venezuela 2 ingenieros Sanitarios. Entre 1956 y 1957 “la Junta Planificadora” se encargó de formular propuestas específicas para reorganizar los servicios nacionales de sanidad, en las que se preveían la descentralización y el desarrollo de servicios locales dentro de un programa quinquenal.

Actualmente la OPS/OMS además de llevar adelante el programa de trabajo, busca alianzas estratégicas que permitan potenciar las actividades de cooperación y está jugando un papel importante en la coordinación de la cooperación internacional, liderando diferentes espacios creados para armonizar y alinear la entrega de cooperación en el sector salud. Asimismo, se mantienen reuniones periódicas con las Agencias de Sistema de Naciones Unidas, preparando propuestas de proyectos en forma conjunta.

La OPS/OMS en Honduras durante estos 55 años trabaja para cumplir con su misión:

“ Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas”.

4.1 El programa de trabajo

Como una estrategia para racionalizar el programa de trabajo, y por la reducción de proyectos extrapresupuestarios que asumen directamente las agencias bilaterales, entre los periodos 2000-01 al 2004-05 los proyectos de cooperación disminuyeron de 16 a 7. También el personal disminuyó: en el área técnica el staff internacional se redujo en dos expertos del área de desastres y los profesionales nacionales de 13 a 7; en el personal de apoyo un puesto de staff local en la actualidad se encuentra vacante-congelado; y del personal de la Secretaría de Salud y agencia de 35 a 27.

El programa de cooperación para el bienio en curso responde a las siguientes prioridades nacionales:

1. Adoptar los principios de promoción de la salud, la acción interprogramática y la participación social en la formulación y ejecución de proyectos y programas de salud, alimentación y nutrición.

2. Fortalecer las capacidades nacionales para la identificación, caracterización, manejo y solución de problemas de saneamiento y salud ambiental, incluyendo la salud de los trabajadores, sustancias químicas y desastres naturales y antropogénicos.
3. Catalizar y propiciar el desarrollo de una Reforma del Sector Salud con aumento de la cobertura, financiera sostenible y con provisión de calidad y eficiencia.
4. Fortalecer la toma de decisiones en salud con base en el análisis epidemiológico de información sanitaria de daños y determinantes de la salud, con enfoque de riesgo, equidad y género y con especial énfasis en las Metas del Milenio.
5. Reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles y mantener logros de enfermedades inmunoprevenibles.
6. Disminuir la vulnerabilidad y preparativos para desastres en países afectados por el Huracán Mitch.”: El propósito del mismo es el de reducir la vulnerabilidad de los servicios de salud y distribución de los sistemas de agua, e implementar medidas de respuesta en el sector salud, especialmente en el nivel local.

En consistencia a estas prioridades el Programa Presupuesto Bianual 04/05 esta estructurado en siete proyectos: 1) Promoción, protección de la salud y Seguridad Alimentaria Nutricional; 2) Salud Ambiental y Desarrollo Sostenible; 3) Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 4) Análisis de Situación y Sistemas de Información; 5) Prevención y Control de Enfermedades; 6) Disminución de la Vulnerabilidad y preparativos para desastres en países afectados por el Huracán Mitch; y 7) Actividades de Gestión de la Representación. La Representación OPS/OMS Honduras promueve desarrollar y mantener las condiciones organizacionales adecuadas para que los procesos de cooperación técnica se realicen en forma eficiente y efectiva, de acuerdo a las normas y procedimientos institucionales.

Las prioridades identificadas en la elaboración del BPB 2004/05 son coincidentes con las del país y se han tenido en cuenta el Plan Estratégico de OPS el Programa de Trabajo de la OMS y la relación con los ODM.

Prioridades de Cooperación de OPS en Honduras	Objetivos de Desarrollo del Milenio	Metas
1. Seguridad alimentaria y nutricional, incluido micronutrientes	1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezca hambre
2. Estrategias municipales de promoción de la salud		
5. Salud ocupacional		
3. Control de calidad ambiental	7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e impedir la pérdida de recursos del medio ambiente. 10. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezca de acceso sostenible a agua potable.
4. Prevención y control de riesgos y emergencias ambientales		
6. Planificación y gestión sectorial de medicamentos, recursos humanos y cooperación externa en salud	8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	17. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo.
7. Incorporación de la equidad de género en planes e iniciativas nacionales	3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer	
11. Reducción de la violencia social (mujer)		
9. Prevención y control de los principales daños a la salud, actuales y potenciales, con énfasis en poblaciones y grupos desprotegidos	6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	7. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA. 8. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves.
10. Reducción de mortalidad materna e infantil	4. Reducir la mortalidad en la niñez 5. Mejorar la salud materna	5. Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad en niños menores de 5 años. 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
8. Producción y análisis de la información sanitaria, incluido registro de hechos vitales		

Al mismo tiempo la cooperación recibida del nivel regional y global, no siempre ha sido solicitada por el país ni ajustada a sus prioridades y en ocasiones no se ha coordinado debidamente entre los tres niveles global, regional y la oficina local; una buena experiencia de trabajo coordinado a nivel subregional es la obtenida con AIEPI. Es importante destacar la dificultad que se encuentra para concretar e iniciar actividades en proyectos extrapresupuestarios por el lento y complejo proceso burocrático

A pesar de contar con varios instrumentos, estos no evalúan de forma dinámica la adaptación del programa de trabajo a las prioridades del país ni identifican las debilidades a corregir u oportunidades para realizar los cambios necesarios en momento y forma.

La OPS durante la programación y ejecución tiene flexibilidad para la adaptación en la entrega de la cooperación, pero muchas veces al cambiar las personas en la misma oficina local cambian las prioridades sin respetar los compromisos previos, igualmente los cambios frecuentes de autoridades nacionales y la baja capacidad de las contrapartes para la ejecución de los proyectos dificultan su desarrollo de acuerdo a la programación previa.

4.2 Recursos financieros

A continuación del programa de trabajo de OPS/OMS en Honduras se presenta el estado de los recursos financieros administrados desde el 2000-01 al 2004-05.

El siguiente cuadro muestra el presupuesto para cada uno de los tres últimos bienios, donde se puede apreciar que el comportamiento del presupuesto durante estos tres bienios ha sido decreciente (1.62%).

Recursos Financieros por Origen

BIENIO	ORIGEN				Ejecución Presupuestaria %
	Presupuesto	Recursos Extrapresupuestarios US\$	Fondos Subregionales US\$	Total US\$	
	Regular US\$				
2000 - 2001	1,832,503	7,204,716	1,144,457	10,181,676	93.05
2002 - 2003	1,812,091	3,884,346	1,280,048	6,976,485	88.27
2004 - 2005	1,802,800	1,057,243	727,202	3,587,245	61.10

Fuente AMPES/OMIS, 8 de Febrero 2005

Al profundizar el análisis, en función de la inflación y ciertamente devaluación real del dólar tomando como año base el 2004 se observa, que el poder adquisitivo del presupuesto asignado en ese bienio disminuye en 5.54% (en cifras absolutas US\$ 99,850.00) en relación al bienio anterior y en 11.51% (en cifras absolutas US\$ 207,420.00) para el 2000-01.

En la columna de totales resalta la disminución a una tercera parte de los recursos administrados (183.8 %) entre el primer bienio y el actual. La misma se debe a la terminación de los proyectos extra presupuestarios, que en el bienio 2000-01 era el 70.8% del total del presupuesto. De los fondos extrapresupuestarios terminados durando el 2002-03 el único correspondiente para apoyo luego del Huracán Mitch fue le Proyecto de reconstrucción Post Mitch CDC/USAID/OPS.

Es importante notar que los fondos subregionales representan un componente importante en el presupuesto. En el bienio 2000-01 los fondos subregionales

significaron el 62% en comparación con el presupuesto regular y en el bienio siguiente el 70,6%. Para el bienio 2004-05 es el 40,3% durante el primer año.

Por otro lado, en la última columna se encuentra la ejecución presupuestaria que para el bienio 2000-01 fue 93.05%; en el 2002-03 fue el 88.27% y en el 2004-05 a la fecha 61.10%.

En el último bienio los gastos del proyecto, las Actividades de Gestión de la Representación aumentaron de un 30.57% de total del presupuesto del 2000-01 a un 35.29% en el 2004-05, este incremento ha sido a expensas de una reducción de áreas técnicas.

Al mismo tiempo, Áreas técnicas como VIH/SIDA y Preparación de Desastres no cuentan con recursos regulares y con escasos recursos extra-presupuestarios, se destaca que Honduras es el 60% de los casos de VIH/SIDA de toda Centro América.

En cuanto a la distribución del presupuesto por modalidades de Cooperación el Enfoque funcional de Capacitación ha sido el de mayor porcentaje durante los dos primeros bienios con alrededor del 50%. Sin embargo, en el primer año de este bienio el de mayor porcentaje fue el de Asistencia Técnica Directa con 57.28% y el de capacitación solamente un 7,20%. Esta diferencia se debe a que parte de los fondos de la cooperación fueron destinados a la contratación de un Oficial de Proyectos para el seguimiento de los fondos extrapresupuestarios y coordinación interagencial.

Según los registros, esta Oficina recibe un promedio de 2.5 personas/día y con 5.5 días/hombre de estadía. Asimismo, envía al exterior personal de las instituciones públicas en un promedio de 642 días año y 5 días de capacitación/capita. Se debe destacar que esta modalidad de cooperación no siempre está coordinada conjuntamente entre las oficinas locales y las regionales y globales.

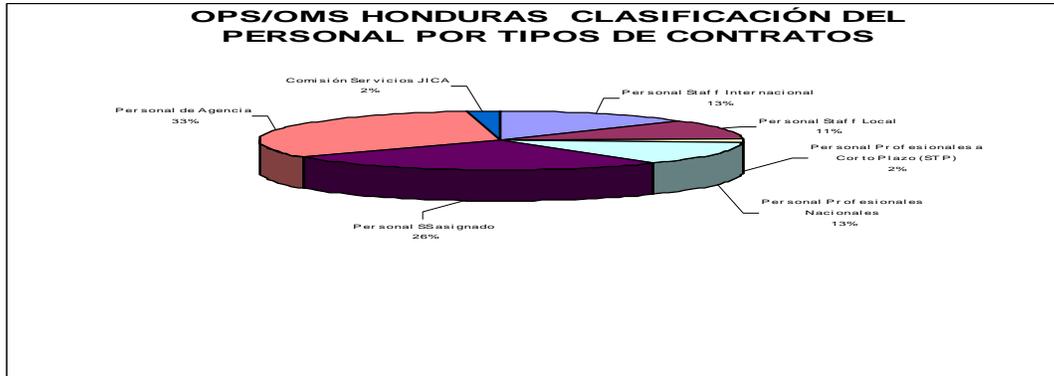
4.3 Recursos Humanos y Físicos

La OPS/OMS en Honduras actualmente está ubicada en el 6° y 7° piso de un edificio con un área 945 m² destinados a las oficinas, Centro de Documentación y PALTEX y 756.55 m² de bodegas y estacionamientos. En vista que se ha mudado recientemente se está trabajando para cumplir con los requisitos del MOSS.

El plantel de funcionarios de la OPS/OMS en Honduras es de 47 personas (25 mujeres y 20 hombres) con 6 modalidades de contratos, más 1 persona trabajando en comisión de servicio de JICA.

En el gráfico adjunto se aprecia la composición de la fuerza laboral de la Oficina, el 32% del personal es técnico y el 68% es personal administrativo.

**CLASIFICACIÓN DE PERSONAL
POR TIPO DE CONTRATO**



Fuente: Oficina de Personal – PWR-HON

En el cuadro a continuación se puede ver la situación del personal durante los bienios desde el 2000 al 2005.

**REPRESENTACION OPS/OMS EN HONDURAS
CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL
POR TIPO DE CONTRATO**

TIPO DE CONTRATO	BIENIO		BIENIO		BIENIO	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Personal Staff Internacional (xxxx)	6	6	7	8	8	7
Personal Profesionales a Corto Plazo (STP)					1	1
Comisión Servicio JICA					1	1
Personal Profesionales Nacionales(***)	13	11	10	12	9	7
Personal Staff Local (*)	5	5	5	5	5	5
Personal SS asignado	16	14	15	15	12	12
Personal de Agencia (**)	19	18	22	18	17	15
TOTAL	59	54	59	58	53	47

- (*) Uno de los puestos de Servicios Generales está vacante y congelado en O.C.
- (**) A partir del mes de octubre del 2002 se redujo a 19 empleados
- (***) Son siete puestos de profesionales nacionales y uno de ellos vacante
- (****) A partir de Junio un consultor de Proyecto SIDA 3X5

5 Directrices Globales y Regionales de la Cooperación de OPS/OMS

5.1 Metas globales de la Organización Mundial de la Salud

La meta de la OMS consiste en promover poblaciones y comunidades sanas y combatir la mala salud. Para conseguirla, cuatro orientaciones estratégicas interrelacionadas proporcionan un amplio marco para centrar el trabajo técnico de la OMS.

Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad especialmente en poblaciones pobres y marginadas; promover modos de vida sanos y reducir los factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, económico, social y conductual; desarrollar sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios, respondan a las demandas legítimas de la población y sean financieramente justos; configurar una política propicia y crear un entorno institucional para el sector de la salud y promover una dimensión sanitaria par la política social, económica, ambiental y de desarrollo.

En la realización de sus actividades, el Secretariado de la OMS se centra en las seis funciones básicas siguientes:

- articular posiciones de política y promoción coherentes, éticas y basadas en pruebas científicas;
- gestionar la información evaluando las tendencias y comparando los resultados, establecer el programa de acción de la investigación y del desarrollo y de estimularlo;
- catalizar el cambio mediante apoyo técnico y normativo por medios que estimulen la cooperación y la acción y ayuden a crear capacidad sostenible a nivel nacional y entre los países;
- negociar y sostener fórmulas de asociación nacionales y mundiales;
- establecer, validar y vigilar normas y criterios y proseguir su adecuada aplicación;
- estimular el desarrollo y la experimentación de tecnologías, instrumentos y directrices nuevos para la lucha contra la enfermedades, la reducción de riesgos, la gestión de la atención sanitaria y la prestación de servicios.

A pesar de que las directrices estratégicas y las funciones básicas han proporcionado orientación, es indispensable definir más ámbitos específicos de prioridad. De acuerdo con un análisis de los principales desafíos de la acción sanitaria internacional, reflejan también decisiones estratégicas con respecto a los sectores en los que la OMS tiene una ventaja en comparación con otros o en los que es necesario crear capacidad.

Las prioridades generales de la OMS a nivel de toda la Organización son : Paludismo, tuberculosis y VIH/SIDA; cáncer, enfermedades cardiovasculares y

diabetes; Tabaco; Salud materna; Inocuidad de los alimentos; Salud mental; Seguridad de la sangre; Sistemas de salud; Invertir en el cambio de la OMS.

La OMS plantea que⁷ en la 'mayoría de los países, los progresos hacia unos niveles de salud aceptables serán limitados y efímeros si no se considera desarrollar sistemas de atención sanitaria suficientemente robustos para responder a los actuales retos'. Para impulsar este proceso, la OMS está haciendo de los resultados en los países su principal objetivo. Todos los países pueden adoptar medidas eficaces para mejorar la salud de la población, aprovechando los conocimientos y capacidades locales. Para alcanzar los objetivos, sin embargo, se requieren de nuevos recursos y una cooperación sin precedentes entre los distintos socios de la cooperación, basada en criterios científicos rigurosos y una ética clara, inspirada en la Constitución de la OMS.

5.2 Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2003-2007

La Organización Panamericana de la Salud OPS actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud OMS, trabaja con los países para mejorar la salud y elevar la calidad de vida de sus habitantes y presta asesoría técnica a la Organización de los Estados Americanos OEA.

El plan estratégico para el período 2003-2007⁸ define el marco de la cooperación técnica de la OPS para la Región de las Américas y es uno de los insumos clave para la definición de la estrategia de cooperación en el país. Reúne los valores, la visión, la misión y las funciones de la oficina.

La Visión de la OPS es ser el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

La Misión de la OPS es liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas. Los Valores de la OPS son: equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integridad.

La formulación de la estrategia de cooperación de OPS para la Región, se basa en dos principios fundamentales: la equidad⁹ y el panamericanismo¹⁰.

En el plan estratégico se establecen las siguientes áreas prioritarias: prevenir, controlar y reducir las enfermedades transmisibles, prevenir, controlar y reducir las enfermedades no transmisibles, promover estilos de vida y ambientes sociales sanos, el crecimiento y el desarrollo saludables; promover entornos físicos

⁷ Mensaje del Director General, Informe sobre la Salud del Mundo 2003.

⁸ Plan estratégico de la OPS para el período 2004-2007. CSP26/10

⁹ Definida como la distribución de los medios necesarios para alcanzar salud de una manera justa. Sustenta la meta de salud para todos y refleja explícitamente la visión, la misión y los valores de la oficina

¹⁰ Principio fundador de la OPS, expresado en el compromiso de los Estados Miembros de colaborar para mejorar el estado de salud en áreas de interés común y apoyar a los más necesitados directa e indirectamente.

seguros; prepararse, gestionar y responder en casos de desastres; garantizar el acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles; y promover un insumo eficaz de salud en las políticas sociales, económicas, culturales y de desarrollo.

En colaboración con los Estados Miembros, la Oficina desempeña las siguientes funciones:¹¹

- Proporciona la visión estratégica para el desarrollo sanitario en las Américas.
- Genera y comparte información para: vigilar la situación, los riesgos y las disparidades en materia de salud de la población y el ambiente; informar, promover la causa y educar acerca de los temas de salud regionales; y producir conocimientos y encontrar soluciones innovadoras
- Moviliza recursos y fomenta la forja de alianzas, en los planos nacional, regional e internacional, para aumentar la cooperación en la búsqueda de soluciones comunes.
- Construye la capacidad nacional y regional
- Adapta soluciones técnicas integrales e innovadoras para alcanzar los objetivos de salud nacionales y comunitarios.
- Formula normas y procedimientos para proteger la salud y conseguir la seguridad.

En forma especial cabe destacar el compromiso asumido por la Organización en torno a la Declaración de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio, el cual 'refleja un consenso político sin precedentes sobre el estado del mundo y su visión de futuro. Establece metas mensurables y plazos específicos para el progreso de la humanidad'¹².

Las nuevas modalidades de trabajo de la OPS se orientan hacia la definición de políticas, estrategias y estándares, las alianzas para reducir inequidad, la nueva cultura organizacional, los nuevos métodos de trabajo y la definición de prioridades. Para el período 2003-2007, la OPS afronta dos grandes retos: que los gobiernos ejerzan el liderazgo y la responsabilidad al exhortar a la sociedad en su totalidad a mejorar la salud de las personas, y que las personas, las familias, las comunidades y las instituciones estén empoderadas para buscar la justicia social mediante la promoción de la salud y la protección de la vida.

La OPS considera que 'la alta vulnerabilidad social, las dificultades para estabilizar la gobernabilidad, la obsolescencia de estructuras administrativas y los problemas para adaptarse al proceso de globalización son algunos de los desafíos para el desarrollo de la Región'. A esto hay que sumar, disparidades de ingreso y desigualdades en la situación de salud, el deterioro de las condiciones de vida y el aumento marcado de la pobreza.

¹¹ Plan estratégico de la OPS para el período 2004-2007. CSP26/10

¹² Discurso de toma de posesión. Mirta Roses, Directora de OPS.

El cambio de la administración de la OPS y las bases de la nueva gestión implican cambios en la forma en como se venía desarrollando la cooperación técnica:¹³ A continuación se destacan algunos aspectos relevantes:

La OPS aspira a profundizar el consenso en la Región, formar alianzas estratégicas, crear una genuina cultura de salud, ampliar entornos saludables, asegurar la calidad, y mejorar la comprensión y acción sobre los factores determinantes de la salud pública. Se continuará el énfasis en los grupos especiales, pobres, etnias minoritarias, mujeres, niños y ancianos.

El énfasis de la cooperación será trabajar en y con los países, sitio donde ocurrirán los cambios para mejorar los niveles de salud de la población. En el marco de la Cooperación enfocada en el país adoptado por la OMS, se mejorará la planificación estratégica del país, intensificando el apoyo de la organización. De forma específica se ha establecido que la OPS/OMS encabezará esfuerzos estratégicos de colaboración entre los países y sus asociados para maximizar iniciativas de desarrollo más amplias, como los Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP), con miras a acelerar las mejoras sanitarias en Bolivia, Haití, Honduras, Guyana y Nicaragua (CSP26/10), en atención a que se trata de países pobres muy endeudados (PPME), en los que el pago de la deuda externa limita los ingresos nacionales que podrían destinarse al aumento del gasto para mejorar los sectores sociales. En estos países, las instituciones y la infraestructura sanitarias son extremadamente débiles.

Se intentará aumentar la eficacia y la eficiencia de la cooperación técnica con los países mediante el máximo aprovechamiento de las nuevas tecnologías y conocimientos y la intensificación del intercambio de información entre países. Es importante reforzar las capacidades de los niveles locales, nacionales y subregionales y el fortalecimiento de las alianzas estratégicas con otros socios claves del desarrollo.

La Organización se compromete a facilitar la transformación institucional basada en el conocimiento, aprendizaje y crecimiento, a aplicar políticas de reforma de la OMS para la gestión de recursos humanos, a métodos de trabajo más participativos, a vigilar y monitorear los cambios.

Finalmente, cabe señalar que los principios de la nueva OPS se inspiran en los cambios en los países, el proceso de reforma de Naciones Unidas y la OEA, con el objetivo de lograr una mayor eficiencia, transparencia y productividad en el quehacer de la Organización.

¹³ La transición hacia un Nuevo siglo de salud en Las Américas. Informe anual de la Directora, 2003. OPS/OMS.

6 Agenda estratégica de la cooperación de OPS/OMS con Honduras.

El Gobierno de la República de Honduras aprobó en agosto del 2001 la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP), cuya elaboración fue un esfuerzo compartido entre el Gobierno en sus distintos ámbitos y la sociedad civil hondureña con el apoyo de la cooperación internacional, esta ERP que se encuentra en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) pretende ser una Política de Estado sostenible a largo plazo con independencia de las transiciones políticas correspondientes. En Abril del 2005 el país ha conseguido acceder a la condonación de la deuda externa (HIPC II) lo que supone una oportunidad para el desarrollo de la ERP y del Desarrollo Nacional de la Salud.

Para enfrentar los desafíos que la OPS tendrá en el futuro cercano y definir una estrategia de cooperación con Honduras es necesario tener en cuenta que nos estamos moviendo en nuevos escenarios nacionales e internacionales caracterizados por la necesidad de fortalecer la capacidad de planificación estratégica alrededor de la ERP y de un mayor alineamiento y armonización con el país de la cooperación internacional a través de mecanismos como el SWAp.

En ese marco de profundos cambios el gran reto para la OPS será, además de proveer cooperación técnica y el apoyo en la coordinación interagencial, desempeñar un rol mucho mas político - estratégico en el fortalecimiento del liderazgo de la Secretaria de Salud y en facilitar la negociación y consenso con otros actores nacionales y con los organismos bilaterales y multilaterales.

Hay una urgente necesidad de enfrentar la agenda inconclusa en salud, cuya expresión máxima se localiza en los países prioritarios entre los que se encuentra Honduras, para ello será necesario el apoyo internacional conjunto, a través de alianzas públicas y privadas a nivel global, regional y de país para la movilización de los recursos necesarios.

Objetivos estratégicos para la CCS de Honduras

En el marco de la ERP hacia la consecución de los ODM, el propósito de la cooperación técnica de OPS/OMS con Honduras debe ser el de **contribuir al liderazgo y la capacidad institucional de la Secretaría de Salud y otros actores nacionales para:**

6.1 Desarrollar la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) para reducir la Mortalidad Infantil y menores de 5 años, la mortalidad materna y la desnutrición; “la agenda inconclusa para la equidad”.

Las políticas del Gobierno consideran necesario al igual que la OPS/OMS, aplicar los principios de la APS para desarrollar los programas y proyectos prioritarios y favorecer la consecución de los ODM, con un enfoque de igualdad de oportunidades, a favor de los grupos poblacionales de alta vulnerabilidad y de la mujer en particular.

Aplicar la estrategia de APS de manera integral y renovada en el contexto actual, supone superar el fraccionamiento de los programas prioritarios así como su separación del desarrollo de los servicios de salud para mejorar el acceso de los actualmente excluidos. Por coherencia y optimización de recursos, este enfoque debe de hacerse extensivo a otras prioridades nacionales como son las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes.

6.1.1 Mejorar el acceso a los servicios de salud de calidad.

Contribuir a reducir las diferentes barreras de acceso a los servicios de salud sean estas geográficas, culturales, económicas, generacionales y de género, a través de acciones integrales definidas y ejecutadas desarrollando la participación social (con enfoque de rendición de cuentas), garantizando que los servicios de salud, sean de atención colectiva, personal o farmacéutica mantengan los niveles óptimos de calidad.

Definir el mapa de la exclusión social en salud del país y focalizar las acciones en las poblaciones y zonas con mayor exclusión social en salud (incluyendo pueblos indígenas y negros).

6.1.2 Garantizar la entrega de un conjunto de prestaciones para extender la protección social en salud.

Definir un conjunto de prestaciones posible y adecuado a cada grupo de población, utilizando criterios de vulnerabilidad, morbilidad, mortalidad, determinantes de salud, efectividad y eficiencia de las prestaciones, oferta de servicios y factibilidad.

Priorizar las prestaciones y determinar su costo, para poder identificar diferentes fuentes de financiamiento que garanticen la entrega y sostenibilidad del conjunto de prestaciones definido a toda la población sin importar su capacidad de pago, lugar de residencia, cultura, etnia u otros.

6.1.3 Desarrollar un sistema efectivo de referencia y comunicación con el uso las tecnologías adecuadas.

Definir y priorizar las necesidades de comunicaciones en salud y determinar su costo para identificar las posibles fuentes financieras de manera que garantice un efectivo sistema de referencia y comunicación en salud.

6.1.4 Integrar el desarrollo de los programas prioritarios con los servicios básicos de salud.

Elaborar propuestas conjuntas que permitan dar respuestas integrales a los problemas prioritarios, articulando las diferentes áreas técnicas involucradas tanto en el desarrollo de los programas como en la gestión de los servicios de salud.

6.1.5 Contar con información confiable, integrada y oportuna que permita planificar y evaluar las políticas, planes y estrategias nacionales en salud con énfasis en la ERP y los ODM

Fortalecer la vigilancia de la salud como herramienta para la planificación y evaluación del estado de salud y sus determinantes, disponer de información de hechos vitales para la planeación de programas y políticas de desarrollo social y favorecer los espacios de coordinación intra e intersectorial para optimizar y estandarizar la gestión de la información sanitaria

6.2 Desarrollar el enfoque sectorial en salud para contribuir a la reducción de la pobreza.

La Secretaría de Salud considera el enfoque sectorial la mejor estrategia para un alineamiento y armonización de los diferentes recursos nacionales y externos que se invierten en salud. Ello se debe dar de manera definida y consensuada entre gobierno, sociedad civil y cooperación externa.

6.2.1 Sostenibilidad política e institucional: políticas de estado en salud, alrededor de un Plan Nacional de Salud de largo plazo en el marco de la ERP - ODM.

Construir el componente sectorial de la ERP con una perspectiva de largo plazo a fin de alcanzar los ODM, a través de consensos nacionales que permitan no solo lograr la equidad en salud sino también apuntalar la legitimidad y gobernabilidad del sistema con un enfoque de derechos.

6.2.2 Alinear, armonizar y manejar los recursos, articulando el apoyo externo y de los otros sectores.

Fortalecer el rol de liderazgo de la SS en el desarrollo del enfoque sectorial (SWAp) y facilitar la asociación de los actores internacionales en el quehacer de salud.

6.2.3. Analizar las tendencias, costo efectividad de intervenciones y desarrollo de indicadores para el monitoreo y evaluación.

Facilitar la definición consensuada de las prioridades a través de análisis de costo - efectividad y de equidad y de indicadores de monitoreo y evaluación.

6.3 Profundizar el proceso de Reforma y descentralización sectorial.

Dentro del programa de Modernización del Estado, el Gobierno ha definido como acción prioritaria la Reforma del Sector Salud, la cual conlleva:

- Procesos de cambio institucional con énfasis en el papel Rector de la Secretaría de Salud.
- Coordinación en la prestación de servicios con monitoreo de su calidad y costos.

- Nuevas formas de gestión y financiamiento, aseguramiento, participación en salud y seguridad social.
- Descentralización.

6.3.1 Redefinir y fortalecer el rol Rector.

Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional en sus capacidades para ejercer con liderazgo la conducción del todo el Sector Salud, regular y fiscalizar su funcionamiento, orientar y modular su financiamiento, garantizar el aseguramiento y armonizar la prestación de servicios, organizando y ejecutando igualmente las funciones esenciales de salud pública cuya competencia le corresponde y es indelegable.

6.3.2 Asegurar recursos humanos en cantidad y calidad en los servicios de salud de las zonas de pobreza extrema.

La elaboración de políticas de gestión de recursos humanos del sector que favorezcan la reforma del servicio civil a través de un consenso entre el estado, la sociedad civil, la academia y los estamentos representativos de los trabajadores del sector

6.3.3 Avanzar en el proceso de Departamentalización.

Contar con recursos humanos capacitados en gestión, habilidades y destrezas en salud pública necesarias para asumir la responsabilidad de conducir el sector en los niveles locales.

6.3.4 Desarrollar estrategias de Financiamiento y Aseguramiento.

Las nuevas oportunidades de mejorar el financiamiento, entre ellas las surgidas tras la condonación de la deuda, hace necesario realizar estudios y negociaciones con los nuevos actores en los diferentes niveles, central, departamental y local tanto gubernamentales como de la sociedad civil y cooperación externa para garantizar un aseguramiento con tendencia a la universalidad.

Generar una alianza estratégica con el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y otros actores sociales, para asegurar el acceso a los servicios de salud de los sectores más pobres y excluidos.

6.3.5 Implementar nuevos modelos de gestión en servicios de salud y de recursos humanos.

Seleccionar y probar metodologías, instrumentos y herramientas para la gestión de los servicios en redes que mejoren el acceso y calidad de los servicios de salud.

Revisar y actualizar los perfiles de los proveedores de servicios de salud, profesionales, técnicos, agentes comunitarios y otros, desarrollando mecanismos de capacitación, planificación, supervisión y control necesarios para una atención de salud con calidad, con la participación de las entidades académicas, colegios profesionales y agentes comunitarios.

6.4 Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud en el marco de la promoción de la salud y la coordinación intra e intersectorial.

La ERP es el marco de política intersectorial del país y el sector salud debe verse reflejado no solo en su capítulo específico sino en el conjunto de los diferentes marcos sectoriales dado su profundo carácter interdisciplinario e interinstitucional. Esto debe desarrollarse normativamente a nivel central y concretarse en la ejecución descentralizada, local.

6.4.1 Fortalecer la gestión del ente rector, del ente regulador y de los prestadores de los servicios de agua y saneamiento, en el contexto de la nueva Ley Marco y del Código Sanitario.

Impulsar el desarrollo de las capacidades del CONASA como responsable de la política y gestión de recursos financieros para el sector, en coordinación con otras agencias de cooperación y organizaciones de la sociedad civil. También se apoyará el desarrollo de normas para las buenas prácticas de los servicios de agua y saneamiento.

Apoyar los procesos para incrementar las capacidades municipales y locales a fin de prestar los servicios de agua y saneamiento según patrones de eficiencia, calidad y sostenibilidad.

6.4.2 Desarrollar la gestión intra e intersectorial para la reducción de vulnerabilidad y riesgos, incluyendo los laborales, con una visión asociada a la intersección salud, ambiente y desarrollo

Apoyar la formulación y adopción de normativa nacional para la reducción de vulnerabilidad física y funcional en instalaciones de salud y de agua y saneamiento.

Colaborar con las instituciones nacionales responsables, en la sistematización, elaboración e implementación de instrumentos para el proceso de reducción de riesgos laborales.

Continuar con el proceso de fortalecimiento de capacidades locales para la formulación e implantación de planes de prevención y respuesta intersectorial ante emergencias y desastres naturales.

Apoyar el fortalecimiento de los vínculos del sector salud con las universidades, colegios profesionales, municipalidades (UMAs) y organismos gubernamentales para incorporar en sus agendas la gestión del riesgo en un contexto de desarrollo integral.

Apoyar el fortalecimiento institucional para la promoción de espacios saludables.

6.4.3 Fortalecer la capacidad institucional para la prevención y vigilancia de la violencia y su impacto en salud.

Coordinar las diferentes instituciones involucradas para el desarrollo de una respuesta integral e interinstitucional al problema de la violencia y su impacto en salud.

Crear un sistema de información para la detección de casos de violencia intrafamiliar y lesiones externas en el sistema de servicios de salud.

6.4.4 Implementar la Política Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional.

Contribuir a su implementación para la óptima adecuación nutricional, la erradicación del hambre y la pobreza y para alcanzar el desarrollo humano sostenible. Para su implementación se requiere de una fuerte coordinación intersectorial, de la participación activa de la sociedad civil organizada, además de alianzas con la iniciativa privada y el sector público, para promover en conjunto el ordenamiento y la optimización de la inversión social y productiva.

6.4.5 Asegurar el enfoque de género en políticas y programas de salud.

Contribuir a disminuir las inequidades en salud fortaleciendo las capacidades del personal para desarrollar el componente de equidad de género en las políticas y programas, así como en el Plan Nacional de Salud estableciendo coordinaciones intersectoriales y con la sociedad civil.

7 Implicaciones para implementar la estrategia

Honduras está incluido entre los países prioritarios a los que la OPS/OMS decidió prestar atención especial para lograr reducir la brecha entre países. Los elementos de estrategia para los países prioritarios ya indican la necesidad de redefinir la naturaleza de la cooperación técnica, aumentando el protagonismo del país, articulando la cooperación de OPS/OMS con el resto de agencias, aplicando nuevas prácticas de gestión y distribución de recursos y definiendo los perfiles de personal, su gestión y necesidad de desarrollo.

También se consideró necesario que los países prioritarios realizaran el ejercicio CCS inmediatamente y que este supusiera el marco estratégico para la revisión y corrección del BPB.

La estrategia de cooperación definida, toma en cuenta este hecho por lo que las implicaciones necesarias para poder implementarla deben dar una respuesta integral.

Estas surgen de la necesidad de adaptar las actuales capacidades técnicas y administrativas de la PWR/HON, conjuntamente con la coordinación y articulación entre los niveles subregional, regional y globales incluyendo los centros especializados y una adecuada distribución de los recursos disponibles para conseguir una mayor eficacia en la entrega de la cooperación técnica.

7.1 Implicaciones para cubrir brechas existentes por objetivos estratégicos.

Se han identificado las necesidades para complementar las capacidades existentes y los mecanismos que garanticen la implementación de la agenda estratégica para cada uno de los objetivos:

Desarrollar la estrategia de APS para reducir la mortalidad infantil y menores de 5 años, la materna y la desnutrición.

- Elaborar propuestas interprogramáticas que permitan el desarrollo de acciones integrales.
- Contar con un profesional que pueda coordinar la complementariedad de las diferentes áreas técnicas en acciones conjuntas del área materno infantil, con experiencia en la organización de servicios de salud reproductiva.

Desarrollar el enfoque sectorial en salud para contribuir a la reducción de la pobreza.

- Contar con la colaboración a largo plazo de un oficial de programas.
- Al ser un área de cooperación de reciente desarrollo y que implica a toda la organización, es preciso desarrollar capacidades específicas a todo el personal de la PWR/HON.

- Disponer de lineamientos que indiquen el posicionamiento de la Organización en su conjunto.

Profundizar en el proceso de Reforma y descentralización sectorial.

- Es fundamental fortalecer el área de economía de la salud, contando con un profesional específico y realizando capacitaciones básicas a todos los profesionales.
- Garantizar igualmente apoyo técnico para fortalecer las áreas de regulación y fiscalización de la SS.
- El apoyo para la gestión de RRHH, debe de contar con una coordinación entre los apoyos subregionales y las actividades nacionales y contar con recursos específicos.

Abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud en el marco de la promoción de la salud y la coordinación intra e intersectorial.

- El CEPIS tiene que garantizar que continuará su apoyo en procesos de capacitación y gestión.
- El apoyo subregional en el área de vulnerabilidad debe de garantizarse a través de una programación conjunta.
- Los temas de género y violencia precisan de un apoyo continuo, lo que hace preciso contar con la participación garantizada de un RRHH.
- El INCAP tiene que comprometer su apoyo en todo lo relacionado con seguridad alimentaria y nutrición.

7.2 Medidas de ajuste institucional por categorías.

Una vez identificadas las brechas institucionales que son necesarias cubrir para cumplir con los mínimos requisitos que garanticen la aplicación de la estrategia de cooperación con Honduras, se han identificado las diferentes medidas que se deben de llevar a cabo por la Organización en apoyo al DNS en todos sus niveles, oficina de país (OPS/HON), regional (OPS/WDC), global (OMS), los centros especializados (CENT) y subregional (SUB),

Estrategia de Cooperación técnica OPS/OMS – HONDURAS 2006 -2010

Categorías	Medidas correctivas	OPS HON	OPS WDC	OMS	CENT	SUB.	Observaciones
POLITICAS	Lograr la aceptación CCS por el nuevo Gobierno	X	X	X			A inicios del 2006 inicia una nueva legislatura.
	Mantener y fortalecer el rol de catalizador y facilitador de la articulación entre la Secretaría de Salud y los Socios estratégicos del desarrollo en salud	X	X	X		X	Las agendas compartidas entre las agencias, se deben de "compartir" entre los niveles.
	Articular los esfuerzos de liderazgo (político y técnico) de salud en el marco del desarrollo de manera pertinente y oportuna	X	X	X	X	X	Buscar la sinergia en todo el actuar institucional.
	Reposicionarse como la agencia de referencia técnica en el sector salud.	X	X				Mayor responsabilidad en el nivel local, pero contando con apoyo técnico complementario .
	Armonizar CCS con CCA-UNDAF	X					Socializar el CCS con las diferentes agencias del SNU
GERENCIALES	Incrementar delegación de autoridad del PWR		X				Posibilitar que la Representación pueda recibir recursos financieros directamente de otras organizaciones
	Abrir espacios y establecer los mecanismos para el trabajo interprogramático	X	X				Articular los objetivos del SPED a los RE del BPB
	Iniciar un proceso de desarrollo organizacional en la PWR/HON	X	X				En el marco general de renovación de la Organización propuesto por la Directora, tener participación efectiva en el ejercicio de las "hojas de ruta".
	Elaborar los planes de desarrollo de la Representación, tomando como marco de referencia el CCS.	X	X				Capacitación en nuevas habilidades y conocimientos.
TECNICAS	Reprogramar el BPB 2006-2007 y elaborar conjuntamente próximos BPBs	X	X	X	X	X	Espacios de programación y evaluación conjunta
	Alinear los apoyos regionales, subregionales de acuerdo a las necesidades del CCS	X	X	X	X	X	Espacios de programación y evaluación conjunta
	Fortalecer los mecanismos de monitoreo y evaluación de la entrega de cooperación	X	X	X	X	X	Permitir hacer correcciones al nivel correspondiente

Estrategia de Cooperación técnica OPS/OMS – HONDURAS 2006 -2010

Categorías	Medidas correctivas	OPS HON	OPS WDC	OMS	CENT	SUB.	Observaciones
RRHH	Adecuar el personal a las nuevas prioridades (dotación y perfiles)	X	X				De acuerdo al ejercicio de desarrollo organizacional.
	Redefinir la escala de salarios y tipos de contratos nacionales (NPO)	X	X				Para poder ser competitivos y mantener buen nivel técnico. La PWR debe definir las escalas en base a rangos presupuestarios y normas definidas por la OC.
	Recuperar plazas vacantes		X				Desde el 2000 hay una plaza vacante, que debería ser recuperada para inicios del 2006.
ADMINISTRATIVAS	Fortalecer y adecuar los instrumentos administrativos	X	X				Mayor descentralización y disminución de los procesos administrativos con la finalidad de coordinar y armonizar la cooperación técnica.
	Establecer espacios de discusión técnico-administrativo	X					Programar reuniones periódicas para compartir e intercambiar los asuntos técnicos y administrativos.
RECURSOS FINANCIEROS	Desarrollar una estrategia para coordinar y ampliar la movilización de recursos, que incluya todos los niveles	X	X	X	X	X	Revisar los procesos para recibir recursos extrapresupuestarios con mayor descentralización en las decisiones.
	Optimizar recursos y mejorar la distribución de los mismos a los cuatro niveles	X	X	X		X	Hacer un esfuerzo de programación conjunta
	Especificar e informar de los montos y fuentes de fondos a ser ejecutados en el país.		X	X	X	X	Estas informaciones deben estar explícitas en los BPB regionales y subregionales

8 Acrónimos

ACDI	Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASDI	Agencia Sueca de Desarrollo Internacional
BCIE	Banco Centroamericano de Integración Económica
BM	Banco Mundial
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAFTA	Tratado de libre comercio entre Centroamérica y Estados Unidos
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CCA	Country Cooperation Assesment
CCS	Country Cooperation Strategy
CESAR	Mesa de Cooperantes en Salud y Reforma
CI	Cooperación Internacional
CODEL	Comité de Desarrollo Local
CODEM	Comité de Desarrollo Municipal
COLVOL	Colaborador Voluntario
COSUDE	Consejo Sueco de Desarrollo
DFID	Department for International Development
DNS	Desarrollo Nacional de la Salud
ERP	Estrategia de Reducción de la Pobreza
FAO	Programa de las Naciones Unidas para la Alimentación
FMI	Fondo Monetario Internacional
UIT	Unidad Internacional de Telecomunicaciones
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
GTZ	Agencia de Cooperación Alemana
HIPC	Iniciativa de países pobres muy Endeudados
IHSS	Instituto Hondureño de Seguridad Social
JICA	Agencia Japonesa de Cooperación Internacional
MOSS	Minimum Operating Security Standards

NNUU	Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGs	Organizaciones no Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PEA	Parteras Empíricas Adiestradas
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPME	Países pobres muy Endeudados
SEFIN	Secretaría de Finanzas
SETCO	Secretaría Técnica y de Cooperación Internacional
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNV	Agencia de Cooperación Holandesa
SS	Secretaría de Salud
SWAP	Sector Wide Approach
UK	United Kingdom
UNAT	Unidad de Apoyo Técnico
UNDAF	Marco de la Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UPEG	Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

9 Bibliografía

- Política Nacional de Salud Materno Infantil. Honduras. Secretaría de Salud. Tegucigalpa, abr. 2005.
- Política Nacional de Nutrición. Honduras. Secretaría de Salud. Tegucigalpa; abr. 2005.
- Nuevo Financiamiento Cooperación Externa en el Marco del Grupo Consultivo, Período 2004-2005. Avances 2004 y Compromisos 2005-2006. Honduras. Secretaría de Finanzas; Tegucigalpa, Feb. 2005.
- Análisis de Situación – Honduras 2004. Organización Panamericana de la Salud; Tegucigalpa, 2004
- Plan Estratégico del Sector Salud de Honduras a 2021. “en implementación”. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, Oct. 2004.
- Plan Estratégico Nacional de Chagas 2003-2007. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, 2004.
- Proyecto de Control de la Enfermedad de Chagas: reporte anual 2003. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, 2004.
- Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, Oct. 2004.
- Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de la Malaria 2004-2008. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, Sept. 2004.
- Armonización y Enfoques Sectoriales – Caso de Honduras. La Paz, ago. 2004.
- Undécimo Programa General de Trabajo de la OMS, 2006-2015. Jul. 2004
- Honduras. Análisis de Coyuntura Económica y Social. Secretaría de Estado en el Despacho Presidencial. Unidad de Apoyo Técnico. Volumen X, Número 2. Tegucigalpa, jun. 2004.
- Taller de Seguimiento: Adecuación de la Cooperación Internacional a las Prioridades y Capacidades Nacionales en el marco de la Implementación de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza. Tegucigalpa, mar. 2004.
- Informe sobre desarrollo humano Honduras 2003. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; San José, feb. 2004.
- Logros en salud en Centroamérica 5 años después de Mitch. Organización Panamericana de la Salud; Washington, 2003.
- Llevando las Metas del Milenio al ámbito local: experiencias y resultados del trabajo en cuatro departamentos de Honduras. PNUD; JICA. Tegucigalpa, 2003.

- Las Naciones Unidas: un catalizador de la cooperación para la reducción de la pobreza en Honduras. Sistema de las Naciones Unidas; Tegucigalpa, dic. 2003.
- Informe sobre las Metas del Milenio, Honduras 2003. Sistema de las Naciones Unidas; Tegucigalpa, dic. 2003.
- La Cooperación Externa en Honduras: Programas y Proyectos del Sector Público en Ejecución con Financiamiento Externo. Reunión Grupo Consultivo para Honduras. Tegucigalpa, dic. 2003.
- Análisis sectorial de agua potable en Honduras. Tegucigalpa, jul. 2003.
- Informe de Avances y Actualización Estrategia de Reducción de Pobreza. Versión Preliminar para Consulta. Tegucigalpa, mar. 2003.
- Taller de Lanzamiento: Adecuación de la Cooperación Internacional a las Prioridades y Capacidades Nacionales en el marco de la Implementación de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza. Escuela Agrícola Panamericana; Tegucigalpa, Mar. de 2003.
- Il Plan estratégico nacional de lucha contra el VIH/SIDA 2003-2007, PENSIDA II. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, feb. 2003.
- Plan de Gobierno para el Sector Salud 2002-2006. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, 2002.
- Políticas de gobierno para el Sector Salud 2002-2006. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, 2002.
- Plan de Gobierno para el Sector Salud 2002-2006: Un compromiso con Honduras. Tegucigalpa 2002.
- Protección y Exclusión Social en Honduras “Dos caras de una misma moneda”. Ayes, María del Carmen; Tegucigalpa. 2002.
- Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el Período 2003-2007. jun. 2002.
- Política de Estado para el sector agroalimentario y el medio rural de Honduras 2004-2021. Tegucigalpa, 2003.
- Manual de Normas y Procedimientos en Materia de Cooperación en Salud. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, nov. 2001.
- Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Honduras. Secretaría de Salud de Honduras; Tegucigalpa, abr. 2001.
- UNDAF Honduras: Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Sistema de las Naciones Unidas; Tegucigalpa, oct. 2001.
- Honduras en Cifras, 2000-2002. Banco Central de Honduras; Tegucigalpa, 2000.

- Foro Permanente para el desarrollo integral de la salud; segunda jornada de seguimiento: Políticas Nacionales de Salud, informe final. Secretaría de Salud; Asociación Hondureña de Médicos Sanitaristas AHMS; Tegucigalpa, dic. 1999.

PROCESO DE ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN CON HONDURAS - CCS



COOPERACION INTERNACIONAL

1 ETAPA PREPARATORIA

- Apoyo de la oficina de OPS/OMS Nicaragua
- Elaboración Términos de referencia: por responsables de OPS WDC y OPS Honduras
- Elaboración del primer documento borrador de ECP Honduras por parte del equipo de OPS/OMS Honduras



Indice

- Introducción
- Desarrollo y Salud de Honduras
- Cooperación Internacional en Honduras
- Programa de OPS/OMS con Honduras
- Directrices Globales y Regionales de la Cooperación de OPS/OMS
- Agenda estratégica de la cooperación de OPS/OMS con Honduras

• Adaptar Share Point para organización del proceso.

PRIORIDADES EN SALUD

1. Situar la protección y promoción de salud como prioridad
2. Proteger el entorno humano
3. Promover prácticas y hábitos saludables
4. Reducir la Mortalidad materna e infantil
5. Reducir la Mortalidad de niños menores de 5 años
6. Reducir la incidencia y prevalencia de las enfermedades transmitidas por vectores
7. Reducir el riesgo de transmisión de VIH
8. Reducir la incidencia y prevalencia de TBC
9. Promover una vida digna en la población mayor de 60 años
10. Mejorar la cobertura, el acceso, la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud.

2 PRIMERA MISION

Fecha: 14-18 febrero de 2005
Participantes:

- Todos los funcionarios OPS/OMS Honduras
- 1 OMS Ginebra
- 3 OPS/OMS WDC
- Ministro de salud
- 3 Secretaría de Salud
- 1 Instituto Hondureño de Seguridad Social
- 1 Naciones Unidas



Metodología:

- Revisión y análisis conjunto por capítulos, mediante plenarias.
- Realización de 22 entrevistas con los principales socios estratégicos para la OPS/OMS en el país como: Cruz Roja Hondureña, Secretaría de Salud, ONUSIDA, UNICEF, USAID, ASOI, BID, Ministerio de la Presidencia, Universidad Católica de Honduras, PNUD, FAO, Colegio Médico, ACDI, JICA, Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras, entre otros.
- Agenda Estratégica Propuesta.

Objetivos estratégicos para la CCS Honduras

1. Desarrollar la estrategia de la Atención Primaria en Salud APS para reducir la Mortalidad Infantil y menores de 5 años, la mortalidad materna, la desnutrición, la agenda inconclusa para la equidad.
 - 1.1. Mejorar el acceso a los servicios de salud de calidad.
 - 1.2. Garantizar la entrega de un conjunto de prestaciones para mejorar la protección social en salud.
 - 1.3. Desarrollar un sistema efectivo de referencia y comunicación con el uso las tecnologías adecuadas.
 - 1.4. Integrar el desarrollo de los programas prioritarios con los servicios básicos de salud.
 - 1.5. Contar con información confiable, integrada y oportuna que permita planificar y evaluar las políticas, planes y estrategias nacionales en salud con énfasis en la EPP y los COM.
2. Desarrollar el enfoque sectorial en salud para contribuir a la reducción de la pobreza.
 - 2.1. Sostenibilidad política e institucional: políticas de estado en salud, alrededor de un Plan Nacional de Salud de largo plazo en el marco de la EPP- ODM
 - 2.2. Alinear, armonizar y manejar los recursos, articulando el apoyo externo y de los otros sectores.
 - 2.3. Analizar las tendencias, costo efectividad de intervenciones y desarrollo de indicadores para el monitoreo y evaluación.

3 SEGUNDA MISION

Fecha: 25 - 29 abril de 2005

- Revisión y ajuste de del documento CCS con la participación de representantes de OPS/OMS a nivel local, regional y global.
- Presentación del proceso del CCS y de la agenda estratégica a principales socios del país.
- Identificación de las implicaciones para la Organización y plan de implementación de la estrategia.
- Inclusión de sugerencias por parte de los socios del país.
- Remisión del documento a la Oficina Regional para su revisión y aprobación.

Implicaciones de la Estrategia:

Para poder implementar la agenda estratégica surge la necesidad de adaptar las actuales capacidades técnicas y administrativas de la PMSHCN, conjuntamente con la coordinación y articulación entre los niveles subnacional, regional y global e incluyendo los centros especializados y una adecuada distribución de los recursos disponibles para conseguir una mayor eficacia en la entrega de la cooperación técnica.

- Se han identificado un conjunto de implicaciones para cada uno de los niveles en las categorías:
- Político (fortalecer significativamente el OMS)
 - Gerencial (desarrollo organizacional y coordinación interorganizacional)
 - Técnica (programación, monitoreo y evaluación conjunta)
 - RRHH (seleccionar perfiles profesionales y contractación)
 - Administrativa (simplificar procesos administrativos)
 - Recursos financieros (optimizar y mejorar su distribución)



World Health Organization