# PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

## honduras

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO Y REFORMA

Febrero, 2009

Unidad de Políticas y Sistemas de Salud
Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud

Organización Panamericana de la Salud /
Organización Mundial de la Salud

# PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS

Febrero, 2009

**Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente**

Organización Panamericana de la Salud

"Perfil del Sistema Nacional de Salud Honduras: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma"

Washington, D.C.: OPS, © 2009

ISBN: 978-92-75-33292-4 (Electrónico)

978-92-75-32975-7 (Impreso)

I. Título

1. SERVICIOS DE SALUD – normas

2. PERFIL DE SALUD

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD

4. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA

5. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD – normas

6. HONDURAS

NLM WA540 DH7

**Washington DC, Febrero 2009**

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo estableció el convenio No. LAC-G-00-07-00001. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

## AGRADECIMIENTO

El desarrollo del presente perfil del sistema nacional de salud, constituye un esfuerzo constante y coordinado de investigación y consultas, en los cuales han tenido un importante papel numerosos colaboradores. Esta edición fue revisada y validada por un grupo de funcionarios de la Secretaría de Salud, del Instituto Hondureño de Seguridad Social y la Organización Panamericana de la Salud. La conducción técnica estuvo a cargo de la Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión (UPEG) de la Secretaría de Salud y del Área de Sistema y Servicios de Salud de la Representación de OPS/OMS. Las siguientes personas contribuyeron a la elaboración del presente Perf l del Sistema Nacional de Salud:

## AUTORIDADES

Dr. Carlos Roberto Aguilar Pineda
Secretario de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Efraín Bú Figueroa
Director Ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social

Dra. Lilian Reneau – Vernon
Representante OPS/OMS

## EQUIPO COORDINADOR

Dra. Carla Paredes
Directora de la Unidad de Planeamiento y Evaluación de la Gestión

Dr. Armando Güemes
Asesor Servicios y Sistemas de Salud

## EQUIPO TECNICO

Dra. Janethe Aguilar Montano (UPEG)
Dra. Mariela Alvarado Mendoza (UPEG)
Lic. Auristela Vásquez Velásquez (UPEG)
Ing. Kenia Bautista – Sabonje (OPS/OMS)

## COLABORADORES

Dra. Ana Lucila Estrada (UPEG)
Dra. Edith Rodríguez (DGVS)
Dra. Norma Bejarano (UPEG)
Lic. María Sandoval(UPEG)
Dr. Jorge Alberto Valle (IHSS)
Dra. Isabel Seaman (OPS/OMS)

# TABLA DE CONTENIDOS


LISTA DE SIGLAS i
RESUMEN EJECUTIVO iii

1 CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD 1

1.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD 1
Análisis Demográfico 1
Análisis Epidemiológico 2
Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 7

1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD 13
Determinantes Políticos 13
Determinantes Económicos 14
Determinantes Sociales 15
Determinantes Medio Ambientales 18

2. FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 20

2.1 RECTORÍA 20
2.1.1 Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional 22
2.1.2 Conducción de la Política General de Salud 22
2.1.3 Regulación 26
2.1.4 Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública 26
2.1.5 Orientación del Financiamiento 29
2.1.6 Garantía del Aseguramiento 30
2.1.7 Armonización de la Provisión de Servicios 31

2.2 FINANCIAMIENTO 32

2.3 PROVISION DE SERVICIOS 33
2.3.1 Oferta y Demanda de Servicios de Salud 34
2.3.2 Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud 35
2.3.3 Medicamentos y otros Productos Sanitarios 36
2.3.4 Equipo y Tecnología 38
2.3.5 Calidad de los Servicios 39

2.4 MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD 42

3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA 43

3.1 EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA 48

3.2 EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS 50

3.3 ANÁLISIS DE ACTORES 53

BIBLIOGRAFIA 56

# LISTA DE SIGLAS

| | |
|---|---|
| AIEPI | Atención Integral Enfermedades Prevalentes en la Infancia |
| AIN–C | Atención Integral de la Niñez en la Comunidad |
| ARV | Antiretrovirales |
| ASDI | Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional |
| ASN | Autoridad Sanitaria Nacional |
| BCH | Banco Central de Honduras |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| BM | Banco Mundial |
| CALAGUA | Comité Técnico Nacional de Calidad de Agua |
| CESAMO | Centro de Salud con Médico y Odontólogo |
| CESAR | Centro de Salud Rural |
| CESCCO | Centro de Estudios y Control de Contaminantes |
| CIM | Comisión Interinstitucional de medicamentos |
| CLIPER | Clínica Periférica de Emergencia |
| CMI | Clínica Materno Infantil |
| CNBS | Comisión Nacional de Banca y Seguros |
| COMISCA | Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica |
| CONARHUS | Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud |
| CONASA | Consejo Nacional de Agua Potable y Saneamiento |
| CONASATH | Comisión Nacional de Salud Ocupacional |
| CONASIDA | Comisión Nacional de VIH/SIDA |
| CONCCASS | Consejo Consultivo de la Calidad de la Secretaría de Salud |
| CONCOSE | Consejo Consultivo del Secretario de Estado |
| CONSALUD | Consejo Nacional de Salud |
| COTIAS | Comité Técnico Interinstitucional de Ambiente y Salud |
| DAIA | Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos |
| DR-CAFTA | Tratado de Libre Comercio entre República Dominicana,Centroamérica y Estados Unidos |
| DRSS | Dimensiones de la Rectoría de la Secretaría de Salud |
| ECNT | Enfermedades Crónicas No Transmisibles |
| ENDESA | Encuesta Nacional de Demografía y Salud |
| ENESF | Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar |
| EPBSS | Entrega del Paquete Básico de Servicios de Salud |
| EPH | Encuesta Permanente de Hogares |
| ERP | Estrategia de Reducción de la Pobreza |
| FESP | Funciones Esenciales de Salud Pública |
| FONAC | Foro de Convergencia Nacional |
| HET | Hospital de Especialidades |
| HIPC | Países Pobres Altamente Endeudados (siglas en inglés) |
| HRN | Hospital Regional del Norte |
| IDH | Informe de Desarrollo Humano |
| IHADFA | Instituto Hondureño de Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Fármacodependencia |
| IHNFA | Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia |
| IHSS | Instituto Hondureño de Seguridad Social |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| ITS | Infección de transmisión sexual |
| LME | Lista de Medicamentos Esenciales |
| MIRA | Manejo Integrado de Recursos Ambientales |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OMC | Organización Mundial del Comercio |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización No Gubernamental |
| ONUSIDA | Programa conjunto de las Naciones Unidas para la lucha contra el VIH/SIDA |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |

| | |
|---|---|
| PAI | Programa Ampliado de Inmunizaciones |
| PAISFC | Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario |
| PEA | Población Económicamente Activa |
| PENSIDA | Plan Estratégico Nacional de SIDA |
| PIB | Producto Interno Bruto |
| PMRTN | Plan Maestro de Reconstrucción y Transformación Nacional |
| PNGCA | Plan Nacional de la Gestión de la Calidad del Aire |
| PNM | Política Nacional de Medicamentos |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PNUMA | Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente |
| PRAF | Programa de Asignación Familiar |
| PRIESS | Programa de Reforma Integral del Sector Salud |
| PVVS | Personas viviendo con VIH/SIDA |
| RAS | Red de Agua y Saneamiento de Honduras |
| RASCA | Red de Agua y Saneamiento para Centroamérica |
| RESSCAD | Reuniones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana |
| RRHH | Recurso Humano |
| RSS | Reforma del Sector Salud |
| SAICM | Enfoque Estratégico para la Gestión de Sustancias Químicas (siglas en inglés) |
| SANAA | Servicio Nacional Autónomo de Acueductos y Alcantarillados |
| SECPLAN | Secretaría de PlanifIcación |
| SEFIN | Secretaría de Finanzas |
| SERNA | Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente |
| SIAFI | Sistema de Administración Financiera |
| SIC | Secretaría de Industria, Comercio y Turismo |
| SIECA | Secretaría de Integración Económica Centroamericana |
| SINEIA | Sistema Nacional de Evaluación de Impacto Ambiental |
| SNU | Sistema de Naciones Unidas |
| SS | Secretaría de Salud de Honduras |
| TBC | Tuberculosis |
| TDA | Tasa de Desempleo Abierta |
| TGF | Tasa Global de Fecundidad |
| UCOS | Unidades Comunitarias de Salud |
| UECF | Unidad de Extensión de Cobertura y Financiamiento |
| UMSS | Unidad de Modernización de la Secretaría de Salud |
| UNAH | Universidad Nacional Autónoma de Honduras |
| UNAT | Unidad de Análisis Técnico |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UPEG | Unidad de Planificación y Evaluación de la Gestión |
| UPNFM | Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán |
| US | Unidades de Salud |
| USAID | Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| VIH/SIDA | Virus de la Inmuno deficiencia Humana /Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida |

# RESUMEN EJECUTIVO

La República de Honduras se encuentra ubicada en el centro del istmo centroamericano, limitando al nororiente con la República de Guatemala y Belice, al suroeste con El Salvador y al sureste con Nicaragua. Esta constituida por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial, siendo el Presidente electo cada cuatro años. El país se divide en 18 departamentos y éstos a su vez en 298 municipios. La población para el año 2008 fue de 7,536,952 habitantes donde la urbana representa el 52% del total del país, con una densidad poblacional de 67 habitantes por Km2. La pirámide poblacional muestra una base predominante joven (aproximadamente el 50% de la población es menor de 18 años). Para el 2008, el promedio de la esperanza de vida al nacer es de 73 años.

Honduras expone un perfil epidemiológico en transición. Persisten enfermedades infecciosas principalmente relacionadas con el aparato respiratorio y digestivo y a la par surgen enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares que tienen mayor presencia en la población adulta. También, existen enfermedades relevantes para la vigilancia epidemiológica debido a su alta transmisión como el dengue, tuberculosis y VIH/SIDA. Cabe mencionar la importancia de las lesiones de causa externa como resultado de la violencia (en sus diferentes tipos). Entre las causas de mortalidad general persisten las originadas en el periodo perinatal y se mantienen las muertes maternas ocasionadas por causas prevenibles durante el parto y posparto.

El país muestra avances en la reducción de los niveles de pobreza. Desde el año 2000 se ha implementando la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) en vinculación directa con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y como meta fundamental, la inversión en capital humano en función de la reducción de la pobreza y de estrategias especificas en grupos de extrema pobreza.

El 71% del empleo nacional se agrupa en el área de la agricultura, comercio e industria, pero el principal problema del mercado laboral hondureño no es el desempleo, sino el subempleo invisible, que asocia bajos ingresos con empleos de baja productividad.

El sector salud está constituido por un subsector público, compuesto por la Secretaría de Salud (SS,) a la cual le corresponde el rol rector y regulador del sector y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) encargado de recaudar y administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores. El subsector privado es conformado por instituciones con o sin fines de lucro. Según la ENDESA 05/06, el 9% de la población esta afiliada al IHSS, 2.7% esta cubierta por un seguro privado y el 88.3%[1] correspondería a la SS. El acceso a los servicios de salud muestra un incremento constante.

Para el año 2005, el gasto público en salud representó, en promedio, 6.7% del PIB. El financiamiento de la salud proviene principalmente del gasto de bolsillo (54%)[2], del tesoro nacional, de la cooperación internacional y en menor medida de las empresas[3]. La gestión de la cooperación contribuye a complementar los esfuerzos nacionales para el desarrollo socioeconómico del país, sin embargo los recursos de la cooperación internacional no reembolsable muestra una tendencia a la disminución[4] y retiro de la misma como sucedió en el 2008 con los fondos de donación de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI).

El sector público cuenta con 30 hospitales a nivel nacional, con 5,975 camas y el sector privado con 60 hospitales y 916 camas. La SS es la institución que más emplea médicos y enfermeras profesionales seguida del IHSS, sin embargo, el recurso médico está concentrado en las ciudades de mayor desarrollo del país.

1 ENDESA 05/09. Pág. 265

2 El 88% de los enfermos ambulatorios pagaron las consultas con recursos propios. El pago es considerablemente mayor entre habitantes rurales y personas que forman parte de hogares en el quintil inferior de ingresos (ENDESA/2005/2006, Pág. 273).

3 Muchas empresas privadas y algunas instituciones públicas ofrecen a sus empleados/as seguros de salud privados, sin menoscabo de la obligatoriedad de cotizar al IHSS.

4 Favor referirse a la Tabla 13. Recursos financieros de la Cooperación externa en el sector salud.

A principios de los años noventa y dentro del marco de Modernización y Reforma del Estado, el país impulso un proceso de reforma del sector salud. En este marco, la Comisión Nacional de Modernización de Salud[5] trabajo en la definición de una propuesta de transformación del sistema, basada en cinco componentes específicos: Fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud; Integración progresiva con el IHSS; Integralidad de la red de servicios de salud; Descentralización y definición de la equidad, eficiencia, eficacia; y Participación social como requisitos esenciales del modelo de atención.

Durante el periodo 1990-2005, se observa un conjunto de proyectos dirigidos a fortalecer a la SS, en su capacidad de rectoría y gerencia, así como en su papel de prestador de servicios y en las acciones de ciertos programas prioritarios. Las innovaciones han estado orientadas básicamente a la identificación de un mecanismo para la delegación de funciones a las Regiones Departamentales, a fin de que la población tenga acceso a servicios de salud oportunos y con calidad. Se han realizado esfuerzos orientados a mejorar la eficiencia en la prestación de servicios, a modernizar la red hospitalaria, a mejorar la estructura administrativa, tanto de la SS como del IHSS, así como a volver más transparentes los mecanismos de adquisición y compras, entre otros[6].

En el 2001 se elaboró el Plan Nacional de Salud 2021. Su objetivo general está orientado a mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud. El Plan enfatiza la reforma del sector y la extensión de cobertura de la prestación de servicios de salud. La principal iniciativa del Plan fue el traspaso de responsabilidades a las Regiones Sanitarias, incluida la programación y ejecución del presupuesto asignado.

5 Creada mediante Acuerdo 16-92.

6 Estudio de Institucionalización y Gobernabilidad. El Sector Salud en Honduras. BM. 2008

# 1.CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

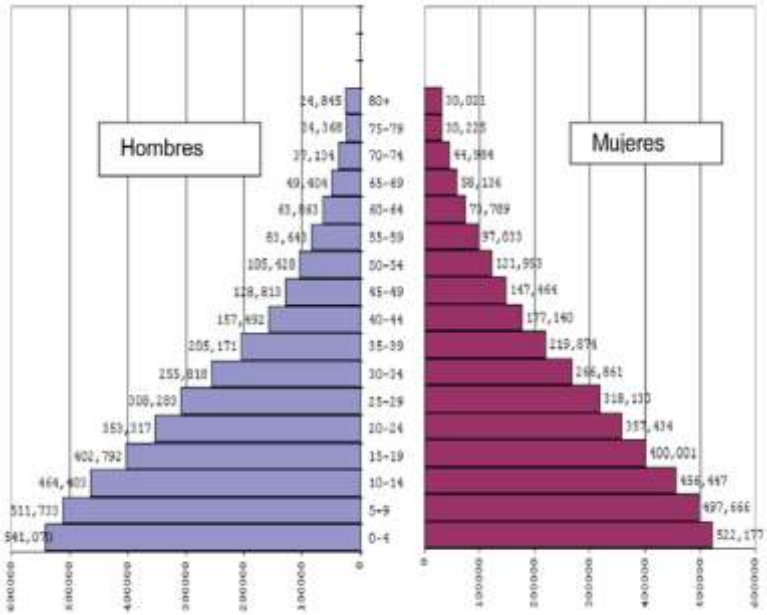
## 1.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

### 1.1.1 ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

Los censos de población muestran que en términos relativos la tasa de crecimiento de la población de Honduras ha disminuido del 2.98 en el período 1990-1994, para 2.69 en el período 1995-1999, para 2.60 entre el 2000 y el 2004[7]. En el 2007, la población anual fue de 7,536,952 (tabla 1).

En general, la migración tiene un bajo peso en el crecimiento de la población, con cifras de -1.3 en el quinquenio 1990-1994, -2.0 en 1995-1999 y -2.2 para el año 2007. La población urbana muestra un incremento constante, representando 52.1% en el período 2000-2004 (tabla 1). Más del 20%[8] de la población urbana se ubica en el Distrito Central y en San Pedro Sula.

FIGURA 1. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO. HONDURAS. 2007




Fuente: INE. Proyecciones de población, 2001-2015.

La fecundidad muestra una tendencia a la disminución, bajando la tasa global de fecundidad de 5 hijos por mujer en el período 1989-1991 a 3.3 para el período 2003-2006. A pesar de esta disminución, la misma continua impactando en la tasa de crecimiento natural de la población, que muestra una variación de 0.13% entre 1990 y 2007. Por su parte, las tasas de natalidad y mortalidad continúan presentando una tendencia a la disminución y la esperanza de vida mantiene un incremento constante, mayor para las mujeres que para los hombres (tabla 1)

7 INE. Proyecciones de población, 2001-2015.
8 INE. EPH (2007). Pág.15.

TABLA 1. TENDENCIA DEMOGRÁFICA POR SEXO.
HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2007

| Períodos/ Indicadores | 1990 – 1994 | | | 1995 - 1999 | | | 2000 - 2004[1] | | | 2007 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hombre | Mujer | Total | Hombre | Mujer | Total | Hombre | Mujer | Total | Hombre | Mujer | Total |
| Población total (miles)* (1) | 2,321 | 2,508 | 4,830 | 2,882 | 2,872 | 5,755 | 3,341 | 3,409 | 6,751 | 3,473 | 4,163 | 7,536 |
| Proporción de población urbana (1) | 42.4 | 46.5 | 44.4 | 46.0 | 50.4 | 48.2 | 49.8 | 54.4 | 52.1 | 49.8 | 54.5 | 52.1 |
| Proporción de población de menores de 15 años (1) | 45.2 | 43.8 | 44.5 | 42.9 | 41.6 | 42.3 | 41.7 | 40.0 | 40.9 | 36.5 | 45.7 | 41.5 |
| Proporción de población de 60 años y más (1) | 4.9 | 5.2 | 5.1 | 4.9 | 5.3 | 5.1 | 5.1 | 5.7 | 5.4 | 7.3 | 7.7 | 7.5 |
| Tasa de crecimiento anual de la población (1) | 2.98 | 2.98 | 2.98 | 2.69 | 2.67 | 2.69 | 2.61 | 2.59 | 2.60 | 2.60 | 2.59 | 2.60 |
| Tasa global de fecundidad (2) | NA | 5.2 | 5.2* (1989-1991) | NA | 4.9 | 4.9* (1993-1995) | NA | 4.4 | 4.4** (1998-2001) | NA | 3.3 | 3.3** (2003-2006) |
| Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes (1) | NA | NA | 36.3 | NA | NA | 33.3 | NA | NA | 27.0 | NA | NA | 29.0 |
| Tasa bruta de mortalidad (1) | 7.45 | 5.85 | 6.65 | 6.41 | 4.90 | 5.66 | 5.95 | 4.24 | 5.09 | 5.60 | 4.14 | 4.7 |
| Esperanza de vida al nacer (1) | 64.4 | 69.2 | 66.8 | 66.4 | 71.4 | 68.9 | 67.9 | 74.1 | 71.1 | 69.5 | 76.6 | 73.0 |
| Saldo migratorio (3) | -1.5 | -1.2 | -1.3 | -1.7 | -1.3 | -1.5 | -2.4 | -1.6 | -2.0 | -2.1 | 1.7 | -2.2 |

1. Estos cálculos se hicieron con base a promedios hasta el año 2004. Fuentes: SS. Dirección de Vigilancia de la Salud. Documento Borrador. Febrero de 2009.
Fuente(s) (1) SECPLAN: Proyecciones de población 1988-2050. INE: Proyecciones de Población 2001-2050.
(2) *Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001 (ENESF 2001 pág 46).
** Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2005/06 pág 60).
(3) Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples de los años 1990 a 2005.
NA: No aplica.

Existen en Honduras ocho etnias culturalmente diferenciadas: lencas, pech, garifunas, chortis, tawahkas, tolupanes o xicaques, misquitos y la población negra de habla inglesa. El censo de población del 2001 indicó que esta población ascendía a 460 mil personas. Las zonas habitadas por la población indígena figuran entre las más postergadas, con acceso limitado y escasa infraestructura básica de servicios, economías de subsistencia y problemas ecológicos en su entorno.

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO

Al igual que otros países en desarrollo, Honduras muestra un perfil epidemiológico caracterizado por la presencia de enfermedades transmisibles o infectocontagiosas, relacionadas con las condiciones de acceso al agua y al saneamiento básico, pero a la par coexisten las no trasmisibles que comprenden las enfermedades crónicas: tales como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares que tienen mayor presencia en la población adulta y otro grupo de importancia como lo es la violencia (en sus diferentes tipos) ocasionado por los estilos de vida.

## Salud de los niños/as

La incidencia de bajo peso al nacer[9] en niños/as nacidos en hospitales no presenta mayores variaciones. En el quinquenio 1990-1994, era de 10.1%; en el quinquenio 1995-1999, disminuyó a 7.8% y para los años 2005-2006, representó 7.6%[10]. En el 2007 se observa un incremento, alcanzando 11.7%. En cuanto a la prevalencia de déficit nutricional moderado y grave (déficit de peso para la edad en niños/as de 12 a 59 meses), este indicador que en el año 1991 era de 21.4%, aumentó a 24.3% en el año 1996 y disminuyó a 11.4% en el período 2005-2006 (tabla 2).

La lactancia materna es una práctica generalizada en el país. Los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2005/2006) indican que el 95% de los niños/as hondureños han lactado alguna vez y que el 43% de los niños/as menores de dos meses tienen lactancia materna exclusiva[11]. No obstante, la prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños/as menores de 3 meses, en el año 1996 era de 42.4%, y para los años 2005-2006 alcanza 34% (tabla 2).

En lo relativo a enfermedades prevenibles por vacunación[12], el país ha obtenido logros: avances en la erradicación de la circulación del polio virus salvaje (1989), la eliminación del virus del sarampión (1997), la rubéola (2002), y el control de la difteria, tétano neonatal y no neonatal, meningitis por Hib y tuberculosa. Lo anterior es producto de los esfuerzos realizados en vacunación, que en los últimos quince años ha alcanzado coberturas superiores al 90%.

## Salud de la mujer

La tasa de fecundidad especifica por edad de las mujeres entre 15 a 19 años, alcanzó valores de 136 por mil en el período 1993-1995; 137 por mil en el período 1998-2000[13] y en el período 2003-2006 muestra una disminución, situándose en 102 por mil (tabla 2).

Por su parte, la atención de partos por personal capacitado evidencia un incremento sostenido, pasando de 53.8% en el quinquenio 1990-1994, a 55.2% en 1995-1999 y a 66.9% para 2005-2006. De estos, 64% están siendo atendidos por médicos y 3% por enfermeras. Las diferencias entre mujeres residentes urbanas (90%) y rurales (50%), son importantes. La proporción de partos en casa es alta para las mujeres de 35 años y más (42%), especialmente multíparas con seis y más hijos (58%), situación que representa un alto riesgo y evidencia el menor acceso de las mujeres que habitan en zonas rurales a la atención del parto por personal calificado. [14]

## Enfermedades transmisibles

Entre las enfermedades transmisibles, el dengue ha mantenido una endemia elevada. Se registraron 3,530 casos en el período 1990-1994; 19,766 casos en el quinquenio 1995-1999[15] y 18,303 casos en el período 2000-2004. Esta tendencia se revierte en el 2007 cuando se presentan 24,660 casos nuevos (tabla 2). El país ha documentado la circulación de los 4 serotipos de dengue y en 1995 se registran los primeros casos de dengue hemorrágico. En 2002, la tasa de prevalencia de dengue hemorrágico fue de 12.8 por 100 mil habitantes, aumentando en el 2005 a 24.7[16].

9 SS. Boletín de Atención Hospitalaria. Datos de niños/as nacidos en hospitales.
10 ENDESA 2005/2006.
11 ENDESA 2005-2006 (Pág. 177 y 180).
12 SS: Boletines de Atención Ambulatoria de los años 1990 a 2005. (Tomado del documento borrador de UPEG, Pág. 10).
13 Significa que de cada mil mujeres que están en el grupo de edad de 15 a 19 años, 137 ya han tenido al menos un hijo.
14 ENDESA 2005-2006 (Pág. 143, 144 Cuadro 9.6; Pág.146).
15 Ídem referencia 10.
16 ODM Honduras - Segundo Informe de País, 2007. Pág.88.

La malaria, alcanzó la cifra de 52,100 casos en el año 1994 y disminuyó a 46,740 en el año 1999. En el año 2004, la malaria muestra un descenso con 15,696 casos. Esta tendencia se mantiene en el año 2007, con 13,913 casos registrados. Con relación a tuberculosis, la tasa de prevalencia anual muestra una tendencia al descenso bajando de 94.6 en 1991 a 91.7 en 1995 y a 47.1 en el 2004 (tabla 2).

TABLA 2. MORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACION. HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2007

| **Períodos/ Indicadores** | **1990-1994** | **1995-1999** | **2000-2006** | **2007** |
|---|---|---|---|---|
| Prevalencia de bajo peso al nacer (1) | 10.1* | 7.8* | 7.6** (2005/2006) | 11.7*** |
| Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en menores de 5 años (déficit de peso para la edad en niños/as de 12 a 59 meses) (3) | 21.4* (1991) | 24.3* (1996) | 11.4** (2005-2006) | ND |
| Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad (%) (4) | ND | 42.4* (1996) | 34.0** | ND |
| Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (por mil mujeres) (2) | 136* (1993-1995) | 137** (1998-2000) | 102*** (2003-2006) | ND |
| % de partos con asistencia de personal sanitario capacitado (5) | 53.8 | 55.2 | 66.9 (2005/2006) | ND |
| Número anual de casos confirmados de enfermedades evitables por vacunación (6) | 9,655 | 4,803 | 4,970 | 5,326 |
| Casos confirmados de dengue (7) | 3,530 | 19,766 | 18,303 | 24,660*** |
| Número anual de casos confirmados de malaria (8) | 52,100 (1994) | 46,740 (1999) | 15,696 (2004) | 13,913*** |
| Prevalencia anual de TBC (9) | 94.6 (1991) | 91.7 (1995) | 47.1 (2004) | ND |
| Incidencia anual de VIH/SIDA (casos nuevos x **100,000** habitantes) (10) | 25.5 | 28.3 | 21.0 | 15.6 |
| Razón de casos de VIH/SIDA hombre/mujer (11) | 1.3 (1994) | 1.0 (1999) | 0.9 (2004) | 1.1 |
| Incidencia anual neoplasias malignas cuello de útero (12) | 2,444 | 4,242 | 4,672 | 5,147 |

Fuente(s): (1) Secretaría de Salud (SS): *Boletines de Atención Hospitalaria 1990 a 2004. **Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA 2005/06, Pág. 157). (2): *ENESF 1996 (Pág. 61). ** ENESF/2001 (Pág. 48). *** ENDESA 2005/06 (Pág. 60). (3) ENESF/2001 (Pág. 318) **ENDESA 2005/06 (Pág. 193). (4) *ENESF 1996 (Pág. 421). ** ENDESA 2005/06, (Pág. 181). (5) SS: Salud en cifras 1997-2001 (tomado de documento borrador). ODM Honduras 2007. Segundo Informe de país. Pág. 65 (6) SS: *Boletines de Atención Ambulatoria 1990 a 2005 (tomado de documento borrador) (7) *** SS. Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria, 2007. Tegucigalpa, 2007 (8, 9 y 11) Gobierno de Honduras/PNUD. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Honduras 2007. Segundo Informe de País (Págs. 77, 85-88 y 97) (10). SS: Dirección General de Vigilancia de la Salud (Dra. Edith Rodríguez). (12) SS: *Boletines de Atención Ambulatoria 1990 a 2005.

Con relación al VIH/SIDA, se ha registrado una disminución en la incidencia ya que para el quinquenio 1990-1994, presentaba 25,5 (es decir por cada 100 mil habitantes 26 personas padecieron de VIH/SIDA) aumentando a 28,3 en el quinquenio 1995-1999. Para el período 2000-2005, se observa una tendencia a la disminución, cuando se registró una incidencia de 21, tendencia que para el 2007 era de 15,6. La transmisión eminentemente heterosexual (84.6%), ha incidido en la “feminización” de la pandemia, impactando en el incremento del número de recién nacidos infectados, grupo que ha sido el de mayor crecimiento en los últimos años.

## Enfermedades Crónicas

La hipertensión arterial y la diabetes son la primera y la sexta causa de atención en especialidades. Aunque no existe una base de datos completa es evidente que las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad a nivel nacional. Los altos costos en la atención, la baja respuesta de los servicios de salud y la falta de promoción de los estilos de vida saludables, requiere la decisión urgente del abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles[17].

## Mortalidad general, materna e infantil

Las proyecciones de población muestran un descenso sostenido en las tasas de mortalidad general**,** disminuyendo de 6.7 por mil habitantes en el quinquenio 1990-1994 a 5.7 en el quinquenio 1995-1999. La mortalidad general fue de 4.9 en el año 2005 y la misma tendencia se observa en el año 2007, cuando la mortalidad general se estima en 4.8 (tabla 3).

La tasa de mortalidad hospitalaria (letalidad) por TBC[18], ha pasado de 4.0 en 1991 a 5.2 en 1999, para descender a 1.7 en 2005. La tasa de mortalidad por SIDA presenta fluctuaciones en su tendencia ya que para el quinquenio 1990-1994 era de 4.9 disminuyendo en el quinquenio 1995-1999 a 1.9, para ascender a 3.1 en el periodo 2000-2005 (tabla 3).

TABLA 3. TASA DE MORTALIDAD[19] DE LA POBLACION SEGÚN CAUSA.
HONDURAS, PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2007

| Periodos | General (1) | Materna (2) | TBC (3) | SIDA (4) | Malaria (5) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1990-1994 | 6.7* | 182 (1990) | 4.0 (1991) | 4.9 | 0.0 |
| 1995-1999 | 5.7* | 108 (1997) | 5.2 (1999) | 1.9 | 0.0 |
| 2000-2005 | 4.9** (2005) | 119/110[2] (2000) | 1.7 (2005) | 3.1 | 0.0 |
| 2007 | 4.8** | ND | ND | ND | 0.0 |

*2. OMD Honduras- Segundo Informe de País, 2007. Pág. 64.*
Fuente(s): (1) *SECPLAN: Proyecciones de Población 1988-2000.
**INE: Estadísticas Vitales. Proyecciones de Población 2001- 2015.
(2) SS: Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva. 1997 y 1999.
(3) ODM (2007) Pág.87.
(4) SS: Departamento de Control de ITS/VIH/SIDA, 2005. (Tomado del documento borrador).
(5) SS: Boletines de Atención Hospitalaria (se refiere a mortalidad hospitalaria).

Respecto a mortalidad materna**,** la misma ha experimentado una disminución importante, pasando de 182 muertes por 100 mil nacidos vivos en 1990 a 108 por 100 mil nacidos vivos en 1997[20]. El 50% de las muertes maternas ocurren durante el parto y el postparto inmediato y se relacionan con causas prevenibles y evitables como: hemorragia (47.1%); trastornos hipertensivos del embarazo (19.4%) e infecciones (15.2%)[21].

17 IHSS. Presentación de la situación de ECNT en el marco de la PRERESSCAD. Secretaría de Salud: Evaluación del 1er semestre 2007. Disponible en: http://new.paho.org/resscad/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=126&Itemid=192.
18 Registrada en hospitales.
19 Los datos presentados son los disponibles para el año de referencia dentro de ese periodo de tiempo.
20 Investigación sobre Mortalidad Materna y de Mujeres en Edad Reproductiva en Honduras, Informe Año 1997, Secretaría de Salud, 1999. ODM Honduras 2007. Segundo Informe de país. Pág. 64. Los datos presentados son los disponibles para el año de referencia dentro de ese periodo de tiempo.
21 SS/OPS: Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Honduras. Abril 2001 (Pág. 8) tomado de Investigación de Mortalidad Materna en Mujeres en Edad Reproductiva 1997.

En cuanto a mortalidad infantil**,** la misma muestra una tendencia consistente a la disminución, pasando de 36[22] por mil nacidos vivos en el periodo 1991-1995 a 34 en el periodo 1996-2000. En el periodo 2001-2006 se observa un mayor descenso, cuando la misma baja a 25 por mil nacidos vivos. A este resultado ha contribuido la disminución de la mortalidad neonatal y post-neonatal, que muestran un descenso significativo en los períodos evaluados. Las diferencias entre habitantes urbanos y rurales son manifiestas en todos los grupos de edad, evidenciando la vulnerabilidad de los pobladores rurales (tabla 4A).

TABLA 4A. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ POR AÑO Y AREA DE RESIDENCIA. HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1991-2006

| **Años**** | **Neonatal (0 a 28 días)** | **Post neonatal (28 días a 11 meses)** | **Infantil (0 a 11 meses)** | **Post-Infantil (1 a 4 años)** | **En la niñez (12 a 59 meses)** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1991-1995 (1) | 19 | 17 | 36 | 13 | 48 |
| 1996-2000 (1) | 19 | 15 | 34 | 11 | 45 |
| 2001-2006 (2) | 16 | 10 | 25 | 7 | 32 |
| **Área de residencia** (1) (1996-2000) | | | | | |
| Urbana | 15 | 14 | 29 | 8 | 36 |
| Rural | 22 | 16 | 38 | 13 | 51 |
| **Área de residencia**(2) (2005-2006) | | | | | |
| Urbana | 16 | 8 | 24 | 6 | 29 |
| Rural | 20 | 13 | 33 | 11 | 43 |

Fuentes: (1) SS: ENESF.2001 (Pág. 244 y 245). (2) INE: ENDESA 2005/2006 (Pág. 122 y 124).
**Basado en toda la experiencia (tiempo expuesto) en el período 1991-1995 /1996-2000. ENESF (2001) Pág. 244.

TABLA 4B. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUERTE DE MENORES DE 5 AÑOS POR CAUSA PRIMARIA DE MUERTE SEGÚN LA EDAD AL MORIR. HONDURAS, 2005-2006

| **Causas de muerte** | **Neonatal (0 a 28 días)** | **Post neonatal (28 días a 11 meses)** | **Infantil (0 a 11 meses)** | **Niñez (0 a 59 meses)** |
|---|---|---|---|---|
| Afecciones originadas en el periodo perinatal/ prematurez | 39.6 | 0.4 | 26.3 | 23.3 |
| Enfermedades infecciosas intestinales (EDA) | 0.9 | 23.6 | 8.6 | 12.6 |
| Enfermedades de vías respiratoria agudas (IRA) | 4.9 | 37.8 | 16.1 | 17.0 |
| Anomalías congénitas | 12.5 | 11.0 | 12.0 | 10.9 |
| Otras infecciones | 10.3 | 0.9 | 7.1 | 7.5 |
| Otras causas | 2.8 | 4.4 | 3.3 | 4.2 |

Fuente: INE: ENDESA 2005/2006 (Pág.131).

22 Los datos presentados son los disponibles para el año de referencia dentro de ese periodo de tiempo.

Al comparar las principales causas de muerte en los menores de 5 años, según las tres encuestas epidemiológicas realizadas en los últimos dos quinquenios, los resultados indican que las “afecciones originadas en el periodo perinatal (trauma del nacimiento/asf xia, prematurez)” constituyen la principal causa de mortalidad infantil y en menores de 5 años, evidenciando que no obstante el incremento en la atención de parto institucional, persisten serios problemas en la atención del mismo (tabla 4B).

## OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Honduras fue uno de los 189 países de la Organización de las Naciones Unidas que suscribió la Declaración del Milenio[23]. Para medir y dar seguimiento a los compromisos suscritos, se establecieron 18 metas y 48 indicadores, los cuales deberán monitorearse periódicamente hasta el año 2015. Con apoyo del Sistema de Naciones Unidas, se han preparado dos informes de monitoreo y seguimiento, contribución importante por la dispersión y rezagos que enfrenta el país en materia de información, particularmente en los sectores sociales. A continuación se presenta un resumen de los esfuerzos realizados por el país para el logro de los objetivos en materia de salud: 1) Reducir la mortalidad de la niñez, 2) Mejorar la salud materna, 3) Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades y 4) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

TABLA 5. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM) RELACIONADOS AL SECTOR SALUD. HONDURAS. 2007

23 Septiembre del 2000.

| ODM | Institución/ es responsables | Bases de datos estandarizada* | Información actualizada | Identificación brechas al 2015** | Identificación de Intervenciones*** | Plan estratégico 2015**** | Asignación Presupuestaria |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ODM 4. Reducir la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años**<br><br>**Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años.** | Secretaría de Salud, Instituto Hondureño de Seguridad Social.<br><br>Con el apoyo y cooperación de organismos especializados del SNU, como UNICEF, OPS, OMS, UNFPA, y otros países amigos y ONGs internacionales. | Registros Vitales<br><br>ENDESA (INE)<br><br>Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.<br><br>Porcentaje de niños menores de 2 años vacunados contra el sarampión.<br><br>Porcentaje de niños menores de 5 años adecuadamente vacunados para su edad.<br><br>Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años.<br><br>Tasa de mortalidad infantil. | Mortalidad infantil<br><br>1991-1995:<br><br>36 por mil nacidos vivos.<br><br>2001-2006:<br><br>23 por mil nacidos vivos.<br><br>Mortalidad neonatal:<br><br>1991-1996:<br><br>20 por mil nacidos vivos.<br><br>2001 y 2006:<br><br>14 por mil nacidos vivos<br><br>Mortalidad post–neonatal tasa de 15 pasó a 9 muertes por cada mil nacidos vivos<br><br>Mortalidad post-infantil 14 muertes por mil nacidos vivos en 1991, a 6 en 2006.<br><br>Mortalidad de la niñez:<br><br>1991-1996:<br><br>48 por mil nacidos vivos<br><br>2001 y 2006:<br><br>30 por mil nacidos vivos<br><br>Niños menores de 5 años vacunados contra BCG, Polio, DPT y sarampión al 92% un 1991, 95% en el 2004, (a partir de 2000 se agregaron DPT/HB/Hib y SRP). | ODM 12 muertes por cada mil nacidos vivos.<br><br>ERP 18 muertes por cada mil nacidos vivos.<br><br>De mantenerse la tendencia observada entre 1991 y el 2006, no se lograría la meta de ODM ni la de ERP.<br><br>Para el año 2015 se alcanzaría una tasa de 18 muertes por nacidos vivos, congruente con la meta de la ERP, no así con la de los ODM.<br><br>27 muertes en menores de 5 años por cada mil nacidos vivos.<br><br>En menores de 1 año la brecha es 21 muertes por cada mil nacidos vivos. | Mejora de las intervenciones de la Secretaría de Salud, en su papel de Rector de la Política del Estado.<br><br>Reducir los factores económicos, sociales y ambientales asociados a la mortalidad infantil.<br><br>Iniciativa para la reducción de la mortalidad materna infantil.<br><br>Nuevos modelos de gestión en las Clínicas materno infantiles.<br><br>Implementación y seguimiento de la estrategia de AIEPI a nivel nacional.<br><br>Implementación y seguimiento de la estrategia de AIN-C.<br><br>Seguimiento del plan de comunicación de salud infantil.<br><br>Acreditar los hospitales en la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), (Incluye la Estrategia Madre Canguro).<br><br>Suplementar con micro nutrientes a las mujeres en edad fértil (Hierro, Acido fólico, vitamina A) y a menores de 5 años.<br><br>Sistematización e Implementación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad y Morbilidad Materno - Infantil.<br><br>Diseñar e Implementar los Estándares de Garantía de Calidad del AIEPI y AIN-C.<br><br>Implementar las salas de terapia de rehidratación oral institucional.<br><br>Desarrollar los recursos humanos (médicos/as, enfermeros/as profesionales, auxiliares de enfermería) para mejorar la calidad de la atención a la mujer y la niñez.<br><br>Entrega del Paquete Básico de Servicios de Salud (EPBSS) en localidades de difícil acceso.<br><br>Oferta permanente de servicios de salud en todos los establecimientos de salud públicos, privados y la seguridad social a nivel nacional.<br><br>Incorporación de nuevas vacunas: SRP, Hib y HB.<br><br>Campañas masivas de vacunación para erradicación y eliminación de enfermedades prevenibles por vacunación.<br><br>Vigilancia epidemiológica activa de 11 enfermedades prevenibles por vacunación.<br><br>Incorporación de nuevas vacunas: SRP.<br><br>Participación activa de la sociedad civil y comunitaria. | Plan estratégico de mortalidad materna e infantil al 2010.<br><br>Planes Quinquenales del PAI 1991 - 1995; 1996-2000 y 2001-2005. | Asignaciones por programas con fondos nacionales y externos.<br><br>Del PAI a partir del 2002 más del 90% son fondos nacionales. La SS adquiere con fondos nacionales el 100% de las vacunas y jeringas.<br><br>En los últimos 3 años el aporte de la cooperación externa ha variado de 6 a 9%. |

| ODM | Institución/ es responsables | Bases de datos estandarizada* | Información actualizada | Identificación brechas al 2015** | Identificación de Intervenciones*** | Plan estratégico 2015**** | Asignación Presupuestaria |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ODM 5. Mejorar la salud materna**<br><br>**Meta 6.**<br><br>**Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes** | Secretaría de Salud, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Asociación Hondureña de Planificación Familiar e Instituto Nacional de la Mujer. | Ausencia de datos oficiales desde 1997, cuando se realizó la última encuesta de mortalidad de mujeres en edad reproductiva.<br><br>Solamente se dispone de estimaciones para el año 2000, realizadas una por el INE y otra por OMS/ UNICEF/UNFPA.<br><br>Tasa de mortalidad materna.<br><br>Porcentaje de partos institucionales.<br><br>Tasa de uso de anticonceptivos. | Mortalidad materna<br><br>1990: 182 muertes por 100,000 n.v.<br><br>1997: 108 muertes por 100,000 n.v.<br><br>Partos institucionales:<br><br>1990: 35%<br><br>2005: 69%.<br><br>Atención Prenatal<br><br>1996: 83.9%<br><br>2005-06: 91.7%<br><br>Mujeres en unión que utilizan métodos anticonceptivos:<br><br>1991/92: 46.7%<br><br>2005: 65.9% | ODM 2015:<br><br>46 muertes maternas por 100,000 n.v.<br><br>De mantenerse la tendencia observada no se alcanzaría la meta.<br><br>Estimaciones de INE de tasa de mortalidad materna para 2000: 119 por 100,000 n.v.<br><br>Estimaciones de WHO/ UNIFEC/UNFPA: 110 por 100,000 n.v.<br><br>Tendencia creciente al uso de anticonceptivos modernos.<br><br>Estancamiento en el uso de condón:<br><br>1991-92: 2.9%<br><br>2005-2006: 3%.<br><br>Al 2015:<br><br>Mortalidad materna<br><br>46 por 100,000 n. v.<br><br>Partos institucionales 28.3% y 12.3% en planificación familiar. | Programa de vigilancia de la mortalidad materna.<br><br>Programa de atención integral, incluyendo acciones tendentes a disminuir el embarazo en adolescentes y multíparas.<br><br>Incremento del acceso a métodos de planificación efectivos de mujeres en edad fértil.<br><br>Mejora del acceso a servicios gineco-obstétricos de calidad.<br><br>Implementación masiva de la estrategia de Cuidados Obstétricos de Emergencia y Calidad.<br><br>Mejoramiento del acceso a servicios de salud a poblaciones dispersas y remotas.<br><br>Estrategia de prevención de embarazos de alto riesgo y espaciamiento de embarazos.<br><br>Identificar y promover la aplicación de nuevas modalidades de Aseguramiento de la Salud Materno – Infantil.<br><br>Apertura, equipamiento de nuevas unidades de salud y CMI con nuevos modelos de gestión en los departamentos priorizados.<br><br>Actualización del personal en la aplicación de las normas de atención materna neonatal.<br><br>Sistematizar e Implementar el Sistema de Referencia y Transporte (incluye Red de Radio Comunicación).<br><br>Implementar el plan de comunicación de la Mujer a nivel nacional priorizando los departamentos con mayor mortalidad materna.<br><br>Implementar la estrategia de individuos familias y comunidades en departamentos priorizados.<br><br>Implementar iniciativas apropiadas de incentivos al cumplimiento de citas para la atención prenatal, post-natal y espaciamiento de embarazos. (Bonos del PRAF).<br><br>Implementar la estrategia de Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA).<br><br>Capacitar en los diferentes métodos de planificación familiar: AQV con anestesia local, DIU post evento obstétrico, vasectomía en la red de hospitales de SS.<br><br>Supervisar, Monitorear y Evaluar la Atención Materna e Infantil de la Red de Servicios y los nuevos Modelos de Gestión y Financiamiento.<br><br>Seguimiento AIEPI en las 20 regiones departamentales.<br><br>Seguimiento a 1800 comunidades AIN-C. | Plan Estratégico sobre Mortalidad Materna e infantil al 2010. | Asignaciones por programa de fondos nacionales y externos con una tendencia de predominar los primeros.<br><br>Del 2000 al 2004, fondos del Programa de Atención Integral de la Mujer. |

| ODM | Institución/ es responsables | Bases de datos estandarizada* | Información actualizada | Identificación brechas al 2015** | Identificación de Intervenciones*** | Plan estratégico 2015**** | Asignación Presupuestaria |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ODM 6. Combatir el VIH/ SIDA, el paludismo y otras enfermedades**<br><br>**Meta 7: Haber detenido o comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA** | Secretaría de Salud, IHSS,<br><br>Comisión Nacional del VIH y sida (CONASIDA)<br><br>Con apoyo financiero del Fondo Global | Registros permanentes del Programa de Control del VIH y sida.<br><br>ENDESA 2005-2006<br><br>CONASIDA<br><br>Evaluación de Medio Término del PENSIDA II<br><br>ONUSIDA<br><br>Banco Mundial<br><br>No. de casos nuevos<br><br>Tasa de incidencia por 100,000 habitantes<br><br>Razón hombre/ mujer<br><br>No. de muertes<br><br>Cobertura de ARV | **VIH-SIDA**<br><br>Tasa de incidencia del Sida por 100,000 hab:<br><br>Años 80: 8.3;<br><br>1998: 32.9<br><br>2005: 13.8<br><br>Casos<br><br>1985 al 2005: 22,847<br><br>Transmisión:<br><br>Sexual: 91.3%<br><br>Madre/hijo: 5.3%,<br><br>Transfusión: 0.1%<br><br>Ignorado:3.8%<br><br>Razón hombre-mujer<br><br>1986: 2.3<br><br>1998: 1.0<br><br>2004: 0.9<br><br>Prevalencia mujeres embarazadas<br><br>2004: 0.46%<br><br>**TUBERCULOSIS**<br><br>Prevalencia por 100,000 hab.<br><br>1990: 77.7.<br><br>2005: 45.9<br><br>2005: 59% hombres<br><br>41% mujeres.<br><br>Muertes asociadas a TB<br><br>1990: 215<br><br>2005: 122 | Predominio en el grupo de 20 a 39 años de edad.<br><br>Mayores niveles de infección:<br><br>Hombres que tienen sexo con hombres: 13%<br><br>Trabajadoras sexuales: 11%<br><br>Privados de libertad: 8%<br><br>Garifunas: 8.4%.<br><br>Uso de condón en relación de alto riesgo relacionado con nivel educativo y de ingreso.<br><br>Cobertura de ARV 2003-2005: 52% de las personas con VIH/SIDA.<br><br>Falta de estudios orientados a determinar las causas de mayor incidencia de tuberculosis en zonas de desarrollo relativo como la zona metropolitana de San Pedro Sula. | Política de Estado de carácter multisectorial traducida en Planes y Programas Nacionales y Locales.<br><br>Adopción de una política de alianzas entre el Estado, la sociedad civil y la cooperación internacional.<br><br>Educación en Salud Sexual y Reproductiva.<br><br>Focalización de acciones en grupos vulnerables.<br><br>Organización de 21 Centros de Atención Integral (CAI).<br><br>Reglamentación de Bancos de Sangre.<br><br>Promulgación de legislación especial.<br><br>Aplicación de la Estrategia DOTS, para la detección y curación de la tuberculosis (impulsada por la OMS en 1995).<br><br>Servicio a las embarazadas VIH positivas para disminuir la transmisión madre hijo.<br><br>Estrategia de manejo sindrómico de las ITS.<br><br>La estrategia de atención integral a personas viviendo con VIH SIDA–PVVS.<br><br>Fortalecimiento de la coordinación intra e intersectorial para acciones de prevención y mejoramiento de la calidad de vida de las PVVS.<br><br>Promover la organización y participación comunitaria que asegure una respuesta eficaz y oportuna hacia los grupos más vulnerables y en condiciones de pobreza extrema.<br><br>Fortalecer la capacidad de la sociedad civil en el uso oportuno de mecanismos creados para la vigilancia, denuncia y seguimiento de violaciones a los derechos humanos en VIH-SIDA.<br><br>Desarrollar la investigación científica de las ITS VIH SIDA en el campo biomédico, epidemiológico, social, económico, cultural, antropológico y tecnológico, a nivel local, regional y nacional, con enfoque de género.<br><br>Entrega del Paquete Básico de Servicios de Salud (EPBSS) en localidades de difícil acceso.<br><br>Fortalecimiento de la red de laboratorios.<br><br>Incorporación del sector privado de la medicina en la vigilancia activa. | Plan Estratégico Nacional del SIDA<br><br>PENSIDA III<br><br>Plan Nacional de Salud<br><br>Estrategia de Reducción de la Pobreza<br><br>Programa de Control de la Tuberculosis | Recursos de la Secretaría de Salud, Fondo Global y otros. |

| ODM | Institución/ es responsables | Bases de datos estandarizada* | Información actualizada | Identificación brechas al 2015** | Identificación de Intervenciones*** | Plan estratégico 2015**** | Asignación Presupuestaria |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Meta 8:**<br><br>**Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.** | Secretaría de Salud: Programa Nacional de la Malaria | Registros permanente de los Programas de Control<br><br>No. de Casos<br><br>Prevalencia por 100,000 habitantes<br><br>No. de Muertes | **MALARIA**<br>Casos:<br>1990: 53,095<br>2005: 14,968<br>Prevalencia:<br>1990: 1,131<br>2005: 206<br>Población en riesgo<br>1998: 85.3%<br>2004: 75.5<br>Muertes<br>1998 a 2004: cero<br><br>**DENGUE**<br>Casos:<br>1995: 27,575<br>2002: 32,269<br>2006: 7,783<br>Prevalencia:<br>1995: 507.<br>2002: 482<br>2006: 105<br>Prevalencia por tipo:<br>1995:Clásico: 506<br>Hemorrágico: 0.28<br>2002: Clásico: 468.9<br>Hemorrágico: 12.9<br>2004: Clásico: 251.8<br>Hemorrágico: 33.5<br>Muertes asociadas al dengue hemorrágico:<br>2002: 17<br>2003: 11<br>2004: 2<br>2005: 6 | 95% de los casos de malaria fueron causados en 2004 por el Plasmodium vivax<br><br>5% por Plasmodium falciparum.<br><br>Departamentos con mayor incidencia en 2004:<br><br>Atlántida: 9,582 casos<br><br>Colón: 4,402<br><br>Olancho:3,274<br><br>Gracias a Dios: 2,112<br><br>Yoro: 825<br><br>Islas de la Bahía: 584<br><br>Causas determinantes:<br><br>Pobreza, migración rural urbana, crecimiento urbano no planificado, viviendas inadecuadas, hacinamiento, baja escolaridad y baja percepción por parte de la población del riesgo, evidenciada en una escasa participación de la comunidad en el control del vector. | Adopción de la Estrategia Mundial Para el Control de la Malaria (1992) y de la Iniciativa “Hacer retroceder la malaria en las Américas” (OMS, 1998).<br><br>Desarrollo de obras de infraestructura sanitaria para protección del ambiente.<br><br>Promoción de la participación de autoridades locales y la comunidad en acciones de prevención.<br><br>Focalización de esfuerzos en los municipios y zonas endémicas. | Programa de Control de Enfermedades Transmitidas por vectores. | Recursos de la Secretaría de Salud y de la cooperación externa. |

| ODM | Institución/ es responsables | Bases de datos estandarizada* | Información actualizada | Identificación brechas al 2015** | Identificación de Intervenciones*** | Plan estratégico 2015**** | Asignación Presupuestaria |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento** | Secretaría de Salud, SANAA y Gobiernos Locales | INE: Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples.<br><br>% de población con acceso sostenible a agua potable.<br><br>% de población con acceso sostenible a saneamiento básico. | Acceso sostenible a agua potable: 1990:84%<br><br>2004: 87%.<br><br>Acceso a saneamiento sostenible:<br><br>1990: 50%<br><br>2004: 69% | Acceso de poblaciones urbano marginales limitado.<br><br>Brecha rural-urbano respeto al acceso a saneamiento:<br><br>2005: 85.1% de hogares urbanos contra 76.4% de hogares rurales (medido por uso de letrinas de pozo simple o de cierre hidráulico).<br><br>Los problemas de inundaciones y desastres naturales pueden incidir en el logro de las metas relacionadas con agua y saneamiento. | Es preciso consolidar el marco institucional y legal, disponer de una política nacional de uso de recursos hídricos, contar con una ley general de agua que regule la gestión y uso del recurso hídrico a nivel nacional y local. Promover la legislación y planes de ordenamiento territorial y manejo de cuencas productoras de agua, la delimitación de cuencas, microcuencas y la efectiva protección de áreas protegidas. | | Recursos de la Secretaria de Salud, SANAA, gobiernos locales, de la ERP y de organizaciones privadas sin fines de lucro. |

Fuente: "Objetivos de Desarrollo del Milenio. Honduras 2007.Segundo Informe de País.

## 1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD

### DETERMINANTES POLITICOS

Honduras es un Estado de derecho, soberano, constituido como república libre, democrática e independiente para asegurar a sus habitantes el goce de la justicia, la libertad, la cultura y el bienestar económico y social[24]. Cada periodo de gobierno tiene una duración de cuatro años, con elecciones conjuntas de presidente del ejecutivo, legisladores y alcaldes municipales. En las últimas elecciones, el abstencionismo marco el proceso electoral, lo cual se atribuye a la decadente credibilidad en los partidos políticos tradicionales. Constantemente se presentan protestas callejeras, lideradas por diferentes organizaciones de trabajadores/as del sector privado, público y comunitario, que ejercen presión en pro de la solución de problemas determinados, como ser alto costo de la vida, conquistas gremiales, entre otros. Salud no escapa a esta realidad.

A partir de la promulgación de la Ley de Modernización del Estado (1991)[25], se inicia un proceso de reorganización de las instituciones gubernamentales, para lo cual se crean Unidades de Modernización en las diferentes instituciones. La Unidad de Modernización del Sector Salud, adscrita a la Secretaría, ha tenido un bajo perfil, sin mayor vinculación con los niveles superiores e intermedios, aspecto que no ha permitido potenciar su papel, siendo hasta en el 2007 cuando la misma se fortalece para impulsar la reforma del sector. En el marco de la modernización del Estado, se han ejecutado diferentes programas y proyectos, financiados con fondos nacionales mediante préstamos de bancos (BM, BID, etc.) y donaciones de gobiernos amigos (ASDI, AID, entre otros) orientados a impulsar la reforma del Estado.

Las iniciativas de acceso a fuentes de condonación de la deuda obligaron a tomar acciones precisas en torno a la disminución del déficit fiscal y mejoramiento del manejo de las finanzas públicas. En salud, hay avances en el proceso de desconcentración con la creación de las Direcciones Departamentales (18) y Metropolitanas (2) pero esta pendiente introducir en la agenda la operacionalización de la descentralización, el mejoramiento de la eficiencia administrativa y de la gestión. Si bien se han realizado esfuerzos para mejorar el acceso, la calidad y gestión de los servicios, los mismos son esfuerzos incipientes; no se observan avances sustantivos y el derecho de los ciudadanos/as no se visualiza como tal.

Para el 2007, el 60.2% de los hogares de Honduras se encontraban bajo el nivel de pobreza. Además de la insuficiencia del ingreso, la desigual distribución del mismo es factor determinante de la pobreza. Para solucionar estos problemas, el país definió una “Estrategia para la Reducción de la Pobreza” (2001), cuya formulación e implementación ha implicado una profundización del proceso de participación popular y la derivación de recursos, obtenidos vía condonación de la deuda externa, hacia los municipios más pobres del país. La estructura programática de la ERP esta conformada por seis áreas: crecimiento económico equitativo y sostenible; reducción de la pobreza en zonas rurales y en zonas urbanas; inversión en capital humano; fortalecimiento de la protección a grupos específicos y una última destinada a garantizar la sostenibilidad de la estrategia.

Desde que inicio la ERP, el área que presenta mayor dinamismo es la de inversión en capital humano, que absorbe cerca del 60% de la inversión. La mayor parte de esta inversión se ha destinado al sector educación (52%) y salud (30%) y en menor proporción al fortalecimiento de la protección social para grupos humanos específicos en desventaja social[26]. Para implementar la Estrategia, el Gobierno ha creado una oficina dirigida por un Comisionado Nacional, ha conformado un Grupo Consultivo y ha organizado Mesas Sectoriales a efecto de que, en conjunto, gobierno, sociedad civil y cooperantes externos, establezcan consensos para la generación de políticas y planes orientados a operativizar la ERP. La vinculación y el alineamiento de la ERP con los Objetivos del Milenio es clara y concreta, por lo que las estrategias para la ERP son validas para la consecución de las metas del milenio.

24 Constitución de la República. Artículo 1. 1982.
25 Decreto 190-91 del 11 Diciembre de 1991.
26 Secretaria de la Presidencia. Informe de Avance de la ERP. Honduras 2005.

## DETERMINANTES ECONOMICOS

Con relación al producto interno bruto, éste muestra un crecimiento constante entre 1990 al 2005, producto de la consolidación del sector externo (mayores exportaciones). La inflación disminuyó de 20.9 en el quinquenio 1990-1994 a 19.0 en 1995-1999 y a 8.4 en el período 2000-2005, lo que contribuyó a mejorar el poder adquisitivo de la población.

El nivel de ingresos per cápita de la población evidencia aumentos en los tres quinquenios. Un hecho destacado ha sido la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo. En el año periodo 1995-1999, el 25,3% de hogares tenían jefatura femenina y para el periodo 2000-2005 la misma subió a 28.2%27 (tabla 6).

En 1990 el saldo de la deuda externa en relación al PIB alcanzó el 116.7%, con relación a las exportaciones representó 313.7% y el servicio con respecto a las exportaciones se calculó en 14%. En el período 1995-1999, la relación de la deuda sobre PIB fue de 84.1%, y respecto a las exportaciones fue de 196.7%. La relación entre deuda y PIB bajo a 60.4% en el periodo 2000-2005. El servicio de deuda durante el 2007 fue de US$1,673.6 millones (US$2,154.7 millones en 2006), correspondiendo al sector público una amortización de US$1,279.8 millones, de los cuales se pagaron US$74.7 millones (5.3%), el resto (US$1,205.1 millones) corresponde a readecuaciones y condonaciones recibidas dentro de las iniciativas HIPC y MDRI28, que representa mayores niveles de gasto en los sectores sociales y en los grupos humanos más vulnerables.

TABLA 6. TENDENCIA DE ALGUNOS INDICADORES ECONÓMICOS.
HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2005

| Indicador | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2005 |
|---|---|---|---|
| PIB per cápita en USD , en precios constantes (1990) (1) | 702.7 | 1,027.4 | 1,215.7 |
| Gasto Público per capita (US$) (2) | 179.7 | 159.9 | 163.0 |
| Gasto Público Total/ PIB (3) | 25.0 | 29.9 | 35.5 |
| Población económicamente activa (PEA) (miles) (4) | ND | 2,177 | 2,861 |
| PEA de 15 a 59 años (miles) (5) | ND | 2,012 | 2,218 |
| PEA de 15 a 59 años empleada (miles) (6) | ND | 1,813 | 2,099 |
| Gasto Público en Salud/PIB (7) | 2.7 | 2.9 | 3.7 |
| Tasa de Inflación anual (8) | 20.9 | 19.0 | 8.4 |
| Remesas en términos de % PIB (9) | ND | 3.5 | 9.0 |
| Deuda externa % en relación al PIB (10) | 116.7 | 84.1 | 60.4 |
| % de hogares con jefatura femenina (11) | 23.4 | 25,3 | 28.2 |

Fuente(s): (1), (8), (9), (10), Banco Central de Honduras: Honduras en Cifras.
(2) (3) (7): Secretaria de Finanzas: Dirección General de Presupuesto.
(4) (5) (6) (11) INE: EPHPM.

27 INE: Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Mayo de 1995 al 2007.
28 Banco Central de Honduras: Memoria 2007.

La población económicamente activa muestra un incremento constante. Para mayo del 2007, la PEA representa el 38% de la población en edad de trabajar. Del total de la PEA, 34.3% corresponde a mujeres y 66.7% a hombres. El empleo, como ocupación principal, se aglutina en las áreas agrícola (35%), comercio (21%), e industria y manufactura (15%)[29].

El desempleo abierto afecta al 3.1% de la PEA y de esta las más afectadas son las mujeres que presentan una tasa de desempleo abierto (4.1%) superior a la de los hombres (2.5%)[30]. El problema del desempleo es mayormente urbano, potenciado probablemente por la migración constante de personas del campo a la ciudad y la poca capacidad del mercado laboral para absorber esta fuerza de trabajo. Mientras la TDA urbana se estima en 4.1%, la rural es de 2.1%. La desocupación se concentra en la población joven; del total de 87,375 desempleados del país, casi la mitad (49.4%) son jóvenes menores de 24 años.

TABLA 7. TASA DE DESEMPLEO ABIERTO. HONDURAS. 2007

| | PEA | Desocupados | Tasa de Desempleo Abierto |
|---|---|---|---|
| Nacional | 2860866 | 87375 | 3.1 |
| Urbano | 1373212 | 55924 | 4.1 |
| Rural | 1487654 | 31450 | 2.1 |
| Hombre | 1879092 | 47165 | 2.5 |
| Mujer | 981774 | 40209 | 4.1 |

Fuente: INE (2007) Encuesta de hogares. Pág. 18 y 104.

Uno de los principales problemas del mercado laboral hondureño son los bajos ingresos asociados a empleos temporales y la baja productividad. La tasa de subempleo invisible nacional para el 2007 es de 33.2%, siendo en el área rural del 44.7%.

Esta situación a contribuido a la migración de la población hacia otros países, lo que se refleja en el crecimiento de las remesas familiares, el cual constituye la tercera fuente de ingreso de los hogares, solo superado por los ingresos por salario (48%) y los ingresos por cuenta propia (33%). En el área rural, las remesas representan el 12% del ingreso per cápita y en la zona urbana el 10%.[31]. Lo anterior demuestra que el principal problema del mercado laboral no es el desempleo, sino el subempleo invisible, que asocia bajos ingresos con empleos de baja productividad.

## DETERMINANTES SOCIALES

Durante el periodo 1991-2005, la proporción de hogares pobres oscilo entre 74.8% y 65.3%. Para el 2007, el 60.2% de los hogares se encontraban bajo el nivel de pobreza.

El total de personas afectadas por la pobreza en el 2007, ascendía a 4,021,683, de las cuales 2,537,117 (68%),32 estaban en situación de pobreza extrema revelando la gravedad de la pobreza. De 7,529,403 habitantes,1,714,835 viven en hogares con ingreso per cápita de un dólar o menos por día y de estos, el 80% (1,370,246) son pobladores rurales[33].

29 INE (2007) Encuesta permanente de hogares. Pág. 16.
30 Fuente: INE: EPH 2007. Pág.61 y 104.
31 INE: EPH. Mayo del 2007.
32 Ídem referencia 46. Pág. 123
33 Ídem referencia 46. Pág. 125

TABLA 8. HOGARES POR NIVEL DE POBREZA. HONDURAS. 1991-2007

| Hogares por nivel de pobreza. Periodo 1991- 2007 (%) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Período | Número de Hogares | | | Pobreza | |
| | Total | No pobres | Pobres | Relativa | Extrema |
| 1991 | 100 | 25.2 | 74.8 | 20.6 | 54.2 |
| 1992 | 100 | 30.1 | 69.9 | 22.5 | 47.4 |
| 1993 | 100 | 32.5 | 67.5 | 22.4 | 45.1 |
| 1994 | 100 | 32.8 | 67.4 | 20.4 | 47.0 |
| 1995 | 100 | 32.2 | 67.8 | 20.4 | 47.4 |
| 1996 | 100 | 31.3 | 68.7 | 15.0 | 53.7 |
| 1997 | 100 | 34.2 | 65.8 | 17.4 | 48.4 |
| 1998 | 100 | 36.9 | 63.1 | 17.5 | 45.6 |
| 1999 | 100 | 34.1 | 65.9 | 17.3 | 48.6 |
| 2001 | 100 | 35.5 | 64.5 | 17.0 | 47.4 |
| 2002 | 100 | 36.1 | 63.9 | 18.8 | 45.2 |
| 2003* | 100 | 34.9 | 65.1 | 18.1 | 47.0 |
| 2004* | 100 | 35.8 | 64.2 | 19.7 | 44.6 |
| 2005* | 100 | 34.7 | 65.3 | 18.2 | 47.1 |
| 2006* | 100 | 38.2 | 61.8 | 19.3 | 42.5 |
| 2007* | 100 | 39.8 | 60.2 | 24.3 | 35.9 |

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). XXXIV Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, Mayo 2007. Pág. 124.
* Año 2000: Encuesta no realizada debido al cierre de la Dirección General de Estadística y Censo.
* Nota: Solo incluye los hogares que declaran ingreso.

Según el Informe de Desarrollo Humano de Honduras 2003, los niveles de desarrollo en el país han presentado una tendencia creciente. No obstante, se observa una disminución en el periodo 2000-2005 con relación a los índices de los quinquenios 1990-1994 y 1995-1999 (tabla 9). Por otra parte, existen brechas notables de desarrollo a nivel inter departamental y municipal, así como diferencias, según género.

El acceso a agua potable, que en el quinquenio 1990-1994 alcanzó 96.8%, descendió a 93% en el quinquenio 1990-1994 y continuo descendiendo en el periodo 2000-2005 a 86%. La menor cobertura se da en el área rural. El acceso a sistemas de eliminación de excretas muestra un incremento cuando pasa de 80.5% en el quinquenio 1990-1994, a 86.6% en 1995-1999. No obstante, en el periodo 2000-2005, el índice es de apenas 61.7%, situación que logra mejorarse en el 2007 cuando alcanza 85.1%. Estas fluctuaciones son producto de los desastres naturales que han azotado al país y la dificultad de alcanzar los niveles de cobertura logrados antes del Huracán Mitch (tabla 9).

TABLA 9. TENDENCIA DE ALGUNOS INDICADORES SOCIALES.
HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS. 1990-2007

| Períodos | Posición Según IDH(1) | Viviendas con acceso a agua potable (%)(2) | Viviendas con acceso a servicios de eliminación de excretas (%) (3) | Población Analfabeta (%)(4) | Tasa bruta de escolaridad primaria(5) | Tasa de deserción escolar(6) | Tasa de Trabajo Infantil (7) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1990-1994 | ND | 96.8 | 80.5 | 25.4 | 109.0 | 12.4 | ND |
| 1995-1999 | ND | 93.0 | 86.6 | 20.1 | 106.7 | 9.5 | 15.0 |
| 2000-2004 | 116[3] | 86.0 | 61.7 | 19.3 | 113.2 | 3.0 | 14.5 |
| 2007 | ND | 86.6 | 85.1 | 17.5 | 113.0 | 2.6 | 14.5 |
| **Zonas geográficas** | | | | | | | |
| Urbana | ND | 94.5 | 56.0 | 9.9 | ND | ND | 12.0 |
| Rural | ND | 71.5 | 49.0 | 28.0 | ND | ND | 17.0 |

3. Posición 116 de 177 países,. Tomado de http://www.undp.un.hn/PDF/informes/2006/cap_1.pdf.
Fuente(s): (1) PNUD: Informes de Desarrollo Humano. (2) (3) (7) INE: Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. Mayo de los años respectivos. (4) (5) (6) Secretaría de Educación: UPEG: Departamento de Estadística.

En educación se han logrando avances sobre todo en alfabetización y en acceso al nivel primario. La tasa de analfabetismo bajo a 19.3% en el periodo 2000-2005 y a 17.5% en el 2007[34]. La tasa de analfabetismo es superior en el área rural que en el área urbana (18% mayor), mostrando limitaciones de acceso de los habitantes rurales a la educación. El trabajo infantil, es un problema que afecta a los niños y niñas en situación de pobreza, ya que la falta de ingresos y la distribución inequitativa son factores determinantes, según las estadísticas (410,290 en el 2007), 72% son residentes rurales[35].

El Coeficiente de Gini de los ingresos de los hogares (ingreso laboral), paso de 60% en 1960 a 56.1% en el 2001 y aumentó a 58.9% en el 2005[36]. Los esfuerzos para lograr una mayor equidad en la distribución de la riqueza han sido insuficientes. El 80% de los hogares percibe apenas el 36.8% del ingreso nacional mientras que el 20% más rico recibe el 63.2%[37].

La violencia social concretizada en inseguridad ciudadana, es uno de los problemas que enfrenta la sociedad hondureña. Este fenómeno se ha incrementado significativamente en los últimos 10 años. La tasa de homicidios en el 2004 era de 49 por 100 mil habitantes[38]. Según datos proporcionados por el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, entre 2006 y 2007 se registraron 10,279 muertes violentas en Honduras, de las cuales 6,280 corresponden a homicidios. El arma de fuego ha sido utilizada en el 77% de estos crímenes, seguida por el arma blanca y otras. El resto de los fallecimientos violentos se deben a otras causas, como accidentes de tráfico.

34 INE: Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples. Mayo del 2007.
35 Ídem referencia 33.
36 Objetivos de Desarrollo del Milenio. Honduras 2007. Segundo Informe de País. Pág. 8.
37 Secretaría de la Presidencia. UNAT.
38 Dirección General de Investigación Criminal. Honduras 2004.

## DETERMINANTES MEDIO AMBIENTALES

Los principales determinantes ambientales del país que inciden en la salud, son: el mal manejo de los desechos sólidos y residuos peligrosos, la contaminación del aire y la contaminación del agua[39]. A ellos se relacionan afecciones respiratorias, dérmicas y morbi-mortalidad por diarrea, entre otras.

El país ha hecho avances significativos en por los menos dos de los determinantes ambientales, al incrementarse el acceso al agua potable y a la disposición adecuada de excretas[40]. Sin embargo, para la disposición final adecuada de los residuos sólidos y peligrosos en el país y la contaminación del aire, no se han desarrollado planes de acción efectivos que den respuesta a esta problemática, evidenciado por el bajo número de rellenos sanitarios que operan en las municipalidades. Aproximadamente, solo el 3.7% es decir, 11 municipalidades cuentan con sitios de disposición final adecuados. El resto tienen botaderos municipales a cielo abierto o los dispone en la vía pública o en pequeños botaderos sin control.

A la fecha, no se conoce con exactitud la pérdida de la calidad del aire a nivel nacional, solo se identifica con certeza el deterioro del aire en la ciudad de Tegucigalpa, evidenciado a través de los datos de monitoreo. Los principales factores que han contribuido en la pérdida de la calidad del aire en la ciudad de Tegucigalpa son: el parque vehicular obsoleto, deficiente ordenamiento vial, emisiones industriales, incendios forestales, quema de residuos sólidos, entre otros, agravado por las características topográficas de la ciudad.

De acuerdo al estudio *Honduras Health Costs of Environmental Damage* realizado por el Banco Mundial en el año 2007, los costos asociados a los factores ambientales que inciden en la salud están cercanos a los cuatro billones de lempiras. [41] El mismo estudio señala que el 90% de las enfermedades diarreicas son originadas por la falta de acceso a agua potable e inadecuada y pobre sanidad e higiene. Estimándose que 1,050 muertes prematuras y unos 3 millones de casos de diarreas en niños menores de 5 años pueden atribuirse a estas causas.

El tema ambiental es competencia de varias instituciones gubernamentales: la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente (SERNA)[42] es el ente rector de la materia y responsable de cumplir y hacer cumplir la legislación ambiental de Honduras, además de la formulación y coordinación global de las políticas nacionales sobre el ambiente, descritas en la Ley General de Ambiente, con vigencia desde Junio de 1983. Por otro lado la implementación y ejecución de las políticas ambientales recae en las Alcaldías como parte administrativa y en la Fiscalía del Medio Ambiente y la Procuraduría del Medio Ambiente que fungen como parte judicial. La Secretaría de Salud tiene competencia en el diseño y ejecución de programas de saneamiento ambiental, coordinando las actividades con otros órganos, instituciones públicas o privadas y gobiernos locales.

Los órganos rectores en el ámbito medioambiental del país son la SERNA a través del centro de estudios y control de contaminantes (CESCCO) y la Secretaría de Salud a través de la Dirección de Vigilancia de la Salud por medio de la Unidad de Vigilancia y Factores de Riesgo Ambiental y la Unidad de Vigilancia y Control de la Calidad de Agua para Consumo Humano.

El CESCCO tiene cuatro líneas estratégicas de trabajo: Investigación en problemas de contaminación ambiental en la calidad de agua, microbiología ambiental, eco toxicología, calidad del aire y contaminantes químicos (plaguicidas y metales); Vigilancia ambiental; Gestión de sustancias químicas y prestación de servicios en materia de calidad de agua[43]. El CESCCO actúa como punto focal para convenciones de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs) y Convenio de Basilea sobre Movimiento transfronterizo de desechos peligrosos, así como de la iniciativa internacional “Enfoque Estratégico para la Gestión de Sustancias Químicas” (SAICM por sus siglas en ingles).

39 Información proporcionada por el Centro de Estudio y Control de Contaminantes de la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente.
40 Informe del Estado y Perspectivas del Ambiente, GEO Honduras 2005 Elaborado por la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente (SERNA) y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).
41 Honduras Health Costs Of Environmental Damage Page 3.
42 Ley General de la Administración Pública.
43 Información proporcionada por el CESCCO.

La Secretaría de Salud realiza diferentes acciones de identificación y monitoreo de indicadores medioambientales relacionados con la salud de la población y forma parte de comisiones como: Red de Agua y Saneamiento de Honduras (RAS-HON); Red Regional de Agua y Saneamiento para Centroamérica (RRASCA); Sistema Nacional de Evaluación de Impacto Ambiental (SINEIA); Comité Técnico Nacional de Calidad de Agua (CALAGUA); Comité Técnico Interinstitucional de Ambiente y Salud (COTIAS) (en los últimos años ha estado inactivo); Comisión Cuatripartita para la Regulación de Emisiones de Gases Contaminantes y Humo de Vehículos. También ejecuta acciones directas en temas sobre inocuidad de alimentos y bebidas, realiza vigilancia y control de la calidad del agua para consumo humano, vigila los principales factores de riesgo ambiental, regula alimentos y bebidas, así como integra los comités de vigilancia de desechos peligrosos generados en establecimientos de salud, particularmente hospitales.

Referente a los mecanismos legales que regulan y fiscalizan los problemas relacionados con la contaminación ambiental, los mismos son descritos en los respectivos capítulos de infracciones y sanciones de los reglamentos correspondientes: contaminación atmosférica (emisión de gases nocivos) en el Reglamento para la Regulación de Emisiones de Gases Contaminantes y Humo de Vehículos Automotores[44]; en Eliminación de Excretas y Residuos Sólidos Hospitalarios, en donde se incluye la eliminación de productos tóxicos y radiactivos, a través de lo descrito en el Reglamento para el Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos Generados en establecimientos de salud, el Código de Salud y su Reglamento General de Salud Ambiental, donde coordina con la SERNA en lo descrito por el Reglamento de Protección Radiológica.

Relacionado con la contaminación del agua para consumo humano, la Secretaría de Salud, a través de lo descrito en la Norma Técnica Nacional para la Calidad del Agua Potable, realiza vigilancia permanente exigiendo los resultados de los análisis de laboratorios a los organismos operadores o prestadores de servicio (Juntas de Agua, Municipalidades, Operadores Privados, Envasadoras de Agua, Agua para fabricación de Hielo, Tanques Cisternas, etc.). En lo referente al vertido de aguas residuales, el país cuenta con una Norma Técnica vigente desde diciembre de 1997. El SANAA efectúa monitoreo de algunos parámetros en el paso del Río Choluteca por las ciudades de Tegucigalpa y Comayagüela y estudios puntuales realizados por CESCCO.

En el marco del DR-CAFTA, USAID a través del Proyecto MIRA está apoyando la revisión y preparación de 8 reglamentos, entre estos el Reglamento para Control de Emisiones por Fuentes Fijas; Reglamento para la Gestión Ambientalmente Racional de las Sustancias Químicas Peligrosas en Honduras; Revisión del Reglamento de Desechos Sólidos y el Reglamento Nacional de Descarga y Reutilización de Aguas Residuales.

Los problemas relacionados con la eliminación de productos tóxicos y radioactivos existentes están legislados por el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, el Reglamento sobre El Registro, uso y control de Plaguicidas y sustancias afines, el Acuerdo No 642-98 y el Reglamento de Control de Fertilizantes. La contaminación del agua, está regulada por la Norma Técnica para la Calidad del Agua Potable y las Normas Técnicas de las Descargas de Aguas Residuales a Cuerpos Receptores y Alcantarillado Sanitario y Ley de Agua Potable y Saneamiento que busca garantizar el acceso de la población a agua potable.

En simultáneo, la SERNA a través del CESCCO está liderando la implementación de un Plan Nacional de la Gestión de la Calidad del Aire (PNGCA) que ha sido diseñado con la colaboración del Centro Mario Molina de México, Banco Mundial, Fondos Multidonantes de la Unión Europea, PNUD y otras agencias cooperantes.

El PNGCA propone la implementación de cinco estrategias de acción para la reducción de la contaminación del aire: transporte sustentable; energía limpia y eficiente; industria limpia y competitiva; restauración ecológica y desarrollo de capacidades, sistemas de información y concientización.

44 Emitido en el 2001. No se está aplicando.

# 2. FUNCIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

## 2.1 RECTORÍA

La Rectoría constituye el ejercicio pleno por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política publica de salud, que le son propias e indelegables constitucionalmente, en el contexto de relaciones entre el gobierno y la sociedad. La rectoría del sector es definida como prioritaria en el proceso de Reforma y Modernización del Sector Salud. La rectoría se ejerce a través de sus diferentes dimensiones, constituidas en seis grandes áreas:

- Conducción del sector salud: capacidad de orientar a las instituciones del sector y de movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo a la política nacional de salud.
- Regulación de la salud: diseño y garantía del cumplimiento del marco normativo sanitario que protege y promueve la salud.
- Armonización de la provisión de servicios: capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios a fin de extender la cobertura de atención de salud, equitativa y eficientemente, hacia las personas y al ambiente.
- Garantía del aseguramiento: acción para garantizar el acceso a un conjunto definido de servicios de salud, universal y equitativo o planes específicos para grupos especiales de la población, entendiéndose que el objetivo es que toda la población acceda a un servicio de salud con calidad (sea público o privado) y no necesariamente se refiere a acceso a un seguro privado.
- Modulación del financiamiento: garantía, vigilancia y modulación de la complementariedad de los recursos de las diversas fuentes para asegurar el acceso equitativo de la población a servicios de salud con calidad y oportunamente.
- Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP): vigilar las condiciones que permiten una mejor práctica de la salud pública y que se vuelven realidad en el proceso de prestación de servicios en el nivel local. En Honduras este nivel local lo constituye el Municipio y su red de servicios.

En el proceso de fortalecimiento del rol rector de la Secretaría de Salud como ASN, se han realizado dos evaluaciones de las Dimensiones de la Rectoría de la Secretaría de Salud (DRSS), la primera de ellas en el año 2005 y la segunda en el 2007. La escala utilizada para la medición fue: 76%-100%: desempeño óptimo, 51%-75%: desempeño medio superior, 26%-50%: desempeño medio inferior y 0%- 25%: desempeño mínimo.

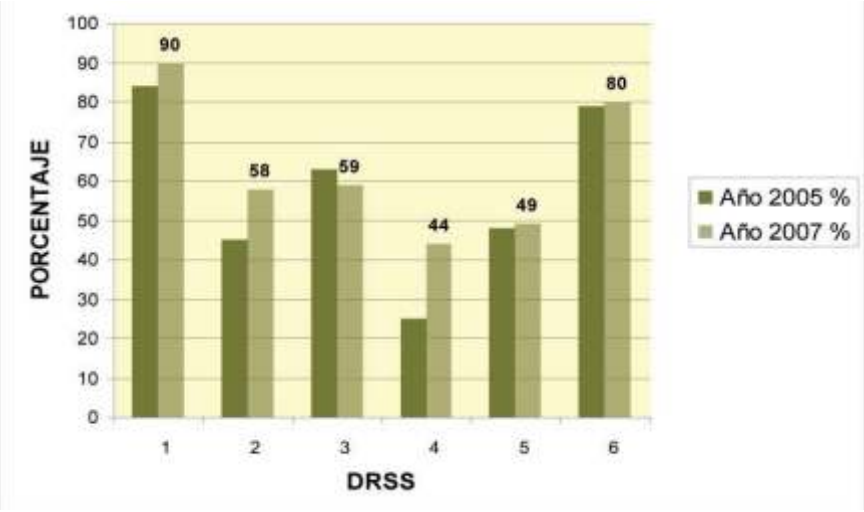
Este ejercicio de evaluación del desempeño de las DRSS, se realizó únicamente en ocho de las 20 regiones de salud del país, que representa un 40% del total. Los resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 10. PERFIL DE DESEMPEÑO DE LA DIMENSION DE LA RECTORIA DE LA SS EN 8 DEPARTAMENTOS. HONDURAS, 2005 y 2007

| No. | DRSS | Año 2005 | Año 2007 | Diferencia |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Conducción del sector salud | 84 | 90 | 6 |
| 2 | Regulación | 45 | 58 | 13 |
| 3 | Armonización de la provisión de los servicios | 63 | 59 | -4 |
| 4 | Garantía del aseguramiento | 25 | 44 | 19 |
| 5 | Modulación del financiamiento | 48 | 49 | 1 |
| 6 | Ejecución de las funciones esenciales de la salud pública | 79 | 80 | 1 |
| TOTAL | | 57 | 63 | 6 |

Fuente: Evaluación DRSS. Años 2005-2007

FIGURA 2. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA RECTORÍA EN SALUD EN 8 DEPARTAMENTOS. HONDURAS. 2005 y 2007




Fuente: SS. Programa Acceso a los Servicios de Salud.
Evaluación de la Dimensión de la Rectoría de la SS

Las dimensiones con mayor desempeño en ambos periodos (2005 y 2007) son las de Conducción y la Ejecución de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). Las dimensiones que lograron un puntaje de desempeño medio fueron Armonización de la Provisión de Servicios y Regulación y las de menor desempeño, Garantía del Aseguramiento y Modulación del Financiamiento.

Esta tendencia para el mejor desempeño de las DRSS en las 8 regiones de salud analizadas responde al constante apoyo técnico y financiero en el proceso de desarrollo organizacional y al esfuerzo del nivel intermedio y local por mejorar el sistema de salud en el marco de la reforma y descentralización.

En este aspecto, es evidente la necesidad de impulsar un proceso interactivo (nivel central – nivel intermedio – nivel local de la ASN), bajo un racional principio de coordinación para el fortalecimiento de la función rectora del sector, como parte de las Políticas Nacionales de Salud y sus competencias. Igualmente importante es el incremento de las capacidades de la Autoridad Sanitaria del nivel central, intermedio (departamental y metropolitano), para la gestión y fortalecimiento del nivel subnacional respectivo.

## 2.1.1 Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional

La Constitución de la República establece en el artículo 149 que el Poder Ejecutivo, a través de la Secretaría de Salud ejerce la "Autoridad Sanitaria" y coordina todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados del sector de la salud, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual se da prioridad a los grupos más necesitados. El Código de Salud (1991) establece las instituciones que integran el sector:

- La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública
- La Secretaría de Estado en los Despachos de Gobernación y Justicia
- La Secretaría de Estado en los Despachos de Trabajo y Previsión Social
- La Secretaría de Estado en el Despacho de Educación Pública
- La Secretaría de Estado en el Despacho de Recursos Naturales
- La Secretaría de Estado en los Despachos de Planificación, Coordinación y Presupuesto
- El Instituto Hondureño de Seguridad Social
- El Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados
- Los organismos autónomos que su propia Ley les encomiende actividades
- Las Municipalidades, en lo que se refiere a las obligaciones que la Ley les impone
- Los organismos públicos y privados, nacionales o extranjeros y los internacionales que en virtud de la ley, convenio o tratado, estén autorizados para desarrollar actividades, cooperar o asesorar en materia de salud pública[45].

La responsabilidad de la Secretaría de Salud en cuanto a conducción y regulación del sistema de salud es indelegable, compartiendo con otras instituciones y organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales, la provisión de servicios, el financiamiento, el aseguramiento y las funciones esenciales de salud pública.

## 2.1.2 Conducción de la Política General de Salud

Como ASN, la Secretaría de Salud (SS) tiene la misión[46] de "formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, planes y programas nacionales de salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud".

45 Secretaría de Salud (1999) Código de Salud y Reglamento General de Salud Ambiental. Art.5

46 Ley General de la Administración Pública. Artículo 29.Acuerdo 5582, 29 de Diciembre del 2005. Manual de Organización y Funciones. Secretaría de Estado en el Despacho de Salud.

La SS, en cumplimiento del mandato constitucional y en ejercicio de su rol rector, ha preparado lineamientos de política sectorial que consideran las funciones de conducción, regulación, promoción y garantía de la salud; orientada a la salud preventiva, la utilización adecuada de los recursos con equidad, eficiencia, transparencia y calidad, asegurando la participación de los diferentes actores en el ámbito nacional y local[47].

Cada gobierno ha elaborado sus planes y políticas de salud como respuesta a las necesidades nacionales identificadas y a los compromisos internacionales. En el año 2005 se formuló y concertó un Plan Nacional de Salud al 2021. El mismo tiene carácter político y en su condición de instrumento de planificación y gerencia estratégica, esta orientado a facilitar la conducción, la armonización y el alineamiento de los esfuerzos y recursos nacionales y de la cooperación externa en el sector salud. Los programas prioritarios y objetivos del sector salud, contenidos en el Plan Nacional de Salud 2021 se describen en el cuadro siguiente:

TABLA 11. PLAN NACIONAL DE SALUD 2021. HONDURAS

| Programas prioritarios y objetivos del sector salud | |
|---|---|
| **PROGRAMA** | **OBJETIVO** |
| Reforma del sector salud | Impulsar la construcción de un Sistema Nacional de Salud, capaz de mejorar la salud de la población, responder a las expectativas legítimas de las personas, proveer protección financiera contra los costos de la mala salud, avanzar en el aseguramiento universal de la salud, asegurar la equidad y la transparencia en la distribución financiera y en la atención, y facilitar la participación activa de todos los involucrados en la gestión de la salud como un producto social. |
| Salud materno infantil y nutrición | Reducir el riesgo de morir de las madres y las niñas y los niños por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y en menores de cinco años, por enfermedades prevalentes en la niñez. |
| Fomento de la salud y prevención de riesgos y problemas de salud vinculados al ciclo de vida | Propiciar ambientes y estilos de vida saludables que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población y a reducir el riesgo de enfermar y morir, de las personas adolescentes, adultas y adultas mayores mediante la aplicación de un enfoque integral, inclusivo y transparente. |
| Control de enfermedades transmisibles | Reducir el riesgo de enfermedades transmisibles endémicas en la población, con enfoque de género. |
| Enfermedades crónicas no transmisibles | Sistematizar las intervenciones dirigidas a enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas, con el fin de evitar que se incrementen a niveles que representen problemas de salud pública. |

Fuente: Gobierno de Honduras: Avanzando en la Planificación Sectorial de Mediano Plazo. Plan Plurianual de Ejecución de la ERP 2006 – 2009. II Sector Salud p. 31 y siguientes, mayo del 2005.

La ASN promueve consenso a través del Consejo Nacional de Salud (CONSALUD), órgano de consulta y asesoría en la reforma y consolidación del Sistema Nacional de Salud y de Seguridad Social; la Comisión Nacional de Salud Ocupacional (CONASATH) coordina las acciones públicas y privadas en materia de salud ocupacional; el Consejo Nacional de Agua Potable y Saneamiento (CONASA), actúa como instancia de dirección política, coordinación y concertación social, en materia de agua potable y saneamiento ambiental; la Comisión Nacional de Sida (CONASIDA), órgano superior, gestor y de coordinación interinstitucional; y como ente interdisciplinario de formulación de políticas generales en materia de VIH/SIDA.

47 Secretaría de Salud (1999) Código de Salud y Reglamento General de Salud Ambiental.Capítulo I, Articulo 3, Pág.1)

El Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud (CONARHUS), es una instancia política/técnica de carácter nacional del sector salud, responsable de dirigir las políticas, planes, programas y proyectos para la gestión del desarrollo de los Recursos Humanos en el sector, formado por tres niveles: nivel político/ normativo, nivel técnico/operativo y nivel de asesoría.

A lo interno de la Secretaría esta el Consejo Consultivo del Secretario de Estado (CONCOSE) creado a través de la Ley General de la Administración Pública, integrado por el Secretario, Sub Secretarios, Directores Generales[48], incluyendo los titulares de los órganos desconcentrados y el Consejo Consultivo de la Calidad de la Secretaría de Salud (CONCCASS), organismo de asesoría y consulta que promueve las acciones enfocadas al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

La SS participa como representante en las Reuniones del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA); Reuniones del Sector Salud de Centroamérica y República Dominicana (RESSCAD); Reuniones de Ministros de Salud de los países mesoamericanos en el marco del Plan Puebla Panamá; en las conferencias y comités liderados por la OPS (Asamblea Mundial de la Salud, Comités de Planificación y Programación, Conferencia Sanitaria Panamericana); en reuniones del Banco Mundial, Asociación Internacional de Fomento, Fondo Global, ONUSIDA (Grupo de Cooperación Técnica horizontal de América Latina y el Caribe), la Cumbre Hemisférica de Salud y Ambiente y SIECA-OMC (Unión Aduanera) para tratar asuntos de divergencias y obstáculos arancelarios en el marco de los tratados de libre comercio.

La ASN estimula y fomenta la participación de la sociedad civil en la identificación de problemas, planificación e implantación de acciones en el campo de la salud, elaboración de normas y promoción de intervenciones orientadas a favorecer acciones de promoción de la salud y de prevención de problemas de salud. Para el cumplimiento de su misión, la SS ha desarrollado diversos sistemas de información.

En el marco de la separación de funciones y la búsqueda de la equidad, accesibilidad a los servicios y la eficiencia, la SS ha incursionado en la formulación e implementación de nuevos modelos de gestión, que apuntan a la intervención del sector privado en la provisión de servicios, financiados fundamentalmente con fondos públicos; generando compromisos de gestión como instrumentos de regulación del financiamiento y mecanismos de control, para medir la calidad y eficiencia. Igualmente ha desarrollado diversas innovaciones en: forma contractual, forma de compra y pago, entre otros. Se está realizando una evaluación de estos modelos.

El acceso a los servicios de salud muestra un incremento constante en los últimos tres quinquenios. La población con mayor acceso a los servicios de salud son los niños/as menores de cinco años y las personas de 50 y más. El acceso ha mejorado y se refleja en la mayor utilización de los servicios del primer nivel. Cabe destacar que estos datos solo reflejan una aproximación del acceso, ya que no se consideran los servicios ofertados por el sector privado con fines de lucro ni por diferentes ONGs, que brindan servicios en forma permanente y a través de brigadas médicas periódicas (tabla 12).

48 Ley General de Administración Pública. Artículo 34

TABLA 12. ACCESO DE LA POBLACION AL SERVICIOS DE SALUD DE LA SS POR GRUPO DE EDAD Y NIVEL DE ATENCION. HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2008[49]

| Nivel de desagregación de la información | Acceso* |
|---|---|
| **Períodos** | |
| 1990-1994 | 81.0 |
| 1995-1999 | 83.5 |
| 2000-2005 | 86.6 |
| **Grupo poblacional (2006-2008)[4]** | |
| Menores de 5 años | 61.9 |
| Personas de 5-14 años | 23.1 |
| Personas de 15-49 años | 43.2 |
| Personas de 50 y más años | 57.4 |
| **Nivel de atención (2006-2008)[5]** | |
| Primer Nivel | 61.2** |
| Segundo Nivel | 38.8 |

4. Promedio del trienio 2006-2008 con base en AT2/Departamento de Estadística/SS, Boletín Ambulatorio, Pág.Nº 20.
5. Cobertura= No. de atenciones de 1era vez + No. Atenciones Subsiguientes/ No. de Habitantes x 100.
Fuente(s): Boletines de atención ambulatoria. Secretaría de Salud.
* Estimado con atenciones de 1ª vez en el año.
** Estimado con atenciones de 1ª vez más atenciones subsiguientes.

Para armonizar y alinear la cooperación externa, se ha establecido la Mesa Sectorial, la Comisión Técnica y la Mesa CESAR. Esto ha favorecido el conocimiento de las entidades de cooperación externa existentes en el país y la planificación sectorial de mediano plazo. El gobierno y los cooperantes han mantenido la ERP como eje fundamental de planificación, enfocando sus acciones al cumplimiento de sus metas y objetivos en el marco de los acuerdos internacionales(50). La Dirección de Cooperación Internacional se creo mediante el reglamento de organización (Art.42), funcionamiento y competencia del poder ejecutivo, como una unidad responsable de coordinar la cooperación externa; la formulación de proyectos es definida considerando los lineamientos del Plan de Salud y la política del gobierno de turno.

La cooperación externa con fondos reembolsables disminuyó en el quinquenio 1995-1999 para incrementarse en periodo 2000-2005. Los fondos no reembolsables aumentaron sustancialmente en el quinquenio 1995-1999, producto de la cooperación que recibió el país tras el desastre causado por el Huracán Mitch. En el periodo 2000-2005, la cooperación con fondos no reembolsables se mantuvo constante, sin embargo disminuyó en el período 2006 – 2008 (tabla 13).

TABLA 13. RECURSOS FINANCIEROS DE LA COOPERACIÓN EXTERNA EN EL SECTOR SALUD (USD), HONDURAS, PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2008

| Períodos/ Recursos | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2005 | 2006-2008* |
|---|---|---|---|---|
| Reembolsables (1) | 171,554.88 | 134,044.59 | 191,609.33 | 27,118.968.12 |
| No Reembolsables (2) | ND | 109,304,273.00 | 108,911,376.42 | 40,476.303.28 |
| Total | 171,554.88 | 109,438,317.59 | 109,102,985.75 | 67,595.271.40 |

Fuente(s): (1): Secretaría de Finanzas. Dirección General de Crédito Público.
(2): Secretaría de Cooperación Externa (SETCO). 2008.
(3) Documento administrativo de presupuesto en Salud, Secretaría de Finanzas, años 2006,2007 y 2008.
*Nota: En el año 2006 no se contó con fondos del Club de Paris y en el 2007 del HIPC.

49 Acceso= Número de atenciones de 1era vez / No. de habitantes x 100. Para fines de éste documento, se utiliza este indicador, aun que no sea el más pertinente. Sistema de Monitoría y Evaluación de la Gestión (SIMEG) 2008, Anexo 3 Pág.53.

50 Foro de Monterrey (2002), Declaración de Roma (2003) y Foro de Paris (2005), entre otros.

Para alinear la cooperación externa, en el 2003 y 2004, se formuló un Plan Plurianual de Ejecución de la ERP 2006-2009. El mismo fue preparado en consulta con la sociedad civil y el Grupo Consultivo, apoyado por la coordinación y financiamiento del BID. En dicho plan se expresan las propuestas iniciales de país, de pasar de la ejecución de proyectos aislados y desvinculados de las prioridades nacionales, a la implementación de programas sectoriales de largo plazo.

## 2.1.3 Regulación

El país cuenta con un marco legal[51] e institucional para el desarrollo de políticas y fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública, otorgando la función de regulación y fiscalización a la SS, para lo cual se creo la Dirección de Regulación. La regulación se define como "el conjunto de acciones mediante las cuales el Estado, vía las instituciones públicas autorizadas, aprueba, emite, actualiza, interpreta, aplica y controla el cumplimiento de la normativa legal, técnica y administrativa obligatoria, que deben acatar todas las personas físicas y jurídicas que proveen o reciben bienes y servicios de interés sanitarios".

Para la regulación en aspectos de agua y saneamiento, en marzo de 2003 se promulgó la Ley Marco del Sector Agua Potable y Saneamiento, la cual estimula una nueva institucionalidad con separación de las funciones de planificación, operación y regulación de los servicios, estableciendo un manejo descentralizado de las municipalidades y las juntas de agua y otras organizaciones civiles. La Ley creo también el Consejo Nacional de Agua y Saneamiento (CONASA) con funciones de coordinación y planificación del sector, del cual, la SS forma parte.

En materia de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos,[52] la ASN debe autorizar la instalación, ampliación, modificación, traslado y funcionamiento de los establecimientos públicos y privados de asistencia médica. Al efecto se han definido normas sanitarias para el funcionamiento de establecimientos públicos y privados, se realiza el registro de medicamentos y el control de calidad de ellos, se ejerce la vigilancia de los laboratorios de fabricación de medicamentos. La función regulatoria y fiscalizadora se ha enfocado más en los establecimientos hospitalarios de la SS y poco al sector privado.

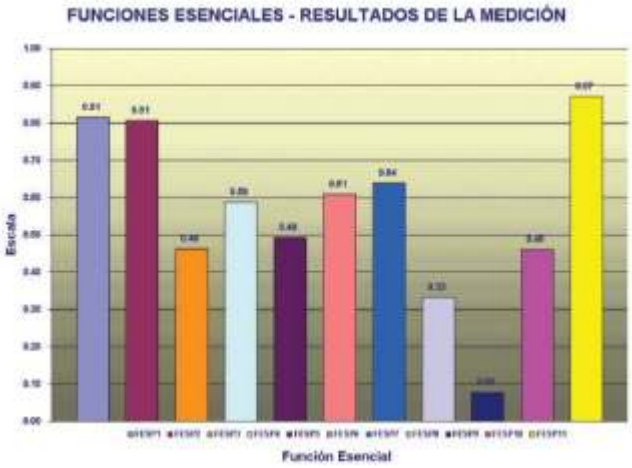
En cuanto a caracterizar la fuerza de trabajo en salud, se han realizado algunos esfuerzos, no obstante, aún se presentan distorsiones relacionadas con la formación de especialistas y la intervención de la ASN en la certificación de profesionales de nivel técnico y auxiliar es un problema no resuelto.

## 2.1.4 Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública

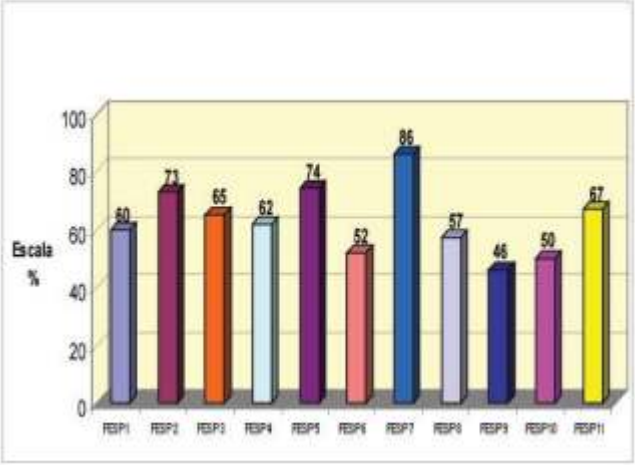
La caracterización y medición de las FESP se realizó en Honduras por primera vez en el 2001. Posteriormente, en el 2004 se realizaron mediciones a nivel nacional y en ocho departamentos del país, en el marco de la departamentalización de las regiones de salud. Las mediciones realizadas indicaron que se necesita fortalecer las funciones de vigilancia y análisis de la situación de salud, desarrollo y capacitación de recursos humanos, desarrollo de políticas y capacidad institucional para manejo y provisión de los servicios y finalmente, la promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud. Los resultados de las mediciones realizadas en el 2001 y el 2004 y se presentan en los siguientes gráficos.

51 Decreto PCM-008-97, Art. 67 inc. 1.
52 Código de Salud, artículos. 157 a 171.

FIGURA 3. RESULTADOS DE LA MEDICION DE FESP. HONDURAS. 2001 y 2004




2001




2004

Fuente: SS: Programa Acceso a los Servicios de Salud.

Para el año 2007 se realizó la tercera medición de desempeño de las FESP en ocho regiones de salud de la SS (40% del total) cuyos resultados se presentan en la siguiente tabla comparativa de los años 2003 y 2007.

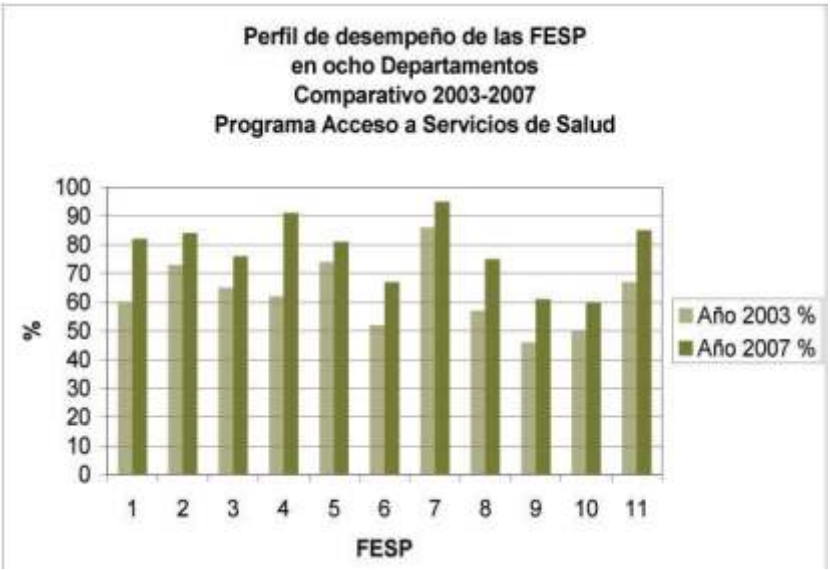
TABLA 14. PERFIL DE DESEMPEÑO DE LAS FESP EN 8 DEPARTAMENTOS. HONDURAS. 2003 y 2007

| No. | FESP | Año 2003 % | Año 2007 | Diferencia |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Monitoreo, evaluación y análisis de la situación en salud | 60 | 82 | 22 |
| 2 | Vigilancia, investigación y control de riesgos y daños en salud | 73 | 84 | 11 |
| 3 | Promoción de la salud | 65 | 76 | 11 |
| 4 | Participación de los ciudadanos en salud | 62 | 91 | 29 |
| 5 | Desarrollo de políticas y capacidad institucional en planificación y gestión de salud | 74 | 81 | 7 |
| 6 | Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización | 52 | 67 | 15 |
| 7 | Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios | 86 | 95 | 9 |
| 8 | Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública | 57 | 75 | 18 |
| 9 | Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos | 46 | 61 | 15 |

| No. | FESP | Año 2003 % | Año 2007 | Diferencia |
|---|---|---|---|---|
| 10 | Investigación en salud pública | 50 | 60 | 10 |
| 11 | Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud | 67 | 85 | 18 |
| Desempeño General | | 63 | 78 | 15 |

Fuente: Medición FESP. Años 2003-2007

FIGURA 4. GRÁFICO COMPARATIVO DE LAS FESP EN 8 DEPARTAMENTOS. HONDURAS. 2003-2007




Fuente: Medición FESP, años 2003 -2007

La media general para las 11 FESP en el año 2007 fue de 0.78 que la ubica en un cuartil de desempeño óptimo, destacándose el desempeño de la función de "evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud" (95%), la "participación de los ciudadanos en salud" (91%), "reducción del impacto de emergencias y desastres" (84%), "vigilancia, investigación y control de riesgos y daños para la salud" (85%) y "monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud" (82%).

Los resultados obtenidos evidencian la necesidad de fortalecer, al corto plazo, las FESP "garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud" (61%), la "investigación en Salud Pública" (60%), y el "fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización" (67%). Al comparar los resultados del 2003 (63%) y el 2007 (78%), se observa un avance de 15% en el desempeño del quehacer de la salud pública en el nivel intermedio de las ASN, con énfasis en las FESP arriba mencionadas. Los procesos de capacitación a todo el personal de salud de acuerdo a su área de trabajo son permanentes a lo interno de la institución. La coordinación y alianzas con las escuelas formadoras de recursos humanos se esta fortaleciendo.

Los resultados anteriores ponen en evidencia la urgente necesidad de retomar la vigilancia del desempeño de las FESP que representan la mejor práctica de la salud pública y mejor ejercicio del Rectoría de la ASN, sobre todo en el nivel intermedio y local.

## 2.1.5 Orientación del Financiamiento

El gasto realizado por el gobierno central durante el año 2005, en materia de salud, que incluye entre otros: a la Secretaría de Salud, el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS), la Secretaría de Defensa, el Instituto Hondureño de Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Fármacodependencia (IHADFA), el Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (IHNFA), la Universidad Pedagógica Nacional Francisco Morazán (UPNFM) y la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), ascendió a L.7,137,379,036. Las fuentes de financiamiento son principalmente fondos nacionales (91.6%) y fondos externos (8.4%).

TABLA 15. PRESUPUESTO EJECUTADO POR EL SECTOR SALUD, SEGUN FUENTE DE FINANCIAMIENTO (LEMPIRAS). HONDURAS. 2005

| **Fuentes de financiamiento** | **2005** |
|---|---|
| Tesoro Nacional | 6,257,217,772 |
| Alivio de Deuda | 158,230,333 |
| Fondos recuperados | 72,591,329 |
| Donaciones | 49,766,463 |
| **Total fuentes nacionales** | **6,537,805,898** |
| Préstamos | 564,355,309 |
| Donaciones | 35,217,829 |
| Total fuentes externas | 599,573,139 |
| **Total:** | **7,137,379,036** |

Fuente: Tomado del Estudio sobre Gasto y Financiamiento en Salud. Pág.11. Honduras 2007.

FIGURA 5. SECRETARIA DE SALUD. PRESUPUESTO EJECUTADO CON RELACION AL GASTO PÚBLICO TOTAL. HONDURAS. 2002-2005

Fuente: UPEG (2008) Cuarto borrador Perfil del Sistema de Salud. Pág. 48 y 49.

Considerando solamente el presupuesto ejecutado por la SS, durante el periodo 2002-2005[53], el mismo presentó un crecimiento general de 31.3%.

El gasto per cápita muestra un incremento constante, pasando de US$ 28.4 en el 2002 a US$ 32.6 en 2004 y a US$50 en el 2005. Al cierre del ejercicio presupuestario de 2004, el gasto de la SS representó el 8.6% del gasto total de gobierno[54].

La ASN no cuenta con mecanismos para vigilar el financiamiento de las demás instituciones del sector. Si bien se han realizado estudios de cuentas nacionales. La capacidad para negociar necesidades con la Secretaría de Finanzas es limitada, como lo es en todas las instituciones del sector público. Tampoco se ha impulsado la creación de fondos de solidaridad.

El financiamiento para el año 2008 fue siete mil trescientos noventa mil millones de lempiras (7,390,092,736.00), con las siguientes fuentes de origen:

TABLA 16. PRESUPUESTO PARA EL SECTOR SALUD, SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO (LEMPIRAS). HONDURAS. 2008

| # | Fuente de Financiamiento | Monto (Lempiras) |
|---|---|---|
| 1 | Fondos nacionales | 6,183,113,710.00 |
| 2 | Créditos | 486,550,726.00 |
| 3 | Donación | 62,928,500.00 |
| 4 | Deuda Club Paris (condonación) | 209,934,300.00 |
| 5 | HIPC | 466,395,300.00 |
| Total | | 7,390,092,736.00 |

Fuente: Proyecto de presupuesto de la SS año 2008. UPEG.

De los fondos nacionales el 65% se invierten en salarios de los 17,699 trabajadores de la salud para este mismo año, que a pesar de tener este “peso financiero” en el sistema, tanto en número como en gasto, la respuesta del sistema de salud a las necesidades de la población sigue siendo muy deficiente. Del resto del presupuesto el mayor rubro de inversión es en medicamentos e insumos hospitalarios, esto en función del modelo de atención biologicista y de prioridad hospitalaria que priva en el país.

## 2.1.6 Garantia del Aseguramiento

En Honduras coexisten dos formas de aseguramiento que proveen servicios de salud. El seguro público, que opera a través del IHSS, ofrece un régimen de prestaciones de salud que abarca para sus asegurados cotizantes cobertura en todos los riesgos de salud y para los/as beneficiarios indirectos, servicios de maternidad y atención a los niños y niñas hasta los 11 años de edad. Las coberturas poblacionales del IHSS, en el régimen de enfermedad y maternidad, tienen una tendencia al aumento. Cabe mencionar que no toda esta población demanda de los servicios de salud del IHSS, por lo que la cobertura real es menor.

Existen 11 aseguradoras que ofertan seguros de salud y son reguladas por la Comisión Nacional de Banca y Seguros (CNBS)[55], que tiene como objetivo primordial vigilar la operación y solvencia de las instituciones de seguros que operan en el país, amparada en la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros[56]

53 Para el año 2005 se consideran datos de ejecución hasta el 06 de diciembre.
54 Tomado del cuarto documento borrador perfil del sistema de salud
55 Decreto 155-95
56 Decreto 22-2001

y los reglamentos emitidos para regular las operaciones de las instituciones de seguros, intermediarios, ajustadores, etc. La Ley de Instituciones de Seguros especifica sanciones para el caso de incumplimiento de las obligaciones aplicables a los intermediarios (agentes dependientes, independientes y correduría). La misma ley establece sanciones pecuniarias a los intermediarios de seguros que incumplan sus obligaciones[57]. Existe un Reglamento del Margen de Solvencia[58] para asegurar la disponibilidad de los servicios.

La ASN no participa en la regulación ni en la fiscalización de los oferentes privados de aseguramiento en salud y los mismos brindan sus servicios mediante contratos, ceñidos a lo estipulado en el Código de Comercio. El seguro privado de afiliación voluntaria financia prestaciones médicas (que en algunos casos limitan ciertos servicios o incrementan el porcentaje de copago) y subsidios por incapacidad laboral de acuerdo a contratos pactados individual o colectivamente. Su principal fuente de financiamiento la constituye el pago de parte del asegurado, el subsidio empresarial para alcanzar el precio del plan en el caso de seguros colectivos y los copagos asociados al plan. Los mecanismos de pago son anuales (algunas aceptan pagos mensuales o trimestrales). Se desconoce la cobertura de la población total pero se sabe que en los últimos años, la cantidad de personas que compra seguros de salud privados se ha incrementado sustancialmente.

El país tiene un sistema de salud segmentado y fragmentado, donde se producen financiamientos cruzados, ya que la población adscrita al IHSS o a otro sistema de seguro de salud, puede acceder a los servicios ofertados en los diferentes establecimientos públicos y/o privados sin fines de lucro, lo cual es una práctica común en el país, particularmente cuando se trata de sub-especialidades.

## 2.1.7 Armonizacion de la Provisión de Servicios

La ASN ha trabajado en la armonización de los planes de acción y modelos de gestión de los organismos públicos descentralizados o desconcentrados de provisión de servicios de salud en el país. Esta labor es más fuerte a lo interno de la red de servicios de la SS, si bien hay algunas experiencias con el IHSS. La fragmentación de la provisión al interior del subsistema público tiene importantes dimensiones territoriales, para el caso, la oferta de servicios de salud en el medio rural se ve seriamente restringida por la debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Los esfuerzos orientados a evitar la fragmentación y fomentar la equidad y el acceso son incipientes y están en proceso de evaluación y consolidación.

En el período 2000-2005, se ha trabajado en la revisión y definición de normas básicas de atención en salud. No obstante, la fiscalización se limita a un número reducido de establecimientos (públicos y privados). Los esfuerzos por integrar los niveles de atención primaria, secundaria y terciara no han dado los frutos esperados, lo que se refleja en la saturación de demanda de servicios básicos en los hospitales nacionales y regionales de alta complejidad y la inexistencia de garantía de respuesta adecuada a la referencia entre los distintos niveles de atención.

57 Ley de Instituciones de Seguros: Art. 122, Numeral 1,Numeral 11,Título IV (De los Contratos de Intermediación y Finanzas) Capitulo II (Intermediación de Seguros y Fianzas).

58 Resolución 019/06/01 del 2004.

## 2.2 FINANCIAMIENTO

De acuerdo a los resultados del estudio sobre "Gasto y Financiamiento en Salud. Honduras 2007", el monto del gasto en salud durante el año 2005, fue de 10,538 millones de lempiras en cifras corrientes (US$ 553.6 millones de dólares de 2005), lo que representa 6.7% del PIB de ese año. El 67.9% del total es gasto público frente a 32.1% que corresponde al gasto privado. El gasto promedio total por habitante fue de L$ 1,491 (USD $78) de los cuales, L$1,010 (USD $53) corresponden a gasto público y L$481 (USD $25) a gasto privado (tabla 17).

TABLA 17. GASTO EN SALUD (LEMPIRAS). HONDURAS. 2005

| Concepto | Monto |
|---|---|
| Gasto en Salud (millones de lempiras corrientes) | 10,538 |
| Gasto en Salud/PIB (%) | 6.7 |
| Gasto público / gasto en salud (%) | 67.9 |
| Gasto Privado/gasto en salud (%) | 32.1 |
| Gasto Promedio por Habitante (lempiras) | 1,491 |
| Gasto Promedio por Habitante (US$) | 78 |

Fuente: "Estudio sobre Gasto y Financiamiento en Salud en Honduras 2007".

Los recursos financieros se destinan a los diferentes programas presupuestarios de acuerdo a las políticas y prioridades de salud, sin embargo, aunque se pretende fortalecer la prevención y atención primaria, el presupuesto destinado a la atención médica hospitalaria continua siendo mayor debido a la gran demanda de servicios de atención primaria en los centros hospitalarios y al costo de las intervenciones especializadas.

En general, las estimaciones realizadas indican que los esfuerzos por aumentar la cobertura de servicios de salud han tenido logros positivos, observándose una disminución, en términos porcentuales, de la población sin acceso (tabla 18).

TABLA 18. COBERTURA DEL SISTEMA DE SALUD. HONDURAS, PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2005

| Períodos | % de personas cubiertas por el Sistema de Salud (total) | % de personas cubiertas por la SS (1) | % de personas cubiertas por el IHSS (2) | % de personas cubiertas por el sector privado | % de personas sin cobertura |
|---|---|---|---|---|---|
| 1990-1994 | 81.0 | 57 | 11.0 | 13.0 | 16.8 |
| 1995-1999 | 83.5 | 59 | 16.5 | 13.0 | 16.5 |
| 2000-2005 | 86.6 | 60 | 13.7*** | 13.0 | 13.4 |

Fuente(s): (1) Secretaria de Salud: Boletines de Atención Ambulatoria. Años 1990 al 2005.
(2) Registros del Departamento de Estadística del IHSS. * IHSS: grupo de 5 a 11 años.
** IHSS: grupo de 15 y + más años de edad.
*** Disminución producida por revisión de la base de datos que aún no había sido depurada.

## 2.3 PROVISION DE SERVICIOS

Las diferentes instituciones que ofrecen servicios de salud han incursionado en modalidades de tercerización en el sector, particularmente en la compra de servicios especializados y más recientemente, en la prestación de servicios de atención primaria a poblaciones que no tienen acceso. Tanto la SS como el IHSS han desarrollado experiencias innovadoras en este campo, algunas más exitosas que otras.

La utilización de los servicios de atención ambulatoria en los establecimientos de la SS aumentó de 5,050,293 en el quinquenio 1990-1994 a 8,407,150 en el periodo 2006-2007, lo que representa un incremento de 66.5% (tabla 19).

TABLA 19. USO DE SERVICIOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA SS (CONSULTAS). HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2007

| PERIODO | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2005 | 2006-2007 |
|---|---|---|---|---|
| TOTAL | 5,050,293 | 5,883,907 | 8,074,785 | 8,407,150 |
| Menores de 1 años | 583,215 | 667,657 | 724,844 | 685,335 |
| Personas de 1 - 4 años | 1,029,656 | 1,234,017 | 1,416,192 | 1,143,826 |
| Personas de 5 - 14 años | 745,809 | 890,981 | 1,287,648 | 1,313,003 |
| Personas de 15 - 49 años | 2,250,363 | 2,498,798 | 3,669,869 | 3,924,570 |
| Personas de 50 años y más | 441,369 | 592,453 | 976,232 | 1,610,416 |

Fuente: SS: Boletín de Atención Ambulatoria de los años respectivos.

La utilización de los servicios de atención ambulatoria en los establecimientos del IHSS aumentó de 1,345,722 en el quinquenio 1990-1994 a 2,613,684 en el trienio 2006-2008. Del quinquenio 2000-2005 al trienio 2006-2008 se registra un incremento en la atención ambulatoria en la población asegurada menor de 5 años, de tres veces más que los años anteriores, atribuyéndose al proceso de extensión de cobertura a nivel nacional del 2005 en 9 ciudades más en el país (tabla 20).

TABLA 20. USO DE SERVICIOS DEL IHSS (CONSULTAS). HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2008

| PERIODO | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2005 | 2006- 2008 |
|---|---|---|---|---|
| TOTAL | 1,345,722 | 1,222,717 | 2,035,517 | 2,613,684 |
| Menores de 5 años | 323,261 | 235,256 | 384,418 | 1,311,612 |
| Personas de 5 - 11 años | ND | 5,467 | 100,277 | 189,635 |
| Personas de 14 y más | 1,022,461 | 981,994 | 1,550,822 | 1,986,845 |

Fuente: Registros del Departamento de Estadística del IHSS.

## 2.3.1 Oferta y Demanda de Servicios de Salud

La tabla siguiente muestra la distribución de la red de servicios de salud pública del SS y del IHSS.

TABLA 21. NUMERO Y CAPACIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. HONDURAS. 2008

| RECURSOS | Número | Centros por 1,000 hab. | Camas | Camas por 1,000 hab. |
|---|---|---|---|---|
| Hospitales de la Secretaría de Salud | 28 | 0.003 | 5,059 | 0.642 |
| Hospitales del IHSS | 2 | 0.0002 | 916 | 0.116 |
| Hospitales privados (con y sin fines de lucro) | 60 | 0.007 | 151 | 0.019 |
| Clínicas privadas (con y sin fines de lucro)[6] | 1,079 | 0.136 | ND | ND |
| CMI (SS) | 57 | 0.007 | ND | ND |
| CESAMO (SS) | 380 | 0.048 | ND | ND |
| CESAR (SS) | 1.018 | 0.129 | ND | ND |
| CLIPER (SS) | 4 | 0.0005 | ND | ND |
| Clínicas periféricas (IHSS) | 8 | 0.0008 | ND | ND |
| Centro odontológico (IHSS) | 1 | 0.0001 | ND | ND |
| Medicina física y rehabilitación (IHSS) | 2 | 0.0002 | ND | ND |
| Adulto mayor (IHSS) | 1 | 0.0001 | ND | ND |
| Consejerías de familia | 14 | 0.001 | ND | ND |
| Casa comunitaria de atención al parto (SS) | 9 | 0.001 | ND | ND |
| Casa comunitarias de partos (IHSS) | 1 | 0.0001 | ND | ND |
| Albergues maternos (SS) | 8 | 0.001 | ND | ND |

6. Datos del año 2005, datos del sector privado del año 2002
Fuentes: Secretaría de Salud Dirección de Hospitales. IHSS UPEG. 2008.

El primer nivel de atención de la SS esta constituido por los Centros de Salud Rural (CESAR) y los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO), los cuales al estar diseminados a nivel nacional, son los encargados de la atención y/o referencia de los pacientes que lo ameritan, usualmente, a los hospitales de área y regionales.

Los hospitales de la SS están clasificados en tres grupos: a) instituto cardiológico (1), b) hospitales nacionales (5) c) hospitales regionales (22). Los hospitales de nivel nacional son de referencia de un primer nivel de complejidad; mientras que los hospitales regionales son de un segundo y tercer nivel de complejidad, ya que proveen usualmente los servicios básicos asistenciales que comprenden: hospitalización (medicina, cirugía, pediatría, obstetricia y ginecología), consultas externa y emergencia.

Por su parte, el IHSS dispone de 2 hospitales, ubicados en San Pedro Sula y Tegucigalpa, 8 clínicas periféricas, 1 centro Odontológico, 2 centros de medicina física y rehabilitación y 1 centro para el adulto mayor (tabla 21).

## 2.3.2 Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud

La entidad formadora de recursos humanos profesionales de la salud es la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Asimismo, la Universidad Católica abrió la carrera de medicina, inicialmente en San Pedro Sula y posteriormente en Tegucigalpa.

### Oferta y distribución de recursos humanos

TABLA 22. RECURSOS HUMANOS EN INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO. HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS. 1990-2008

| Institución | 1990-1994 | | | 1995-1999 | | | 2000-2005 | | | 2006-2008 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Médicos | Enf. Prof. | Enf. Aux. | Médicos | Enf. Prof. | Enf. Aux. | Médicos | Enf. Prof. | Enf. Aux. | Médicos | Enf. Prof. | Enf. Aux |
| SS | 2,152 | 788 | 6,586 | 1,664 | 785 | 4,927 | 1883 | 922 | 5,436 | 2,323 | 1,242 | 5,975 |
| IHSS | 393 | 129 | 580 | 373 | 140 | 561 | 417 | 137 | 557 | 471 | 244 | 692 |
| Total | 2,545 | 917 | 7,166 | 2,037 | 925 | 5,488 | 2,300 | 1,059 | 5,993 | 2794 | 1486 | 6667 |

Fuente: Registros de la Secretaría de Salud y del IHSS – UPEG.

La SS es la institución que más emplea médicos y enfermeras profesionales, seguida del IHSS. La razón médico por 10,000 habitantes muestra un incremento entre el quinquenio 1995-1999, con relación al quinquenio 1990-1994, sin mostrar diferencia para el periodo 2000-2005. De igual manera, la razón enfermera profesional por 10,000 habitantes muestra un leve incremento en el quinquenio 1995-1999 con relación al quinquenio 1990-1994. La disminución observada en periodo 2000-2005 esta relacionada con el incumplimiento de la colegiación obligatoria para acceder a un puesto de trabajo, particularmente en el sector privado[59]. La relación entre médicos “generales versus especialistas” se ha venido incrementando de 1.1 en el quinquenio 1990-1994 a 1.7 en el periodo 2000-2005. El recurso médico esta concentrado en las ciudades de mayor desarrollo del país.

59 Fuente: Presidenta del Colegio de Enfermeras Profesionales.

TABLA 23. RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR SALUD. HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990- 2008

| Tipo de Recurso Humano | Periodo | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1990-1994 | 1995-1999 | 2000-2005 | 2006-2008 |
| Razón de médicos por mil habitantes. | 7.9 | 8.8 | 8.9 | 10.1 |
| Razón de enfermeras(os) profesionales por mil hab. | 2.8 | 3.2 | 3.0 | 3.0 |
| No. de egresados postgrado en salud pública | 22 | 57 | 70 | 90 |
| No. de graduados postgrado en salud pública | 0 | 14 | 19 | 14[7] |
| No. de Escuelas de Salud Pública | 1 | 1 | 1 | 1 |
| No. de Universidades con Maestría en Salud Pública | 1 | 1 | 1 | 1 |

7. Maestría de Salud Pública = Número de graduados al 2009 = 47. Dato acumulativo, brindado por Dra. Astarte Alegría.
Fuentes: Registros del Colegio Médico de Honduras. Colegio de Enfermeras Profesionales. UNAH: Postgrado de Salud Pública.

TABLA 24. RECURSO HUMANO ESPECIALISTA. HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2005

| | 1990-1994 | | | 1995-1999 | | | 2000-2005 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | General | Especialistas | | General | Especialistas | | General | Especialistas | |
| | | Salud pública | Otras | | Salud pública | Otras | | Salud pública | Otras |
| TOTAL PAÍS | 1,798 | 149 | 1,649 | 2,126 | 158 | 1,968 | 2,221 | 159 | 2,062 |

Fuente: Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Departamento de Registro Estudiantil.

## 2.3.3 Medicamentos y otros Productos Sanitarios

En Honduras existe un documento oficial de Política Nacional de Medicamentos (PNM), actualizado en 2001, y un plan de implementación que establece las actividades, responsabilidades, presupuesto y cronograma a ser ejecutados. En 2008 se revisó y adaptó la Política Subregional de Medicamentos de Centroamérica y de la República Dominicana a la realidad hondureña.

La SS es la autoridad reguladora de medicamentos la cual cuenta con un presupuesto regular garantizado por el gobierno que es complementado con el cobro por tarifas por el proceso de registro sanitario. Adicionalmente, existen disposiciones legales que regulan la autorización del funcionamiento de fabricantes, distribuidores mayoristas, así como importadores o exportadores de medicamentos.

Existen disposiciones legales para regular la práctica de los prescriptores, así como de la autorización del funcionamiento de las farmacias. La ley exige que el farmacéutico esté presente durante el horario de funcionamiento de las farmacias de los establecimientos de salud de todos los niveles de atención del sector público, tanto de la SS como del IHSS, así como en los establecimientos de venta de medicamentos del sector

privado[60]. Desde 1990, existe la obligatoriedad del uso del nombre genérico en los recetarios de los hospitales nacionales (HONDURAS, 1990)[61].

En Honduras no se controlan los precios de los medicamentos solamente el margen de comercialización de los importadores y detallistas. La regulación de los márgenes de utilidad de los productos farmacéuticos es realizada por la Secretaría de Industria, Comercio y Turismo (SIC) en la Dirección de Producción y Consumo. La Ley que enmarca esta actividad es la Ley de Protección al Consumidor de donde surge el Reglamento para la regulación de los márgenes de comercialización de las medicinas y productos farmacéuticos de consumo humano.

TABLA 25. MEDICAMENTOS POR CARACTERISTICAS SELECCIONADAS. HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2005

| INDICADOR | Periodos | | |
|---|---|---|---|
| | 1990-1994 | 1995 -1999 | 2000-2005 |
| No total de productos farmacéuticos registrados | 2,254 | 5,185 | 8,374 |
| % de medicamentos de marca | 92.6 | 86.7 | 85.9 |
| % de medicamentos genéricos | 7.4 | 13.3 | 14.1 |
| % del gasto público en salud destinado a medicamentos | 15.6 | 13.76 | 16.3 |

Fuente: SS: Dirección de Regulación.

El cuadro básico de Honduras actualizado en año 2003, contiene 397 principios activos, el cual es seleccionado por un Comité Nacional (Ad hoc). El cuadro es usado por la SS. El IHSS tiene un cuadro básico de medicamentos actualizado según evidencia científica con guías clínicas en los tres niveles de atención a los cuales acceden los afiliados.

## Sistema de suministro de medicamentos

En el suministro de medicamentos para la SS es desarrollado de forma centralizada con el involucramiento de instancias técnicas gubernamentales y la participación de la sociedad civil organizada bajo la figura de la Comisión Interinstitucional de Medicamentos, instancia creada por decreto presidencial a finales del año 2006 para realizar las adquisiciones de medicamentos. Esta Comisión esta integrada por el Foro de Convergencia Nacional (FONAC), la Iglesia Católica, el Consejo Nacional Anticorrupción, el Foro Nacional de SIDA y el Colegio Medico de Honduras, estas últimas no participan actualmente en el proceso.

El IHSS realiza compras de medicamentos de forma centralizada y separada de la SS. Las compras de la SS se limitan a los medicamentos del cuadro básico, que equivale a la lista de medicamentos esenciales (LME). El IHSS limita sus compras a la lista de medicamentos que la institución ha establecido.

Las adquisiciones de medicamentos son desarrolladas en el marco de la Ley de Contratación del Estado, que avala las licitaciones abiertas, privadas y de compra directa. La SS adquiere además medicamentos utilizando los mecanismos de adquisición a nivel regional avalados por la Ley para la adquisición de productos estratégicos de salud pública a través del Fondo Rotatorio de OPS/OMS establecida en el año 2002.

60 Art. 79, Acuerdo No. 206, La Gaceta No.30841, 4 de noviembre de 2005. Art. 167, Código de Salud y Reglamento General de Salud Ambiental, 1999

61 Honduras, 1990. Referencia bibliográfica de la norma.

## 2.3.4 Equipo y Tecnologia

El país no ha definido una política que garantice el mantenimiento de equipo e instalaciones de salud del sector público. Esta situación influye negativamente en el proceso de licenciamiento para los establecimientos de salud de la SS. En relación a los principales obstáculos para el otorgamiento de licencias a estos centros se pueden mencionar:

- El 87% de los hospitales no cuenta con la documentación necesaria. El mismo porcentaje no dispone de los insumos diarios necesarios.
- El 53% de los hospitales inspeccionados presenta deficiencia en sus instalaciones.
- El 50% no cuenta con equipos médicos mínimos para su funcionamiento[62].

Para mejorar las condiciones físicas y la disponibilidad de equipos esenciales, los hospitales han formado Comités de Apoyo con organizaciones de la sociedad civil, los que están ayudando a solventar estos problemas.

TABLA 26. DESCRIPCIÓN TECNOLOGICA DEL IHSS. HONDURAS. 2008

| Tecnología de Punta | HET | HRN | % |
|---|---|---|---|
| Equipo de UCI Neonato | x | x | 100 |
| Equipo de UCI Pediátrica | x | x | 100 |
| Equipo de UCI Adultos | x | x | 100 |
| Laboratorio | x | x | 100 |
| Hemodiálisis | x | x | 100 |
| Quirófanos | x | x | 100 |
| Resonancia Magnética | x | x | 100 |
| Electroencefalograma | x | x | 100 |
| Tomografía Axial dual Computarizada | x | x | 100 |
| Mamografía digitalizada | x | x | 100 |
| Electro miógrafo computarizado | x | x | 100 |
| Estimulador neurológico | x | x | 100 |

Nota: HET: Hospital de Especialidades / HRN: Hospital Regional del Norte.
Fuente: Subgerencia de Estadísticas, IHSS 2008.

62 Dirección de Regulación 2008

## 2.3.5 Calidad de los Servicios

FIGURA 6. LICENCIAMIENTO DE HOSPITALES DE LA SS, HONDURAS, 2008

La Dirección de Regulación de la SS está encargada de la acreditación de las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud. Se cuenta con un reglamento que proporciona los elementos legales para la supervisión de establecimientos de salud y de los instrumentos necesarios para realizar esta labor y se ha trabajado en la definición de estándares y normas para asegurar la calidad de los servicios.

Los mecanismos de acreditación y fiscalización establecidos hacen énfasis en las condiciones de la infraestructura y equipamiento, dejando de lado el análisis de la formación y capacidad de los recursos humanos, principalmente personal de apoyo como auxiliares de enfermería (en los últimos años están siendo formadas en escuelas privadas). Esta Dirección enfrenta problemas en su capacidad operativa por la falta de recursos económicos, humanos y la debilidad de las Regiones de Salud de ejercer esta actividad.

La SS cuenta con el Departamento de Garantía de la Calidad, el cual desarrolla el Plan Nacional de Mejora Continua de la Calidad, bajo tres estrategias: a) mejorar la satisfacción del usuario, b) mejorar la calidad técnica-científica de las atenciones prestadas por los profesionales de salud, y c) optimizar el uso de los recursos. Se han intervenido en 19 de las 20 regiones departamentales de salud, pendiente Ocotepeque, donde existen los comités de mejora continua de la calidad, así como equipos de mejora y facilitadores de proceso. Cabe mencionar que 23 de los 28 hospitales públicos cuentan con la Unidad Funcional de Atención al Usuario.

La SS ha conformado el Consejo Consultivo de la Calidad (CONCASS)[63], cuyo objetivo es: “Promover el desarrollo del subsistema institucional de calidad total al interior de la Secretaría de Salud, enfocado en los procesos de mejora continua de la calidad, en la prestación de los servicios de salud con énfasis en las prioridades nacionales y locales, definidas en la política nacional de salud”. Se cuenta además con un plan de desarrollo e implementación de la estrategia integral para institucionalizar el Programa de Mejora Continua de la Calidad, el cual comenzó su implementación en enero 2005. Dicho Programa dio inicio en 8 Hospitales de área y 7 Regiones Departamentales (figura 7)

63 Decreto Ejecutivo No.3616, La Gaceta 15 de diciembre de 2004

FIGURA 7. AVANCE DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN LAS REGIONES SANITARIAS. HONDURAS. 2008

**Grado de Avance de las Regiones intervenidas con el proceso de mejora continua de la calidad 2008**

| No. | Región Sanitaria Departamental | Intervención de procesos de gestión | | | Intervención de procesos clínicos | | | Grado de avance |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Hosp | CMI | CMO | Hosp | CMI | CMO | |
| 1 | Atlántida | 2 | | | 2 | | 7 | |
| 2 | Choluteca | 1 | | | 1 | | 4 | |
| 3 | Colon | 2 | | | 2 | 2 | 3 | |
| 4 | Comayagua | 1 | | | 1 | 5 | 29 | |
| 5 | Copán | 1 | | | 1 | 2 | 31 | |
| 6 | Cortes | | | | | | | |
| 7 | El Paraíso | 1 | | | 1 | 3 | 14 | |
| 8 | Francisco Morazán | | | | | 1 | 2 | |
| 9 | Gracias a Dios | 1 | | | 1 | 1 | 5 | |
| 10 | Intibucá | 1 | | | 1 | 1 | 16 | |
| 11 | Islas de la Bahía | 1 | | | | | | |
| 12 | La Paz | 1 | | | 1 | 2 | 20 | |
| 13 | Lempira | 1 | | | 1 | 5 | 27 | |
| 14 | Metropolitana de SPS | 2 | | | 2 | 2 | 4 | |
| 15 | Metropolitana de Tegucigalpa | 3 | | | 2 | | 5 | |
| 16 | Ocotepeque | | | | | | | |
| 17 | Olancho | 1 | | | 1 | 5 | 2 | |
| 18 | Santa Bárbara | 1 | | | 1 | 1 | 7 | |
| 19 | Valle | | | | | | | |
| 20 | Yoro | 3 | | | 1 | 6 | 3 | |
| **TOTAL** | | **23** | | | **19** | **36** | **179** | |

Trabaja con poco apoyo

En proceso y necesita apoyo

No iniciado y/o necesita mucho apoyo

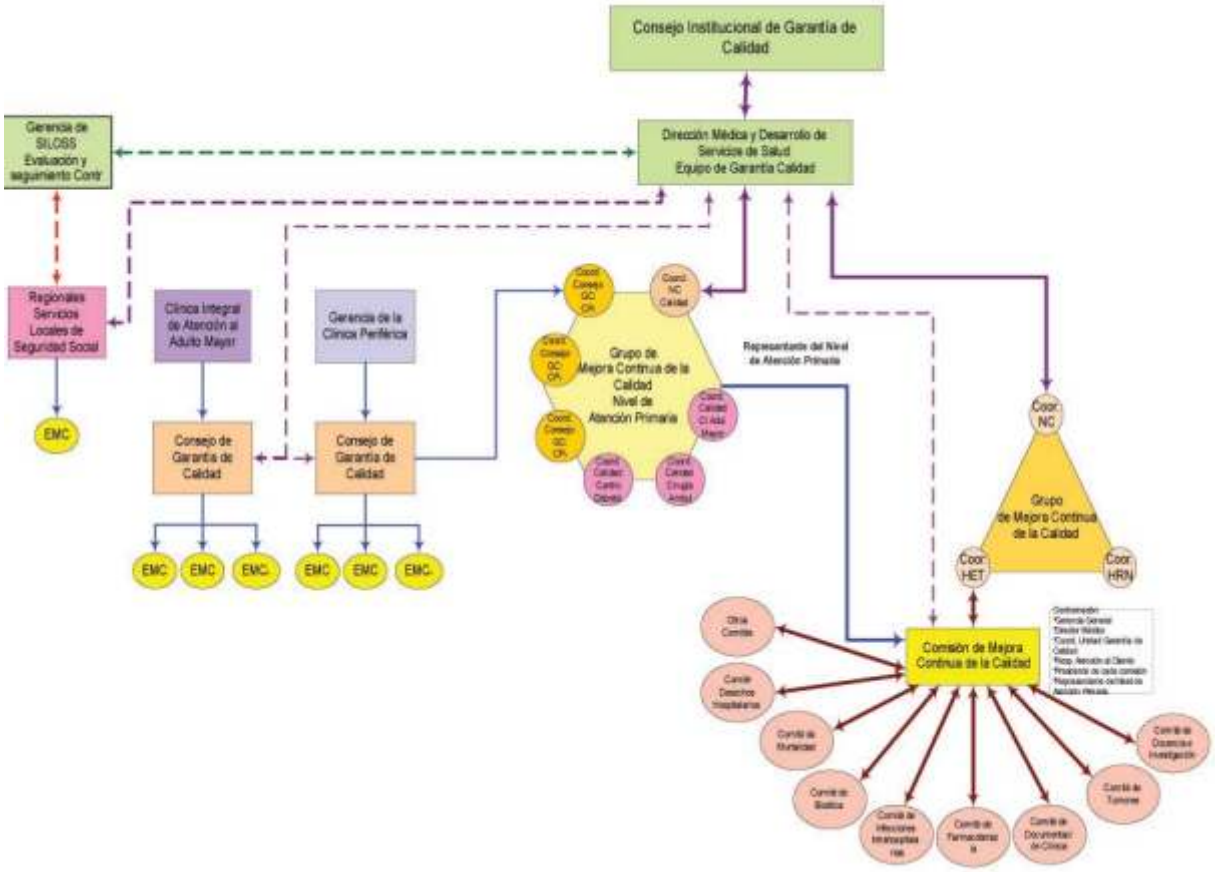
Fuente: Programa de Garantía de Calidad, Evaluación Nacional 2008.

Los dispositivos para reclamos están establecidos en diferentes leyes y existen Fiscalías del Consumidor y de Derechos Humanos, así como un Comisionado Nacional de los Derechos Humanos donde se pueden interponer denuncias contra las instituciones del Estado. No obstante, la población no presenta denuncias por el largo proceso que esto implica y la poca capacidad de respuesta a sus demandas. No hay estándares de medición del desempeño en términos de recursos humanos capacitados, suficientes, recursos financieros suficientes ni sobre insumos y tecnología.

El IHSS consta de un Sistema Institucional de Garantía de Calidad, con sus respectivos principios doctrinarios en que debe enmarcarse el proceso de desarrollo y fortalecimiento de la seguridad social en Honduras: universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, participación, especialización y unidad.

Las prioridades definidas para quinquenio 2006-2010 con relación a las siguientes áreas: (1) Servicios de salud a la población asegurada: promoción de la salud, atención integral al adulto mayor, salud ocupacional, atención materno-infantil, salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas, VIH/SIDA, extensión de cobertura, establecer un enfoque de salud familiar en los programas y acciones de salud; (2) Administración: fortalecimiento administrativo y financiero del IHSS, apoyo a la transformación del actual modelo de gestión de los servicios de salud, desarrollo de recursos humanos para la seguridad social; (3) Desarrollo organizacional: estrategia de modernización organizacional, propuesta de una nueva estructura organizativa (organigrama) y una cultura organizacional basada en principios y valores.

FIGURA 8. SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DEL IHSS. HONDURAS. 2005




Fuente: Plan estructuración del sistema de calidad del IHSS, 2005. Dirección Médica Nacional, IHSS.

## 2.4 MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

El mapeo institucional del sistema de salud muestra un ente conductor y regulador, que comparte las funciones de financiamiento, aseguramiento y de provisión de servicios con otros actores del ámbito central, local y municipal. El IHSS regula y fiscaliza sus propias acciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, sin menoscabo de las atribuciones de la ASN (tabla 28).

TABLA 27. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS

| Funciones/ Organización | Rectoría | | | Aseguramiento | Provisión |
|---|---|---|---|---|---|
| | Conducción | Regulación y fiscalización | Financiamiento | | |
| SS | X | X | X | X | X |
| IHSS | | X | X | X | X |
| SEFIN | | | X | | |
| Secretaría de Trabajo | | | X | X | X |
| Fuerzas Armadas | | | | X | X |
| ONGs | | | X | | X |
| Municipalidades | | | X | | X |
| Instituciones formadoras de RRHH | | | X | | |
| Aseguradoras Privadas | | | X | X | |
| Proveedores Privados | | | X | X | X |
| Cooperación Externa | | | X | | |

# 3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/ REFORMA

Desde principios de los años setenta, Honduras ha venido adoptando diferentes estrategias para garantizar el acceso a servicios de salud a la población. Las estrategias se han orientado básicamente a extender la cobertura, perfeccionar la conducción y gerencia, optimizar la programación local, establecer sistemas locales de salud y mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

Estas estrategias han estado vinculadas a diversos eventos internacionales, como ser: la Conferencia de Alma Ata, (1978), que promovió la atención primaria en salud; la Carta de Ottawa (1986), que propicia la elaboración de políticas para crear ambientes favorables, actitudes personales y reorientación de los servicios de salud; el Compromiso de Adelaida, Australia (1988), que enfatiza el acceso de todos/as a una alimentación y nutrición saludable y la reducción de los riesgos por ingesta de alcohol y consumo de tabaco; la Reunión de Bogota, Colombia (1992), que destaca los problemas de salud y desarrollo y promueve la creación de una cultura favorable a la salud y la modificación de estilos de vida por medio de la información, la educación y la participación popular; y más recientemente, la Conferencia de Beijín, China (1995), donde se enfatiza en la equidad de género, la promoción de la salud, la adquisición de conocimientos y la participación de la población.

A principios de los años noventa, y dentro del marco de modernización y reforma del Estado, el país impulso un proceso de reforma del sector salud. En este marco, la Comisión Nacional de Modernización de Salud[64] trabajo en la definición de una propuesta de transformación del sistema, cimentada en cinco componentes específicos: Fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud; Integración progresiva con el IHSS; Integralidad de la red de servicios de salud; Descentralización y definición de la “equidad, eficiencia, eficacia y participación social” como requisitos esenciales del modelo.

En 1994, el gobierno declaró que: “el elemento central de la modernización y reforma del sistema de salud sería el Proceso Nacional de Acceso[65] a los servicios de salud”, el cual inicia en 1995. Las actividades apoyados por el Programa “Acceso a servicios de salud” fueron orientadas a aumentar las capacidades de los recursos humanos dentro de los servicios de salud, en los gobiernos locales y entre los representantes de la comunidad. Otro enfoque fue el de promover la participación y contribución activa de los gobiernos locales y las comunidades en la planificación, manejo de los servicios y promoción de salud. En varios casos las actividades del programa contribuyeron y facilitaron otras iniciativas de desarrollo local fuera del sector de salud como tal. En el aspecto operativo, este proceso sirvió para estimular la participación de los gobiernos locales en la definición de diagnósticos y formulación de planes municipales, los que se realizaron en el 86% de los municipios del país. Los mismos estaban orientados a mitigar, sino a resolver, los problemas de salud de la población.

Con la Nueva Agenda en Salud (1998), se plantea un nuevo intento de reforma. Los objetivos planteados estaban orientados a: descentralizar el sistema de atención, que incluiría la reorganización de la SS; fortalecer las capacidades de formulación de políticas del gobierno y de los planificadores del sector salud; y mejorar la equidad en la atención, ampliando el acceso de los pobres y desarrollando políticas de tarifas para usuarios que pudieran pagar. Para esto, se proponía la reorganización de la red de servicios a través de la conformación de 18 direcciones departamentales y 2 direcciones metropolitanas de salud (Distrito Central y San Pedro Sula).

64 Creada mediante Acuerdo 16-92.
65 Financiado con fondos de la cooperación sueca.

Ante la destrucción causada por el Huracán Mitch (octubre de 1998) fenómeno que produjo severos daños en la infraestructura social y productiva del país[66], el gobierno se vio obligado a replantear los objetivos nacionales, proclamando la Política de Reconstrucción Nacional, que abrió espacios para una amplia participación de la sociedad civil, mediante la creación del Foro Nacional de Convergencia (FONAC) y el Gabinete de Reconstrucción Nacional. Se preparó el Plan Maestro de Reconstrucción y Transformación Nacional (PMRTN), que consideró cuatro áreas temáticas: reactivación económica con empleo productivo, combate a la pobreza y promoción del desarrollo humano, protección sostenible de los recursos naturales y fortalecimiento de la participación democrática.

En salud, el PMRTN identificaba como estrategias: el fortalecimiento del rol del Estado en salud; reforma de la seguridad social orientada a lograr el aseguramiento universal en salud, modernización del sistema a través de la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios; innovaciones en el modelo de gestión y desarrollo de iniciativas con participación de actores gubernamentales y de sociedad civil; y la reforma financiera contributiva.

El PMRTN daba prioridad a las áreas de medicina preventiva y curativa; nutrición; educación para la salud; y servicios de agua potable y saneamiento ambiental. El modelo de gestión enfatizaba la desconcentración y descentralización, favoreciendo la participación social. En este contexto, se impulsa la realización de estudios que apoyan el proceso de reforma, tales como situación de salud según condiciones de vida y financiamiento (cuentas nacionales y regionales en salud). Asimismo, se trabajo en la adecuación del marco jurídico[67] y el desarrollo incipiente de modelos de gestión y de prestación de servicios, entre otros. La implementación del PMRTN en el sector salud fue una oportunidad para continuar los procesos locales iniciados en el gobierno anterior (1994-1997) y favorecer el inicio de las primeras experiencias mediante modelos de prestación de servicios liderados por las municipalidades.

En el 2001, y tomando como marco la Estrategia de Reducción de la Pobreza, se elaboró el Plan Nacional de Salud 2021. Su objetivo general esta orientado a mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud. Las principales iniciativas del Plan están orientadas al desarrollo institucional de la SS, que incluía la estructuración de 20 regiones sanitarias, el desarrollo de su función rectora y la modernización de la red de servicios; y el desarrollo institucional del IHSS, que considera la separación de sus funciones básicas, mejora de la gestión hospitalaria y la extensión de la cobertura de servicios. La estructuración de las 20 regiones de salud[68] se concreto en el año 2004[69].

Este es uno de los resultados más importantes en el proceso de reforma al permitir el traspaso de responsabilidades a las Regiones Sanitarias, incluida la programación y ejecución del presupuesto asignado. Igualmente, la nueva regionalización facilita a los gobiernos locales y a la comunidad el espacio para participar en la gestión de los servicios de salud. No obstante, esta organización enfrenta algunos problemas. Las regiones tienen grandes diferencias presupuestarias y de recursos, lo cual dificulta el desarrollo de las funciones que por ley les competen. El Acuerdo 895[70] transfiere competencias a las regiones en aspectos de planeación estratégica, monitoreo y evaluación de políticas y vigilancia de la salud, las cuales son difíciles de cumplir por la insuficiencia de recursos económicos y humanos.

En este contexto, se desarrollaron experiencias innovadoras orientadas a la extensión de cobertura y se inicia la descentralización de la provisión de servicios de salud mediante la formalización de contratos con asociaciones municipales, mancomunidades, gobiernos locales, alcaldías, organizaciones sociales de base comunitaria y algunas ONGs. El instrumento contractual establecía las responsabilidades de las partes, la

66 Además de la pérdida de miles de vidas humanas, la destrucción de la red vial, infraestructura productiva y educativa, 23 hospitales y 123 centros de salud fueron dañados parcial o totalmente.

67 Promulgación del Código de Salud.

68 La SS se organiza en 18 Regiones Sanitarias Departamentales, que coinciden con la división administrativa del país y 2 regiones Sanitarias Metropolitanas (Distrito Central y San Pedro Sula).

69 Acuerdo 895 del 18 de mayo del 2004.

70 Artículos 3, 4 y 5

cartera de servicios y la forma de financiamiento. Se logro implementar nuevos modelos en 29 unidades de salud de 10 municipios, para atender alrededor de 130,000 habitantes. Igualmente, se implementaron experiencias de extensión de cobertura a través de equipos itinerantes, mediante la contratación de ONGs u otros proveedores privados, con mecanismo de pago per cápita. En tres años se logró atender 60,000 familias de 1,142 comunidades rurales, diseminadas en los 95 municipios más pobres del país.

A través del contrato, los proveedores son remunerados por servicios prestados de promoción, prevención y curación. En el nivel comunitario, Unidades Comunitarias de Salud (UCOS) ejecutan básicamente acciones de prevención y promoción. La actividad principal de los CESAR son las acciones de baja complejidad en prevención, promoción, atención y rehabilitación a la salud individual y colectiva. El nivel CESAMO y las Clínicas Materno Infantil (CMI) es el nivel donde se pueden resolver necesidades médicas. En cada nivel se trabaja para hacer efectiva la referencia de pacientes al nivel de atención adecuado para atender su problema de salud (tabla 29).

TABLA 28. CONVENIOS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN DESCENTRALIZADA EN VIGENCIA DE LA SS. HONDURAS 2008.

| # | Hospitales | Clínicas materno Infantil |
|---|---|---|
| 1 | Santa Teresa | Erandique |
| 2 | Enrique Aguilar Cerrato | Marcala |
| 3 | Roberto Suazo Córdoba | Lajas |
| 4 | Juan Manuel Gálvez | Candelaria |
| 5 | Occidente | Siguatepeque |
| 6 | Escuela (Ginecología y Obstetricia) | La Libertad |
| 7 | Leonardo Martínez (maternidad) | Camasca |
| 8 | San Felipe (maternidad) | Corquin |
| 9 | | Minas de Oro |

Fuente: Subsecretaría de Redes de Servicios, Evaluación 2008.

Los nuevos modelos de prestación de servicios con gestión descentralizada se conciben como un mecanismo para lograr servicios de salud equitativos y accesibles. Algunos aspectos relevantes de estas experiencias son:

a) Abastecimiento permanente de medicamentos;

b) Mejora de infraestructura y equipamiento así como el cumplimiento de los estándares requeridos para el licenciamiento;

c) Incremento de cobertura de aproximadamente 400,000 personas que no tenían acceso a servicios de salud mediante atención en establecimientos y entrega periódica de servicios de salud, por equipos itinerantes, en las comunidades postergadas;

d) Aumento del parto institucional;

e) Contribución a la reducción de la tasa de mortalidad materna;

f) Incremento de actividades de prevención (toma de citologías, detección de sintomáticos respiratorios, vacunación infantil, vigilancia de la calidad del agua, entre otras);

g) Mejora en el cumplimiento de aplicación de las normas de atención integral a la mujer y al menor de 5 años;

h) Incremento de la capacidad local para gestionar y proveer servicios de salud, lográndose integrar el sector público y el no público;

i) Desarrollo de ciclos de mejora de la calidad de los servicios con apoyo de comités comunitarios lo que contribuye al fomento de la organización y participación de la comunidad.

## Programa de Modernización Hospitalaria

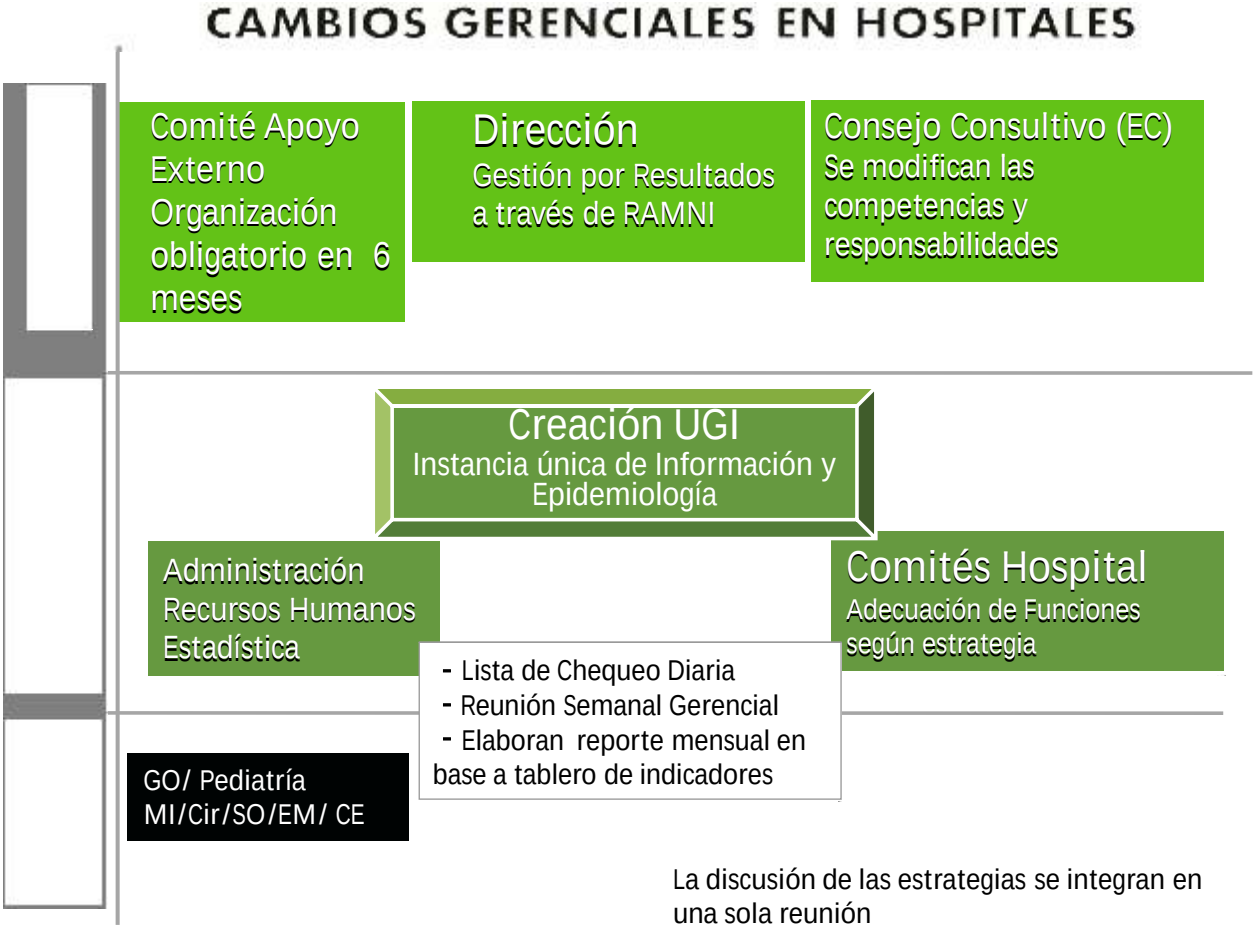
Un aspecto importante de la reforma del sector en el período 2002-2006 ha sido el desarrollo del Programa de Modernización Hospitalaria en los hospitales de la SS, 12 fueron sujetos de la aplicación del Programa de Reforma Integral del Sector Salud (PRIESS), financiado por el BID, y 3 contaron con financiamiento del BM a través del Programa Pro Reforma. El Programa trabajo en tres componentes: asistencia técnica; capacitación en gerencia; y proyectos de inversiones. Las dos primeras intervenciones buscaban lograr progresos en la eficiencia hospitalaria (mayor productividad y mejor rendimiento de los recursos), avances en la calidad de la atención (disminución de las tasas de mortalidad intra-hospitalaria y reducción de las listas de espera para la atención de pacientes en las diferentes especialidades) así como, mejoría en la solvencia financiera (mejor gestión del presupuesto, contención de gastos y venta de servicios).

El “nuevo modelo de gestión hospitalaria” considero: la creación de nuevas estructuras de dirección y gerencia; la implantación de nuevos instrumentos de planificación y gestión (sistemas de información gerencial, plan estratégico y conformación de cuadros de mando); la coordinación de organizaciones de apoyo a la gestión; la elaboración de planes de mejoramiento hospitalario; la firma de convenios de desempeño y la gradual y progresiva transferencia de recursos y responsabilidades de la SS a los hospitales.

Los resultados del Programa de Modernización Hospitalaria son moderados. A la fecha, no ha sido rede finida la relación entre la SS y los hospitales y no se ha logrado firmar los compromisos de gestión, los cuales constituían el mecanismo para definir los incentivos y los criterios de evaluación del desempeño. Adicionalmente, los procesos de compra así como la de selección y reclutamiento de recursos humanos continúan centralizados y politizados.

El nivel político de la SS como parte del Proceso de Reforma ha establecido dentro del Plan de desarrollo institucional que a partir del año 2009 se establezca un Reordenamiento de la gestión hospitalaria de acuerdo al esquema siguiente:

FIGURA 9. CAMBIOS GERENCIALES EN HOSPITALES DE LA SS. HONDURAS. 2008




Fuente: Presentación Encuentro Nacional Evaluación 2008.

## El Instituto Hondureño de Seguridad Social

Entre 1990-1994 se da inicio a un proceso de ampliación de cobertura en la prestación de servicios de salud del IHSS mediante el establecimiento de acuerdos entre la SS y el IHSS. Es así como personas aseguradas pueden acudir a los servicios de salud de la SS, en las ciudades donde el IHSS no tenía servicios.

En el periodo 1995-1999, el IHSS desarrollo un proceso de reforma orientado a la consolidación financiera del IHSS, enfatizando la separación administrativa y financiera de los regimenes de salud y pensiones, la creación de un programa de riesgos de trabajo y el incremento de las tasas de cotización; la modernización institucional, que implicaba la reingeniería de procesos y la automatización de la gestión; y el fortalecimiento del IHSS como ente asegurador y no como proveedor de servicios. El IHSS ha logrado avanzar más en la primera. La contabilidad de los dos regimenes ha sido separada, aunque subsisten problemas relacionados con deudas contraídas en el pasado por el régimen de salud con el de pensiones.

Importante fue la creación del régimen de riesgos profesionales de trabajo, el cual era financiado con las cotizaciones de trabajadores y patronos y ahora es financiado con cotizaciones directas de los patronos. Para mejorar la solvencia económica del IHSS, en el año 2004 se logro la aprobación de un incremento en el techo de cotización, que pasó a cuatro mil ochocientos lempiras (Lps. 4,800).

En el área de modernización institucional se han desarrollado algunos sistemas, como el de Cuenta Individual, que permite disponer de información relacionada con los créditos acumulados por los/as asegurados/as,

y el Sistema de Información Gerencial, que apoya la toma de decisiones. También se ha trabajado en el rediseño de procesos administrativos. En lo relacionado a la consolidación del IHSS como ente asegurador, no hay avances significativos. El aumento de ingresos ha servido para fortalecer su papel como proveedor de servicios, lo que se refleja en la prestación directa de nuevos servicios (tomografías, resonancia magnética, cuidados coronarios, entre otros).

Para mejorar la calidad y eficiencia de la prestación de servicios, el IHSS ha trabajado en: reestructuración y modernización de sus dos hospitales (con recursos del BM y propios); diseño de un sistema de asignación de recursos basado en resultados (dirección por objetivos); extensión de cobertura a través de SILOS (Sistemas Locales de Seguridad Social) en 16 ciudades a nivel nacional; más recientemente, desarrollo de una experiencia piloto de atención primaria en San Pedro Sula con los llamados "Equipos de Salud Familiar". Esto implica la compra de servicios a las clínicas privadas con las que el IHSS establece contratos, los que serán pagados sobre base per cápita.

El IHSS ha abierto sus puertas a personas que trabajan en el sector no formal de la economía mediante la aprobación del Reglamento de Afiliación Progresiva por parte de su Junta Directiva. Lo anterior requiere de la organización formal de estos trabajadores/as o la pertenencia a una cooperativa. El IHSS con el modelo de subrogación de servicios y de otras estrategias innovadoras en la recaudación y prestación de servicios, esta en condiciones de hacer frente al aumento de la demanda. Asimismo, se ha implementado en IHSS, el Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario, en 20 unidades de salud a nivel nacional, distribuidos en 11 ciudades, basados en los valores, principios y elementos de la Atención Primaria en Salud.

## 3.1 EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA

TABLA 29. MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO E INCIDENCIA EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD. HONDURAS. 1990-2008

| Periodos | 1990-1994 | | 1995 - 1999 | | 2000-2005 | | 2006-2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sub-sectores | Público | Seg. Social | Público | Seg. Social | Público | Seg. Social | Público | Seg. Social |
| **Rectoría** | Promulgación del Código de Salud (1991).<br>Creación de la Comisión Nacional de Modernización de Salud.<br>Fortalecimiento del papel rector de la SS.<br>Reestructuración de la SS, con tres Subsecretarias. | | PMRTN, apertura a la participación de diferentes actores. | Modernización institucional | Conformación de 20 regiones de salud | Continuación de la modernización institucional | En la continuación de la modernización institucional se establecieron los nuevos modelos de atención y gestión con proveedores no públicos | |
| **Financiamiento** | | Consolidación financiera | | | | Contabilidad separada.<br>Institucionalización de la gestión de riesgo.<br>Ruptura de techos de cotización | Actualización del SIAFI con el módulo de evaluación de la ejecución de metas físicas y financieras. | |

| Periodos | 1990-1994 | | 1995 - 1999 | | 2000-2005 | | 2006-2008 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sub-sectores | Público | Seg. Social | Público | Seg. Social | Público | Seg. Social | Público | Seg. Social |
| **Aseguramiento** | | | | | | | Los modelos de atención descentralizados con financiamiento per cápita a conglomerados poblaciones específicos | Programa de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (PAISFC) |
| **Provisión de Servicios** | Integralidad de la red de servicios. Descentralización. Definición de la "calidad, equidad, eficiencia, eficacia, participación social y sostenibilidad" como requisitos esenciales del modelo. | Integración progresiva con el IHSS.<br>Ampliación del aseguramiento | Inicio de primeras experiencias de descentralización lideradas por el Proyecto Acceso y las municipalidades. | Integración progresiva con el IHSS<br>Ampliación de la oferta de servicios directos y subcontratados. | Continuación del Proyecto Acceso.<br>Modernización hospitalaria.<br>Ampliación de la oferta de servicios directos y subcontratados. | Ampliación de la oferta de servicios directos y subcontratados.<br>Apertura al aseguramiento. | | Extensión de Cobertura a través del PAISFC del IHSS |

Fuente: SS/ASDI: "Una década de contribuciones al capital humano y social por la reforma del sector salud". Programa Acceso a Servicios de Salud.

La reforma del sector salud se define como un "proceso de transformación gradual y progresiva del Sistema Nacional de Salud orientado a producir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en las prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población"[71].

Durante el periodo 1990-2005, se observa un conjunto de proyectos dirigidos a fortalecer a la SS, tanto en su capacidad de rectoría, gerencia, como en su papel de prestador de servicios y en las acciones de ciertos programas prioritarios. La mayoría de los proyectos se concentran en la SS y forman parte de una política global tendiente a la modernización del Estado y al refuerzo de las áreas sociales, financiada con préstamos del BM, del BID y de los recursos de condonación de la deuda externa.

Las innovaciones han estado orientadas básicamente a la identificación de un mecanismo para la delegación de funciones a las Regiones Departamentales, a fin de ofrecer a la población un servicio más accesible y efectivo. También se han realizado esfuerzos orientados a mejorar la eficiencia en la prestación de servicios, a modernizar la red hospitalaria, a mejorar la estructura administrativa, tanto de la SS como del IHSS, así como a volver más transparentes los mecanismos de adquisición y compras, entre otros[72].

71 Tomado del documento "Marco Conceptual, Político y Estratégico de la reforma del Sector Salud". Secretaría de Salud. 2008
72 Estudio de Institucionalización y Gobernabilidad. El Sector Salud en Honduras. BM. 2008

## 3.2 EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS

**Equidad:** Las experiencias desarrolladas han permitido asegurar el acceso a servicios de salud a población que estaba excluida del sistema. La cobertura se incrementó en 2.5% en el quinquenio 1994-1999, con respecto al quinquenio 1990-1994. En el periodo 2000-2005, el incremento observado fue de 3.1%. La población que tiene mayor cobertura son los niños/as menores de 5 años (87.6), seguida de las personas de 50 y más años (57.4%). Durante el periodo 2002-2005, la SS abrió 181 centros en lugares tradicionalmente marginados de los servicios de salud, lo cual favoreció el incremento de la cobertura de la SS en 3% entre 1990-2005. Igualmente, el IHSS aumentó su cobertura de 11% en el quinquenio 1990-1994 a 13.7% en el periodo 2000-2005 y 20% para el año 2008.

No se han reducido las brechas en el número de médicos y enfermeras por 10 mil habitantes y este personal permanece concentrado en gran cantidad en las ciudades de mayor desarrollo. Igualmente, aun y cuando se ha incrementado el número de camas censables, la relación por mil habitantes ha permanecido igual desde 1999 (0.88). Sin embargo, la apertura de los hospitales de área en las diferentes cabeceras departamentales en el periodo 1990-1994, favoreció el acceso a este recurso a grupos de población pobres.

**Efectividad:** Existen evidencias de la contribución efectiva de los nuevos modelos de gestión en la disminución de los indicadores de mortalidad materna e infantil en las localidades donde se han implementado, pero en general, la mortalidad materna e infantil presenta una tendencia sostenida a la disminución por el énfasis que a lo largo de muchos años ha tenido la atención de los menores de 5 años y de las mujeres en edad reproductiva. La mortalidad materna descendió de 182 en el quinquenio 1990-1994 a 108 por 100 mil nacidos vivos en el quinquenio 1995-1999. La mortalidad neonatal bajo de 19 por mil nacidos vivos en el quinquenio 1990-1994 a 16 por 1,000 en el periodo 2000-2005. Por otra parte, no se puede omitir que los mayores niveles de educación alcanzados por las mujeres hondureñas en los últimos 15 años, han contribuido de manera importante a la disminución de estos índices. No hay evidencia de descenso en muertes por neoplasias de mama y cáncer de útero en la mujer. La incidencia de malaria y tuberculosis muestra un descenso. La mortalidad por tuberculosis y VIH/SIDA ha disminuido con los nuevos esquemas de tratamiento.

**Eficiencia:** Los indicadores relacionados con los factores de riesgo a la salud en lo relativo al acceso al agua y saneamiento básico han mejorado, no así los relacionados con el manejo de desechos sólidos y contaminación ambiental. Durante el quinquenio 1995-1999, el acceso a agua (93%) disminuyó con relación a lo observado en el quinquenio 1990-1994 cuando el mismo era de 96.8%. La cobertura para el periodo 2000-2005 era de 82%. Igualmente, el acceso a sistemas de eliminación de excretas muestra una disminución entre el quinquenio 1990-1994 (80.5%) y el periodo 2000-2005 (62%). Para el 2007, el acceso al agua fue de 86.6%. Lo anterior evidencia que no obstante los esfuerzos realizados no se han podido alcanzar las coberturas existentes antes del huracán Mitch. El acceso a saneamiento básico alcanzó 85.1%, superior al observado en el periodo 1990-1994 (80.5%). No obstante, no hay una relación directa entre el proceso de reforma y los logros obtenidos en agua y saneamiento. El presupuesto para la salud pública se ha incrementado, y si bien existen evidencias de una mayor contribución a los programas preventivos, la atención curativa continúa representando la mayor proporción.

**Sostenibilidad:** Las diferentes actividades en el marco del proceso de reforma han contado con financiamiento externo. El incremento de la cobertura en el primer nivel cuenta actualmente con fondos de condonación de la deuda por lo que se espera que tenga sostenibilidad. La creación de la Unidad de Extensión de cobertura y Financiamiento (UECF) ha favorecido el alineamiento de la cooperación externa en torno a las políticas y objetivos de la SS en el marco del proceso de reforma. Las experiencias locales de cogestión de servicios, han contribuido a una mayor legitimidad de las instituciones prestadoras de servicios públicos.

**Participación social:** Durante muchos años se ha trabajado para estimular la participación social en diferentes actividades. El Proyecto Acceso contribuyó a promover la participación en el ámbito municipal, favoreciendo el paso del voluntariado individual (colaboradores de malaria, guardianes de salud, entre otros) a una participación más amplia, en el proceso de descentralización, se ha tenido la participación de organizaciones de base comunitaria, mancomunidades, ONGs, sociedad civil; sin embargo, se requiere mayores esfuerzos para lograr una real articulación entre los diferentes actores locales y nacionales.

**Efectos sobre el sistema de salud.** El desarrollo de experiencias de extensión de cobertura mediante convenios con "mancomunidades" u otros proveedores, ha permitido la participación de actores locales en la función de prestación de servicios a poblaciones postergadas. Por otra parte, el fortalecimiento de la regulación, legitima a la institución en su función de rectoría.

TABLA 30. MOMENTO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO E INCIDENCIA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD. HONDURAS. PERÍODOS SELECCIONADOS, 1990-2005

| **Periodos/**<br><br>**Implicaciones de los cambios** | **1990-1994** | **1995 - 1999** | **2000-2005** |
|---|---|---|---|
| Derecho de los ciudadanos a la salud | Derecho reconocido en la Constitución de la Republica y los diferentes planes de salud | Derecho reconocido en la Constitución de la Republica y los diferentes planes de salud<br><br>Plan de Reconstrucción Nacional | Estrategia de la ERP |
| Incidencia en la rectoría | El Código de Salud (1991) define a la SS como rectora | Se fortalece la rectoría con la creación de tres subsecretarias | Inicia la medición de la rectoría |
| Separación de funciones del sistema de salud | En la provisión de servicios intervienen diversos actores | Se promueve la provisión de servicios por terceros dentro de la SS | Creación de las regiones departamentales y metropolitanas |
| Desconcentración y/o descentralización | Sistema centralizado | Inicio de proceso de desconcentración | Fortalecimiento de procesos de desconcentración |
| Promoción de la participación de la sociedad civil | Fortalecimiento de los mecanismos de participación | Socialización de la participación de los municipios con nuevos modelos de gestión. | Operativización de la participación de los municipios con nuevos modelos de gestión.<br><br>Profundización de la participación social en la gestión de los servicios de la SS. |

| Periodos/<br><br>Implicaciones de los cambios | 1990-1994 | 1995 - 1999 | 2000-2005 |
|---|---|---|---|
| Incidencia en la gobernabilidad | | Con los cambios planteados en el proceso de reforma con la estrategia de descentralización hacia el nivel intermedio y local, se logró además un trabajo conjunto y consensuado con los gobiernos locales lo que aumentó la gobernabilidad del sector, al fomentar la mayor participación de los actores | |
| Cambios en modelo de atención | | | Inicio de cambios en el modelo de descentralización. |
| Cambios en modelo de gestión | | Definición de nuevos modelos de gestión | Inicio de nuevos modelos por resultados |
| Barreras de acceso a los servicios individuales y de salud colectiva | Geográficas y rigidez del sistema | Reducción parcial de barreras | Reducción parcial de barreras por nuevos modelos y la gestión de la calidad. |
| Cambios en la calidad de atención | Definición de normas, indicadores y estándares de programas | Creación de la Dirección de Regulación | Inicio del proceso de acreditación de establecimientos de salud.<br><br>Creación del departamento de garantía de calidad. |
| Cambios en el mercado laboral y en los recursos humanos en salud | Promulgación del Estatuto del Médico Empleado<br><br>Impulso a la formación de técnicos por la SS. | Maestría en Salud Pública en el país | |

## 3.3 ANÁLISIS DE ACTORES

Para el análisis de actores se aplicó el método cualitativo, realizando entrevistas a informantes clave relacionados con el sector salud, tomando como base la guía propuesta en los Lineamientos Metodológicos de los Perflles de los Sistemas de Salud. Lo anterior dio como resultado una aproximación de la situación actual y ubicación de los actores principales relacionados con el sector salud, tanto en la dimensión de lo político como en su manera de ver el futuro de cara a las iniciativas de reforma del sector.

Inicialmente se identiflcaron 19 actores, identiflcando como primarios a 9 por su capacidad de acción o poder en la toma de decisiones:

1. Presidencia de la República;
2. Congreso Nacional;
3. Gabinete Social;
4. Secretaría de Finanzas (SEFIN);
5. Secretaría de Salud;
6. Consejo Nacional de Salud;
7. IHSS;
8. Agencias y organismos de cooperación internacional;
9. Bancos (BID y BM).

Se identifican como secundarios, por no tener nivel de decisión dentro del sector salud:

10. Asociación de Municipios de Honduras;
11. Gobiernos Locales;
12. Partidos Políticos;
13. Gremios;
14. Sindicatos;
15. Asociaciones de trabajadores del sector;
16. Prestadores de servicios de salud con fines de lucro;
17. Prestadores de servicios de salud sin fines de lucro (ONGs);
18. Asociaciones comunitarias;
19. Universidades e Institutos de Educación Superior Públicos.

De acuerdo a los resultados obtenidos, la mayoría de los actores identificados están ubicados como actores externos, lo que implica que la dinámica de la toma de decisiones para impulsar el proceso de reforma del sector salud esta concentrada en la dimensión institucional del Estado, particularmente de la Secretaría de Salud, el IHSS y la cooperación internacional. El poder de veto se identifica en el Poder Ejecutivo y Legislativo.

La mayoría coincidió en que los procesos de cambio/reforma han generado una mayor participación social y que apuntan al impulso del control social a nivel local. Señalaron que falta evaluar las experiencias para asegurar la congruencia de las diferentes iniciativas con el tipo de sistema de salud del país.

En función de lo anterior y entendiéndose que la reforma del sector salud es un proceso que tiene como objetivo establecer un sistema de salud plural e integrado que centre su razón de ser en la mejora equitativa de la salud de los individuos, las familias y las comunidades; que responda a las exigencias legítimas de la población; y que sea flnancieramente solidario.

La Secretaría de Salud como ASN y ente rector del sector ha establecido a partir del año 2008, como principales componentes de la reforma, los siguientes**:**

FIGURA 10. PRINCIPALES COMPONENTES DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD. HONDURAS. 2008

Fuente: Evaluación de la Unidad de Modernización (UMSS) de la SS, año 2008.

Como ente rector, la Secretaría de Salud, ha definido para el sistema de salud una Visión en que la población ha aumentado su esperanza y calidad de vida; tiene garantizado, especialmente los grupos más vulnerables, el acceso a un sistema integral, continuo y universal de servicios; la ciudadanía, la familia y la comunidad, fomentan prácticas que los convierten en constructores de sus condiciones de salud y desarrollo; se encuentra satisfecha por el respeto y la calidez encontrada, por la prontitud de la atención, las condiciones y la seguridad de los servicios brindados por el personal de salud; y participa plena, consciente y organizadamente en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios.

FIGURA 11. NUEVO MODELO DE FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD. HONDURAS. 2008

Fuente: Evaluación de la UMSS. SS Honduras 2008.

A partir del año 2008 se implementarán los principales procesos que lleven a la consecución de la verdadera reforma de salud, el principal de ellos en lo relacionado al nuevo modelo de funcionamiento y organización del sistema de salud (figura 11):

FIGURA 12: PRINCIPALES PROCESOS EN IMPLEMENTACION DE LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD. HONDURAS. 2008

Fuente: Evaluación UMSS, 2008.

En el tránsito a esa visión, ha decidido orientar la reforma del sector, con la construcción de un Sistema Nacional de Salud plural e integrado, debidamente regulado, en el que se incorporen los actores públicos y no públicos; coordinando y articulando las capacidades resolutivas existentes en las distintas instituciones; a través de un nuevo modelo de funcionamiento y organización del sistema de salud, estableciendo con claridad los roles y las relaciones entre los actores con una normativa que defina todos los del sistema e impulsando el sistema para garantizar el aseguramiento del acceso de todos los ciudadanos a un conjunto de prestaciones de salud definidas con criterios de equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad. En donde el qué, el cómo, el cuánto y quién es el responsable, este claramente definido bajo la conducción de la Secretaría de Salud como ente rector. En función de lo anterior se establecieron los tiempos y procesos de implementación de la reforma a partir del año 2008 (figura No.12).

# BIBLIOGRAFIA


Banco Central de Honduras: Honduras en Cifras 2008. Publicaciones varias. Tegucigalpa, M.D.C. www.bch.hn

Del Cid, Rafael (2008): Formulación de Políticas en el Sector Salud. Dos Episodios de la Reforma en Honduras: La nueva regionalización y los servicios al nivel municipal con gestión descentralizada. Tegucigalpa, M.D.C.

Gobierno de Honduras (2001): Estrategia para la Reducción de la Pobreza. Un compromiso de todos por Honduras. Tegucigalpa, M.D.C.

Gobierno de Honduras/Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (2005): "La Situación en el Cumplimiento de los Derechos del Niño. Tercer Informe de País. Tegucigalpa, M.D.C.

Gobierno de Honduras /Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2008): "Objetivos de Desarrollo del Milenio. Honduras 2007. Segundo Informe de País". Tegucigalpa, M.D.C.

Instituto Hondureño de Seguridad Social (2008): Visión a Futuro de la Seguridad Social. Tegucigalpa, M.D.C.

Ministerio de la Presidencia: INE (2007): Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. Informes de Mayo del 2001 al 2007. Tegucigalpa, M.D.C.

Ministerio de la Presidencia: INE (2007): Proyecciones de Población 2001-2015. Tegucigalpa, M.D.C.

Organización Panamericana de la Salud/ Secretaría de Salud de Honduras (2001): "Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Honduras". Tegucigalpa, M.D.C.

Organización Panamericana de la Salud /ASDI. (2003) Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe.

Organización Panamericana de la Salud /USAID (2006): "Lineamientos Metodológicos. Perfiles de los Sistemas de Salud. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio Reforma". Washington, D.C.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2007): Informe Sobre Desarrollo Humano. Honduras 2006. Hacia la expansión de la ciudadanía. Tegucigalpa, M.D.C.

Secretaría de Salud (2002): Política Nacional de Salud 2002-2006. Tegucigalpa, M.D.C.

Secretaría de Salud (2006): Plan Nacional de Salud 2021. Tegucigalpa, M.D.C.

Secretaría de Salud (2006): Política Nacional de Salud 2006-2010. Tegucigalpa, M.D.C.

Secretaría de Salud (2008): "Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Honduras 2005. Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio". Cuarto Borrador.

Secretaría de Salud/ Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (2008): "Una década de contribuciones al capital humano y social por la reforma del Sector Salud". Tegucigalpa, M.D.C.

Secretaría de Salud. Departamento de Estadística: Boletines de Atención Ambulatoria y Hospitalaria de los años 1990 al 2005. Tegucigalpa, M.D.C.

Secretaría de Salud. Departamento de Estadística: Salud en Cifras. Publicaciones varias. Tegucigalpa, M.D.C.

Unidad de Políticas y Sistemas de Salud
Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud

Organización Panamericana de la Salud /
Organización Mundial de la Salud