



**SECRETARÍA DE SALUD HONDURAS
PROGRAMA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
OPS/OMS-Asdi**

EXCLUSION SOCIAL EN SALUD EN MANCOMUNIDADES DE MUNICIPIOS DE HONDURAS

**UNA EXPERIENCIA DE EXTENSION
DE LA PROTECCION EN SALUD
EN POBLACION MATERNA INFANTIL
Mancomunidad de Municipios
Del Norte de Choluteca (SOLIDARIDAD)**



SECRETARÍA DE SALUD HONDURAS
PROGRAMA ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
OPS/OMS-Asdi

EXCLUSION SOCIAL EN SALUD EN MANCOMUNIDADES DE MUNICIPIOS DE HONDURAS

**UNA EXPERIENCIA DE EXTENSION
DE LA PROTECCION EN SALUD
EN POBLACION MATERNA INFANTIL
Mancomunidad de Municipios
Del Norte de Choluteca (SOLIDARIDAD)**

Dra. Jenny Meza
Secretaria de Salud

Dr. José Fiusa Lima
Representate OPS/OMS Honduras

Principales Actores

Coordinadores de Salud
Mancomunidades de Municipios:
(SOLIDARIDAD, AMFI, MANCORSARIC y MAMUCA)
Presidentes de Mancomunidades
Equipos Locales de Salud
Coordinadores Unidades Técnicas Intermunicipales
Presidentes de Asociaciones de Patronatos
Personal Comunitario Capacitado en Salud

Asistencia Técnica

Dr. Ramón Pereira
Coordinador Programa Acceso a Servicios de alud

Lic. Martha Ochoa
Asesora Técnica Programa Acceso a Servicios de Salud

Dr. Heladio Uclés
Técnico Unidad de Planificación, Secretaría de Salud

Dr. Armando Güemes
OPS/OMS

Dr. Gabriel Vivas
OPS/OMS

PRESENTACIÓN

Tres son las Funciones Básicas que el Estado ha asignado al Sector Salud: la provisión de servicios de atención a la salud y el ambiente, el aseguramiento de la garantía de la salud y la rectoría social del sistema nacional que vigila, ordena y modula las acciones que deben realizarse para lograr el bienestar de todos los hondureños.

Desde el inicio del desempeño de la Secretaría de Salud la función con más desarrollo ha sido la provisión de servicios, menos la de rectoría y prácticamente nada del aseguramiento. Esto último, quizás, se ha debido a un entendimiento desviado donde la entrega de servicios de atención del Instituto Hondureño de Seguridad Social se ha considerado como esa obligación de aseguramiento que hemos mencionado.

El problema más grave de Honduras es sin duda alguna: la pobreza, problema profundo y estructural que durante el último decenio, con los llamados ajustes de la economía, se ha agravado cada vez más, aumentando el número de excluidos, en nuestro caso de la salud. Más de dos millones de compatriotas están en esa condición, sin ninguna protección que les asegure la más mínima atención a su situación de salud.

La extensión de la protección social en salud, debe ser una prioridad nacional, pero para ello debemos entender que la protección social es un derecho constitucional y responsabilidad del estado, que existen barreras que impiden el ejercicio de este derecho y que debemos establecer los mecanismos que permitan su ejercicio con sostenibilidad.

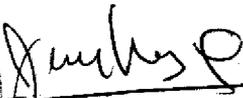
Las preguntas que siguen: quiénes son los excluidos?, dónde están?Cuál es la incidencia de la exclusión?, con qué intensidad afecta la exclusión a este gran número de compatriotas?, cuál es la verdadera severidad del problema en el país? Son base para poder desarrollar la medición y caracterización de la exclusión en salud, realizar un verdadero análisis de los programas nacionales y de no existir como debe ser para lograr un impacto necesario para la solución de este círculo perverso.

Desde el Programa de Acceso y con el apoyo de la OPS/OMS se han venido desarrollando esfuerzos para caracterizar la exclusión en salud de nuestro país, no sólo para contar con una información importante sino para poder proceder a construir estrategias y diálogos con la sociedad e instituciones gubernamentales y no gubernamentales a fin de encontrar las soluciones viables y de acuerdo a nuestra realidad, de esta inequidad nacional.

Los estudios realizados en las mancomunidades es un paso importante para todo el continente, ya que estamos trabajando con la población local que sufre por esta situación, yendo más allá de la obtención de datos nacionales, importantes para la comparación entre países y la validación de la metodología que OPS/OMS está impulsando reconociendo la heterogeneidad de los espacios población de todo el territorio.

Nuestra administración continuará dando todo el apoyo posible a esta iniciativa, junto con la cooperación externa a fin de que pronto podamos garantizar universalmente el derecho de protección social a los que hoy están excluidos de este derecho.




Dra. Jenny Mercedes Meza
Secretaria de Salud

PRÓLOGO

En América Latina y el Caribe la exclusión social es un problema importante. A pesar de las reformas emprendidas en los sistemas de salud durante los últimos 15 años, un porcentaje importante de la población de la región se encuentra excluida de la protección social frente a los riesgos de enfermar y morir. Más grave aún cuando este problema no suele encontrarse entre los temas prioritarios de las agendas nacionales de salud, consecuentemente, las reformas sectoriales no se han concentrado en este campo más que de manera indirecta y fragmentaria.

Aunque la exclusión en salud obedece a diferentes causas y es difícil medirla, se estima que en América Latina y el Caribe unas 125 millones de personas, el 27% de la población no tienen acceso a mecanismos básicos de resolución a sus problemas de salud y un 46% de la población, alrededor de 230 millones de personas no cuentan con un sistema de aseguramiento.

En Honduras como parte de este contexto, datos optimistas señalan que aproximadamente un tercio de su población (más de dos millones de habitantes) y alrededor de un 75% a nivel nacional no esta cubierta por algún sistema de aseguramiento, implica que aproximadamente 4.5 millones de habitantes del país se encuentran excluidos de los sistemas de protección social en salud.

Al observar esta problemática más específicamente en el nivel local como muestra el presente estudio, esta situación se agudiza. Nos damos cuenta que más del 95% de la población no esta cubierta por sistemas de aseguramiento. Esta situación se constituye en un desafío importante para la salud pública del país y los organismos responsables de la conducción del sistema nacional de salud.

Lo anterior ha llevado a que el problema de exclusión social en salud este siendo objeto de reflexión y análisis en los diferentes niveles de conducción de la Autoridad Sanitaria Nacional principalmente en el nivel local por los equipos de salud y los gobiernos municipales como responsables de la generación y operativización de políticas sociales y la provisión de servicios públicos, a fin de reducir brechas de exclusión y extender la protección social en salud la cual se define como: la garantía

que la sociedad otorga a través de los poderes públicos para que un individuo o grupo de individuos pueda satisfacer sus demandas de salud mediante el acceso de manera adecuada y oportuna a los servicios de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.

En este marco 20 municipios de Honduras asociados en cuatro mancomunidades localizadas en los Departamentos de Choluteca, Copán, Intibucá y Atlántida con la asistencia técnica y financiera de la Agencia Sueca para el Desarrollo (Asdi) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) han iniciado un proceso de caracterización de la exclusión social en salud con el fin de conocer su incidencia, intensidad y severidad.

Estamos seguros que la información que refleja este estudio será un aporte valioso, que contribuirá para que los tomadores de decisiones con responsabilidades en este tema definan políticas públicas tendientes a mejorar condiciones de vida y de salud de la población Hondureña.

INDICE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCCION | 7 |
| II. MARCO TEORICO | 9 |
| III. CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA | 13 |
| 3.1 Nacional e Institucional | 13 |
| 3.2 Contexto Local | 15 |
| IV. PROCESO METODOLÓGICO PARA CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD | 17 |
| 4.1 Sensibilización de actores claves | 17 |
| 4.2 Conformación y capacitación de equipo técnicos facilitadores a nivel nacional y local | 18 |
| 4.3 Metodología Utilizada para el Desarrollo del Estudio | 18 |
| V. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN LAS MANCOMUNIDADES | 23 |
| 5.1 Infraestructura Física en Salud | 23 |
| 5.2 Recursos Humanos y Relación Poblacional | 24 |
| 5.3 Distribución de Infraestructura Física y Recursos Humanos | 24 |
| 5.4 Financiamiento y Gasto en Salud | 24 |
| VI. SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN EN LAS MANCOMUNIDADES DE MUNICIPIOS | 27 |
| 6.1 Indicadores de Población | 27 |
| 6.2 Indicadores de Accesibilidad | 30 |
| 6.3 Indicadores de Cobertura de la Red de Servicios | 35 |
| 6.4 Indicadores de Proceso | 37 |

| | |
|---|----|
| VII. DESARROLLO DEL DIALOGO SOCIAL | 41 |
| VIII. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE PARA LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN MATERNA | 43 |
| 8.1 Justificación de la experiencia | 43 |
| 8.2 Criterios para la definición de estrategias de Intervención | 44 |
| 8.3 Estrategias de abordaje para la extensión de la protección social en salud de la población Materna Infantil | 44 |
| 8.4 Logros alcanzados al momento en la ejecución de la experiencia de la Ejecución de la experiencia | 55 |
| IX. LECCIONES APRENDIDAS | 57 |
| X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 59 |
| XI. BIBLIOGRAFIA | 61 |
| ANEXO | 63 |

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio constituye una primera aproximación del esfuerzo de sistematización de la experiencia desarrollada en el marco de la caracterización de la Exclusión Social en salud en el nivel local a través de las Mancomunidades de los municipios del norte del departamento de Choluteca, Norte de Copán, Centro de Atlántida y municipios fronterizos de Intibucá.

Con el fin de facilitar la comprensión del lector el documento presenta dos apartados importantes en su contenido, el primero hace referencia a los resultados del estudio desagregados por mancomunidad de acuerdo a los indicadores y variables que fueron considerados para la medición y en función de su relación con la oferta y la demanda de servicios de atención, en el segundo apartado se describe la experiencia que actualmente esta desarrollando la Mancomunidad del Norte de Choluteca (SOLIDARIDAD) para abordar la problemática de exclusión en salud que enfrenta el grupo de la población materna infantil .

Inicialmente se hace una descripción del contexto nacional y local de la experiencia, el procedimiento metodológico utilizado para la caracterización de la exclusión, la estructura de organización del sistema de salud, seguidamente se describe la situación de la exclusión en el área de estudio con sus principales resultados y una primera aproximación del análisis de estos resultados mediante el dialogo social en la búsqueda de opciones que permitan aumentar la protección en salud.

En otro apartado se presenta la experiencia de la mancomunidad de los municipios del Norte de Choluteca (SOLIDARIDAD) como parte del proceso de trabajo iniciado después del análisis de los resultados del estudio. Finalmente, el documento describe las lecciones aprendidas y las conclusiones de la experiencia.

Se espera que estos resultados aporten opciones técnicas, operativas y metodológicas para fortalecer el proceso de caracterización de la exclusión social en todos los municipios del país, que permita el empoderamiento de los gobiernos locales, las autoridades políticas del sector salud y ayude a la cooperación externa a asignar de manera más equitativa la asistencia técnica y financiera.

II. MARCO TEORICO

Es ampliamente reconocido, como uno de los rasgos más impactantes de la sociedad Latinoamericana contemporánea el alto nivel de desigualdad y pobreza, si bien es cierto no es un problema nuevo pero en las dos últimas décadas (los ochenta y noventa) se ha profundizado con la implementación de políticas macroeconómicas y ha adquirido nuevas dimensiones y formas de presentación.

Estas políticas como la globalización que buscan el crecimiento económico equilibrado como un requisito previo para resolver los problemas de desigualdad, inequidad y pobreza han tenido resultados mínimos en la generación de fuentes de crecimiento económico para la mayoría de la población originando nuevas estructuras que reforzando las anteriores resaltan la situación de exclusión social padecida hoy por importantes núcleos de población latinoamericana.

El concepto de exclusión social ha tendido a pasar de un enfoque monodimensional a un multidimensional difícilmente reducible a un solo proceso.

En el caso de Honduras la exclusión social es producto de prácticas económicas, sociales y políticas a las cuales un grupo elite ha recurrido con frecuencia, con el fin de excluir los intereses de otros grupos de la participación en la vida política más que de los procesos de desarrollo.

En el marco de la globalización hablar de exclusión social y no solamente de pobreza e inequidad es importante porque la globalización es un proceso complejo que tiene un carácter económico, pero también político institucional, social y tecnológico.

En este marco la pobreza y la distribución de la riqueza son importantes, sin embargo una evaluación del bienestar social de la condición económica y social del ser humano no puede dejar de considerar también otros aspectos como las dificultades de acceso a servicios de educación, salud, vivienda entre otros.

Se trata de un hecho estructural ligado a diferentes factores sociales, económicos y culturales desde esta dimensión **la exclusión social se define como un fenómeno producido por la interacción de una pluralidad de factores que afecta a los individuos y grupos humanos, impidiéndoles acceder a un nivel de calidad de vida decente y participar plenamente según sus propias capacidades en los procesos de desarrollo en múltiples ámbitos basados en factores de riesgo social.**

Este concepto tiene una estrecha relación con el concepto de pobreza pero es importante señalar que son dos conceptos diferentes, Sophie Bessis hace una distinción entre estos conceptos cuando plantea que la exclusión social es una noción explorada por la sociología que remite mas a la integración y a la inserción, mientras que la pobreza es una categoría utilizada en el ámbito de la economía relacionada mas con la insuficiencia de recursos¹, mientras que Bihalla y Lapeyre plantean que el concepto de pobreza en su desarrollo mas reciente explora no solo la dimensión económica sino que también la dimensión social y tiene que ver con la distribución de los recursos y oportunidades, en tanto la exclusión tiene que ver con el aspecto relacional con ellos, en otras palabras la pobreza tiene que ver con la privación y la exclusión con la ausencia de membresía entendiendo esta como, el formar parte de una red social².

De este modo la pobreza no siempre implica exclusión, no todo pobre puede estar excluido de las necesidades básicas y al contrario las personas no pueden ser pobres y estar excluido por otros motivos como aislamiento geográfico, falta de estructura de sistemas de protección social, insuficiencia de la red de servicios de salud entre otros. Por otra parte, se ha demostrado que la inequidad entendida como la existencia de diferencias injustas e inevitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades es una causa importante de exclusión social.

En el campo de la salud la exclusión también esta siendo abordada con esta lógica, generando líneas de trabajo destinadas a atacar las causas de inequidad en salud, el impacto de la pobreza sobre la incidencia y prevalencia de los problemas de salud y

¹ Bessis, Sophie. "De la Exclusión Social a la cohesión Social". Síntesis de coloquio de Roskilde. UNESCO. Paris 1995

² Bihalla y Lapeyre. "Pobreza y exclusión en un mundo global". Gran Bretaña. 1998

sus manifestaciones en la exclusión en salud la cual se entiende como: **la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoren o preserven el estado de salud y que otro individuos y grupos de la sociedad disfrutan**. De esta definición se desprende que se trata de un fenómeno que trasciende de las competencias del sector salud, tal como ocurre con otras formas de exclusión social, no es explícita, se manifiesta con distintos grados de intensidad y puede expresarse en alguna de las siguientes situaciones.

- **Falta de acceso a mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud.** Cuando no existe la infraestructura mínima que permita proveer servicios de salud o las personas y grupos de población no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales, de oportunidad, calidad y dignidad.
- **Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar.** Cuando las personas no pueden acceder a un sistema de seguro de salud.
- **Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, dignidad y calidad independientemente de su capacidad de pago.** Cuando las personas no pueden acceder a un régimen de protección social en salud.

Desde la perspectiva de derecho la exclusión en salud la podemos definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud de una persona o grupos de personas de una sociedad determinada, esta negación puede ser total o parcial, temporal o permanente en el tiempo.

Por ser múltiples las situaciones que condiciona los diferentes tipos y grados de exclusión en salud e importante su caracterización para la toma de decisiones. La Secretaría de Salud a través de la Unidad de Planificación (UPEG) y el Programa Acceso a Servicios de Salud con la asistencia técnica de OPS/OMS ha iniciado el proceso de caracterización de la exclusión en salud en cuatro mancomunidades de municipios como experiencia piloto para su posterior extensión al resto del país hasta lograr la institucionalización de la metodología.

Para la Secretaría como Autoridad Sanitaria Nacional es de interés investigar cuales son los factores causales o determinantes de este problema en el nivel local constituido por el municipio y su Red de Servicios de Salud. El estudio esta constituido por cuatro mancomunidades de municipios³, Para enfrentar la problemática de salud desde una perspectiva de desarrollo intermunicipal, se incluye en este desafío la extensión de la protección social de salud con un enfoque intersectorial.

³ Mancomunidad de municipios. Asociación de uno o más municipios que ofrecen a sus integrantes la posibilidad de abordar de manera conjunta muchas de los problemas que por sus características, criterios de racionalidad económica, eficiencia técnica o administrativa no pueden afrontar individualmente y es recomendable realizar acciones mancomunadas.

III. CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA

3.1 Nacional e Institucional

Honduras se encuentra ubicada en el istmo centroamericano, su territorio se divide política y administrativamente en 18 departamentos y 298 municipios, de acuerdo al censo de población y vivienda del 2001 la población se estimó para el 2005 en 7,100.000 habitantes, de los cuales el 52% reside en el área rural. La tasa de crecimiento anual es de 2.5% con tasas de natalidad de 31/1000 y mortalidad de 5/1000 habitantes.

La población hondureña es eminentemente joven (53% menor de 19 años) y la esperanza de vida muestra una tendencia ascendente (72 años), esta situación ejerce una fuerte presión sobre los servicios sociales básicos principalmente los de salud.

Los principales problemas que afectan la situación y el desempeño de los servicios de salud están relacionados con la situación de pobreza, donde el 69% de hogares vive bajo la línea de pobreza y de estos 50% bajo la línea de indigencia⁴, el incremento de áreas urbano marginales, la dispersión de la población en áreas rurales en zonas de difícil acceso, la debilidad en la coordinación de la red de servicios de salud pública, insuficiente coordinación entre prestadores públicos y privados, la poca disponibilidad de recursos financieros, entre otros.

El ingreso per cápita es de US\$ 970 por año y el porcentaje de PIB dedicado al gasto público total es de 26,8%, el gasto social de 9% y el gasto en salud como porcentaje del PIB es de 5.6%⁵. El gasto nacional en salud per cápita es de US\$ 49.8%.

⁴ Indicadores Nacionales, Secretaría de Salud Honduras, 2005

⁵ Indicadores Nacionales, Secretaría de Salud Honduras, 2005

El sector salud esta constituido por un subsector público, compuesto básicamente por la Secretaría de Salud (a la cual le corresponde asumir el rol rector y regulador del sector), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (encargado de recaudar y administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleados destinados a financiar servicios de salud y prestaciones por incapacidad, vejez y muerte.) y un subsector privado conformado por instituciones con o sin fines de lucro. El país dispone de 8.7 médicos, 3.2 enfermeras profesionales y 2.6 odontólogos por cada 10.000 habitantes.

Se estima que el 52 % de la población es atendida por los servicios de la Secretaría de Salud, un 11% por el IHSS y alrededor de un 15% por el subsector privado. La red de servicios de atención ambulatoria de la Secretaría de Salud esta conformada por 1136 unidades productoras de servicios (US) y una red de atención hospitalaria que cuenta con 28 hospitales y 4.093 camas con diferente capacidad resolutive, ambas redes se relacionan mediante un débil sistema de referencia y contrarreferencia.

Durante la última década, la infraestructura en salud ha experimentado un prolongado deterioro, en este mismo periodo la pobreza y la marginalidad se han profundizado. Una proporción importante de la población hondureña sufre actualmente las consecuencias de la desigualdad económica con graves implicaciones en sus condiciones de vida, que se manifiestan en problemas de acceso a los servicios de salud, incapacidad financiera para enfrentar los riesgos de enfermar y el deterioro de su estado de salud.

Ante esta situación la Secretaría de Salud ha definido como parte fundamental de su política “hacer efectivo el acceso a la salud para todos los hondureños y hondureñas, en especial para las poblaciones mas postergadas” impulsando diferentes programas y proyectos orientados a mejorar el acceso a servicios de salud, las condiciones de oferta publica, promover la participación social y de los gobiernos municipales para la toma de decisiones en salud, con el apoyo de agencias internacionales de cooperación.

En este contexto la Secretaría de Salud y los gobiernos locales mediante un convenio marco de cooperación han estimado necesario incorporar el enfoque de extensión de la protección social en salud como un elemento importante para la definición de estrategias nacionales y locales a seguir en la consecución de lograr el objetivo declarado de hacer efectivo el acceso a la población hondureña.

Para garantizar el impacto de estas estrategias se hace necesario conocer los factores que están determinando este problema así como su incidencia, el perfil de la población excluida y su localización.

3.2 Contexto Local

Uno de los avances más significativos del régimen municipal hondureño ha sido la creación y consolidación de mancomunidades o asociaciones de municipios, las cuales tienen su fundamento legal en la ley de municipalidades (Art. 20 del capítulo único).

Esta modalidad de organización municipal ha hecho posible el establecimiento de alianzas estratégicas consensuadas entre los municipios y la Secretaría de Salud, para lograr el desarrollo municipal en salud, en donde cada vez los gobiernos municipales están asumiendo un rol protagónico considerando su responsabilidad y desafíos como autoridades locales por alcanzar mejores condiciones de vida y bienestar para sus habitantes.

En este marco, las mancomunidades de municipios del Norte del departamento de Choluteca (SOLIDARIDAD), Norte de Copán (MANCORSARIC), Centro de Atlántida (MAMUCA) y los municipios fronterizos de Intibucá (AMFI) han iniciado un proceso de caracterización de la exclusión social en salud en un total de 20 municipios que incluyen una población aproximada de 338,255 habitantes.

3.2.1 Características Generales de la Población de Estudio

Población: aproximadamente el 70% de la población se concentra en el área rural de los municipios, y cerca de un 35 % de la población corresponde a grupos indígenas lencas, chortis y afrodescendientes, la zona de estudio se caracteriza por un alto grado de dispersión geográfica.

En términos generales la población de estas mancomunidades es joven, el 52 % son mujeres y el 42% son hombres, la tendencia de crecimiento de población de estos municipios es de 4.5%, siendo las mancomunidades de mayor crecimiento poblacional la de MAMUCA, AMFI, MANCORSARIC, este rápido crecimiento poblacional esta relacionado con las altas tasas de natalidad que en promedio es de 3.5%.

Actividad Económica: la principal actividad económica de las zonas de estudio esta relacionada con la agricultura y la ganadería, en menor escala con el comercio, la industria y la explotación forestal.

La ocupación principal de la población en estos municipios es el trabajo por jornal, (52.5%) seguido por el trabajo independiente (26.2%) y en menor porcentaje el trabajo asalariado (13.7 %). En términos generales se maneja una economía de subsistencia.

Nivel de Pobreza: según el Programa de las Naciones Unidas PNUD, para el 2004 el índice promedio de desarrollo humano de estas mancomunidades es de 0.548, sin embargo los municipios fronterizos del departamento de Intibucá y Copán presentan un IDH muy por debajo del promedio nacional que es de 0.638.

El 60 % de las familias tienen un ingreso promedio mensual de Lps.1,200.00 (mil doscientos lempiras) equivalente a un aproximado de \$ 63.15.

Estos indicadores se reflejan en la situación de pobreza que presentan estos municipios donde el 70% de los hogares en promedio presentan más de tres necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Situación de Salud de las Mancomunidades. entre las primeras diez causas de morbilidad de las mancomunidades se destacan las IRAS, diarreas, parasitismo intestinal, problemas de piel, enfermedades de transmisión vectorial, este perfil epidemiológico es resultado de problemas ambientales, hídricos, estilos de vida y comportamientos de la población, siendo los grupos de mayor riesgo los niños menores de cinco años y la población económicamente activa.

El promedio de la tasa de mortalidad materna es de 133/100.000 N. V. superando a la nacional que es de 108/ 100.000 N.V. y la tasa de mortalidad infantil es de 7/1.000 N.V. al comparar las mismas con el año anterior se observa un incremento del numero de casos de muertes maternas, no así la mortalidad infantil que tiende a disminuir ligeramente. La tasa de fecundidad sigue siendo alta (5.6 en el área rural y 3.5 en el área urbana) en comparación con la nacional que es de 3.5 la misma se asocia al nivel educativo de la población en edad fértil y la oportunidad de acceso a los servicios de salud reproductiva entre otros factores.

El promedio de cobertura de agua y saneamiento oscila entre un 64% y 49 % respectivamente.

IV. PROCESO METODOLÓGICO PARA CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD

Uno de los resultados que se espera con los estudios de exclusión en salud en las mancomunidades es que sirvan de base para formular e implementar planes de acción para la extensión de la protección en salud en los municipios, con participación intersectorial considerando el carácter multicausal del problema de exclusión, así como la responsabilidad de la autoridad Sanitaria Nacional en el ejercicio de las funciones de regulación, garantía del aseguramiento y provisión de servicios. A partir de este enfoque la Secretaría de Salud y las mancomunidades de municipios utilizaron el siguiente proceso metodológico:

4.1 Sensibilización de actores claves

Comprende el proceso en que se promueve la sensibilización (identificación del problema de exclusión en salud a nivel del país), concientización (análisis y explicación del problema en función de sus causas y efectos) y motivación (para la toma de decisiones, la concertación y negociación de estrategias y planes consensuados para reducir la exclusión) a actores claves de la Secretaría de Salud desde el nivel político, técnico normativo hasta el nivel intermedio y local, así como a los alcaldes municipales y líderes comunitarios y otros actores institucionales con presencia en los municipios.

Este momento fue conducido por el equipo técnico del Programa Acceso (GAT) con el acompañamiento técnico de consultores de OPS, Honduras, los equipos locales de salud, y las Unidades técnicas de las mancomunidades, a través de reuniones con autoridades políticas de la Secretaría de Salud y la Asociación de Municipios de Honduras (AMHON), Presidentes de Mancomunidades, alcaldes municipales y Equipos de Salud a nivel nacional, departamental y local.

Como resultados de este proceso se dieron los siguientes:

- La participación de los Gobiernos locales en la investigación para conocer la situación de exclusión en sus municipios y en la toma de decisiones para reorientar planes de acción y recursos financieros municipales en función de mejorar acceso de sus poblaciones a servicios de salud a partir de estrategias focalizadas.
- La toma de decisiones por parte de las autoridades políticas de la Secretaría de Salud para introducir los estudios de la exclusión en salud a nivel local como parte de la línea base para orientar el proceso de organización departamental en el actual proceso de reforma del sector salud.

4.2 Conformación y capacitación de equipo técnicos facilitadores a nivel nacional y local

Una vez desarrollados los entendimientos básicos, la situación del problema de exclusión en el país y promovido el interés de las autoridades nacionales y locales sobre la necesidad de abordar este problema como una prioridad, las autoridades políticas de la Secretaría de Salud y las mancomunidades de municipios facilitaron la organización de un equipo técnico nacional y cuatro equipos técnicos a nivel local, uno por mancomunidad para la conducción técnica, logística y operativa del proceso de caracterización y extensión de la protección en salud en los municipios, estos equipos están conformados por personal de salud a nivel nacional y local y de las unidades Técnicas intermunicipales que forman parte de la estructura organizativa de las mancomunidades, asesorados por consultores de la OPS/OMS, del nivel Nacional de la Secretaría de Salud y del Programa Acceso a Servicios de Salud.

Estos equipos fueron sometidos a un proceso de capacitación continua en aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos sobre el tema de exclusión y protección social en salud, políticas y estrategias nacionales y locales relacionadas con la problemática.

4.3 Metodología Utilizada para el Desarrollo del Estudio

Para el desarrollo de este proceso se realizó un estudio descriptivo de corte transversal tomando como base la **“Guía metodológica para la Caracterización**

de la Exclusión Social en Salud” propuesta por OPS/OMS a la cual mediante un taller participativo se le hicieron los ajustes necesarios considerando los siguientes criterios:

- Selección de indicadores de acuerdo a la realidad nacional, departamental y local.
- Disponibilidad de fuentes de información primarias y secundarias a nivel nacional, departamental y local
- Participación social
- Sostenibilidad
- De fácil aplicación y bajo costo
- Replicabilidad

Área de estudio

Esta constituida por 20 municipios asociados en cuatro mancomunidades del país, localizadas en los Departamentos de Copán, Intibucá, Choluteca, y Atlántida, fueron seleccionadas de manera intencional por su condición de postergación geográfica y económica, por el interés de sus gobiernos locales y de la Secretaría de Salud para validar la metodología para su institucionalización

Universo y muestra

La población total de las cuatro mancomunidades es de 338,255 habitantes, para un total de 35.080 hogares, para el desarrollo del estudio se utilizó una muestra probabilística de 6,364 hogares para lo cual se determinaron conglomerados (cabeceras municipales) y subconglomerados (aldeas y caseríos) considerando el 30% de población urbana y el 70% de población rural por ser este el sistema de distribución poblacional de la mayoría de las mancomunidades.

Método de recolección de Información

La recolección de información se hizo a través de una encuesta de hogar (Ver Anexo #1), para aquella información que no fue posible recolectar a través de la encuesta se hizo mediante el uso de fuentes secundarias.

Este proceso implicó las siguientes actividades:

- Diseño de instrumento de investigación
- Capacitación de 60 encuestadores y 25 supervisores sobre manejo y uso del instrumento, determinación de la muestra, técnica de la entrevista y responsabilidades del encuestador y supervisor.
- Levantamiento de información

Análisis de la información

La tabulación y análisis de la información recolectada se hizo mediante el programa computarizado Epi-info. Versión 6.04, definiendo previamente una base de datos a partir del instrumento diseñado para la captación de los datos.

Los datos serán analizados en función:

- las principales causas de exclusión social en salud en la mancomunidad.
- La localización de la exclusión social en salud por mancomunidad y municipio.
- El perfil de la población excluida.
- El porcentaje de la población excluida.

Indicadores y variables seleccionados para la medición y su valoración

| Indicadores | Variables | Valores |
|------------------------|--|---|
| Población | <ul style="list-style-type: none"> • Distribución poblacional • Edad • Sexo | <ul style="list-style-type: none"> • % de población área urbana y rural <ul style="list-style-type: none"> ▪ < de 5 años ▪ 10-19 años ▪ 12-49 ▪ de 65 ▪ masculino y femenino |
| Cobertura | <ul style="list-style-type: none"> • Demanda asistida por los servicios de salud de la mancomunidad • Población no cubierta por seguro médico | <ul style="list-style-type: none"> • % de personas que enfermaron en los últimos seis meses al momento de aplicarla encuesta y que accedieron al servicio de salud, en relación al total de enfermos encuestados • % de población que cuenta con seguro médico |
| Infraestructura | <ul style="list-style-type: none"> • Distribución geográfica de la red de servicios de la mancomunidad. • Distribución de recursos institucionales de salud. • Relación recursos humanos institucionales de salud/ población. | <ul style="list-style-type: none"> • N° y tipo de servicio de salud disponibles en las mancomunidades. • N° de Recursos humanos institucionales y forma de distribución • Proporción de institucional caracterizado por grado académico en relación con el tamaño poblacional. |
| Accesibilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Población bajo línea de pobreza. • Ingreso familiar mensual. • Gasto de bolsillo como proporción del gasto total del hogar. • Distancia y tiempo | <ul style="list-style-type: none"> • % de hogares con mas de tres N.B.I • < de Lps1.200.00. • Lps 1.200-1500 • de Lps2.000.00 • Menos de 1 hora del S.S. • Más de 1 hora del S.S. |
| Proceso | <ul style="list-style-type: none"> • Parto institucional • Mujeres embarazadas que no alcanzan el número normado de controles prenatales. • Niños < de 5 años que abandonan esquema de vacunación. | <ul style="list-style-type: none"> • % de partos no institucionales • % de mujeres embarazadas que no cuentan con el # de controles prenatales según normas de atención. • % de niños > de 5 años con esquemas de vacunación incompleta. |

V. ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN LAS MANCOMUNIDADES

5.1 Infraestructura Física en Salud

El sistema de salud en estas mancomunidades esta constituido fundamentalmente por el subsistema público a través de la Secretaría de Salud como una opción de oferta de servicios públicos. La red disponible de servicios con sus recursos humanos y tecnológicos tiene mayor capacidad de resolución para el primero y segundo nivel de atención. Este subsistema tiene como función principal la prestación de servicios.

Este sistema de servicios de salud esta constituido por 6 clínicas materno infantil, 27 centros de salud con médico odontólogo (CESAMO), ubicados en las cabeceras municipales y 51 centros de salud rural, atendidos por auxiliares de enfermería (CESAR) los cuales se localizan en las comunidades con promedio de 3.000 habitantes, se agrega a esta red los servicios de atención primaria y promoción de la salud a nivel comunitario, facilitados por personal comunitario de salud y algunas organizaciones no gubernamentales.

Esta red de servicios se articula a nivel departamental con cinco hospitales de referencia que están localizado en los municipios con mayor concentración poblacional (San Lorenzo, Santa Rosa de Copán, Tela, Ceiba, La Esperanza) Se caracteriza por ser fragmentado, desarticulado tanto a nivel interno del subsistema, como con otros subsistemas externos, con una débil regulación y carente en un 95% de sistemas de aseguramiento.

5.2 Recursos Humanos y Relación Poblacional

Las mancomunidades cuentan con un total de 88 recursos profesionales y técnicos en salud siendo las auxiliares de enfermería el personal mas numeroso (91%), seguido de los técnicos en salud ambiental (36%), médico (18%), los municipios

de San Jerónimo en MANCORSARIC y San José de SOLIDARIDAD carecen de este recurso, además cuentan con 16 enfermeras profesionales y 4 técnicos en laboratorio

Al investigar la relación de estos recursos con la población, se puede observar que la relación médico población responde al estándar nacional (1/10,000 habitantes) no así la de otros profesionales como la del odontólogo, enfermera profesional, técnico en salud ambiental y técnicos en laboratorio donde la brecha es significativa ya que no responde a los estándares mínimos, en el caso de las Auxiliares de Enfermería la relación corresponde a 3,7 auxiliares por 10,000 habitantes, como se puede deducir el mayor porcentaje de atenciones lo esta brindando este personal principalmente en el área rural.

5.3 Distribución de Infraestructura Física y Recursos Humanos

Al analizar la forma en como están distribuidos los servicios de salud y los recursos humanos podemos decir que no existe una distribución equitativa considerando los diferentes estratos de la población ya que la mayoría de los servicios y personal de salud se ubica en los municipios de mayor concentración poblacional, menor nivel de pobreza y mejores condiciones de accesibilidad geográfica, mientras que los municipios mas postergados como San José, San Isidro (Solidaridad), San Jerónimo, Cabañas (Mancorsaric), San Antonio (AMFI) entre otros, con comunidades mas pequeñas y dispersas y con mayores niveles de pobreza disponen de menos recursos y servicios de atención en salud.

5.4 Financiamiento y Gasto en Salud

El subsistema de salud de las mancomunidades se financia mediante fondos públicos, fondos de cooperación externa y pago directo de hogares por los servicios de salud recibidos. El financiamiento público proviene de la recaudación fiscal y la asignación presupuestaria por parte del gobierno a los servicios de salud a través de la Secretaría de Salud, esta asignación se realiza sin considerar criterios demográficos, epidemiológicos, de equidad y de garantía de acceso de la población a servicios de salud.

Otra fuente de financiamiento la constituye la cooperación externa a través de proyectos específicos que buscan contribuir con el mejoramiento del acceso y condiciones de salud, como es el caso de Asdi, la agencia de Cooperación Española, la agencia de Cooperación Canadiense, el Banco Mundial. En una pequeña proporción el sistema se financia a través del pago directo de hogares mediante la cuota de recuperación la cual es distribuida entre el servicio de salud y la Dirección Departamental de Salud.

El promedio del gasto total en salud en las mancomunidades estudiadas representa el 48.6%; en otros municipios como: San Marcos Sierra 70.4% y La Esperanza 62.3%(AMFI), Esparta (57.3%), San Jerónimo (59%), Concepción (50), San José (71%) y San Antonio (71%), estos promedios son mayores.

La mayor inversión del gasto público esta orientado al pago de salarios por servicios profesionales, seguido al gasto en medicamentos, insumos y materiales médicos.

VI. SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN EN LAS MANCOMUNIDADES DE MUNICIPIOS

Los resultados del estudio muestran que el problema de exclusión social en salud en las mancomunidades investigadas esta determinado por múltiples factores, muchos de los cuales están relacionados en forma directa con el proceso de atención en salud producida por el subsistema público de las mancomunidades y otros con la situación socioeconómica de la población como la pobreza, el desempleo y el subempleo, la ruralidad, la inequidad en la distribución de los medios de producción, patrones culturales, analfabetismo entre otros.

En este apartado se presentan los resultados del estudio desagregados por mancomunidad de acuerdo a los indicadores y variables considerados para la medición.

6.1 Indicadores de Población

6.1.1 Características del Jefe de Hogar

El promedio de edad del jefe de hogar es de 45 años. Del total de 6,364 jefes de hogar 80.8% corresponde al sexo masculino, el 76.3 % se encuentran casados o en unión libre y del total de los jefes de hogar investigados solo el 21.7% cuenta con primaria completa en el caso de los municipios del centro de Atlántida (MAMUCA) el 71.4% de los jefes de hogar tienen primaria incompleta.

Las mancomunidades de municipios del norte de Copán (MANCORSARIC) y municipios fronterizos de Intibucá (AMFI) muestran los porcentajes más altos de analfabetismo 31.7% y 38.3% esta situación esta relacionada con su aislamiento geográfico y sociocultural.

Cuadro No. 1: “Distribución porcentual de características seleccionadas del Jefe de hogar por mancomunidad, 2004”

| Variables | AMFI | MAMUCA | MANCORSARIC | SOLIDARIDAD | Promedio (%) |
|---|------|--------|-------------|-------------|--------------|
| Sexo (%) | | | | | |
| Hombre | 79.8 | 76.6 | 87.4 | 79.7 | 80.8 |
| Mujer | 20.2 | 23.4 | 12.6 | 20.3 | 19.1 |
| Estado Civil (%) | | | | | |
| Casado o en Unión Libre Soltero, separado | 80.9 | 71.3 | 81.8 | 71.3 | 76.3 |
| Divorciado, viudo | 19.1 | 29.3 | 18.2 | 28.7 | 23.8 |
| Escolaridad (%) | | | | | |
| Ningún nivel | 31.7 | 16.6 | 38.3% | 29 | 28.9 |
| Primaria incompleta | 39.1 | 71.4 | 44.3 | 42.1 | 48.9 |
| Primaria completa | 29.0 | 11.5 | 17.3 | 29 | 21.7 |
| Porcentaje (%) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| No. de Hogares | 1741 | 1995 | 1513 | 1115 | 6364 |

Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

6.1.2 Estructura Económica de la Población

Cuadro No. 2: “Distribución porcentual de la población según categoría ocupacional por mancomunidad, 2004”

| Categoría Ocupacional (%) | AMFI | MAMUCA | MANCORSARIC | SOLIDARIDAD | Promedio (%) |
|---------------------------|------|--------|-------------|-------------|--------------|
| Asalariado | 5.7 | 21.0 | 9.8 | 18.4 | 13.7 |
| Jornalero | 73.8 | 50.1 | 58.8 | 57.5 | 52.5 |
| Independiente | 20.5 | 28.9 | 31.4 | 24.1 | 26.2 |
| No. de Ocupados | 2747 | 2736 | 2494 | 1514 | 9491 |

Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

Podemos observar que del total de personas que trabajan (9.491), en promedio el 52.5% se desempeña como jornalero que es el trabajo que el ganadero o agricultor paga a sus trabajadores por día o por tarea, el mismo se observa mas en el área rural, 26.2% se dedican al trabajo independiente generalmente en el área del comercio informal principalmente en las mancomunidades de los municipios del Norte de Choluteca (SOLIDARIDAD) y municipios del Centro de Atlántida (MAMUCA) a nivel urbano. El 13.7% se ubican en la categoría de asalariados que en su mayoría son pagados por debajo del salario mínimo nacional.

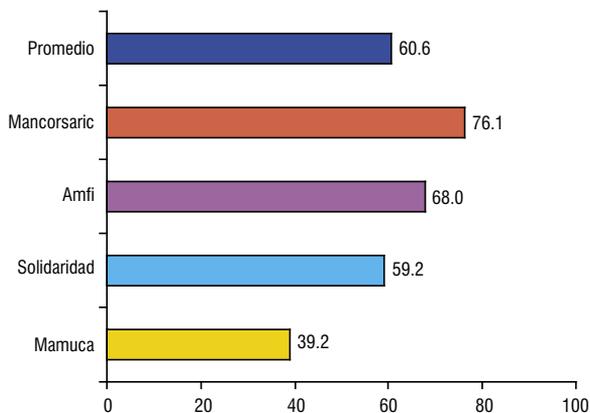
Cuadro No. 3: Porcentaje de la Población en Edad Activa y Situación Ocupacional por Mancomunidad, 2004.

| Situación Ocupacional | AMFI | MAMUCA | MANCORSARIC | SOLIDARIDAD | Promedio (%) |
|-----------------------|------|--------|-------------|-------------|--------------|
| PEA | 51.9 | 54.8 | 53.4 | 52.5 | 53.1 |
| Población Ocupada | 51.0 | 49.1 | 55.1 | 48.5 | 51.0 |
| Población Desocupada | 49.0 | 50.9 | 44.9 | 51.5 | 49.0 |

Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

Del total de población investigada el 53.1% representa la población económicamente activa (PEA) de las cuatro mancomunidades, de este porcentaje el 49% esta desocupada debido a la falta de fuentes de empleo en los municipios, bajo grado de escolaridad de la población, entre otras causas. Las mancomunidades que presentan mayores niveles de desempleo son las de los municipios del centro de Atlántida y norte de Choluteca, este fenómeno esta obligando a los hombres jefes de hogar a emigrar a otros países en busca de mejores oportunidades, lo que afecta la protección de la familia en la parte de salud y otros aspectos y por tanto a profundizar la situación de exclusión por falta de capacidad de pago, principalmente en la mujer que se convierte en jefa de hogar.

Gráfico No. 1: Ingreso Promedio Mensual (Lps. 0- 1,200) de la Familia por Mancomunidad, 2004.



Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

El 60.6% de los hogares tienen un ingreso promedio mensual menor a Lps1, 200.00 lo que limita el acceso de la población a los servicios de salud, principalmente a las mujeres embarazadas y madres con niños menores de 5 años, de acuerdo a la investigación el promedio de gasto de bolsillo por atención es de Lps. 72.4, y en algunas mancomunidades como la MAMUCA, este gasto asciende a Lps. 95.7, gasto que en un 80% es destinado a la compra de medicamentos.

6.2 Indicadores de Accesibilidad

6.2.1 Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

Para medir el nivel de pobreza uno de los indicadores que se utilizó fue el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas.

Del total de 6.364 viviendas investigadas se encontró que 36.1% presentan paredes de desecho, en el caso de la AMFI tiene un promedio de 93.7%, es evidente el problema de hacinamiento en la mayoría de los municipios de las mancomunidades (43.1%), este problema se acentúa en las mancomunidades con población indígena y esta asociado con la situación socioeconómica de los hogares

que en un 56% tienen más de tres dependientes por ocupado y un promedio de 5.3 miembros por familia.

En el 22% de las viviendas se encontraron niños de 6 a 14 años que no asisten a la escuela, en el caso particular de la AMFI este porcentaje asciende a un 55%.

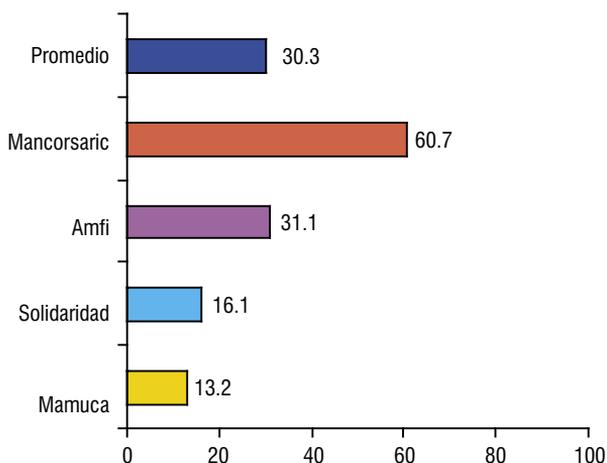
Cuadro No. 4: Estratificación según NBI por Mancomunidad, 2004.

| Variables Consideradas para Análisis NBI | AMFI | MAMUCA | MANCORSARIC | SOLIDARIDAD | Promedio (%) |
|--|------|--------|-------------|-------------|--------------|
| Paredes de desecho | 93.7 | 15.5 | 31.9 | 3.5 | 36.1 |
| Hacinamiento | 44.1 | 33.0 | 48.9 | 46.5 | 43.1 |
| Niñas (6-12) que no asisten a la escuela | 54.8 | 6.4 | 16.7 | 10.4 | 22.0 |
| Más de tres dependientes por ocupado | 54.8 | 52.2 | 53.4 | 62.8 | 55.8 |
| No. de viviendas | 1741 | 1995 | 1513 | 1115 | 6364 |

Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

6.2.2 Hogares sin Acceso a Agua Potable

Grafica No. 2: Porcentaje de Hogares sin Acceso a Agua Potable dentro de la Propiedad por Mancomunidad, 2004.

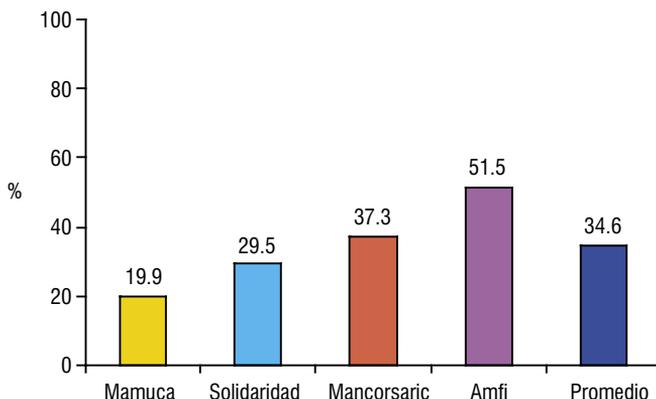


Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

En la gráfica anterior se observa que en promedio el 30.3% de las viviendas encuestadas no tienen acceso a agua potable para consumo humano dentro de la propiedad, al observar los porcentajes de manera individual la AMFI y la SOLIDARIDAD son las mancomunidades con mayor problema de acceso a este servicio.

6.2.3 Hogares sin Acceso a Sistema de Eliminación de Excretas

Gráfica No. 3: Porcentaje de Hogares sin Adecuado Sistema para la Eliminación de Excretas por Mancomunidad, 2004.



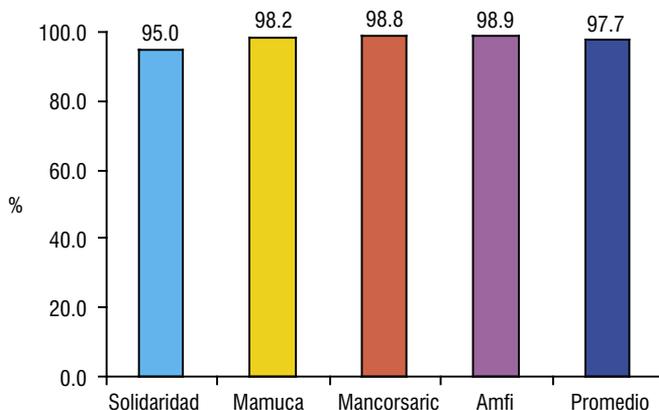
Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

Al igual que la situación anterior en promedio el 34.6 % de las viviendas carecen de un sistema adecuado para la eliminación de excretas, siendo la AMFI y MANCORSARIC las mancomunidades que presentan mayor grado de exclusión, en las viviendas rurales las letrinas se constituyen en la alternativa para la disposición de excretas.

Se estima que a nivel nacional mas de 1,500.000 habitantes están excluidos de cualquier tipo de sistema de eliminación de excretas, agudizándose este problema en el área rural.

6.2.4 Población no cubierta por un Sistema de Seguro

Gráfica No. 4: Población sin Seguro Médico por Mancomunidad, 2004.



Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

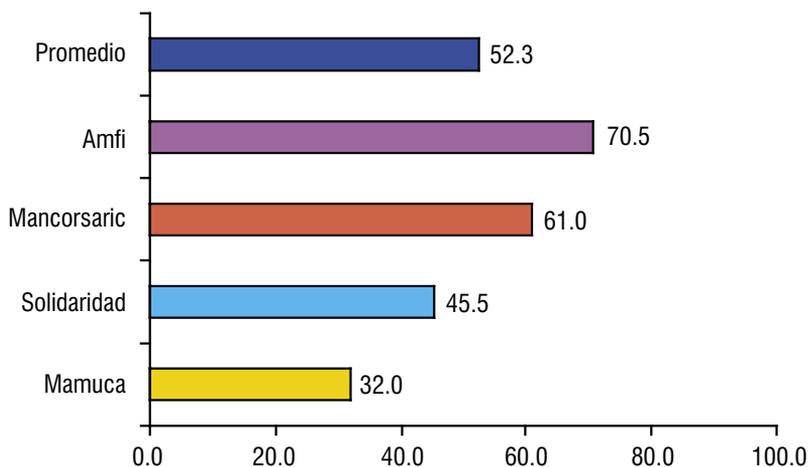
En promedio el 98% de las personas que viven en el hogar y trabajan no tienen ningún tipo de seguro médico, esta problemática es crítica a nivel nacional ya que del total de población del país únicamente un 17% posee algún tipo de seguro en salud, donde se incluye el Instituto Hondureño de Seguridad Social con una cobertura de 13%.

Es importante mencionar que el sistema público de salud no tiene definida una política ni desarrolla la función de aseguramiento y el IHSS y el sector privado esta concentrado en las ciudades de mayor concentración poblacional y que se constituyen en los principales polos de desarrollo, lo que señala la poca capacidad de expansión de los mismos en términos de cobertura.

Esta situación esta promoviendo el interés de las autoridades nacionales y locales para reorientar el papel rector de la Secretaría de Salud y de políticas municipales en el marco del aseguramiento.

6.2.5 Inaccessibilidad Geográfica

Gráfica No. 5: Porcentaje de Población que tarda más de una hora para llegar a la Unidad de Salud más cercana, por Mancomunidad, 2004.



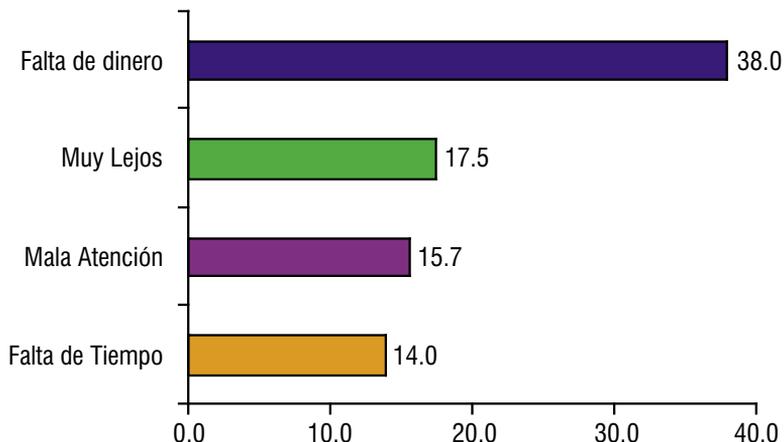
Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

En promedio más del 50% de la población entrevistada de los municipios de las mancomunidades invierten más de una hora para llegar a la Unidad de Salud más cercana; en el caso de la población de las mancomunidades del norte de Copán y los municipios fronterizos de Intibucá este porcentaje es mayor debido a la alta dispersión geográfica, el alto grado de ruralidad y la carencia de medios de transporte. En muchas ocasiones esta situación se convierte en una causa de exclusión por la falta de readecuación de servicios de salud incluyendo la inflexibilidad en los horarios de atención establecidos por el servicio de salud.

6.3 Indicadores de Cobertura de la Red de Servicios

6.3.1 Demanda Asistida

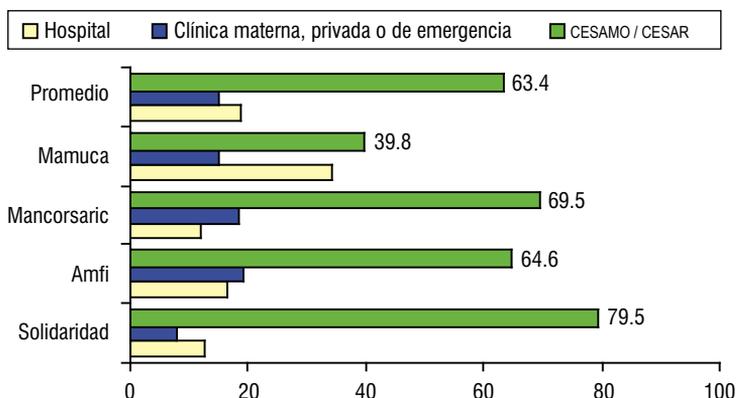
Gráfica No. 6: Porcentaje promedio de la Población que se Enferma o Accidenta según Razón de no Consulta, 2004.



Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

La estimación de la cobertura real se efectuó tomando como base la población que se había enfermado o accidentado en los últimos seis meses al momento de aplicar la encuesta, del total de personas que se enfermaron o accidentaron 16% refirieron que no acudió al servicio de salud por mala atención recibida por el personal institucional, la cual es percibida por el maltrato, la falta de oportunidad de la atención, la falta de resolución del problema y respuesta incompleta; el 38.0% por falta de dinero asociado a la situación de pobreza de los hogares; 17% por problemas de distancia, 15% porque el marido no quiere y el 14% falta de tiempo. Este tipo de razones excluye en un porcentaje mayor a la mujer principalmente en el área rural.

Gráfica No. 7: Porcentaje Promedio de la Población que enferma o se Accidenta según Unidad de Salud a la que asiste por Mancomunidad, 2004



Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

De las personas que enfermaron y consultaron en promedio 63.4% acudió al servicio de salud con médico (CESAMO o CESAR) y el 18.9 % asistió al hospital más cercano.

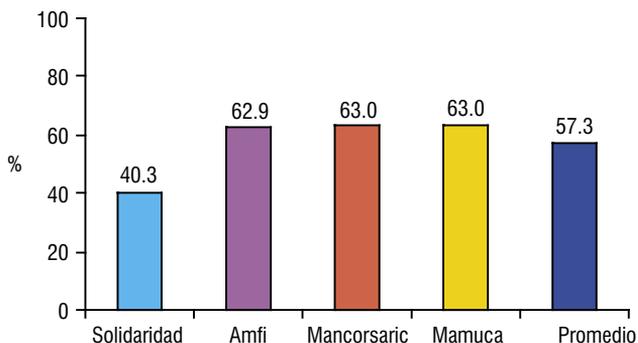
Cuando se les consultó por quién habían sido atendidos el 60.2% refirió que fue atendido por un médico, con excepción de cuatro municipios que corresponden a las mancomunidades de Solidaridad y MANCORSARIC, que aunque el servicio de salud esta categorizado como CESAMO, no cuenta con médico por razones de traslado de plazas a sedes municipales más accesibles geográficamente y que satisfacen intereses personales.

La Auxiliar de Enfermería se convierte en el recurso que más consulta la población debido a que el CESAR es la unidad más accesible económica y geográficamente, con mayor grado de articulación con la red de servicios de atención a nivel comunitario. Llama la atención la insuficiente demanda que se observa hacia las clínicas maternas infantiles disponibles en las mancomunidades, lo que exige una investigación adicional al respecto.

6.4 Indicadores de Proceso

6.4.1. Atención de Partos No Institucionales

Gráfica No. 8: Porcentaje de Partos No Institucionales por Mancomunidad, 2004.



Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipios

Para determinar el porcentaje de partos no institucionales se investigó el número de mujeres que estuvieron embarazadas en los últimos doce meses al momento de aplicar la encuesta, se encontró que en promedio el 57.3% de las mujeres que estuvieron embarazadas en este período tuvieron su parto en casa y fueron atendidas por partera tradicional; sin embargo, este promedio esconde la situación que presentan varios municipios en las cuatro mancomunidades como: Colomocagua (79%), San Marcos (78.1%) Copán Ruinas (71%), San Antonio (70%), Concepción (70%) La Esperanza (69%), San José (67%), Cabañas (54%), El Porvenir (48.4%).

Las mancomunidades de los municipios fronterizos de Intibucá y norte de Copán es donde se presenta el mayor porcentaje de mujeres que su parto es atendido en casa.

La situación anterior obedece a comportamientos culturales del hombre y de la mujer, la falta de conocimientos sobre los factores de riesgo del embarazo y parto y el nivel de ingresos del hogar. Desde la dimensión institucional obedece a la falta de seguimiento y revisión sistemática de las estrategias de intervención para

aumentar las coberturas del parto institucional y a la falta de focalización de los grupos con mayores problemas de exclusión.

6.4.2. Porcentaje de mujeres que no cuentan con el número normado de controles prenatales.

Este porcentaje se definió considerando la norma de cinco controles como máximo y tres como mínimo, que debe tener una mujer embarazada en su periodo de gestación. De las 404 mujeres embarazadas entrevistadas el 26% no contaban con el número normado de controles prenatales, principalmente en las mancomunidades de los municipios fronterizos de Intibucá (35%), municipios del centro de Atlántida (22%) y municipios del norte de Choluteca (20%); es importante resaltar que al momento de hacer la verificación del carné de vacunación mas del 70% de estas mujeres tienen sus esquemas completos de vacunación, lo que significa que han recibido atención institucional por parte del personal, sin embargo estas mujeres están siendo excluidas por la falta de atención integral y continuidad de la misma (exclusión por inhabilidad técnica científica y respuesta incompleta).

6.4.3 Porcentaje de Niños y Niñas que Abandonan el Programa de Vacunación

Cuadro No. 5: Distribución porcentual de vacunación en niños y niñas menores de 2 Años, por mancomunidad, 2004

| Niñas y Niños vacunados por tipo de biológico | AMFI | MAMUCA | MANCORSARIC | SOLIDARIDAD | Promedio |
|--|-------------|---------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| Porcentaje de niños vacunados | 96.5 | 94.6 | 94.3 | 95.9 | 95.3 |
| Porcentaje de niños con carne disponible | 92.9 | 91.1 | 95.5 | 96.3 | 93.9 |
| Porcentaje con 3era dosis de Sabin | 90.0 | 79.6 | 100 | 100 | 92.4 |
| Porcentaje de niños con dosis de SRP | 69.2 | 77.1 | 100 | 97.2 | 85.8 |
| No. de Hogar | 1741 | 1995 | 1513 | 1115 | 6364 |

Fuente: Encuesta de hogar, aplicada en mancomunidades de municipio

Los datos de la encuesta arrojaron que del total de niños menores de 2 años identificados el 7.6% no tiene el número de dosis normada de la vacuna que Sabin y un promedio de 14% no cuenta con la dosis normada de la vacuna de SRP, este problema se presenta en mayor grado en los municipios interfronterizos de Intibucá y municipios del centro de Atlántida, principalmente en los municipios más postergados.

VII. DESARROLLO DEL DIALOGO SOCIAL

Como muestran los resultados anteriores el problema de exclusión social en salud en estas mancomunidades esta determinado por factores que tienen que ver con la oferta de servicios de los subsistemas de salud y con factores externos a los mismos, ligados a la situación de pobreza, inequidad, aspectos culturales y políticos.

Desde esta dimensión causal, de responsabilidades y competencias y desde el punto de vista metodológico el análisis de los resultados del problema se llevó a cabo mediante el desarrollo de un proceso de diálogo social con la participación de diferentes grupos de actores sociales que responden a diferentes intereses, motivaciones, toma de decisiones y grado de poder en los municipios.

Este proceso de diálogo ha permitido priorizar aspectos críticos del problema que deben de tomarse en cuenta, por una parte, para diseñar estrategias viables a nivel nacional, departamental, intermunicipal y municipal que sean capaces de contribuir a reducir el problema de exclusión y por otra, para negociar, concertar, llegar a acuerdos y gestionar asistencia técnica y financiera para la ejecución de estas estrategias concretizadas en planes de acción.



Equipos locales de Salud, Alcaldes Municipales, Líderes Comunitarios e indígenas discutiendo la problemática de exclusión social en salud en sus mancomunidades

A este proceso hay que agregar las oportunidades que ofrecen los Planes Estratégicos de cada mancomunidad y municipios donde se han identificado diferentes tipos de socios, el Plan Nacional de Salud al 2021 y la Estrategia de Reducción de la Pobreza (ERP) que permitirá un mayor flujo de recursos técnicos y financieros para proyectos socioeconómicos que serán ejecutados en zonas postergadas del país para mejorar condiciones de acceso a servicios públicos. Para ilustrar los resultados de este proceso de dialogo se sistematiza en este trabajo la experiencia de la mancomunidad de municipios del Norte de Choluteca por ser una de las que ha logrado mayores avances en el último período después de la ejecución del estudio de exclusión.

VIII. ESTRATEGIAS DE ABORDAJE PARA LA EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA POBLACIÓN MATERNA

La experiencia de la mancomunidad de municipios del Norte de Choluteca (**SOLIDARIDAD**)



8.1 Justificación de la experiencia

Los resultados del estudio de exclusión realizado en la mancomunidad de municipios del Norte de Choluteca demuestran que uno de los grupos con mayor problema de exclusión es la población materna infantil, de 139 mujeres encuestadas que estuvieron embarazadas en los últimos 12 meses al momento de aplicar la encuesta de hogar el 60% de sus partos fueron atendidos en casa por parteras tradicionales capacitadas y el 25% tuvieron control prenatal; al consultarles los motivos por los que no accedieron a la Clínica Materno Infantil u otro Servicio de Salud refirieron causas relacionadas con su situación de pobreza, inaccesibilidad geográfica, falta de conocimiento en salud reproductiva respecto a factores de riesgo y señales de peligro del embarazo. No obstante el 48% refirió además problemas relacionados con el sub- sistema de salud de la mancomunidad que tienen que ver con el déficit de la infraestructura adecuada para la atención calificada del embarazo, parto y post parto, así como por la falta de trato humanizado por parte del personal de los servicios de salud.

Igual ocurre con la población infantil, en esta oportunidad se investigaron 289 niños menores de 5 años que enfermaron durante los últimos seis meses al momento de aplicar la encuesta, de estos solo el 51.7 % acudió a algún servicio de salud. En otro caso se encontró que del total de 1.115 hogares investigados solo el 2.% dispone de algún seguro médico.

Ante este desafío la mancomunidad con la participación del equipo local de salud, líderes comunitarios, representantes de ONGs y la asistencia técnica y financiera de la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (Asdi) a través del Programa Acceso a Servicios de Salud y la OPS/OMS en el marco del Décimo Plan de Actuaciones conjuntas (PAC-XI) con la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y otras fuentes de financiamiento internas y externas a los cuatro municipios que la conforman están desarrollando el “Proyecto de Extensión de la Protección Social en Salud en Población Materna Infantil” cuyo objetivo principal es contribuir a mejorar las condiciones de acceso de este grupo de población a servicios de salud desde una perspectiva de derecho, participación social y equidad.

8.2 Criterios para la definición de estrategias de Intervención

Para disminuir la exclusión en este grupo de población a través de este proyecto, la mancomunidad identificó cinco estrategias las cuales mediante un proceso de diálogo social fueron analizadas, considerando los siguientes criterios:

- Viabilidad política nacional, departamental, intermunicipal y municipal
- Factibilidad técnica y financiera
- Postergación
- Interés y aceptación social

8.3 Estrategias de abordaje para la extensión de la protección social en salud de la población Materna Infantil

8.3.1. Fortalecimiento técnico y logístico de la Clínica Materno Infantil

Para mejorar la oferta de servicios de salud materna, neonatal e infantil, aumentar la eficiencia y calidad de la atención institucional en la Clínica Materno Infantil de la mancomunidad de acuerdo a los criterios de los cuidados obstétricos

esenciales (COE) fue necesario el fortalecimiento de la clínica materno infantil de la mancomunidad con sede en el municipio de Pespire, el desarrollo de esta estrategia implicó las siguientes actividades:

Construcción albergue materno

El estudio reflejó que las altas tasas de morbilidad y mortalidad por embarazo, parto y posparto son generadas, entre otras causas, por la falta de atención médica, que no es posible para las mujeres por la falta de recursos económicos y la lejanía de las comunidades, principalmente las de los municipios de San José y San Isidro. El costo en dinero para una mujer que demanda atención por un embarazo en situación de riesgo en la clínica materno infantil es alto ya que el mismo implica no sólo el pago de medicamentos sino que inclusive pago de transporte, alimentación y hospedaje.

Con el albergue se garantiza la estadía temporal y la atención médica de las mujeres con riesgo reproductivo o que presente alguna patología que lo complique; por tanto, se espera reducir el número de muerte materna y aumentar la cobertura de partos institucionales.

Este proyecto fue construido por la mancomunidad con la participación de diferentes grupos de trabajo por cada uno de los cuatro municipios promovido por los Consejos Municipales, los Patronatos y el Personal de Salud.

Características físicas del albergue

- Área de construcción 8x10 metros
- Dos habitaciones con capacidad para tres camas
- Dos servicios sanitarios con su respectivo baño
- Un área de lavandería
- Una cocina comedor

Dotación equipo Gineco-obstétrico

Con el propósito de brindar una mejor atención a la mujer y al recién nacido durante y después del parto se fortaleció la clínica con un equipo mínimo.

- Balanza con tallímetro para adulto
- succionador para recién nacido
- camilla obstetricia
- Set para la atención del parto
- Lámpara de ganso
- Dopler para el análisis de signos vitales del recién nacido



Equipo gineco-obstétrico con que se fortaleció la clínica materno infantil de la Mancomunidad.

Capacitación

El personal de la clínica fue capacitado en técnicas de parto limpio, atención del trabajo de parto, atención inmediata del recién nacido, identificación de señales de peligro durante el trabajo de parto tanto en la madre como en el niño, calidez de la atención entre otros aspectos, además se están diseñando los protocolos de atención.

8.3.2 Implementación de la Estrategia de Atención Integral al Niño a Nivel Comunitario (AIN-C)

Con el propósito de fortalecer las acciones de Atención Primaria en Salud a nivel de la comunidad y mejorar el acceso de las madres de niños menores de cinco años, se implementó la estrategia de Atención Integral al Niño como una nueva manera de cuidar la salud de los niños y niñas en la comunidad, se espera que las madres lleguen al centro de salud con su niño evitando que enfermen o mueran. Mediante un proceso de trabajo teórico-práctico la implementación de esta estrategia consistió en el desarrollo de las siguientes actividades.

Se seleccionaron 23 de las comunidades mas postergadas de los cuatro municipios tomando como base los resultados del estudio de exclusión.

Una vez identificadas las comunidades, cada una de estas selecciono mediante asambleas comunitarias a sus monitoras de peso, las que fueron capacitadas por los equipos municipales de salud con el acompañamiento de personal técnico del Equipo Departamental de Salud, se capacitaron un total de 62 monitoras y monitores de peso en aspectos relacionados con:

- Vigilancia del crecimiento
- Desarrollo de consejerías sobre el cuidado del niño recién nacido
- Detección de casos (niños enfermos por diarrea, infecciones respiratorias, madres embarazadas sin control prenatal y con factores de riesgo)
- Referencia de casos a la Clínica Materno Infantil o Centro de Salud con Auxiliar de Enfermería o Médico según necesidad de atención
- Tratamiento de casos con oportunidad (Rehidratación oral)
- Técnicas de educación popular para la difusión de mensajes básicos a las mujeres embarazadas y madres de niños menores de 5 años a través de visitas domiciliarias y/o educación grupal



Grupo de monitoras y monitores de peso capacitados en AIN-C del municipio de San Antonio

Se capacitaron en total 62 Monitoras de Peso (32 del municipio de Pespire, 9 del municipio de San Isidro, y 21 del municipio de San Antonio de Flores) así mismo se capacitaron 9 Auxiliares de Enfermería, 3 Técnicas en Salud Ambiental y 2 Enfermeras Profesionales, éste será el equipo que dará seguimiento al desarrollo de la estrategia y al proyecto.

8.3.3 Creación de Unidades Comunitarias de Salud

Las Unidades Comunitarias de Salud, constituyen un modelo de atención comunitario basado en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) para el abordaje de los principales problemas de salud de la población en una comunidad determinada.



Tipo de vivienda en donde funcionan las unidades comunitarias

Su modalidad de funcionamiento es definida en concertación entre la comunidad, los gobiernos locales y los equipos de salud, son manejadas exclusivamente por el personal comunitario capacitado en salud (Monitoras de vigilancia del crecimiento del niño menor de 5 años, parteras, Guardianes de salud, Colaboradores Voluntarios) con el apoyo del personal de salud y otras instituciones del sector salud con presencia en la mancomunidad. Administrativamente son manejadas por un comité de salud formado por miembros de los patronatos y mantienen una comunicación permanente con la red de servicios de salud mediante las reuniones mensuales, visitas de monitoreo y supervisión, la referencia y contrarreferencia.

Están localizadas en las comunidades que de acuerdo al estudio presentan mayores problemas de acceso a servicios de salud, oscilan entre 100 y 120 viviendas aproximadamente un promedio de 500 habitantes. Funcionan en casas que han sido facilitadas por los patronatos y en algunos casos por los alcaldes. Estas casas han sido acondicionadas con algún equipo e insumos mínimos con fondos de Asdi y de la AECI a través de OPS/OMS.

Objetivos del modelo

General

Contribuir a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad materna infantil mediante el fortalecimiento del acceso a servicios de Atención Primaria de Salud a nivel comunitario facilitados por personal comunitario capacitado.

Específicos

- Brindar atención primaria en la comunidad a fin de evitar muertes por deshidratación, neumonías y por parto.
- Desarrollar actividades de promoción y educación para la salud a fin de evitar factores de riesgo
- Desarrollar acciones de detección, referencia y vigilancia de casos

Características del modelo

- Adaptado a las condiciones socioeconómicas de la comunidad
- Inserto en el sistema de salud del municipio y la mancomunidad a través de la red de servicios
- Democrático y solidario
- Participativo e intersectorial
- Flexible, novedoso y autóctono
- Equitativo

Servicios de atención que presta el modelo

El rol fundamental de las Unidades Comunitarias de Salud es la prestación del servicio de Promoción de la Salud a través de la estrategia de AIN-C, enfatizando en acciones derivadas de la atención Primaria de la Salud como las siguientes:

- Educación para la Salud: orientada a la prevención de enfermedades y factores de riesgo que dañan la salud, así como a la promoción de conductas y estilos favorables a la salud. Estas acciones son ejercidas mediante educación individual, grupal y familiar a través de visitas domiciliarias.
- Nutrición y alimentación: implica la vigilancia del crecimiento del niño menor de 5 años mensualmente o cada dos meses según el estado nutricional del niño, la promoción de prácticas alimentarias para la prevención de la desnutrición, la promoción de la lactancia materna, en coordinación con el Programa Mundial de Alimentos (PMA). La monitora de peso maneja el programa de alimentación complementaria beneficiando a niños con problemas de desnutrición que asisten a control de crecimiento y desarrollo, consistente en una ración de alimentos.
- Agua y Saneamiento: este servicio implica el desarrollo de acciones relacionadas con la vigilancia de la calidad del agua para el consumo humano utilizando la metodología de Escuela y Casa Saludable, el personal voluntario apoya la gestión del suministro de agua y control de basuras en coordinación con el servicio de salud, el patronato de la comunidad, comités juveniles y representantes de ONG's, se promueve la higiene personal, familiar y comunitaria.
- Salud Materna Infantil: se privilegia la atención al niño menor de cinco años, mujeres embarazadas, puérperas y en edad reproductiva para facilitar el servicio de planificación familiar. Las funciones principales en esta atención están relacionadas con la detección de casos, el tratamiento (rehidratación oral) y la referencia de casos que ameritan atención de mayor complejidad ya sea en el CESAR, CESAMO, Clínica Materno Infantil u Hospital más cercano. Mensualmente la monitora de peso planifica con el equipo de salud del municipio la entrega de paquete básico que incluye los siguientes servicios:
 - Inmunizaciones: mediante la detección de niños y mujeres en riesgo y con esquemas de vacunación incompletos, se planifica con los equipos municipales para su debida protección a través de la entrega de paquete básico o desarrollo de mini campañas de vacunación y la referencia de casos
 - Prevención de Enfermedades de transmisión vectorial: en coordinación

con los patronatos, comités de salud, alcaldes auxiliares, grupo de jóvenes organizados, el personal comunitario promueve la participación de la comunidad en el control y eliminación de criaderos de vectores principalmente de los zancudos y la chinche picuda transmisores del dengue, la malaria y la enfermedad de chagas respectivamente.

- Tratamiento de enfermedades: la monitora de peso aplica tratamiento para niños menores de 5 años que presentan signos de peligro de neumonía, deshidratación, resfriado común, fiebre. La acción de tratamiento es acompañada de la consejería sobre el uso adecuado de los medicamentos y prácticas demostrativas sobre rehidratación oral según el episodio, además sobre como la madre debe de manejar el niño durante su traslado de la comunidad al servicio de salud cuando es referido.
- Por otra parte también da tratamiento comunitario para problemas de parasitismo intestinal y de la piel. Esta actividad es complementada con actividades de educación en salud, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, seguridad alimentaria y la referencia oportuna de casos a los servicios de salud.
- Manejo de medicamentos básicos: La unidad comunitaria dispone de algunos medicamentos básicos de acuerdo a las enfermedades mas frecuentes de la comunidad como: acetaminofén, litrosol, trimetropim, mebendazol, sulfato ferroso, ácido fólico, multivitaminas, vitamina A, loción escabicida, cloroquina, salicilato, condones. La unidad además se abastece de material educativo, guías y manuales de consulta sobre la estrategia de AIN-C para la monitora y el monitor.

8.3.4 Implementación de fondos económicos solidarios en salud a nivel comunitario

Los resultados del estudio arrojan que el 60% de las mujeres que estuvieron embarazadas en los últimos 6 meses tuvieron su parto en casa y el 40% de ellas no tuvieron el número normado de controles prenatales según las normas de atención. El mismo estudio refirió que el 59% de los hogares de la mancomunidad vive en situación de pobreza con un ingreso menor de L1.200.00 al mes y un gasto de bolsillo de L.80.00 para compra de medicamentos, cuando la mujer busca

asistencia médica, esta situación se constituye en una de las principales causas por las cuales las mujeres no acceden al servicio de salud principalmente las de los municipios de San José y San Isidro.

Esta fue una de las razones por las cuales la mancomunidad incluyó como una de sus principales estrategias la creación de Fondos Económicos Solidarios en Salud en igual número de comunidades donde funcionan las Unidades Comunitarias de Salud a fin de garantizar el traslado de mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de 5 años en riesgo a la clínica materno infantil y otros servicios de atención de la mancomunidad.

Esta estrategia se implementa a nivel de la sede de la mancomunidad donde también funciona la Clínica- Materna Infantil y a nivel de las comunidades.

Financiamiento

El fondo económico solidario esta siendo financiado con recursos económicos que provienen de las siguientes fuentes:

- Recursos económicos públicos: Provenientes de la partida presupuestaria de los municipios que conforman la mancomunidad.
- Recursos económicos comunitarios: proveniente de las familias, patronatos, grupos de jóvenes y de mujeres a través de cuotas mensuales voluntarias.
- Recursos económicos privados: Provenientes de personas particulares de los municipios (ganaderos, agricultores, comerciantes) mediante cuotas voluntarias.
- Recursos económicos de Cooperación Externa: provenientes de proyectos específicos de cooperación externa en el área de salud (Asdi, OPS, AECI) mediante la estrategia de asignación de fondo semilla para la generación de ingresos al fondo.

Responsables y régimen de funcionamiento del Fondo Solidario.

A nivel comunitario el fondo es manejado por un comité del cual forma parte la Monitora peso, este comité es electo por la comunidad a través de asambleas comunitarias, donde se consideran criterios de liderazgo, vocación de servicio, honorabilidad, honradez y buenas relaciones interpersonales con los miembros de la comunidad.

Las personas electas desempeñan los cargos de presidente, tesorero y fiscal con funciones definidas para cada uno de los cargos.

Anivel de la sede de la mancomunidad es manejado por una comisión intermunicipal coordinada por la directora de la clínica Materno Infantil, esta comisión define las normas y reglas administrativas para su correcta operación y articulación con la red de servicios de salud.

El 20% de los fondos serán centralizados en la sede de la mancomunidad y manejados a través de una cuenta bancaria con firmas mancomunadas entre la directora de la clínica y el presidente de la mancomunidad.

Estos fondos serán utilizados para cubrir gastos de emergencia de aquellos casos que demandan atención en la clínica Materno - Infantil pero que por alguna complicación requieren ser trasladados a un servicio de mayor complejidad y no cuentan con recursos económicos.

El 80% de los fondos serán descentralizados a los fondos solidarios comunitarios y serán manejados a través de caja chica administrada por el tesorero del comité del fondo.

Estos fondos serán utilizados para cubrir gastos de transporte, alimentación y medicamentos de aquellos casos referidos por la monitora, la partera u otro personal comunitario capacitado a la clínica materna - Infantil u otro servicio de salud y que no cuentan con recursos económicos.

Los fondos funcionan bajo el siguiente régimen:

- Subsidio Solidario Total: Para mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de cinco años en situación de riesgo, que no tienen capacidad de pago totalmente, incluye pago de transporte, gastos de estadía en el albergue para el caso y su familiar, gastos de medicamento en caso necesario.
- Subsidio Solidario Parcial: Para mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de cinco años en situación de riesgo, que tienen alguna capacidad de pago pero que no es suficiente para cubrir los gastos que implica su traslado al servicio de salud y su atención institucional.
- Régimen Retributivo: Para mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de cinco años en situación de riesgo, que tienen alguna capacidad

de pago, pero que no es suficiente y que por alguna razón en un momento de emergencia no dispongan de los gastos necesarios para su traslado al servicio de salud requerido, en este caso la beneficiaria deberá retribuir al fondo el monto total recibido en calidad de préstamo en el tiempo asignado por el comité del fondo, para cubrir los gastos que implica su traslado al servicio de salud y su atención institucional.

Proceso de implementación de los fondos solidarios

Su implementación esta basada en un enfoque participativo y de cogestión social por tanto las principales estrategias de abordaje están siendo:

- La participación comunitaria a través de organizaciones de base
- La coordinación interinstitucional
- El trabajo mancomunado entre los gobiernos locales
- La articulación de la red de servicios de salud de la mancomunidad y las unidades comunitarias de salud.

Para asegurar direccionalidad, funcionamiento y sostenibilidad de los fondos, se organizaron 23 comités y una comisión Intermunicipal.

Se capacitaron 60 miembros de comités municipales y 4 miembros de la comisión intermunicipal en el manejo y uso del fondo, objetivos, población beneficiaria, normas de funcionamiento, sostenibilidad y sistema de control del fondo.

Con la asistencia financiera de la Cooperación Española (ACEI) y la Agencia Sueca para el Desarrollo (Asdi) a través de OPS y el Programa Acceso la mancomunidad ubicó un fondo semilla para cada fondo de Lps. 2.500.00 y cada comunidad hizo un aporte de Lps. 500.00 y Lps. 300.00 según tamaño poblacional como soporte para el fondo y estrategia de generación de ingreso para su sostenibilidad.

El comité es asistido técnicamente por el equipo de salud de cada municipio y el personal de la unidad técnica de la mancomunidad. El comité ha sido incorporado a las reuniones mensuales que los equipos de salud tienen normalizadas con todo el personal comunitario para el fortalecimiento de su quehacer en la comunidad y acciones de información, monitoria y evaluación.

El comité convoca mensualmente a la comunidad con su comisión de transparencia

para informar sobre el estado de cuentas del fondo y planificar actividades de sostenibilidad.

Se identificaron las siguientes estrategias para la sostenibilidad del fondo solidario:

- Aportación del 1.5% de la partida presupuestaria municipal correspondiente a salud
- Gestión comunitaria
- Gestión intermunicipal y municipal
- Organización comunitaria y control social de la gestión del fondo y la unidad Comunitaria de Salud
- Fortalecimiento de la coordinación institucional
- La reorientación de la gestión de los servicios de salud y de la mancomunidad alrededor de los servicios públicos.

8.4. Logros alcanzados al momento en la ejecución de la experiencia de la Ejecución de la experiencia.

Aunque es muy prematuro hablar de logros alcanzados ya que el mayor tiempo se ha utilizado en la implementación de las diferentes estrategias y donde muchos de los indicadores planteados están relacionados al cambio de comportamiento de las personas con respecto a las prácticas de salud tanto en el hogar como en la comunidad. Sin embargo, se pueden describir algunos avances a nivel comunitario e institucional.

A nivel comunitario.

- 62 monitores de AIN-C trabajando a nivel comunitario en actividades de Atención Primaria en Salud.
- 1,200 niños menores de dos años recibiendo el servicio de monitoreo de crecimiento y desarrollo mensualmente en la Unidad Comunitaria de Salud.
- 2,500 niños menores de cinco años con acceso a una atención oportuna a nivel comunitario en caso de enfermarse.
- El 100% de los niños menores de cinco años en control con esquemas de vacunación actualizado en comunidades postergadas donde funcionan las UCOS.
- 1,200 niños de las comunidades más postergadas recibiendo los servicios

de suplemento de micronutrientes (vitamina "A", sulfato ferroso)

- 1,175 madres recibiendo mensualmente consejerías sobre prácticas para un mejor cuidado del niño en el hogar.

A nivel institucional:

- Personal institucional trabajando en equipo con el personal comunitario capacitado.
- Comunidades postergadas recibiendo mayor acompañamiento técnico y financiero.
- Equipos locales de salud comprometidos con el mejoramiento de los indicadores de salud en aquellas comunidades más postergadas.
- Alcaldías municipales más comprometidas en la búsqueda y desarrollo de estrategias para mejorar el acceso de la población a servicios de salud.
- Personal institucional y de las Unidades Técnicas Intermunicipales con un nuevo enfoque de trabajo con la participación comunitaria e intersectorial.

IX. LECCIONES APRENDIDAS

- La focalización del problema de la exclusión social en salud requiere de la participación de la autoridad sanitaria en sus diferentes niveles, de los gobiernos locales, la sociedad civil organizada y otros actores interesados en el mejoramiento de las condiciones de acceso de la población a servicios públicos.
- El problema de la exclusión en salud debe ser un tema de discusión permanente con diferentes actores y escenarios para lograr que se constituya en una prioridad en las agendas políticas nacionales y locales que permita la toma de decisiones y acciones a favor de la extensión de la protección social en salud, principalmente en grupos vulnerables.
- La experiencia demuestra que el nivel local cuando se apropia del problema, lo focaliza y hace un trabajo en equipo, tiene capacidad para identificar y operacionalizar estrategias prácticas y de bajo costo para abordar el problema de exclusión mediante un proceso gradual.
- Se evidencia que la sector salud debe priorizar el desarrollo de la función de aseguramiento para poder garantizar a la población acceso a los servicios de salud, principalmente a los grupos de población más vulnerables identificados en el estudio.
- La experiencia demostró la necesidad de conocer el problema de la exclusión social en salud a nivel municipal ya que se contaba únicamente con un estudio nacional, que si bien es cierto permitía identificar algunas características generales de la exclusión social en el país, pero invisibilizaba la situación real en el nivel nacional y local.

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El problema de exclusión social en salud en las mancomunidades investigadas esta determinado por múltiples factores, muchos de los cuales están relacionados en forma directa con el proceso de atención en salud producida por el subsistema público de las mancomunidades y otros con la situación socioeconómica de la población y tienen que ver con la pobreza, el desempleo y el subempleo, la ruralidad, la inequidad en la distribución de los medios de producción, patrones culturales, analfabetismo entre otros.
- El estudio permitió identificar además de los factores causales la incidencia de la exclusión por mancomunidad y municipio, así como en alguna medida el perfil de los grupos excluidos, esta información ha generado la toma de decisiones y la ejecución de proyectos específicos para la extensión de la protección en salud principalmente de la población materna infantil.
- Se tuvo la oportunidad de validar y ajustar la metodología propuesta por la OPS/OMS para caracterizar la exclusión en salud en el nivel municipal, lo que ha despertado interés en las autoridades de la Secretaría de Salud para institucionalizar la metodología y considerar este proceso como insumo importante para la línea base del proceso actual de Departamentalización y Descentralización en salud.
- Si bien es cierto el estudio nos facilita información valiosa para la focalización del problema a nivel municipal, se hace necesario el ejercicio de investigaciones complementarias en aspectos de género, calidad de atención, violencia, cultura, grupos específicos y étnicos.
- El estudio de exclusión a nivel de las mancomunidades se ha convertido en un instrumento para la gestión y movilización de recurso técnicos y financieros descentralizados tanto de fondos nacionales como de cooperación externa, así como para la definición de políticas sociales por parte de los gobiernos locales asociados en mancomunidades de municipios.

- El diálogo social se ha convertido en una estrategia clave para la discusión, análisis, concertación y definición de compromisos para desarrollar estrategias que permitan extender la protección social en salud.
- Se hace necesario la institucionalización de la metodología de manera que la Secretaría de Salud pueda focalizar territorios y poblaciones que le permitan definir un conjunto de prestación de servicios de acuerdo a las necesidades de la población.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. OPS, Asdi “Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe”, oficina Sanitaria Panamericana.
2. Rivas, Torres, “Exclusión Social y Políticas Sociales”.1998
3. Programa Acceso a Servicios de Salud “Informe de Progreso”, Tegucigalpa, Honduras, 2004.
4. Programa Acceso de Servicios de Salud “Documento del Programa, periodo 2003 - 2005” Tegucigalpa, Honduras, 2003.
5. PNUD “Informe de Desarrollo Humano, Honduras,” 2004.
6. Mancomunidades de Municipios “Análisis de Situación de Salud Según Condiciones de Vida “Mancomunidades de Municipios”, 2004.
7. Equipos de Salud de Mancomunidad de Municipios” Evaluación Anual Servicios de Salud” 2004.
8. Programa Acceso a Servicios de Salud “Informe de resultados Estadísticos de Encuesta de Hogar para la Caracterización de La Exclusión Social en Salud en Mancomunidades de Municipios”, Tegucigalpa, Honduras, 2004-2005.
9. Programa Acceso a Servicios de Salud “Ayuda memoria, taller sobre revisión y ajuste de metodología para Caracterización de la Exclusión en Salud a nivel local” Lago de Yojoa, Honduras, 2004.
10. Ochoa, Martha “Informes Exclusión Social en salud en Mancomunidades de Municipios del Norte de Choluteca y Norte de Copán” Tegucigalpa, Honduras, 2005.
11. Secretaría de Salud “documento del Plan de Salud al 2021” Tegucigalpa, Honduras, 2005.
12. Secretaría de Salud “Documento de Política Nacional de Salud periodo 2002-2006” Tegucigalpa, Honduras.
13. OPS, “Protección y Exclusión Social en Honduras”, Tegucigalpa, 2003
14. OPS, “Exclusión Social en Salud Paraguay”, Octubre, 2003.

ANEXOS

Proyecto Regional Asdi/OPS

Caracterización de la Exclusión Social en Salud Encuesta para ser aplicada al Hogar

Nombre del encuestador: _____

I. DATOS GENERALES

Fecha _____ Comunidad _____

Municipio _____ Departamento _____

Entrevistado _____ Edad _____ Sexo _____ Parentesco _____

Jefe de Familia _____ Edad _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Escolaridad _____ Etnia a que pertenece _____

II. ESTRUCTURA DE FAMILIA

1) Cuántas personas viven en esta casa?

| No. | Edad | | | Sexo | | Parentesco |
|-----|------|-------|------|------|---|-----------------|
| | Años | Meses | Días | F | M | |
| 1 | | | | | | Jefe de Familia |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |

III. ESTRUCTURA ECONÓMICA DE LA FAMILIA

- 1) De las personas que viven en la casa cuántas trabajan
Numero
- 2) Tipo de trabajo
Asalariado Jornalero Independiente
- 3) De estas personas que viven en su casa, cuántas tienen algún seguro médico?
No. de personas Ninguna
- 4) Promedio de Ingreso mensual de la Familia
0-1,200.00
1,200.00-3,000.00
3,000.00-5,000.00
5,000.00-10,000.00
>10,000.00
- 5) Necesidades básicas insatisfechas

| Vivienda | Paredes de desecho | Sin agua dentro de la propiedad | Sin disposición adecuada de excretas | Hacinamiento (Mas de 3 personas por dormitorio) |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Educación | Niños de 6-12 años que no asisten a la escuela |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Carga económica | Más de 3 dependientes por ocupado | Menos de 3 dependientes por ocupado |
|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

- 1) Se ha enfermado o accidentado alguien de la familia en los últimos 6 meses?
Si No Cuantos _____

ENFERMO No. 1

2) Si se enfermó consultó a alguien para tratar su problema?

Si No

3) Si consultó a dónde acudió?

Hospital Clínica materna

CESAMO Clínica privada

CESAR Curandero

Clínica emergencia Guardián de salud

Otro Especifique _____

4) Quien lo Atendió

Médico Farmacéutico

Enfermera Curandero

Auxiliar de enfermería Guardián de salud

Otros Especifique _____

5) Cuánto tardó en llegar al servicio de salud?

Menos de 1 hora Más de 1 hora

6) ¿Qué medio de transporte utilizó para llegar al servicio de salud?

Autobús o taxi Ambulancia

a pie Caballo

Carro particular Otro Especifique _____

7) Si no consulto porque no lo hizo?

Por falta de dinero

Por falta de tiempo

Por horario de atención

No cree en el servicio

Mala atención

Muy lejos

Falta transporte

Marido no quiere

Otro Especifique _____

ENFERMO No. 2

8) Si se enfermó consultó a alguien para tratar su problema?

Si No

9) Si consultó a dónde acudió?

Hospital Clínica materna

CESAMO Clínica privada

CESAR Curandero

Clínica emergencia Guardián de salud

Otro

Especifique _____

10) Quien lo Atendió

Médico Farmacéutico

Enfermera Curandero

Auxiliar de enfermería Guardián de salud

Otros

Especifique _____

11) Cuánto tardó en llegar al servicio de salud?

Menos de 1 hora Más de 1 hora

12) ¿Qué medio de transporte utilizó para llegar al servicio de salud?

Autobús o taxi Ambulancia

a pie Caballo

Carro particular Otro

Especifique _____

13) Si no consulto porque no lo hizo?

Por falta de dinero

Por falta de tiempo

Por horario de atención

No cree en el servicio

Mala atención

Muy lejos

Falta transporte

Marido no quiere

Otro

Especifique _____

ENFERMO No. 1

14) Si se enfermó consultó a alguien para tratar su problema?

Si No

15) Si consultó a dónde acudió?

| | | | |
|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Hospital | <input type="checkbox"/> | Clínica materna | <input type="checkbox"/> |
| CESAMO | <input type="checkbox"/> | Clínica privada | <input type="checkbox"/> |
| CESAR | <input type="checkbox"/> | Curandero | <input type="checkbox"/> |
| Clínica emergencia | <input type="checkbox"/> | Guardián de salud | <input type="checkbox"/> |
| | | Otro | <input type="checkbox"/> |

Especifique_____

16) Quien lo Atendió

| | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Médico | <input type="checkbox"/> | Farmacéutico | <input type="checkbox"/> |
| Enfermera | <input type="checkbox"/> | Curandero | <input type="checkbox"/> |
| Auxiliar de enfermería | <input type="checkbox"/> | Guardián de salud | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> |

Especifique_____

17) Cuánto tardó en llegar al servicio de salud?

Menos de 1 hora Más de 1 hora

18) ¿Qué medio de transporte utilizó para llegar al servicio de salud?

| | | | |
|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Autobús o taxi | <input type="checkbox"/> | Ambulancia | <input type="checkbox"/> |
| a pie | <input type="checkbox"/> | Caballo | <input type="checkbox"/> |
| Carro particular | <input type="checkbox"/> | Otro | <input type="checkbox"/> |

Especifique_____

19) Si no consulto porque no lo hizo?

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| Por falta de dinero | <input type="checkbox"/> |
| Por falta de tiempo | <input type="checkbox"/> |
| Por horario de atención | <input type="checkbox"/> |
| No cree en el servicio | <input type="checkbox"/> |
| Mala atención | <input type="checkbox"/> |
| Muy lejos | <input type="checkbox"/> |
| Falta transporte | <input type="checkbox"/> |
| Marido no quiere | <input type="checkbox"/> |
| Otro | <input type="checkbox"/> |

Especifique_____

EMBARAZO Y PARTO

20) Alguna mujer de la familia tuvo un parto en los últimos 12 meses?

Si No

PARTO No. 1

21) Dónde fue atendido?

Hospital Casa
Clínica materna Otro Especifique _____

22) Controles Prenatales

No. de controles

23) Si no acude a controles, por qué no lo hace?

Por falta de dinero No le atienden
Porque le da pena No hay medicinas
Muy lejos Otro Especifique _____
Marido no quiere
Falta de transporte

PARTO No. 2

24) Dónde fue atendido?

Hospital Casa
Clínica materna Otro Especifique _____

25) Controles Prenatales

No. de controles

26) Si no acude a controles, por qué no lo hace?

Por falta de dinero No le atienden
Porque le da pena No hay medicinas
Muy lejos Otro Especifique _____
Marido no quiere
Falta de transporte

PARTO No. 3

24) Dónde fue atendido?

Hospital

Casa

Clínica materna

Otro

Especifique _____

25) Controles Prenatales

No. de controles

26) Si no acude a controles, por qué no lo hace?

Por falta de dinero

No le atienden

Porque le da pena

No hay medicinas

Muy lejos

Otro

Especifique _____

Marido no quiere

Falta de transporte

VACUNACIÓN NIÑOS

30) Están vacunados los niños en esta casa?

Si

No

31) Tiene su carnet de vacunas (mostrar)

Si

No

32) Los niños menores de 2 años cuentan con las siguientes vacunas? (verificar en carnet):

| Tipo de vacuna | Dosis | | |
|----------------|-------|---|---|
| | 1 | 2 | 3 |
| Sabin / Penta | | | |
| SRP | | | |

33) Si el niño no está vacunado o no tiene su esquema completo, cuál es el motivo?

No hay vacuna

No le gusta vacunar

No cree en las vacunas

No le han visitado

Falta de dinero

Muy lejos

Otros

Especifique _____

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

34) Hay alguna persona discapacitada en la casa?

Si No Quién es? _____

Tipo de discapacidad _____

35) Se ha enfermado o accidentado esta persona en los últimos 6 meses?

Si No

36) Si se enfermó consultó a alguien para tratar su problema?

Si No

37) Si consultó a dónde acudió?

Hospital Clínica privada
CESAMO Curandero
CESAR Guardián de salud
Clínica emergencia Otros Especifique _____
Clínica materna

38) Quien lo Atendió

Médico Farmacéutico
Enfermera Curandero
Auxiliar de enfermería Guardián de salud
Otro Especifique _____

39) Cuánto tardó en llegar al servicio de salud?

Menos de 1 hora Más de 1 hora

40) Qué medio de transporte utilizó para llegar al servicio de salud?

Autobús o taxi Ambulancia
a pie Caballo
Carro particular Otro Especifique _____

41) ¿Si no consultó porque no lo hizo?

Por falta de dinero

Por falta de tiempo

Por horario de atención

No cree en el servicio

Mala atención

Muy lejos

Falta transporte

Marido no quiere

Otro Especifique _____

42) Esta recibiendo alguna atención especial

Si

No

Cuál _____

V. GASTO DIRECTO EN SALUD FAMILIAR

1) En los últimos seis meses ha tenido gastos para resolver algún problema de salud?

Si

No

2) Qué cantidad de dinero por tipo de gasto?

Transporte _____

Pago consulta _____

Medicamento _____

Alimentación _____

Alojamiento _____

Otros _____

especifique _____

Total _____

