

社会開発調査部報告書

AGENCIA DE COOPERACION INTERNACIONAL DEL JAPON(JICA)

No. 32

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

REPUBLICA DE HONDURAS

ESTUDIO
SOBRE
LAS ESTRATEGIAS Y PLANES
PARA
EL MEJORAMIENTO DE LA SITUACION
DE LA SALUD
EN
LA REPUBLICA DE HONDURAS

INFORME FINAL
VOLUMEN V (S)
RESUMEN EJECUTIVO

SEPTIEMBRE 1996

JICA LIBRARY

J 1130577 (8)

SYSTEM SCIENCE CONSULTANTS, INC.

SSS
JR
96-117





AGENCIA DE COOPERACION INTERNACIONAL DEL JAPON(JICA)

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

REPUBLICA DE HONDURAS

**ESTUDIO
SOBRE
LAS ESTRATEGIAS Y PLANES
PARA
EL MEJORAMIENTO DE LA SITUACION
DE LA SALUD
EN
LA REPUBLICA DE HONDURAS**

**INFORME FINAL
VOLUMEN V (S)
RESUMEN EJECUTIVO**

SEPTIEMBRE 1996

SYSTEM SCIENCE CONSULTANTS INC.



En este informe, los costos de proyecto son estimados a precios de marzo de 1996 y a tipos de cambio de US \$ 1.00=11.00 Lempira(Lps.).

PREFACIO

En respuesta a la solicitud del Gobierno de la República de Honduras, el Gobierno del Japón decidió realizar el Estudio sobre las Estrategias y Planes para el Mejoramiento de la Situación de la Salud y confió el Estudio a la Agencia Internacional de Cooperación del Japón (JICA).

JICA envió a Honduras durante varias oportunidades entre enero de 1995 a julio de 1996 un Grupo de Estudio encabezado por el Sr. Tateo Kusano de System Science Consultants, Inc..

El Grupo sostuvo discusiones con los funcionarios pertinentes del Gobierno de Honduras y realizó investigaciones de campo en el área del Estudio. Después del regreso del Grupo al Japón se llevaron a cabo estudios adicionales y se preparó el presente Informe.

Espero que este Informe contribuirá a la promoción del proyecto y al acrecentamiento de las relaciones amistosas enter nuestros dos países.

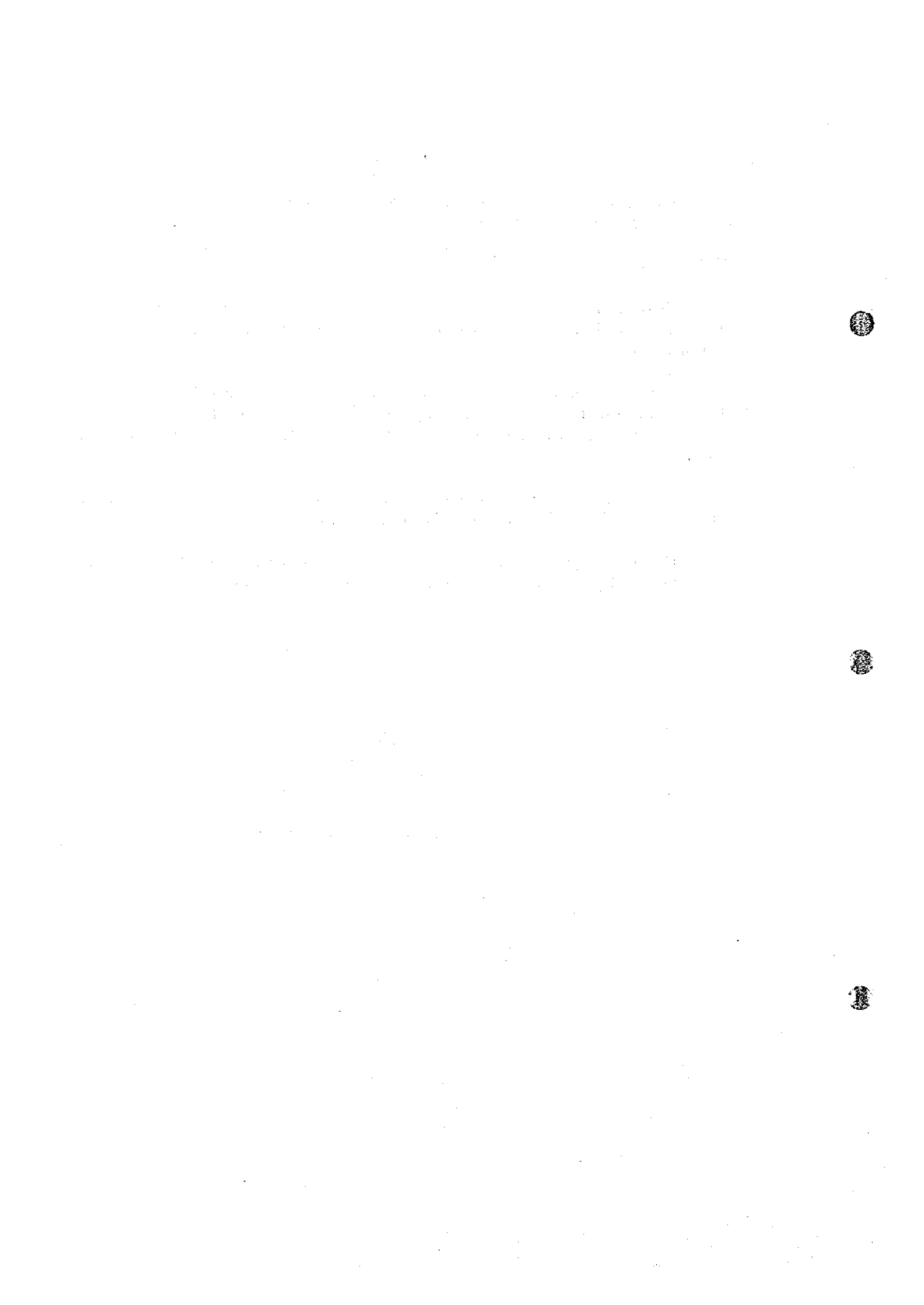
Deseo expresar mi sincero agradecimiento a los funcionarios interesados del Gobierno de la República de Honduras por la estrecha cooperación extendida al Grupo.

Septiembre de 1996



Kimio Fujita
Presidente

Agencia Internacional de Cooperación del Japón



Septiembre, 1996

Sr. Kimio Fujita
Presidente
Agencia Internacional de Cooperación del Japón
Tokio, Japón

Estimado Sr. Kimio Fujita

CARTA DE REMISION

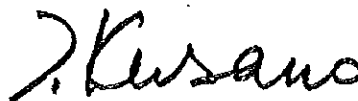
Nos complace someter a Ud. El Informe del Estudio sobre las Estrategias y Planes para el Mejoramiento de la Situación de la Salud en la República de Honduras. Es Informe contiene el parecer y sugerencias de las autoridades pertinentes del Gobierno de el Japón y el Gobierno de Honduras así como la formulación del proyecto arriba mencionado.

Este Estudio ha sido realizado por la firma System Science Consultants, Inc., en base a un contrato con JICA con duración desde enero 6, 1995 al 24 de octubre, 1996. En este Estudio hemos formulado un Plan Maestro para todo el país y programas modelo para las zonas modelo seleccionadas en el país.

En vista de la urgencia de mejorar las condiciones de la salud en la República de Honduras recomendamos que el Gobierno de Honduras implemente como prioridad los planes propuestos.

Descamos aprovechar la oportunidad para expresar nuestro sincero agradecimiento a los funcionarios pertinentes de JICA, el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de Salud y Bienestar del Japón. Asimismo, deseamos expresar nuestra profunda gratitud a los funcionarios pertinentes del Ministerio de Salud Pública (MSP), la Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto (SECPLAN), el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA), la Secretaría de Recursos Naturales (RRNN), la Secretaría de Estado en el Despacho del Ambiente (SEDA), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) en Honduras y a la Embajada del Japón y la Oficina de JICA en la República de Honduras por su estrecha cooperación y la asistencia dispensada al Grupo durante el Estudio.

De Usted, atentamente,



Tateo Kusano
Líder de Grupo
Estudio sobre las Estrategias y Planes para
el Mejoramiento de la Situación de la Salud
en la República de Honduras
System Science Consultants Inc.



Estudio sobre las Estrategias y Planes para el Mejoramiento de la Situación de la Salud
en
la República de Honduras

BREVE RESUMEN

I. Antecedentes y Metodología

La salud ha sido uno de los sectores más importantes para el Gobierno de Honduras y las Instituciones Internacionales han venido otorgando asistencia de desarrollo para mejorar este sector. Pese a que estos esfuerzos han contribuido al mejoramiento de la salud de la población, se reconoce que a fin de desarrollar un amplio e integrado plan es esencial lograr la óptima utilización de los recursos existentes y el máximo mejoramiento en la salud y los servicios de salud.

A este respecto, el Gobierno de Honduras solicitó al Gobierno del Japón llevar a cabo un Estudio sobre las Estrategias y Planes para el Mejoramiento de la Situación de la Salud en la República de Honduras con la meta general de desarrollar un Plan Maestro de Salud (PMS) integrado con estrategias y planes para los años meta 2000 y 2010.

Los métodos del Estudio han sido aprobados a lo largo del período del Estudio por el CONSUMI, el Comité de Cooperación, las contrapartes y representantes de las partes locales interesadas.

Durante la Fase I de Estudio el Grupo de Estudio realizó visitas de campo para determinar las provisitas por las agencias pertinentes. Además realizó talleres para identificar los problemas prioritarios de la salud y formular las estrategias básicas.

Durante la Fase II del Estudio se ejecutó una investigación muestreo para aclarar los comportamientos en los hogares y las comunidades, para determinar las condiciones de operación de las facilidades (instalaciones) de salud y para evaluar el comportamiento de los pacientes dados de alta. A fin de formular modelos de programas de salud basados en el consenso de las personas interesadas se realizaron talleres y discusiones tanto en el nivel central como en el nivel local durante la Fase III del Estudio.

Adicionalmente, durante la Fase III del Estudio los temas discutidos durante los seminarios y talleres con CONSUMI, el Comité de Coordinación y las contrapartes fueron; el acceso a los servicios de salud, la ampliación de la red de servicios, el mejoramiento de la capacidad para la solución de problemas, el sistema de remisiones (referencias), el mantenimiento de facilidades (instalaciones)/equipo, la salud ambiental, salud ocupacional, agua y saneamiento, el desarrollo de recursos humanos, educación para la salud, la participación social y el financiamiento para la salud para completar el Plan Maestro de Salud con la implementación de los planes.

II. Problemas Prioritarios de Salud

A través de los talleres y discusiones con el Comité Coordinador para el Estudio durante la Fase I del mismo se identificaron once problemas prioritarios de salud:

- 1) Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)
- 2) Tasa de Mortalidad Materna (TMM)
- 3) Desnutrición
- 4) Acceso al Agua y al Saneamiento
- 5) VIH/SIDA
- 6) Enfermedades transmitidas por vectores
- 7) Accidentes
- 8) Violencia
- 9) Enfermedades crónico-degenerativas
- 10) Salud Ambiental
- 11) Salud Ocupacional

III. Plan Maestro de Salud

El PMS está compuesto por el Plan Maestro Nacional de Salud con quince estrategias prioritarias y los tres modelos de programas de salud para áreas selectas. El PMS y los programas modelo han sido desarrollados de manera que interactúen unos con otros efectiva y eficientemente para el logro de las metas del PMS.

A. Plan Maestro Nacional de Salud

Las estrategias están agrupadas en tres dimensiones básicas del modelo conceptual: contexto, comportamientos en los hogares y la comunidad y la prestación de los servicios de salud.

1. Estrategias relacionadas con el contexto

- Mitigación de la pobreza
- Acceso a los alimentos/seguridad alimentaria
- Acceso al agua y al saneamiento básico
- Contexto legal e institucional

2. Estrategias relacionadas con el comportamiento en los hogares y la comunidad

- Reducción del analfabetismo
- Mejoramiento en las intervenciones de educación para la salud
- Mejoramiento en la participación social
- Reducción de la tasa de fecundidad

3. Estrategias relacionadas con la prestación de los servicios de salud

- Acceso a los servicios de salud
- Manejo de instalaciones y organizaciones
- Mejoramiento del sistema de referencias
- Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos y suministros
- Mantenimiento de facilidades y equipo
- Desarrollo de recursos humanos
- Financiamiento de la salud

B. Programas Modelo de Salud

El propósito de los programas modelo de salud es desarrollar actividades para la implementación de iniciativas locales y regionales identificadas como importantes en el PMS para el mejoramiento de la salud en Honduras. Cada uno de los modelos tiene un énfasis particular seleccionado por su importancia potencial dentro del medio circundante hondureño, como sigue;

- **Programa modelo de salud para área urbana:** hace énfasis en las operaciones y apoyo municipal y enfoca las estrategias mejoradas para la promoción de la y educación para la salud en la comunidad.
- **Programa modelo de salud para área de pobreza:** hace énfasis tanto en el ambiente rural como en el ambiente urbano y enfoca el fortalecimiento de la participación y liderazgo de la comunidad.
- **Programa modelo de salud para área integrada de desarrollo:** hace énfasis en el mejoramiento de la planificación y el financiamiento en áreas de crecimiento económico y enfoca el mejoramiento de la efectividad de los gastos públicos en salud.

IV. Programa de Implementación

El nivel central del MSP enfocará su actuación en la elaboración de políticas, programación, presupuestos, establecimiento de estándares, supervisión y monitoreo. Las funciones actuales del MSP en cuanto al manejo y operación de programas y proyectos individuales serán descentralizadas paso a paso hacia las regiones sanitarias y las autoridades municipales, considerando sus capacidades. La reestructuración a nivel nacional de las instituciones de servicios de salud no deberá implementarse en una escala de corto plazo sin haber obtenido el consenso de los diversos niveles de los proveedores y usuarios de los servicios de salud. Además, se deberá poner mayor énfasis y fortalecer el sistema de coordinación entre el MSP, IHSS, otras agencias gubernamentales interesadas, las ONGs y los donantes, tanto en el nivel central como el nivel local.

A. Corto Plazo (Año Meta: 2000)

- Diálogo político entre las instituciones relacionadas con la salud
- Elaboración de políticas y programación para la descentralización dentro del MSP
- Mejoramiento de las habilidades gerenciales de cada institución, ampliación física en pequeña escala
- Desarrollo e implementación de los proyectos modelo incluidos en los programas modelo de salud

B. Mediano Plazo (Año Meta: 2005)

- Monitoreo y evaluación sobre los proyectos de mejoramiento de las habilidades gerenciales de cada institución dentro del alcance de las quince estrategias del PMS
- Monitoreo y evaluación de la eficacia de los costos de proyectos modelo que serán provistos por los programas modelo
- Expansión de las áreas meta en base a la retroalimentación

C. Largo Plazo (Año Meta: 2010)

- Perfeccionamiento del PMS

V. Recomendaciones sobre Acciones de Seguimiento

Se espera que el Gobierno de Honduras ejecute las siguientes acciones para adelantar la implementación del Plan Maestro de Salud (PMS)

A. Organizar los Comités para la Impelementación del PMS

- 1) Comité Nacional: Coordinación a nivel central entre el MSP, IISS, SANAA, RRNN, SEP, SEDA, SECPLAN, sectores privados (ONGs, asociaciones, etc.)
- 2) Comité Regional: Coordinación a nivel local entre Región Sanitaria, Gobierno Departamental, Gobierno Municipal, sector privado (ONGs, etc.) y las comunidades
- 3) Comité de Coordinación con los donantes: Coordinación de la Cooperación externa entre el MSP y los donantes

B. Identificar las necesidades urgentes y las de largo plazo

La reestructuración de las instituciones y del manejo en los sectores de la salud y relacionados con la salud será implementada sobre una base de largo plazo y el desarrollo sostenible de los programas/proyectos ya en ejecución y el modelo de desarrollo será promovido sin demora significativa.

C. Ejecutar los programas/proyectos de corto plazo para hacer frente a necesidades

1. PMS

- Mejoramiento del manejo de hospitales y rehabilitación física
- Desarrollo sostenible de sistema de control de medicamentos
- Suministro de equipo a hospitales y centros de salud
- Desarrollo sostenible del suministro de agua y control del saneamiento

2. Programas modelo

- Diseño del Centro de Información y Promoción de la Salud en San Pedro Sula
- Estudio de factibilidad para el desarrollo de la "aldea sana" para el área de pobreza rural en el Departamento de Intibucá

D. Estudio de seguimiento en enfoque vertical

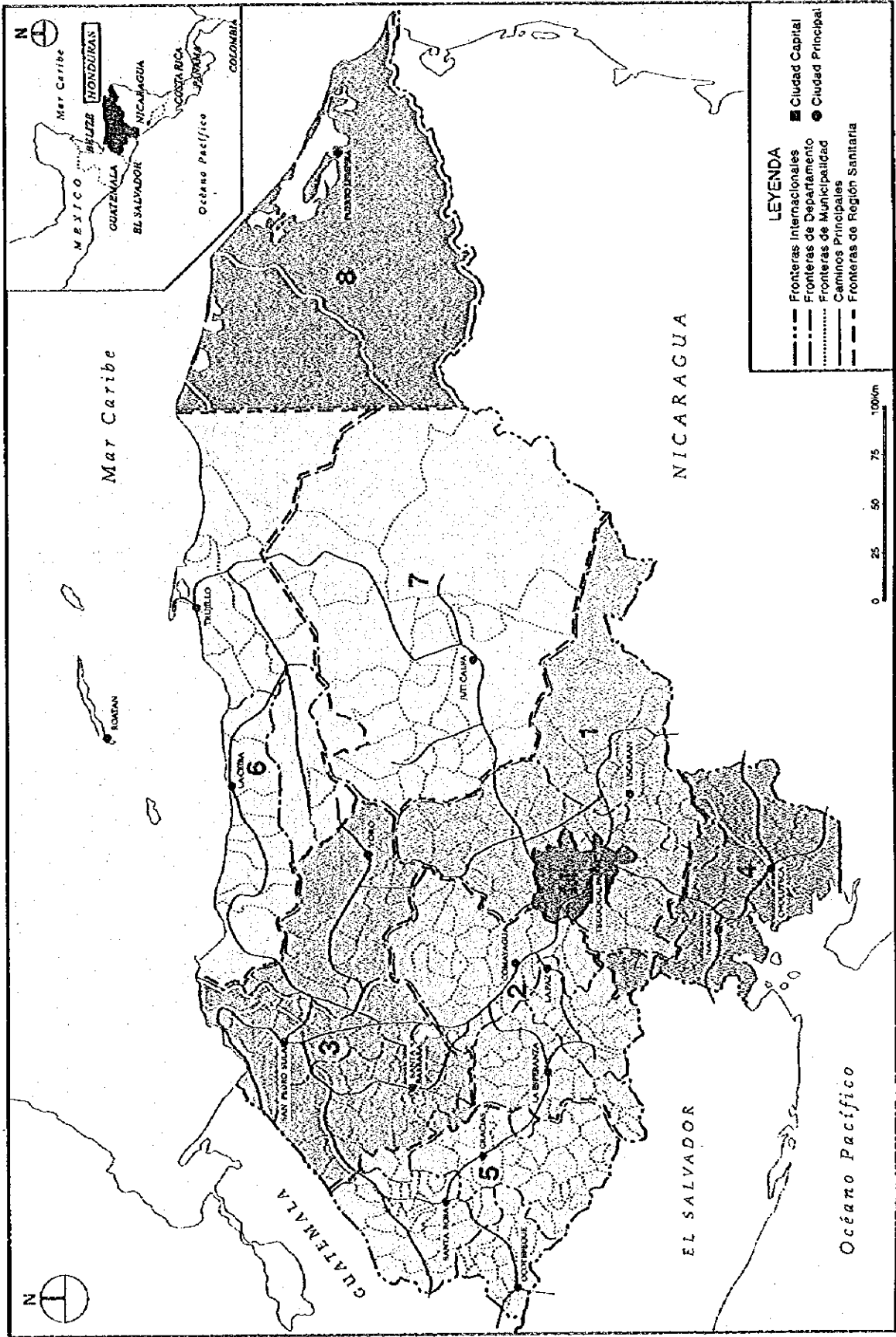
Se espera que el plan detallado para el seguimiento en línea vertical de este PMS será preparado por las agencias interesadas.

**ESTUDIO
SOBRE
LAS ESTRATEGIAS Y PLANES
PARA
EL MEJORAMIENTO DE LA SITUACION
DE LA SALUD
EN
LA REPÚBLICA DE HONDURAS**

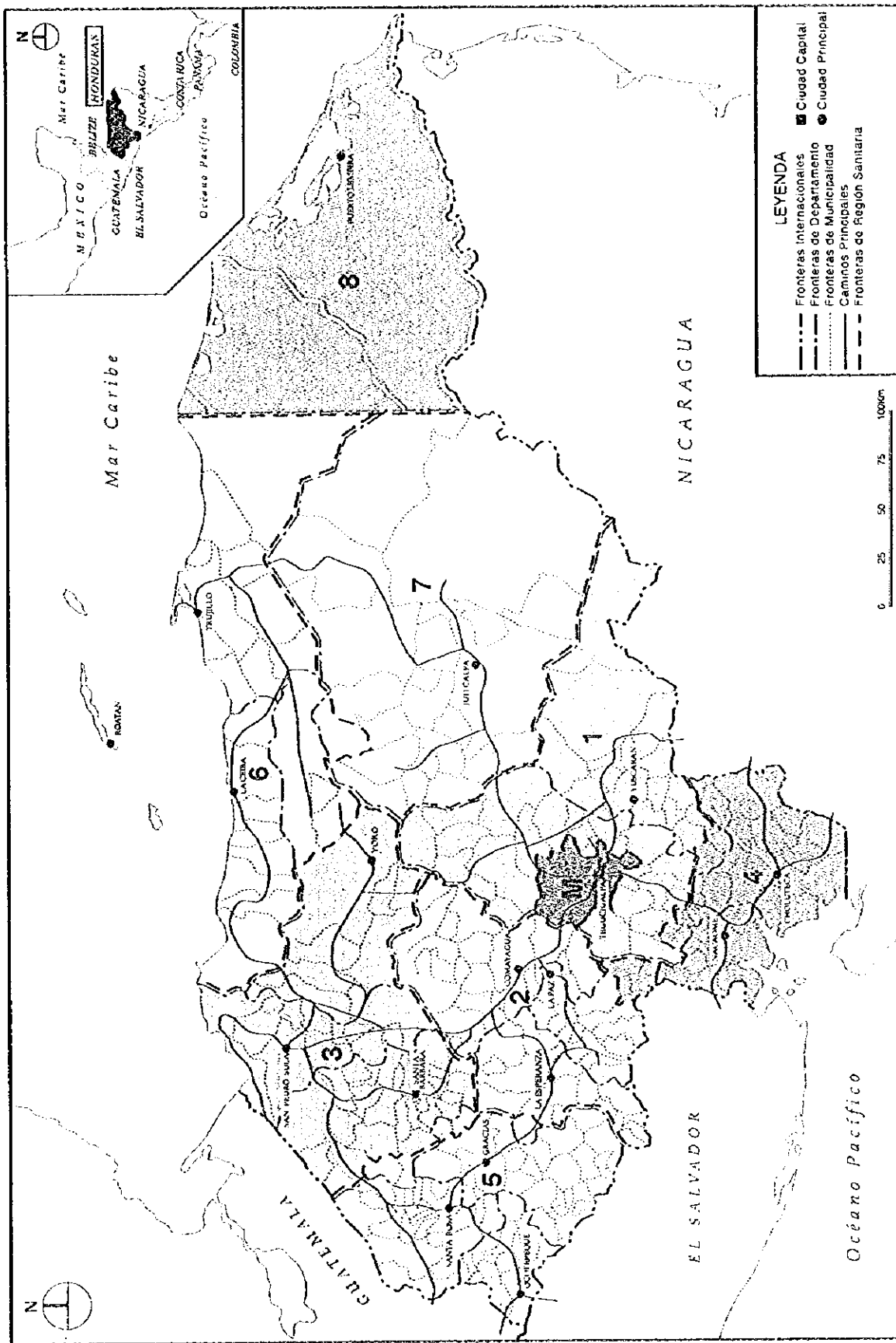
**INFORME FINAL
(RESUMEN EJECUTIVO)**

LISTA DE VOLUMENES

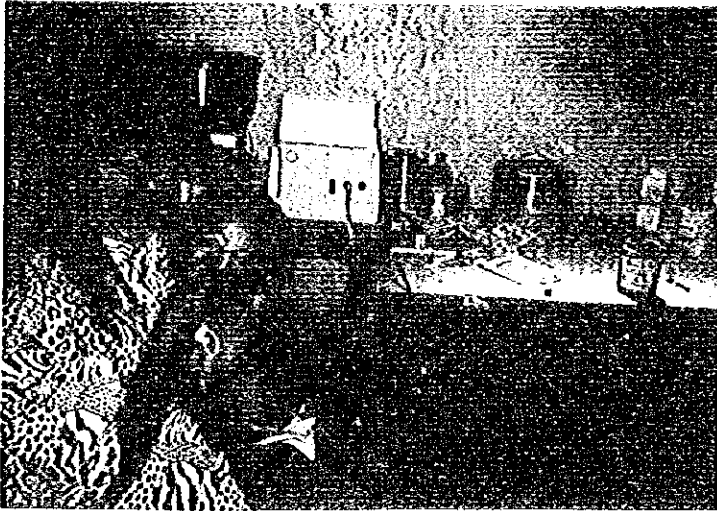
<i>VOLUME I</i>	EXECUTIVE SUMMARY
<i>VOLUME II</i>	MAIN REPORT
<i>VOLUME III</i>	SUPPORTING REPORT A. HOUSEHOLD SURVEY B. INSTITUTION SURVEY C. EXIT-PATIENT INTERVIEW SURVEY
<i>VOLUME IV</i>	DATA BOOK A. MINUTES OF MEETING B. ZOPP/PCM WORKSHOP C. ARCHITECTURAL INFORMATION D. WATER AND SANITATION E. EPIDEMIOLOGICAL INFORMATION (Vector-borne Diseases and AIDS) F. LIST OF CONTACTS G. LIST OF DOCUMENTS
<i>VOLUMEN V(S)</i>	RESUMEN EJECUTIVO (Versión Española)
<i>VOLUMEN VI(S)</i>	INFORME PRINCIPAL (Versión Española)



Mapa de Honduras (Regiones Sanitarias)

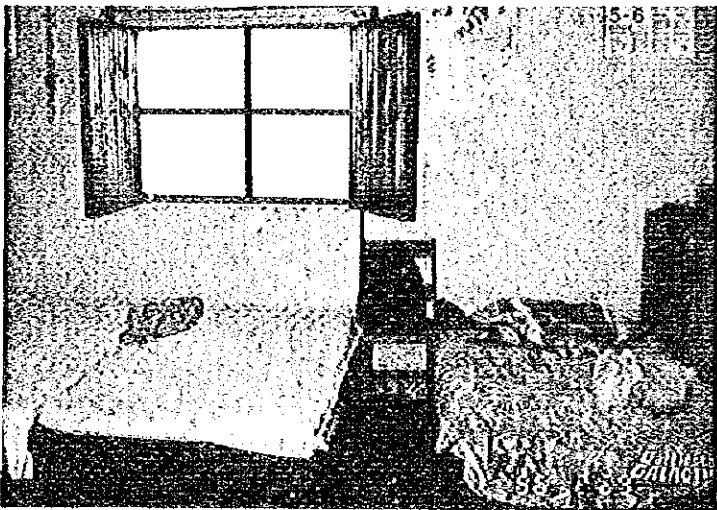


Mapa de Honduras (Regiones Sanitarias)



Altos Niveles de Mortalidad Infantil

En Honduras se ha logrado progreso significativo en los últimos veinte años, sin embargo la tasa de mortalidad infantil es aún alta, en comparación con el resto de países latinoamericanos.



Altos Niveles de Mortalidad Materna

La tasa de mortalidad materna en el área rural es aún alta. A fin de resolver este problema entre otras actividades se ha establecido albergues maternos en las proximidades de hospitales regionales y hospitales de área para atender a las embarazadas cuyo parto es considerado de alto riesgo.



Desnutrición

Entre los niños y las mujeres embarazadas / lactantes está ampliamente diseminada la desnutrición de proteico / calórica. Existen varios tipos de vegetales a la venta en los mercados rurales, pero la mayoría de la población en áreas rurales no dispone de los recursos económicos para su adquisición.



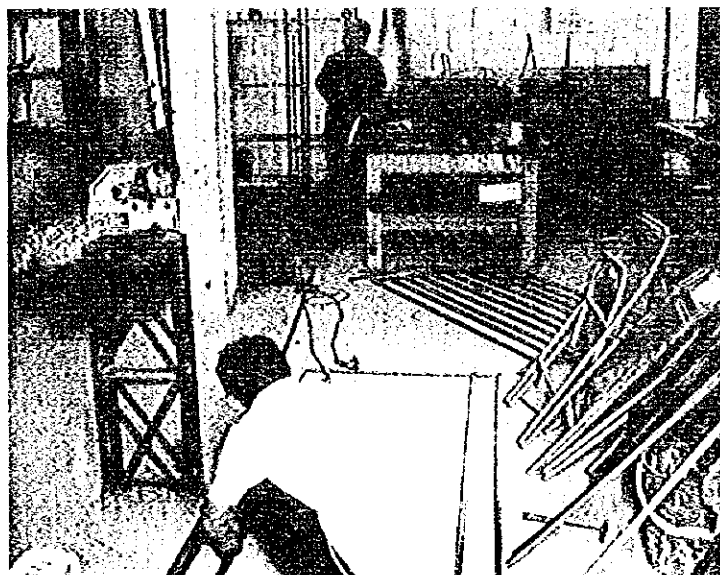
Limitado Acceso al Agua Segura

El limitado acceso al agua segura es un grave problema en todo el país. Se pueden observar en las áreas marginales de Tegucigalpa, niños acarreado grandes recipiente de agua.



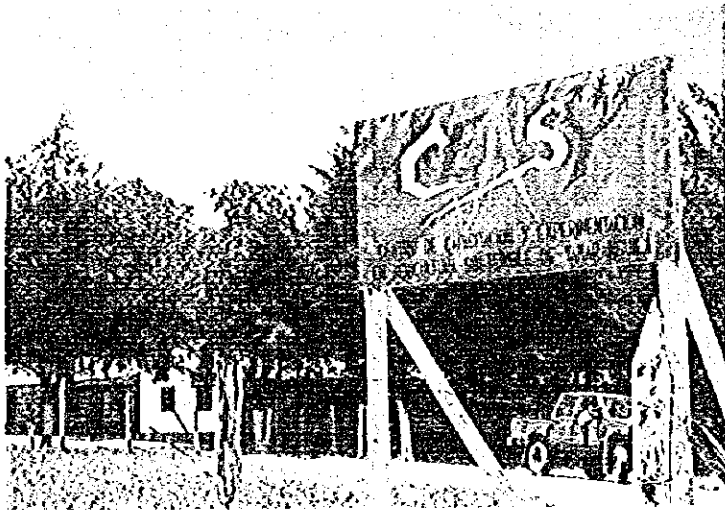
Alta Mortalidad debida a Accidentes

En las áreas urbanas el problema de la alta tasa de mortalidad debida a accidentes incluyendo accidentes de tráfico ha sido uno de los mas graves. Con el rápido crecimiento de la población el servicio de emergencias provisto por los hospitales públicos no puede hacer frente a las necesidades en las áreas urbanas.



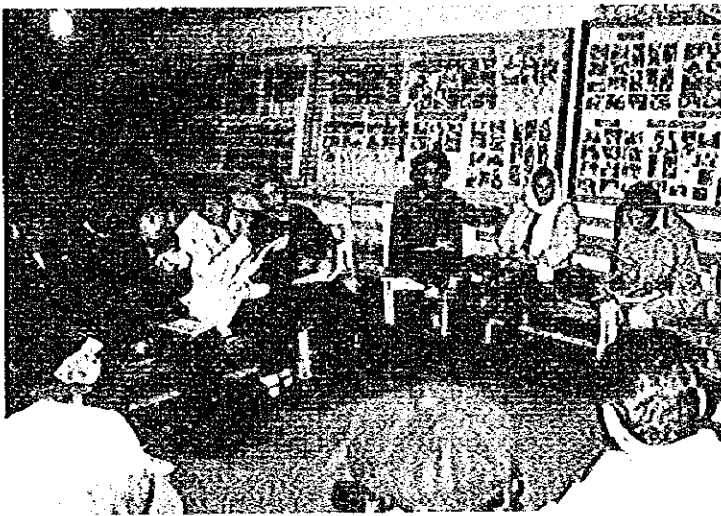
Alta Mortalidad debida a la Violencia

Aparte de los accidentes de tráfico, la violencia es otro grave problema que causa alta mortalidad y morbilidad en las áreas urbanas. Las ONGs, MSP e IHADFA han puesto en marcha varios programas proporcionando entrenamiento vocacional, facilidades de recreación, etc. a fin de hacer frente a la delincuencia juvenil, considerada una de las principales causas de violencia.



Programas de Alivio a la Pobreza

En áreas rurales las ONGs en coordinación con el Ministerio de Recursos Naturales han implementado activamente programas de generación de ingresos incluyendo entrenamiento para la agricultura y programas de fondos para suministro de semillas.



Promoción de la Salud a través de la participación social siguiendo la política del MSP

En las áreas montañosas en el Occidente de Honduras los programas del PNUD han establecido organizaciones para el desarrollo comunitario. Esas organizaciones han elaborado planes para actividades de desarrollo mediante deliberaciones entre los miembros de la comunidad.



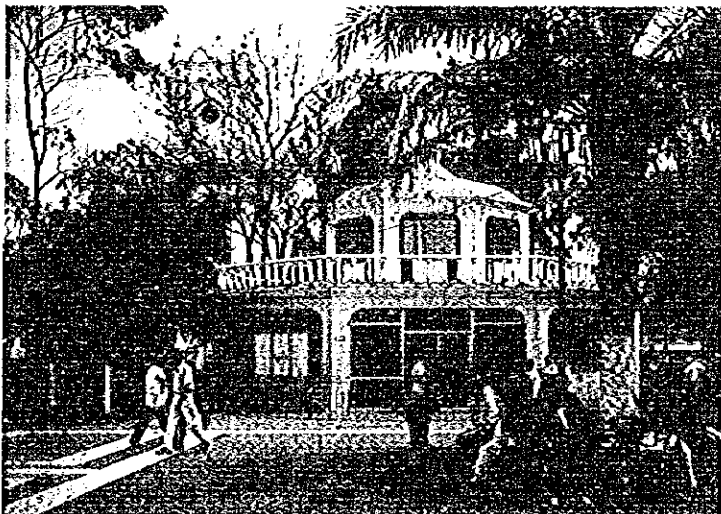
Logísticas del Suministro de Medicinas

A pesar de los esfuerzos que el MSP realiza con ayuda de Agencias Internacionales como USAID y OPS, en la actualidad muchos centros de salud y hospitales experimentan un suministro inadecuado de medicamentos.



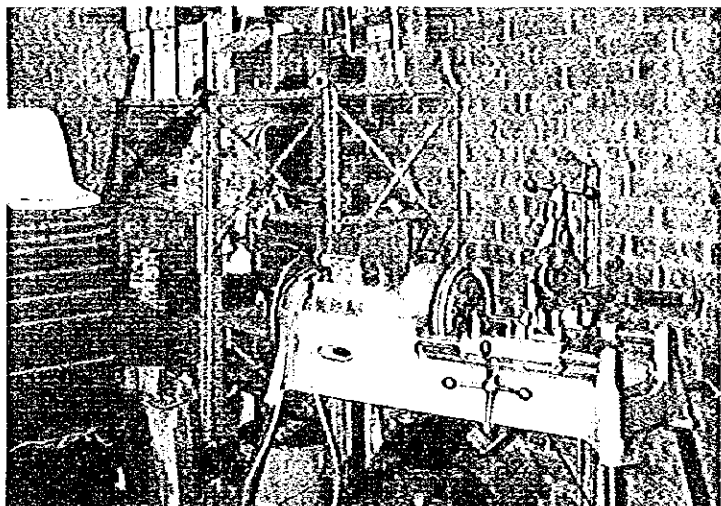
Hospital Mario Catarino Rivas

Este Hospital es el único proveedor de servicios terciarios de salud en la región norte de Honduras. Asimismo, es el único hospital público en San Pedro Sula que provee servicios y asistencia de partos y emergencias. Sin embargo, el rápido crecimiento de la población y los altos índices de accidentes y violencia cada día demandan más de estos servicios.



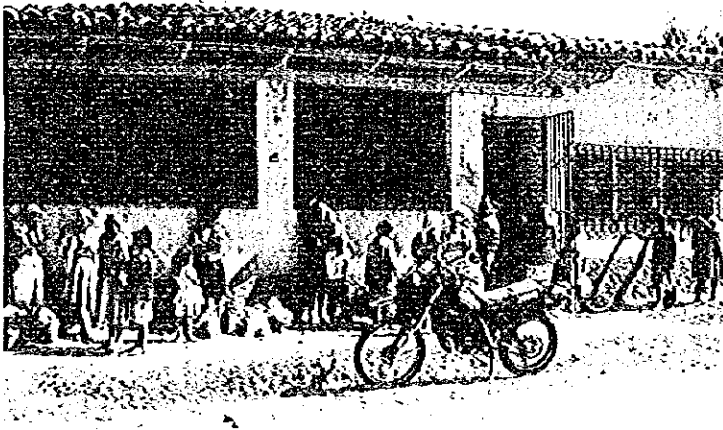
Campaña de Prevención del SIDA

Como uno de los programas de prevención del SIDA ejecutados por la Municipalidad y MSP en el quiosco ubicado en el parque central se ha presentado al público información sobre el SIDA y su prevención.



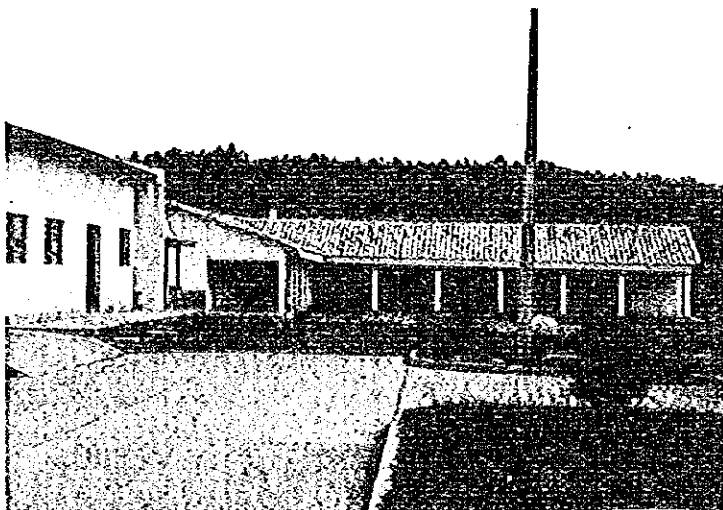
Taller de la Oficina de la Región Sanitaria

CENAMA del MSP, que es responsable del mantenimiento y operación de instalaciones y equipo no es capaz de proporcionar asistencia técnica adecuada por falta de recursos financieros suficientes.



Centro de Salud (CESAR) en las Áreas Montañosas

Este centro de salud está situado en la Municipalidad de Yamaranguila que tiene un alto índice de pobreza y la mayoría de sus habitantes son leucos. Algunas personas que viven alejadas necesitan caminar alrededor de cinco horas para llegar al centro.



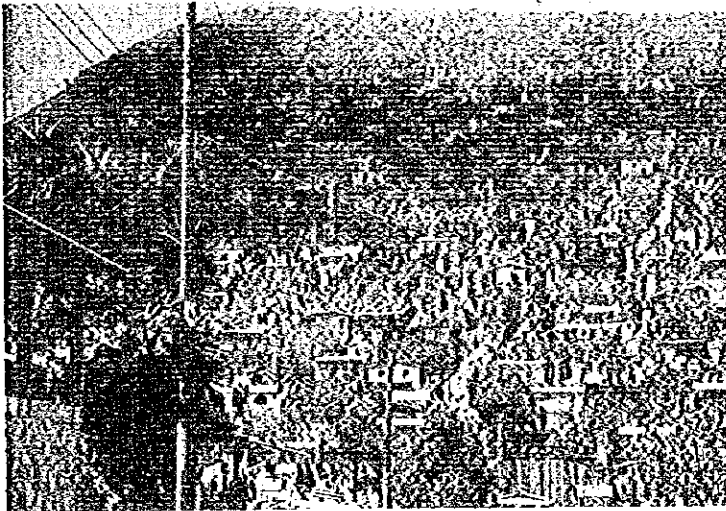
Establecimiento de Albergue Materno

En cooperación con el MSP y a través de actividades de participación social fué construido un albergue materno en los predios del hospital La Esperanza.



Área del Centro de la Municipalidad de La Esperanza

La Esperanza es la cabecera del Departamento de Intibucá, en esta ciudad están ubicadas las oficinas administrativas Municipales. La infraestructura tal como suministro de agua, electricidad y carreteras no han sido bien desarrolladas, a pesar de ser la ciudad más importante del departamento.



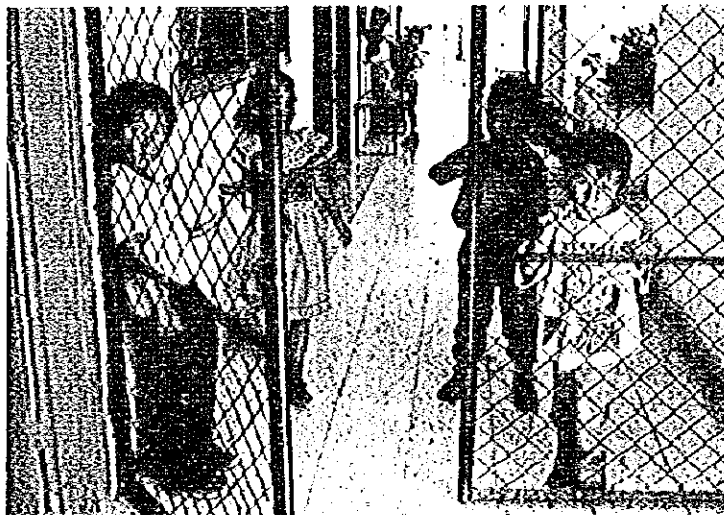
Condiciones de la Vivienda en las Áreas Marginales

La cantidad de emigrantes que llegan de las áreas rurales y viven en las áreas marginales de Tegucigalpa ha estado creciendo rápidamente. Estos pobladores construyen sus casas en lugares de riesgo y donde no existe ningún tipo de infraestructura.



Pobre Acceso al Agua Segura

El SANAA y UNICEF han venido implementando activamente programas de suministro de agua en las áreas de manejo no ha funcionado satisfactoriamente por falta de mantenimiento y cuidado de las fuentes de agua. En esta fotografía los miembros de la comunidad están tratando de recolectar agua que se derrama de una llave pública rota.



Centro de Guardería Infantil

Las ONGs proveen varios programas incluyendo el servicio de guardería, educación para la salud, etc. a fin de permitir a las madres solteras trabajar y para hacerle frente al problema de los niños de la calle.



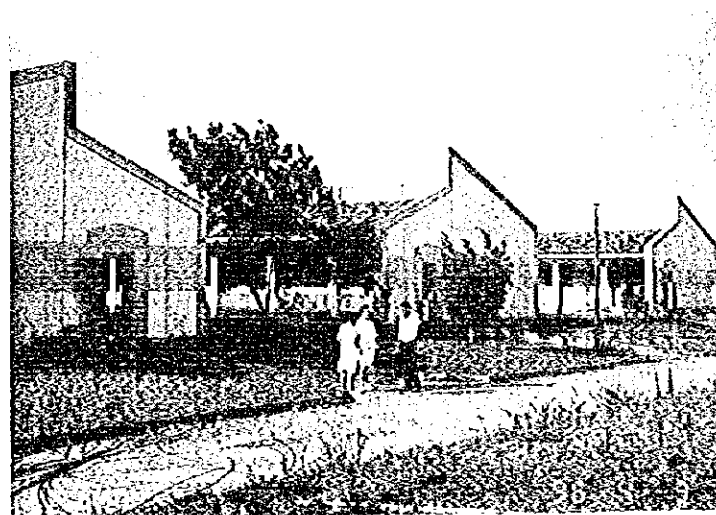
Activa Producción Agrícola

El Departamento de Olancho goza de una rica producción agrícola debido a la abundancia de recursos naturales y asistencia efectiva a través de programas de ayuda extranjera incluyendo la CIDA.



Clinica de Asistencia Materno-Infantil

Se han construido clínicas de asistencia materno-infantil a fin de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud materna en las áreas rurales.



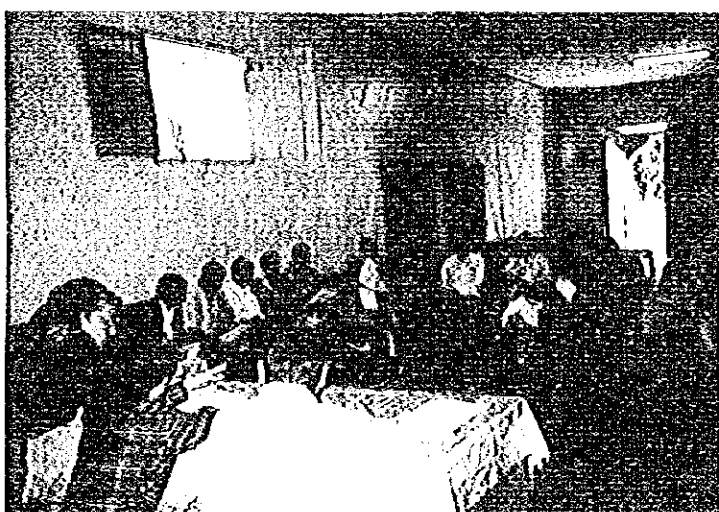
Hospital San Francisco

Este hospital regional provee servicios de salud de aceptable calidad a los miembros de la comunidad, razón por la cual cuenta con su aceptación.



Taller PCM/ZOPP

Durante el estudio de campo en el período de la Fase I y Fase II del Estudio se realizaron seminarios PCM/ZOPP para el análisis de problemas y la formulación de una base común para planificación; en estos talleres estuvieron involucrados funcionarios de los Ministerios pertinentes.



Deliberaciones en Pequeños Grupos

Durante el estudio de campo en el período de la Fase III del mismo se realizaron deliberaciones en pequeños grupos para obtener el consenso de los participantes; en tales discusiones participaron personal de salud, líderes comunitarios, etc.



Entrevistas con miembros de la Comunidad

En el período de la Fase III durante el estudio de campo los miembros del Grupo de Estudio llevaron a cabo entrevistas con miembros de la Comunidad a fin de reflejar las necesidades reales de los grupos étnicos y especialmente la opinión de las mujeres respecto a la planificación.



**ESTUDIO
SOBRE
LAS ESTRATEGIAS Y PLANES
PARA
EL MEJORAMIENTO DE LA SITUACION
DE LA SALUD
EN
LA REPÚBLICA DE HONDURAS**

**INFORME FINAL
(RESUMEN EJECUTIVO)**

Prefacio
Carta de Remision
Breve Resumen
Lista de Volúmenes
Mapa de Honduras (Regiones Sanitarias)
Placas

Contenido
Lista de Figuras y Cuadros
Abreviaturas y Siglas

CONTENIDO

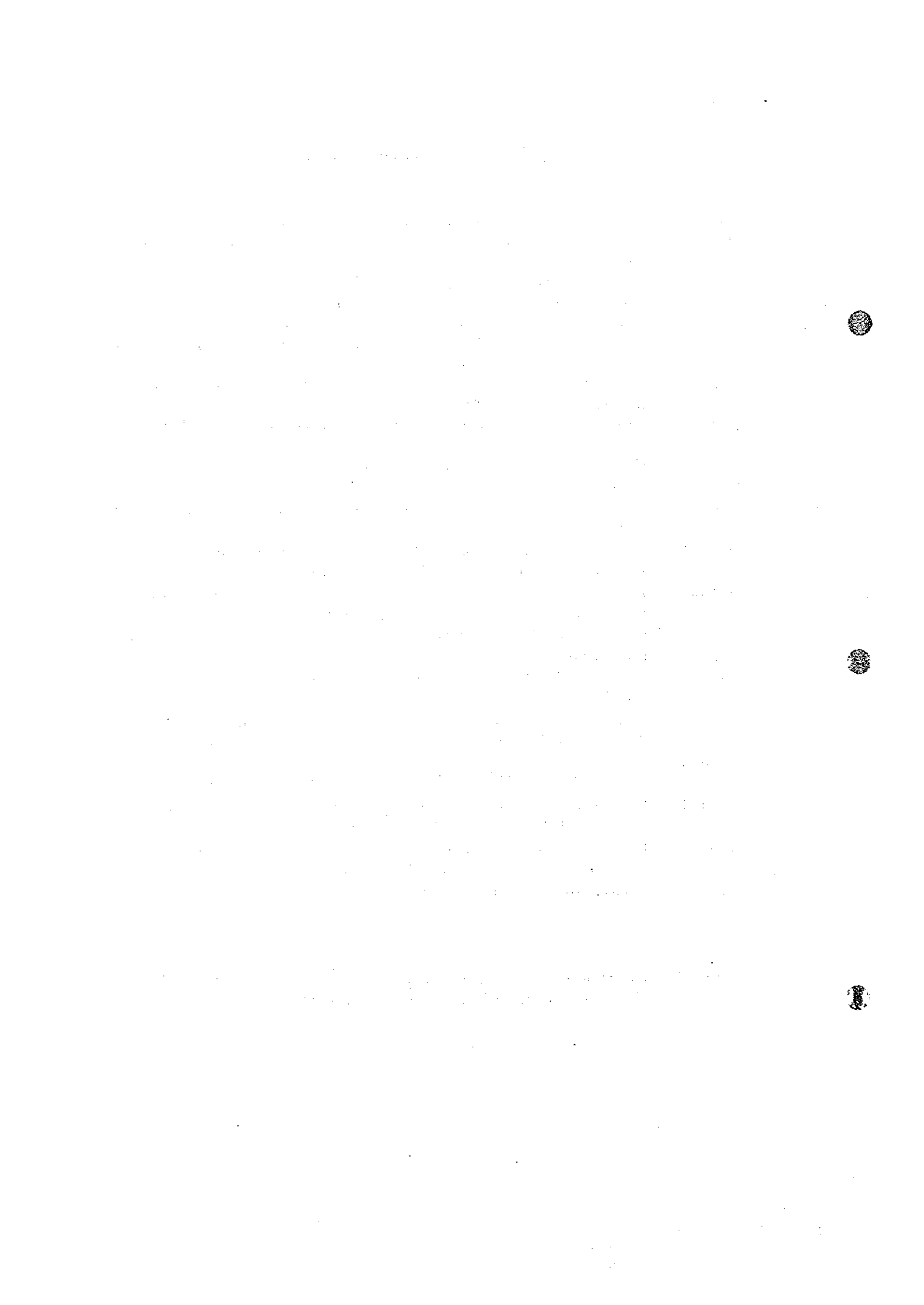
1. INTRODUCCION	1
2. DISEÑO CONCEPTUAL	3
3. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	4
3.1 PROBLEMAS PRIORITARIOS DE SALUD	4
3.2 FACTORES QUE AFECTAN LOS RESULTADOS DE SALUD	10
4. MARCO DE PLANIFICACION DEL PLAN MAESTRO DE SALUD	24
4.1 OBJETIVOS Y METAS	24
4.2 ESCENARIOS	25

5. ESTRATEGIAS DEL PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD	27
5.1 ESTRATEGIAS RELACIONADAS CON EL CONTEXTO	27
5.2 ESTRATEGIAS RELACIONADAS CON LOS COMPORTAMIENTOS A NIVEL DEL HOGAR Y DE LA COMUNIDAD	30
5.3 ESTRATEGIAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	33
6. PROGRAMAS MODELO	41
6.1 SELECCIÓN DE LAS ÁREAS PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE SALUD MODELO	41
6.2 PROGRAMA MODELO PARA EL ÁREA URBANA	41
6.3 PROGRAMA PARA AREAS DE POBREZA	49
6.4 PROGRAMA MODELO PARA EL AREA DE DESARROLLO INTEGRADO	57
7. PROGRAMA DE IMPLEMENTACION	62
7.1 REESTRUCTURACIÓN POR ETAPAS DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD	62
7.2 ASIGNACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS Y RECURSOS HUMANOS	63
7.3 COOPERACIÓN EXTERNA PARA LA TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA Y ASISTENCIA FINANCIERA	66
7.4 ESQUEMA DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS NECESIDADES URGENTES DE COOPERACIÓN EXTERNA	66
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
8.1 PROBLEMAS PRIORITARIOS	68
8.2 PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD	68
8.3 PROGRAMAS MODELO	72
8.4 PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN	76

Figuras y Cuadros

Lista de Figuras y Cuadros

- Figura 1 Zonificación y selección de programas para área modelo
- Figura 2 Contribución de las 15 estrategias a los problemas de salud prioritarios en el área urbana
- Figura 3 Proyecto modelo 1, opción 1 para el área urbana: "Centro para la prevención del VIH/SIDA e información" y "Fortalecimiento de las actividades municipales de promoción de la y educación para la salud" (dos subproyectos)
- Figura 4 Proyecto modelo 1, opción 2 para el área urbana: "Centro para la promoción de la salud e información" (proyecto integrado)
- Figura 5 Situación actual y proyecto modelo 2 para el área urbana: Reforzamiento de las funciones de los CESAMOs
- Figura 6 Proyecto modelo 3 para el área urbana: Mantenimiento y centro de información para facilidades y equipo médico
- Figura 7 Contribución de las 15 estrategias en los problemas de salud prioritarios en el área de pobreza rural
- Figura 8 Posición de los proyectos modelo prioritarios para desarrollar el programa modelo aldea sana
- Figura 9 Proyecto modelo 1: Establecimiento de "Centro de entrenamiento y extensión aldea sana" en el área de pobreza rural, departamento de Intibucá
- Figura 10 Proyecto modelo 2: "Mejoramiento del acceso de los miembros de la comunidad a los servicios de salud" en el área de pobreza rural, departamento de Intibucá
- Figura 11 Contribución de las 15 estrategias a los problemas de salud prioritarios en el área de pobreza urbana
- Figura 12 Proyecto modelo 1: "Mejoramiento de acciones para promover las actividades de participación social" en el área de pobreza urbana, Tegucigalpa
- Figura 13 Proyecto modelo 2: "Mejoramiento del uso y conocimiento de la red de los servicios de salud en el nivel primario" en el área de pobreza urbana, Tegucigalpa
- Figura 14 Carga de enfermedad en la Región Sanitaria No.7 por sexo, edad y grupo de causa
- Figura 15 Edificio institucional sin programas/proyectos propuestos por el Plan Maestro Nacional de Salud y Programas Modelo de Salud
- Figura 16 Edificio institucional con programas/proyectos propuestos por el Plan Maestro Nacional de Salud y Programas Modelo de Salud
- Figura 17 Los recursos financieros y gastos del MSP (1996-2010)
- Cuadro 1 Causa principal de carga por enfermedad en la Región Sanitaria No.7 en 1995 y la efectividad de costos en las intervenciones disponibles para su control



Abreviatura y Siglas

AHMON	: Asociación Hondureña de Municipalidades
AIDSCAP	: AIDS Control and Prevention (Control y Prevención del SIDA)
ASHONPLAFA	: Asociación Hondureña de Planificación Familiar
AZT	: Azathioprine
BCH	: Banco Central de Honduras
BCIE	: Central American Bank for Integration and Economy
BIHN(NHB)	: Basic Human Needs (Necesidades Humanas Básicas)
CAD	: Computer Assisted Design (Diseño Asistido por Computadora)
CDM	: Comité de Derechos de la Mujer
CENAMA	: Centro Nacional de Mantenimiento
CESAL	: Comisión Especial de Salud
CESAMO	: Centro de Salud con Médico y Odontólogo
CESAR	: Centro de Salud Rural
CESCCO	: Centro de Estudio para el Control de Contaminantes
CMI	: Clínica Materno Infantil
CODA	: Consejo de Desarrollo Agrícola
COHDEFOR	: Corporación Hondureña de Desarrollo Forestal
COHEP	: Consejo Hondureña de de la Empresa Privada
CONALSIDA	: Comisión Nacional sobre el SIDA
CONSUMI	: Consejo Superior del Ministerio
COTIAS	: Comité Técnico sobre el Ambiente y la Salud
DALY	: Disability-Adjusted Life Years Lost (Años de Vida Perdidos Ajustados a una Incapacidad)
DDRRHHH	: División de Recursos Humanos
DES	: División de Educación de Salud
DIM	: División de Ingeniería y Mantenimiento
DIMA	: División Municipal de Aguas
ENEE	: Empresa Nacional de Energía Eléctrica
ENESF	: Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar
EPI(PEI)	: Expanded Program for Immunization (Programa Expandido de Inmunizaciones)
ETS	: Enfermedades Transmitidas Sexualmente
FHIA	: Fundación Hondureña de Investigación Agrícola
FHIS	: Fondo Hondureño de Inversión Social
GDP(PIB)	: Gross Domestic Product (Producto Interno Bruto)
GTZ	: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agencia de Cooperación Técnica Alemana)
IBRD	: International Bank for Reconstruction and Development (World Bank)
ICU(UCI)	: Intensive Care Unit (Unidad de Cuidados Intensivos)
IEC	: Información, Educación y Comunicación
HSS	: Instituto Hondureño de Seguridad Social
INFOP	: Instituto de Formación Profesional
IPPF	: International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación Familiar)
IRA	: Infecciones Respiratorias Agudas
JNBS	: Junta Nacional de Bienestar Social
JOCV	: Japan Overseas Cooperation Volunteer
JUPSA	: Jóvenes Unidos Para la Salud
KAP	: Knowledge, Aptitude and Practices
M&E	: Mantenimiento y Evaluación
MNR (RMN)	: Magnetic Nuclear Resonance (Resonancia Magnética Nuclear)
MPH	: Masters of Public Health
MSP	: Ministerio de Salud Pública
MSPS	: Municipalidad de SPS
MTPS	: Ministerio de Trabajo y Protección Social
O&M	: Operación y Mantenimiento
ONG	: Organización No-Gubernamental
OPS	: Organización Panamericana para la Salud

Abreviatura y Siglas

PANI	: Patronato Nacional de la Infancia
PDAE	: Proyecto Demostrativo de Agricultura
PIAS	: Plan de Inversión para el Ambiente y la Salud
PMNS	: Plan Maestro Nacional de Salud
PMS	: Plan Maestro de Salud
POSSS	: Proceso de Organización y Simplificación del Sistema de Suministros
PRAF	: Programa de Asignación Familiar
PROAGRO	: Programa de Desarrollo de la Agricultura
PRONASSA	: Programa Nacional de Servicios de Salud
SANAA	: Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillado
Sec.RRNN	: Secretaría de Recursos Naturales
SECPLAN	: Secretaría de Planificación, Coordinación y Presupuesto
SEDA	: Secretaría del Ambiente
SEP	: Secretaría de Educación Pública
SIDA	: Síndrome de Inmuno Deficiencia Acquirida
SPS	: San Pedro Sula
TAS	: Técnico en Operación y Mantenimiento
TMI	: Tasa de Mortalidad Infantil
TMR	: Tasa de Mortalidad Materna
TRO	: Terapia de Rehidratación Oral
UPS	: Unidad de Participación Social
YLD(API)	: Years of Life Disabled (Años de Perdidos por Incapacidad)
YLL(AVP)	: Years of Life Lost (Años de Vida Perdidos)

1. INTRODUCCION

La República de Honduras está ubicada en el centro de Centro América, con fronteras comunes con Guatemala y El Salvador al Oeste y Sur-Oeste y con Nicaragua al Este. Honduras tiene costas con el Mar Caaribe al Norte y el Océano Pacifico al Sur.

Honduras tiene una extensión territorial de 112,392 kilometros cuadrados, y su superficie constituida principalmente por montañas. La porción mayor de la población (70%) habita las tierras altas de la porción centro-norte del país.

La población total fue estimada en aproximadamente 5.5 millones en 1995, y una tercera parte de esta población se concentra en las dos ciudades principales, Tegucigalpa y San Pedro Sula. En estas áreas metropolitanas, varios problemas han emanado debido a la urbanización, tales como aumento de la pobreza, contaminación ambiental y problemas sociales urbanos. Por otro lado, en las áreas rurales, hay áreas con potencial agrícola, pero también aldeas rurales pobres y con pocos recursos. La diversidad en estilos de vida y la gran disparidad en el estatus económico son temas importantes que necesitan ser considerados dentro de la política del desarrollo de Honduras.

La salud ha sido uno de los sectores más importantes para el Gobierno de Honduras y los organismos internacionales han ido ampliando su asistencia para mejorar a este sector. Aunque estos esfuerzos han contribuido al mejoramiento de la salud de la población, se reconoce que es esencial desarrollar planes generales e integrados para el uso óptimo de los recursos existentes y para el mejoramiento máximo de la salud y los servicios de salud.

En este contexto, el Gobierno de Honduras solicitó al Gobierno del Japón la implementación del Estudio de las Estrategias y Planes para el Mejoramiento de la Situación de la Salud en la República de Honduras con el objetivo general de desarrollar un Plan Maestro de Salud (PMS) con estrategias y planes integrados para los años meta 2000 y 2010. En respuesta a la solicitud, el Gobierno del Japón envió un equipo de estudio preliminar a Honduras. Basado en el Enfoque de Trabajo (E/T) que se acordó entre los dos gobiernos en abril de 1994, el equipo de estudio llegó a Honduras el 21 de enero de 1995. Después de un año y medio de estudio se presentó el Borrador del Informe Final el 24 de julio de 1996.

El estudio fue realizado por System Science Consultants (SSC) en asociación con Management Sciences for Health (MSH) con el siguiente programa:

Fase I del 6 de enero - 31 de marzo de 1995
Estudio: para desarrollar estrategias inter-sectoriales

Fase II del 12 de junio - 27 de diciembre de 1995
Estudio: para formular un plan maestro de salud integrado
Fase III del 25 de enero - 24 de octubre de 1996
Estudio: para completar el plan maestro de salud con planes de implementación

Se recibió la colaboración adecuada del CONSUMI, el comité coordinador, formado por los representantes y contrapartes del MSP, SECPLAN, RRNN, SEP, SEDA, SANAA y el IHS. El equipo de estudio presentó un informe de avances y un informe interino para cada una de las fases cuyo contenido fue aprobado por los representantes de los institutos mencionados. Adicionalmente, las contrapartes técnicas del MSP y otras instituciones interesadas estuvieron involucradas en las distintas fases de la elaboración del PMS.

Durante la Fase I del Estudio, el equipo de estudio realizó visitas de campo para identificar las condiciones existentes de la salud y áreas relacionadas con la salud, asimismo evaluó los datos existentes proporcionados por las agencias interesadas. Además, se han realizado talleres para identificar problemas prioritarios de salud y para formular estrategias básicas usando la metodología de análisis de problemas llamada ZOPP, desarrollada por la GTZ (Cooperación Alemana).

Durante la Fase II del Estudio se realizó una encuesta de muestreo para aclarar los comportamientos de la familia y de la comunidad, evaluar las condiciones operativas de las facilidades de salud, y para identificar el comportamiento de los pacientes egresados. Para formular programas modelo para las áreas de salud con el consenso de las personas interesadas, se organizaron talleres y discusiones tanto a nivel central como a nivel local durante la Fase III del Estudio. Para el desarrollo del programa modelo se consideró que la participación social era uno de los enfoques clave.

Durante la Fase III del Estudio se organizó además una serie de reuniones semanales con el Vice-ministro de la Red de Servicios, el Vice-ministro en Desarrollo Institucional y Política Sectorial y las contrapartes interesadas para la revisión de las estrategias propuestas en el plan maestro de salud y para conocer los avances recientes en los programas y proyectos nacionales existentes. Los temas que se discutieron eran: El acceso a los servicios de salud, la expansión de la red de servicios, el mejoramiento de la capacidad resolutiva de problemas, el sistema de referencia, el mantenimiento del equipo y las facilidades, salud ambiental, salud ocupacional, agua y saneamiento, el desarrollo de los recursos humanos, educación para la salud, participación social, y el financiamiento de la salud.

2. DISEÑO CONCEPTUAL

El análisis se enfocó en tres dimensiones amplias que afectan a los resultados de salud: el contexto, los comportamientos en la familia/comunidad y la prestación de servicios de salud para explorar las formas en que se pueden modificar estas dimensiones para el mejoramiento de las condiciones de la salud en Honduras, como se explicará en los siguientes párrafos:

En cuanto al contexto, la salud de una sociedad refleja muchos aspectos, algunos de los cuales están muy arraigados en la naturaleza misma del país: su geografía, demografía, los recursos económicos y el contexto social. Los temas relacionados con el contexto establecen las condiciones fundamentales de riesgo que generan la incidencia básica y el predominio de muertes, enfermedades y la invalidez. El mejoramiento de estos factores contextuales es un objetivo general de todos los planes de desarrollo de la sociedad.

El comportamiento individual y en el hogar, arraigado en la ignorancia, en las opciones artificialmente limitadas, y en los comportamientos tradicionales, a menudo empeoran el impacto causado por los recursos inadecuados, una infraestructura pobre, una geografía hostil y una educación de bajo nivel. Se espera que los cambios en estos comportamientos mejoren los resultados de la salud sin necesariamente tratar la fundamental insuficiencia de la oferta.

El acceso adecuado a una red de facilidades e instituciones de salud ofrece una general y amplia gama de servicios y esfuerzos organizacionales, lo que lleva al mejoramiento en la calidad y la efectividad de estos servicios y contribuye a minimizar la morbilidad y mortalidad asociadas con cierto nivel de riesgo.

3. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

3.1 Problemas prioritarios de salud

En el taller que se realizó en la Fase I del Estudio se identificaron los siguientes problemas mayores de salud.

3.1.1 Altos niveles de mortalidad infantil

Aunque se registraron avances significativos en Honduras durante los últimos veinte años, la Tasa de Mortalidad Infantil sigue siendo alta, 49.9 por mil, en 1990, en comparación con los estándares internacionales y regionales. Además, la diferencia entre las TMI urbana y rural se ha mantenido igual, lo que refleja la prevalencia de un patrón de desigualdad en el estado de la salud determinado por las condiciones de vida. Los niveles actuales de la TMI se pueden atribuir a los siguientes componentes básicos de enfermedad: enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y neumonía y un complejo de enfermedades perinatales.

3.1.2 Altos niveles de mortalidad materna

Un problema no reconocido sino hasta muy recientemente, las altas tasas de mortalidad materna, fué documentada en Honduras en 1990 a través de una encuesta nacional realizada para medir la mortalidad en Mujeres en Edad Fértil (12 a 50 años). La TMM general era de 221/100,000 nacidos vivos. La tasa nacional sin embargo, cubre grandes diferencias regionales. Dos tercios de todas las muertes entre Mujeres en Edad Fértil y dos tercios de las muertes maternas ocurrieron fuera de los hospitales, lo que indica que hay un problema serio en cuanto al acceso a la atención obstétrica. La causa de muerte más frecuente fuera del hospital fué la hemorragia, mientras que las infecciones y problemas de hipertensión dominaron entre las muertes en el hospital. Los factores principales de riesgo eran una edad mayor de 35 años y una paridad de más de cuatro. También se reconoció que factores de riesgo para la muerte materna son bajos niveles de educación materna, vivencia rural y el estado de soltería de muchas madres.

3.1.3 Prevalencia alta de desnutrición, ausencia de seguridad alimentaria

La historia natural de desnutrición en Honduras se conoce bastante bien: el crecimiento del niño sigue patrones estandar hasta la edad de cuatro meses. Luego, la introducción prematura de otros alimentos y la alta prevalencia de enfermedades infecciosas progresivamente conduce a un déficit

establecido en crecimiento y desarrollo. La desnutrición de proteína no se limita a niños. La ingestión de calorías y proteína es relativamente baja en comparación con los estándares mundiales. El déficit de proteína-caloría se asocia con déficits de micronutrientes específicos: hay mucha anemia entre los niños y mujeres embarazadas/lactantes, causada por una alta carga de parásitos y un consumo deficiente de alimentos. En la misma población se detectaron bajos niveles de Vitamina A, por lo cual se implementan programas de suplemento y fortalecimiento. La falta de retinol ha sido asociada con los altos niveles de mortalidad infantil. El déficit de yodo es un problema local por lo cual se realizó un programa de fortificación de la sal en las regiones montañosas en el occidente y el centro de Honduras.

3.1.4 Acceso limitado al agua y saneamiento

Se ha demostrado que la campaña de educación intensiva y la aceleración en la construcción de infraestructura con la epidemia del Cólera en 1991 están asociadas con la disminución general de la incidencia de enfermedades diarreicas entre niños menores de 5 años. El acceso al agua se ha mejorado bastante en los últimos años con las actividades en función del Plan de Desarrollo de La Infancia y la Juventud. Un gran número de residentes de los barrios marginales urbanos de Tegucigalpa todavía tienen que comprar su agua a los operadores de los camiones cisterna.

La disponibilidad de letrinas lavables o hidráulicas ha mejorado en los últimos años aunque sigue siendo baja en el área rural. La gran mayoría de las aguas negras va directamente al río por la falta de plantas de tratamiento. En las grandes ciudades la eliminación de desechos sólidos es organizada y se usan los desechos para rellenos sanitarios. La eliminación de desechos biológicos de los hospitales mediante la quema no es muy común todavía ya que no todos los hospitales tienen incineradores. Se debe enfatizar que ahora las instituciones interesadas ven el problema del agua y saneamiento como una parte integral del problema general de control del ambiente. Otro aspecto importante del manejo de aguas es su papel en la historia natural y el control de las enfermedades causadas por vectores.

3.1.5 Alta incidencia de SIDA y ETS

Con sólo el 17% de la población de la sub-región, Honduras tiene el 57% de los casos registrados de SIDA (4,142 casos desde 1985). San Pedro Sula tiene la tasa más alta de infección en el país. Se espera que para el año 2000 el 17% de la población de SPS tendrá el virus, mientras que se espera un mínimo de 3,200 nuevos casos de SIDA por año a finales del siglo.

Tanto el sector privado como el sector público han implementado programas educativos; sin embargo, el programa escolar público está en desarrollo. Algunas ONGs han empezado a realizar programas de prevención general dirigidos a la población de alto riesgo. USAID ha suministrado muchos preservativos tanto para el sector privado como para el sector público mediante el sistema logístico del sector público.

La OPS ha asistido con la creación y con el funcionamiento de la Comisión Nacional del SIDA y con la logística para el abastecimiento de sangre segura. Más recientemente, ha proporcionado fondos para actividades educativas y para capacitación. El Banco Mundial y la ONU han ayudado con una variedad de pequeñas actividades en educación y capacitación. En 1995, USAID proporcionó una gran cantidad de fondos y asistencia técnica para actividades del sector privado y del sector público. Este apoyo, según lo programado, continuará hasta agosto de 1997 cuando el proyecto AIDSCAP termine. Se espera que después habrá otro proyecto de USAID ya que se sabe que Honduras está en la lista de los países prioritarios de USAID para la siguiente iniciativa.

Ya que es inevitable que haya más casos de SIDA y más muertes, se aumentará la necesidad de tener más hospicios, dar atención en el hogar, y en educación para disminuir el rechazo de los pacientes con SIDA. Si no se encuentran alternativas menos caras para atender a estos pacientes, el costo potencial para el sistema de salud pública podría ser catastrófico. En 1993 el costo de la atención a pacientes con SIDA en San Pedro Sula se estimó en 6 millones de Lps. y en Tegucigalpa en 2 millones de Lps. Se espera que estos costos incrementarán para finales del siglo a 21-29 millones en San Pedro Sula y a 12-32 millones en Tegucigalpa.

3.1.6 Alta incidencia de enfermedades causadas por vectores

La malaria, el dengue, la enfermedad de Chagas y leishmaniasis son las enfermedades más importantes causadas por vectores en Honduras. La carga de malaria consiste sobre todo de una morbilidad frecuente y una incapacidad temporal en la población económicamente activa, especialmente la que trabaja temporalmente en los campos de banano, arroz y caña de azúcar. Además del tiempo, el perfil epidemiológico de la malaria ha sido determinado en los últimos años por los cambios en la organización de los programas de control (vertical versus horizontal/descentralizado), con una incidencia anual oscilando entre 5-18 casos por 1,000 personas.

Durante los últimos años se registraron epidemias de dengue común en las grandes ciudades Tegucigalpa, Danlí, Comayagua, La Ceiba y Puerto Cortés. En 1993 se reportaron dos casos de dengue hemorrágico. En 1995 se reportaron 18,152 casos clínicos al MSP de los cuales 2,601

fueron confirmados con el examen serológico. Estudios realizados en 1991 en diferentes áreas endémicas dieron como resultado una serología positiva en más o menos la mitad de los pacientes con una cardiopatía clínica compatible, mientras que el control serológico de donantes de sangre en 1995 mostró una prevalencia de 1.9% para el MSP, 1.2% para la Cruz Roja Hondureña y el IHSS. La tasa de seropositividad se ha mantenido constante entre 1.35 y 1.6% desde 1992.

3.1.7 Alta morbilidad y mortalidad por accidentes

El registro civil de muertes muestra que las causas externas son las principales causas de muerte (28% en 1990) en la población masculina, aunque más de un tercio de las muertes fueron asociadas con homicidios. Accidentes, homicidios y suicidios, según la encuesta de mortalidad materna, fueron la tercera causa de muerte entre las mujeres en edad fértil. Entre los factores que contribuyen al incremento de accidentes de tránsito, sobre todo durante las vacaciones, están la falta de señales de tránsito, especialmente para conducir por la noche; el bajo nivel de mantenimiento de los vehículos pesados; la falta de respeto a las reglas y la aplicación de regulaciones de tránsito; la falta de educación sobre tránsito tanto para los conductores como para los peatones; aunado a una cierta cultura del fatalismo, relacionada con el concepto del machismo; y, sobre todo, el alto nivel de alcoholismo, relacionado con el 80% de los accidentes de tránsito.

3.1.8 Alta mortalidad y morbilidad por violencia

Aunque no existen datos nacionales sobre la violencia en la familia, de la cual generalmente las mujeres y los niños son las víctimas, y sobre la violencia entre iguales, varios estudios recientes investigaron el alcance, las características y las causas de estos fenómenos, muy arraigados en los patrones culturales (machismo, falta de educación en la solución de conflictos, alcoholismo). Por otro lado, el incremento reciente de la violencia relacionada con la delincuencia común está acentuada por la disponibilidad de todo tipos de armas, hasta armas automáticas pesadas y por las diferencias socioeconómicas que son cada vez más obvias. Un aspecto específico de la violencia son los niños de y en la calle. No se está ofreciendo una solución por parte de las instituciones, excepto por las ONGs.

3.1.9 Mortalidad/morbilidad creciente por enfermedades crónico-degenerativas

La carga de enfermedades malignas y enfermedades cardio-vasculares crónicas y endocrinas en el sistema de salud en Honduras aumentará en los años próximos porque el mejor control de enfermedades infecciosas y la mortalidad materna permite una esperanza de vida prolongada

(estimada actualmente en 67 años por el censo de 1988). Las muertes causadas por enfermedades cardio-vasculares y diabetes mellitus representaron en 1993 respectivamente el 12% y 2% de todas las muertes en hospitales. Los nuevos factores causales de la mortalidad y morbilidad son los cambios en las costumbres sociales y culturales entre la población urbana: una vida sedentaria y el consumo creciente de grasas en la clase media/alta, la prevalencia alta de alcoholismo y la adicción del tabaco.

Hay pocos datos sobre las enfermedades degenerativas malignas por que sólo existe un registro para cáncer en el país. Entre las mujeres en edad fértil, los tumores malignos resultan ser la cuarta causa de muerte y el cáncer uterino/cervical es la causa de muerte del 5% de las mujeres en edad fértil. El interés creciente para esta categoría de enfermedades viene de la necesidad de actuar ahora para prevenirlas en vez de esperar otros 15 años, cuando los costos del tratamiento y control serán demasiado altos para el país.

3.1.10 Insuficiencia de actividades en salud ambiental

En 1993 se creó la Secretaría del Ambiente (SEDA) para reforzar la Ley General del Ambiente, formular políticas para el medio ambiente y para coordinar acciones relacionadas con el medio ambiente en el territorio nacional con otras instituciones como el Ministerio de Recursos Naturales, el SANAA y con agencias de cooperación internacional. El Proyecto de Desarrollo del Ambiente de Honduras, financiado por el Banco Mundial, pretende reforzar la capacidad institucional y dar apoyo a los proyectos municipales. El SEDA también colabora con el SANAA, DIMA, el MSP y la OPS en la definición de normas para el agua potable y la eliminación de aguas negras.

Iniciativas oficiales recientes que relacionan salud y el medio ambiente promueven la integración regional mediante Conferencias ECOSAL y el Plan Regional de Inversión en Ambiente y Salud (PIAS), discutido en el Comité Técnico Interinstitucional para el Ambiente y la Salud (COTIAS). Este plan/programa de inversiones para la rehabilitación y para una nueva infraestructura en la Protección del Ambiente y el Control y la Atención de la Salud y crea un fondo de inversión de 217 millones de dólares para el periodo 1992-2004 para la región Latinoamericana/Caribeña. En 1986 se creó el CESCO (Centro para el Estudio y Control de Contaminantes), por diez años y con fondos combinados del Gobierno de Honduras, la Cooperación del Gobierno Suizo y la OPS. Los objetivos son el desarrollo de una estructura administrativa y de investigación para el estudio y el control de los contaminantes, programando la consolidación y auto-financiamiento para la Fase III (1992-1996).

3.1.11 Insuficiencia de actividades en salud ocupacional

La salud ocupacional es una sub-categoría específica de la salud ambiental, a la cual ahora se le está dando más atención. Honduras se afilió a la Organización Internacional de Trabajo en 1959, con la elaboración del Código del Trabajo. La salud ocupacional se ha beneficiado con el apoyo de la Organización Internacional del Trabajo y del Gobierno de España, para, por ejemplo, capacitar inspectores en el área de trabajo. Compañías privadas, como la United Brands, desarrollaron sus propios sistemas de prevención/promoción de la salud hace treinta años. El Plan Nacional de Salud de los Trabajadores, elaborado en Octubre de 1992 por la Comisión Nacional de Salud Ocupacional, un grupo en el que participan los diferentes sectores, estimó que la población económicamente activa consiste de 1,674,650 personas, lo que corresponde a un 31.8% de la población total.

Aparte del Programa de Salud de los Trabajadores, desarrollado por el MSP en 1990, el Ministerio del Trabajo y de Prevención Social (MTPS) y el IHSS también contribuyeron a la implementación de actividades en salud ocupacional. El MTPS tiene una cobertura de más o menos 160,000 trabajadores en todos los departamentos, sin embargo, no tiene el apoyo económico y político para realizar actividades de verificación. El IHSS tiene una cobertura de alrededor de 180,000 trabajadores. Desarrolló modalidades para servicios de salud-empresa para incrementar la cobertura y está tratando de localizar empresas con su propio médico para afiliarlas. Sin embargo, no tiene programas sistemáticos de capacitación para el personal de salud en las empresas.

Hay seis problemas de salud relacionados con el ambiente profesional que han llamado la atención de las autoridades médicas:

- accidentes en sitio de trabajo
- intoxicación con pesticidas
- ruido en el sector manufacturero;
- el uso generalizado de productos químicos
- la salud reproductiva de las trabajadoras
- los problemas de salud mental, como depresión y alcoholismo.

Más problemas específicos en el sector salud incluyen el riesgo profesional de los trabajadores de laboratorios (SIDA y la transmisión de hepatitis), los técnicos rayos x, el personal encargado de desechos de los hospitales y los trabajadores en hospitales psiquiátricos. Ahora existen pocos datos disponibles sobre estos temas, excepto por estudios realizados por CIESCCO sobre los pesticidas en alimentos elaborados y en la leche humana, y niveles de colesterol en trabajadores

en la agricultura. El MTPS ha empezado la colección de datos pero se requiere de la organización en un banco de datos utilizable.

El Plan de Salud de los Trabajadores incluye la creación de un Fondo Nacional para el Desarrollo de la Salud de los Trabajadores, financiado con una mayor contribución en la seguridad social de los empleados y de los empresarios, para financiar actividades de salud ocupacional (no incluye pensiones para trastornos de salud relacionados con el trabajo).

3.2 Factores que afectan los resultados de salud

3.2.1 Factores relacionados con el contexto

(A) Condiciones naturales

Las condiciones climatológicas juegan un papel esencial en los patrones epidemiológicos prevalentes, especialmente en cuanto a la distribución de enfermedades causadas por vectores, un problema principal de las áreas del nor-este. Condiciones geográficas difíciles explican algunos de los problemas en el acceso a los servicios que caracterizan a la zona occidental y oriental del país.

(B) Condiciones económicas

El mejoramiento sostenible en salud debe ser implementado en una estructura económica débil. Las autoridades públicas no pueden controlar suficientemente los déficits en el sector público para modificarlos a corto plazo. El volumen relativamente grande de empleados en el sector público y por consiguiente, la gran proporción del presupuesto público utilizada para el pago de salarios, aumenta la complejidad política. No hay muchas soluciones a corto plazo para estos problemas estructurales fundamentales y esta realidad limitará tanto la implementación y el impacto de las acciones propuestas en el presente trabajo.

(C) Condiciones sociales

Se pueden hacer estimaciones sobre el nivel de pobreza mediante diferentes métodos, uno de los cuales es el de PIB per capita. Honduras se encuentra entre los países más pobres, en comparación con el promedio mundial. El contexto histórico y cultural de Honduras, tanto como el deterioro de las condiciones socioeconómicas generales durante la última década ha contribuido a determinar la situación actual de la mujer, la cual se caracteriza todavía por la desigualdad.

El deterioro de las condiciones de vida y el rápido crecimiento poblacional causaron una emigración rural-urbana significativa, sobre todo entre mujeres jóvenes, especialmente con la instalación reciente de industrias de trabajo intensivo y exento de impuestos (las maquilas) en el norte del país. Las desigualdades domésticas son agravadas por el machismo, la paternidad irresponsable y la violencia familiar.

(D) Desarrollo regional

Pese a la promoción de la política de descentralización, existe falta de estrategia sistemática de desarrollo regional, excepto para las dos ciudades más grande. Aun en las estrategias de desarrollo de estas dos ciudades no se ha tomado en consideración aquellos asentamientos no planificados y densamente poblados que en la mayoría están localizados en la periferia de estas ciudades.

Dado el nivel de saturación que ha alcanzado casi el máximo, los esfuerzos serían dedicados a la promoción y desarrollo de nuevos "polos" centrados alrededor de ciudades más pequeñas como Comayagua, Choluteca, El Progreso, Juticalpa, La Ceiba, Tocoa y Trujillo, en donde coexisten los recursos agrícolas junto al desarrollo potencial de la industria y los servicios. Esto ofrecería mayores oportunidades de empleo y mejores servicios sociales y, consecuentemente, mejoraría las condiciones de vida de la población urbana marginal.

(E) Acceso a alimentos

(1) Las políticas gubernamentales

Se han publicado dos informes políticos por parte del gobierno. El primero es Lineamientos de Política de Seguridad Alimentaria Nutricional, 1995-1998, publicado por SECPLAN. El segundo se llama el Plan Agrícola para el Desarrollo del Campo, 1995-1998 o PROAGRO, publicado por el Consejo de Desarrollo Agrícola, CODA. Los cuáles se relacionan a las políticas agrícolas dentro del marco macroeconómico y los temas sectoriales.

(2) Actividades actuales para el desarrollo agrícola.

El PNUD ha cambiado hacia un "Enfoque de Proyecto" por el Enfoque de Programa, lo cual requiere de una mejor coordinación y enfoca particularmente en la mitigación de la pobreza y en la educación. Por otro lado, la FAO todavía enfatiza el estilo de cooperación técnica para resolver problemas en tecnología. Muchos donantes bilaterales y ONGs están trabajando independientemente en el desarrollo agrícola para solucionar el problema de la seguridad

alimentaria en el país. Casi todos los proyectos incluyen no solamente un componente sobre producción directa sino también componentes secundarios como acceso al crédito, educación nutricional y un sistema de información de mercados. Estos sistemas secundarios son muy importantes para mejorar el nivel de vida de los campesinos.

(3) Actividades actuales para la seguridad alimentaria

Actualmente hay muchos esfuerzos por parte de dos instituciones: CARE, con fondos de USAID, y el PRAF, con ayuda de la UNDP y con fondos del BCIE. Ambos dan asesoría al Gobierno sobre la implantación del programa de compensación social mediante la estrategia de seguridad alimentaria y cooperan con el Ministerio de Salud. El PRAF ha distribuido Bonos Alimenticios a mujeres cabezas de familia cuyos ingresos mensuales son menores de Lps. 400.00. El PRAF también promueve estrategias sobre sobrevivencia de la mujer rural ayudándoles con la adquisición y operación de micro-empresas.

(F) Agua, saneamiento y el ambiente

UNICEF/SANAA han iniciado la Preparación de Planes sobre Agua y Saneamiento a nivel nacional. El objetivo es obtener fondos para implementar los planes municipales basados en tecnologías de bajo costo y para promocionar el uso racional del agua y de los recursos financieros. El MSP dirige la construcción de la infraestructura para proyectos de agua en comunidades pequeñas mientras que el SANAA hace lo mismo en comunidades grandes. Algunas ciudades, como SPS (junto con DIMA) tienen su propio sistema, una orientación que es fomentada con el plan de Modernización del Estado. Para promover la descentralización en el manejo del agua y de los servicios a las municipalidades, se ha iniciado la capacitación de técnicos de 35 municipalidades sobre el almacenamiento de agua, aguas negras, y en áreas de saneamiento. Eventualmente se capacitarán suficientes técnicos para emprender y manejar los planes de agua y saneamiento de las municipalidades.

3.2.2 Factores relacionados con los comportamientos en el hogar y la comunidad

(A) Aspectos culturales/antropológicos

(1) Grupos étnicos y las creencias y prácticas tradicionales

Hay poca resistencia cultural, entre este segmento poblacional, para aceptar los servicios institucionales proporcionados por el gobierno. Estos servicios son como un complemento a los

proveedores tradicionales, que atienden malestares más tradicionales como el empacho y el mal de ojo. Efectivamente, la gente que vive en las áreas remotas, enfatiza la poca accesibilidad debido a la extensión insuficiente de la red de servicios de salud y proveedores y el alto costo de los medicamentos en farmacias privadas. Es interesante que los proveedores en salud del MSP y las ONGs en el área Lenca de La Esperanza han estado promoviendo el uso de medicina tradicional de hierbas, mientras que este aspecto de atención sobre salud tradicional está desapareciendo poco a poco en otras culturas étnicas como los Tolupanes. Por otro lado, los proveedores tradicionales mantienen una existencia de medicina occidental que usan para algunos de sus pacientes.

(2) Machismo, la situación de la mujer y la sexualidad

Entre los ladinos en Honduras, el patrón cultural de mayor influencia es la versión nacional del machismo, principalmente sostenido por la actitud y el comportamiento de los varones, pero también arraigado en la educación de la mujer y sus perspectivas. Se considera que el machismo, con el fatalismo consiguiente es el factor causal más importante de la persistente situación de inferioridad de la mujer, las altas tasas de fecundidad, el patrón de la paternidad y sexualidad irresponsable, y la resistencia a un uso más extendido de métodos de planificación familiar efectivos y la difusión de ETS/SIDA. Sin embargo, se debe mencionar que el patrón de la alta fecundidad en la población étnica es coherente con la preocupación por la sobrevivencia del grupo.

(B) Participación social

Los programas de participación social se dividen en las siguientes categorías:

- Categoría A
(programas que requieren la participación de la comunidad solamente para apoyo):
Dependen completamente de ejecutores externos para la programación.
- Categoría B
(programas que capacitan a los miembros de la comunidad para ser autosuficiente):
Los miembros de la comunidad reciben capacitación, pero no están involucrados en el proceso de la toma de decisiones.
- Categoría C
(programas que incluye a los miembros de la comunidad en el proceso de planificación):
Los miembros de la comunidad forman parte de la junta directiva del programa y participan en el manejo y el desarrollo del mismo.

(C) Analfabetismo/Educación

Honduras aun mantiene una alta tasa de analfabetismo (32%), explicado a través de los siguientes problemas en el sistema educativo:

1) Cobertura baja de la educación preescolar, de la escuela secundaria y de la educación superior:

2) Falta de profesores para escuelas primarias:

En 1992, el 42 % de las escuelas del país tenían solamente un profesor para todos los grados.

3) Una estructura centralizada ineficiente:

Impide el manejo apropiado de recursos, la falta de coordinación entre los niveles.

4) Limitantes desde el punto de vista de los profesores:

La falta de oportunidades para el futuro y la promoción basada en méritos, la disminución de la situación social, y los niveles bajos del salario real (50% menos en los últimos 10 años) les obliga a buscar otras fuentes de ingreso.

5) Financiamiento de la educación:

Aunque el presupuesto para educación representó en 1992 el 54% de los gastos sociales del estado, solamente el 3% de estos gastos fueron usados para inversiones, mientras que el 97% se gasta en salarios y costos de operación. Sin embargo, se han hecho más inversiones desde 1990 con el programa de compensación social (construcción y reparación de escuelas por el FHIS). Además, hay una inequidad fundamental en el uso de los fondos de educación por niveles de educación (mayor financiamiento para escuelas superiores).

(D) Estructura demográfica y dinámicas

Basado en los datos de los censos de 1974 y 1988 la población hondureña en 1993 se estimó en 5,173,141 personas, con una tasa de crecimiento del 2.8%, lo cual implica que la población se duplicará cada 26 años. El aumento de la esperanza de vida, debido a la disminución continua de las tasas de mortalidad tendrá como resultado un incremento en la proporción de gente de mayor edad, lo cual cambiará el perfil epidemiológico (más enfermedades crónico-degenerativas). Este, a su vez, aumentará la carga en el sistema de jubilaciones y pensiones y a la población económicamente activa. La migración rural-urbana continuará y con la ausencia de planificación urbana la proporción de áreas marginales en las ciudades medianas y grandes incrementará, al igual que la carga en los servicios de salud en estas áreas.

La tasa total de fecundidad fue aún de 5.2 en 1991-92, a pesar de una tasa de contracepción del 46% (incluyendo métodos tradicionales). Hay una demanda insatisfecha de planificación familiar para lo cual se requiere superar obstáculos en organización y motivación dentro de las instituciones, tanto como los patrones culturales arraigados en la población. Particularmente hay una necesidad de trabajar más profundamente con hombres.

(E) Educación relacionada con la salud

(1) Actividades del MSP

La División de Educación en Salud dirige las actividades de educación en salud que incluyen tanto al personal técnico de comunicación como al personal médico. Dispone de equipo audio/visual para la preparación de material educativo. Los equipos regionales de salud tienen a una persona en desarrollo/comunicación encargada de la distribución de material educativo impreso a las facilidades de salud y de la capacitación del personal.

(2) Otras fuentes

Además del material mencionado anteriormente, el HISS desarrolló una serie de materiales educativos en video, principalmente sobre los riesgos reproductivos y los conceptos de salud materna, para mostrar en las salas de espera de las clínicas y hospitales del instituto. ASHONPLAFA también tiene su propio material impreso cuyo contenido ha sido revisado para obtener coherencia por el personal técnico del MSP. Las ONGs usan o el material del MSP o el de ASHONPLAFA o una versión adaptada del mismo, y muy pocas veces producen su propio material. Hay algunos programas en la televisión y la radio nacional sobre temas relacionados con salud, con frecuencia semanal o diaria. Con frecuencia se invita a personal del MSP o el HISS lo cual da la oportunidad de difundir las políticas y lineamientos de las instituciones. La promoción de la lactancia materna, particularmente, se ha beneficiado por la presencia frecuente y fuerte en los medios de comunicación.

(3) Actividades intersectoriales

Desde 1989 se implementó un plan integrado para proveer a los profesores de escuela con material técnico de apoyo (módulos de auto-capacitación) y para organizar sesiones de capacitación en la metodología/contenido dirigidas por equipos del MSP y SEP. Más recientemente, se iniciaron actividades relacionadas con el problema del SIDA en una acción combinada de ambos ministerios.

3.2.3 Factores relacionados con la prestación de servicios de salud

(A) Políticas de salud

Se han mantenido los principios de equidad (disponibilidad de servicios iguales para ricos y pobres), eficiencia (reducción de costos), efectividad (se consiguen resultados anticipados) y la participación social tanto en periodos en los que se asignaron relativamente recursos liberalizados para el sector social, tanto como en periodos más difíciles, relacionados con el ajuste estructural de la economía. Los principios de la 'opción global' prevalentes en el periodo del ajuste económico resaltaron en tres orientaciones críticas: seguridad alimentaria, agua y saneamiento básico y el acceso a los servicios de salud.

Más recientemente otro lineamiento político del gobierno hondureño ha sido el proyecto de la modernización del estado y el enfoque en la descentralización, con más responsabilidades, y implícitamente más recursos, para el nivel municipal. En el sector de salud esto ha sido interpretado como la necesidad de promover y organizar la participación de las comunidades locales en la identificación de sus necesidades y problemas y, eventualmente, en la administración local de los servicios de salud. Como parte de este compromiso, en junio de 1994, los 293 alcaldes de Honduras acordaron en apoyar el Plan de Acción Nacional Desarrollo Humano, Infancia y Juventud y en utilizarlo como base para la elaboración de sus propios planes municipales. Además, un año más tarde, en junio de 1995, los alcaldes se comprometieron en dar apoyo al Pacto de la Infancia con el que las municipalidades, dándoles prioridad, identificarán programas, proyectos y actividades municipales dirigidos hacia la niñez.

El proceso de descentralización complementa el impacto de la programación local, una estrategia más antigua y implementado en el MSP para mejorar la respuesta a las necesidades locales y para llegar mejor a la población con poco acceso o sin acceso a los servicios de salud. La programación local incluye estrategias de abajo hacia arriba y la coordinación local intersectorial en la identificación de problemas y la asignación de recursos. El proceso se basa en las necesidades y las características de las espacio-poblaciones individuales: cada unidad que presta servicios de salud y el área que cubre. Se identifican problemas locales, basados en los recursos humanos y financieros disponibles, se identifican las prioridades y se programan actividades que, en efecto, se pueden realizar.

(B) Leyes y regulaciones

Aunque existen leyes relacionadas con la salud, su implementación real se dificulta por la falta de regulaciones específicas y la falta de control por parte de las instituciones gubernamentales correspondientes. Aunque la Ley del Seguro Social permite romper el techo de salarios afectables de Lps. 600.00, detalles técnicos y la oposición de los empresarios, los sindicatos y la clase alta impidieron lograr cambios en el techo que fue establecido hace más de 30 años.

La Ley de Municipalidades establece la transferencia de fondos a las municipalidades, pero en realidad, debido a un presupuesto nacional limitado y la oposición al proceso de descentralización en algunos niveles, no se han realizado transferencias reales. El sistema de adquisición de medicamentos todavía necesita ser mejorado. A pesar de la creación de la Comisión Especial de Salud y la Procuraduría Especial, existen diferencias en la interpretación de los artículos de los acuerdos que crearon estas dos unidades, que retrasan el proceso de adquisición.

(C) Instituciones y organizaciones del sector salud

La coordinación entre las instituciones que trabajan en el sector es insuficiente, lo que resulta en el uso ineficiente de los recursos físicos y humanos para resolver los problemas existentes en salud. El MSP y el IHSS duplican los servicios primarios de salud; el IHSS provee atención terciaria que también el MSP pretende proveer. Aunque el MSP es responsable por proporcionar agua y saneamiento a las comunidades con menos de 2,000 habitantes mientras que el SANAA es responsable por comunidades más grandes, la coordinación limitada resulta en el abuso de los pocos recursos y la provisión deficiente de servicios.

El MSP está demasiado ocupado con la provisión de servicios, sin embargo, no hay recursos suficientes para la regulación ni para la estandarización de los servicios, ni para el monitoreo o la supervisión. El sector privado con fines de lucro es principalmente localizado en el área urbana y por lo tanto su cobertura es limitada.

Las actividades del FHIS parecen superponerse con otras instituciones y/o el FHIS asume los mandatos que justifican la existencia de otras instituciones. Se requiere una coordinación intensiva entre el FHIS, la SANAA y el Programa Nacional de Servicios de Salud (PRONASSA), la unidad del MSP que es responsable por la construcción y el mantenimiento de las facilidades de salud.

(D) Organización/Administración de las facilidades

Con frecuencia se cierran los centros de salud rurales, especialmente aquellos con solamente una enfermera auxiliar, porque ella está enferma o tiene permiso de maternidad, o está realizando actividades de extensión o participa en un curso de capacitación. Se están aumentando los salarios de los empleados debido a presiones por parte del sindicato, pero no hay incrementos en el presupuesto de las instituciones para cubrir estos gastos crecientes en personal; como resultado se sacrifican costos no-fijos como los costos para mantenimiento, provisiones, y la supervisión.

La administración poco estratégica y emergencias nacionales impiden realizar las actividades programadas al nivel local y regional. Los presupuestos de los hospitales y de la región no están descentralizados lo que complica la realización de actividades planificadas y la adquisición de servicios y suministros. Los presupuestos limitados y la baja prioridad del mantenimiento preventivo del equipo, de los vehículos y de la infraestructura y la falta del material correspondiente en la mayoría de los proyectos de donación tienen como resultado que el material mencionado no dura mucho. Pocos directores de las regiones y de los hospitales han recibido capacitación o tienen experiencia en la administración, y están bajo mucha presión por parte de los políticos locales. La presión del sindicato y la meta 'salud para todos' limitan la reducción del papel del MSP y a una mejor participación por parte de los pacientes.

La centralización excesiva en el IHSS retrasa los procedimientos administrativos. Puede que las contribuciones cuantiosas de los afiliados del área nor-oeste (San Pedro Sula y alrededores) esten subsidiando a todo el sistema. Las políticas de recuperación de costos no han sido implementadas, y las contribuciones no se han adecuado al promedio de la inflación. Las políticas de excepción no siempre son aplicadas correctamente. Existe una gran necesidad para incentivar la recuperación de costos. Sin embargo hasta ahora una buena parte de la participación comunitaria en los establecimientos de salud se limitan a dar material, y a dar contribuciones financieras o en especies en vez de participar en la gestión y la toma de decisiones.

(E) Sistema de referencia

Aunque normalmente se ha llenado el formato de referencia para asegurar que el paciente reciba atención al nivel secundario, resulta que el formato de contrareferencia, en un periodo de tres meses ha sido llenado sólo en 15 de los 1,072 casos de referencia (1.4%). Las relaciones interpersonales deficientes entre el personal de las instituciones y de la comunidad y una recepción generalmente inadecuada de pacientes, muchas veces impiden que los trabajadores comunitarios de salud manden a sus pacientes a otro nivel. Si hay falta de suministros o

medicamentos en un centro de salud, los pacientes se enteran rápidamente y ya no van al establecimiento de referencia; la presencia de un médico es otro motivo para ir a los CESAMOs y no a los CESARcs.

La ausencia de facilidades separadas de atención primaria en las ciudades principales de las regiones de salud y en las ciudades más grandes del país (TGU y SPS) implica que con frecuencia las instituciones de asistencia secundaria o terciaria proveen atención primaria. Los problemas específicos de la falta de salas de maternidad de bajo riesgo y una facilidad para atender las emergencias nocturnas en Tegucigalpa y San Pedro Sula, con la subsecuente congestión en los establecimientos de atención terciaria es uno de los ejemplos principales.

(F) Logística del suministro de medicamentos

(1) Situación del suministro de medicamentos del sector público

Uno de los problemas más grandes de la red de salud es la escasez crónica de medicamentos y suministros médicos en las instituciones de salud pública. Esto se refleja en el suministro de medicamentos a pacientes en las instituciones de salud pública. La encuesta de campo mostró que solamente una tercera parte de los pacientes recibe una parte o todos los medicamentos recetados. En esos casos ellos recurren a las farmacias privadas para conseguir la medicina que el proveedor de salud original debió proveer. El déficit crónico de medicamentos causa descontento entre el personal de las instituciones de salud y la pérdida de confianza por parte del público. Como el sistema de suministro de medicina en el IISS es similar al sistema del MSP, la situación en las instituciones del IISS es también muy similar.

(2) Presupuesto para medicamentos

Aunque el gobierno ha hecho esfuerzos para asignar más fondos para medicina dentro del presupuesto limitado de la salud pública, la alta inflación, el crecimiento de la población, el precio creciente de los medicamentos, y la expansión de la cobertura del sector salud han limitado la capacidad del gobierno en adquirir los medicamentos suficientes para satisfacer la demanda a nivel nacional. Las estimaciones del presupuesto para medicamentos se basa en las proyecciones presentadas por cada región y cada hospital. El MSP envía la propuesta para presupuesto al Ministerio de Hacienda, la cual debe ser aprobada por el Congreso Nacional.

(3) Sistema de adquisición

La adquisición centralizada de medicamentos se hace a través de un sistema de licitación pública. Previamente, se realizó la adquisición de medicamentos a través de la Procuraduría Nacional. Después de la eliminación de esta oficina en abril de 1995, el MSP estableció su propia División de Procuraduría en julio del año pasado para manejar sus adquisiciones. Se espera que esta nueva oficina mejore el largo proceso utilizado por la Procuraduría Nacional.

(4) Programación, almacenamiento y distribución

El problema principal del sistema de programación es el nivel de confiabilidad de las estimaciones. Las mejoras al sistema implementadas por el Proyecto del Sector Salud II son ejemplo de una forma más efectiva en el manejo de medicamentos. El problema más crítico es la supervisión y el apoyo a las UPS por las oficinas regionales y de área.

La oficina regional es responsable por la distribución de medicamentos desde el almacén central hacia cada centro de salud. A menudo no tiene transporte suficiente y deben confiar en el transporte local o en personas que vienen a las oficinas para otros asuntos.

(5) El uso de medicamentos

Frecuentes prescripciones irracionales contribuyen a desperdiciar los recursos limitados y promuevan el uso de medicamentos caros. Los farmacéuticos no tienen autoridad para sustituir un medicamento recetado con otro medicamento genérico menos caro. Los hospitales deberían tener un comité terapéutico activo para discutir y controlar el uso irracional de drogas. Los doctores no siempre cooperan y los comités existentes no son activos.

(G) Instalaciones/equipo

El estado de mantenimiento de los establecimientos/equipo médico es generalmente insuficiente en Honduras.

(1) Falta de una red de servicios para productos donados por la ayuda internacional.

La falta de consenso en cuanto a la estandarización de equipo médico es un factor causal de adquisición heterogénea por parte de la ayuda internacional. La situación se vuelve aún peor debido a la disponibilidad limitada de repuestos y de información técnica. Además, el limitado mercado doméstico para equipo médico es un obstáculo para desarrollar redes de servicio por parte del sector privado.

(2) Restricciones financieras

El MSP no puede cubrir los costos de contratación con el sector privado para mantener su equipo médico, ya que las facilidades públicas, incluyendo los hospitales del IHSS y los CESAMOs y CESARes no pueden asignar los recursos suficientes para trabajos de mantenimiento, rehabilitación o reparación, aún tomando en cuenta los sistemas de recuperación de costos.

(3) Problema de definición de responsabilidades institucionales en el MSP

Actualmente hay dos departamentos del MSP, el CENAMA y PRONASSA, que tienen que ver con el mantenimiento de las instalaciones. PRONASSA es responsable de la renovación, la rehabilitación y la expansión de las instalaciones físicas así como del manejo de proyectos y de la planificación mientras que el CENAMA está encargado de la supervisión de trabajos de instalación, capacitación, documentación y el mantenimiento/repación de las instalaciones y equipo. Sin embargo, esta definición de trabajo aparentemente no está clara para ambos departamentos, lo cual causa deficiente coordinación y colaboración.

(4) Capacidades del personal del mantenimiento

Aunque cada hospital público tiene su propio personal técnico para el mantenimiento, este personal necesita más capacitación en cuanto a conocimiento y destrezas relevantes para la reparación y el mantenimiento preventivo y el control de calidad. Aunque se supone que PRONASSA y CENAMA dan asistencia al MSP para el mantenimiento de los hospitales, ellos difícilmente pueden dar apoyo a todos los establecimientos públicos de salud en Honduras, dados los recursos humanos y financieros limitados que les asignan.

(II) Desarrollo, capacitación y supervisión de los recursos humanos

El MSP actualmente emplea 1,067 médicos, 526 enfermeras profesionales, 3,764 enfermeras auxiliares, 100 dentistas y 59 microbiológicos. En 1993, el IHSS empleó 387 médicos, 120 enfermeras profesionales, 600 enfermeras auxiliares y 19 odontológicos. Para 1993, según el Colegio Médico de Honduras, habían 3,961 médicos activos en Honduras: 1,409 especialistas y 2,552 doctores generales. Las condiciones de trabajo (salarios, incentivos para trabajar en áreas remotas o con riesgos especiales de salud profesional) de la mayoría del personal del sector público de salud, especialmente los del personal no-médico, son muy inadecuadas en comparación con su experiencia y nivel de responsabilidad y el costo actual de vida.

La densidad de médicos y enfermeras en relación a la población es muy baja, especialmente en las áreas rurales y las áreas de mucha necesidad; también la proporción enfermera/médico es bastante baja. La mayoría de los profesionales prefieren quedarse en las grandes ciudades y/o trabajan en la administración y no proveen servicios directos de asistencia médica a la población. En los CESAMOs generalmente trabajan médicos recién graduados haciendo su servicio social. Muchas veces no tienen suficiente conocimiento de las políticas y estrategias del MSP. La formación de los médicos enfatiza los aspectos curativos. El mismo problema se presenta con las enfermeras profesionales recién graduadas encargadas de la supervisión a nivel de sector o área.

Los cursos de capacitación en servicio para el personal operativo, usando el método de cascada, no ha tenido los resultados esperados en cuanto a la calidad de los servicios. Hay una falta notable de técnicos de laboratorio y sobre todo de técnicos de mantenimiento, lo cual resulta en una vida más corta del material y del equipo donado. Se dificulta la supervisión por la falta de apoyo político que la haga una actividad prioritaria y por problemas de logística. La falta de un sistema/modelo unificado para la supervisión dificulta la organización y seguimiento de la capacitación.

(1) Financiamiento de salud

Todos los sistemas trabajan con recursos inadecuados por las deficiencias presupuestarias y las limitaciones institucionales. Para el MSP, los recursos son aún más limitados por los problemas serios de movimiento de efectivos relacionados por una parte con la inclusión de los recursos del SANAA en el presupuesto del MSP y por otra parte con las dificultades asociadas con el manejo central de los recursos. Sin embargo, el apoyo presupuestario a la salud pública ha sido relativamente constante a lo largo de los años. En la década pasada, el MSP recibió entre 9 y 10% de los fondos nacionales del gobierno central, lo cual, a su turno, representa un 2.5% del PIB. No se esperaba incrementos significantes en esta cuota durante el marco temporal del PMNS (Plan Maestro Nacional de Salud).

En términos de PIB por capita, el presupuesto del MSP ha incrementado. En 1995, el presupuesto del MSP representó Lps. 128.3 por cada hondureño, mientras que en 1990 era de Lps. 70.9. Aunque la contribución directa de los usuarios es poca, la misma representa una fuente de ingreso creciente para el MSP, ya que aumentó de Lps.1.18 a Lps.2.49 entre 1990 y 1995. La importancia de las contribuciones de los usuarios varía bastante entre las instituciones. Aunque los hospitales nacionales generaron la mayor parte de las contribuciones, las mismas representaron solamente

2.83% de su presupuesto en comparación con el 3.52% y 4.95% para respectivamente los hospitales regionales y de área.

El IHSS cubre aproximadamente 20% de la población, concentrada principalmente en las zonas de Tegucigalpa y San Pedro Sula. En estas zonas, el IHSS tiene más de un millón de beneficiarios. El sistema se financia con una cotización sobre el sueldo hasta un nivel de Lps. 600/mes. Este límite no ha cambiado desde que se estableció el programa hace más de 25 años, cuando representó 10 veces el salario mínimo. Aunque originalmente cubría el salario de más de 90 % de los empleados afiliados, actualmente cubre el salario de menos de 20% de estos empleados y representa menos que el salario mínimo. La ausencia de modificación de sistema de financiamiento del IHSS ha limitado grandemente la capacidad del sistema para alcanzar sus objetivos de proveer servicios integrados a una proporción creciente de la población hondureña.

En otras zonas, el IHSS no provee servicios directos. Funciona como una aseguradora y contrata los servicios de proveedores privados o públicos para prestar servicios a los beneficiarios. Esta actividad se ha expandido en los últimos años y es probablemente el sector donde el IHSS crecerá en el futuro. En estas situaciones, los contratos del IHSS requieren niveles más altos del techo salarial y representan una diferencia significativa en el financiamiento y la prestación de servicios del IHSS.

Aunque no este muy bien documentado el papel del sector privado en la prestación de servicios, se sabe que sí es importante. En el área de Tegucigalpa y San Pedro Sula, más de la mitad de las atenciones curativas fueron realizadas por proveedores privados. Para el total de la muestra, más de 45% de las atenciones curativas fueron proporcionados por proveedores privados, lo cual es casi igual a la asistencia dada por los proveedores públicos (47%). Hasta para servicios preventivos, el proveedor privado es una fuente importante, con 27% de todos las visitas. En cuanto a hospitalización el papel de los proveedores privados es de menos importancia, con solamente 13.3% del total de las hospitalizaciones. Sin embargo, esta proporción es a penas menor que la contribución del IHSS, con 15.7% de las hospitalizaciones.

4. MARCO DE PLANIFICACION DEL PLAN MAESTRO DE SALUD

4.1 Objetivos y metas

El objetivo del Plan Maestro de Salud (PMS) es mejorar el estado de salud de la población hondureña a través de la resolución de once problemas prioritarios de salud y el mejoramiento de los factores que afectan los resultados de salud.

Objetivos del Plan Maestro de Salud

<i>problemas prioritarios</i>	<i>1990</i>	<i>1996</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>
1. Tasa de mortalidad infantil (/1,000)	50	44	33	20
2. Tasa de mortalidad materna (/100,000)	220	181	110	50
3. Desnutrición entre niños menores de 5 años (%)	38	-	27	20
4. Acceso al agua potable y saneamiento básico				
(1) Acceso al agua potable (% de viviendas)	66	-	100	100
1) Area urbana	88	-	100	100
2) Area rural	49	-	100	100
(2) Acceso al saneamiento básico	62	-	100	100
1) Area urbana	89	-	100	100
2) Area rural	41	-	100	100
5. SIDA y enfermedades transmitidas sexualmente				
Incidencia disminuida de infección por VIH				
a. Estabilización de la incidencia de SIDA				
b. Suministro de sangre segura				
6. Enfermedades transmitidas por vectores				
Disminución de niveles endémicos de infección parasitaria-brotes evitados				
7. Accidentes				
Disminución de incidencia				
8. Violencia				
Disminución de incidencia				
9. Enfermedades crónicas degenerativas				
Prevención/medidas de detección implementadas				
10. Salud ambiental				
Apoyo legal disponible				
11. Salud ocupacional				
Desarrollo del sistema legal y de los reglamentos				

Nota : Los objetivos relacionados con los problemas prioritarios de salud 1-4 para el año 2000 fueron definidas bajo el Plan Nacional de Acción para la Infancia y la Niñez, 1991.

Fuente : ENESF 1996

El Gobierno de Honduras ya estableció objetivos numéricos para la TMI, la TMM, la tasa de desnutrición y el acceso a agua y saneamiento para el año 2000 en el Plan Nacional para la Infancia y Juventud, que se acordó en la Conferencia Regional de 1991. Sin embargo, no es tan fácil la extrapolación de estas metas para el año 2010 al igual que la definición de metas medibles de todos los problemas prioritarios.

4.2 Escenarios

4.2.1 Socioeconomía y demografía

El crecimiento del PIB, el crecimiento poblacional y el resultante crecimiento del PIB per cápita influenciará la ejecución del Plan Maestro al lo largo de su marco temporal, tal como se estima a continuación:

(A) Crecimiento del PIB

Casos	Presente		Futuro	
	1980-1994	1994-2000	2000-2010	
Caso G1 (Pesimista)	3.10	3.10	3.30	
Caso G2 (Mediano)	3.10	3.50	3.70	
Caso G3 (Optimista)	3.10	4.00	4.20	

(B) Crecimiento de la Población

Casos	Presente		Futuro	
	1988-1995	1995-2000	2000-2010	
Caso P(Pesimista)	2.90	2.90	2.75	
Caso P(Optimista)	2.90	2.55	2.13	

(C) PIB per capita

Crec. pobl. %	Caso G1		Caso G2		Caso G3	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Caso P1	0.20	0.55	0.60	0.95	1.10	1.46
Caso P2	0.55	1.17	0.95	1.53	1.45	2.07

4.2.2 Políticas a largo plazo

Esta sección reconoce las principales orientaciones políticas del Gobierno de Honduras en los últimos años, las cuales tienen una continuidad notable a pesar de los cambios políticos en el poder, reconociendo que estas orientaciones forman un elemento importante del marco de planificación del PMS.

- (1) Principios básicos de la política de salud: equidad, efectividad, eficiencia, participación social

- (2) Modernización del estado, descentralización y programación local
- (3) Enfoque de alto riesgo y enfoque de género
- (4) Política de desarrollo regional
- (5) Financiamiento sostenible
- (6) Fomento de un sistema de seguridad social

4.2.3 Visión para el Futuro

Pese a que han existido borradores de propuestas elaboradas para un sistema único de salud en el cual los recursos tanto del MSP como del IHSS estarían incluidos en una organización única, el Plan Maestro Nacional de Salud (PMNS) considera como una solución mas viable, dentro del período de duración del Plan, la continuación de un sistema mixto de prestación. Bajo esta perspectiva, la meta del sistema de salud sería aumentar progresivamente el financiamiento privado de la asistencia a la salud, ya sea mediante una cobertura aumentada del IHSS, a través de cotizaciones de aseguramiento privado o a través de mecanismos mejorados de recuperación de costos, liberando por ende mas recursos para que el sector público alcance su misión social de proveer servicios al grupo menos favorecido de la sociedad y, eventualmente aumentando el acceso a estos amplios servicios.

5. ESTRATEGIAS DEL PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD

El Plan Maestro de Salud consiste del Plan Maestro Nacional de Salud, con sus quince estrategias prioritarias y tres programas modelo de salud para áreas seleccionadas. El PMNS y los programas modelo se formularon de tal forma que pueden interaccionar mutuamente de una manera eficaz y eficiente para alcanzar las metas del PMS. Los principales componentes del PMNS, la contribución de los programas modelos y las principales organizaciones interesadas se resumen a continuación para cada una de las estrategias. Las estrategias estan agrupadas bajo las tres dimensiones básicas del modelo conceptual: contexto, comportamientos a nivel de hogares y comunidad, y prestación de servicios de salud.

5.1 Estrategias Relacionadas con el Contexto

5.1.1 Mitigación de la Pobreza

(A) Componentes del PMNS

- Fortalecimiento institucional para la promoción de actividades comunitarias
- Establecimiento de centros de capacitación y extensión para líderes comunitarios
- Facilitación de información sobre proyectos generadores de ingreso

(B) Contribución de los Programas Modelo

- Fortalecimiento institucional
- Establecimiento de un Centro de Promoción e Información de Salud para los líderes comunitarios
- Coordinación de los planes de salud municipal con planes de desarrollo municipal
- Facilitación de servicios de capacitación e información para la producción/mercadeo de alimentos y para otras actividades de generación de ingresos
- Fortalecimiento de las actividades de participación social
- Apoyo al desarrollo de sistemas de financiamiento comunitarios

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, Regiones Sanitarias, Municipalidades, Comites de Desarrollo de la Comunidad (CODEMs y CODECOs), Centro de Recursos (propuesto en el programa modelo de las áreas urbanas pobres), Centro para Capacitación y Extensión (propuesto en el programa modelo de las áreas rurales pobres), ONGs.

5.1.2 Acceso a los Alimentos/Seguridad Alimentaria

(A) Componentes del PMNS

- Fortalecimiento institucional para promoción de actividades comunitarias
- Apoyo político
- Mejoramiento de los sistemas de riego de bajo costo, diversificación de cultivos, acceso a crédito e insumos técnicos, disseminación de la producción de fertilizantes orgánicos, tecnología pos-cosecha, información y redes de mercadeo
- Fortalecimiento del sistema de educación en salud y nutrición

(B) Contribución de los Programas Modelo

- Mejoramiento del sistema de producción, de mercadeo, de transporte y de información
- Fortalecimiento del sistema de educación en salud y nutrición
- Capacitación en preparación de comida y prácticas de conservación de alimentos
- Inclusión de la educación en salud/nutrición en actividades de capacitación/información
- Vinculación con las ONGs para el desarrollo y la administración de proyectos agrícolas en pequeña escala
- Mejoramiento de la capacitación e información para la producción agrícola y de alimentos

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, Regiones Sanitarias, Hospitales regionales y de área, Area Sanitarias, CESAMOs y CESARs, Comites de Desarrollo de la Comunidad (CODEMs y CODECOs), Centro de Recursos, Centro para Capacitación y Extensión, Centro de Promoción e Información en Salud (propuesto en el programa SPS), ONGs.

5.1.3 Acceso a Agua y Saneamiento Básico

(A) Componentes del PMNS

- Racionalización del control y administración de los recursos hídricos entre instituciones interesadas
- Fortalecimiento de la protección y control de los recursos hídricos; revisión de la Ley de Agua, aplicación de los reglamentos relevantes de las Leyes de Agua y del Ambiente
- Apoyo a planes de desarrollo regional y municipal que anticipan las necesidades de agua y saneamiento
- Transferencia de capacidades técnicas y administrativas a las municipalidades; capacitación de técnicos de operación y mantenimiento de sistemas municipales de agua y saneamiento por el SANAA
- Mejoramiento del mantenimiento de la red de agua/saneamiento mediante la implementación estricta de mecanismos de recuperación de costos
- Educación sobre el impacto de agua y saneamiento en la salud y el ambiente
- Apoyo al desarrollo y a las funciones de las juntas locales de agua

(B) Contribución de los Programas Modelo

(1) Programa modelo para el área urbana

- Inclusión de la DIMA en la elaboración de planes municipales de salud
- Promoción del papel del DIMA en la transferencia de la tecnología a otras municipalidades

(2) Programa modelo para áreas rurales pobres

- Apoyo a la participación de los comites de desarrollo municipal en el diseño, la implementación y el control de proyectos de agua/saneamiento
- Prestación de servicios de capacitación y de equipo a miembros de la comunidad para proyectos de suministro de agua

(3) Programa modelo para áreas urbanas pobres

- Fortalecimiento de las juntas comunitarias de agua

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, SANAA, Municipalidades, Regiones y Areas Sanitarias, Comites de Desarrollo de la Comunidad (CODEMs y CODECOs), Juntas de Agua, Centro de Recursos, Centro para Capacitación y Extensión, Centro de Promoción y de Información en Salud, ONGs.

5.1.4 Contexto Legal/Institucional

(A) Componentes del PMNS

- Fortalecimiento de los reglamentos relevantes de aspectos específicos del Código de Salud y de la Ley de Seguridad Social
- Implementación del aumento en las cotizaciones y límites salariales del IHSS, acompañado de reformas administrativas y planes para el mejoramiento/expansión de los servicios
- Seguimiento a los procedimientos para asegurar la transferencia completa de fondos nacionales a las municipalidades
- Coordinación local e intersectorial con municipalidades para organizar la transferencia de la administración de servicios

(B) Contribución de Programas modelo

(1) Programa modelo para el área urbana

- Reforzamiento de la transferencia de tecnología para la administración de servicios relacionados con salud y ambiente a las municipalidades
- Fortalecimiento de la unidad de salud del gobierno municipal

(2) Programa modelo para área de desarrollo integral

- Desarrollo de modelos de prestación de servicios alternativos para el IHSS (contratación al MSP o al sector privado)

(3) Programa modelo para áreas urbanas pobres

- Fortalecimiento de las funciones de la Región Sanitaria
- Establecimiento de un sistema de coordinación a nivel local
- Reforzamiento de la transferencia de tecnología para la administración de servicios relacionados con salud y ambiente a las municipalidades

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, IHSS, Municipalidades, AMHION

5.2 Estrategias relacionadas con los comportamientos a nivel del Hogar y de la comunidad

5.2.1 Reducción del Analfabetismo

(A) Componentes del PMNS

- Incorporación de los ejes transversales, incluyendo salud e higiene, en las curriculas; desarrollo del Programa Integrado de Educación Preventiva
- Mejoramiento de condiciones de vida y trabajo para maestros, especialmente en área rural
- Implementación del Plan Nacional de Educación para el Desarrollo Profesional de Jóvenes y Adultos

(B) Contribución de los Programas Modelo

- Promoción de contactos con maestros para actividades conjuntas en educación/capacitación relacionadas con salud
- Inclusión de contenidos de salud/nutrición y generación de ingresos a nivel de la comunidad
- Actividades de educación de adultos (grupos de mujeres)

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, SEP, Municipalidades, Regiones y Areas Sanitarias, Comites de Desarrollo de la Comunidad (CODEMs y CODECOs), CESARes y CESAMOs, Centro de Recursos, Centro para Capacitación y Extensión, Centro de Promoción y de Información en Salud, ONGs.

5.2.2 Mejoramiento de las intervenciones de Educación en Salud

(A) Componentes del PMNS

(1) Mejorar la eficiencia de intervenciones de educación en salud

- Definición de la política de educación en salud, del papel de la DES y los recursos económicos, basados en la propuesta conjunta de la DES, DRRHH, UPS y DIM del MSP
- Aumento en la capacidad local/regional para elaborar, producir y evaluar material educativo
- Motivación y capacitación del personal sobre el uso de material educativo y comunicación interpersonal

(2) Desarrollar una cultura de prevención de enfermedades/promoción de salud

- Diseño de intervenciones de promoción de la salud: temas, mensajes, público, medios de comunicación, secuencia
- Implementación mediante intervenciones de varios medios de comunicación, actividades intersectoriales, reforzamiento por el personal de salud

(3) Buscar posibles socios en educación en salud

- Cooperación con el Ministerio de Educación; desarrollo del Programa Integrado de Educación Preventiva (auto-estima, enfoque de género, salud mental, adicción a drogas)
- Cooperación con empresas, maquilas (SIDA, salud profesional, salud reproductiva, accidentes)
- Cooperación con organizaciones de mujeres y de la comunidad (salud materno-infantil, desnutrición, accidentes, control de vectores)

(B) Contribución de Programas Modelo

(1) Todos los programas

- Implementación de campañas de educación en salud de acuerdo a especificidad regional/local; pruebas de campo de los mensajes y medios de comunicación adecuados
- Promoción de contactos con profesores para actividades conjuntas en capacitación/educación relacionadas con salud

(2) Programas modelo para área urbana

- Establecimiento del Centro de Educación/Promoción en Salud: producción de material educativo, capacitación, consejería
- Seguimiento al proyecto JUPSA
- Identificación de negocios/empresas adecuados para multiplicar los mensajes de educación en salud

(3) Programas modelo para áreas rurales y urbanas pobres

- Promoción del trabajo con grupos de mujeres y otras organizaciones comunitarias en el desarrollo de proyectos comunitarios y actividades educativas

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, SEP, Municipalidades, Hospitales regionales y de área, Regiones y Areas Sanitarias, CESARes y CESAMOs, Comites de Desarrollo de la Comunidad (CODEMs y CODECOs), Centro de Recursos, Centro para Capacitación y Extensión, Centro de Promoción y de Información en Salud

5.2.3 Mejoramiento en la Participación Social

(A) Componentes del PMNS

- Mejoramiento de los sistemas/procesos formales para la participación social
- Mejoramiento del ambiente para promover la participación social (enfoque multi-sectorial)
- Mejoramiento de las funciones del gobierno que apoyan las actividades de participación social (democratización, transparencia)

(B) Contribución de los Programas Modelo

(1) Todos los programas

- Fortalecimiento de la unidad regional de participación social en sector salud, enfatizando en cooperación intersectorial

(2) Programas modelo para el área urbana y el área de desarrollo integral

- Desarrollo de la participación comunitaria en la elaboración de planes municipales de salud

(3) Programa modelo para áreas urbanas y rurales pobres

- Fortalecimiento de las funciones de referencia mediante la capacitación de líderes comunales y la provi6n de informaci6n sobre servicios existentes
- Educaci6n/capacitaci6n/informaci6n para el fortalecimiento institucional de los comites de desarrollo de la comunidad; coordinaci6n con las municipalidades

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, AHMON, Municipalidades, Regiones y Areas Sanitarias, CESARes y CESAMOs, Comites de Desarrollo de la Comunidad (CODEMs y CODECOs), Patronatos, Juntas de Agua, Centro de Recursos, Centro para Capacitaci6n y Extensi6n, Centro de Promoci6n y de Informaci6n en Salud

5.2.4 Reducción de la Tasa de Fecundidad

(A) Componentes del PMNS

- Revisión periódica de las políticas de población existentes e integración dentro de otros aspectos importantes del desarrollo humano.
- Provisión de información y servicios de planificación familiar a personas y parejas que quieren posponer, espaciar o reducir sus embarazos:
 - capacitación y motivación del personal
 - suministro oportuno de productos anticonceptivos
 - enfoque específico a la población masculina

(B) Contribución de los Programas Modelo

(1) Todos los programas

- Proporcionar información y servicios de planificación familiar como parte del paquete integral de servicios de salud, incluyendo los proveedores de la comunidad

(2) Programa modelo para el área urbana

- Desarrollo de estrategias para apoyar la prevención del SIDA

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, Hospitales nacionales/regionales/de área, Clínicas Materno Infantiles, Clínicas de Emergencia, Regiones y Areas Sanitarias, CESAMOs y CESARes, Hogares maternos, Centro de Recursos, Centro de Capacitación y Extensión, Centro de Promoción y de Información en Salud, ONGs.

5.3 Estrategias relacionadas con la prestación de servicios de salud

5.3.1 Acceso a los servicios de salud

(A) Componentes del PMNS

(1) Expansión física de la red de establecimientos

- Desarrollo de facilidades de apoyo basadas en la comunidad: hogares maternos, casas comunales de parto, centros de salud comunitarios
- Construcción de nuevas facilidades para atención ambulatoria (CESARes, CESAMOs, CMI) en las áreas que actualmente no tienen servicios (según disposición de fondos para operación y mantenimiento)
- Reconstrucción de hospitales regionales o de área viejos (Choluteca, Danlí, La Ceiba, Trujillo)

- Construcción/rehabilitación de salas de maternidad de bajo riesgo: Hospital San Felipe (TGU) y Hospital L. Martínez (SPS)

(2) Mejorar la capacidad de resolución existente

- Manejo comunitario de enfermedades y problemas comunes
- Asignación de dos personas por CESAR para incrementar apoyo a las actividades comunitarias sin tener que cerrar facilidades
- Entrega de Paquete de Salud Básico/movimiento de personal
- Mejoramiento de la capacidad resolutoria de los CESAMOs: alcance extendido de trabajo, incluyendo atención partos de bajo riesgo y complicaciones inmediatas, atención de emergencia relacionada con accidentes e intoxicación, atención dental, apoyo de laboratorio y rayos-X 24 horas por día
- Mejoramiento de la capacidad resolutoria de los hospitales de área (emergencia, cirugía, obstetricia, apoyo de laboratorio)

(3) Mejoramiento del transporte y mecanismos para financiarlo

- Manejo preventivo de problemas para evitar la necesidad de transporte de emergencia desde lugares con difícil acceso
- Uso del sector privado existente o sector público no relacionado con la salud para transporte desde el punto de acceso a la red vial hacia el sitio de atención primaria
- Sistema propio del MSP/IHSS o Cruz Roja para el transporte de un sitio hacia otro (referencia)

(B) *Contribución de los Programas Modelo*

(1) Programa modelo para el área urbana

- Establecimiento de casas de parto comunales agregadas al modelo del centro de salud integrado
- Fortalecimiento de la red de atención primaria y descongestión de hospitales del nivel secundario (proyecto MSP)
- Establecimiento de tres centros integrados de salud en áreas periféricas; contactos con el Proyecto del MSP para el Manejo de la Atención de Emergencia en el eje TGU-SPS

(2) Programa modelo para las áreas rurales pobres

- Evaluación de establecimientos comunitarios existentes y reproducción en otras áreas remotas
- Mejoramiento de la accesibilidad cultural y física mediante el fortalecimiento de programas de extensión
- Capacitación y supervisión/apoyo logístico; contactos con las ONGs locales
- Fortalecimiento de la autonomía, de los mecanismos de solidaridad

(3) Programa modelo para las áreas urbanas pobres

- Mejoramiento de la accesibilidad cultural y física mediante el fortalecimiento de programas de extensión

- Promoción del uso apropiado del sistema de referencia de maternidad y de emergencia establecidas por los proyectos de rehabilitación de la sala de maternidad del Hospital San Felipe y la construcción de tres clínicas periféricas de emergencia

(4) Programas modelo para el área de desarrollo integral

- Establecimiento de centros de salud integrados como parte de la red de servicios de atención primaria y como sustituto a corto plazo de los hospitales de área
- Fortalecimiento de la autonomía, de los mecanismos de solidaridad
- Exploración de los mecanismos de reembolso del transporte por el IHSS

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, IHSS, Hospitales nacionales/regionales/de área, clínicas materno infantiles, Clínicas de Emergencia, Regiones y Areas Sanitarias, CESAMOs y CESARes, hogares maternos, Voluntarios de Salud, Parteras, ONGs.

5.3.2 Manejo de instalaciones y organizaciones

(A) Componentes del PMNS

- Implementación de la descentralización de la administración de los servicios de salud
- Establecimiento de procedimientos administrativos modernizados
- Promoción de un enfoque orientado al cliente mediante investigaciones operacionales y capacitación en relaciones interpersonales
- Fortalecimiento de mecanismos de seguridad de la calidad en hospitales: auto-evaluación y procesos de acreditación
- Prioridad a la supervisión capacitante y de apoyo
- Municipalización del sistema de información y fortalecimiento de la capacidad analítica de aquellos que toman las decisiones
- Aplicación de sistemas integrados de redes de computación para la vigilancia epidemiológica y para apoyo al diagnóstico/tratamiento/referencia

(B) Contribución de los Programas Modelo

(1) Programa modelo para el área urbana

- Desarrollo de modelos de participación municipal en la administración y provisión de servicios de salud (dentro del concepto de 'ciudad sana')
- Inclusión efectiva de los hospitales en la red de servicios de salud y reforzamiento de la integración de las comunidades cercanas mediante el mejoramiento de los mecanismos de control de la calidad (por ejemplo implementación del sistema de contra-referencia)
- Fortalecimiento de los sistemas de información basados en las municipalidades, obteniendo la información de los distintos proveedores

(2) Programa modelo para las áreas de pobreza urbana

- Fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones comunitarias y de su voluntad de ejercer control sobre las actividades de salud
- Inclusión efectiva de los hospitales dentro de la red de servicios de salud y reforzamiento de la integración de las comunidades cercanas mediante el mejoramiento de los mecanismos de control de la calidad (por ejemplo la implementación de sistemas de contra-referencia)
- Fortalecimiento de los sistemas de información basados en las municipalidades, obteniendo información de los distintos proveedores

(3) Programa modelo para el área de desarrollo integral

- Desarrollo de modelos para la programación regional basada en datos epidemiológicos y de organización (modelo DALY)
- Fortalecimiento de sistemas de información basados en las municipalidades, obteniendo información de los distintos proveedores
- Fortalecimiento del sistema de información para el uso real del modelo DALY

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, IHSS, Hospitales nacionales/regionales/de área, Clínicas MCH, Clínicas de Emergencia, Regiones y Areas Sanitarias, CESAMOs/CESARes

5.3.3 Mejoramiento del Sistema de Referencia

(A) Componentes del PMNS

- Definición, discusión y aceptación de las respectivas funciones de cada nivel
- Mejoramiento de la capacidad resolutoria del nivel de atención primaria
- Manejo apropiado del paciente referido mediante atención prioritaria y uso de mecanismos de contra-referencia
- Mejoramiento de los niveles de atención primaria y secundaria

(B) Contribución de los Programas Modelo

(1) Todos los programas

- Identificación de necesidades de la comunidad y fortalecimiento de la definición de funciones apoyando la participación social (planes municipales de salud)
- Desarrollo de especialidades de referencia y mejoramiento en la adquisición/asignación del equipo de apoyo

(2) Programa modelo para el área urbana

- Motivación y capacitación para el uso sistemático de mecanismos de contra-referencia
- Facilidades para maternidad de bajo riesgo y reforzamiento de los hospitales de área
- Promoción del uso apropiado del sistema de referencia de proveedores de atención de emergencia y de maternidad

- Plan coordinado de equipamiento MSP/IHSS

(3) Programa Modelo para area de pobreza urbana

- Facilidades para maternidad de bajo riezgo y reforzamiento de los hospitales de área

(4) Programa Modelo para el área de desarrollo integrado

- Facilidades para maternidad de bajo riesgo y reforzamiento de los hospitales de área
- Plan coordinador de equipamiento MSP/IHSS

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, IHSS, Hospitales nacionales/regionales/de área, Clínicas MCH, Clínicas de Emergencia, Regiones y Areas Sanitarias, CESAMOs/CESARes, hogares maternos, Voluntarios de Salud, Parteras

5.3.4 Mejoramiento del sistema de logística de medicamentos y suministros

(A) Componentes del PMNS

- Implementación de una política de medicamentos esenciales
- Evaluación de la industria farmaceutica nacional
- Mejoramiento del sistema de adquisiciones
- Mejoramiento del sistema de planificación/información: fortalecimiento del POSSS a nivel UPS; sistema computarizado para el control de inventarios
- Mejoramiento del sistema de distribución y entrega
- Mejoramiento en el uso racional de medicamentos
- Incremento de la participación de la comunidad en el manejo de medicamentos (fondos comunales de medicamentos)
- Promoción de proyectos-piloto para la participación de la comunidad en la venta de medicamentos en los establecimientos de salud
- Fortalecimiento de los mecanismos de programación de medicamentos a través de la supervisión y del uso de modelos epidemiológicos
- Evaluación de la factibilidad de un sistema de transporte involucrando a la municipalidad o al sector privado

(B) Contribución de los Programas Modelo

- Apoyo para fondos comunitarios de medicamentos

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, IHSS, Hospitales nacionales/regionales/de área, Regiones y Areas Sanitarias, CESAMOs/ CESARes, UNICEF, ONGs, Voluntarios en Salud

5.3.5 Mantenimiento de Facilidades/Equipo

(A) Componentes del PMNS

- Fortalecimiento de la administración del sistema de mantenimiento a nivel central: redefinir el papel de PRONASSA y CENAMA
- Establecimiento de por lo menos un centro de mantenimiento regional, para capacitación, apoyo técnico para mantenimiento y reparaciones, asistencia en abastecimiento de repuestos para los establecimientos de salud
- Mejoramiento de la sostenibilidad a través de una mayor participación de recursos externos: participación de las municipalidades para el financiamiento del centro regional; contratación de servicios externos; intercambio de información y servicios con establecimientos privados
- Mejoramiento de la sostenibilidad mediante la disponibilidad de técnicos capacitados

(B) Contribución de los Programas Modelo

(1) Todos los programas

- Estandarización del diseño de instalaciones y especificaciones de equipamiento entre proyectos y regiones para facilitar operación y mantenimiento (O&M)

(2) Programa modelo para el área urbana

- Establecimiento de un centro de mantenimiento de instalaciones/equipo: reparación y mantenimiento para hospitales y centros de salud en la región y información y capacitación
- Contratación de servicios externos para el mantenimiento de equipo grande que también se usa en otros campos de trabajo

(3) Programa Modelo para las áreas urbanas pobres

- Promoción de la inclusión en la capacitación tipo INFOP de capacitación en O&M de equipos bio-médicos

(4) Programa Modelo para el área de desarrollo integrado

- Promoción de la inclusión en la capacitación tipo INFOP de capacitación en O&M de equipos bio-médicos

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, IHISS, Hospitales nacionales/regionales/ de área, PRONASSA, CENAMA, Centro Regional de Mantenimiento, Centro de Capacitación y Información (propuesto en programa modelo urbano)

5.3.6 Desarrollo de Recursos Humanos

(A) Componentes del PMNS

- Desarrollo sostenible de recursos humanos tomando en consideración la estructura del empleo
- Promoción del concepto preventivo de servicios de salud y mejor preparación de los futuros recursos de salud para responder a las demandas de sus sitios de trabajo
- Plan de capacitación elaborado a nivel regional/de área, basado en evaluación epidemiológica y organizacional
- Nuevo papel para las divisiones normativas
- Selección de gerentes capacitados para salud pública
- Facilitación de las condiciones de trabajo del personal técnico competente que trabaja en la periferia del sistema de salud

(B) Contribución de los Programas Modelo

- Fortalecimiento de la participación comunitaria en la elaboración de las necesidades de capacitación del personal de salud mediante el desarrollo mejorado de planes de salud municipales
- Identificación de personas aptas para ser capacitadas en la administración de salud pública

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, IISS, SEP, Proveedores Privados, Hospitales nacionales/regionales/ de área, Clínicas MCH, Clínicas de Emergencia, Regiones y Areas Sanitarias, CESARes y CESAMOs.

5.3.7 Financiamiento de Salud

(A) Componentes del PMNS

- Expansión de actividades de recuperación de costos
- Implementación del incremento en los techos de salario para cotización al IISS, junto con las reformas administrativas y el mejoramiento/expansión de servicios que se han planteado
- Expansión de la cobertura fuera de TGU y SPS a través de acuerdos especiales con los proveedores existentes (MSP, privados)

(B) Contribución de los Programas Modelo

(1) Programa modelo para el área urbana

- Sistematización de la implementación de mecanismos de recuperación de costos y análisis de las condiciones de replicación de los mismos

(2) Programa modelo para las áreas urbanas pobres

- Sistematización en la implementación de mecanismos de recuperación de costos y análisis de las condiciones de replicación de los mismos

(3) Programa Modelo para el área de desarrollo integral

- Desarrollo de modelos alternativos para la prestación de servicios por parte del IHSS (contratación de servicios de proveedores privados o del MSP)

(C) Principales Organizaciones Interesadas

MSP, IHSS, Proveedores privados, Hospitales regionales/nacionales/ de área, Clínicas MCH, Clínicas de Emergencia, Regiones Sanitarias