

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 VI (S)  
INFORME PRINCIPAL

SEPTIEMBRE 1996

JICA LIBRARY



J 1130578 161

SYSTEM SCIENCE CONSULTANTS INC.

S S S

J R

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 VI (S)  
INFORME PRINCIPAL**

**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 entre 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.

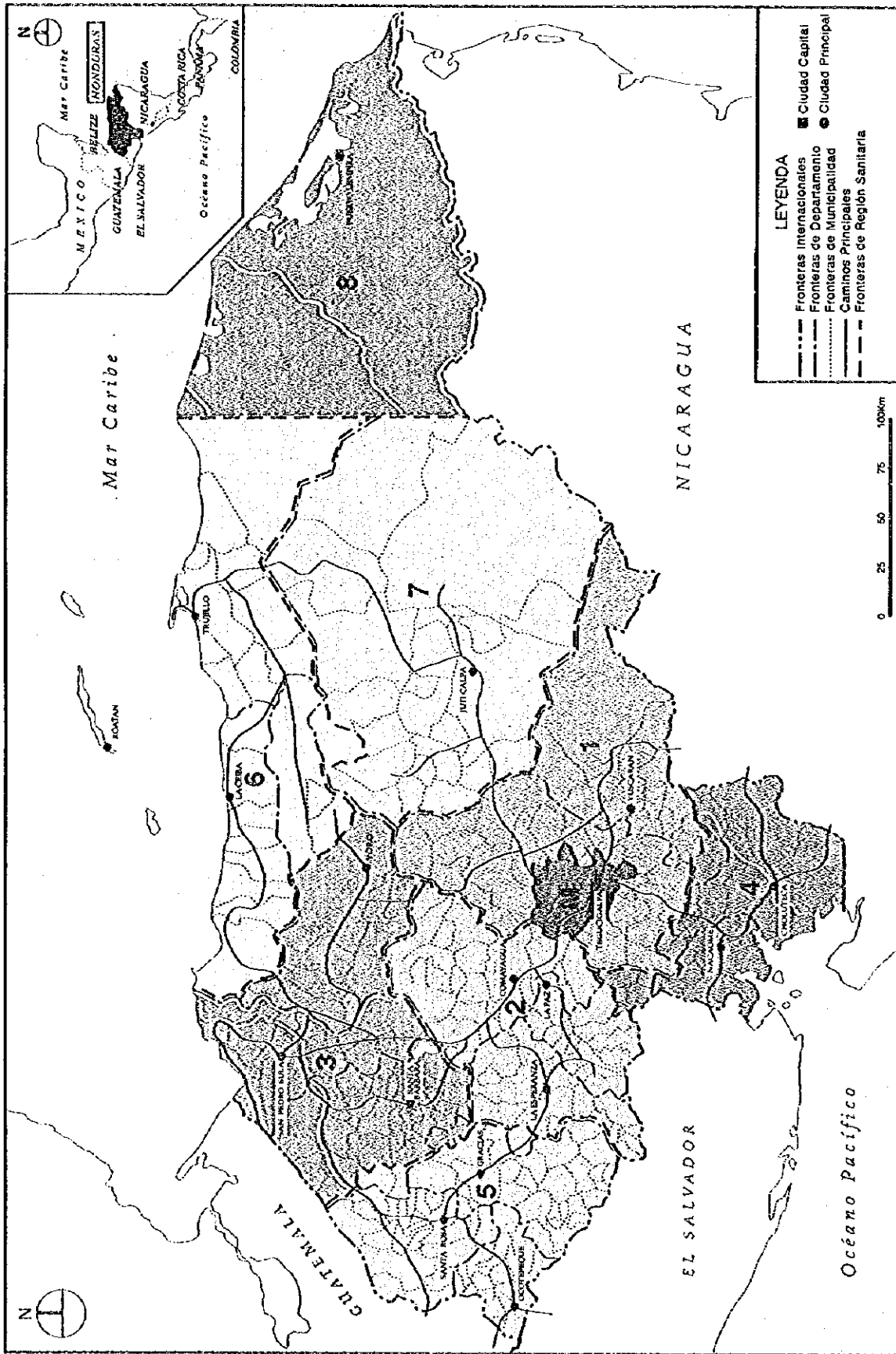


**ESTUDIO  
SOBRE  
LAS ESTRATEGIAS Y PLANES  
PARA  
EL MEJORAMIENTO DE LA SITUACION  
DE LA SALUD  
EN  
LA REPÚBLICA DE HONDURAS**

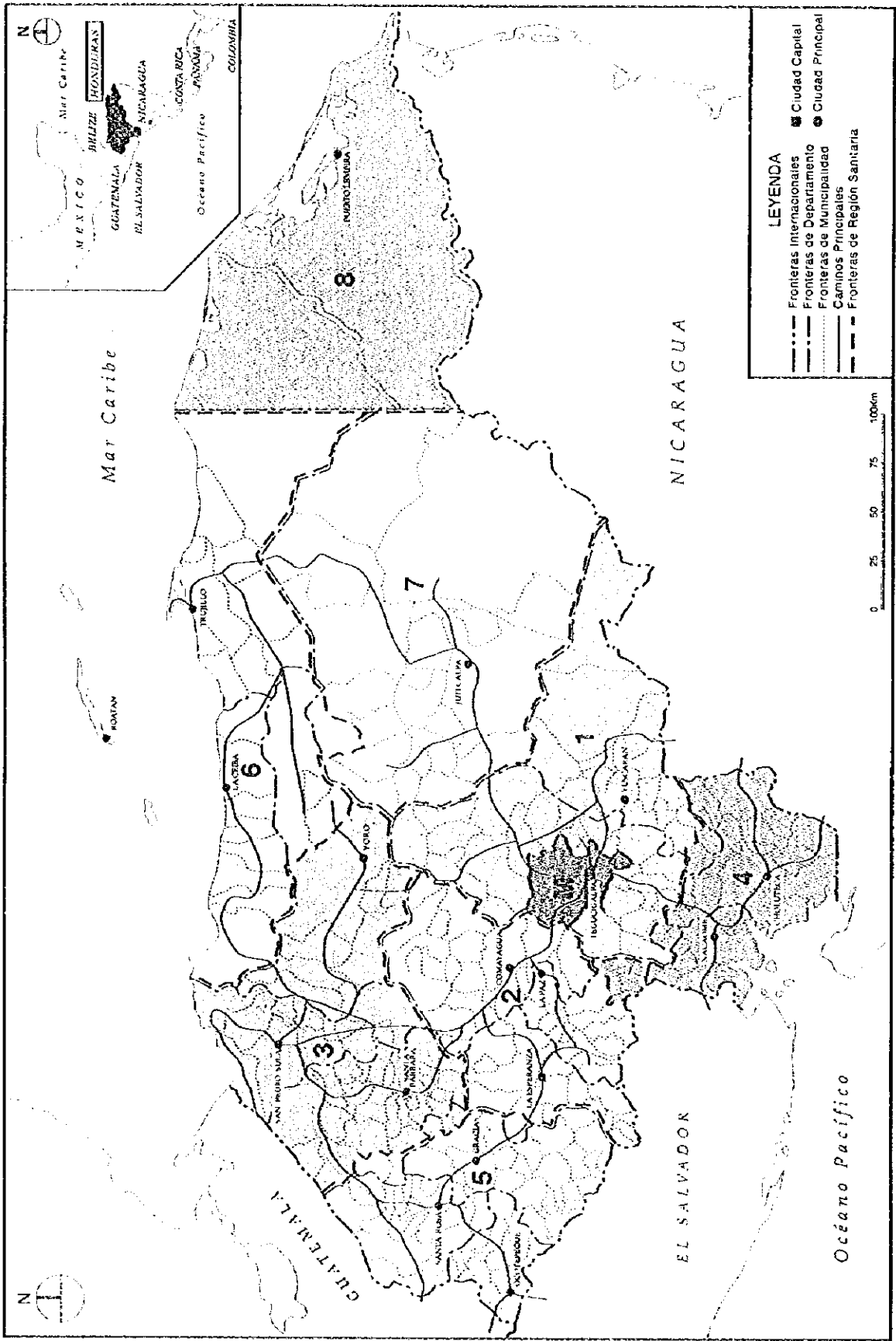
**INFORME FINAL  
(INFORME PRINCIPAL)**

***LISTA DE VOLUMENES***

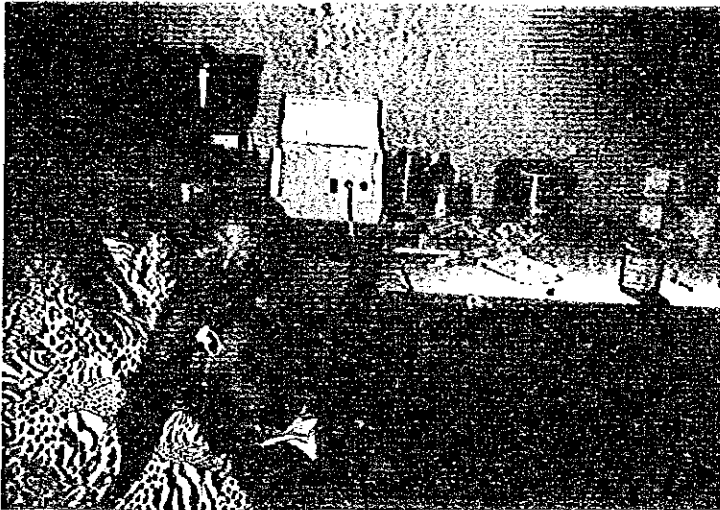
<b><i>VOLUME I</i></b>	<b>EXECUTIVE SUMMARY</b>
<b><i>VOLUME II</i></b>	<b>MAIN REPORT</b>
<b><i>VOLUME III</i></b>	<b>SUPPORTING REPORT A. HOUSEHOLD SURVEY B. INSTITUTION SURVEY C. EXIT-PATIENT INTERVIEW SURVEY</b>
<b><i>VOLUME IV</i></b>	<b>DATA BOOK A. MINUTES OF MEETING B. ZOPP/PCM WORKSHOP C. ARCHITECTURAL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



**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.



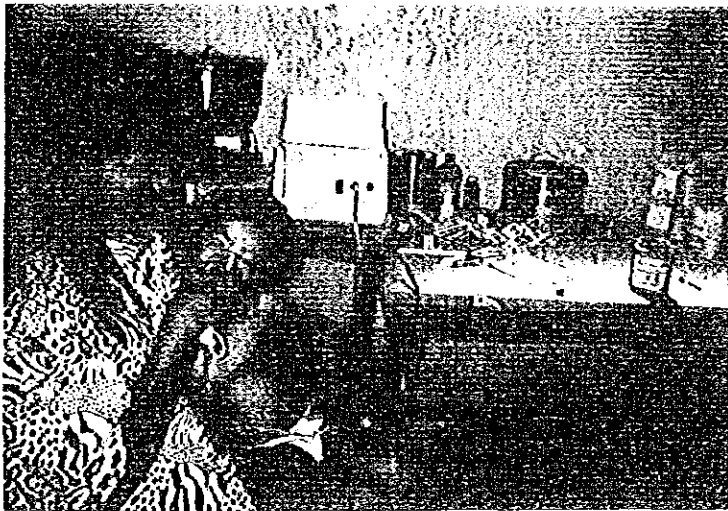
#### Altos Niveles de Mortalidad Materna

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.



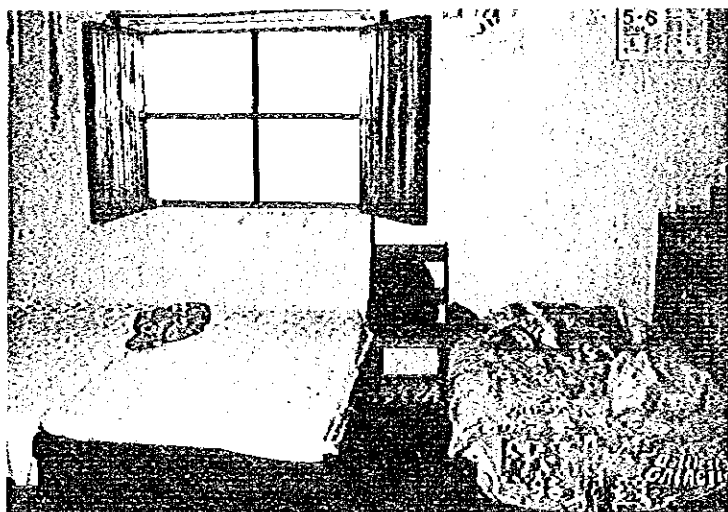
#### Desnutrición

Entre los niños y las mujeres embarazadas / lactantes está ampliamente diseminada la desnutrición de proteico / calorica. 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.



#### 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.



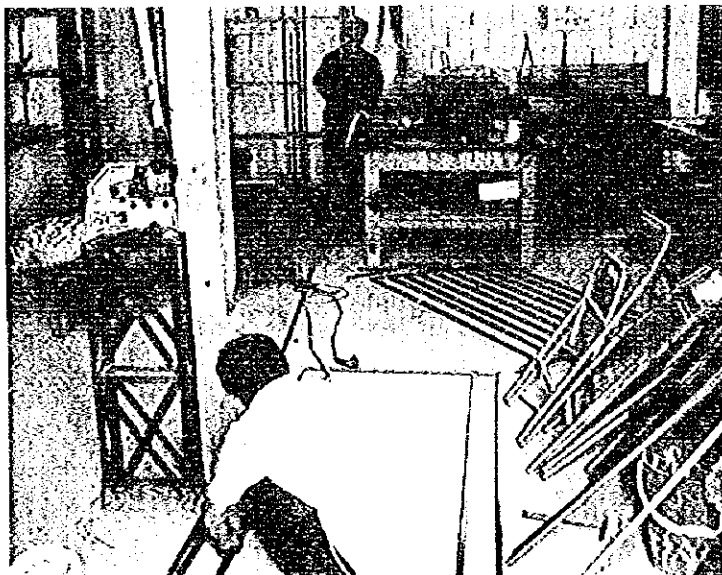
#### Limitado Acceso al Agua Segura

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



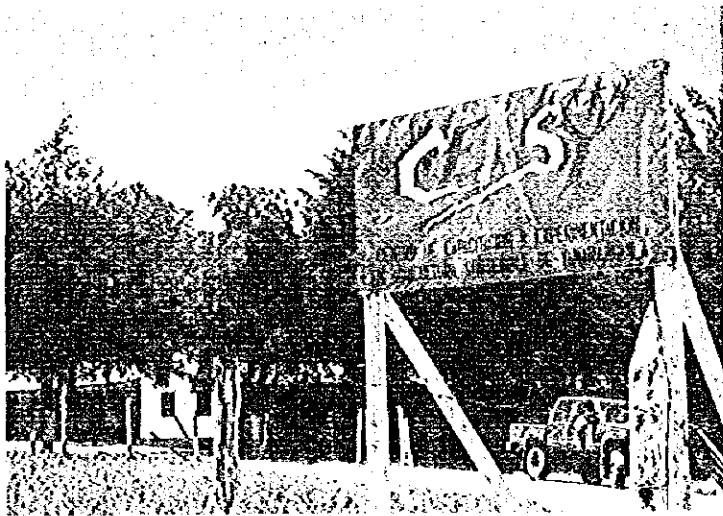
#### Alta Mortalidad debida a Accidentes

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.



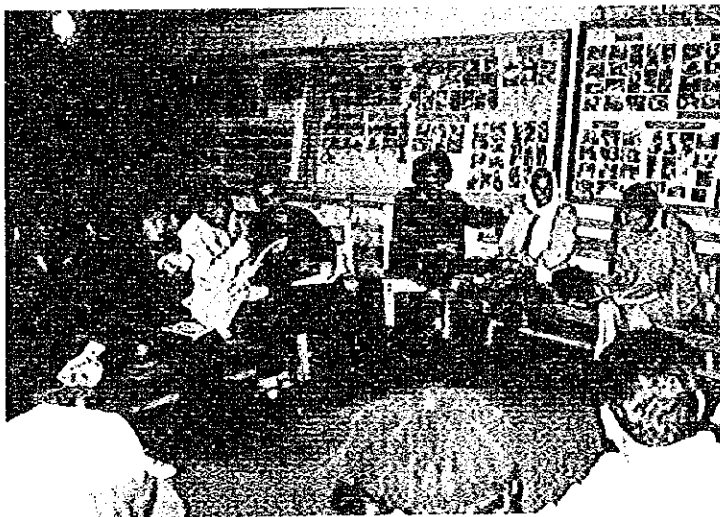
#### Alta Mortalidad debida a la Violencia

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.



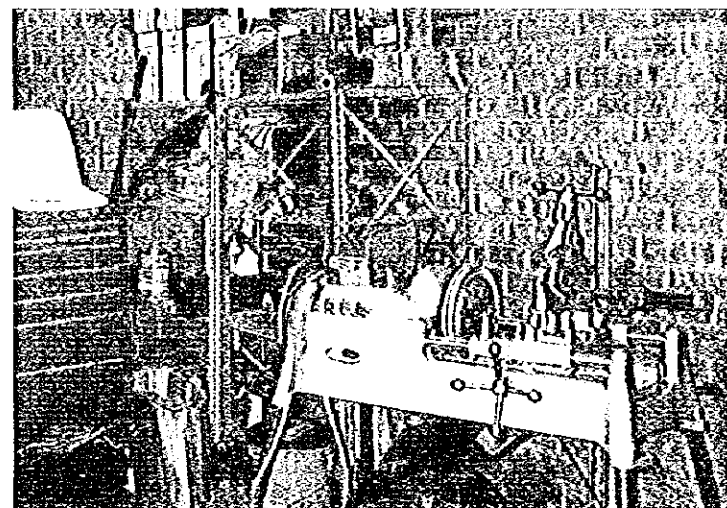
#### Hospital Mario Catarino Rivas

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

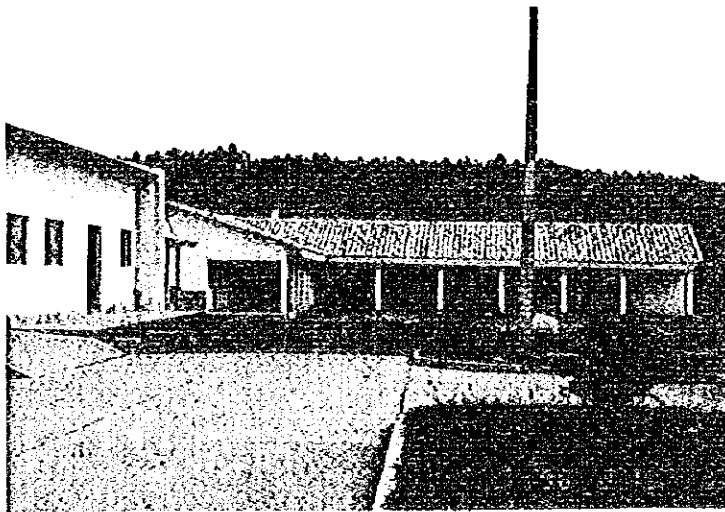
CENAMA del MSP, que es responsable del mantenimiento y operación de instalaciones y equipo no es capaz de proporcionar asistencia técnica adecuada por falta de recursos financieros suficientes.





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.



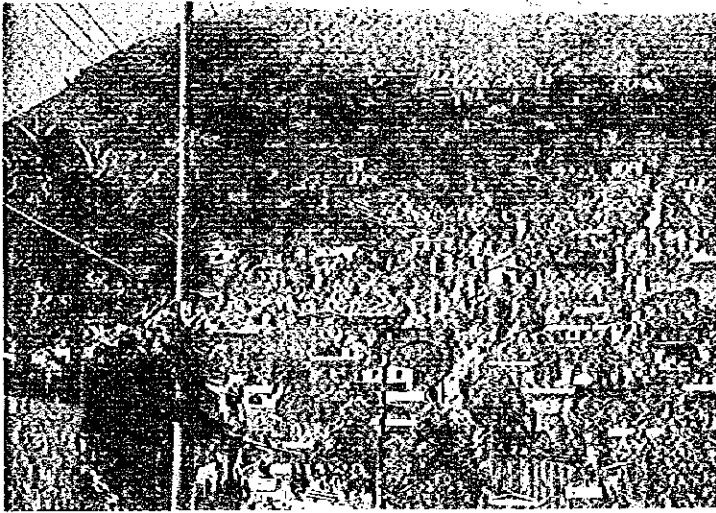
Establecimiento de Albergue  
Materno

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.



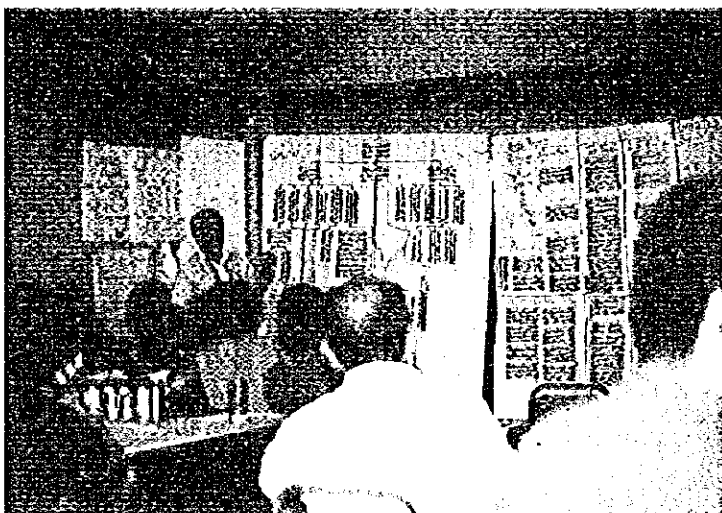
#### Clinica de Asistencia Materno-Infantil

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



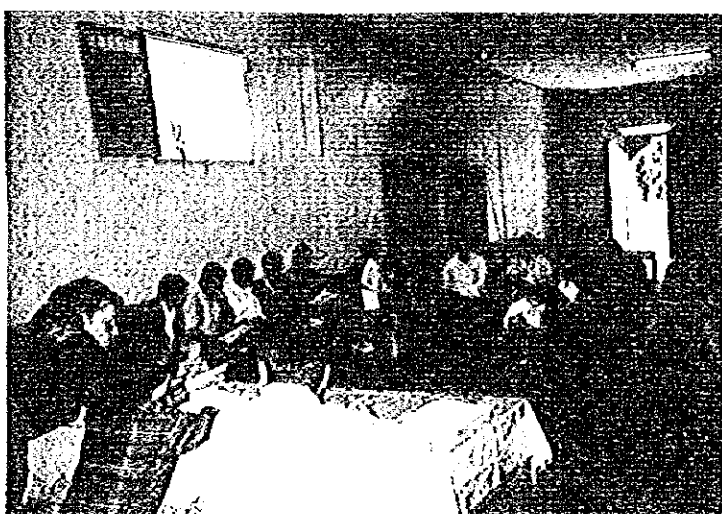
#### Hospital San Francisco

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  
(INFORME PRINCIPAL)**

Prefacio  
Carta de Remisión  
Lista de Volúmenes  
Mapa de Honduras (Regiones Sanitarias)  
Placas

Contenido  
Lista de Figuras y Cuadros  
Abreviaturas y Siglas

**CONTENIDO**

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1-1</b>
<b>1.1. ANTECEDENTES</b>	<b>1-1</b>
<b>1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>1-1</b>
<b>1.3. SECUENCIA DEL ESTUDIO</b>	<b>1-1</b>
<b>1.4. ESTRUCTURA DEL BORRADOR DE INFORME FINAL</b>	<b>1-2</b>
<b>1.5. GRUPO DE ESTUDIO</b>	<b>1-2</b>
<b>2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO</b>	<b>2-1</b>
<b>2.1. RECOPIACIÓN DE DATOS (APARTE DE LAS ENCUESTAS DE CAMPO)</b>	<b>2-1</b>
2.1.1 ENTREVISTAS CON INFORMADORES CLAVE	2-1
2.1.2 VISITAS DE CAMPO Y OBSERVACIÓN DIRECTA	2-1
2.1.3 REVISIÓN DE ESTADÍSTICAS Y DOCUMENTOS EXISTENTES	2-1
<b>2.2. ENCUESTAS DE CAMPO</b>	<b>2-1</b>
2.2.1 ENCUESTA DE HOGARES	2-2
2.2.2 ENCUESTA DE ESTABLECIMIENTOS	2-3
2.2.3 ENCUESTA DE ENTREVISTAS DE SALIDA	2-3
<b>2.3. MÉTODOS PARA EL ANÁLISIS Y LA RETRO-ALIMENTACIÓN</b>	<b>2-4</b>
2.3.1 REUNIONES DE COORDINACIÓN	2-4
2.3.2 TALLERES Y SEMINARIOS	2-4
2.3.3 REUNIONES TÉCNICAS DE RETRO-ALIMENTACIÓN	2-5

### **3. DISEÑO CONCEPTUAL** 3-1

---

<b>3.1. MODELO PARA ANÁLISIS</b>	<b>3-1</b>
3.1.1 CONTEXTO	3-1
3.1.2 CONDUCTAS EN EL HOGAR/COMUNIDAD	3-1
3.1.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS	3-2
<b>3.2. ELABORACIÓN DE PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>3-2</b>
3.2.1 PROBLEMAS PRIORITARIOS DE SALUD/INDICADORES	3-2
3.2.2 ESTRATEGIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD	3-3
<b>3.3. ALCANCE DEL PLAN MAESTRO DE SALUD</b>	<b>3-4</b>
3.3.1 PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD	3-4
3.3.2 PROGRAMAS MODELO DE SALUD	3-5
3.3.3 PROGRAMAS/PROYECTOS PRIORITARIOS	3-6

### **4. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS** 4-1

---

<b>4.1. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y METODOLOGÍA PARA SU DESCRIPCIÓN</b>	<b>4-1</b>
4.1.1 SELECCIÓN DE PROBLEMAS PRIORITARIOS	4-1
4.1.2 FUENTES PARA LA DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS	4-2
4.1.3 ANÁLISIS DE PROBLEMAS	4-4
<b>4.2. PROBLEMAS PRIORITARIOS DE SALUD</b>	<b>4-4</b>
4.2.1 ALTOS NIVELES DE MORTALIDAD INFANTIL	4-4
4.2.2 ALTOS NIVELES DE MORTALIDAD MATERNA	4-5
4.2.3 ALTA PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN, AUSENCIA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA	4-7
4.2.4 ACCESO LIMITADO AL AGUA Y AL SANEAMIENTO BÁSICO	4-8
4.2.5 ALTA INCIDENCIA DEL SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	4-11
4.2.6 ALTA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	4-13
4.2.7 ALTA MORTALIDAD Y MORBIDIDAD A CAUSA DE ACCIDENTES	4-14
4.2.8 ALTA MORTALIDAD Y MORBIDIDAD A CAUSA DE LA VIOLENCIA	4-15
4.2.9 AUMENTO DE LA MORTALIDAD/MORBIDIDAD A CAUSA DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS	4-16
4.2.10 INSUFICIENTE NIVEL DE ACTIVIDADES DE SALUD AMBIENTAL	4-17
4.2.11 INSUFICIENTE NIVEL DE ACTIVIDADES SOBRE SALUD OCUPACIONAL	4-19
<b>4.3. FACTORES QUE AFECTAN LAS CONDICIONES DE SALUD</b>	<b>4-21</b>
4.3.1 FACTORES RELACIONADOS CON EL CONTEXTO	4-21
4.3.2 FACTORES RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS EN LOS HOGARES Y LA COMUNIDAD	4-32
4.3.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	4-42

### **5. MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA EL PLAN MAESTRO DE SALUD** 5-1

---

<b>5.1. METAS Y OBJETIVOS</b>	<b>5-1</b>
<b>5.2. ESCENARIOS</b>	<b>5-3</b>
5.2.1 SOCIO-ECONOMÍA Y DEMOGRAFÍA	5-3
5.2.2 POLÍTICAS A LARGO PLAZO	5-5
5.2.3 VISIÓN PARA EL FUTURO: CÓMO SERÁ EL SISTEMA DE SALUD DE HONDURAS EN EL 2010	5-8

<b>6. PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>6-1</b>
6.1. ESTRATEGIAS GENÉRICAS PARA EL PLAN MAESTRO DE SALUD	6-1
6.1.1 ESTRATEGIAS QUE IMPACTAN EN EL CONTEXTO	6-1
6.1.2 ESTRATEGIAS QUE IMPACTAN EN LA CONDUCTA EN EL HOGAR/COMUNIDAD	6-17
6.1.3 ESTRATEGIAS QUE ORGANIZAN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	6-29
6.2. APLICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS GENÉRICAS A LOS PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS	6-78
6.2.1 TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	6-79
6.2.2 TASA DE MORTALIDAD MATERNA	6-82
6.2.3 DESNUTRICIÓN/SEGURIDAD ALIMENTARIA	6-85
6.2.4 SIDA/ETS	6-87
6.2.5 ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	6-93
6.2.6 ACCESO AL AGUA Y AL SANEAMIENTO BÁSICO	6-95
6.2.7 ACCIDENTES	6-96
6.2.8 VIOLENCIA	6-97
6.2.9 MORBILIDAD/MORTALIDAD POR ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS	6-98
6.2.10 SALUD AMBIENTAL	6-99
6.2.11 SALUD OCUPACIONAL	6-101
<b>7. DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS MODELO</b>	<b>7-1</b>
7.1. PROGRAMA MODELO DE SALUD PARA AREA URBANA	7-1
7.1.1 ANTECEDENTES	7-1
7.1.2 PROGRAMA MODELO DE SALUD	7-6
7.1.3 PROYECTOS MODELO	7-8
7.2. PROGRAMAS PARA AREA DE POBREZA	7-31
7.2.1 PROGRAMA PARA AREA DE POBREZA RURAL	7-31
7.2.2 PROGRAMA PARA AREA DE POBREZA URBANA	7-47
7.3. PROGRAMA MODELO PARA AREA DE DESARROLLO INTEGRADO	7-60
7.3.1 ANTECEDENTES	7-60
7.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA REGIÓN SANITARIA 7	7-62
7.3.3 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD Y ESTRATEGIAS PARA SU MEJORAMIENTO	7-66
<b>8. PROGRAMA DE EJECUCION</b>	<b>8-1</b>
8.1. INTEGRACIÓN DEL PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD Y DE LOS PROGRAMAS MODELO	8-1
8.2. REESTRUCTURACIÓN POR ETAPAS DE LAS INSTITUCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD	8-12
8.3. ASIGNACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS	8-15
8.4. COOPERACIÓN EXTERNA PARA TRANSFERENCIA DE TECNOLOGÍA Y ASISTENCIA FINANCIERA	8-21
8.5. CALENDARIO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA COOPERACIÓN EXTERNA CON NECESIDADES URGENTES	8-24

**9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES** **9-1**

---

<b>9.1. PROBLEMAS PRIORITARIOS</b>	<b>9-1</b>
<b>9.2. PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>9-1</b>
<b>9.3. PROGRAMAS MODELO</b>	<b>9-4</b>
<b>9.4. PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN</b>	<b>9-8</b>
<b>9.5. ACCIONES DE SEGUIMIENTO</b>	<b>9-13</b>

**Figuras y Coadros**



## Lista de Figuras

Figura 2-1	Zonificación por muestreo de la encuesta de hogares, encuesta de instituciones, y pacientes dados de alta .....	F-1
Figura 3-1	Topografía .....	F-2
Figura 3-2	Potencial ecológico y agrícola .....	F-3
Figura 3-3	Mapa de carreteras.....	F-4
Figura 4-1	Razones de mortalidad maternal por departamento.....	F-5
Figura 4-2	Niveles de desnutrición en niños menores de 5 años por Región Sanitaria .....	F-5
Figura 4-3	Número de casos de SIDA en Honduras 1985-1995 .....	F-6
Figura 4-4	Número de enfermedades transmitidas por vectores en cada región - 1995 .....	F-6
Figura 4-5	Proyecciones de población 1974-2010.....	F-7
Figura 4-6	Organización de la estructura del MSP - 1996 .....	F-8
Figura 4-7	Distribución de practicantes por departamento.....	F-9
Figura 4-8	Proporción de medicamentos programados en 1994 y distribuidos en los Hospitales (30 productos).....	F-10
Figura 4-9	Proporción de medicamentos programados en 1994 y distribuidos en los centros de salud (20 productos) .....	F-11
Figura 4-10	Organización de PRONASSA y CENAMA -1995.....	F-12
Figura 4-11	Densidad de camas de hospital por área sanitaria.....	F-13
Figura 4-12	Proporción de hogares que utilizaron los servicios de al menos un proveedor de salud durante el año anterior a la encuesta -1994.....	F-14
Figura 6-1	Calidad del agua subterránea y proporción en su utilización.....	F-15
Figura 6-2	Precipitación.....	F-16
Figura 6-3	Hidrología.....	F-17
Figura 7	Selección de Programas para Area Modelo.....	F-18
Figura 7-1-1	Estructura poblacional de San Pedro Sula y de Honduras - 1994.....	F-19
Figura 7-1-2	MSP e IHSS instituciones de salud en la Región Sanitaria No.3.....	F-20
Figura 7-1-3	Estructura organizativa en la Región Sanitaria No.3 .....	F-21
Figura 7-1-4	Ubicación de las instituciones de salud en San Pedro Sula.....	F-22
Figura 7-1-5	Estructura organizativa de la Municipalidad de San Pedro Sula .....	F-23
Figura 7-1-6	Contribución de las 15 estrategias a los problemas de salud prioritarios en el área urbana.....	F-24
Figura 7-1-7	Coordinación entre varias organizaciones para alcanzar el concepto "Ciudad Sana" para el área modelo urbana, San Pedro Sula.....	F-25
Figura 7-1-8a	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) .....	F-26
Figura 7-1-8b	Proyecto Mmodelo 1, opción 2 para el área urbana: "Centro para la promoción de la salud e información (proyecto integrado) .....	F-27
Figura 7-1-9	Situación actual y el modelo de proyecto 2 para el área urbana: Reforzamiento de las funciones de los CESAMOs .....	F-28
Figura 7-1-10	Proyecto Modelo 3 para el área urbana: "Mantenimiento y centro de información para facilidades médica".....	F-29
Figura 7-2-1	Ubicación del programa modelo para el área de pobreza rural en el Departamento de Intibucá .....	F-30
Figura 7-2-2	Población por tamaño de comunidades en el Departamento de Intibucá.....	F-31
Figura 7-2-3	Porcentaje de la población en estrato pobre No.4 y No.5.....	F-32
Figura 7-2-4	Ubicación de los CESAMOs/CESARes en el Departamento de Intibucá.....	F-33
Figura 7-2-5	Contribución de las 15 estrategias en los problemas de salud prioritarios en el área de pobreza rural.....	F-34
Figura 7-2-6	Proceso de desarrollo de un programa modelo de salud para área de pobreza rural aplicado en la Fase III del Estudio.....	F-35
Figura 7-2-7	Posición de los proyectos modelo prioritarios para desarrollar el Programa modelo aldea sana.....	F-36

Figura 7-2-8	Proyecto Modelo 1: Establecimiento de "Centro de Entrenamiento y Extensión Aldea Sana" en el área de pobreza rural, Departamento de Intibucá.....	F-37
Figura 7-2-9	Ubicación de las facilidades existentes del Centro de la Municipalidad de la Esperanza, Departamento de Intibucá.....	F-38
Figura 7-2-10	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 .....	F-39
Figura 7-2-11	Ubicación de las facilidades de servicios de salud en el área urbana de Tegucigalpa .....	F-40
Figura 7-2-12	Población del área de influencia de los CESAMO/CESAR en el área de pobreza urbana de Tegucigalpa .....	F-41
Figura 7-2-13	Contribución de las 15 estrategias a los problemas de salud prioritarios en el área de pobreza urbana.....	F-42
Figura 7-2-14	Proceso de desarrollo de un programa modelo de salud para área de pobreza urbana aplicada en la Fase III del Estudio.....	F-43
Figura 7-2-15	Proyecto Modelo 1: "Mejoramiento de acciones para promover las actividades de participación social" en el área de pobreza urbana, Tegucigalpa .....	F-44
Figura 7-2-16	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 .....	F-45
Figura 7-3-1	Cobertura de población por UPS.....	F-46
Figura 7-3-2	Número de atenciones primarias como porcentaje de la capacidad máxima de servicio por UPS - 1995 .....	F-46
Figura 7-8-1	Edificio Institucional sin Programas/Proyectos Propuestos por El Plan Maestro de Salud Nacional y Modelos.....	F-47
Figura 7-8-2	Edificio Institucional con Programas/Proyectos Propuestos por El Plan Maestro de Salud Nacional y Modelos.....	F-48

## Lista de Cuadros

Cuadro 4-1	Consumo de productos agrícolas principales por persona - 1987.....	C-1
Cuadro 4-2	Número de casos de enfermedades transmitidas por vectores por Región Sanitaria 1994 - 1995.....	C-1
Cuadro 4-3	Tasa de crecimiento de PIB real en Honduras 1980 - 1993.....	C-1
Cuadro 4-4	Producción Agrícola 1974/1993.....	C-2
Cuadro 4-5	Parrones de referencia en el MSP.....	C-3
Cuadro 4-6	Presupuesto del MSP 1990 - 1995.....	C-4
Cuadro 4-7	Ingresos por recuperación de costos en hospitales del MSP 1991 - 1995.....	C-4
Cuadro 4-8	Cobertura, ingresos por persona y gastos del IHSS 1989 - 1995.....	C-5
Cuadro 5-1	Proyección sobre crecimiento de la población 1988 - 2010.....	C-6
Cuadro 6-1	Proyección de ocupación de camas por especialidad en hospitales selectos 1993 - 2010.....	C-7
Cuadro 6-2	Proyección de la demanda en servicios de salud 1995 - 2010.....	C-7
Cuadro 6-3	Proyección de ingresos del IHSS 1994 - 2010.....	C-8
Cuadro 6-4	Proyección de fondos disponibles para el sector salud basado en estrategias propuestas por el PMNS 1994 - 2010.....	C-8
Cuadro 7-1-1	Población del área urbana de San Pedro Sula y Honduras 1988 - 2010.....	C-9
Cuadro 7-1-2	Número de instituciones públicas de salud del MSP y del IHSS en la Región Sanitaria No.3.....	C-9
Cuadro 7-1-3	Número de personal de salud por CESAMO/CESAR en la Área Metropolitana, Región Sanitaria No.3 - 1995.....	C-10
Cuadro 7-1-4a	Muertes ocasionadas por las 10 causas mayores en hospitales en San Pedro Sula y la Región Sanitaria No.3 - 1995.....	C-11
Cuadro 7-1-4b	Muertes ocasionadas por las 10 causas mayores en el Registro Nacional en la Región Sanitaria No.3 1993, 1995.....	C-11
Cuadro 7-1-5a	Hospitalización de consulta externa ocasionadas por las 10 causas mayores en el Hospital Mario Caratino Rivas - 1994.....	C-12
Cuadro 7-1-5b	Emfermedades ocasionadas por las 10 causas mayores en los CESAMO/CESAR en San Pedro Sula - 1995.....	C-12
Cuadro 7-2-1	Pérfil socio-económico del Departamento de Intibucá.....	C-13
Cuadro 7-2-2	Población del estrato pobre No.4 y No.5 por municipalidad en el Departamento de Intibucá - 1994.....	C-13
Cuadro 7-2-3	Número total de visitas por pacientes al Hospital La Esperanza por Municipalidad - 1995.....	C-14
Cuadro 7-2-4	Morbilidad de pacientes por diagnóstico del Hospital La Esperanza - 1995.....	C-14
Cuadro 7-2-5	Causas de muerte por diagnóstico entre pacientes del Hospital La Esperanza - 1995.....	C-15
Cuadro 7-2-6	Pérfil socio-económico del Departamento de Francisco Morazán.....	C-15
Cuadro 7-2-7	Población por edad y área de influencia de los CESAMO y CESARes en la Región Sanitaria Metropolitana - 1996 (Proyección).....	C-16
Cuadro 7-2-8	Número de pacientes por consulta ocasionadas por las 10 causas mayores en CESAMO y CESARes en la Región Sanitaria Metropolitana - 1996.....	C-17
Cuadro 7-2-9	Causas de muerte reportadas a la oficina de la Región Sanitaria Metropolitana (enero a octubre 1995).....	C-17
Cuadro 7-2-10	Número de muertes por fuente de información en la Región Sanitaria Metropolitana (enero a octubre 1995).....	C-18
Cuadro 7-2-11	Porcentaje de hogares con tres o más necesidades básicas insatisfechas y TMI por UPS en la Región Sanitaria Metropolitana - 1995.....	C-18
Cuadro 7-3-1	Población por municipalidad en el Departamento de Olancho 1990 - 1995.....	C-19
Cuadro 7-3-2	Población número por CESAMO/CESAR y recursos humanos en la Región Sanitaria No. 7 - 1996.....	C-20
Cuadro 7-3-3	Disponibilidad de electricidad, teléfono, radio y transporte por área sanitaria y oficina sectorial en la Región Sanitaria No.7 - 1996.....	C-21
Cuadro 7-3-4	Población, personal y atención primaria por UPS en la Región Sanitaria No.7.....	C-22
Cuadro 7-3-5	Presupuesto ejecutado del MSP para la Región Sanitaria No.7, 1991 - 1995.....	C-23

# *CAPITULO 1*

---

## *INTRODUCCIÓN*

# 1. INTRODUCCIÓN

Este Estudio ha sido diseñado para proveer las bases científicas y técnicas para un Plan Maestro Nacional de Salud en Honduras a largo plazo (es decir, hacia el año 2010). Se basa en la revisión de la experiencia pasada en cuanto a servicios de salud provistos por el MSP, las agencias y sectores relevantes y los países donantes. El Plan Maestro de Salud propuesto presentará escenarios, estrategias, un Plan Maestro Nacional de Salud y Programas Modelo de salud que cubrirán no solo el sector salud sino también los sectores relacionados con ésta.

## 1.1 Antecedentes

La salud ha sido uno de los mas importantes sectores de interés para el Gobierno de Honduras y aproximadamente el 10% del presupuesto nacional ha sido asignado a este rubro. Organizaciones internacionales tales como la OPS y USAID también han proporcionado asistencia de desarrollo para mejorar este sector. A pesar de que estos esfuerzos han hecho una real contribución al mejoramiento de la salud, resulta esencial contar con planes amplios e integrados a fin de utilizar los recursos existentes mas efectivamente y lograr el mayor nivel posible de mejoramiento de la salud y de los servicios de salud. En este sentido, el Gobierno de Honduras solicitó al Gobierno del Japón ejecutar un Estudio sobre las Estrategias y Planes para el Mejoramiento de las Condiciones de la Salud en la República de Honduras. A la recepción de tal solicitud, el Gobierno del Japón despachó un grupo de estudio preliminar a Honduras y en abril de 1994 se convino el Alcance del Trabajo entre los dos gobiernos. En base a este convenio, el Grupo de Estudio fué enviado a Honduras el 21 de enero de 1995 y presentó el Borrador del Informe final el 23 de julio de 1996.

El programa de ejecución propuesto será revisado oficialmente y discutido con el Gobierno de Honduras y otros donantes. Los resultados aprobados de este proceso serán incorporados en el programa oficial final de ejecución.

## 1.2 Objetivos del Estudio

El objetivo general del Estudio es desarrollar estrategias integradas y planes para el mejoramiento de las condiciones de la salud en Honduras para los años meta 2000 y 2010.

## 1.3 Secuencia del Estudio

Este Estudio ha sido ejecutado en las siguientes tres etapas:

- Fase I: Desarrollar estrategias inter-sectoriales para mejorar las condiciones de la salud del pueblo hondureño
- Fase II: Formular un Plan Maestro Nacional de Salud integrado para el mejoramiento de la salud y de los servicios de salud

Fase III: Desarrollar planes específicos de acción para los componentes/regiones identificados como esenciales en el Plan Maestro Nacional de Salud

#### 1.4 Estructura del Borrador de Informe Final

Este informe consiste de tres volúmenes:

- Volumen 1: Resumen
- Volumen 2: Informe Principal
- Volumen 3: Informes de apoyo
- Volumen 4: Libro de Datos

#### 1.5 Grupo de Estudio

Este Estudio ha sido ejecutado por Systems Science Consultants Inc. (SSC) en asociación con Management Sciences for Health (MSH).

El grupo de estudio ha recibido competente colaboración de sus contrapartes, el Comité de Coordinación\* y el Consejo Superior del Ministerio (CONSUMI)\*\* en el Gobierno de Honduras.

\*Comité de Coordinación: representantes del MSP, SECPLAN, RRNN, SEP, SEDA, SANAA e IISS

\*\*CONSUMI: Señores y Señoras Ministro, Vice-Ministro, Directores Generales, Oficial Mayor del Ministerio de Salud Pública y asesores

---

Jefe de Grupo	: Tateo Kusano
Asistente Jefe de Grupo/Salud Pública	: Izumi Atsuta
Salud Curativa	: Vincent David*
Instituciones/Organización	: Ileana Fajardo*
Financiamiento de la Salud	: Gerald Rosenthal*
Logística	: Masako Tanaka
Socio-Economía	: Shigeru Iwasaki
Antropología	: Takashi Morimoto
Arquitecto/Desarrollo Urbano	: Masahiko Watanabe
Instalaciones/Equipo	: Yuichi Matsumoto
Desarrollo Agrícola	: Takeshi Saito
Medio Ambiente	: Kazuo Sano
Participación Comunitaria	: Yoko Ishida
Infraestructura Social	: E.G. Tan
Análisis de datos	: Ibrahim Allapichay
Desarrollo Rural/Estudio económico de Proyectos	: Hideto Yasui
Mujeres y Desarrollo/Coordinación local	: Chiaki Kido
SIDA/VIII	: Marianne Burkhart

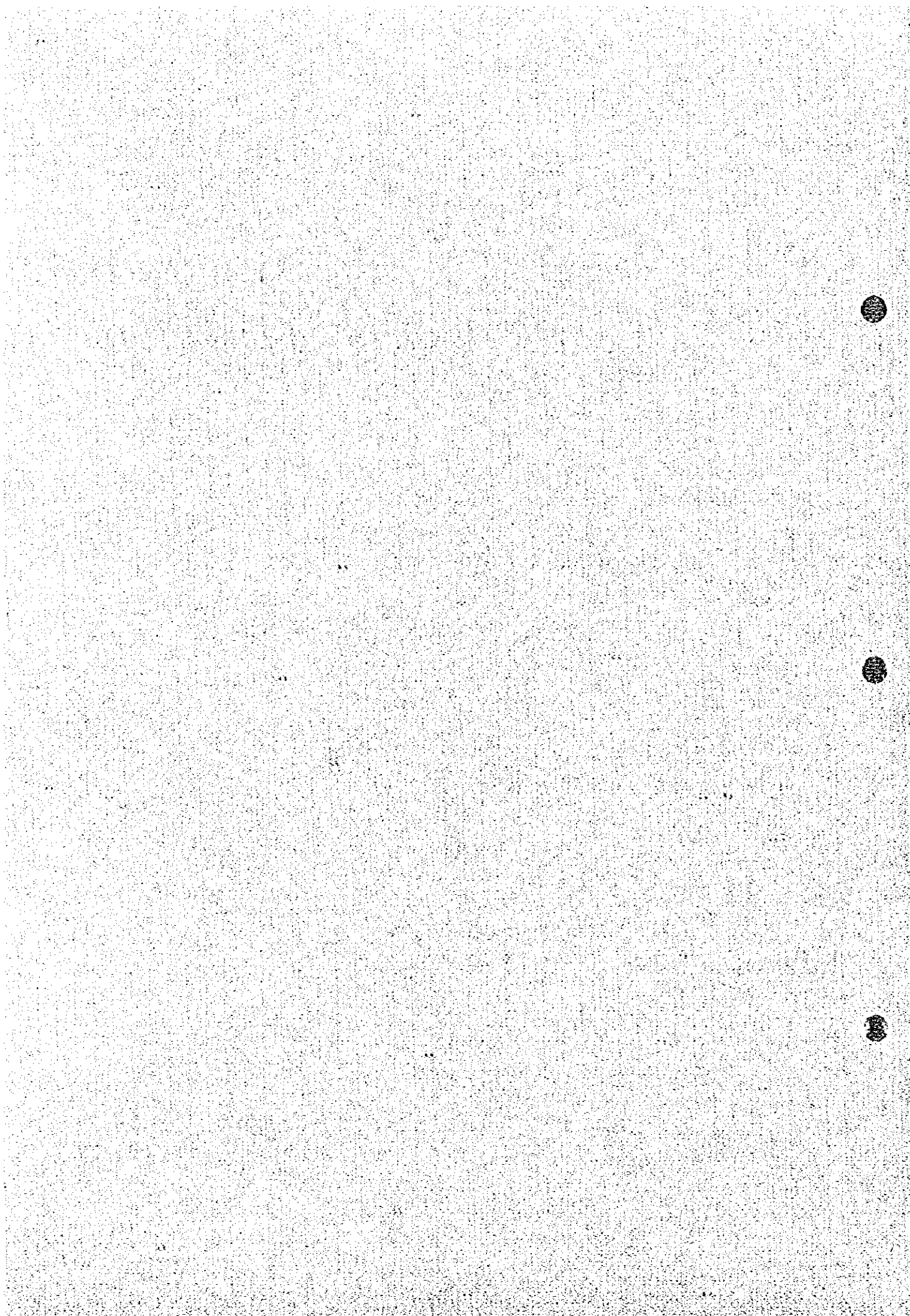
---

\* Management Sciences for Health

*CAPITULO 2*

---

*METODOLOGÍA DEL ESTUDIO*





## **2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

Durante cada una de las tres fases del estudio para el Plan Maestro de Salud de Honduras el grupo de estudio y su contraparte usó una combinación de diferentes métodos. Para apoyar el marco del estudio, es decir el diseño conceptual explicado en el Capítulo 3, se condujeron las actividades relevantes.

### **2.1 *Recopilación de datos (aparte de las encuestas de campo)***

#### **2.1.1 Entrevistas con informadores clave**

Tanto en Tegucigalpa como durante las visitas al campo y a las actividades ubicadas en las regiones, el grupo de estudio realizó entrevistas con informadores clave en las instituciones interesadas, incluyendo aquellas representadas en la Comisión Coordinadora y con personas de interés: funcionarios municipales, líderes comunitarios y miembros de la población en general. La lista de las personas con quienes se tuvo contacto se encuentra en el Volumen 4 Lista de Personas Entrevistadas.

#### **2.1.2 Visitas de campo y observación directa**

El grupo de estudio y sus contrapartes llevó a cabo una serie de visitas de campo durante las cuales organizaron talleres y entrevistas con informantes, visitas a los establecimientos de salud, obras de infraestructura y a comunidades muestra, así como observaciones directas de la prestación de servicios de salud y aspectos selectos de la vida comunitaria. Se llevaron a cabo rápidas investigaciones antropológicas entre las poblaciones lenca, pech y tolupanes. Una parte importante del trabajo para la preparación de programas de salud modelo se llevó a cabo en la respectiva área de aplicación de estos programas.

#### **2.1.3 Revisión de estadísticas y documentos existentes**

El estudio tomó en cuenta y aprovechó la gran cantidad de documentos que se puso a disposición del grupo de estudio; estos documentos, informes, evaluaciones, declaraciones políticas, planes de operación, estadísticas y otros fueron revisados cuidadosamente y eventualmente discutidos con la contraparte o la institución de origen. Luego, los más relevantes fueron incorporados a los borradores preparados por el grupo. En el Volumen 4 aparece una lista de los principales documentos consultados durante el período de estudio.

### **2.2 *Encuestas de campo***

Las encuestas de campo se llevaron a cabo durante la segunda fase del estudio con el propósito de recolectar información que aún hacía falta en los documentos o fuentes existentes. El contenido

temático, la metodología y los cuestionarios utilizados para la obtención de datos y los principales resultados se encuentran en el Volumen 3 de este informe. Resultados relevantes se han incorporado en los Capítulos referentes a la Descripción de la Problemática y al Plan Maestro Nacional de Salud.

### 2.2.1 Encuesta de hogares

El diseño del muestreo para la encuesta de hogares reflejó la necesidad de obtener información orientada hacia la intervención en zonas o grupos específicos más que a una imagen estadísticamente significativa a nivel nacional de las variables investigadas. Por tanto se decidió no usar una muestra auto-ponderada tal como aquella de las Encuestas Nacionales de Epidemiología y de Salud Familiar. Sin embargo, el diseño global es todavía el de una encuesta de conglomerados en dos etapas de selección.

Dando un tamaño inicial de la muestra de 2,500 viviendas, se decidió asignar un número fijo de viviendas a cada uno de los estratos geográficos definidos por el Censo General de Población y Vivienda de 1988, como se define a continuación:

Urbano, grandes ciudades	700
Urbano, pequeñas ciudades	700
Rural	1000

Adicionalmente, se asignaron 50 viviendas a cada uno de los departamentos tradicionalmente descartados de Gracias a Dios e Islas de la Bahía, para llegar a un total de 2,500 viviendas.

Dentro de cada estrato el número de viviendas en la muestra se asignó proporcionalmente al número total de viviendas para cada una de las seis zonas definidas durante la primera fase del estudio a través del análisis de los conglomerados (Ver Figura 2-1):

Zona A:	Copán, Intibucá, La Paz, Lempira, Ocotepeque, Santa Bárbara
Zona B:	Colón, Comayagua, El Paraíso, Olancho
Zona C:	Atlántida, Cortés, Francisco Morazán, Islas de la Bahía
Zona D:	Valle
Zona E:	Choluteca, Yoro
Zona F:	Gracias a Dios

Luego se eligió un tamaño de segmento de 30 viviendas para las áreas urbanas y de 20 viviendas para las áreas rurales, lo que llevó a un total de 101 segmentos a ser incluidos en la muestra.

La selección de segmentos se realizó por muestreo sistemático, con la probabilidad de selección basada en el número de viviendas listados en la información de Censos. Dentro de cada segmento se eligió al azar un punto de partida y la vivienda fue seleccionada de acuerdo con su secuencia en

el mapa de segmentos. Los detalles de la metodología de muestreo y de selección se encuentran en la Guía para la Utilización de los Datos Básicos, que se incluye en el Volumen 3.

El carácter no auto-ponderado de la muestra implica que los parámetros resultantes (frecuencias y promedios) pueden ser estimados directamente sólo a los niveles de estrato o subestrato. El cálculo de parámetros de nivel nacional requerirá la aplicación a los resultados parciales de un sistema de ponderación que correspondan a la proporción de la población total incluida en cada uno de los estratos o subestratos.

### **2.2.2 Encuesta de establecimientos**

El universo de la encuesta de establecimientos incluye todos los hospitales del Ministerio de Salud y el HISS, el hospital militar, una muestra de hospitales privados y una muestra de los CESAMOs y CESARes.

Se seleccionó deliberadamente un total de 11 establecimientos privados, ya que en la selección se proponía incluir varios tipos de prácticas privadas: grandes versus pequeñas clínicas, de afiliación religiosa o de negocios, etc. El proceso de selección para los 19 CESAMOs y 15 CESARes tampoco fue aleatorio ya que se buscaban ciertas características:

- Representación de las zonas de estudio previamente definidas.
- Cercanía del binomio CESAMO-CESAR a fin de poder analizar los patrones de uso y de referencia con la perspectiva de sistema local de salud.
- Minimización de las dificultades logísticas.

### **2.2.3 Encuesta de entrevistas de salida**

Las entrevistas de salida se llevaron a cabo en las mismas instituciones cubiertas en la encuesta de establecimientos. Sin embargo, a fin de aumentar el tamaño de la muestra en los hospitales más grandes se decidió obviar las entrevistas de salida en una pequeña sub-muestra de los hospitales del MSP a nivel de área, asumiendo un cierto nivel de homogeneidad en los patrones de utilización del hospital a este nivel.

Hablando de manera general la encuesta de entrevistas de salida en los hospitales implica la entrevista de: 20 clientes de la clínica de consulta externa, 10 de la clínica de emergencia, 10 pacientes hospitalizados a punto de ser dados de alta. En un número de hospitales grandes (tales como el Hospital Escuela, Mario Catarino Rivas, HISS) estos números han sido duplicado.

Para los centros de salud se entrevistó 30 pacientes en cada CESAMO y 20 en cada CESAR. La selección de pacientes utilizó diferentes sistemas de acuerdo con la organización interna del establecimiento. Estos sistemas, documentados para cada establecimiento, tuvieron en cuenta los siguientes principios:

- La selección fue sistemática, de manera que el investigador no tuviese que usar su propia decisión en el proceso.
- Cubrió el tiempo completo durante el cual la clínica estuvo abierta, a fin de evitar un prejuicio de selección vinculado a la hora de entrada o de salida del cliente; sin embargo, limitaciones logísticas impidieron la completa implementación de estos principios para los pacientes de emergencia.
- Se cubrió una aceptable muestra de la gama de servicios ofrecidos durante el tiempo de operación.

### **2.3 Métodos para el análisis y la retro-alimentación**

En todo momento durante el estudio el grupo hizo énfasis en la necesidad de que la contraparte nacional asumiese la propiedad del Plan y las estrategias propuestas y a la vez expresó su propia apertura a las sugerencias durante todos y cada uno de los momentos del proceso de elaboración. Además de los contactos individuales y las reuniones para tratar tópicos técnicos específicos con las contrapartes nacionales, el grupo de estudio utilizó varios métodos a fin de integrar a las contrapartes en el proceso de elaboración del Plan Maestro de Salud y obtener retro-alimentación periódica sobre el contenido de los borradores de documentos.

#### **2.3.1 Reuniones de coordinación**

Al principio y al final de cada período de trabajo en Honduras, el grupo de estudio presentó los avances del Plan Maestro de Salud a diferentes instancias:

- El nivel político del MSP (CONSUMI : Consejo Superior del Ministerio, es decir el Ministro, Vice-Ministros, Directores Generales, Oficial Jefe Administrativo y Asesores)
- Comité de Coordinación, incluyendo representantes del MSP, SECPLAN,
- Secretaría de Recursos Naturales, SEP, SEDA, SANAA e IISS y contrapartes técnicas
- Representantes de las agencias de financiamiento

Los comentarios y sugerencias hechos por los participantes durante las reuniones o dirigidos a la División de Hospitales del MSP que actuó como enlace institucional en el estudio, fueron luego discutidos e incorporados a los documentos revisados.

#### **2.3.2 Talleres y seminarios**

##### **(1) Talleres de análisis**

Durante las primeras dos fases del estudio se organizaron 2 talleres con las contrapartes de diferentes instituciones con el fin de realizar un análisis de los problemas prioritarios de salud previamente identificados. En los talleres se usó la metodología de análisis de problema desarrollada por GTZ como parte del Proyecto de Manejo de Ciclos (método ZOPP) a través de la cual se identificaron los niveles jerárquicos de factores causales y se discutieron para cada uno de los problemas prioritarios, yendo de tal manera desde una descripción epidemiológica hacia un análisis más orientado hacia sistemas. El segundo paso involucró la definición de posibles

estrategias para resolver los problemas, basadas en la transformación de los factores causales en objetivos específicos para el mejoramiento.

### ***(2) Talleres de áreas para programa modelo***

A fin de arraigar la elaboración del modelo de programa de salud en el contexto de la comunidad y asegurarse que las propuestas del grupo de estudio correspondían a las necesidades definidas localmente, se organizaron talleres de inducción y retro-alimentación en las cuatro áreas de aplicación de estos programas, es decir, San Pedro Sula, Juticalpa, Tegucigalpa y La Esperanza. Estos talleres incluyeron a los líderes y representantes de la comunidad, funcionarios municipales y personal de salud de región/área, alcanzando de tal manera un cierto nivel de participación social en el diseño de los programas modelo.

### **2.3.3 Reuniones técnicas de retro-alimentación**

Durante la tercera fase del estudio el Vice-Ministro para la Red de Servicios y el Vice-Ministro para el Desarrollo Institucional y Política Sectorial organizaron una serie de reuniones semanales, para revisar las estrategias propuestas en el Plan Maestro de Salud con las contrapartes apropiadas y reconocer los avances recientes en los programas y proyectos nacionales. Los temas tratados durante estas reuniones incluyeron: acceso a los servicios de salud, ampliación de la red de servicios, mejoramiento de la capacidad resolutive, el sistema de referencias, el mantenimiento de equipo/establecimientos, salud ambiental, salud ocupacional, agua y saneamiento, desarrollo de recursos humanos, educación para la salud, participación social, y financiamiento de la salud.

Otras reuniones de revisión técnica se llevaron a cabo con el grupo principal de contraparte en el MSP, con los grupos de trabajo regionales preocupados con el desarrollo de modelos de programas de salud y con el SANAA y el IHSS.

***CAPITULO 3***

---

***DISEÑO CONCEPTUAL***

### **3. DISEÑO CONCEPTUAL**

#### **3.1 Modelo para análisis**

En Honduras, como en muchas partes del mundo, el fenómeno salud/enfermedad no es visto como un concepto biológico aislado, sino como parte de un medio mas amplio que influye en el estado de la salud de la población hondureña. Los componentes de este medio incluyen factores tales como el medio ambiente natural, el medio social, las condiciones económicas, políticas, de educación, culturales, religiosas, etc. (Refiérase a las Figuras 3-1, 2, 3 para información ambiental). La necesidad de comprender el impacto de estas condiciones sobre el estado de la salud ha llevado a las autoridades hondureñas de salud a promover el análisis de factores que afectan la vida (análisis de las condiciones de vida) como un complemento del análisis estrictamente epidemiológico.

El análisis realizado durante el estudio se basa en el análisis de problemáticas, alcanzado durante los talleres de análisis ZOPP; se encuadra en tres amplias dimensiones que afectan los resultados de la salud, a saber: el contexto, las conductas en el hogar/comunidad y la prestación de servicios de salud; y explora formas de modificar estas dimensiones para mejorar las condiciones de salud en Honduras.

##### **3.1.1 Contexto**

Se reconoce que la salud de una sociedad refleja muchos factores, algunos de los cuales están profundamente arraigados en la naturaleza del medio: su geografía, demografía, recursos económicos y contexto social. Hasta cierto punto este contexto establece las condiciones fundamentales de riesgo que, a su vez, generan la línea de base de la incidencia y prevalencia de la muerte, la incapacidad y la enfermedad. El mejoramiento de estos factores es la meta central de todos los programas de desarrollo en cualquier sociedad; sin duda, las condiciones de pobreza social y económica hacen más difíciles los esfuerzos específicos para mejorar el estado de la salud. Sin embargo, el contexto por sí solo no determina los resultados de la salud. Estos dependen también de las elecciones realizadas por la sociedad y los individuos y hogares dentro de ella. En tanto que ninguna estrategia puede totalmente contrapesar los impactos dañinos a la salud causados por la pobreza, la ignorancia y las condiciones miserables de vida; las conductas informadas y juiciosas en la vivienda y las efectivas respuestas de un sistema de prestación de servicios pueden generar muy mejorados resultados en la salud.

##### **3.1.2 Conductas en el hogar/comunidad**

El contexto establece las condiciones de riesgo, pero los impactos en términos de resultados en la salud están por establecerse. Ciertamente, los recursos inadecuados, la débil infraestructura, la

geografía hostil y los bajos niveles de educación limitan todas las opciones y aumentan la susceptibilidad general a la enfermedad y la incapacidad. No obstante, estos impactos a menudo son agravados por las conductas de los individuos y en los hogares, enraizadas en la ignorancia, las opciones artificialmente limitadas y las conductas tradicionales. Por ejemplo, el impacto de un suministro limitado de alimentos en la salud de la familia variará grandemente, dependiendo de las tradiciones para la preparación, el orden de alimentación en la familia y las prácticas de almacenamiento. Los cambios en estas conductas pueden mejorar los resultados en la salud, sin necesariamente tratar la fundamental insuficiencia del suministro. Eventualmente, la combinación de contexto y conductas del hogar/comunidad definen a los grupos de alto y bajo riesgo y crean nuevas condiciones de incidencia y prevalencia que generan la demanda de servicios.

### **3.1.3 Prestación de servicios**

En última instancia, los resultados que se obtengan en cuanto a la salud también dependerán de la respuesta que se haya dado a la demanda. El acceso adecuado a una red de establecimientos e instituciones que ofrezcan una amplia gama de servicios y los esfuerzos de organización que se realicen para mejorar la calidad y la efectividad de estos servicios son cruciales para minimizar la morbilidad y la mortalidad asociadas con un nivel dado de riesgos.

La meta del estudio es construir sobre esa idea general e identificar un número de acciones específicas que podrían ejecutarse para mejorar los resultados de la salud durante los siguientes 15 años. Cada una de estas acciones va dirigida a características específicas de las tres dimensiones que afectan la salud: el contexto, las conductas hogar/comunidad y la prestación de servicios, que se ha identificado afectan un grupo prioritario de resultados para la salud.

## **3.2 Elaboración de Plan Maestro Nacional de Salud**

### **3.2.1 Problemas prioritarios de salud/indicadores**

Como guía para la selección de estrategias a ser incluidas en el Plan Maestro de Salud está un grupo de siete grandes indicadores de resultados para la salud, que reflejan las prioridades a lo largo del ciclo de vida de la población hondureña. Adicionalmente, se ha apuntado también hacia cuatro áreas que técnicamente no son resultados, pero hacia las cuales se dirigirá la acción. Dos de éstas, el agua/saneamiento y la nutrición/seguridad alimentaria, fueron seleccionadas debido a que están tan rigurosamente relacionadas con los resultados meta, y debido a que su mejoramiento está directamente susceptible a iniciativas. Las otras dos: la salud ambiental y la salud ocupacional, se identificaron debido a su creciente importancia y a la necesidad de que el sistema de atención a la salud ofrezca respuestas específicas si se han de evitar impactos potencialmente adversos a la salud. Los indicadores meta para el Plan Maestro de Salud son:



- Índice de Mortalidad Infantil
- Índice de Mortalidad Materna
- Niveles de Desnutrición/Seguridad Alimentaria
- Acceso al Agua y el Saneamiento
- Incidencia del VIH/SIDA
- Incidencia de las Enfermedades Transmitidas por Vectores
- Mortalidad y Morbilidad por Accidentes
- Mortalidad y Morbilidad por Violencia
- Mortalidad y Morbilidad por Enfermedades Crónicas Degenerativas
- Alcance de las Actividades de Salud Ambiental
- Alcance de las Actividades de Salud Ocupacional

Se reconoce que mejorar todos estos indicadores no tendrá la misma prioridad en todos los ambientes. Para muchos ambientes, en Honduras la meta fundamental de reducir la mortalidad materna e infantil sigue siendo el reto primario. En otros, la reducción de los impactos en la salud y en la sociedad relacionados con el VIH/SIDA y los accidentes y la violencia es de inmediata y creciente importancia.

Aún más importante, a medida que Honduras responda con efectividad a los retos de las enfermedades agudas y prevenibles, será necesario dirigir cada vez mayor prioridad al manejo del inevitable aumento de las enfermedades crónicas degenerativas que acompañará a la exitosa reducción de la mortalidad prematura y a la incrementada expectativa de vida.

En este sentido estas prioridades representan un continuo a lo largo del ciclo de la vida de la población.

La meta del proyecto es establecer un Plan Maestro para el mejoramiento de la salud, que será operacional hasta el año 2010. Por tanto este Estudio reconoce no solo la realidad de diferentes prioridades en diferentes situaciones en Honduras, sino también el potencial para que los programas eficaces cambien de prioridad durante este período, como resultado de su éxito. Durante este mismo período, la planificación es un ejercicio dinámico y continuo.

### **3.2.2 Estrategias para el mejoramiento de las condiciones de salud**

En términos del modelo antes presentado, las estrategias para el mejoramiento de la salud son actividades ejecutadas con el propósito de cambiar los riesgos a la salud, las conductas de los hogares/comunidades a estos riesgos, y la habilidad del sistema de prestación de servicios para la salud para reducir los niveles resultantes de mortalidad y morbilidad. La meta del Plan Maestro de Salud es desarrollar un conjunto de estrategias que puedan tener el mayor impacto en la salud en Honduras para el año 2010. El logro de esta meta es medido en mejoramiento de los indicadores ya identificados. Sin embargo, los resultados para la salud, medidos por los indicadores no tendrán la misma prioridad en toda situación ni las estrategias dadas tendrán el mismo potencial de impacto. De esto sigue, por tanto, que el "mejor" conjunto de estrategias será diferente en diferentes

situaciones. El Plan Maestro de Salud específicamente considera las estrategias para identificar prioridades y seleccionar el conjunto de estrategias más efectivo.

Las estrategias orientadas hacia el contexto están diseñadas para reducir el riesgo, las estrategias de modificación de la conducta están diseñadas tanto para reducir el riesgo como para aumentar la demanda de los servicios apropiados y las estrategias para la prestación de servicios están diseñadas para mejorar las respuestas en el sistema de prestación de servicios a la salud. El Plan Maestro de Salud reconoce la necesidad de tratar todas las tres dimensiones si se han de generar los impactos máximos en la salud.

La identificación de estrategias requiere un mayor entendimiento de las formas en que las características del contexto, conductas en el hogar/comunidad y la prestación de servicios interactúan para producir la enfermedad y modular su impacto en la vida de los hondureños. El Grupo de Estudio se ha esforzado por alcanzar este entendimiento en formas diferentes pero intensificadas : extensas visitas al campo y entrevistas, múltiples ejercicios ZOPP en los que los representantes de diferentes instituciones y niveles interesados en la salud identificaron colectivamente los problemas críticos y sus enlaces con dimensiones críticas del sistema, y extensivas encuestas de hogares, establecimiento y usuarios de los servicios. Los resultados de estos procesos están incorporados en los análisis a continuación.

### **3.3 Alcance del Plan Maestro de Salud**

#### **3.3.1 Plan Maestro Nacional de Salud**

El primer propósito del Plan Maestro de Salud es proveer a todos los actores en el sector salud y sectores relacionados con el mismo, alguna orientación general y estrategias sobre el futuro del sistema de salud durante próximos quince años, como ser: grupos ordenados y coordinados de actividades que se han emprendido y deberán emprenderse a fin de lograr los objetivos fijados para el período de tiempo contemplado por el Plan. Habiéndose fijado las metas y objetivos para los años 2000 y 2010 y definido el marco de trabajo de planificación en términos de perspectivas socio-económicas, demográficas y políticas, el Plan procede a presentar las estrategias genéricas cuya implementación se espera que llevará a un mejoramiento de las condiciones de la salud, como se ha evaluado por los cambios deseados en los indicadores seleccionados. Como se ha indicado antes, estas quince estrategias genéricas están agrupadas en tres amplias dimensiones que se refieren al contexto, conductas a nivel de hogares/comunidades y prestación de servicios de salud. Implementadas juntas, en la secuencia apropiada a través de actividades sectoriales e inter-sectoriales bajo la guía del MSP, estas estrategias constituyen el Plan Maestro Nacional de Salud.

Evidentemente no todos los problemas prioritarios de salud responderán en la misma forma a las estrategias propuestas. Por ejemplo, el mejoramiento de los índices de mortalidad materna involucrará estrategias más específicas, dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud y el sistema de referencias, en tanto que, aumentar el alcance de las actividades de salud ambiental dependerá más de las estrategias que mejoran el contexto legal y se enfocan en la educación. De ahí que, para cada problema de salud prioritario se presenta una discusión de la aplicabilidad de estrategia genérica, que define lo que podría llamarse las estrategias de ataque a problema específico.

### **3.3.2 Programas Modelo de Salud**

Dado el período de tiempo considerado por el Estudio y el alcance del trabajo, el Plan Maestro Nacional de Salud sólo puede proveer orientaciones generales que pueden ser implementadas a nivel local o regional. Como ya se mencionó, las prioridades de los programas de salud son diferentes en diferentes situaciones, de igual manera lo es la importancia de los respectivos grupos de estrategias de ataque. La combinación de estrategias y el ritmo y secuencia de implementación son esenciales para el éxito del Plan en cada uno de las diferentes situaciones. Los planes específicos que finalmente constituirán los instrumentos para la implementación del Plan Maestro de Salud tienen que ser consistentes con la lógica del Plan, al igual que con las características de las diferentes situaciones.

Para presentar la aplicación del proceso y dirigirse de las estrategias generales hacia los proyectos específicos de cada situación y para establecer una lista inicial de actividades prioritarias a un nivel no nacional, se han desarrollado una serie de programas modelo de salud. Cada uno de estos programas está dirigido hacia una población o área específica de Honduras donde existen claras prioridades y donde las condiciones para el desarrollo y la implementación de las prioridades son apropiadas. Cada programa modelo de salud responde a una de las estrategias identificadas en el Plan Maestro de Salud con potencial de mejorar las condiciones de salud en Honduras. Los programas modelo de salud utilizan los principios y procedimientos que según la recomendación del Plan Maestro de Salud tienen el potencial de producir una serie de proyectos en ambientes o condiciones similares.

Los programas modelos considerados en el Plan Maestro Nacional de Salud incluyen:

- Programa Modelo de Salud para el Area Metropolitana—el énfasis es en las operaciones y apoyo municipal y el enfoque en las estrategias de educación en salud y promoción
- Programa Modelo para Areas de Desarrollo Integrado—está dirigido hacia una mejor planificación y financiamiento en áreas de crecimiento económico con enfoque al mejoramiento de la efectividad del gasto público en salud
- Programas Modelos para Áreas de Pobreza—el énfasis es hacia zonas urbanas y rurales y el enfoque es el fortalecimiento de la participación comunitaria y el liderazgo

Los criterios para la selección de las áreas en donde los programas modelo podrían desarrollarse consideró el deseo de la comunidad local/regional de tomar la iniciativa y su experiencia en la ejecución de actividades para mejorar las condiciones de la salud de sus residentes. De ahí que estas áreas seleccionadas constituyen de alguna manera situaciones privilegiadas en las cuales el programa modelo tiene una mejor probabilidad de ser implementado. Estos programas también servirán como los modelos iniciales del proceso de lograr el compromiso expuesto en Plan Maestro de Salud y como una guía para la implementación del proceso en otras localidades.

### **3.3.3 Programas/proyectos prioritarios**

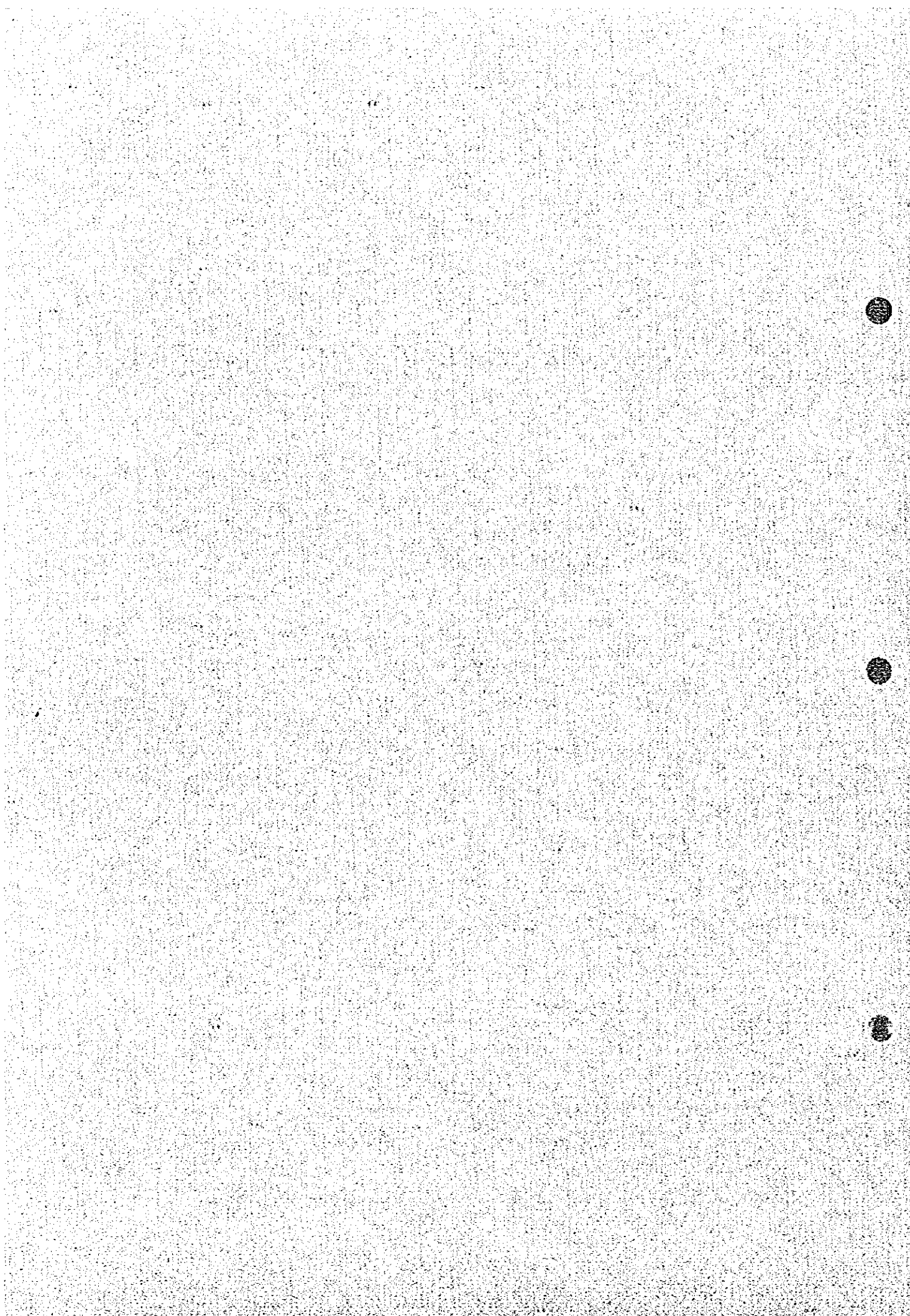
Aún con los recursos del Estudio, la elaboración a escala completa de tres detallados programas modelo de salud podría considerarse una tarea atemorizante en la cual todos los posibles actores, incluyendo los proveedores de la salud, usuarios de los servicios, niveles administrativos, deberían estar involucrados en forma continua y reiterativa. La descripción de estos programas modelo será por lo tanto limitada en alcance y en profundidad. Sin embargo, el Grupo de Estudio conjuntamente con su contraparte identificó dentro de cada programa modelo una serie de componentes críticos, proyectos y programas que constituirán los primeros pasos en la implementación del Plan Maestro de Salud y para los cuales se provee una descripción mas detallada y análisis. Estos programas prioritarios se presentarán al Gobierno de Honduras, a través del Comité Coordinador, y a las agencias donantes para su consideración de financiamiento a corto plazo y su implementación.

Debe quedar claro que 3 o 4 proyectos prioritarios no hace un modelo completo de programa de salud; de igual manera, tres programas modelos de salud no constituyen un Plan Maestro Nacional de Salud. Empero, cada nivel representa un paso acumulativo en un proceso de aproximación a los problemas por resolver. Estos apoyan el concepto de descentralización y de toma de decisiones locales, en que los contenidos y características del Plan Maestro de Salud serán adaptados a lo largo de la vida del Plan, a las necesidades específicas de cada localidad o área específica; por otra parte, estos programas representan puntos de partida más concretos y focales para aprender en el proceso general de implementación del Plan Maestro de Salud. Se espera que tanto durante la elaboración del Plan y reiteradamente durante su implementación, la información de los proyectos prioritarios y los programas reforzará el desarrollo de éstos y futuros programas modelo, los que a su vez proveerán re-alimentación al Plan Maestro Nacional de Salud, contribuyendo de esta manera a su dinámica y su carácter reactivo, a fin de mejorar con éxito la condición de la salud de la población hondureña conforme ésta entra en el Siglo XXI.

**CAPITULO 4**

---

**DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS**



## 4. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS

### 4.1 *Identificación de problemas y metodología para su descripción*

#### 4.1.1 Selección de problemas prioritarios

El Grupo de Estudio identificó durante la primera fase del Estudio nueve problemas de salud prioritarios:

- Altos Niveles de Tasa de Mortalidad Infantil (TMI)
- Altos Niveles de Tasa de Mortalidad Materna (TMM)
- Altos Niveles de Desnutrición/Problema de Seguridad Alimentaria
- Acceso Limitado al Agua y al Saneamiento
- Alta Incidencia del VIH/SIDA
- Alta Incidencia de Enfermedades Transmitidas por Vectores
- Altos Niveles de Mortalidad y Morbilidad por Accidentes y la Violencia
- Aumento de la Mortalidad y Morbilidad por Enfermedades Crónicas Degenerativas
- Alcance Limitado de Actividades Ambientales y Ocupacionales

Estos problemas reflejan las situaciones existentes y emergentes que representan o representarán la base de las actividades del sector de la salud en este momento y dentro del período de duración del Plan. Los primeros cuatro problemas se han identificado como compromisos nacionales y continentales después de la Cumbre Internacional por la Niñez, de 1991. Las metas cuantitativas que deberán alcanzarse para el año 2000 han sido declaradas en el Plan Nacional para el Desarrollo de la Infancia y la Niñez y se usarán como base para establecer las metas y objetivos del Ministerio de Salud Pública.

En tanto que los esfuerzos por reducir las tasas de mortalidad materna han sido solo recientemente reestructurados y reforzados, las actividades dirigidas a mejorar la supervivencia infantil, tales como la inmunización oportuna y el manejo de la deshidratación inducida por la diarrea, han contribuido a la disminución persistente de la tasa de mortalidad infantil obtenida durante los últimos 20 años, pese a condiciones socio-económicas adversas. Sin embargo, las causas restantes de muertes infantiles, tales como las infecciones respiratorias y los problemas perinatales todavía constituyen un serio problema de salud y una causa principal de utilización de los servicios de salud.

La desnutrición, especialmente entre niños jóvenes, permanece como la causa subyacente principal de la mortalidad, en tanto que también contribuye a la severidad de los problemas de salud en las madres. La desnutrición crónica es también responsable de disminuir la asistencia escolar y tener niños mayores con poca capacidad académica y una disminución en la productividad de los adultos. Las actividades extra-sectoriales así como inter-sectoriales son esenciales para obtener una adecuada producción disponibilidad y uso de los nutrientes básicos.

A pesar de que el limitado acceso al agua y al saneamiento básico no pueden medirse como un indicador directo de la condición de la salud, la inclusión de estos problemas entre los compromisos del país para el futuro y el impacto potencial de las actividades referentes al agua/saneamiento en el estado de la salud justifican su presencia entre los otros problemas prioritarios de la salud.

Las enfermedades transmitidas por vectores (malaria, dengue, Chagas) tienen un importante impacto en la productividad de los trabajadores adultos y posiblemente representarán una inversión significativa en el futuro cercano en términos de personal, aportaciones de materiales y actividades basadas en la comunidad.

La mortalidad relacionada con el SIDA y la alta preponderancia de la violencia y los accidentes refleja más específicamente el contexto social y cultural hondureño, incluyendo el papel y la situación de la mujer, la fármaco-dependencia y el fatalismo; estos problemas representarán una pesada carga en la situación de la salud de la población en los años venideros.

Finalmente, las enfermedades ocupacionales/medio ambientales y las crónicas degenerativas son dos áreas emergentes que posiblemente adquieran más importancia durante el período marco del Plan Maestro de Salud a medida que paralelamente el control de las enfermedades infecciosas se vuelva más efectivo y aumente la expectativa de vida y, por otro lado, se conceda mayor atención al manejo del ecosistema y a las condiciones de trabajo de la población económicamente activa.

De ahí que la selección de los problemas de salud prioritarios reconozca la diversidad y desigualdades de las condiciones de la salud predominante en Honduras, la necesidad de adaptar las estrategias a los cambios programados a causa de los patrones de transición demográficos y epidemiológicos y el progreso sostenido que obtengan las instituciones y la población hondureña para resolver estos problemas.

Como resultado de las visitas de campo, entrevistas y talleres realizados durante la primera fase del Estudio, se tomó la decisión de separar accidentes y violencia en dos problemas diferentes; la misma decisión se aplicó a la salud ambiental y la salud ocupacional (un sub-conjunto de esta última se ocupa del ambiente de trabajo específicamente) lo cual llevó a identificar once problemas de salud prioritarios que, si se resuelven parcial o totalmente tendrían un gran impacto en las condiciones de la salud de la población hondureña.

#### **4.1.2 Fuentes para la descripción de problemas**

Aparte de la evidencia empírica obtenida a través del conocimiento del contexto hondureño de la salud, que a largo plazo tienen algunos miembros del Grupo y de las visitas al campo realizadas durante el Estudio, la información relacionada con la condición de la salud puede ser colegida y



analizada desde tres tipos de fuentes de datos. Las respectivas limitaciones de cada una de estas fuentes deben estar claras para el planificador de la salud.

### ***(1) Estadísticas vitales (Registro Civil)***

Estas se refieren especialmente al registro de eventos vitales (nacimientos y defunciones). Los datos de esta fuente adolecen de un reconocido registro insuficiente estimado en un 40 y 50% de las muertes esperadas. Además la causa de las muertes es reportada por empleados administrativos en base a informaciones proporcionadas por la familia lo que resulta en una gran cantidad de causas no específicas. Los nacimientos en las áreas rurales y en algunas áreas urbanas también, son insuficientemente reportados por cuanto no existe un incentivo real para reportarlos. Los eventos violentos (accidentes, homicidios) se reportan a las fuerzas policiales, pero su registro no incluye las características de sexo y edad de las víctimas.

### ***(2) Estadísticas de servicios***

Las estadísticas de servicios están disponibles para la mayoría de los problemas de salud en los establecimientos del MSP y del IHSS así como en algunos hospitales privados. Aparte de los problemas existentes de registro insuficiente y de oportuno procesamiento de los datos, se debe recordar que a excepción de unas pocas enfermedades específicas con un sistema de alta y activa vigilancia, tales como la poliomielitis, sarampión, cólera o SIDA, estos datos sólo reflejan la demanda "satisfecha" de atención a la salud y no el peso real de las enfermedades en la comunidad. Por ejemplo, la "tasa de incidencia" de la neumonía, derivada de las estadísticas del MSP, debe interpretarse como el número de episodios para los cuales hubo una decisión de buscar asistencia médica y hubo un acceso real a ésta, y no como un indicador de la real preponderancia de la enfermedad en la comunidad.

### ***(3) Investigaciones específicas***

Entre las investigaciones a nivel nacional más recientes disponibles está el Censo de Vivienda y Población de 1988, la Encuesta sobre Nutrición y Consumo de Alimentos de 1987 y las Encuestas Nacionales de Epidemiología y Salud Familiar de 1987 y 1991/92, así como el Estudio de Mortalidad Materna de 1990. Pese a que estas investigaciones proporcionan resultados estadísticos significativos a nivel nacional y regional para la mayoría de las variables, los mismos están limitados en alcance (tratan principalmente de la atención materno-infantil, nutrición, planificación familiar, reflejando las presentes prioridades del gobierno y de las agencias de financiamiento). Otros estudios específicos pueden estar disponibles respecto a un tema dado, pero éstos usualmente estarán limitados en alcance geográfico o nivel de servicio de salud. Dentro de este tipo de fuente

de datos también debe incluirse las encuestas de hogares, entrevistas de salida y de establecimientos, realizadas durante la segunda fase del Estudio.

#### **4.1.3 Análisis de problemas**

Utilizando la metodología de análisis de problemas, desarrollada por GTZ como parte del Proyecto de Manejo de Ciclos (Método ZOPP) se realizaron dos talleres en los cuales los miembros del Grupo y contrapartes participantes ejecutaron los pasos de análisis de problema y objetivo, de la metodología, para cada uno de los problemas prioritarios. Este análisis permitió la identificación de varios niveles de factores causales que deberían ser abordados para cada problema de salud, con el correspondiente posible objetivo específico para cada factor identificado. Los resultados de este proceso, suplementado por los propios hallazgos del Grupo y por datos tomados de las fuentes existentes y de las investigaciones de campo, fueron consolidados dentro de un análisis más estructurado del sistema de salud, siguiendo la línea de las tres dimensiones previamente definidas: contexto, conductas en hogares/comunidades y prestación de servicios de salud.

### **4.2 Problemas prioritarios de salud**

#### **4.2.1 Altos niveles de mortalidad infantil**

Pese a que en Honduras se ha registrado un progreso significativo en los últimos 20 años, la tasa de mortalidad infantil (TMI) es aún alta, en comparación con los estándares internacionales y regionales. Una serie de investigaciones a nivel nacional (Estudio Demográfico de 1983, los Censos de 1974 y 1988, Encuestas de 1981, 1984, 1987 y 1991/92 de Salud Materno-Infantil, y Familiar) coinciden al estimar que la TMI nacional, calculada por métodos indirectos ha descendido de 108.7/1,000 en 1970 a 72.6 en 1980 y a un poco menos de 50 en 1995. Los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud de la Familia, de 1995, indican una estimación indirecta de 44 muertes por 1,000 para mediados de 1993. No obstante, el diferencial entre la TMI urbana y rural ha permanecido igual durante este período, reflejando un patrón prevaleciente de condición de la salud determinado por las condiciones de vida.

<i>Año</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1985</i>	<i>1990</i>
Total	108.7	72.6	55.5	49.9
Urbano	87.7	55.2	44.9	36.0
Rural	116.3	85.0	61.1	59.0

Entre las condiciones asociadas con variaciones en TMI están el nivel de la educación materna y el acceso al agua limpia. Datos del Censo de 1988 también muestran una clara relación a la inversa

entre el nivel de mortalidad infantil y el nivel de satisfacción de necesidades básicas por municipalidad.

Los actuales niveles de la TMI pueden atribuirse a tres componentes básicos de enfermedad:

- Las enfermedades diarreicas son en la actualidad la tercera causa de mortalidad infantil, debiéndose la pérdida del primer lugar a las intensas actividades contra el cólera que comenzaron en el período de la encuesta y, más que nada, al esfuerzo de una década promoviendo el uso de SRO en el nivel institucional y comunitario (el porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea en los tres días anteriores que recibieron tratamiento de TRO subió de 17.1% en 1984 a 37.4% en 1991/92).
- Las infecciones respiratorias agudas y, en particular, la neumonía constituyen la segunda causa de muerte en infantes (22%) y la primera causa de morbilidad en niños menores de 5 años (como lo han establecido las estadísticas de servicio del MSP y las investigaciones a nivel de comunidad: 33.3% de los niños encuestados tenían IRA en los 15 días previos, en tanto que solo el 18.6% tenían diarrea en el mismo período). La falta de reconocimiento por parte de los padres de una IRA severa y el no acudir con el niño a una fuente apropiada para obtener tratamiento se consideran como los principales factores a ser abordados.
- El complejo de enfermedades perinatales (incluyendo el nacimiento prematuro, síndrome de insuficiencia respiratoria, las infecciones, traumatismos relacionados con el nacimiento) es en la actualidad la primera causa de mortalidad infantil (32%) y será el siguiente problema a acometer, después de que las IRA y las enfermedades diarreicas hayan sido parcialmente controladas. La reducción de la mortalidad/morbilidad debido a las enfermedades perinatales implica intervenciones similares a las requeridas para la reducción de la mortalidad materna.

Debe notarse que debido a los altos niveles de cobertura, tanto en infantes como en niños menores de 5 años las enfermedades prevenibles por inmunización ya no constituyen una causa muy grande de mortalidad/morbilidad infantil; la erradicación de la poliomielitis fue confirmada en 1994 y el sarampión no ha sido problema significativo desde el brote en 1989/90. Empero los esfuerzos del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) deben ser mantenidos a fin de evitar que esta situación revierta a su estado previo.

#### **4.2.2 Altos niveles de mortalidad materna**

Un problema no reconocido hasta hace poco, las altas proporciones de mortalidad materna fue documentado en Honduras en 1990 a través de un estudio a nivel nacional de la mortalidad en mujeres en edad fértil (MEF, de los 12 a los 50 años). La TMM general fue de 221 por 100,000 nacimientos vivos. Esta proporción nacional, no obstante, cubre enormes diferencias regionales, observándose los niveles más altos en la región de La Mosquitia (678) y en los Departamentos montañosos del Occidente (300-500, véase Figura 4.1). Tomando en cuenta la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en el país (5.2 de acuerdo con el ENESF de 1991/92) ésto significa que una en cada 65 mujeres hondureñas morirá de causas vinculadas con el proceso supuestamente natural de la reproducción.

Se encontró que la mortalidad materna, a un 21.7%, es la primera causa de muerte en las MEF. Siguiendo los lineamientos de la clasificación más reciente del MSP, es decir sustrayendo de la mortalidad materna las causas no obstétricas de muerte, tales como accidentes, homicidios o suicidios, daría como resultado clasificar a las enfermedades infecciosas como la primera causa de muerte y a la mortalidad materna como segunda.

Dos tercios de todas las muertes en MEF y dos tercios de las muertes maternas ocurrieron fuera del hospital, lo que indica un problema grave de acceso a la asistencia obstétrica. Las mayores causas de muerte materna fueron las hemorragias (32.8%), las infecciones (20.7%) y las no obstétricas (17.6%) y las distocias (4.2%). Las hemorragias fueron por mucho la causa más frecuente de muerte fuera del hospital, en tanto que las infecciones y los problemas de hipertensión fueron dominantes en las muertes dentro del hospital. Se encontró los abortos como factor causal en el 8.7% de las muertes maternas, el 80% de las cuales posiblemente estuvo relacionado con las complicaciones del aborto séptico.

Los mayores factores de riesgo se identificaron en edad por encima de los 35 años y en paridad mayor de 4. No se encontró que la maternidad en edad juvenil fuese un factor contribuyente a la mortalidad materna, aunque es bien conocida la influencia de esta edad en la mortalidad infantil. Los bajos niveles de educación materna, la residencia rural y el estado de soltería también se reconocieron como factores de riesgo para las muertes maternas. A pesar de que la proporción de la TMM en el hospital fue menor que la de fuera del hospital (175 y 245, respectivamente), se considera todavía muy alta y refleja tanto el papel de estas instituciones como un servicio de referencias para casos complicados y las deficiencias prevalecientes en tales servicios (por ejemplo, el 52% de las mujeres que murieron por hemorragia en un hospital no recibió transfusión sanguínea).

La alta fecundidad persistente, especialmente en las mujeres adolescentes, la incidencia de los embarazos en grupos de alto riesgo y el insuficiente espaciamiento de los embarazos están siendo abordados a través de la educación y el suministro de servicios de planificación familiar. Se ha observado que estos programas han tenido como resultado un aumento sustancial en el número de usuarias, aunque un aumento más lento en el uso de métodos modernos de planificación familiar (del 32.9% de mujeres casadas en 1987 a un 34.7% en 1991/92).

Existe poca información sobre la morbilidad materna. La OMS estima generalmente que existe un promedio de 15-16 episodios de morbilidad por cada muerte. En Honduras, las complicaciones del embarazo, el parto y post-parto representaron en 1991 un 44.1% de todos los egresos de los hospitales del MSP. Por otra parte, el control prenatal representó en 1992 una causa importante (el 17.8%) de las visitas de pacientes ambulatorios en la población adulta.

#### **4.2.3 Alta prevalencia de la desnutrición, ausencia de seguridad alimentaria**

La desnutrición, especialmente entre niños jóvenes, persiste como una importante causa subyacente en la mortalidad. Los esfuerzos recientes, especialmente en las áreas de alto riesgo en el Sur del país, han tenido como resultado una disminución en la prevalencia de la desnutrición aguda en niños menores de 5 años, del 19.2% en 1987 al 13.1% en 1991 (usando como criterio menos una desviación estándar de peso/talla). Sin embargo, la prevalencia de la desnutrición crónica se mantiene alta (39.4% de los niños menores de 5 años, con menos de dos desviaciones estándar en talla/edad; 34.9% de los niños en edad escolar entre los 6 y 9 años con un déficit de talla/edad; 20% de recién nacidos con bajo peso al nacer). Los niveles de desnutrición son más altos en las Regiones 2, 4 y 5, especialmente en los Departamentos de Intibucá y Lempira (ver Figura 4-2).

La historia natural de la desnutrición en Honduras es relativamente bien conocida. El crecimiento sigue usualmente los patrones normales hasta el tercer mes, cuando comienza a aparecer el déficit de crecimiento y continúa acumulándose hasta la edad de 23 meses cuando el patrón de la desnutrición queda definitivamente instalado. La corta duración de la lactancia materna exclusiva (pese a que el promedio de duración de la lactancia materna es de alrededor de 18 meses), la alta carga de enfermedades contagiosas durante el primer año de vida, el atraso en la introducción de alimentos apropiados de destete en el área rural, los patrones de alimentación y de cuidado general del niño, se consideran como responsables de esta tendencia hacia abajo en el crecimiento y desarrollo del niño, que a menudo es la causa subyacente de muerte. Los estudios actuales están dirigidos a la investigación e identificación de las distintas causas que conducen al déficit inicial de crecimiento, en lugar de esperar hasta que el niño sea declarado desnutrido y registrado en un programa de alimentación suplementaria.

La desnutrición de protéico-calórica no está limitada a los niños: la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos de 1987 mostró que el 63% de las familias consumía menos que el requerimiento calórico diario, con un 5% que consumía menos de la mitad de tal requerimiento y que el 50% de las familias no cubría sus requerimientos de proteína. De acuerdo con las últimas estadísticas de suministro de alimentos, publicadas por la FAO en 1994, el promedio de ingesta calórica es de 2,305 Kcal/día/per cápita, de las cuales la porción de vegetales es el 88%. El promedio de ingesta protéica es de 54.4 gramos/día/per cápita, de la cual el 72% es provista por los vegetales. Tanto la ingesta de calorías y proteínas es baja, comparada con los estándares mundiales, que son 2,718 Kcal. y 70.8 gramos de proteínas. La dieta tradicional está compuesta principalmente de maíz y frijoles lo que cuenta para su pobre valor nutricional. Los patrones de consumo de alimentos se ilustran en el Cuadro 4-1, que muestra el consumo per cápita de varios productos alimenticios por región sanitaria.

El déficit proteico-calórico está asociado con déficit específicos de micro nutrientes; la anemia es común entre los niños y las mujeres embarazadas/lactantes, ambos debido a una importante carga de parásitos y un consumo deficiente como lo determina el mismo estudio. También se han detectado bajos niveles de Vitamina A en algunos grupos de población, lo cual conduce a la implementación de programas suplementarios y de reforzamiento ya que la carencia de retinol ha estado asociada a altos niveles de mortalidad de infantes y niños. El déficit de yodo es un problema local que está siendo atendido a través de un fortalecimiento de la sal en la región montañosa del centro y occidente de Honduras.

El estudio sobre desnutrición también indica la estrecha relación entre el bajo nivel de ingesta de calorías y las deficientes condiciones de la vivienda así como el bajo nivel de educación de los jefes de familia. El problema de la desnutrición es considerado por las autoridades de salud dentro de un contexto más general de seguridad alimentaria a fin de hacer énfasis en la amplia gama de factores contribuyentes incluyendo la producción, adquisición, consumo y utilización de nutrientes. Entre esos factores, muchos de los cuales se estudian en las siguientes secciones, están los problemas de tenencia de la tierra, la baja productividad y la falta de acceso a la tecnología y recursos financieros para los pequeños agricultores de subsistencia, el cambio de la producción de granos básicos hacia la producción de cosechas que producen efectivo, la necesidad subsecuente de importar cantidades significativas de alimentos básicos, el alto costo de la canasta básica de alimentos para los habitantes de las áreas marginales urbanas, los patrones inadecuados de alimentación y cuidado de los niños y otros.

#### **4.2.4 Acceso limitado al agua y al saneamiento básico**

El agua es medicina preventiva; el acceso al agua potable y la disposición adecuada de los desperdicios humanos conducen a la reducción de la incidencia de las enfermedades diarreicas, infecciones de la piel y otras enfermedades acarreadas por el agua, tales como la hepatitis y la fiebre tifoidea. A todos los países de la América Latina les fue recordado éste con el brote de cólera de 1991, durante el cual en Honduras se reportaron 9,486 casos y 224 muertes para el final de 1994. La campaña de educación intensiva y la construcción acelerada de infraestructura que tuvo lugar en ese entonces demostraron estar asociadas con la reducción general de la incidencia de las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años.

A pesar de este relativo éxito en el control de la diseminación del brote de cólera, el acceso al agua y la disposición de desechos humanos continúan siendo problemáticos en Honduras, especialmente en las aldeas y caseríos dispersos en el área rural con limitadas fuentes naturales del recurso hídrico. Enormes esfuerzos deberán hacerse a fin de alcanzar los objetivos de cobertura al 100% estipulados en la Conferencia Regional de Presidentes. Estos dos indicadores han sido incluidos en el análisis

de las necesidades básicas insatisfechas, ejecutado a nivel de municipalidades y que en la actualidad se está extendiendo a las aldeas y comunidades.

De acuerdo con el ENESF de 1991/92, del 82% de las viviendas urbanas y el 40% de las viviendas rurales tienen llaves dentro de la casa y el 89% y 51% respectivamente tienen acceso a una fuente de agua localizada a menos de 100 metros de la vivienda (incluyendo la categoría anterior). Estas cifras han aumentado en una proporción muy baja en los últimos años, siguiendo el aumento de las actividades en agua y saneamiento aunadas al Plan de Desarrollo del Pacto para la Infancia y la Juventud, mencionado anteriormente.

#### Llaves a una distancia de no más de 100m

	<i>Ciudades grandes</i>	<i>Ciudades pequeñas</i>	<i>Area rural</i>
NEFHS/1995	91%	94%	56%
Encuesta de Hogares/1995	95%	88%	72%

La cobertura urbana de agua desde el censo de 1974 (90%) no ha sufrido muchos cambios en las grandes ciudades. Esfuerzos sustanciales y financiamiento deberán ser requeridos si se piensa obtener mayores tasas de cobertura, ya que el aumento de la población urbana podría rezagar un aumento en la cobertura.

Un número de residentes en las áreas marginales de Tegucigalpa tienen que comprar el agua a camiones cisternas. La clorinación del agua ha sido fortalecida desde el comienzo del brote de cólera; sin embargo, el mantenimiento de efectivos niveles de cloro se vuelve difícil por la contaminación que ocurre en aguas descendentes; ya sea debido a alcantarillas, contaminación industrial o a través de filtraciones en el viejo y deficiente sistema de tuberías en el área urbana. En las viviendas se cloran las aguas en un 20% a 22%, mientras que las ciudades grandes un 37% prefiere hervirla, siendo esta proporción 28% y 27% para las ciudades pequeñas y el área rural respectivamente (Encuesta de Hogares).

La disponibilidad de letrinas de cierre hidráulico era del 50-67% en el área urbana y del 6% en el área rural, en tanto que las cifras para las letrinas simples eran de 29-34% y 26% respectivamente. Nuevamente estos porcentajes han aumentado en los últimos años, según la encuesta de hogares.

### Hogares con letrinas

	<i>Encuesta de Hogares/1995</i>	<i>Ciudades grandes</i>	<i>Ciudades pequeñas</i>	<i>Áreas rurales</i>
NEFHS/1995	Letrinas de cierre hidráulicos	87%	53%	21%
	Letrinas Simples	20%	26%	30%
Encuesta de Hogares/1995	Letrinas de cierre hidráulicos	87%	53%	21%
	Letrinas Simples	11%	40%	44%

Nota: en ambos cuadros, las diferencias en los mecanismos de muestreo y de definición de atributos podrían explicar las diferencias observadas en los valores. Sin embargo, ambas encuestas indican la necesidad de un significativo aumento en las actividades relacionadas con el agua y el saneamiento en las áreas rurales si han de lograrse las metas establecidas por el Plan Nacional para el Desarrollo de la Infancia y la Niñez. (Véase el Capítulo 5).

La gran mayoría de las aguas servidas y aguas negras fluye directamente de regreso al río, debido a la falta de plantas de tratamiento. La disposición de la basura está organizada en las ciudades principales y la basura es usada para relleno. La eliminación de los desechos biológicos de los hospitales mediante el quemado aún no es universal, y no todos los hospitales están dotados de incineradores.

La evaluación de la campaña del control del cólera de los últimos años, ha confirmado la necesidad de un fuerte componente de motivación/educación, a fin de hacer efectivo y sostenible el acceso a una infraestructura adecuada. Otro elemento importante, especialmente en las pequeñas aldeas y con la población es el papel de las Juntas Comunitarias de Agua (Juntas de Agua) donde se ha reconocido la eficiencia mayor de las mujeres.

Debe hacerse énfasis en el hecho de que el problema del abastecimiento de agua y el saneamiento está siendo percibido ahora por las instituciones interesadas (el SANAA, Ministerio de Recursos Naturales, Ministerio del Ambiente) como una parte integral del problema general de control del ambiente, en donde los principales esfuerzos tienden a prevenir la contaminación del aire, agua y suelo, y a preservar el ecosistema. Ciertamente, la reducción de las áreas forestales debido a la agricultura, la ganadería, los aserraderos y los incendios y la regulación de las actividades industriales tiene implicaciones significativas en cuanto a la disponibilidad de fuentes de agua y la eficacia de los costos de la construcción y mantenimiento de sistemas de agua.

Otro aspecto importante del manejo del agua es su papel en la historia natural y el control de las enfermedades transmitidas por vectores; la disposición inadecuada de las aguas servidas en las viviendas urbanas favorece el desarrollo de los criaderos de vectores del dengue, en tanto que las inundaciones, especialmente en la Zona Norte del país, y el diseño inadecuado de proyectos de suministro de agua contribuyen a la persistencia de la malaria endémica.



#### **4.2.5 Alta incidencia del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual**

La epidemia de VIH/SIDA en Honduras está más avanzada que en el resto de los países de la América Central. Con sólo el 17% de la población de la sub-región, Honduras tiene el 57% de los casos reportados de SIDA (4,142 casos reportados desde 1985). En 1993 se reportaron 974 casos de SIDA y en 1994 la cifra fue 842. San Pedro Sula tiene el más alto índice de infección en el país, seguido por Tegucigalpa y las regiones de La Ceiba y Comayagua (véase la Figura 4.3). Para el año 2000 se espera que entre el 10% y el 17% de la población de SPS estará infectada con el virus, en tanto que se espera que un mínimo de 3,200 nuevos casos de SIDA se presentarán para el final del siglo. Un estudio de la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas en un área marginal pero no especialmente en las áreas de riesgo en SPS mostró un 3.6% de seropositivos. En los dos hospitales de la ciudad el SIDA ya representa la primera o segunda causa de mortalidad. Para la Región 3 como un todo, el SIDA fue la cuarta causa principal de muertes en los hospitales. Tegucigalpa está unos pocos años atrás de SPS en la diseminación de la epidemia. El principal patrón de transmisión es a través del contacto heterosexual (75%) lo que explica el aumento en porcentaje de casos femeninos y la más reciente aparición de una cantidad creciente de casos pediátricos.

En 1985 Honduras estableció un Comité Nacional del SIDA (CNS) con responsabilidad de desarrollar un programa de prevención del VIH/SIDA. En 1993 el Programa del SIDA del MSP asumió las funciones de establecimiento de políticas que tenía el CNS. Existió una Comisión de corta duración (6 meses), (la CONALSIDA), presidida por la Primera Dama, que suministró apoyo político brevemente. También existe establecido un Comité Técnico de las ONU y agencias donantes para la coordinación y planificación y una red de 35 ONGs que operan por todo el país. Estas son las instituciones de coordinación y establecimiento de políticas sobre el SIDA en Honduras.

El Programa Nacional apenas comienza a incluir atención adecuada para todos los tres componentes de un programa amplio para la prevención de la transmisión sexual del VIH. Tanto el sector público como el privado han implementado programas educativos; sin embargo, el programa de educación en las escuelas del sector público está en etapa de desarrollo y el MSP ha expresado que no está listo para proveer el currículum para una revisión técnica. Una serie de ONGs ha comenzado a ejecutar amplios programas de prevención, destinados a las poblaciones de más alto riesgo: las trabajadoras comerciales del sexo, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HCH), la población garífuna (en la Costa Norte) y los trabajadores cuya ocupación los lleva a estar separados de su familia. El sector público ha estado suministrando educación de prevención para la población general y los adolescentes; en la actualidad se está iniciando un programa para mejorar el diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los servicios de tratamiento. La

USAID ha provisto un gran suministro de condones tanto para el sector público como el privado a través de sistemas logísticos del sector público. La mayoría de estos esfuerzos está orientada hacia las cuatro regiones antes mencionadas y que tienen las tasas más altas de infección.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha proporcionado asistencia en la creación y operación de la Comisión Nacional del SIDA y la logística para un suministro seguro de sangre. Más recientemente ha contribuido pequeñas cantidades de fondos para actividades educativas y de entrenamiento. El Banco Mundial y la ONU han provisto asistencia a una variedad de pequeñas actividades educativas y de capacitación. En 1995 la USAID (a través del Proyecto AIDSCAP) suministró una cantidad importante de fondos y asistencia técnica para actividades para ambos el sector público como el privado y se tiene programado continuar con este apoyo hasta agosto de 1997. En ese momento el Programa AIDSCAP finalizará y se espera una nueva iniciativa por parte de USAID. Se sabe que Honduras está en la lista de los países prioritarios para la siguiente iniciativa de USAID.

Actualmente el programa financiado por AIDSCAP incluye apoyo para un proyecto para HCH en SPS, que es administrado por COMVIDA, el programa de la Municipalidad de SPS; el mejoramiento de la clínica y laboratorio de ETS en el CESAMO Miguel Paz Barahona en SPS para mejorar el diagnóstico y tratamiento de las ETS y servir como un sitio de entrenamiento para médicos a través de la Región 3; apoyo a las actividades del IHSS y COMVIDA en las maquiladoras en SPS; apoyo para dos proyectos con los grupos culturales garífunas y un proyecto de una ONG para trabajadoras comerciales del sexo en la Región 6; un centro de referencia y de entrenamiento sobre las ETS en cada una de las otras tres Regiones (4, 6 y Metropolitana, además del CESAMO M.P.Barahona en SPS) y un proyecto para Tegucigalpa y Comayagua para trabajadoras comerciales del sexo. En SPS la ONG "Fraternidad" tiene una línea telefónica de emergencia, un hospicio de 3-4 camas para pacientes con SIDA en estadio terminal y ha recibido recientemente fondos de AIDSCAP para ampliar su trabajo con las trabajadoras comerciales del sexo. Apoyo para la ampliación de actividades de comunicación será suministrado al Departamento de Educación del nivel Central del MSP después del análisis de los datos de comportamiento recopilados en estudios recientes.

Una omisión notable en el programa financiado por AIDSCAP es el apoyo a actividades con adolescentes. Sin embargo, el MSP y el MEP han estado activos en esta área y han diseñado un currículum para un Programa Nacional, que aún está en desarrollo. COMVIDA también ha estado trabajando activamente con adolescentes con el apoyo de la Municipalidad de SPS. Dado que casi la mitad de la población actual entrará en los años de actividad sexual durante el período de este Plan, se requiere mayor atención a los adolescentes. El programa también adolece de plan alguno

para aumentar el suministro de medicinas para ETS, aunque se contempla a través de AIDSCAP asistencia técnica para mejorar el suministro de medicamentos para las ETS.

Honduras ha comenzado a experimentar la necesidad de la asistencia a pacientes en etapas terminales de SIDA en hospicios, por cuanto muchos de estos pacientes son rechazados por sus familiares y expulsados a la calle. "Fraternidad" y varias iglesias pequeñas están dando respuesta a esta necesidad en pequeña escala. Dado que más y más casos de SIDA y de muerte por esta causa son inevitables, la necesidad de los hospicios, del cuidado en los hogares y de educación para reducir el rechazo a los que sufren el SIDA aumentarán. Si no se encuentran maneras menos caras para cuidar a estos pacientes el costo potencial para el sistema de atención pública podría ser catastrófico. El costo estimado para el cuidado de pacientes con SIDA en 1993 fue de Lps. 6 millones en SPS y de Lps. 2 millones en Tegucigalpa. Estas proyecciones de costo asumen que sólo se mantendrá el nivel actual de tratamiento paliativo, dado que las drogas como el AZT son demasiado caras para ser provistas a través del sistema de salud pública.

#### **4.2.6 Alta incidencia de Enfermedades Transmitidas por Vectores**

Las enfermedades transmitidas por vectores todavía representan un problema que avanza para la población hondureña, especialmente debido a que afectan en mayor grado a la población económicamente activa y a la capacidad productiva del país. El Cuadro 4-2 y la Figura 4-4 muestran la importancia relativa de las tres principales enfermedades transmitidas por vectores por Región Sanitaria para 1995.

##### **(1) Malaria**

Prevalente tradicionalmente en la Costa Norte y el sureño Departamento de Choluteca la malaria en la actualidad es más frecuentemente reportada en la parte este de la Costa Atlántica, el área de La Mosquitia y las áreas vecinas de Olancho; en estas últimas áreas los casos representan el 29.1%. Dado que la mayoría de los casos se deben al *P. vivax* (98%) con poca incidencia de episodios por *P. falciparum*, la carga de la malaria es principalmente una de morbilidad frecuente y de incapacidad temporal en la población económicamente activa, especialmente en aquellos empleados temporalmente en los campos bananeros, de arroz y caña de azúcar. Además de las condiciones naturales, el perfil epidemiológico de la malaria ha sido determinado en años recientes por los patrones fluctuantes de organización de programas de control (ej. Vertical versus horizontal/descentralizado) con una incidencia anual de parasitismo que oscila entre 5 y 18 casos por cada 1,000 personas.

## **(2) Dengue**

Durante los últimos años los brotes de dengue común (serotipos 1, 2 y 4) se han registrado en las ciudades principales de Tegucigalpa, Danlí, Comayagua, La Ceiba, y Puerto Cortés. En 1993 se reportaron dos casos de dengue hemorrágico.

En 1995 se reportaron al MSP 18,152 casos clínicos y se confirmaron a través de exámenes serológicos 2,601 casos (es decir, 38.6% de los casos revisados) con un brote pico desde julio a noviembre. El tipo de virus más común en 1995 fue el virus tipo 3, reportado en todas las regiones. Durante el año se hospitalizó 30 pacientes con diagnóstico confirmado por el laboratorio con dengue hemorrágico (23 de ellos en la Región Metropolitana) de los cuales cuatro murieron. Sin embargo, como en el caso de la malaria, el dengue es principalmente un problema de morbilidad que afecta a la población económicamente activa.

## **(3) Enfermedad de Chagas y leishmaniosis**

Los estudios efectuados en 1991 en diferentes áreas endémicas arrojaron serología positiva para la enfermedad de Chagas en alrededor de la mitad de los pacientes con cardiopatías clínicamente compatibles, en tanto que el control serológico de los donantes de sangre en 1995 reveló la prevalencia de 1.91% para el MSP, 1.21% para la Cruz Roja Hondureña y 1.15% para el IHSS. La seropositividad fue más alta en las Regiones 7, 5 y 3. La tasa de seropositividad se ha mantenido constante entre 1.35 y 1.61% desde 1992.

Se han reportado casos de leishmaniosis cutánea en SPS y en áreas rurales dispersas. (Regiones 7 y 6.)

### **4.2.7 Alta mortalidad y morbilidad a causa de accidentes**

A pesar de que, de hecho, se deben a una combinación de diferentes problemas, las muertes, incapacidades y lesiones debidas a causas externas representan un problema en crecimiento en Honduras, que afecta a los grupos de edad más productivos de la población. El Registro Civil de Defunciones muestra que las causas externas son la primera causa de muerte (28% en 1990) entre la población masculina, no obstante que más de un tercio de las muertes está relacionado con homicidios (pese a que podría haber un prejuicio hacia la presentación de informes más completos de este tipo de muerte, que a menudo pasan a ser del conocimiento directo de la Policía y las autoridades civiles). Los accidentes, homicidios y suicidios fueron la tercera causa de muerte en las mujeres en edad reproductiva, de acuerdo con el estudio de mortalidad materna. Si bien la muerte e incapacidades derivadas de accidentes automovilísticos son realmente conocidas, la importancia de los accidentes en el hogar (quemaduras, intoxicaciones, caídas) amerita investigación adicional.

La encuesta de hogares reveló que durante el año anterior, por lo menos una persona murió por una causa externa en el 0.31%, 0.97% y 1.27% de las viviendas en las ciudades grandes, ciudades pequeñas y estrato rural, respectivamente. Utilizando como tasa bruta de mortalidad 7/1,000/año, se podría atribuir la siguiente proporción de defunciones a causas externas:

<i>Encuesta de Hogares 1995</i>	<i>Ciudades grandes</i>	<i>Ciudades pequeñas</i>	<i>Area rural</i>
% muertes por causas externas/total de muertes	9%	26%	33%

Entre los factores implicados en el aumento de los accidentes de tráfico, particularmente durante períodos de vacaciones, está la falta de señalización de carreteras, especialmente en relación con los viajes nocturnos, el pobre mantenimiento de vehículos pesados (camiones y autobuses), la falta de respeto a las reglas de conducción, y la falta de hacer cumplir las regulaciones de tráfico; la falta de educación relacionada con la conducción, tanto en conductores como en peatones; una cierta cultura fatalista relacionada con el concepto del machismo y sobre todo el alto nivel de alcoholismo que se ha demostrado está implicado en el 80% de los accidentes de carretera.

#### **4.2.8 Alta mortalidad y morbilidad a causa de la violencia**

Pese a que no existen datos nacionales relacionados con la violencia dentro de la familia, generalmente dirigida hacia las mujeres y los niños, y sobre la violencia entre compañeros, varios estudios recientes han investigado el grado, características y causas de estos fenómenos, profundamente arraigados en patrones culturales (el machismo, la falta de educación en como solucionar conflictos, el alcoholismo). Por otra parte, el reciente incremento de la violencia, vinculado con la delincuencia común está acentuado por la fácil disponibilidad de todo tipo de armas, incluyendo armas automáticas pesadas, y por las diferencias socio-económicas cada vez más visibles y en aumento (es decir una brecha cada vez mayor entre los ricos y los pobres).

Un aspecto específico de la violencia (por negligencia) es la de los niños de la calle (con la que a menudo coexiste la violencia sexual, la prostitución, la drogadicción, etc.). Hay poca disponibilidad de respuesta institucional, excepto por parte del sector de las ONGs.

La encuesta de hogares indicó que durante el año previo, por lo menos una persona había sido víctima de un acto de violencia en el 0.6%, 0.3% y 0.13% de las viviendas de los estratos del estudio, respectivamente. Los apaleos son la principal causa de la violencia física en los tres estratos (32%, 50% y 33%), mientras que la violencia sexual solamente se reportó en el estrato urbano (27% y 20%). Un tercio de los actos de violencia son llevados a cabo por conocidos de la