

víctima, pero el 27% de los asaltantes de las grandes ciudades y el 33% en el área rural son parientes.

#### 4.2.9 Aumento de la mortalidad/morbididad a causa de las enfermedades crónicas degenerativas

La carga de las enfermedades malignas, las cardio-vasculares crónicas y los padecimientos endocrinos posiblemente aumentará en el sistema de salud de Honduras en los próximos años, dado que un mejor control de las enfermedades infecciosas y de la mortalidad materna permite una mayor expectativa de vida (los niveles actuales se estimaron en 67 años en el Censo de 1988). Las muertes por enfermedades cardio-vasculares y la diabetes mellitus representaron en 1993 el 12% y 2% respectivamente entre las muertes ocurridas en todos los hospitales.

La encuesta de hogares indicó que durante el año previo, por lo menos una persona había muerto a causa de una enfermedad crónico degenerativa (problema cardio-vascular, enfermedad de los riñones, diabetes, cáncer) en el 1.39%, 1.80% y 1.16% de los hogares de las ciudades grandes, ciudades pequeñas y estrato rural, respectivamente. Utilizando la misma tasa bruta de mortalidad de 7/1,000/año, la proporción de defunciones atribuibles a este grupo de enfermedades sería:

<i>Encuesta de Hogares/1995</i>	<i>Ciudades grandes</i>	<i>Ciudades pequeñas</i>	<i>Area rural</i>
% muertes enf. crónico degener/total de muertes	40%	49%	30%

La misma encuesta de hogares demostró que 3.7%, 2.4% y 1.2% de las personas en ciudades grandes, ciudades pequeñas y estrato rural, respectivamente, tomaban uno o más medicamentos (hipotensivos, diuréticos, cardiotónicos, tratamiento oral para la diabetes, insulina) por más de tres meses para controlar uno o más problemas relacionados con enfermedades crónico degenerativas, dando una idea de la prevalencia de la morbilidad reportada en esta categoría de enfermedades. La presión alta y la diabetes mellitus, respectivamente, fueron la causa del 3% y 1% de los egresos de los hospitales del MSP durante 1993.

Como factores causales emergentes de mortalidad y morbilidad también preocupan los cambios en los hábitos sociales y culturales que están ocurriendo en la población urbana hondureña: la conducta sedentaria y el aumento en el consumo de grasa en la clase alta/media, la alta prevalencia del alcoholismo, y la adicción al tabaco (diferentes estudios ejecutados entre 1986 y 1989 indicaron una prevalencia del 29% al 77% en hombres y del 1% al 23% en las mujeres).

La encuesta de hogares arroja la siguiente información en cuanto al uso del tabaco y del alcohol en la población mayor de 10 años:

<i>Encuesta de Hogares/1995</i>	<i>Ciudades grandes</i>	<i>Ciudades pequeñas</i>	<i>Area rural</i>
Fuma >5 cigarrillos/día	4.8%	4.3%	3.5%
Fuma <5 cigarrillos/día	8.2%	5.8%	5.3%
Bebe diariamente	0.6%	0.9%	0.4%
Bebe en ocasiones	12.0%	8.1%	7.3%

Los datos respecto a las enfermedades malignas degenerativas son escasos ya que solo existe un registro de cáncer en el país. Se encontró que los tumores malignos son la cuarta causa de muerte entre mujeres en edad en edad fértil, siendo el cáncer uterino cervical el responsable del 5% del total de muertes en estas mujeres.

El creciente interés manifestado en esta categoría surge de la percepción de la necesidad de actuar ahora, como prevención, en vez de aquí a 15 años, cuando el control y costo de tratamiento serán incosteables para el país. No obstante, la promoción de la salud como un valor social positivo, la creación de una "cultura de la salud", representan un enorme reto para la sociedad hondureña que posiblemente podrá enfrentarse con las actividades planificadas bajo este Estudio.

#### **4.2.10 Insuficiente nivel de actividades de salud ambiental**

La salud ambiental es un campo en el cual está emergiendo la concienciación entre los profesionales de la salud y los sectores afines. Las altas tasas de crecimiento de la población, con sus subsecuentes necesidades de producción agrícola, agua y energía han elevado la preocupación acerca del uso excesivo de los recursos naturales, especialmente en el área forestal que, junto con el patrón prevaleciente de enorme descuido de los factores medio ambientales en los años recientes, ha llevado a un deterioro creciente del ecosistema.

El Ministerio del Ambiente (SEDA) fue creado en 1993 para hacer cumplir la Ley General del Ambiente, formular políticas ambientales y coordinar acciones relacionadas con el ambiente en el territorio nacional con otras instituciones tales como el Ministerio de Recursos Naturales, SANAA y con las agencias internacionales de cooperación. Sus actividades también incluyen el entrenamiento de las municipalidades e instituciones sobre el manejo del medio ambiente, la emisión de licencias ambientales para las industrias (principalmente de minería y de cultivo del camarón), auditorías ambientales y la investigación de los reclamos relacionados con el medio ambiente, así como la definición, normatización y promoción de la evaluación de impacto ambiental de los proyectos de desarrollo e industriales. El Proyecto Hondureño de Desarrollo Ambiental, financiado por el Banco Mundial tiene como objetivo fortalecer la capacidad institucional y apoyar

los proyectos municipales. La SEDA también participó con el SANAA, DIMA, MSP y OPS en la definición de normas para el agua potable y la disposición de desperdicios líquidos.

Recientes iniciativas oficiales que vinculan la salud y el medio ambiente están impulsando la integración regional a través de varias rondas de conferencias ECOSAL y el Plan Regional de Inversiones para la Salud y el Ambiente (PIAS), discutido en el Comité Técnico Inter-Institucional sobre el Ambiente y la Salud (COTIAS). Este Plan programa inversiones para la rehabilitación y construcción de nuevas infraestructuras en Protección y Control del Ambiente (suministros de agua, alcantarillado, disposición de desperdicios sólidos, contaminación del agua) y Asistencia a la Salud (auto-cuidado, centros de salud periféricos y hospitales) y crea un fondo de inversiones de \$217 millones para la región de Latino América y el Caribe para el período de 1992-2004.

CESCO (Centro de Estudios y Control de Contaminantes) fue creado en 1986 por un período de 10 años con fondos conjuntos del Gobierno de Honduras (Lps. 5.25 M) la Cooperación del Gobierno Suizo (Lps. 2.25 M) y la OPS (Lps. 0.3 M). Sus objetivos son desarrollar una estructura institucional de investigación y administración para el estudio y control de contaminantes, teniendo programada su consolidación y auto-financiamiento para la tercera fase (1992-96). Sus objetivos específicos incluyen la conducción de investigaciones para identificar contaminantes químicos y microbiológicos, sus efectos y las intervenciones para reducir las fuentes (con énfasis en los pesticidas, metales tóxicos, contaminación del agua, los alimentos y basura), desarrollando un área de prestación de servicios en la evaluación de las fórmulas de químicos, la calidad del agua, microbiología, estudios ambientales, al igual que la capacidad para el análisis de contaminantes.

Sus áreas de trabajo incluyen los contaminantes químicos (pesticidas, metales tóxicos - Pb, Cu, Cd, Zn, Li, Na, aflatoxinas, hidrocarburos aromáticos policíclicos); la calidad del agua (análisis físico, químico, bacteriológico, diagnósticos de infraestructura, medidas de tratamiento, descontaminación y mantenimiento; medio ambiente y desarrollo (evaluación de las principales fuentes de contaminación: aire, agua, suelo, alimentos, vigilancia/prevencción), ecotoxicología; promoción/entrenamiento/formación.

Las preocupaciones sobre el medio ambiente mas frecuentemente expresadas son los problemas de acceso al agua y el saneamiento descritos anteriormente; el impacto de los pesticidas en los trabajadores agrícolas, su contaminación a los productos alimenticios y su acumulación en algunos de los elementos de la cadena alimenticia y la leche de vaca y materna; el manejo de los desechos industriales, y de los desechos tóxicos de los hospitales, y el impacto de la contaminación del aire en la incidencia de las enfermedades respiratorias en áreas urbanas.

#### 4.2.11 Insuficiente nivel de actividades sobre salud ocupacional

La salud ocupacional representa un sub-conjunto específico de la salud ambiental, al cual en la actualidad se está dirigiendo mayor atención. Honduras ingresó a la Organización Internacional del Trabajo en 1959, cuando elaboró el Código del Trabajo. La salud ocupacional se ha beneficiado del apoyo de la Organización Internacional del Trabajo y del Gobierno de España, por ejemplo, en la capacitación de inspectores de sitios de trabajo. Las compañías privadas, tales como United Brands, desarrollaron sus propios sistemas de prevención/promoción de la salud hace 30 años.

El Plan Nacional de Salud de los Trabajadores, elaborado en octubre 1992 por la Comisión Nacional de la Salud Ocupacional, un grupo multi-sectorial, estimó la población económicamente activa en 1,674,650, lo que correspondía al 31.8% del total de la población. Los principales sectores de empleo fueron:

• Agricultura, Forestal, Pesca	38%
• Servicios Sociales/Comunidad	20%
• Ventas al por Mayor/al Detalle	17%
• Industria Manufacturera	15%
• Construcción	4%

El 68.8% de esta población es masculina, 3.6% son menores de 15 años.

Además del MSP, que creó en 1990 el Programa para la Salud de los Trabajadores, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social (MTPS) y el IHSS también contribuyen a la implementación de actividades de salud ocupacional. El MTPS tiene un grupo de alrededor de 30 inspectores que recibieron recientemente de la Cooperación Española alguna capacitación en prevención y manejo de enfermedades ocupacionales. El MTPS cubre alrededor de 160,000 trabajadores en todos los departamentos, excepto Colón, Intibucá, Islas de la Bahía, Lempira, Ocotepeque, Santa Bárbara y Valle; sin embargo, carece de apoyo económico y político para la ejecución de actividades de verificación. El IHSS cubre alrededor de 180,000 personas bajo el régimen completo en Tegucigalpa, SPS, Choloma, Villanueva, El Progreso, Danlí, Choluteca y Juticalpa y otorga cobertura de incapacidad a los trabajadores de una cantidad de otras ciudades. También ha desarrollado modalidades de prestación de servicios de salud en el sitio de trabajo (salud-empresa) a fin de aumentar la cobertura y está tratando de localizar a negocios con su propio médico para afiliarlos. Sin embargo, no tiene programas sistemáticos de entrenamiento para el personal de salud en los negocios.

La distribución de los accidentes de trabajo reportados por ramo de actividad ilustra las diferentes coberturas de estas dos instituciones:

<i>Ramo de Actividad</i>	<i>MTPS(1986-91)</i>	<i>IISS(1986-90)</i>
Agricultura	67.6%	1.8%
Manufactura	24.9%	55.7%
Comunicaciones/Transporte	1.3%	2.7%
Minería	1.0%	0.2%
Servicios Públicos (Agua, Gas, Electr.)	1.0%	1.5%
Construcción	1.5%	11.9%
Servicios	2.5%	26.2%

Seis problemas relacionados con el ambiente de trabajo han llamado particularmente la atención de las autoridades médicas:

- Los accidentes de trabajo: éstos incluyen mayormente lesiones sufridas en el sector agrícola (con machete y maquinaria); se diseñaron equipo específicos en los campos bananeros, tales como guantes plásticos o protectores de pierna para evitar estas heridas. En el sector manufacturero los accidentes se relacionan con el uso sin protección o inadecuado de la maquinaria; con problemas ergonómicos (ej. Maquinaria construida para trabajadores con una estatura diferente) y con la resistencia a usar equipo de protección (guantes, redes, etc.).
- Intoxicaciones de los trabajadores por pesticidas se han reportado en plantaciones de banano a gran escala (en la Costa Norte) y de melón (en los Departamentos del Sur). El MSP organizó en 1994 un curso de educación a distancia para los profesionales de la salud sobre intoxicaciones por pesticidas, que dio como resultado un aumento en los reportes de tales casos; los principales productos usados son los compuesto organo-fosforados (Sumithion ®, hidrocarburos clorinados (DDT), carbamato (Propoxur ®) y los piretroides.
- Entre los factores físicos, el ruido es una de las causas más mencionadas de enfermedad e incapacidad, especialmente en el sector manufacturero.
- El extendido uso de productos químicos (cemento, pesticidas) en los sectores de actividad primarios y secundarios, así como la falta de educación en lo referente al uso correcto y el alto nivel de exposición al sol están generando una cantidad en aumento de dermatitis, relacionada con el trabajo.
- Mas recientemente, la presencia de industrias de ensamblado en línea con trabajo intensivo (las maquilas) en la parte Norte del país, con un alto porcentaje de fuerza de trabajo femenina, ha hecho surgir preocupaciones respecto a varios aspectos de la salud reproductiva.
- Finalmente, las condiciones de trabajo menos que favorables, asociadas con características personales pueden tener un impacto en la frecuencia con que se presentan problemas de salud mental, tales como la depresión y el alcoholismo.

Problemas más específicos en el sector salud incluyen los riesgos ocupacionales de los trabajadores en laboratorios (SIDA, y transmisión de hepatitis), los técnicos de rayos X, los empleados a cargo de los desechos de hospitales y los trabajadores en los hospitales psiquiátricos.

Pocos datos están disponibles en la actualidad respecto a estos tópicos, a excepción de unos pocos estudios ejecutados por CESSCO sobre pesticidas en productos alimenticios y leche humana, y los niveles de las actividades con colinesterasa en los trabajadores agrícolas. La información ha comenzado a recopilarse por parte del MSP, pero se requiere organizarla para formar un banco de datos utilizable.

El Plan de Salud de los Trabajadores incluye la creación de un Fondo Nacional para el Desarrollo de la Salud de los Trabajadores, financiado por una contribución incrementada al Seguro Social por parte de los trabajadores y patronos, que financiaría las actividades de la salud ocupacional (no incluyendo pensiones para los desórdenes de la salud relacionados con el trabajo).

### 4.3 Factores que afectan las condiciones de salud

#### 4.3.1 Factores relacionados con el contexto

##### (1) Condiciones naturales

Honduras está situada en los 15 grados latitud norte y 85 grados longitud oeste. Tiene una superficie de 112,088 kilómetros cuadrados. La parte este del país es de bosque tropical y tiene limitado acceso (por avión o bote) desde el resto del país. La parte occidental es área montañosa en donde el café y el tabaco son los principales productos comerciales. El área costera del sur produce caña de azúcar y cultivos no tradicionales para exportación, tales como melón y camarones. La costa Atlántica del norte tiene clima caribeño con grandes áreas dedicadas a la producción de bananos y palma aceitera para exportación. El 70% de la población vive en la meseta central, donde prevalece un clima moderado.

Las características climáticas pueden resumirse como a continuación se describe:

Zona	Altitud (m)	Temp.( °C)	Precip. (mm)	Evap. (mm)	Balance
Meseta Central	600-1,500	21.6	891	1,463	-572
Costa Pacífica	0- 150	29.5	1,485	2,050	-565
Costa Atlántica	0- 200	26.0	3,318	1,578	+1,740

Estas condiciones climáticas desempeñan un papel esencial en los patrones epidemiológicos prevalentes, especialmente en relación con la distribución de las enfermedades transmitidas por vectores, un problema importante en las áreas noroccidentales. Las difíciles condiciones geográficas explican algunos problemas de acceso a los servicios que caracterizan las partes occidental y oriental del país.

##### (2) Condiciones macro-económicas

Los últimos quince años no han sido años fuertes para la economía del país. El débil crecimiento económico, asociado con niveles inadecuados de ahorro e inversión privada, expansión de la población, una negativa balanza de pagos y un alto nivel de endeudamiento externo han sometido a la población a significativas presiones económicas. En años recientes nuevas iniciativas han comenzado a abordar algunos de estos problemas, pero el reto continúa siendo importante. Las

mejoras sostenibles en cuanto a salud deberán ser implementadas dentro de este contexto económico.

Durante el período 1980-1989, al cual, a menudo, se le llama "la década perdida", el PIB real creció, en una tasa promedio de 2.5%, la mitad de la tasa alcanzada en los años 1960. Este promedio oculta variaciones anuales significativas incluyendo el crecimiento negativo en 1982 y 1983 y un crecimiento mayor del 6% en 1987. Los años 1990 muestran fluctuaciones similares con crecimiento del 0.1% en 1990 y crecimiento negativo de -1.4% en 1994, en tanto que el promedio para el período fue de 2.3%. El impacto negativo de esta débil trayectoria económica ha sido aun mayor dado la alta tasa de crecimiento poblacional, del 2.7%. Como resultado de éste el cambio anual en el PIB real per cápita fue por encima del 2.0% en sólo dos de los 15 años entre 1980 y 1994, por encima del 1.0% en sólo 4 y negativo en 7 años (refiérase al Cuadro 4-3). En términos monetarios el PIB real per cápita en Honduras ha descendido, de un promedio de US\$ 673 en el período 1982-1985 a un nivel estimado de US\$ 611 en 1994; un descenso de casi el 10%.

La débil trayectoria económica se refleja en oportunidades limitadas de trabajo. La tasa de empleo formal ha sido estimada recientemente en 9%. Sin embargo, esta estadística no incorpora los niveles relativamente altos de sub-empleo, que resultan del cambio de los trabajadores hacia el empleo a tiempo parcial y el retiro de éstos de la fuerza laboral. También existe un considerable sub-empleo escondido en la gran parte de la fuerza laboral que trabaja en la agricultura y otras actividades rurales, en donde las actividades continúan, aún cuando la retribución económica disminuye.

Las presiones macro-económicas llevaron en 1990 al desarrollo de un agresivo programa de ajuste estructural apoyado por el gobierno y las fuentes externas de prestamos. Para compensar los impactos desproporcionados del programa sobre los pobres se establecieron mecanismos de compensación social a través de programas tales como el FHIS y el PRAF. Estos programas han desempeñado un papel significativo en la reducción de algunos de los impactos negativos del programa de reajuste económico, pero los salarios reales, particularmente los de los pobres, cayeron durante este período.

El impacto de un crecimiento económico débil ha sido empeorado por la altamente negativa balanza de pagos. El déficit a lo largo del período 1991-1993 fue de aproximadamente US\$ 525 millones. En 1994 esta cifra fue reducida a US\$ 375 millones, como resultado de una reestructuración de la deuda, reducción de importaciones como resultado de la devaluación del Lempira, condiciones económicas generalmente difíciles y los aumentos en el precio del café, un tradicional e importante bien de exportación. Las recientes mejoras en la balanza de pagos se han debido también a la expansión de las exportaciones no tradicionales, tales como el camarón y la langosta que

representaron más del 22% de las exportaciones agrícolas y de la pesca de 1994. La expansión en la producción de las maquilas también está creciendo en importancia, contribuyendo con más de US\$ 500 millones a las exportaciones en 1993.

El servicio de la deuda continúa representando un significativo deterioro de los recursos nacionales. En 1994 la deuda externa era de más de US\$ 4,000 millones, igual al 124% del PIB. Los pagos a esta deuda representaron el 4.9% del PIB, una cantidad casi el doble de los gastos públicos en salud y representando más del 20% del presupuesto público anual. Dado que el pago de la deuda externa es también un egreso de los recursos, éste tendrá un impacto negativo en la balanza de pagos. En 1994 el pago de la deuda representó US\$ 200 millones, desviando más del 40% de los ingresos obtenidos de la venta de las exportaciones tradicionales, incluyendo el banano y el café.

La demanda del servicio de la deuda también ha contribuido a los altos déficit crónicos en el sector público. La mayor parte de la deuda externa, el 87%, es pública, reflejando préstamos de agencias multilaterales (55%) y bilaterales (32%). Una reestructuración reciente de gran parte de esta deuda ha reducido las demandas del servicio de la deuda y mejorado las actuales balanzas comerciales, pero los déficit del sector público continúan siendo un aspecto macro-económico importante. A finales de la década de los 80, el déficit fiscal era de aproximadamente el 6% del PIB, casi un cuarto del gasto público. Como resultado del programa de austeridad el déficit del sector público se redujo al 3% del PIB para 1991 y al 5% en 1992. Sin embargo, los cambios en la estructura del presupuesto y una expansión del empleo público en 1993, año electoral, dio como resultado un déficit de casi el 11% del PIB, casi la mitad del gasto público; éste fue reducido al 6% en el año siguiente.

Los déficit del sector público reflejan debilidad en la imposición y recaudación de impuestos y en la generación de ingresos, así como en las políticas de gastos. Muchos de éstos últimos y el servicio de la deuda y de asignaciones obligatorias no son lo suficientemente controlables por parte de las autoridades públicas, como para que sean modificados grandemente en el corto plazo. El relativamente gran volumen de empleos en el sector público y consecuentemente la gran porción del presupuesto público utilizada en el pago de salarios se suman a la complejidad política. Se presentan pocas soluciones de corta duración para estos problemas estructurales fundamentales, y esta realidad limitará tanto la implementación como el impacto de las acciones que aquí se proponen.

### **(3) Situación micro-económica/pobreza**

Los niveles de pobreza se pueden estimar con diferentes metodologías. Una de éstas es la estimación del PIB per cápita. La cifra US\$ 611 mencionada anteriormente clasifica a Honduras

como un país pobre, al compararse este número con el promedio mundial de US\$2,500. Sin embargo este indicador es muy general y encubre diferencias importantes en condiciones de vida.

El Censo de Viviendas de 1988 permitió la clasificación de la población según niveles de necesidades básicas insatisfechas, definidas como un índice compuesto de los siguientes indicadores:

- principal de la vivienda
- hacinamiento
- acceso a agua potable y disposición de excretas
- acceso a educación primaria
- dependencia económica (razón del número de personas en la vivienda que trabajan y nivel de educación del jefe de familia)

En base a estos criterios, el 78% de las viviendas se consideran pobres, esto es, tienen por lo menos una necesidad básica insatisfecha, mientras que el 31% de las viviendas tienen tres o más necesidades básicas insatisfechas. Los departamentos con los niveles más bajos de necesidades básicas insatisfechas son: Intibucá, Lempira, Valle, La Paz, Olancho y El Paraíso.

La encuesta de hogares realizada en este Estudio proporcionó elementos adicionales relacionados a la tenencia y uso de tierra y vehículos motorizados. El siguiente cuadro demuestra que una pequeña proporción de los residentes urbanos poseen tierras, y de gran tamaño, mientras que los habitantes de las zonas rurales son dueños o alquilan pequeñas parcelas de tierra.

<i>Encuesta de Hogares/1995</i>	<i>Ciudades grandes</i>	<i>Ciudades pequeñas</i>	<i>Area rural</i>
% que utiliza la tierra	8%	18%	67%
Promedio manzana propias	12.4%	18.0%	3.7%
Promedio manzanas alquiladas	2.0%	1.8%	2.1%
% dueños de vehículo	20%	14%	5%

#### **(4) Recursos humanos**

Esta sección incluye una breve revisión de tres problemas básicos que afectan el potencial para que los ciudadanos hondureños puedan participar en el proceso de desarrollo humano por el cual abogan las Naciones Unidas y que también tienen un impacto dramático en las condiciones socio-económicas y de la salud de la población.

##### **1) Educación**

Ver la sección 4.3.2 (3)

## 2) Empleo

Los altos niveles de desempleo y sub-empleo tienen un gran impacto en la situación general socio-económica de la población hondureña. La Encuesta de Propósitos Múltiples sobre la Vivienda, de 1993, indica que el 5% de la población económicamente activa estaba en la categoría de "desempleo abierto", es decir, personas sin un empleo que no habían buscado trabajo en la semana anterior. Sin embargo, cuando se les preguntó si deseaban trabajar y si aceptarían un empleo en ese momento, un porcentaje de personas sin trabajo, correspondiendo al 9% de la población económicamente activa, respondió que sí. Esta categoría se considera como desempleo escondido. Adicionalmente, el 31% de las personas empleadas no trabajan a tiempo completo o no reciben el salario mínimo completo, correspondiendo a la categoría de sub-empleados.

Las diferencias de género todavía son obvias: la proporción de sub-empleados es del 36% entre las trabajadoras y del 28% entre los hombres; globalmente, el 59% de las mujeres económicamente activas tenían dificultades de trabajo (sub-empleo o desempleo) en 1993, versus el 49% de sus contrapartes masculinas. Sin embargo, parece que la brecha se está reduciendo lentamente ya que la diferencia mujer/hombre en la proporción total de dificultades de trabajo es de 11% en el grupo de edad de 30 a 40 años, en tanto que disminuye a 2% en el grupo de edad de 20 a 29 años y a menos del 4% en el grupo de edad de 15 a 19 años.

## 3) La mujer en el proceso de desarrollo

Tanto el contexto histórico y cultural en Honduras así como el deterioro general de la situación socio-económica dentro de la última década han contribuido a determinar la condición actual de la mujer, caracterizada aún como una de desigualdad.

El deterioro de las condiciones de vida y el rápido crecimiento de la población han conducido a una significativa emigración rural-urbana, más frecuente entre las mujeres jóvenes, especialmente con la reciente instalación de industrias libres de impuestos de labor intensiva (maquilas) en el sector norte del país. El impacto negativo de la crisis económica, especialmente para las mujeres jóvenes jefes de familia (que representan un quinto de las familias, un cuarto en las áreas urbanas) ha sido mitigado por una mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral (incluyendo el sector informal) y la adopción de estrategias de supervivencia. Empero, este relativamente nuevo involucramiento de las mujeres en actividades más allá de la esfera doméstica no ha sido reconocido en forma adecuada, como tampoco ha generado suficiente reconocimiento de las limitaciones causadas por los valores actuales y las actividades de la sociedad hondureña; el modelo que prevalece es todavía uno de subordinación y de dedicación a las tareas del hogar y el cuidado de los niños. Las desigualdades domésticas son agravadas por el machismo, la paternidad irresponsable y la violencia intra-familiar.

Los modelos discriminatorios producen una serie de limitaciones en la vida de las mujeres, tales como un muy bajo control sobre su vida reproductiva, lo cual resulta en una alta frecuencia de embarazos en adolescentes y una alta fecundidad con la subsecuente pesada carga de trabajo doméstico. La mortalidad materna continúa siendo la primera causa de muerte entre las mujeres en edad fértil. Pese a que el acceso a la educación básica ha mejorado en los últimos años (las tasas de analfabetismo y las tasas de matrícula en las escuelas primarias y secundarias son las mismas, tanto para las mujeres como para los varones), la participación de la mujer en la universidad todavía es mas baja y en ella éstas se concentran en carreras tradicionalmente identificadas como femeninas.

Como se ha dicho antes, la participación de la mujer en la fuerza laboral ha aumentado en años recientes representando ahora un tercio de esta población, especialmente en las áreas del comercio y los servicios, incluyendo el sector informal. No obstante, esta participación incrementada no siempre ha tenido como resultado mejoras a las condiciones, ya que parte de estos trabajos son relativamente inestables y bajo condiciones difíciles, sin tomar en cuenta el hecho de que el trabajo doméstico aún implica una doble responsabilidad. La proporción de mujeres en cargos gerenciales es aún muy baja. La participación de la mujer en trabajo agrícola auto-suficiente (ganadería, procesamiento de productos agrícolas) todavía no se reconoce. Los aspectos legales de la Reforma Agraria también limitan la participación de la mujer y la propiedad en cooperativas.

Pese al apoyo político oficial para una mejor integración de la mujer al desarrollo, manifestado por convenio en varios tratados y convenciones internacionales desde 1974, y la adopción de políticas específicas de desarrollo, la efectiva aplicación, en proyectos y programas, del enfoque del género es aún deficiente en términos de eliminación de los estereotipos varón/mujer y en aliviar a las mujeres de la carga de un papel preasignado de trabajo doméstico/cuidadora de niños.

##### ***(5) Desarrollo regional***

A pesar de la promoción de la política de descentralización existe una falta de estrategia sistemática de desarrollo regional en la cual cada característica regional es bien considerada, excepto para las dos principales ciudades. Aún en éstas, las actividades de desarrollo han respondido a los movimientos poblacionales de las últimas décadas, en vez de anticiparlos, lo cual ha conducido a problemas mayores en la prestación de servicios provistos por la municipalidad y el estado en asentamientos densamente poblados, sin planificación, localizados en las orillas de las poblaciones mas afectadas por las inundaciones y la erosión y muy a menudo sin título legal sobre la tierra. Solo recientemente la ciudad de SPS ha elaborado un plan pro-activo de desarrollo urbano (1992-2012). Empero, la planificación del desarrollo regional es esencial para el futuro desarrollo del país y el bienestar de la población.

Dado el nivel de saturación alcanzado, o que está próximo a alcanzarse, en las dos metrópolis, especialmente en Tegucigalpa, deberían dedicarse esfuerzos a la promoción y desarrollo de nuevos "polos", localizados alrededor de ciudades más pequeñas como Comayagua, Choluteca, el Progreso, Juticalpa, La Ceiba, Tocoa, Trujillo, en donde los recursos agrícolas coexisten con el potencial para el desarrollo de servicios e industrias. Estos nuevos polos de desarrollo, ofreciendo buenas oportunidades de empleo y bien provistos de los servicios sociales (salud, educación), administrados localmente, atraerían a la población migratoria de las áreas rurales dispersas y podrían, es más, contribuir a revertir el movimiento de la población hacia las grandes ciudades y por ende disminuir la carga de tratar con las áreas marginales urbanas. Obviamente, estos esfuerzos no deben disuadir de la necesidad de ejecutar programas de desarrollo para las áreas rurales dispersas a fin de mejorar la equidad y reducir las diferencias en condiciones de vida, a pesar del alto costo de estos programas.

#### *(6) Acceso a los alimentos*

La falta de una política integrada de seguridad alimentaria, la insuficiente dotación de tierras, el conocimiento primitivo de las tecnologías agrícolas, el limitado acceso al ingreso en efectivo/apoyo financiero, la insuficiencia del sistema de mercadeo/infraestructura y la falta de educación sobre la nutrición, son las principales causas del acceso limitado a la alimentación en las áreas de pobreza.

En Honduras el suministro doméstico de los principales cereales (granos) fue insuficiente durante el período 1974-1993, con una tasa anual de aumento de la producción de 2.7% para el maíz, 1.7% para frijol, 6.5% para el arroz y el 2.1% para el sorgo, con una tasa promedio de crecimiento inferior a la de la población (3.2%). (Referirse al Cuadro 4-4).

#### **1) Políticas gubernamentales**

El gobierno ha publicado dos declaraciones políticas con relación a los alimentos. La primera es los "Lineamientos de Política de Seguridad Alimentaria Nutricional, 1995-1998", emitida por SECPLAN. Esta se relaciona con las estrategias y prioridades planificadas y con aquellas que están siendo implementadas en la actualidad, incluyendo:

- Enfoque global e integral para la seguridad alimentaria
- Producción incrementada de granos básicos, horticultura, frutas, carnes y aves para consumo doméstico
- Priorización de acciones para los grupos pobres y vulnerables
- Fortalecimiento de servicios sociales e infraestructura para la producción de alimentos (créditos, asistencia técnica, comercialización)
- Extensión de cobertura
- Servicios de salud materno-infantil de mejor calidad
- Fortalecimiento de la participación social
- Modernización de la administración pública

- Fortalecimiento de las municipalidades en la obtención de los requerimientos de alimentos y nutrición a nivel de la familia y
- Garantizar condiciones básicas de saneamiento, tendentes al mejor uso de los alimentos.

No existe referencia a una meta nacional en relación con el aumento del nivel de ingesta de calorías, grasas y proteínas.

La otra política es el "Plan Agrícola para el Desarrollo del Campo (PROAGRO) 1995-1998", o, emitido por el Consejo de Desarrollo Agrícola (CODA). Se relaciona con las políticas agrícolas dentro del marco macro-económico y los tópicos sectoriales que hacen énfasis en:

- Acceso a la propiedad de la tierra
- Financiamiento rural
- Información de mercados
- Recursos naturales renovables
- Irrigación
- Generación y transferencia de tecnología agrícola
- Sanidad agrícola
- Agroindustria y
- Pesca

## 2) Acciones actuales en relación con el desarrollo agrícola

El PNUD ha cambiado su previo "Enfoque de Proyecto" a un "Enfoque de Programa", lo que requiere mejor coordinación y está enfocado particularmente hacia el alivio de la pobreza y la educación. Por otra parte, la FAO aún hace énfasis en el estilo de cooperación técnica que resolverá los cuellos de botella en tecnología. Recientemente concluyó sus proyectos sobre "Entrenamiento para la Operación/Modelo de Rastros" y de "Coordinación y Armonización para los Pesticidas Residuales y su Control".

Muchos donantes bilaterales y ONGs están trabajando independientemente en el desarrollo agrícola para resolver problemas de seguridad alimentaria en el país. Casi todos los proyectos incluyen no solo un componente directo de producción sino también componentes de apoyo tales como acceso al crédito, educación nutricional y sistema de información de mercadeo. Tales sistemas de apoyo son muy importantes para mejorar los estándares de vida de los agricultores.

La función de la Secretaría de RRNN es una de coordinación únicamente, ya que ésta no tiene la capacidad para monitorear y evaluar los logros de los proyectos.

## 3) Acción actual respecto a la "Seguridad Alimentaria"

Actualmente dos instituciones están realizando un gran esfuerzo en cuanto a seguridad alimentaria: CARE, con fondos de USAID y el PRAF, con apoyo del PNUD y con fondos del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE). Ambas asisten al Gobierno Central en la

implementación del programa de compensación social a través de la estrategia de la seguridad alimentaria, y cooperan con el MSP.

CARE ha trabajado por más de 40 años en Honduras. Actualmente tiene 27 extensionistas regionales y 10 gerentes técnicos, con un presupuesto de Lps. 4.7 millones por año. Ellos enfocan su actividad al suministro de alimentos básicos, diversificación de cultivos y al entrenamiento de trabajadores de la salud. Asimismo, recientemente iniciaron un proyecto de desarrollo de oportunidades de empleo en áreas rurales de cada región. CARE está iniciando el establecimiento de "Sistemas de Monitoreo Gerencial" y "Estudios de Línea de Referencia" que incluye medidas del estado de la salud, ingreso familiar, producción agrícola y respecto a ingesta de calorías por familia.

El PRAF ha emitido "cupones de alimentos" a las madres jefes de familia con un ingreso mensual de menos Lps. 400.00. Se esperan dos efectos como resultado de la emisión y entrega de los cupones de salud: aumentar la asistencia a la escuela para niños y promover la asistencia a los servicios de alimentos. El PRAF también promueve estrategias de supervivencia para mujeres asistiéndolas en la adquisición y operación de micro-empresas. Se provee adiestramiento y pequeños fondos para semillas. En algunos casos el capital para estas empresas proviene de los cupones para alimentos y las amas de casa participantes se convierten en accionistas. Un manual titulado "Tiendas Rurales de Consumo" ha sido publicado por el PNUD y es un buen ejemplo de las actividades de auto-suficiencia.

La USAID recientemente implementó una evaluación de impacto de sus programas de alimentos PL 480 (incluyendo la distribución de alimentos en los centros de salud, trabajo por comida y los cupones administrados por el PRAF).

A solicitud del Gobierno de Honduras la FAO ha iniciado recientemente un proyecto para fortalecer las actividades sobre alimentación y nutrición. Los componentes del proyecto incluyen:

- Política alimentaria y de nutrición
- Seguridad alimentaria para el nivel familiar
- Micro-Nutrientes
- Educación sobre Nutrición y
- Control de Calidad.

A pesar de que las agencias gubernamentales involucradas con este proyecto son SECPLAN y el Ministerio de Salud Pública, se requerirá la estrecha colaboración de varias ONGs para decidir sus futuras direcciones.

## *(7) Agua, saneamiento y otros ambientes*

### **1) Plan Maestro/de Acción para Agua y Saneamiento**

UNICEF/SANAA han iniciado la preparación de planes de Agua y Saneamiento Municipal para el nivel nacional. La meta es obtener fondos para implementar los planes municipales basados en tecnologías de bajo costo y promover el uso racional del agua y de los recursos financieros. La construcción de la infraestructura para proyectos de agua está siendo manejada por el MSP en las comunidades pequeñas y por el SANAA en las grandes. Unas pocas ciudades, tales como SPS (con el DIMA) manejan sus sistemas, una orientación fuertemente apoyada bajo los planes de Modernización del Estado.

Para promover la descentralización del manejo del agua y los servicios a las municipalidades, se ha dado comienzo al entrenamiento de técnicos en almacenamiento de agua, aguas servidas y áreas de saneamiento en 35 municipalidades. Eventualmente, suficientes técnicos municipales serán entrenados para emprender y manejar los planes de agua y saneamiento de las municipalidades.

### **2) Áreas Urbanas**

#### *(A) Tegucigalpa*

El suministro de agua de Tegucigalpa es agua de superficie (95%) y de pozos subterráneos; el agua de superficie es provista por los sistemas de agua de El Picacho, Los Laureles y Concepción. Concepción tiene clorización y filtrado rápido del agua y provee alrededor de 1,200 l/s, o sea el 60-70% del agua de superficie de Tegucigalpa. Con la conclusión de una planta de filtrado de agua en El Picacho su capacidad será de 900 l/s, lo cual descenderá como a la mitad en la estación seca (febrero-mayo). Los Laureles suministra alrededor de 500-600 l/s y es un suministro de agua clorada y de filtrado rápido. Los pozos están localizados en varios lugares de la ciudad y generalmente no incluyen el tratamiento del agua.

No todas las áreas de la ciudad tienen suministro de agua durante las 24 horas. El SANAA controla y raciona el suministro de agua a las diferentes áreas de la ciudad debido a la falta de agua y las dificultades en el sistema de suministro. Un gran número de residentes en áreas marginales de Tegucigalpa no recibe suministro de agua por tuberías y por lo tanto deben comprarla en pozos cercanos o a camiones que la acarrean.

El sistema de alcantarillado de Tegucigalpa tiene alrededor de 30-40 años. Ya ha excedido su vida útil y tiene filtraciones en un 60%. Existen 52 kilómetros de sub-colectores y colectores y la mayoría de los colectores está en mala condición o dañados. La red de colectores está generalmente en buena condición, con una extensión de 650 kilómetros. En 1992 se hizo un estudio parcial para

mejorar el sistema de alcantarillas de Tegucigalpa que incluía una planta de tratamiento. Este estudio también cubrió el mejoramiento del sistema de alcantarillado de otras grandes ciudades así como el de 23 pequeñas ciudades. El BID está en la actualidad otorgando un préstamo para completar el estudio y para el diseño del sistema de alcantarillado de Tegucigalpa y ha reservado US\$ 50 millones para el mejoramiento/rehabilitación del sistema.

Las redes de agua y alcantarillado de nueva construcción son ejecutadas por urbanizadores privados, de acuerdo a las normas establecidas por el SANAA. A la conclusión de cada red ésta es transferida al SANAA para su operación y mantenimiento. Esta transferencia de los urbanizadores privados al sector gubernamental también se aplica en la municipalidad de SPS.

#### *(B) San Pedro Sula*

El DIMA, que maneja el suministro de agua de SPS, fue fundado en 1976. En la actualidad la cobertura de agua en el área urbana de SPS es del 90% y la cobertura del sistema de alcantarillado es del 65%. El 70% del agua proviene de recursos subterráneos, en tanto que el restante 30% es agua de superficie. Los recursos de agua existentes incluyen cinco represas y 81 pozos. El Plan Maestro para el Agua Potable de SPS, en cooperación con el Banco Mundial y la Corporación de Desarrollo de la Mancomunidad Británica, busca llenar los requerimientos de agua de la ciudad hasta el año 2010. La fase 1 de este Plan Maestro está terminada en un 98% y finalizará en 1996. Los componentes principales de este Plan Maestro son: mejoramiento del sistema de suministro de agua en el área urbana, construcción de plantas de tratamiento de agua (que está siendo ejecutada en la actualidad por un contratista japonés bajo asistencia de donación); y el suministro de agua a áreas que en este momento no lo tienen.

En la actualidad no existe el tratamiento de aguas negras. Las aguas desaguan en el Río Chamelecón. El interés principal del sistema de disposición de aguas negras es por el mantenimiento de los colectores y la construcción de plantas de tratamiento. El BID ha ejecutado un estudio de los requerimientos de tratamiento de aguas. El estudio recomienda el sistema de laguna de oxidación o el método de planta de tratamiento para manejar las aguas negras. DIMA no ha decidido qué método adoptará. Si DIMA implementa las recomendaciones del estudio, la cobertura alcanzará el 90%. Su meta es la cobertura al 100% en los años 2005-2010.

Hace dos años el DIMA emitió instrucciones a las industrias en sentido de implementar el tratamiento de desechos antes de descargarlos. Después de un período de gracia de 3 años, DIMA comenzará a imponer multas/penalizaciones si las industrias no cumplen con las instrucciones y normas de desagüe.

### **(C) Áreas Urbano-Marginales**

En las áreas marginadas de las grandes ciudades, como Tegucigalpa y SPS, personas que emigran de las áreas rurales han creado asentamientos descuidados y sin planificación.

En el caso de Tegucigalpa existen 218 "barrios marginales" con una población cercana a los 400,000 habitantes. Estas áreas marginales están ubicadas en cerros sin servicios adecuados de agua, alcantarillas o tren de aseo. El suministro de agua en estas áreas es obtenido a través de la entrega de la misma en camiones privados, una llave pública común y/u otros esquemas de red privada de suministro. La Unidad Ejecutiva de los Barrios Marginales fue creada con fondos de la UNICEF y apoyo técnico del SANAA para resolver, entre otros asuntos, el problema del agua en las áreas marginales. Sus enfoques en cuanto al suministro de agua son: suministro del agua con camiones; desarrollo de los pozos en el área; el suministro de agua desde tubería principal y tanques construidos en la comunidad. El objetivo es eliminar o reducir la necesidad de comprar el agua a vendedores ambulantes privados. El impacto positivo de los proyectos claramente demuestra su viabilidad. Existen planes para aplicar la metodología a otras ciudades con problemas similares.

En SPS la municipalidad ha planificado áreas para nuevos asentamientos para los recién llegados y el re-asentamiento de las personas que viven en las márgenes de los ríos y en áreas designadas para las necesidades de desarrollo, tales como la ampliación de carreteras. Estas áreas de asentamiento son provistas de agua, electricidad y servicio de tren de aseo.

### **3) Áreas Rurales**

Las áreas rurales, por lo general, no tienen suministro de agua por tubería o red de alcantarillado. Su suministro de agua proviene de pozos individuales o manantiales que están localizados cerca de la comunidad. Las letrinas, si las hay, son letrinas de fosa simple.

## **4.3.2 Factores relacionados con las conductas en los hogares y la comunidad**

### **(1) Aspectos culturales/antropológicos:**

#### **1) Grupos étnicos y creencias y costumbres tradicionales**

Honduras cuenta todavía con alrededor de un 9% de población étnica, dividida en varios grupos importantes (los Garífunas en la Costa Norte y los Misquitos en la parte este del país, representando conjuntamente cerca de 2% de la población étnica, los Lencas (6%) en las montañas occidentales, los Pech, Xicaques, Tolupanes y otros). Los hallazgos del Grupo de Estudio concuerdan con una serie de otros estudios en cuanto a que entre estas poblaciones no hay mayor resistencia a aceptar los servicios de salud institucional provistos por el Gobierno. Estos servicios ofrecen un complemento a los que prestan los proveedores tradicionales, usados para condiciones más

tradicionales: "el empacho", "el mal de ojo", etc. Ciertamente, las personas que viven en las áreas aisladas hicieron hincapié en la pobre accesibilidad, debido a una insuficiente extensión de la red de servicios de salud y proveedores y por el alto costo de las medicinas en las farmacias privadas. Es interesante que los proveedores de salud del MSP y las ONGs en el área lenca de La Esperanza han estado promoviendo el uso de hierbas medicinales tradicionales, pero, por otro lado, este aspecto tradicional de atención a la salud está desapareciendo lentamente en otras étnicas, tales como los tolupanes.

La breve visita del equipo de antropólogos del Grupo de Estudio a las áreas aisladas montañosas, ofreció datos sobre características de la pobreza rural (deficiente técnicas agrícolas, poco acceso a crédito), las malas condiciones de vida, y la limitada dieta básica, las cuales constituyen un alto factor de riesgo en cuanto a las enfermedades de transmisión vectorial e IRAs.

El nivel de educación y la descendencia étnica son factores altamente relacionados con la persistencia de las creencias tradicionales, especialmente entre los grupos lenca (Refiérase al Volumen 3, para mayor detalles).

Una implicación importante de la prestación de servicios de salud para los grupos étnicos es la necesidad de proveedores que al menos entiendan e, idealmente, compartan el conocimiento benéfico y las creencias de estos grupos. Es también importante tomar en cuenta algunas características especiales de los dos grupos principales:

- Los misquitos, a pesar de las difíciles condiciones de acceso, evidenciado por la más alta tasa de mortalidad materna en el país, tienden a buscar más frecuentemente los servicios de salud institucionales (ver la Sección 4.3.3.) y además evidencian una ligeramente menor prevalencia de creencias tradicionales.
- Los garífunas, de alguna manera, tienen mejores condiciones de vida y dietas específicas que inducen a patrones epidemiológicos diferentes (más alta prevalencia de enfermedades cardiovasculares).

## 2) El Machismo, la Condición de la Mujer y la Sexualidad

Entre la población ladina de Honduras, el patrón cultural más influyente es el tipo de "machismo" particular del país, mayormente sostenido por las actitudes y conductas masculinas, pero igualmente enclavado en la educación y perspectivas de las mujeres. El machismo con su corolario de fatalismo, a menudo se tiene como el factor causal más importante en la condición persistente de inferioridad social de la mujer, en las altas tasas de fecundidad, los patrones de paternidad y sexualidad irresponsables, la resistencia a un mayor uso de métodos efectivos de planificación familiar y la difusión de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA. Sin embargo, debe notarse que la persistencia de la alta fecundidad en las poblaciones étnicas también corresponde a las preocupaciones por la supervivencia de la población.

## **(2) Participación comunitaria (Aspectos sociales)**

### **1) Situación actual de actividades existentes:**

A fin de evaluar la magnitud de la permeación de la participación social en el sector de la salud, 17 programas existentes, recomendados como exitosos ejemplos por los ministerios y organizaciones interesados, fueron revisados por el Grupo de Estudio durante la Fase II.

De acuerdo con la definición de la OPS existen tres etapas en la "participación social": "la utilización" de los servicios o instituciones existentes; "la cooperación" en la implementación y "el involucramiento" en la planificación. En base a esta definición se desarrollaron las siguientes tres categorías para la evaluación del estudio:

- Categoría A: Programas que solamente requieren la participación de la comunidad en un papel de apoyo. En esta categoría los miembros de la comunidad se incluyen en los programas de acuerdo a las necesidades para una tarea específica. Ellos dependen totalmente de los ejecutores externos, para la programación.
- Categoría B: Los programas que capacitan a los miembros de la comunidad para que logren alcanzar el nivel de auto-suficiencia. En esta categoría los miembros de la comunidad reciben entrenamiento pero no están involucrados en el proceso de toma de decisiones.
- Categoría C: Los programas que incluyen a los miembros de la comunidad en el proceso mismo de planificación. En esta categoría los miembros de la comunidad forman parte de la junta directiva de los programas con voz en su manejo y desarrollo.

A continuación se presentan los resultados de la evaluación de los programas existentes:

### **2) Programas integrados: programas integrados con diferentes campos incluyendo salud:**

#### **Categoría A:**

- "Centro de la Familia"(Olancho), del INFOP
- "Programa de Alimentos y Nutrición"(Goascorán, San Marcos de Colón y otras municipalidades) de la JNBS.

#### **Categoría B:**

- "Programa de Desarrollo Integral La Mosquitia" (Gracias a Dios, parte de Olancho, Colón) de MOPAWI

#### **Categoría C:**

- "DRI-Yoro"(6 Municipalidades en el Departamento de Yoro) de RR NN
- "Estrategia del Desarrollo Participativo para el Fortalecimiento de la Municipalidad"(Municipalidad del Distrito Central), de la M.D.C.
- "Proyecto HON 091023 - Apoyo a la Municipalidad de SPS" (5 sectores de la Municipalidad de SPS), de la Municipalidad de SPS
- "Plan para el Desarrollo Sostenible, Fortalecimiento y Descentralización de la Municipalidad de Nacaome, 1995-2000"(Nacaome, Valle), de la Municipalidad de Nacaome.
- "Cooperación Honduras/Alemania para la Seguridad Alimentaria"(3 Municipalidades en Lempira, Brandique, Santa Cruz y San Andrés) de COHASA-II

### 3) Programas Específicos: Programas enfocados hacia salud.

#### Categoría A:

- “Programa de Alimentos” y “Alimentación Escolar” (en Área de Pobreza), de CARE: donación de alimentos.
- “ALA8620” (Francisco Morazán, El Paraíso) del MSP: saneamiento básico
- “Hortalizas” (áreas con alta desnutrición) del MSP y SEP: promoción de la siembra de hortaliza familiar y escolar.

#### Categoría B:

- “Programa de Cupones” (en Área de Pobreza) del PRAF: suministro de cupones a las personas debajo del nivel de pobreza.
- “Alimentación (Merienda) Infantil” (en áreas de alta desnutrición) del MSP: servicio de merienda (alimentación) para niños desnutridos.

#### Categoría C:

- “UPS de Colinas” (San Miguel de Lajas, Santa Bárbara y otras 47 Municipalidades) del MSP: mejoramiento de la condición nutricional de niños menores de 5 años.
- “Monitoreo Infantil” (en áreas de escasos servicios de salud) del MSP: descubrir en etapa temprana a los infantes subdesarrollados.
- “Hospital Comunitario” (La Esperanza, Intibucá) del MSP: reflexión sobre las opiniones de la comunidad respecto al manejo del hospital.
- “FHIS 2” (áreas con poca infraestructura básica) del FHIS 2: mejoramiento de la infraestructura básica.

### (3) Analfabetismo/educación

Honduras todavía mantiene un importante déficit en la educación: 30% de la población en general es analfabeta, pero en las áreas rurales esta es del 42%. La duración promedio de la escolaridad es de solo 3.9 años. El 60% de la población económicamente activa tiene menos de 3 años de escolaridad, el 15% ha llegado a la educación secundaria y sólo el 3% tiene algún nivel de educación universitaria.

El sistema de educación comprende 3 niveles: básica, secundaria y superior. El Ministerio de Educación Pública es el principal proveedor del sistema de educación básica, incluyendo el nivel pre-escolar, la educación primaria, la educación de adultos y educación de cultura popular. La educación primaria es obligatoria y gratuita. La cobertura de matrícula para 1992 fue de más del 85%, a pesar de que la tasa de crecimiento, a lo largo de la última década, ha sido muy lenta y es improbable que permita alcanzar la meta del 90% para 1995.

La repitencia y el abandono, especialmente en las áreas rurales, todavía constituye un problema importante para el logro de los objetivos de la educación primaria, como lo demuestra el siguiente cuadro:

	1988	1992	1995 (meta)
Indice de Repitencia	15.0%	11.4%	10.0%
Indice de Abandono	4.5%	3.3%	2.0%

Debido a estos índices, la eficiencia final del sistema escolar es aún baja, especialmente en las áreas rurales donde sólo 136 de 1,000 estudiantes matriculados en 1984 terminaron la escuela primaria en 6 años; 177 la terminaron en 7 a 9 años y 687 no terminaron la educación primaria. Las cifras correspondientes para las áreas urbanas son 360, 359 y 281 respectivamente. La asignación, por parte del PRAF, de un bono mensual a las madres jefes de familia cuyos niños se matriculan en la escuela primaria podría contribuir al mejoramiento de estas cifras (una evaluación del impacto se llevó a cabo el año pasado; los resultados aún están pendientes).

La educación secundaria incluye la educación de nivel medio (un ciclo básico de 3 años y un ciclo diversificado de 2-3 años) y la educación técnica; la responsabilidad es compartida por el sector privado y el público. La cobertura de matrícula para la educación secundaria, la cual se ha estancado alrededor del 20% en la última década, registró un significativo aumento a 39% en 1992, debido a la apertura de 100 colegios nuevos y varias orientaciones nuevas, correspondiendo a la demanda del mercado laboral, conduciendo así a la meta para 1995 del 42%. Estas orientaciones incluyen: computación, mercadeo, gerencia hotelera y turismo, salud y nutrición, electricidad, electrónica, etc. La eficiencia final de la educación secundaria (es decir, la proporción de alumnos que terminan dentro del tiempo requerido) se ha estimado en el 32% para los estudiantes matriculados en 1984.

La educación superior incluye el sector universitario, dominado por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, la Universidad Pedagógica Nacional (94%) con pequeña participación de cinco universidades privadas; y el sector no-universitario (la Escuela Forestal, la Academia Militar, el Seminario). La cobertura de matrícula en 1990 fue de 6.4% de la población mayor de 17 años.

La educación para adultos incluye tres programas: la escuela primaria acelerada, la educación funcional, centros de cultura popular, todas tendentes a proveer las destrezas básicas de aprendizaje. Estos programas cubrieron un promedio de 3,300 personas entre 1990 y 1992; en esta fecha fueron suplementados con otros programas, alcanzando una cobertura total de 13,300, de los cuales 69,000 correspondieron a un programa interactivo a través de la radio.

Los problemas identificados para el sector educativo incluyen:

- Baja cobertura de educación pre-escolar, educación secundaria y superior, permitiendo la primera que los niños obtengan un mayor beneficio de la educación primaria; abriendo las

últimas dos oportunidades para empleos más gratificantes. A este respecto, para la mayoría de la población un obstáculo importante es el alto costo de la escuela privada.

- Falta de profesores de educación primaria: en 1992 el 42% de las escuelas del país tenían un solo maestro para todos los grados; asuntos administrativos, con impacto negativo en la calidad de la educación.
- Estructura centralizada e ineficiente que impide el manejo apropiado de los recursos, falta de coordinación entre niveles.
- Desde el punto de vista de los maestros, la falta de oportunidades para la promoción, basada en el mérito, disminución del status social y bajos niveles de salario real (disminución del 50% en los últimos 10 años), lo que les lleva a buscar una fuente adicional de ingreso.
- Financiamiento de la educación: a pesar de que el presupuesto para educación representó en 1992 el 54% de los gastos sociales del Gobierno, el 97% de éstos fue gastado en salarios y costos corrientes de operación, dejando sólo el 3% para inversión. Sin embargo, este sector de actividades ha sido suplementado desde 1990 con programas de compensación social (construcción y reparación de escuelas por parte del FHIS). Adicionalmente, existe una fundamental desigualdad en el gasto de los fondos para la educación pública que atribuye el 6% del presupuesto nacional a la UNAH y de esa manera favorece la educación superior subsidiando la matrícula universitaria y las colegiaturas, principalmente para aquellos que pudieron costearse la educación secundaria completa. Este patrón inequitativo se muestra en el cuadro siguiente, para el presupuesto de 1993:

<i>Nivel</i>	<i>Matrícula</i>	<i>Presupuesto</i>
Primaria	80%	58%
Secundaria	17%	22%
Universitaria	3%	20%

Además, la asignación de una porción fija del presupuesto a la universidad, sin tomar en cuenta los resultados y el bajo nivel de inversión personal por parte de los estudiantes son factores para la baja calidad de esta institución.

#### ***(4) Dinámica y estructura demográfica***

##### ***1) Características de la población***

En base a datos de los Censos de Vivienda de 1974 y 1988, la población de Honduras para 1993 se estimó en 5,173,141 habitantes con una tasa de crecimiento de 2.8%, lo que implica que la cifra de población se duplicará en un período de 26 años.

Las razones para la tasa de crecimiento natural aún alta, son la disminución de la mortalidad, combinada con una constante alta natalidad. Según los datos de la ENESF de 1991/92, la tasa global de fecundidad ha disminuido de 7 niños por mujer en los años 70, a 5.2. Sin embargo, esta disminución en las tasas de fecundidad no ha tenido como resultado la correspondiente disminución de la tasa bruta de nacimientos, debido al arribo a la edad fecunda de una multitud de mujeres jóvenes, producto de anteriores tasas altas de fecundidad. Además, las tasas específicas por edad y

estrato muestran que la fecundidad ha disminuido principalmente en las mujeres mayores de 25 años con básicamente ningún cambio en el grupo de edad menor a los 25 años durante los últimos 5 años; las mujeres rurales como promedio tienen 3 hijos más que sus contrapartes de Tegucigalpa y SPS.

La tasa bruta de mortalidad disminuyó de 13.6 en el período 1970-75 a 6.4 en 1993, reflejada en un aumento de la expectativa de vida de 54 a 67 años. La disminución en tasas brutas de muerte se explica, en parte, por la disminución sustancial en las tasas de mortalidad infantil, de 109 a menos de 50 por 1,000 nacidos vivos en el período 1970-90.

Como resultado de la disminución de la mortalidad y la lenta reducción de la fecundidad, el 46% de la población hondureña en 1988 era menor de 15 años. Finalmente, las tasas de migración fueron estabilizadas en los años 90 con el retorno de los refugiados de El Salvador y Nicaragua a sus respectivos países.

Durante el período de tiempo considerado bajo el Plan Maestro de Salud, la cifra de la población por debajo de los 15 años aumentará lentamente de 2.4 a 2.7 millones, en tanto que el número de personas de 65 años y más casi se duplicará, de 184,000 a 303,000, alcanzando eventualmente la cifra de 1,171,000 (es decir casi el 15% de la población) en el año 2050. El número de mujeres jóvenes aumentará también de 563,000 a 789,000, llevando así a altas tasas persistentes de nacimientos si la tasa global de fecundidad no es disminuida (ver Figura 4-5).

En 1988, el 41.7% de la población era urbana, con una tasa de crecimiento del 4.9% para el período 1974-1988. La encuesta de hogares reportó que el 57% de los jefes de hogares viviendo en ciudades grandes no eran originarios de ahí; para las ciudades pequeñas y las áreas rurales, estas cifras fueron 43% y 24%, respectivamente. Debido a este fenómeno de migración hacia la ciudad, los Departamentos de Cortés (con la ciudad principal de SPS) y Francisco Morazán (con la Capital, Tegucigalpa) aumentaron su población respectivamente en 70% y 77%. El deterioro de las tasas de cobertura urbana respecto al agua y la infraestructura sanitaria ha aumentado las dificultades para atender las necesidades básicas de esta nueva población urbana, mayormente ubicada en asentamientos sin planificación.

Los departamentos incluidos en la zona C del Estudio registraron el aumento más alto de población y, en base a datos del Censo de 1988, se espera que la población actual crecerá por 15% hasta 2010. El desarrollo de las "maquilas" en el Departamento de Cortés explica una relación mujeres a hombres más alta que la usual. Las zonas B y F tendrán poblaciones casi estables, con la inmigración en Colón compensando las pequeñas disminuciones en los otros departamentos. Las zonas A, E y especialmente D (Valle) continuarán experimentando la migración de rural a urbana en gran escala.

## 2) *Actividades de planificación familiar y políticas de población*

Las tasas de prevalencia de anticoncepción para mujeres en unión han estado creciendo ininterrumpidamente de 26% en 1981 a 46% en 1991/92, con las tasas más altas en áreas urbanas, especialmente en las dos principales ciudades. El método más ampliamente usado es la esterilización quirúrgica femenina (15.6%). Una tendencia reciente y preocupante mostró durante el período 1987-92 una disminución en el uso de anticonceptivos orales, del 13.4% al 10.4% y el correspondiente aumento del uso de métodos naturales, menos efectivos (del 7.4% al 11.7%).

Las fuentes de adquisición de anticonceptivos modernos son diversas: Al MSP corresponde el 30% del suministro, al IHSS el 7.9% y a ASHONPLAFA, una institución privada, financiada por USAID y que trabaja a través de varias clínicas y una red de distribuidores asentados en las comunidades, corresponde el 24.2% mientras que el otro sector médico privado provee el 20.7% y las farmacias y tiendas proveen el 14.8%. La mayoría de las esterilizaciones es ejecutada por el IHSS y ASHONPLAFA. Los suministros de anticonceptivos para el sector público y para los puntos de distribución de ASHONPLAFA son provistos por USAID. La demanda no satisfecha de anticonceptivos usados entre las mujeres en unión se estima en un 13%.

La política oficial de población declara el derecho de la pareja a elegir libremente el número y espaciamiento de sus hijos y que se les deberá proveer la información necesaria y los servicios para ejercer este derecho. El aborto es ilegal, aunque se practica en Honduras.

A continuación de darse a conocer los resultados del Estudio de Mortalidad Materna de 1990 los profesionales de la salud desarrollaron una mayor conciencia en sentido de que la planificación familiar era ciertamente la principal estrategia disponible a corto/mediano plazo para reducir los embarazos de alto riesgo y por ende disminuir las altas tasas de mortalidad materna. Se emprendió un número de actividades de salud reproductiva basadas en el impacto esperado sobre la salud de madres e hijos a través de la planificación familiar. Empero, no se anticipa un apoyo político a escala completa para las actividades de planificación familiar por temor a las repercusiones políticas originadas por el sector "pro-vida" de la sociedad hondureña, como la reacción frente a las proyecciones demográficas presentadas por USAID, que definieron las sugerencias de política acompañantes, como "terrorismo demográfico".

No obstante, se debe tomar nota de que en base a las evaluaciones de la ENESF y de otras investigaciones cualitativas sobre los riesgos reproductivos, los factores religiosos no son la razón principal para no usar los métodos de planificación familiar. Más comúnmente indicadas son las actitudes negativas de los compañeros de las mujeres, la motivación y actitud de los proveedores de salud/planificación familiar y el acceso a/constancia de disponibilidad de los métodos de planificación familiar las razones para no utilizar anticonceptivos.

En resumen, los retos demográficos pueden manifestarse como a continuación:

- La tasa continua de alto crecimiento de la población de acuerdo a estándares regionales y globales es aún preocupante ya que hace difícil el aumento del PIB per cápita, especialmente bajo condiciones económicas adversas, y pone en duda las perspectivas de la seguridad alimentaria.
- El aumento de la expectativa de vida, debido a una constante baja en las tasas de mortalidad, resultará en un aumento en la proporción de ancianos modificando por ende el perfil epidemiológico (más enfermedades crónicas degenerativas) aumentando la carga a los sistemas de pensiones y a la población económicamente activa.
- La continuación de la migración rural-urbana en ausencia de una estricta planificación urbana aumentará la proporción de áreas marginales en las ciudades de gran y mediano tamaño y aumentará la carga de los servicios de salud en estas áreas.
- A menos que los planes de desarrollo rural (probablemente caros) sean implementados en áreas rurales desposeídas, la migración hacia afuera continuará y el resto de la población rural se dispersará haciendo más difícil el acceso a los servicios de salud.
- Existe una demanda no satisfecha respecto a la planificación familiar que requiere superar los obstáculos de organización y motivación dentro de las instituciones y los profundos patrones culturales en la población. En particular, existe la necesidad de trabajar más estrechamente con los varones.

## *(5) Educación relacionada con la salud*

### *1) Actividades del MSP*

Las actividades de educación relacionadas con la salud en el MSP son dirigidas por la División de Educación para la Salud (DES) que incluye tanto personal médico como técnico en comunicaciones y dispone de equipo audio-visual para la preparación de material educativo. Los temas de contenido son preparados en coordinación con la Unidad Técnica apropiada, que también revisa el material preparado. Estos materiales incluyen anuncios de radio o televisión, rotafolios, afiches y panfletos. El material impreso es reproducido en grandes cantidades por contratistas externos y los mensajes de TV/radio son contratados para su transmisión en canales nacionales y locales, de acuerdo al plan de comunicación.

Los equipos regionales de salud tienen una persona de recurso humano/comunicaciones a cargo de distribuir material educativo impreso a los establecimientos de salud y de entrenar personal, usualmente enfermeras profesionales o auxiliares y promotores, acerca de su uso (tanto en contenido como en metodología). Los afiches se colocan en las paredes de las clínicas y en salas de espera y se usan, junto con los rotafolios, como apoyo en reuniones educativas antes de abrir las clínicas. El material impreso está disponible para su lectura dentro de la unidad de salud, al menos para aquellos que saben leer (aunque algunas veces un lector puede compartir su conocimiento con otros pacientes).

La educación relacionada con la salud sobre tópicos específicos, especialmente el uso correcto del tratamiento prescrito puede ser complementada por la enfermera o el médico durante la consulta,

pero esta modalidad está fuertemente limitada por la brevedad del tiempo disponible para cada paciente, al menos en los CESAMOs y los departamentos de pacientes ambulatorios del hospital. El personal con base en la comunidad también es entrenado por el personal del establecimiento de salud respecto al uso de material gráfico.

Métodos alternativos de comunicación, tales como el teatro de títeres, dramas, televisión hecha en casa con cartones, se han usado a veces por iniciativa local.

Gran parte de los esfuerzos de la DES en los últimos años se han dedicado a la implantación de la Terapia de Rehidratación Oral (TRO) y a la prevención de enfermedades diarreicas a través de un suministro de agua segura para beber y al saneamiento, esto último como resultado del brote de cólera de 1991. La disminución de la mortalidad infantil observada en Honduras puede acreditarse en parte a los esfuerzos de una década para introducir el uso de las sales para rehidratación oral (SRO) como una manera apropiada de prevenir la deshidratación inducida por la diarrea y la muerte de los niños. Otros tópicos considerados son la promoción de la lactancia materna y los patrones de alimentación infantil adecuada, el manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) y la identificación de la neumonía severa y la prevención/manejo del riesgo reproductivo. Debe hacerse notar, sin embargo, que el desarrollo de planes elaborados de comunicación, con participación de todas las divisiones interesadas, predispone a una prolongación considerable de los atrasos entre conceptualización y difusión real de los mensajes de los planes.

La evaluación del impacto de la comunicación se ha realizado a través de análisis de datos de investigación de corte transversal (ENESI, datos básicos específicos y el estudio final sobre nutrición) y a través del monitoreo intermitente de las estaciones de radio/canales de televisión. La evaluación a nivel local, mas allá de la experiencia derivada de la validación de materiales, hasta la fecha no ha sido sistematizada. Resultados de la encuesta de hogares demuestran una alta prevalencia de tenencia de radios (hasta el 69% de las viviendas rurales), mientras que los televisores están limitados al medio urbano.

<i>Encuesta de Hogares/1995</i>	<i>Ciudades grandes</i>	<i>Ciudades pequeñas</i>	<i>Áreas rurales</i>
Tenencia de radio	92%	87%	69%
Tenencia de televisor	88%	68%	18%

## 2) *Otras fuentes*

Además del material previamente mencionado, el HISS ha desarrollado una serie de materiales educativos en cintas de video, principalmente en relación a conceptos de riesgo reproductivo y

salud materna, para mostrarlas en las clínicas de la institución y en las salas de espera de los hospitales.

ASHONPLAFA también tiene su propio material impreso, el contenido del cual ha sido revisado por el personal técnico del MSP para comprobar su congruencia. Las ONGs usan tanto material del MSP como de ASHONPLAFA o una versión adaptada del mismo, produciendo raramente su propio material.

Existe un pequeño número de emisiones de radio y TV relacionadas con la salud nacional, con periodicidad semanal o diaria; el anfitrión del programa puede ser un médico o un invitado versado en el tópico del día. El personal del MSP y del IHSS es frecuentemente invitado y de esa manera se le ofrece la oportunidad para difundir las políticas y lineamientos de sus instituciones. La promoción de la lactancia materna, en particular, se ha beneficiado de una presencia frecuente en la radio, aún cuando los resultados no han sido positivamente establecidos a la fecha.

### **3) Actividades intersectoriales**

A pesar de que los temas relacionados con la salud han sido incorporados en la mayoría de los currícula escolares, su implementación, de hecho, se dejaba a la discreción y capacidad del maestro. Desde 1989, un plan integrado, desarrollado conjuntamente por grupos conjuntos del MSP/MEP, fue implementado para proveer a los maestros de escuela material técnico de apoyo (módulos de auto-capacitación) y organizar sesiones de entrenamiento sobre metodología, contenidos, etc. El plan fue iniciado primero en dos regiones cercanas a Tegucigalpa y luego extendido a otras dos. Asimismo, el plan incluyó un estudio CAP de los maestros, padres y alumnos antes y después del entrenamiento. Más recientemente se ha dado comienzo a actividades de educación relacionadas con el SIDA, como una acción conjunta de ambos ministerios.

## **4.3.3 Factores relacionados con la prestación de servicios de salud**

### **(1) Políticas de Salud**

El objetivo de la política nacional de salud de Honduras es la provisión oportuna, adecuada y costeable de servicios de salud a los individuos y a los diversos grupos de población en todo el país. Por medio del concepto de ampliación de la cobertura, que se convirtió en política nacional en 1973, Honduras ha continuado desarrollando estrategias para ampliar los servicios de salud.

Las municipalidades y las comunidades dentro de éstas han sido clasificadas usando el concepto de satisfacción de necesidades básicas, que se define según el tipo de vivienda, hacinamiento, acceso a y calidad del suministro de agua, la presencia o ausencia de sistemas de alcantarillado, acceso a la educación primaria y el porcentaje de dependencia económica.

El acceso a los servicios de salud está estrechamente relacionado con las condiciones de vida y las necesidades básicas no satisfechas de la población. Ciertamente, los más pobres de la población, aquellos que viven en las peores condiciones son a quienes la ampliación de la cobertura debería llegar. No obstante, debido a una variedad de razones mencionadas en otras secciones de este informe, estas poblaciones no siempre son alcanzadas ya que la equidad algunas veces puede minar la eficacia y la eficiencia.

Los principios de equidad (disponibilidad de iguales servicios tanto a los ricos como a los pobres), eficiencia (disminución de costos), efectividad (los resultados previstos son obtenidos) y la participación social se han mantenido a través de períodos de gasto relativamente liberal en el sector social, así como durante los tiempos más difíciles vinculados con el ajuste estructural de la economía.

Los principios de "opción global" prevalecientes bajo las condiciones ya mencionadas hicieron énfasis en tres orientaciones críticas: seguridad alimentaria, agua y saneamiento básico, y acceso de los servicios de salud.

Más recientemente otra política que guía al Gobierno de Honduras ha sido el proyecto de Modernización del Estado y su foco en la descentralización, con más responsabilidades e implícitamente más medios a ser asignados al nivel municipal. En el sector de la salud éstos se ha interpretado como la necesidad de promover y organizar la participación de la comunidad local en la identificación de sus necesidades y problemas y, eventualmente, en la administración local de los servicios de salud (o al menos parte de los mismos). Como parte de este compromiso, en Junio de 1994 los 293 alcaldes de Honduras convinieron en apoyar el "Plan de Acción Nacional de Desarrollo Humano, Infancia y Juventud" y usarlo como base para desarrollar sus propios planes municipales.

Además, un año mas tarde, en junio de 1995, los alcaldes se comprometieron a apoyar el "Pacto de la Infancia", bajo el cual las municipalidades identificarán los programas, proyectos y actividades municipales dirigidos hacia los niños, haciendo de ellos una prioridad por encima de otras presiones.

*El proceso de descentralización complementa el impacto de la programación local, una estrategia más antigua ya implementada por el MSP para mejorar la respuesta a las necesidades locales y mejor alcanzar a la población con bajo o muy bajo acceso a los servicios de salud. La programación local involucra estrategias del nivel inferior hacia arriba y coordinación local intersectorial en la identificación de problemas y asignación de recursos. El proceso se basa en las necesidades y características de "espacio-población" individuales, es decir, cada unidad de provisión de servicios de salud y su área de influencia. Los problemas locales son identificados y*

en base a la disponibilidad de recursos humanos y financieros disponibles se establecen las prioridades y se programan las actividades que de hecho pueden ser logradas.

La mayoría de las políticas previas han sido consolidadas recientemente bajo el Proceso de Acceso, considerado como el eje fundamental de la reforma y modernización del Estado. Este proceso aspira a proveer acceso a los servicios de salud a los grupos que especialmente sufren el mayor impacto del programa de ajuste económico y a mejorar la capacidad de monitoreo de sus condiciones de vida. Se ampara en el desarrollo de habilidades gerenciales del sistema de los servicios de salud como la estrategia más congruente con las condiciones actuales, haciendo énfasis sobre el desarrollo del nivel local y tomando en consideración tres orientaciones principales:

- Reorganización de la red de servicios
- Recuperación y desarrollo de recursos humanos y
- Sistematización de la participación social en la planificación, ejecución, monitoreo de los planes de la red local.

Se espera que el conjunto de políticas comprendidas dentro de este enfoque contribuirá a la solución de algunos problemas mayores experimentados en años anteriores:

- El equilibrio entre la equidad por una parte y la eficiencia y eficacia por otra parte es muy difícil. Por ejemplo, se han inaugurado nuevos centros de salud en áreas desposeídas, lo que en teoría aumenta el acceso a los servicios; pero los costos de operación para personal, medicinas y el mantenimiento no estaban disponibles. Por ende, los centros de salud se mantuvieron cerrados al público.
- Es necesario resolver una serie de obstáculos antes de que la descentralización entre en vigor: una gran porción del presupuesto operacional continúa aún bajo control central (especialmente de aquellos renglones relacionados con el personal y las medicinas); los obstáculos legales, tales como la necesidad de presentar fianza evitan que los gerentes/administradores obtengan responsabilidad total; los grandes sindicatos de la salud son reacios a que sus miembros pasen bajo el control fragmentado de las municipalidades.

## **(2) Leyes y reglamentos**

A continuación se resumen brevemente algunas de las leyes principales que regulan las instituciones de salud y los proveedores de servicios para la salud.

- i) Código Sanitario, aprobado por la Asamblea Nacional en agosto de 1991, establece los lineamientos generales y normas específicas relacionadas con la salud y la protección del ambiente. De acuerdo con la OMS define a la salud como un estado integrado de bienestar biológico, psicológico, social y ambiental, un derecho inalienable del ser humano, que implica la responsabilidad del Estado y de los ciudadanos en el cuidado de su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. El Código regula la disposición del agua, materiales de desecho y excreta; asuntos sobre la construcción, alimentos, bebidas, salud ocupacional y protección industrial, procedimientos para el registro de fármacos, cosméticos, productos biológicos y las correspondientes materias primas; fija las condiciones para el cierre de negocios relacionados

con la salud; las acciones a ejecutar en caso de emergencias y desastres nacionales; finalmente, establece los lineamientos para la disposición de cadáveres, el control de crematorios y cementerios. A pesar de que el Código establece la ley, manifiesta que los reglamentos específicos para la implementación de la ley y para sancionar a los violadores de la misma, quedan por desarrollarse. Tales reglamentos no han sido creados en todos los casos.

- ii) Ley del Seguro Social, emitida en 1959 como Decreto No. 140, establece el marco para los pagos, provisiones de cobertura y calidad de los servicios cubiertos por la seguridad social. En su forma actual, la ley impide tanto la ampliación de la cobertura y el aumento del porcentaje de contribuciones que paga el empleado y el patrono afiliados en los modelos de San Pedro Sula y Tegucigalpa. La ley, sin embargo no hace mención en cuanto a la necesidad de requisitos específicos, tales como la unanimidad de la Junta Directiva o enmiendas para cambiar el salario base para las cotizaciones. En 1991, cuando se estableció el techo del salario, sólo el 4.9% de la población trabajadora devengaba salarios por encima de Lps. 600. Como resultado esta cifra se fijó como salario máximo. Este techo no tiene relación con la realidad actual cuando el 79.6% de la población trabajadora devenga más de Lps. 600. Pese a que el IHSS está consciente de, y ha ejecutado estudios para demostrar la crisis financiera que enfrenta y la necesidad de aumentar los techos, la oposición de poderosos sectores del gobierno, los sindicatos y el sector privado ha impedido el cambio. Como se manifestó anteriormente, las cotizaciones por salud establecidas bajo esta ley, empero, no se aplican a nuevos contratos suscritos entre el Seguro Social y las empresas privadas. En Danlí, por ejemplo, las cotizaciones se calculan sobre un salario máximo de Lps. 1,500. Los porcentajes de contribución también difieren de lo que establece la ley general.
- iii) Estatuto del Médico Empleado en el Sector Público, adoptado en 1987, guía y regula las responsabilidades de los médicos, las jornadas de trabajo, salarios y conductas. Establece premios por mérito y los procedimientos de sanción. Un borrador de actualización de la ley y una propuesta sobre aumentos automáticos de salario/bonificaciones, basados en el aumento del costo de la vida y premios por mérito, fue elaborado durante la última asamblea general del Colegio Médico.
- iv) Ley del Servicio Civil, gobierna a los empleados no médicos del MSP, IHSS y la Universidad. Esta ley establece los derechos, beneficios y procedimientos para el despido de empleados no médicos.
- v) Ley de la Familia, bajo consideración del Congreso, resalta los derechos de la mujer y los niños y establece condiciones para su protección.

- vi) Ley de Población y Política Migratoria, aprobada en 1970 indica que la Dirección General de Población y Política Migratoria (DGPPM) es la institución responsable para el establecimiento y apropiada promoción de medidas para tratar aspectos demográficos. Como parte de la ley, el Consejo Consultivo de Población se convirtió en 1994 en la institución autorizada para preparar proyectos relacionados con la población y proponer medidas relacionadas con la política demográfica en general. Entre sus prioridades está: la búsqueda de una legislación y política poblacional que podría contribuir a la modificación de las variables demográficas con la meta de mejorar las condiciones de vida y el desarrollo e implementación de un Estatuto de Asentamientos Humanos, que regularía dentro del contexto de las municipalidades las áreas geográficas que sean definidas para habitación.
- vii) Ley de Municipalidades, emitida en noviembre de 1990 para derogar la obsoleta ley de 1927, establece la autonomía de las municipalidades dentro del contexto de los principios de la Modernización del Estado y la Descentralización. Detalla la estructura, composición, obligaciones y responsabilidades de las municipalidades. Autoriza a la municipalidad para imponer tasas y cobrar fondos por servicios y ventas, multas, donaciones y herencias. Además, la ley establece que el Gobierno Central transferirá a las municipalidades el 5% del ingreso de la República, comenzando con una contribución del 2% en 1992, 4% en 1994 y 5% de ahí en adelante. A la fecha, no obstante, las municipalidades han recibido, a lo sumo, transferencias del 2.5%. Los fondos deberían ser provistos a las municipalidades al final de cada trimestre. La ley ordena la creación de un instituto de Desarrollo Municipal, destinado a promover el desarrollo integral de la municipalidad. El principal objetivo del Instituto es capacitar a los funcionarios y empleados municipales, proveer asistencia técnica, promover la cooperación internacional y la coordinación de instituciones nacionales para proveer apoyo a las Municipalidades.
- viii) Acuerdo # 008-95 de la Presidencia de la República, crea una Comisión Especial de Salud (CESAL) cuya misión es ejecutar los procedimientos legales relacionados con la compra de medicamentos e insumos médicos en el mercado nacional e internacional, que pudiera requerir el MSP por un costo en exceso de Lps.100,000.
- ix) Acuerdo # 2563 del Ministerio de Salud Pública, emitido en 1 de julio de 1995, autoriza la creación de una Proveduría Especial del Ministerio de Salud Pública, responsable de la adquisición de bienes y servicios requeridos por el MSP. El Acuerdo establece la estructura de la oficina especial y ordena a la misma la preparación de un manual de normas y procedimientos a ser aprobado por el MSP.

Los problemas actuales en esta área son los siguientes:

- i) A pesar de que existen ya, o han sido preparadas, leyes relacionadas con la salud, su real implementación es obstaculizada por la falta de reglamentos específicos y controles por parte de las instituciones gubernamentales correspondientes. En respuesta a demandas de emergencia, los procesos establecidos son revocados.
- ii) Pese a que la ley del Seguro Social permite "romper" el techo de salario de Lps. 600, los tecnicismos y alguna oposición por parte de los patronos, sindicatos y el sistema han tenido como resultado que no haya cambios en un techo fijado hace más de 30 años.
- iii) No obstante que la ley establece procesos, éstos son muy difíciles de implementar. Por ejemplo: los empleados públicos pueden ser despedidos siguiendo los procedimientos establecidos en la ley. En la realidad, despedir un empleado público es casi imposible. Un decreto ministerial promueve la lactancia materna en el sitio de trabajo; sin embargo, es difícil que las madres jóvenes puedan llevar a cabo esta actividad en el sitio de trabajo. Existen procedimientos para la adquisición de medicinas, pero frecuentemente deben efectuarse compras de emergencia. Finalmente, la Ley de Municipalidades establece la transferencia de fondos a las municipalidades, pero en la realidad, debido a un limitado presupuesto nacional y a la oposición de algunos niveles al proceso de descentralización, las transferencias completas no han sido efectuadas.
- iv) La adquisición de medicamentos aún requiere mejoramiento. Pese a la creación de la Comisión Especial de Salud y a la Proveeduría Especial, las diferencias de interpretación de los artículos en los Acuerdos que crearon estas dos unidades, entorpece el proceso de adquisición.

### ***(3) Instituciones y organizaciones del Sector Salud***

El Ministerio de Salud Pública (MSP) es la institución responsable de establecer la política nacional de salud y es la principal institución que provee servicios de atención a la salud en todo el país, particularmente a la población pobre y de clase media y a la población en las áreas rurales a través de una extensa red de establecimientos, desde hospitales nacionales a centros rurales de salud. Esta red está suplementada por trabajadores que se movilizan a prestar servicios y por voluntarios de la comunidad. Se estima que su cobertura alcanza al 60-65% de la población (ver Figura 4-6).

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) ofrece servicios de salud para enfermedades y maternidad a los trabajadores afiliados y sus dependientes en Tegucigalpa y San Pedro Sula, en donde están localizados los hospitales y clínicas del IHSS. Además, en conjunto con el MSP y proveedores privados de servicios de salud, el IHSS ha desarrollado programas especiales bajo los

cuales cierto tipo de servicios son ofrecidos a sus afiliados en otras pocas ciudades. La cobertura actual del IHSS abarca al 20% del total de la población.

Las Fuerzas Armadas tienen su propio hospital, pero la población no militar (civil) puede recibir sus servicios mediante el pago de los mismos.

Existe sólo una institución importante que usa el tipo de sistema HMO (Health Maintenance Organization) con previo pago (SANITAS) y unas pocas compañías de seguro ofrecen reembolso de los costos médicos bajo paquetes pre-definidos.

El sector privado con fines de lucro provee servicios a pacientes ambulatorios, pero está concentrado en las grandes ciudades y los servicios son mayormente prestados por especialistas. Una serie de ONGs ofrecen servicios amplios o parciales de salud; algunas de ellas tienen la política de llegar a áreas o sectores no cubiertos por otros proveedores; otras trabajan en coordinación con las unidades del MSP. No se conoce el alcance de la cobertura del sector privado, excepto en el caso de actividades específicas cubiertas por los estudios epidemiológicos nacionales. Por ejemplo, hay información disponible en cuanto a la adquisición de anticonceptivos en el sector privado. Debe reconocerse que las farmacias privadas juegan un importante papel no solo como vendedores de medicinas sino también como consejeros médicos y los principales recetadores de medicinas.

Los curanderos tradicionales están aún en activo, especialmente en las áreas rurales del país. Las parteras tradicionales, responsables de un tercio de la atención de partos, ya sea que los reporten o no a la red de servicios del MSP, juegan un papel importantísimo como proveedores de servicios a la salud.

El Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA) es una institución pública autónoma creada en abril de 1961 con el objetivo de promover el desarrollo de recursos públicos de agua y de alcantarillado. Las principales atribuciones del SANAA incluyen el estudio, construcción, operación, mantenimiento y administración de los servicios de agua y alcantarillas que pertenecen al Distrito Central, las Municipalidades, Juntas de Agua o Juntas de Desarrollo. El SANAA y la División de Salud Ambiental del MSP son las dos instituciones responsables de la programación y ejecución de actividades relacionadas con el agua y el saneamiento en el país.

El Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) fue creado en febrero de 1990 como parte del paquete de compensación social para aminorar el impacto del ajuste económico. Fue establecido como un ente descentralizado y no está sujeto a las leyes de Procuración, Contratación y Servicio Civil del Estado; de ahí que es un efectivo y ágil mecanismo para la contratación, construcción y obtención de bienes y servicios. El FHIS ha implementado proyectos relacionados con renovación, construcción y equipamiento de escuelas y centros de salud, sistemas de agua potable, sistemas de

alcantarillado, construcción de letrinas, provisión de suministros y el entrenamiento de parteras tradicionales y el desarrollo de huertos familiares, entre otros.

El Programa de Asignación Familiar, también creado en 1990 para compensación social provee subsidios que facilitan a las madres y los niños el acceso a los servicios de salud, alienta a las madres a enviar a sus hijos a la escuela primaria y promueve el aprendizaje de habilidades productivas entre las madres pobres y solteras.

El Patronato Nacional de la Infancia (PANI) es una institución autónoma establecida para proveer bienestar físico, mental y social a las madres y sus pequeños hijos, de acuerdo con programas nacionales económicos y de desarrollo social. El programa de Lotería Nacional es la principal fuente de recursos del PANI.

Los problemas más importantes en esta área pueden resumirse como sigue:

- i) Existe insuficiente coordinación entre instituciones que trabajan en el sector salud, lo que tiene como resultado una ineficiente utilización de los recursos físicos y humanos para resolver los problemas de salud existentes. El MSP y el IISS duplican los servicios de asistencia básica a la salud; el IISS provee asistencia de tercer nivel, que también el MSP trata de proveer.
- ii) Pese a que el MSP es responsable de proveer agua y saneamiento a las comunidades con menos de 2000 habitantes y el SANAA a comunidades con población mayor, la coordinación limitada tiene como resultado el mal uso de escasos recursos y el suministro deficiente de servicios.
- iii) El MSP está excesivamente interesado en la provisión de servicios; empero, no existen suficientes recursos para el establecimiento de reglamentos y normas, para el monitoreo y supervisión.
- iv) El sector privado con fines de lucro está principalmente localizado en áreas urbanas y por lo tanto tiene cobertura limitada. Las estadísticas de asistencia ambulatoria en 1991/92 indican un cambio significativo entre la población de la clase media que tiende a utilizar los servicios del IISS y el MSP en lugar de los servicios de la medicina privada, motivado por el impacto de las medidas de ajuste económico.
- v) Las actividades del FHIS parece que traslapan y/o suplantán las atribuciones con las cuales otras instituciones existen. Se requiere estrecha coordinación entre el FHIS, SANAA y el Programa Nacional de Servicios de Salud (PRONASA), la Unidad del MSP responsable de la construcción y mantenimiento de establecimientos de salud. En la actualidad PRONASA provee asistencia técnica y de supervisión a los centros de salud construidos por el FHIS.

#### (4) Organización/Manejo de instalaciones

Como regla general, los servicios de salud están organizados en cuatro niveles de asistencia. La participación de cada uno de estos niveles varía de acuerdo a la institución.

Nivel/Institución	MSP	IISS	ONGs	Privado
Comunidad	*		*	*
Institucional				
Primaria	*	*	*	*
Secundaria	*	*	(*)	*
Terciaria	*	*		*

Los hospitales del MSP absorben más de un tercio del presupuesto del Ministerio, con los correspondientes dos tercios utilizados en recursos humanos. A pesar de estas altas proporciones, todos los hospitales tienen insuficiencia en sus presupuestos para hacer frente a sus necesidades, especialmente en cuanto a la adquisición de medicamentos y suministros médicos. El mantenimiento preventivo del equipo apenas se considera en la asignación presupuestaria. El uso racional de los limitados recursos a través del mejoramiento de la adquisición, la programación local y la evaluación, como resultado del proceso de acreditación, que resalta los problemas y deficiencias encontrados, es considerado como la única forma de atender estos problemas.

Todos los hospitales, exceptuando los cinco hospitales nacionales en Tegucigalpa y el Hospital Mario Catarino Rivas en SPS, forman parte de la red nacional de salud. Los hospitales regionales y de área, así como los CESAMOs y los CESARes enfrentan problemas similares a los mencionados anteriormente: manejo deficiente y escasos recursos financieros.

La capacidad de manejo en el nivel institucional es adicionalmente disminuida por los frecuentes cambios de directores de hospital y de región, cada vez que ocurre un cambio de Gobierno. Los médicos responsables de manejar los centros de salud han sido entrenados para curar pacientes, no para manejar servicios.

Como parte del proceso de modernización algunos fondos serán descentralizados en dos regiones de salud. Los fondos para pago de salarios y sueldos y hasta el 90% de los fondos para la compra de medicinas y suministros médicos están entre los renglones de las partidas presupuestarias que todavía se gastarán a nivel central.

Los mecanismos de recuperación de costos, autorizados desde 1990, le permiten a las instituciones del MSP cobrar honorarios por servicios y retener hasta un 75% de éstos en el caso de los centros de salud y el 90% en el caso de los hospitales. Estos fondos pueden ser gastados a discreción de la unidad, de acuerdo con lineamientos generales (que no permiten, por ejemplo, el pago de salarios y sueldos y algunos otros pocos ítems, sea hecho con dichos fondos) y han contribuido a la solución

de problemas relacionados con las necesidades de medicamentos, mantenimiento de las estructuras de edificios y reparación de vehículos. A nivel de los CESARes se observa la participación comunitaria y el manejo de los fondos de costos recuperados, en donde el comité local supervisa el uso de tales fondos.

Por razones de una implementación más expedita, la creación de puestos visibles y el impacto político, las actividades de infraestructura relacionada con la salud, como ser la construcción o renovación de los centros de salud, se transfirieron a entidades de nueva creación como el FHIS y el PRAF, bajo la cubierta de un paquete de compensación social, aún cuando el diseño y supervisión permanecen bajo la responsabilidad del MSP.

A continuación se presenta un listado de los problemas actuales identificados:

- i) Los centros de salud rurales, especialmente aquellos en donde solo hay una enfermera auxiliar, frecuentemente están cerrados debido a que ella está enferma o con permiso por maternidad, o ejecutando actividades de atención fuera del centro en el campo, o asistiendo a un curso de entrenamiento.
- ii) Los sueldos de los empleados son aumentados debido a la presión de los sindicatos, pero los presupuestos institucionales no son aumentados para hacerle frente a estos recurrentes aumentos de costos; como resultado sufren los costos no fijos para mantenimiento, suministros y supervisión.
- iii) Las políticas de recuperación de costos no son implementadas cabalmente y los cobros no se han mantenido a la par de la inflación. Las políticas de exención no siempre son apropiadamente aplicadas. Existe necesidad de mejorar los incentivos de recuperación de costos.
- iv) Los presupuestos de los hospitales y regionales so están descentralizados, lo que causa dificultades para cumplir con actividades programadas, adquirir servicios y suministros cuando se necesitan.
- v) El limitado presupuesto y prioridad asignados al mantenimiento preventivo del equipo, vehículos, e infraestructura y la falta de partidas correspondientes en la mayoría de los proyectos de los donantes tiene como resultado el acortamiento de la vida útil de estos bienes.
- vi) Pocos directores de región y hospitales tienen entrenamiento o experiencia en administración/manejo y deben enfrentar fuertes presiones políticas locales.
- vii) Las presiones de los sindicatos y la meta de "salud para todos" limitan la reducción en el papel del MSP y el aumento de la participación de los pacientes.

- viii) El manejo de crisis y las emergencias nacionales impiden el logro de actividades programadas a nivel local y regional.
- ix) La excesiva centralización del IHSS retrasa los procedimientos administrativos. Las grandes contribuciones provenientes de los afiliados en el noroeste (SPS y vecindades) podrían estar subsidiando al sistema completo.
- x) A la fecha gran parte de la participación comunitaria en actividades de las instituciones de salud está relacionada con contribuciones materiales, financieras y en especie, en lugar de la participación en el manejo y en la toma de decisiones.

### **(5) Desarrollo de recursos humanos, entrenamiento y supervisión**

En el sector social, por ejemplo en salud y educación, en donde el énfasis está en la prestación directa de servicios a y el contacto con la población y el desarrollo de los recursos humanos es un componente esencial de la calidad de los servicios suministrados a esta población meta. Sin embargo, la mayor parte del personal de operaciones del sector salud labora bajo condiciones de trabajo bastante difíciles, lo cual constituye un factor limitante serio, para la implementación de las estrategias mencionadas en secciones anteriores.

#### **1) Tipo y cantidad de recursos**

El MSP en la actualidad da empleo a 1,067 médicos, 526 enfermeras profesionales, 3,764 enfermeras auxiliares, 100 dentistas y 59 microbiólogos. En 1993 el IHSS empleaba 387 médicos, 120 enfermeras profesionales, 600 enfermeras auxiliares y 19 odontólogos. El Colegio Médico reporta, para 1994, que en Honduras existen 3.961 médicos activos, entre ellos 1,409 especialistas y 2,552 médicos generales (ver Figura 4-7).

#### **(A) Trabajadores comunitarios de la salud**

Los voluntarios de la comunidad desempeñan un papel muy importante en la organización de la comunidad para identificar problemas y proponer soluciones. Estos voluntarios son generalmente seleccionados por la comunidad y entrenados y supervisados por personal del MSP y las ONGs (enfermera auxiliar o promotor). Estos son principalmente responsables de promover la utilización de los servicios disponibles en el CESAR y el CESAMO, notificando los nacimientos y las defunciones, proveyendo sales de rehidratación oral, asegurándose de que los infantes y las madres sean vacunados, identificando los embarazos de alto riesgo, la deshidratación y las infecciones respiratorias agudas y remitiendo los casos complicados, tomando muestras para diagnosticar la malaria y proporcionando el tratamiento. El MSP en la actualidad tiene cuatro categorías de voluntarios: las parteras tradicionales, los guardianes de la salud (para tratamiento básico y

educación), los representantes de la salud (relacionados con el agua/saneamiento) y el colaborador voluntario (para la malaria) cuyas cantidades y real vinculación con la estructura del MSP han ido en descenso desde la fecha de su creación en los años 70. Las ONGs generalmente manejan su propio personal comunitario: educadores de la salud/promotores, técnicos de agua/saneamiento, distribuidores de planificación familiar. Recientemente han aparecido otras categorías de voluntarios, la mayoría de ellos ligados a las ONGs y a proyectos específicos: los proveedores de SRO, los consejeros sobre la lactancia materna, los monitores de crecimiento, los administradores de fondos comunitarios para medicamentos.

*(B) Auxiliares de enfermería*

En el área rural, la enfermera auxiliar es el recurso institucional básico. Ella (el) ha concluido seis años de educación básica y recibido un año de entrenamiento en una de las tres principales escuelas de capacitación para enfermeras(os) auxiliares en Choluteca, La Ceiba o Tegucigalpa. Hace pocos años se crearon escuelas de capacitación adicionales, con carácter temporal, en otras varias ciudades a fin de hacer frente a las necesidades de proveer personal para los hospitales de nueva creación y facilitar el reclutamiento de personal local y de esa manera reducir la tasa de deserción. La(el) enfermera(o) auxiliar es el proveedor único de cuidados para la salud en el nivel del CESAR. Además de la clínica de pacientes ambulatorios, ella(el) organiza a la comunidad, ejecuta trabajo en el campo haciendo visitas, desarrolla el censo materno-infantil de la comunidad y supervisa y provee apoyo a los voluntarios de la comunidad. En el CESAMO y en el hospital ella(el) revierte su actividad a un papel más tradicional de asistente de los médicos y las enfermeras profesionales.

*(C) Promotores de salud*

El promotor de la salud, asignado igualmente a los CESARes, CESAMOs que a las clínicas de los NGOs, es un bachiller con entrenamiento adicional en desarrollo comunitario. A este trabajador de la salud se le asignan varias comunidades en donde él (ella) es responsable de proveer asistencia en organización, participación comunitaria, educación para la salud, construcción de pozos y letrinas.

*(D) Enfermeras profesionales*

Éstas(os) profesionales son entrenados en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). Como promedio, entre 50-60 enfermeras(os) profesionales son entrenados cada año. Las(los) enfermeras(os) profesionales recibieron entrenamiento en servicio sobre la atención curativa y preventiva de la salud materno-infantil, pero su escaso número implica que la mayoría de ellas(ellos) están dedicados al desempeño de puestos administrativos/de supervisión. También, debido a su pequeño número y por algunas limitaciones legales las(los) enfermeras(os) profesionales no tienen fuerte representación en los sindicatos.

Recientemente se han creado campos de especialización sobre salud materno-infantil, salud de adolescentes y salud de la familia.

*(E) Otros técnicos de salud*

Esta categoría incluye a los técnicos de laboratorio, técnicos de Rayos X, citólogos, nutricionistas, terapeutas físicos, técnicos en anestesia, odontólogos, microbiólogos y otros, entrenados en las escuelas técnicas bajo administración del MSP. Un nuevo campo de estudios es la carrera de técnico en salud ambiental que unificará las funciones de técnicos en agua y saneamiento y en control de vectores.

*(F) Médicos*

Estos también son entrenados en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH). La promoción promedio incluye 150-200 médicos por año. El entrenamiento de la Universidad está orientado hacia el hospital y provee escasa vinculación con las prácticas y normas promovidas por el MSP y el IHSS. El programa de residencia provee entrenamiento en especialidades básicas de post-grado para los médicos en Tegucigalpa; el entrenamiento de sub-especialización se obtiene a través de plazas pensionadas en el extranjero. Los médicos están representados por el Colegio Médico de Honduras (CMH) al cual deben afiliarse obligatoriamente para ejercer en el país y para el reconocimiento de sus calificaciones profesionales. El CMH fue la fuerza principal detrás de la elaboración y aprobación del Estatuto de los Médicos Empleados en el Sector Público (el Estatuto Médico) que rige sus condiciones de trabajo. Asimismo, el CMH maneja las pensiones y fondos de préstamo de sus afiliados. Un número de médicos trabaja para las instituciones públicas (MSP, IHSS) en turno de la mañana y por la tarde atiende su clínica privada.

*(G) Capacitación en Salud Pública*

Un campo de estudios sobre salud pública (MPH) de dos años de duración fue creado en Honduras en 1992 bajo convenio entre el MSP y la UNAH. Se basa en la identificación y resolución de problemas locales y utiliza el entrenamiento en el trabajo, con una de cada seis semanas en clases formales para los estudiantes profesionales de la salud. Veintidós personas se graduaron en la primera promoción en 1994 y 26 de la segunda promoción están ahora finalizando su primer año, incluyendo 12 del MSP y 8 de la UNAH. Antes de 1992 el entrenamiento en Salud Pública se hacía a través de cursos de MPH en México o Colombia.

## 2) Entrenamiento en servicio

Una enorme cantidad de entrenamiento ha sido impartido en los últimos años dentro de las instituciones interesadas en la prestación de servicios de salud. Dentro del MSP la fórmula tradicional ha sido un esquema de cascada, de nivel central al regional, al área, al nivel local, con el riesgo asociado de pérdida de información y de calidad en el camino hacia abajo. En la mayoría de los casos, los eventos de capacitación (cursos o talleres) se han decidido y planificado en las divisiones técnicas del nivel central y se han dedicado más a asuntos técnicos que a asuntos de manejo administrativo de la salud. En parte debido a razones de insuficiencia de personal, la División de Desarrollo de Recursos Humanos no ha podido coordinar ni monitorear estos eventos de entrenamiento, y la evaluación y el seguimiento no han sido sistemáticos. Otro problema común ha sido la alta de frecuencia de la capacitación, que ha llevado a que el entrenamiento sea la causa principal del cierre temporal de los CESARes en donde la(el) enfermera(o) auxiliar es el único empleado en el establecimiento.

La capacitación en el sitio de trabajo de personal del MSP durante las visitas de supervisión es limitada por las dificultades en el proceso de supervisión (véase abajo). Dentro del marco de la educación continua, las asociaciones médicas profesionales también desarrollan cursos de especialización o congresos regionales y nacionales, usualmente con mucho énfasis en los avances de la medicina curativa. Una comisión del CMH evalúa la calidad del entrenamiento y los créditos adquiridos a través de la asistencia a estos cursos.

En años recientes se han desarrollado alternativas de entrenamiento, que merece la pena mencionar:

- La elaboración de módulos de auto-instrucción relacionados con intervenciones de supervivencia infantil a través del Proyecto del Sector Salud II y la implementación en áreas de salud específicas, de acuerdo con problemas prioritarios en estas áreas;
- El entrenamiento basado en el desempeño en el manejo de casos de diarreicas e infecciones respiratorias, con práctica en los hospitales y grandes CESAMOs y evaluación formal de los resultados del entrenamiento.
- Entrenamiento directo de personal de la comunidad respecto a los contenidos y metodología para la educación sobre la salud en intervenciones de supervivencia infantil.
- Readiestramiento de las parteras tradicionales respecto al enfoque del riesgo reproductivo a través de metodología de pequeños grupos participativos, conducido por las ONGs participantes, bajo guía del MSP.
- Curso de educación a distancia sobre el manejo y prevención de las intoxicaciones con pesticidas, con encuentros ocasionales entre los alumnos y los tutores del curso.

La política actual, respaldada por una Resolución Ministerial de 1994, dicta que las regiones deben elaborar sus propios programas de capacitación en base a las necesidades locales y buscar el apoyo técnico en las divisiones normativas y otros recursos. El entrenamiento debe ser orientado a facilitar el acceso a los servicios en zonas más desposeídas.

### 3) Desarrollo de carrera y administración

El bajo nivel de los salarios en la función pública, la falta de futuro desarrollo de la carrera, la falta de aplicación de incentivos al trabajo en áreas rurales (en particular para las enfermeras auxiliares y profesionales) son principalmente responsables de un rápido cambio de personal en algunas posiciones y la disminución de las matrículas en las profesiones relacionadas con la salud en las instituciones de entrenamiento. Otros problemas comunes son la demora en la recepción del primer sueldo después del nombramiento (hasta 6 meses) y el pobre manejo de las planillas (en caso de un cambio en la función y el sitio de trabajo). No obstante, a pesar de estas condiciones adversas, debe hacerse énfasis en el hecho de que algún personal en todos los niveles ha provisto un alto grado de continuidad en la prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas. Las razones para éstos pueden incluir la aparente falta de perspectivas en el sector privado debido a la situación global de pobreza, especialmente para las enfermeras, para las cuales los prospectos en el sector privado son menores que para los médicos u otros técnicos, y la relativa inmunidad del nivel técnico a los cambios políticos en estas instituciones.

La inclusión del mérito, la experiencia profesional y el entrenamiento anterior en el futuro desarrollo de la carrera han sido considerados en una propuesta reciente del CMH para la reevaluación de las escalas de salarios de los médicos, la cual debe evaluarse respecto a su viabilidad. Otras carreras no tienen esta flexibilidad ya que están gobernadas por los reglamentos del Servicio Civil y carecen de fuerte representación profesional.

### 4) Supervisión

A pesar de que dentro del marco de la Planificación Local se ha diseñado un sistema de supervisión directa en el sitio de trabajo para los cuatro niveles del MSP (central a región, región a área, área a local, local a comunidad), su implementación a nivel nacional está obstaculizada por falta de priorización, problemas de transporte y el énfasis en encontrar fallas en lugar de una metodología de apoyo. Sistemas *ad hoc* e instrumentos han sido diseñados a nivel de región, programa o proyecto (por ejemplo, la supervisión de la División de Salud Materno-Infantil a las regiones, los instrumentos y el sistema POSSEM).

La supervisión indirecta (reuniones mensuales por área geográfica o categoría de personal) es un sustituto mas barato usado a menudo, especialmente para la supervisión de los trabajadores comunitarios de la salud, pero no provee la oportunidad de observar las destrezas y relaciones con la comunidad.

## 5) Resumen de los principales problemas

- i) Las condiciones de trabajo (es decir: escalas salariales, incentivos para trabajo en localidades remotas o bajo riesgos profesionales específicos) de la mayoría del personal del sector público, especialmente del personal no médico, son lastimosamente inadecuadas cuando se comparan con su experiencia y nivel de responsabilidad y con el costo de vida actual.
- ii) La proporción entre médicos y enfermeras y la población es muy baja, especialmente en las áreas rurales y aquellas áreas con las más altas necesidades; la proporción enfermera/médico es también bastante baja. La mayoría de los profesionales prefiere permanecer en las grandes ciudades y/u ocupar posiciones administrativas y no proveer servicios directos de atención de salud de la población.
- iii) Los médicos recién graduados haciendo el servicio social están generalmente a cargo de los CESAMOs. Muchas veces no tienen conocimiento de las políticas y estrategias del MSP. Su entrenamiento por lo general tiene un fuerte énfasis en lo curativo. El problema es similar con las enfermeras profesionales recién graduadas a cargo de la supervisión del nivel de sector o de área.
- iv) Los cursos de refrescamiento en el servicio, usando el método de cascada descendente para el personal de operaciones no han tenido el resultado esperado en cuanto a la calidad de los servicios.
- v) Entre otros profesionales de la salud, existe una falta notable de técnicos de laboratorio y más que nada, de técnicos de mantenimiento, lo que produce que la vida útil de equipo y material donados sea mucho menor que lo esperado.
- vi) La supervisión de apoyo se ve obstaculizada por la falta de apoyo político (actividad prioritaria) y problemas de logística. La falta de un modelo/sistema unificado de supervisión dificulta la organización y el mantenimiento del entrenamiento.

## (6) Sistema de referencias

En teoría, el sistema curativo de salud del sector público funciona con niveles de diferente capacidad resolutive para problemas de creciente complejidad. El ingreso del paciente puede tener lugar en el nivel comunitario desde donde el trabajador voluntario de la salud eventualmente remitirá el caso al centro de salud u hospital mas cercano, de acuerdo con el grado de urgencia. Un poco más adelante, el nivel de ingreso es a una de los establecimientos de atención primaria ambulatoria, el CESAR y el CESAMO, de acuerdo a la disponibilidad de los diferentes tipos de centro de salud. Para casos de emergencia, especialmente después de las horas normales de trabajo diurno, el paciente irá directamente al hospital de primer nivel o al hospital más cercano; en áreas

urbanas, los hospitales nacionales o regionales de hecho sirven como unidad primaria de emergencia para su área geográfica de influencia. En caso de una necesidad médica, los pacientes son referidos desde la clínica general de pacientes externos a las clínicas de especialidades con base en el hospital o desde el hospital de primer al segundo o tercer nivel. Las referencias también ocurren, aunque menos frecuentemente, desde los hospitales del MSP a los hospitales del IHSS para cuidados intensivos, a las clínicas privadas a petición del paciente. Finalmente, las clínicas privadas también refieren a los hospitales públicos, especialmente en casos complicados que requieren una serie más compleja de recursos especializados (refiérase al Cuadro 4-5).

El siguiente cuadro indica los motivos principales de referencia a los diferentes niveles de hospital:

	<i>Nacional</i>	<i>Regional</i>	<i>Area</i>
Neurológico	16.3%		
Cardiovascular	11.0%		
Respiratorio	8.7%	12.6%	16.4%
Gastroenterológico		14.4%	7.6%
Obstétrico/Ginecológico	10.3%	31.4%	22.3%
Traumatológico		15.3%	10.1%
Psiquiátrico	10.4%		

Los patrones de referencia, provistos en el cuadro provienen de un estudio ejecutado por la Dr. K. Ohara en 1993, basado en la revisión de registros de pacientes en hospitales y una muestra de centros de salud. Las cifras se refieren a pacientes referidos formalmente y por lo tanto no deben interpretarse como una distribución general del origen del paciente.

Proceso de referencias: La persona o institución que refiere debe llenar un formulario de remisión indicando las características y origen del paciente, las razones para su remisión y el apoyo requerido del nivel superior. En reciprocidad, la persona contacto en la institución a la que se remite deberá llenar un formulario de contra-referencia indicando el diagnóstico actual del paciente, los procedimientos aplicados (cirugía, exámenes de laboratorio o radiológicos, recetas) y el seguimiento que deberá dársele al paciente. Este último deberá llevar de regreso el formulario a la persona o institución remitente.

Problemas:

- i) A pesar de que el formulario de referencia usualmente se llena, ya que es necesario para asegurar que el paciente es atendido en el nivel secundario, se encontró que el formulario de contra-referencia (remisión) se llenó sólo en 15 de las 1,072 referencias enviadas durante un período de 3 meses (1.4%).
- ii) Las deficientes relaciones inter-personales entre el personal institucional y la comunidad y los patrones inadecuados de recepción del paciente, a menudo impiden que los trabajadores de la salud de la comunidad refieran a los pacientes.

- iii) El desabastecimiento de suministros y medicamentos en un centro de salud dado se conoce rápidamente entre la población cliente que entonces no va al establecimiento al que estaría asignado; la presencia de un médico también es frecuentemente la razón por la cual pacientes van directamente al CESAMO y no al CESAR.
- iv) La falta de hospitales de área en las ciudades principales de las regiones de salud (Regiones Sanitarias) y en las dos ciudades principales (Tegucigalpa y SPS) implica que a menudo estos papeles de asistencia primaria son asumidos por las instituciones de asistencia de nivel secundario o terciario. Por ejemplo, en el Hospital Escuela de Tegucigalpa sólo el 15.3% de los pacientes habían sido remitidos desde otro nivel. El porcentaje correspondiente fue del 4% como promedio en los hospitales regionales. El problema específico de falta de pabellones de maternidad de bajo riesgo y de facilidades de atención nocturna de emergencias en Tegucigalpa y SPS, con la consiguiente congestión de facilidades supuestamente de asistencia terciaria, es uno de los ejemplos principales.

#### **(7) El suministro de medicamentos**

La falta de recursos financieros, combinado con el aumento de precio de las medicinas crea presiones severas sobre el suministro. Además, existe una pobre utilización de los recursos existentes y de suministro que refleja procedimientos débiles de manejo y distribución secundaria pobremente organizada y apoyada.

##### **1) La situación del suministro de medicamentos en el sector público**

###### ***(A) La disponibilidad de medicamentos en los establecimientos del MSP***

Uno de los principales problemas que el sistema de salud tiene que confrontar es la falta crónica de medicamentos e insumos críticos en los establecimientos del sector público. El problema comienza con el proceso de adquisición y, como resultado, hay escasez de medicamentos en los hospitales y las bodegas regionales y existencias limitadas en las UPS (CESAMOs y CESARes). Todos los entrevistados, incluyendo directores regionales, jefes de las bodegas regionales, directores y farmacéuticos de hospitales, médicos, enfermeras y miembros de la comunidad, se quejaron de la falta de medicamentos e insumos críticos en los establecimientos públicos.

En la encuesta de establecimientos, se investigó el abastecimiento de 30 medicamentos básicos en el nivel hospitalario y 20 en los CESAMOs/CESARes. Solamente 23-67% de los medicamentos se encontraron en los hospitales nacionales, 33-67% en los hospitales regionales y de área, 10-75% en los CESAMOs y 30-75% en los CESARes. (Ver Figura 4-8, 9).

La frecuencia de las entregas del almacén central a los hospitales del MSP es suficiente, sin embargo, en 1994 82% de los hospitales recibieron menos del 70% de los medicamentos solicitados. En cuanto a los centros de salud, 46% recibió menos del 70% de lo solicitado al almacén central. La disponibilidad de medicamentos varía grandemente de una UPS a otra.

Esta situación se refleja en la limitada entrega de medicamentos a pacientes en las instituciones públicas. Solamente un tercio de los pacientes reciben o bien parte o todos los medicamentos indicados. En la mayoría de los casos los pacientes compran los medicamentos no disponibles en las instituciones públicas en las farmacias privadas, y los que no lo hacen es por el alto costo de los medicamentos.

La crónica escasez de medicamentos resulta en una falta de satisfacción en el personal institucional y de desconfianza por parte del usuario. Según la encuesta realizada, el desabastecimiento de medicamentos ha ocasionado que muchos pacientes tengan que comprar medicamentos en clínicas y farmacias privadas. A pesar de que muchos pacientes pueden pagar por los medicamentos, hay otros que no tienen capacidad para comprar medicamentos caros en el sector privado.

#### *(B) Disponibilidad de medicamentos en los establecimientos del IHSS*

Dado que el sistema del suministro de medicamentos del IHSS es similar al del MSP, la situación del IHSS es muy similar a la del MSP. Un gran problema es la falta de empresas interesadas en participar en la licitación de ciertos medicamentos. En 1995, no se recibieron ofertas para 72 de los 262 medicamentos en la licitación. Como resultado el IHSS tuvo que comprar estos medicamentos en el mercado local a un alto precio.

## 2) El presupuesto de los medicamentos

### *(A) Tendencias del presupuesto de medicamentos*

Durante los últimos cinco años, el presupuesto de medicamentos ha representado el 12% y 14% del presupuesto total de salud. En términos nominales, se ha duplicado el presupuesto en salud (de Lps. 39,178,000 en 1990 a Lps. 73,566,600 en 1994).

El presupuesto per cápita, en términos nominales, fue solamente Lps. 9.22 en 1990 aumentando a Lps. 13.8 en 1994. Esto representaba US\$ 1.90 en 1990 y lo mismo en 1994 si se usa la tasa de cambio de enero de 1994 o US\$ 1.70 si se usa la tasa de cambio de diciembre de 1993. Sin embargo el costo de los medicamentos, especialmente antibióticos ha aumentado tanto en el mercado nacional como en el internacional.

A pesar de que el gobierno ha hecho grandes esfuerzos para obtener un mayor presupuesto para medicamentos, aun dentro del limitado presupuesto público de salud, la alta inflación, el

crecimiento poblacional, el aumento en los precios de medicamentos y la extensión de la cobertura de los servicios de salud, ha disminuido la capacidad de que el gobierno pueda aumentar la compra de medicamentos para satisfacer la demanda de la población.

#### Presupuesto de Medicamentos 1990 - 1994

Año	1990	1991	1992	1993	1994
Salud Pública (Lps.,000)	336,229.1	379,693.3	454,547.7	511,263.7	683,402.0
(% de aumento del año previo)		(12.9%)	(19.7%)	(12.5%)	(33.7%)
Medicamentos (Lps.,000)	39,178.0	ND	62,691.8	72,594.6	73,566.6
(% aumento del año previo)				(15.8%)	(1.3%)
% presupuesto de Salud Pública	11.65	ND	13.79	14.19	10.76
Medicamentos per cápita (Lps)*	8.3	ND	12.5	14	13,8
Medicamentos per cápita (US\$)**	1.9	ND	2.3	2.2	1.9/1.7

\* Población base según "Proyecciones de población en Honduras por sexo y edad 1988-2010: anuales

1988-2010 y quinquenales 2015 a 2050

\*\* Tasa de cambio del World Bank Report

Fuente: Ministerio de Hacienda

#### (B) Presupuesto propuesto y ejecución

Las estimaciones del presupuesto de medicamentos se basan en las programaciones enviadas por cada región y hospital. El anteproyecto del presupuesto se envía al Ministerio de Hacienda el cual tiene que ser aprobado por el Congreso Nacional. Una vez aprobado, el MSP recibe el 90% del presupuesto regional y el 80% del presupuesto de los hospitales para la compra centralizada de medicamentos. Con el porcentaje restante las regiones y hospitales pueden hacer compras directas. Cualquier modificación presupuestaria requiere la aprobación del Ministerio de Hacienda. Según la información disponible, el presupuesto asignado a las regiones y hospitales no cambia mucho y no existen grandes diferencias entre el presupuesto asignado en 1994 y la distribución de medicamentos del almacén central a cada región u hospital. Durante 1994 se ejecutó entre el 96% y 100% del presupuesto modificado.

#### 3) Adquisición de medicamentos

Una vez al año cada región y hospital prepara la programación de medicamentos básicos que se necesitarán el año entrante. Las necesidades regionales se basan en las proyecciones de cada UPS. Estas programaciones se envían al MSP, donde la División de Farmacia analiza las especificaciones técnicas y hace un consolidado de las necesidades de cada región y hospital y prepara el presupuesto de medicamentos requerido para el próximo año. La División de Finanzas revisa los costos estimados y los compara con los fondos disponibles. Posteriormente, la Dirección de

Planificación también revisa la programación y los costos y hace un consolidado total del presupuesto del MSP el cual se presenta al Ministerio de Hacienda.

Aproximadamente un 80-90% de las compras de medicamentos son centralizadas, dejando que las regiones compren un 10% y los hospitales un 20% a nivel local. Según la ley, cualquier compra de menos de Lps. 30,000 puede hacerse con una compra directa siempre y cuando se obtengan tres cotizaciones de empresas registradas. Este tipo de compra se debe usar solamente en caso de emergencias, para la compra de insumos no programados o para corregir errores en la programación. Las compras directas también resuelven problemas de desabastecimiento de medicamentos en un momento dado como resultado de una mala programación o porque el almacén central tiene escasez o ha tenido problemas en la distribución de los medicamentos.

La compra centralizada de medicamentos se hace mediante una licitación pública. Debido a que el proceso es lento, la preparación de la licitación se inicia aun antes de la aprobación del presupuesto de medicamentos. Anteriormente la Proveduría Nacional de la República realizaba las compras de medicamentos. Desde abril de 1995, cuando se eliminó esta proveeduría, el MSP creó en julio la Proveduría Especial para encargarse propiamente de sus compras.

El proceso bajo la Proveduría Nacional de la República era largo. Requería, primeramente antes de la preparación de los documentos de licitación, un análisis de la solicitud del MSP, una revisión de las especificaciones y cantidades de medicamentos; posteriormente la elaboración de los documentos legales, el anuncio de la apertura de la licitación a través de la prensa pública y en las embajadas, la valoración de las propuestas recibidas, la selección de los oferentes, la preparación de las órdenes de compras, y muchos otros procedimientos.

#### 4) Programación, almacenamiento y distribución

##### *(A) Programación*

Los medicamentos han sido seleccionados y adquiridos de acuerdo al Cuadro Básico del MSP, que es revisado periódicamente y es bien conocido por los profesionales de la salud.

El Proyecto Sector Salud II, financiado por USAID, mejoró el proceso de planificación al introducir un sistema de programación local y el manejo computarizado a nivel de región. Sin embargo, el sistema no está funcionando bien ahora. Las computadoras con que fueron dotados los almacenes regionales para el programa ya no se utilizan o no son utilizadas a cabalidad, debido a falta de mantenimiento, pérdida de interés de parte de la oficina regional y falta de personal entrenado. A nivel de los CESAMOs/CESARes, es esencial la supervisión y monitoreo por parte de la oficina regional.

El problema principal de la programación es la falta de confianza en las estimaciones. La programación debe basarse en la población, el número de pacientes y la información epidemiológica. Las mejoras al sistema introducidas por el Proyecto Sector Salud II son un ejemplo de una metodología de un manejo efectivo del suministro de medicamentos. La supervisión y el apoyo a las UPS por parte de la región y área son críticas. Sin embargo, un programa de medicamentos tiene que considerar el efecto que la falta o la distribución irregular de medicamentos tiene en la moral del personal y en su interés de mantener un sistema eficiente pero que requiere un gran esfuerzo para mantener el inventario y los pedidos. El problema del mantenimiento de las computadoras no se observa sólo en este programa. El fortalecimiento de sistema computarizado regional tiene que ser considerado.

### *(B) Almacenamiento y distribución*

#### *I) El almacén central*

El almacén central tiene la responsabilidad de la distribución de los medicamentos a los almacenes regionales y a los hospitales. El sistema de inventario está bastante bien organizado, pero se maneja manualmente. Una vez a la semana, se entra a la computadora la información sobre el ingreso de nuevos productos. El programa del control del inventario tiene que reestructurarse o se tiene que introducir un programa más sencillo.

El almacén central hace entregas trimestrales a las regiones y hospitales. Aunque hay retrasos, en general, el sistema funciona. El problema es que el almacén central no puede hacer las entregas de los pedidos de los hospitales y regiones oportunamente debido a la entrega tardía por parte de los proveedores y a un desabastecimiento general. Además de las entregas trimestrales, el almacén central tiene que entregar, o las regiones y hospitales tienen que recoger, medicamentos de emergencia o existencias disponibles. Según el jefe del almacén central durante 1995 hubo poca pérdida de medicamentos por razón de vencimiento.

#### *II) Almacenes regionales*

La oficina regional es la responsable de la entrega de medicamentos del almacén regional a cada centro de salud. Aunque de alguna manera se logra distribuir el medicamento, usualmente hay falta de transporte en la región y es necesario utilizar transporte público o esperar que alguien venga a la región por alguna otra razón y se lleve el medicamentos.

Una revisión de los pedidos y entregas demostró que los almacenes regionales hacen entrega de más medicamentos que lo solicitado. Estas sobre existencias son el resultado de un limitado conocimiento del manejo y control de inventario. El personal de los centros de salud también indicaron la sobre existencias en los almacenes regionales.

### III) CESARes/CESAMOs

El sistema de inventario de los CESARes/CESAMOs está muy bien organizado. Este incluye una "farmacia" (o por lo menos un espacio) y una "bodega" (o por lo menos estantes); los medicamentos están almacenados en los estantes según el número de código y en las tarjetas de kardex aparece el nivel del inventario. Se necesita monitoría y supervisión de este sistema para que se mantenga.

### 5) Uso de los medicamentos

Pese a que no hay un estudio a gran escala sobre el uso de los medicamentos, un estudio reciente que analizó las prácticas de prescripción para el tratamiento de las diarreas en la Región Metropolitana, demostró que el uso irracional de medicamentos es común en las unidades prestadoras de servicios, al igual que en las farmacias privadas. De 424 casos diagnosticados con diarrea aguda en centros de salud y hospitales, 77% fueron tratados con SRO; sin embargo, 42% recibieron antibióticos, 15% antieméticos, 36% antiprotozoicos, y 20% vitaminas y minerales.

La frecuente prescripción irracional de medicamentos resulta en la pérdida de limitados recursos y la promoción del uso de medicamentos caros. Los farmacéuticos no están autorizados a reemplazar un medicamento caro por un medicamento genérico de mejor precio. Los hospitales deberían tener un comité terapéutico activo para discutir y controlar el uso irracional de medicamentos. Los médicos no siempre cooperan y los comites que existen no están activos.

### (8) Establecimientos y Equipo

#### 1) Situación general

El limitado mantenimiento de los establecimientos y equipo médico es un problema común en Honduras. El MSP consciente de esta situación hasta un cierto punto, preparó un plan de mejoras del sistema. Sin embargo el plan no se ha ejecutado. Con el apoyo de la OMS se está ejecutando desde 1994 un plan subregional. Sin embargo, los pocos recursos financieros y de personal del MSP, y la falta de información y capacitación, la poca disponibilidad de repuestos y apoyo técnico resultan en un difícil proceso.

Mientras que los hospitales privados pueden negociar con el sector privado para el apoyo con cierto tipo de mantenimiento, como por ejemplo, la inspección periódica y la vigilancia preventiva de los establecimientos y equipo, el sector público enfrenta serios problemas en este aspecto por las siguientes razones:

*(A) Falta de una red de servicio para los equipos donados con fondos externos*

La falta de consenso en la estandarización de equipo médico es la causa de la adquisición heterogénea de equipo médico con fondos externos. Esta situación es aun peor debido a la limitada disponibilidad de repuestos e información técnica. Además, el limitado mercado privado de equipo médico es un obstáculo para el desarrollo del sector privado.

Esta situación causa serios problemas, no solo en la adquisición de servicios de mantenimiento, sino también en la adquisición de repuestos y otros insumos médicos. Este problema aparentemente es más agudo en cuanto a la adquisición de productos japoneses principalmente por la falta de agentes privados autorizados.

*(B) Restricciones financieras*

El MSP no tiene la capacidad de ofrecerle al sector privado contratos para el mantenimiento de su equipo médico dado que los establecimientos del sector público, incluyendo los hospitales del IHSS y los CESAMOs y CESARes no pueden asignar suficiente fondos al mantenimiento, y rehabilitación o reparación de los mismos aun cuando se consideran los diferentes mecanismos de recuperación de ingresos.

*(C) Problema de definición institucional del MSP*

Actualmente dos departamentos del MSP, CENAMA (o la División de Ingeniería y Mantenimiento-DIM) y PRONASSA están involucrados en el mantenimiento de los establecimientos de salud. PRONASSA se responsabiliza de las renovaciones, rehabilitaciones y expansión de los establecimientos, al igual que del manejo y planificación de proyectos. CENAMA tiene la responsabilidad principal de la supervisión de los trabajos de instalación de equipo, capacitación, documentación y mantenimiento y reparación de los establecimientos y el equipo médico (Ver Cuadro 4-10). Sin embargo, no hay una clara diferenciación entre las actividades de estos dos departamentos, lo cual resulta en una coordinación y colaboración ineficiente.

*(D) Capacidad del personal de mantenimiento*

Pese que todos los hospitales públicos tienen su propio personal de mantenimiento, se necesita capacitar este personal no solo sobre conocimientos y habilidades relevantes sino también en aspectos de mantenimiento preventivo y control de calidad. Aunque ambos PRONASSA y CENAMA deben de asistir con el mantenimiento de los hospitales del MSP, se hace difícil que ellos apoyen todos los establecimientos públicos del MSP y de otras instituciones en Honduras dado sus limitados recursos humanos y financieros.

A continuación se presenta el estado actual del sistema de mantenimiento de los establecimientos y equipo médico de los hospitales, clínicas y centros de salud públicos.

**Estado actual del sistema de mantenimiento de los establecimientos y equipo médico de los hospitales, clínicas y centros de salud públicos**

<i>Clasificación</i>	<i>Organización Responsable</i>	<i>Funciones</i>	<i>Personal</i>	<i>Fondos de Mantenimiento</i>	<i>Restricciones</i>
MSP, Nivel Central	PRONASSA	Planificación y diseño, renovaciones, manejo de las donaciones externas.	40	Aunque cuentan con su propio presupuesto para los hospitales del MSP, el monto es muy poco	Limitada cobertura y capacidad técnica
	CENAMA	Mantenimiento y reparaciones, documentación supervisión de instalaciones, apoyo técnico	91		
Hospitales del MSP	Depart. de mantenimiento de cada hospital	Mantenimiento rutinario diario, reparaciones menores	CHA: 2-3; nacional: < 20	<1% del presupuesto anual	Capacidad técnica y financiera
CESAMO, CESAR MSP PHC	Depart. de la región sanitaria	Renovaciones, reparaciones menores	2-3 por región	NIL	En realidad no hay actividad
IISS Hospitales y clínicas	Depart. de mantenimiento de cada hospital	Mantenimiento rutinario diario, reparaciones menores		<1% del presupuesto anual	Capacidad técnica y financiera
Clínicas y hospitales privados	Depart. de mantenimiento de cada hospital	Mantenimiento rutinario diario, reparaciones menores en colaboración con contrataciones del sector privado	Personal técnico capacitado	3-4% del presupuesto operacional	

**2) Situación actual de los establecimientos y el equipo**

La situación actual de los establecimientos y equipo se realizó analizando los datos recolectados a través de la encuesta de establecimientos.

**(A) Hospitales**

**l) Abastecimiento de agua**

- agua del SANAA o de la red municipal 90%
- pozo 45%
- ríos, quebradas, otros 5%

Generalmente las aguas para beber, cocinar y uso médico se han clorinado, o hervido y filtrado.

## II) Drenaje

- conexión al sistema de alcantarillado 74%
  - tanque séptico 24%
  - disposición en los ríos o quebradas 7%
- esta situación requiere atención inmediata

## III) Disposición de desechos sólidos

En general los principales métodos de disposición de desechos sólidos son la incineración, las quemas, el relleno sanitario y el tren de aseo municipal. En los casos donde se queman diferentes tipos de desechos sólidos directamente en la tierra no se tiene el beneficio de los ahorros en combustible asociados a la incineración.

## IV) Edificios

Las condiciones generales de los hospitales del MSP son relativamente peores que la de los hospitales privados. Esto es principalmente el resultado de los diseños de las instalaciones y la falta de presupuesto para mantenimiento y limpieza. Básicamente, si hay suficiente terreno para construcción, especialmente para los hospitales de área, los edificios deben ser de una planta con sistemas naturales de ventilación e iluminación los cuales reducen los costos recurrentes y son más fáciles de mantener.

## V) Energía eléctrica

Aproximadamente 80% de los hospitales habían sido afectados por falta de energía eléctrica durante los tres meses previos a la encuesta. Entre estos, la falta de energía fue de menos de 10 horas. En el caso de los hospitales principales del MSP, esta situación se evita dado el trato preferencial de la compañía eléctrica.

Aunque 93% de los hospitales tienen generadores de emergencia, solamente 43% poseen sistemas automáticos de arranque. Empero, existen una serie de otros problemas, tales como la insuficiente capacidad y falta de reparación o mantenimiento de motores de diesel. En los hospitales más viejos, el sistema eléctrico no puede con las demandas mayores que requieren la expansión o introducción de nuevos equipos. Es necesario mantener generadores de emergencia y circuitos listos para garantizar un suministro constante de electricidad para servicios críticos del hospital tales como la sala de cuidados intensivos y los quirófanos.

## VI) Aire acondicionado y calderas/sistema de agua caliente

En los hospitales del MSP no son común los sistemas grandes de aire acondicionado central o de calderas/sistema de agua caliente, excepto en los hospitales del tercer nivel de atención que son de

varios pisos. Aire acondicionado individuales y pequeñas calderas son más apropiadas desde el punto de vista de reparación individual y de reducción de costos recurrentes de mantenimiento.

#### VII) Equipo Médico

Existe una clara diferencia en las condiciones de los equipos médicos de los hospitales privados y públicos. La proporción de equipo en uso normal en cada tipo de hospital se detalla a continuación.

<i>Grupo</i>	<i>Proporción en uso normal*</i>
Nacional, MSP	76%
Regional, MSP	83%
CHA, MSP	86%
IISS	74%
Hospitales Privados	95%

nota: Las proporciones están basadas en el uso de 162 equipos comúnmente utilizados en los establecimientos de salud, tales como equipo de diagnóstico, cirugía, laboratorio y oficina, observado durante la encuesta.

Una de las principales causas de la diferencia encontrada entre el sector privado y los hospitales públicos parece ser los escasos presupuestos de los hospitales públicos. Los hospitales del MSP y del IISS asignan menos del 1% de su presupuesto total al mantenimiento de las instalaciones, mientras que los hospitales privados asignan aproximadamente el 3% de su presupuesto operativo a estas actividades. Esta comparación de los presupuesto para mantenimiento, en términos absolutos, demuestra que los hospitales privados gastan una mayor cantidad de fondos que los hospitales públicos. Como resultado es muy difícil para los hospitales públicos poder comprar los repuestos y otros insumos necesarios para mantener su equipo en buenas condiciones.

El país de origen del equipo médico varía entre hospitales como resultado de diferentes mecanismos de adquisición de éstos. En el caso de la mayoría de los hospitales públicos, el equipo se adquiere con donaciones externas, mientras que en los hospitales privados, el equipo se selecciona y obtiene de las casas comerciales. La distribución actual del equipo médico de los hospitales de Honduras según país de origen se describe a continuación. (Los números representan los porcentajes por tipo de institución).

	<i>Nacionales</i>	<i>Regionales</i>	<i>CHIA</i>	<i>IISS</i>	<i>Privados</i>	<i>Total</i>
EEUU	50	57	56	77	81	62
Japón	10	33	32	16	10	22
Francia	35	1	-	-	-	1
Otros	5	9	12	7	9	15
	100	100	100	100	100	100

Los hospitales privados utilizan principalmente equipo de los Estados Unidos que tiene garantía y servicio de fábrica en Honduras. Esto permite un uso total del equipo sin grandes problemas. Sin embargo, alguno de los equipos europeos y la mayoría de los productos japoneses no pueden recibir mantenimiento regular dado que no hay una red doméstica de mantenimiento y los fondos son limitados. A pesar de que la oficina más cercana que representa los productos japoneses se encuentra en Guatemala, su ubicación no es nada práctico para el MSP, ni para cada uno de los hospitales para hacer órdenes de compras internacionales para repuestos y suministros debido al complejo sistema de adquisiciones y las dificultades financieras. Generalmente, el equipo moderno, tal como el equipo de Tomografía Axial Computarizada y las Imágenes de Resonancia Magnética se encuentran en los hospitales privados debido a lo antes mencionado.

**(B) CESAMOs/CESARes**

**I) Abastecimiento de agua**

- agua del SANAA o de la red municipal 67%
- pozo 5%
- ríos, quebradas 13%
- tanques/cisternas 15%

Generalmente las aguas para beber, cocinar y uso médico se han clorinado, o hervido y filtrado.

**II) Drenaje**

- conexión al sistema de alcantarillado 89%
- tanque séptico 8%

**III) Disposición de desechos sólidos**

En general los principales métodos de disposición de desechos sólidos son la incineración, las quemadas, el relleno sanitario y el tren de aseo municipal. En algunos casos desechos médicos peligrosos como jeringas son quemadas directamente en la tierra afuera del establecimiento sin tomar en cuenta medidas para evitar su futuro mal uso.

#### IV) Edificios

El mantenimiento de estos edificios es un problema común, dado que el MSP no tiene capacidad para renovarlos por la falta de financiamiento. Consecuentemente se necesita el apoyo de la cooperación externa, las municipalidades, comunidades y el sector privado como la única solución al problema.

#### V) Energía eléctrica

Aproximadamente el 80% de los CESAMOs y el 60% de los CESARes tienen sistema eléctrico. De todos estos establecimientos solamente el 10% de los CESAMOs tienen un generador portátil de emergencia. Por lo tanto se utilizan refrigeradores de keroseno para mantener la red fría.

#### VI) Equipo médico

Como la función principal de los CESAMOs y CESARes es la prestación de atención primaria, ellos cuentan con instrumentos básicos para diagnóstico y tratamiento. Sin embargo algunos CESAMOs tienen laboratorios con equipo para pruebas de sangre y otros exámenes bioquímicos. También se han adquirido camas obstétricas, nebulizadores, estufas eléctricas, esterilizadoras y otros con apoyo de la cooperación externa. Las dificultades para dar mantenimiento a este equipo es similar al problema que enfrentan los hospitales.

### *(9) Financiamiento de la Salud*

Todos los sistemas operan con recursos inadecuados que reflejan deficiencias presupuestarias y limitaciones institucionales. Para el MSP las limitaciones de recursos están agravadas por problemas serios de flujo de caja relacionados, en parte, con la inclusión de los fondos del SANAA en el presupuesto del MSP y, en parte, por las dificultades asociadas con el manejo centralizado de los recursos. En términos relativos, sin embargo, la salud pública ha sido apoyada constantemente por el presupuesto público. Durante la última década, el MSP ha recibido entre el 9% y 10% de los fondos nacionales del gobierno central, lo que a su vez, representa en cuarto del PIB. Como resultado, Honduras ha gastado, aproximadamente el 2.5% de su PIB en servicios de salud pública. Durante el período considerado por el Plan Maestro Nacional de Salud, no se espera un aumento significativo en esta contribución (refiérase al Cuadro 4-6).

La base per cápita del presupuesto del MSP ha aumentado. Durante 1995, el presupuesto del MSP era de Lps. 128.33 por cada hondureño. Esto se puede comparar con una contribución per cápita de Lps. 70.90 en 1990. Aunque limitado, los fondos recuperados representan una creciente fuente de ingresos para el MSP aumentando de Lps. 1.18 a Lps. 2.49 durante el mismo período. La importancia de los fondos recuperados varía considerablemente entre instituciones. En general, los fondos recuperados significaron el 3.32% del presupuesto total de los hospitales del MSP. A pesar

de que los hospitales nacionales generaron los mayores ingresos, los fondos recuperados representaron solamente 2.83% de su presupuesto comparado con 3.52% y 4.95% para los hospitales regionales y de áreas, respectivamente (ver Cuadro 4-7).

En términos individuales, 5% de los entrevistados en la encuesta de hogares habían utilizado los servicios hospitalarios durante el período comprendido por la encuesta. Aproximadamente un tercio de estas hospitalizaciones fueron partos, y más del 70% fueron atendidas en hospitales públicos. 93.7% de estos pacientes pagaron directamente por los servicios recibidos y pagaron, en promedio, Lps. 86. En la mayoría de los casos, si la institución tenían los insumos necesarios, estos fueron dados sin costos adicionales. Sin embargo, casi un 20% de los pacientes tuvo que comprar medicamentos en el sector privado a un costo promedio de Lps. 37. Para la atención ambulatoria, tanto en hospitales públicos como privados la mayoría de los pacientes en la muestra tuvo que pagar una pequeña cantidad de entre Lps. 3 y 4, pero aquí también, 15%-20% de los pacientes tuvo que comprar los medicamentos fuera del sector público.

El Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) tiene una cobertura de aproximadamente 20% de la población, concentrando sus servicios principalmente en Tegucigalpa y San Pedro Sula. En estas áreas, el IHSS cubre a más de un millón de beneficiarios, lo que representa el 50% de su población servida. Las instituciones del IHSS prestan toda la atención a la que los beneficiarios tienen derecho. El sistema se financia a través de un impuesto en los sueldos hasta un máximo de Lps. 600 mensual. Este máximo ha permanecido el mismo desde que se estableció el programa hace más de 25 años, cuando este monto representaba 10 veces el sueldo mínimo oficial. Aunque originalmente esta cantidad cubría el 90% de los sueldos de los empleados del ayer, actualmente solo cubre el sueldo de menos del 20% y representa menos del actual salario mínimo. El fallo en la modificación del financiamiento del IHSS ha reducido la capacidad del sistema de proveer los objetivos iniciales de prestar servicios más comprensivos a la creciente población hondureña (Refiérase al Cuadro 4-8).

En la actualidad, los beneficios que el IHSS brinda a sus afiliados son limitados, de manera que los beneficiarios reciben cierta atención del MSP y del sector privado. Esto se observó a través de la encuesta de hogares en la muestra de Tegucigalpa y SPS. Aunque, en teoría, el IHSS "cubre" más de la mitad de la población, el IHSS proveyó el 30.5% de las hospitalizaciones, el 21% de las atenciones ambulatorias curativas, y solamente el 17% de la atención preventiva.

**Distribución de las visitas, según proveedor  
en base a los resultados de la Encuesta de Hogares**

<i>Tipo de Visita</i>	<i>Ubicación</i>	<i>MSP</i>	<i>IHSS</i>	<i>Sector Privado</i>
Hospitalaria	Teg/SPS	56.7	30.5	12.9
	Todos	71.0	15.7	13.3
Curativa	Teg/SPS	23.2	21.0	55.7
	Todos	47.1	7.8	45.1
Preventiva	Teg/SPS	51.6	17.0	31.3
	Todos	65.1	7.9	27.0

Fuera de las zonas de Tegucigalpa y SPS, el IHSS no presta atención directa. Más bien, actúa como un asegurador y contrata la prestación de los servicios a sus beneficiarios a proveedores públicos y privados. Este método se ha ampliado en los últimos años, y posiblemente representa una fuente de crecimiento del IHSS en el futuro. En estas situaciones, los contratos del IHSS típicamente pagan en base a una prima a un mayor nivel del sueldo del beneficiario (que lo que se paga en Tegucigalpa y SPS), lo que representa una diferencia significativa en el financiamiento y la prestación de los servicios del IHSS.

Aunque el papel del sector privado en la prestación de este tipo de servicio no está muy bien documentada, su importancia es significativa. En las zonas de Tegucigalpa/SPS, más de la mitad de la atención curativa se obtuvo del sector privado. Cuando se examina la muestra total, se observa que más del 45% de la atención curativa se recibió del sector privado, algo levemente menor que el 47% recibido del sector público. En cuanto a la atención preventiva, el sector privado es una importante fuente, siendo ésta 27% de todas las visitas. El papel del sector privado es menor en términos de hospitalizaciones, representando solamente 13.3% de las hospitalizaciones. Sin embargo este porcentaje es ligeramente menor que el 15.7% que atiende el IHSS.

En general, la tendencia es hacia el aumento en la contribución del usuario en el sector salud, ya sea a través de aumentos en los fondos recuperados por el sector público, o a más asegurados del IHSS o de otras fuentes de seguros. Las implicaciones de estas tendencias para el financiamiento de los servicios de salud, a largo plazo, se ha incorporado en el Plan Maestro Nacional de Salud que se presenta en un capítulo posterior en este documento.

## (10) Prestación de Servicios de Salud: Cobertura y Acceso a los Servicios

### 1) Producción de servicios

#### (A) Servicios a pacientes hospitalizados

En total, Honduras tenía en 1993 una capacidad instalada de 6,105 camas (en base al Directorio de Hospitales), lo que responde a una densidad de 118 camas por 100,000 personas. Este número ha disminuido en años recientes de 200 en 1964, mayormente debido al aumento de la población y al aumento en la utilización de las camas. La construcción reciente de una serie de hospitales en el nivel de área apenas ha permitido mantener el ritmo de la creciente demanda. En tanto que la densidad en las camas de hospital depende grandemente del nivel económico del país y el tipo de sistema de salud (con usualmente más camas por población en países más ricos, por una parte y en países orientados al estado de beneficencia por la otra) la cifra para Honduras está todavía en la parte más baja de un rango de valores a través de países en Latino América.

País	Camas de Hospital/1.000 pers.	País	Camas de Hospital/1.000 pers.
Honduras	1.2	México	0.7
Costa Rica	2.6	Brasil	3.5
El Salvador	1.5	Países Andinos	1.7
Guatemala	1.6	América Latina	2.5
Nicaragua	1.4	USA	4.4
Panamá	3.2	Canada	6.8
Centro América	1.7		

Fuente: Condiciones de la Salud en las Américas, 1990. Los datos son de 1987.

Sin embargo dada la concentración de hospitales en las áreas urbanas, especialmente en Tegucigalpa, las densidades varían de 397 en la Municipalidad del Distrito Central a entre 30 y 141 en las otras áreas de salud (Véase la Figura 4-11). Todavía 14 de 39 áreas de salud no tienen su propio hospital.

En 1993, el 66% de las camas hospitalarias eran del sector público del MSP, el 11% del IHSS y el 23% del sector privado, un promedio de distribución característico de un sistema orientado hacia la beneficencia patrocinada por el Estado. La red del MSP incluye 6 hospitales nacionales (incluyendo 2 hospitales psiquiátricos), 7 hospitales regionales, 14 hospitales de área; el IHSS cuenta con dos hospitales en Tegucigalpa y uno en SPS; las cifras para los hospitales del sector privado se basan en las 56 instituciones listadas en el Directorio de Hospitales publicado por la División de Hospitales del MSP. Entre las facilidades del MSP, el 25% de las camas eran para Pediatría, el 23% para Medicina, el 18% en Cirugía y el 16% para obstetricia/ginecología.

Los hospitales del MSP reportaron 197,300 egresos en 1993, es decir 47.8 egresos/camas, con una duración de ocupación promedio de 5.4 días por cama y una tasa de ocupación del 73%. Reportado para la población meta, el MSP suministró 3.8 hospitalizaciones por cada 100 personas. Una vez

más, estas cifras pueden compararse con las de los países vecinos, mostrando un patrón aceptable de proporción de utilización de las camas de hospitales disponibles:

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Egresos /100 pers.</i>	<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Egresos /100 pers.</i>
Honduras	1988	3.1	Nicaragua	1987	6.3
Honduras	1993	3.8	México	1986	3.6
Costa Rica	1987	11.2	Colombia	1988	6.2
El Salvador	1986	4.0	Chile	1987	10.5
Guatemala	1987	2.6	USA	1986	0.8

Fuente: Condiciones de la Salud en las Américas, 1990.

Usando tasas similares para el IISS y el sector privado, el número promedio de hospitalizaciones por año por cada 100 personas sería alrededor de 5.7; una cifra similar se ha encontrado durante una reciente encuesta de hogares realizada en la vecina Nicaragua. Entre los factores que explican el alto nivel de uso de las camas existen en 1990 el 41% de los 185,000 partos fue institucional, usualmente con una duración de estadía muy corta, especialmente en los hospitales públicos en donde el egreso en 8 a 10 horas después del parto puede ser la norma. Ciertamente, los pabellones de maternidad tienen tasas de ocupación más altas que el 100% ya que la demanda, especialmente en las grandes ciudades, ampliamente excede la oferta actual.

Usando la cifra de 5.7 hospitalizaciones por 100 personas por año y un promedio de duración de estadía de 5.4 días se obtiene una tasa de días de hospitalización por 1,000 personas por año, de 308. Roemer menciona tasas recolectadas en un estudio de 1990 de la OEDC de 700 para Turquía, 1,200 para España, 1,700 para EEUU, 2,000 para Canadá, 3,500 para Alemania y 5,200 para Noruega<sup>1</sup>.

#### *(B) Servicios a pacientes ambulatorios*

Las cifras para los establecimientos del MSP en 1993 indican que de las 4,539,192 visitas ambulatorias, 33.7% fue de niños menores de 5 años. Esto se traduce en una tasa de 0.88 visitas por persona por año (1.81 visita por niño menor de 5 años). El 46% de estas visitas fue primeras visitas (44% de niños) así que la tasa de visitas ambulatorias por episodio nuevo de enfermedad o nuevo evento es reducida a 0.4 y 0.8 visitas por año para la población general y de niños respectivamente.

1,206,965 de las atenciones fueron efectuadas en el nivel del CESAR (27%) y 1,777,848 en el nivel del CESAMO (39%), en tanto que los hospitales suministraron 34% de los contactos de asistencia ambulatoria. Esto corresponde más o menos a 2,210 consultas por año en el nivel del CESAR y 9,070 en el nivel del CESAMO; es decir, para un promedio de 220 días laborables por año: 10 atenciones por día en el CESAR y 41 para el CESAMO (esto último sujeto a amplias variaciones de acuerdo con el tamaño del CESAMO).

Roemer, M.I. National Health Systems of the World. Oxford University Press, Oxford, 1993.

El IHSS reporta para 1993 una cifra total de atenciones ambulatorias de 1,288,007, incluyendo 330,511 en niños menores de 5 años. 636,884 visitas (el 49%) fueron al hospital o al nivel de clínica vinculada con el hospital; el resto, 51% en clínicas periféricas. La distribución geográfica de estas visitas ambulatorias fue:

<i>Tegucigalpa</i>	<i>746,729</i>
SPS	481,168
Juticalpa	3,747
El Progreso	23,816
Danlí	26,181
Choluteca	6,366

El sistema privado de salud dio cuenta de 3,462 visitas en Tegucigalpa y 85,132 en San Pedro Sula.

Sumando las cifras del MSP y el IHSS se obtendría un total de 1.12 visitas por persona por año para la población en general y 2.20 visitas por año para la población menor de 5 años.

<i>Institución</i>	<i>Visitas/Año(Pob. Gral.)</i>	<i>Visitas/Año(Menos de 5)</i>
MSP	0.88	1.81
IHSS	0.25	0.39
Ambos	1.12	2.20

Una comparación regional de tasas de consulta para la población en general muestra un amplio rango de cifras para este parámetro, haciendo difícil la evaluación de la proporcionalidad:

<i>País</i>	<i>Visitas/Año</i>	<i>País</i>	<i>Visitas/Año</i>
Honduras	1.09	Nicaragua	1.80
Costa Rica	3.02	Chile	3.10
El Salvador	0.23	Colombia	0.56
Guatemala	0.16	Perú	1.96

Fuente: Condiciones de la Salud en las Américas, 1990. Los datos son de 1988.

No obstante, uno debe tomar nota de que la tasa para Honduras (sujeto a que las fuentes sean más o menos las mismas) no ha cambiado mucho en el período 1988-93, denotando éste o bien un aumento en el estado percibido de la salud de la población o un fracaso en el mejoramiento del acceso a los servicios.

No existen datos sobre la producción de servicios por parte del sector privado: el número de médicos suministrando servicios de salud en Honduras, como lo reporta el Colegio Médico, es de 3,961, incluyendo 2,552 médicos generales y 1,409 especialistas con una densidad global de 77 médicos por cada 100,000 habitantes, es decir, 1,306 personas por médico. Nuevamente, la densidad de los médicos está determinada tanto por el nivel económico de cada país como por el tipo de sistema de salud, de manera que no existe una regla específica. Roemer (op. cit.) cita cifras de 217 para los EEUU, 424 para la Unión Soviética, 15 para Las Filipinas, 89 para Brasil, 71 para

Nicaragua, 11 para Indonesia, 60 para China, todos en 1986. En cualquier caso, un criterio importante para la evaluación de la proporcionalidad sería el amplio rango de la densidad sobre el territorio (Véase la Figura 4-7).

## 2) Cobertura de servicios

Tradicionalmente se ha dicho que los servicios del MSP cubren el 60% de la población total en tanto que los del IHSS cubrirían el 10%. Sin embargo, estos conceptos generales deben ser tomados con precaución. El nivel de cobertura posiblemente variaría de acuerdo con el tipo de servicio provisto. Un buen estimado podría ser proporcionado por la cobertura de atención prenatal, una intervención preventiva bien aceptada: la última Encuesta de Epidemiología y Salud de la Familia reveló que en 1991-92 más del 70% de las mujeres embarazadas habían tenido, por lo menos, un control institucional, lo que tiende a confirmar la cifra anterior. Sin embargo, la cobertura de atención puerperal es mucho más baja (alrededor del 30%), en tanto que la atención institucional de partos oscila alrededor del 40-45% (Ver Figura 4-12).

De manera similar, a pesar de que el número de beneficiarios del IHSS se estima en 1,076,086 para 1993, más de la mitad de éstos no se beneficia de la gama completa de los servicios ofrecidos a los miembros contribuyentes y tendrían que buscar otros proveedores (o pagar por los servicios adicionales).

La encuesta de hogares presentó indicadores adicionales que pueden ayudar en la determinación de la cobertura actual de los diferentes servicios de salud, y la combinación de éstos que los miembros de un hogar utilizarán para diferentes problemas de salud. Por ejemplo, la Figura 4-12 demuestra la proporción de hogares que usaron un tipo de proveedor por lo menos una vez durante el año previo a la encuesta. Los proveedores privados incluyen las ONGs y los proveedores con fines de lucro, pero excluyen los curanderos; las cifras del MSP incluye el personal comunitario. Se puede suponer que cada vivienda tiene que lidiar, por lo menos una vez al año, con un problema de salud que requiere atención médica, y que los patrones de uso de los servicios de salud son equivalentes a su acceso. Por lo tanto, las cifras indican que la población sin acceso es de 11% en el área urbana a 21% en la rural, con variaciones específicas en las diferentes zonas del estudio.

Estas cifras pueden ser utilizadas para enfocar las políticas de inversión y de mejoramiento de la atención en salud hacia estos grupos poblacionales de baja cobertura y acceso difícil a los servicios, en base a los principios de equidad. Ciertamente, la estimación de la población cubierta y no cubierta por los servicios básicos de salud es parte de la metodología de programación local, pero su rígida aplicación podría restringir el acceso y la cobertura en lugar de motivar el mejoramiento de los mismos.

### 3) Calidad de los servicios

Al final, la calidad de los servicios está determinada por la situación de todos los componentes de la prestación de servicios. Esto tiende a ser olvidado cuando se trabaja en condiciones difíciles y con la ausencia de alternativas a corto plazo. No obstante, debe hacerse énfasis en que aún bajo estas muy difíciles condiciones de trabajo, incluyendo la insuficiencia global de recursos para el sector salud, el rápido deterioro de los establecimientos y equipo, insuficiente dotación de recursos humanos y la falta de supervisión de apoyo, se ha logrado un gran progreso como lo evidencia, por ejemplo, la disminución de la tasa de mortalidad infantil y el aumento de la expectativa de vida. El precio a pagar a menudo incluye la asignación de escasos recursos existentes (en términos de tiempo, atención y dinero) hacia los requerimientos principalmente técnicos y administrativos, a expensas de las relaciones inter-personales y de proveedor institucional/cliente, que frecuentemente lleva a una percepción de baja calidad de servicios, especialmente en el sector público. De hecho, estas relaciones son actualmente determinadas por la voluntad de cada uno de los proveedores en el sentido de su deseo de invertir en esta área, donde las mejores personas trabajan a la par de las peores.

Aparte de soluciones específicas a los problemas mencionados en las secciones anteriores, el concepto de calidad de servicio está siendo atendido en Honduras a través de varios mecanismos y se ha iniciado recientemente entre las instituciones de salud un enfoque centrado en la calidad u orientado hacia los clientes. Entre las principales iniciativas están:

- El sistema de supervisión: siempre un eslabón débil, adolece de insuficientes recursos, de baja asignación de prioridad, a pesar de que iniciativas aisladas, tanto en el nivel central como en el operativo, han tratado de sistematizar y mantener el proceso (véase la Sección de Supervisión).
- El proceso de auto-evaluación de certificación de los hospitales: el proceso de certificación ha sido ejecutado en 14 de los hospitales del MSP, aunque solamente una vez en cada institución; se necesitan reiteradas visitas para observar los cambios esperados en las condiciones observadas, ítem por ítem, por parte de un grupo conjunto de la División de Hospitales y el personal de la institución.
- Encuestas especiales, tales como aquellas sobre oportunidades perdidas de inmunización y sobre actividades de planificación familiar, basadas en el centro de salud, han tratado de enfocar la atención integrada del paciente, la cual se está considerando a través de la revisión de las normas de atención a la mujer y el niño.
- Nuevo enfoque en la capacitación del personal de salud, basado en la definición de las necesidades locales percibidas por ellos y por la población a la que sirven, con la que se espera una mejora en cuanto a su motivación hacia la prestación de mejores servicios.

Nuevamente, los resultados de la encuesta de hogares presentó algunas indicaciones en cuanto a la calidad percibida de los servicios y las áreas de cambio requeridas para mejorar esta percepción. Sin embargo, la interpretación de los datos de esta sección de la encuesta debe considerar que la pregunta no fue "Cómo fue la calidad de la atención recibida?" si no, "Volvería usted al mismo

proveedor/lugar de atención, si usted tuviera el mismo problema?”. Bajo estas circunstancias, un “alto nivel de la satisfacción del usuario” es de no relevancia, si dicho usuario tiene pocas alternativas en cuanto a la selección del prestador de la atención.

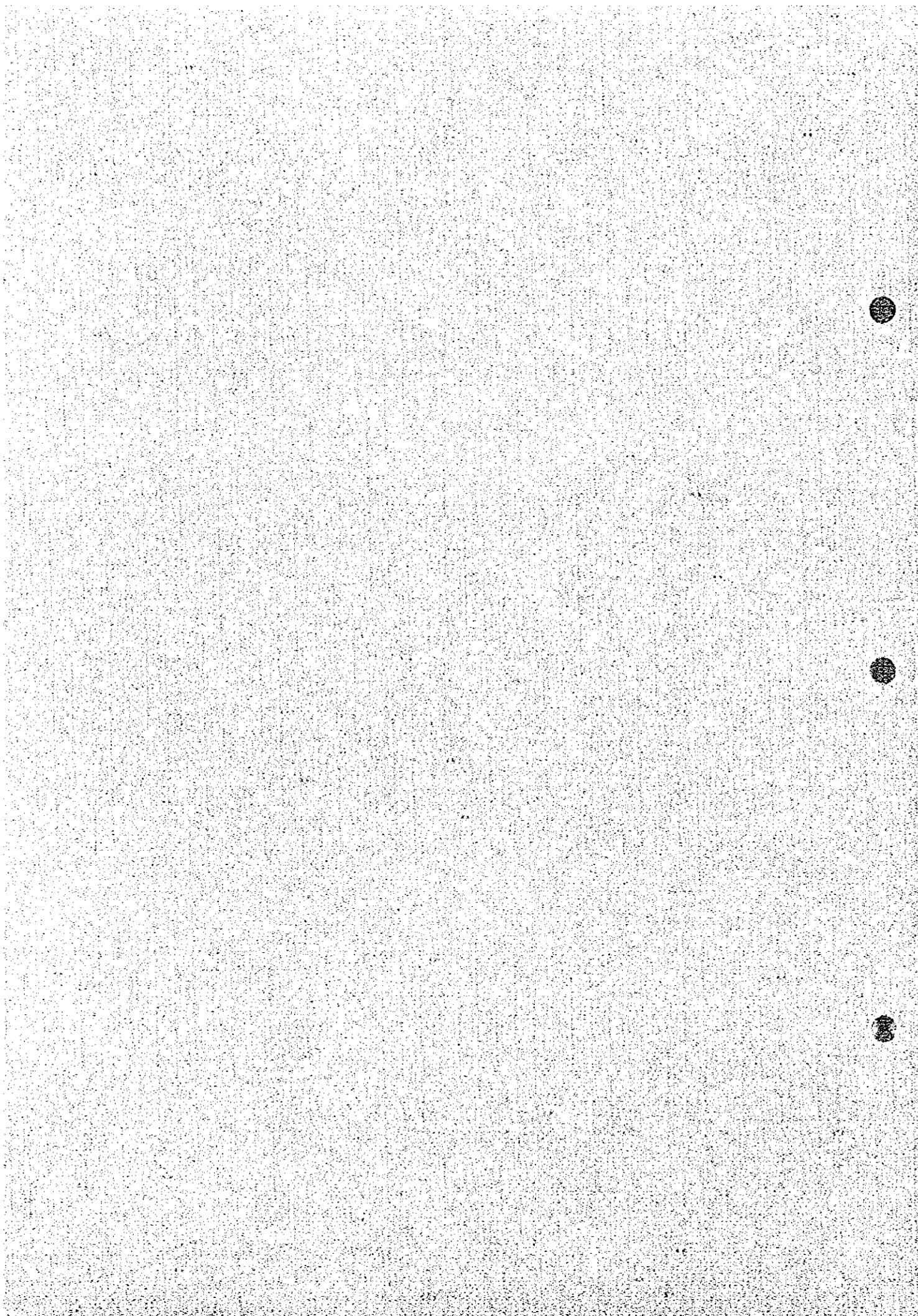
Bajo estas restricciones, y utilizando los valores no ponderados, las razones mencionadas como las causas de no desear volver al mismo proveedor estaban relacionadas con el costo (37%), la atención no adecuada (23%) o la falta de resultados, o la no curación (14%). Las principales razones del no desear volver al mismo proveedor en cuanto a la atención curativa ambulatoria fue la falta de resultados (29%), el alto costo (20%), la atención inadecuada y la falta de medicamentos (15%). Las cifras correspondientes a la atención ambulatoria preventiva fueron: falta de resultados (21%, algo curioso si uno considera que las visitas de control/atención preventiva de por si no se suponen resuelvan un problema médico), atención inadecuada, alto costo y falta de medicamentos (16% para cada una).

Un aspecto específico del control de calidad es el de la mala práctica médica, respecto a la cual no existe registro, pero que de todas maneras se piensa que sí existe. Idealmente, el mecanismo para manejar tales problemas incluiría, en una sucesión lógica, la supervisión directa, el juicio crítico de los compañeros, y la evaluación y la demanda judicial. Sin embargo, el Colegio Médico no ha asumido un papel importante en la protección de la ética y la conducta profesional y ninguna otra asociación ha adquirido similar importancia. Además, los patrones culturales prevaletentes y los problemas inherentes a los sistemas judiciales han convertido esta solución en infrecuente; aun cuando estos sucesos han aumentado en los últimos años.

**CAPITULO 5**

---

**MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA EL  
PLAN NAESTRO DE SALUD**



## 5. MARCO DE PLANIFICACIÓN PARA EL PLAN MAESTRO DE SALUD

### 5.1 Metas y Objetivos

El propósito del Plan Maestro de Salud es mejorar las condiciones de la salud de la población hondureña a través de la solución de once problemas prioritarios de salud y el mejoramiento de los factores que afectan la situación de la salud en las tres dimensiones de: contexto, comportamientos a nivel de hogar y comunidad, y prestación de servicios de salud. Los once problemas prioritarios de salud son: la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), la Tasa de Mortalidad Materna (TMM), el VIH/SIDA, las enfermedades transmitidas por vectores, los accidentes, la violencia, las enfermedades crónico-degenerativas, la desnutrición/seguridad alimentaria, el acceso al agua potable y saneamiento básico, la salud ambiental y la salud ocupacional.

El Gobierno de Honduras ya ha establecido metas numéricas para la TMI, TMM, la tasa de desnutrición y el acceso al agua y saneamiento para el año 2000 bajo el Plan Nacional de Acción para la Infancia y la Juventud, que fué convenido en la Conferencia Regional de 1991. Sin embargo, la extrapolación de estas metas hasta el año 2010 y la definición de metas medibles para todos los problemas prioritarios se ve impedida por los siguientes factores:

- falta de datos básicos y herramientas de medición para un problema dado: subregistro de eventos vitales y relacionados con la salud; falta de investigaciones basadas en la comunidad sobre la morbilidad; carencia actual de definición de las actividades relacionadas con problemas de la salud, emergentes o futuros (tales como la salud ambiental, las enfermedades crónico-degenerativas);
- conocimiento insuficiente del impacto potencial de las actividades propuestas sobre los problemas abordados: reciente implementación de las actividades/estrategias iniciales relacionadas con un problema de salud dado; costo marginal creciente para obtener los beneficios de salud esperados; relación no lineal entre el contexto socio-económico, las actividades relacionadas con la salud y los resultados de tales actividades.

Considerando estos factores, las metas para el Plan Maestro Nacional de Salud con respecto a los problemas de salud prioritarios han sido cuantificados siempre que ha sido posible, usando una combinación de estos abordajes:

- evaluación, utilización y extrapolación de los objetivos previamente establecidos por el Gobierno de Honduras, tal como se definen en el Plan Nacional de Acción para la Infancia y la Niñez.
- comparación regional de los indicadores de salud de países vecinos de América Latina.
- consenso obtenido a partir de talleres, discusiones con las contrapartes y el Comité Coordinador, tomando en cuenta las consideraciones previas.

### Objetivos del Plan Maestro de Salud

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

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

Los objetivos cuantitativos pueden ser diferentes para los otros problemas de salud cuando se han realizado las mediciones base apropiadas, o cuando los proyectos, programas o actividades específicas están diseñados en base a los lineamientos incluidos en el Plan Maestro de Salud.

Además de los objetivos de impacto, tales como la incidencia de la enfermedad para una enfermedad determinada, los objetivos intermedios pueden ser definidos durante el desarrollo de programas o actividades en el nivel nacional y el nivel regional. Los ejemplos de tales objetivos incluyen :

- El número de centros integrados de salud o clínicas de emergencia creados y realmente funcionando

- La disminución de la carga de trabajo en el cuidado de la salud pública de los hospitales de referencia (remisión)
- La cantidad de recursos humanos entrenados, la asignación a posiciones clave de recursos entrenados para cuidado de la salud pública,
- El porcentaje de aumento de los fondos por recuperaciones, expansión de la cobertura del HISS,
- El aumento del acceso a los servicios de salud, por tipo de servicio y grupos de población.

## 5.2 Escenarios

El oportuno y completo logro de las metas y objetivos establecidos para el PMNS está condicionado por varios posibles escenarios, es decir, por conjuntos de condiciones globales para su implementación. Las perspectivas más relevantes se refieren a las condiciones socio-económicas y demográficas y a las políticas de salud a largo plazo. La evaluación de su continuada validez a intervalos regulares durante el período de aplicación del Plan permitirá realizar una revisión oportuna de las metas y estrategias del mismo.

### 5.2.1 Socio-economía y demografía

#### (1) Crecimiento del PIB

En base a información preliminar suministrada por SECPLAN y el Banco Central de Honduras, la perspectiva más probable es un lento crecimiento del PIB, ilustrado en el cuadro siguiente.

Proyección del PIB 1980-2010

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

Nota: la tasa real de crecimiento del PIB (1980 a 1994) ha sido estimada en base a datos del BCH

#### (2) Crecimiento de la Población

La primera perspectiva utiliza las proyecciones suministradas por SECPLAN, en tanto que la segunda presenta una variante de crecimiento más rápido de la población (ver Cuadro 5-1)

Proyección del crecimiento de población 1988-2010

Casos	1988-1995 (Actual)	1995-2000 (Futuro)	2000-2010
Caso P1 (Pesimista)	2.90	2.90	2.75
Caso P1 (Optimista)	2.90	2.55	2.13

Los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud de la Familia, de 1995 indican que el estimativo de la Tasa TF para el período 1993-1995 es de 5.02, por debajo del esperado 4.5 indicado por SECPLAN I, lo cual indica la necesidad de usar la mas pesimista simulación (perspectiva), a la vez que se hace énfasis en el desarrollo de actividades relacionadas con la población y la planificación de la familia.

### (3) Cambios Resultantes en el PIB per cápita

La combinación de las tasas de crecimiento del PIB y de la población proporciona una mejor idea de los recursos financieros en el futuro para el país, al mostrar cifras per cápita:

Tasa Anual de Crecimiento del PIB per cápita (%)

	Caso G1		Caso G2		Caso G3	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Crecimiento Poblacional (%)	3.10	3.30	3.50	3.70	4.00	4.20
2.90/2.75 (Caso P1)	0.20	0.55	0.60	0.95	1.10	1.45
2.55/2.13 (Caso P2)	0.55	1.17	0.95	1.53	1.45	2.07

La hipótesis mas pesimista resulta en un aumento acumulativo del PIB per cápita del 6.7% durante el período de vida del Proyecto  $[(1.002)^5 \times (1.0055)^{10}]$ , en tanto que la mas optimista resulta en un aumento del 31.9% en el PIB per cápita durante la vida del Plan  $[(1.015)^5 \times (1.021)^{10}]$ .

### (4) Migración

Diferentes niveles de condiciones de vida y oportunidades de empleo entre los departamentos y municipalidades han promovido la transmigración dentro del país:

- crecimiento rápido de la población emigrante desde las áreas rurales a los nuevos centros urbanos como La Ceiba, Tocoa, Comayagua y Juticalpa; y una tasa más lenta pero todavía alta de migración hacia las áreas metropolitanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula.
- emigración desde las áreas rurales de pobreza hacia afuera.

De ahí que la extrapolación de estas tendencias a lo largo del marco temporal del PMNS permite una caracterización de los departamentos del país de acuerdo a su tasa de crecimiento poblacional comparada con el promedio nacional:

#### 1) Departamentos con tasa de crecimiento poblacional menor que el promedio nacional (1.8 a 2.0%)

- Tipo 1 (Valle, Choluteca): emigración debida a la falta de agua y de recursos potenciales de tierras para desarrollo
- Tipo 2 (Francisco Morazán): emigración rápida desde las áreas rurales de este departamento hacia Tegucigalpa, debido a una baja oportunidad de empleo y deficientes condiciones de vida en estas áreas; deceleración del crecimiento de la ciudad capital

- Tipo 3 (Copán, Cortés, Santa Bárbara): rápida migración desde las áreas rurales hacia las áreas urbanas de estos departamentos compensando el rápido desarrollo en el área de valles de la costa norte y San Pedro Sula.

2) Departamentos con tasa de crecimiento poblacional similar o ligeramente superior al promedio nacional (2.1 a 2.3%)

- la tasa de crecimiento poblacional de El Paraíso, Intibucá, La Paz, Lempira, Ocotepeque y Yoro se ha mantenido a un alto nivel, aún sin suficientes oportunidades de trabajo debido a la alta fecundidad y a una actitud pasiva de los habitantes respecto a la transmi-gración hacia las áreas en desarrollo.
- Atlántida representa un equilibrio entre la migración rural hacia afuera y una mas reciente inmigración y crecimiento en La Ceiba, en tanto que las Islas de la Bahía tienen suficientes oportunidades de empleo pero una capacidad limitada de absorción para una población nueva.

3) Departamentos con tasa de crecimiento poblacional mas alta que el promedio nacional (2.6 a 2.7%)

- Colón, Comayagua, Olancho: inmigración debida a oportunidades de empleo mas altas ofrecidas por el desarrollo de la agricultura en gran escala, principalmente en las áreas del norte y el valle central
- Gracias a Dios: menor migración, debido a la pobre accesibilidad a las áreas de desarrollo y una capacidad mas alta de absorción de poblacion con un potencial mas alto de desarrollo agrícola.

**(5) Estructura por edad y género**

Las persistentes altas tasas de fecundidad, especialmente entre las mujeres jóvenes, mantendrán a Honduras con una población joven. El número de personas mayores de 60 años aumentará lentamente durante el tiempo de duración del Plan y mas rapidamente después. Las diferentes oportunidades de trabajo significarán un persistente exceso de población compuesta por mujeres jóvenes en las ciudades.

**5.2.2 Políticas a largo plazo**

Al planificar las actividades futuras del sector salud hondureño es esencial ir mas allá de las perspectivas demográficas y económicas y considerar los ambientes político y social, es decir la prioridad asignada a la salud y a los servicios de salud por parte del pueblo hondureño y su gobierno, y la forma en que se proveen los servicios de salud, ya que ésto, en última instancia, influirá en forma decisiva sobre los resultados esperados en términos de mejoramiento de las condiciones de la salud. Un ejemplo relevante al respecto es el hecho de que Honduras, a través de actividades específicas del sector salud, tales como la inmunización y la terapia de rehidratación oral, y a pesar de condiciones socio-económicas adversas, en la última década ha logrado mantener una constante reducción de la tasa de mortalidad infantil (TMI). Esta sección, por lo tanto, retomará las principales orientaciones políticas sostenidas por el Gobierno de Honduras durante los años previos, con una continuidad admirable a pesar de los cambios en el partido político

conductor, reconociendo que estas orientaciones constituyen un elemento importante de la estructura de planificación para el Plan Maestro Nacional de Salud.

Además de esas respuestas políticas que en la actualidad se implementan en Honduras, otros principios políticos con impacto potencial en las opciones estratégicas probablemente serán abordados durante el tiempo de ejecución del Plan Maestro Nacional de Salud; tales principios afectarán el contexto dentro del cual las estrategias serán implementadas.

### ***(1) Principios básicos de la Política de Salud***

Estos principios básicos constituyen criterios fundamentales a través de los cuales todas las estrategias implementadas bajo el Plan Maestro Nacional de Salud deberán ser evaluadas. Estos se refieren a los siguientes atributos:

- la equidad, es decir la disponibilidad de los servicios de salud para todas las personas y grupos, de acuerdo con sus necesidades, lo que implica esfuerzos específicos para alcanzar a los grupos de población mas postergados;
- la efectividad, que es la calidad técnica de las estrategias de ataque para resolver efectivamente los problemas hacia los cuales se dirigen, incluyendo el mejoramiento de las condiciones de vida,
- la eficiencia, que es la habilidad de resolver estos problemas con el menor costo posible.
- la participación social, que implica la participación activa de la comunidad en la definición de sus necesidades, planificación, implementación y evaluación de las acciones ejecutadas para llenar estas necesidades.

Al final, el propósito general de organizar los sectores de la salud y los sectores relacionados con ésta es proveer a toda la población de Honduras el acceso a unos servicios de salud de calidad.

Este concepto de acceso es de importancia primordial para las autoridades de salud del país y estará dándole forma a las acciones en este sector durante varios años. Asimismo, se deberá entender que no sólo se limita a los servicios directos de atención en salud sino que también incluye aspectos de seguridad alimentaria y acceso al agua y al saneamiento ambiental.

### ***(2) Modernización del Estado, descentralización y programación local***

El proceso de modernización del Estado, que fué iniciado en el gobierno anterior, involucra dos orientaciones cruciales para la organización de los servicios de salud en el futuro:

- una es una creciente devolución de la autoridad a las municipalidades, que es posibilitada a través de un nuevo marco institucional, la Ley de Municipalidades, que también establece mecanismos de financiamiento a través del cobro de impuestos locales y la transferencia de fondos del presupuesto nacional a las municipalidades.
- la otra orientación es la optimización y descentralización de los servicios del gobierno que, en el sector salud, transfiere las responsabilidades y la capacidad de decisión a los niveles intermedios de región y área. Este proceso proveerá la base legal y financiera para complementar el impacto de la programación local, una estrategia mas antigua puesta en marcha por el MSP para mejorar la respuesta a necesidades locales específicas y mejor alcanzar a la población con poco acceso a los servicios de salud.

Obviamente, la implementación de los procesos de modernización del estado y de descentralización implicará un abordaje progresivo en la definición de las respectivas responsabilidades entre municipalidades, niveles central e intermedio de los ministerios, especialmente en el sector salud, a fin de evitar la excesiva fragmentación de los servicios, que podría desembocar en una disminución del acceso, y de mantener una red eficiente de servicios.

### ***(3) Enfoque del alto riesgo y enfoque de género***

La disponibilidad limitada de recursos para el sector salud y los principios de equidad y eficiencia requerirán la ejecución de esfuerzos enfocados hacia los grupos de alto riesgo entre la población. Este enfoque implica, como primer paso, la definición e identificación de estos grupos, lo que se obtendrá a través del análisis de la salud y de las condiciones de vida, realizado a nivel local.

Las acciones dirigidas más específicamente hacia estos grupos de alto riesgo, por tanto, contribuirán a reducir las desigualdades entre la población y a mejorar el estado general de la salud.

Entre los grupos tradicionales de alto riesgo, las mujeres merecen un abordaje más específico y amplio, a través de la aplicación del enfoque del género en el proceso de la definición de necesidades, planificación, implementación y evaluación de estrategias. Además de contribuir al mejoramiento directo del estado de la salud en la mitad femenina de la población, la aplicación sistemática del enfoque del género reforzará el alcance de las actividades de participación social en el sector salud y ampliará el impacto de las estrategias orientadas hacia la niñez y la familia.

### ***(4) Política de desarrollo regional***

La planificación del desarrollo durante los años anteriores se ha enfocado en el área norte del país (con el reciente crecimiento de la industria de la maquila) y en las necesidades de acomodar a los emigrantes rurales-urbanos en las principales ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula. El Plan Maestro Nacional de Salud reconoce la necesidad de planificar el desarrollo humano a nivel nacional y hace énfasis en la prioridad de promover, crear y/o desarrollar nuevos polos de desarrollo regional, basados en pueblos de pequeño o mediano tamaño con potencial agrícola en la vecindad. Estos nuevos polos de desarrollo, con sostenibilidad tanto agrícola como industrial, provistos con infraestructura social y servicios adecuados, por lo tanto atraerían a los emigrantes rurales provenientes de áreas dispersas y contribuirían al descongestionamiento de las dos metrópolis cuya capacidad de absorción está llegando a su límite (especialmente Tegucigalpa). La elaboración, dentro del Plan Maestro Nacional de Salud, de tres programas modelo correspondiendo a estos diferentes ambientes socio-económicos es una forma de preparar modelos para sistemas de salud que respondan a esta necesidad de planificación de desarrollo regional con un mayor nivel de detalle.

### **(5) Compromiso financiero**

Pese a que muchas de las estrategias del PMNS aspiran a mejorar la eficiencia de los servicios de salud y, de esa manera, a reducir sus costos (o a aumentar su cobertura y su calidad con el mismo costo), los logros de los objetivos del Plan dependerán de la continuación de los niveles actuales de financiamiento para el sector salud y el sector social en general. Mas probablemente, sin embargo, se requerirá financiamiento adicional, especialmente en el área de los recursos humanos, suministros y mantenimiento.

La necesidad de mantener un equilibrio aceptable internacionalmente entre los desembolsos para el desarrollo social, por una parte, y los ajustes económicos estructurales por otra parte, vuelve improbable que la proporción del presupuesto nacional asignada a los sectores de salud y social aumente significativamente durante el tiempo de ejecución del Plan. Por lo tanto, formular hipótesis en esta dirección sin duda deberá hacerse con cautela. En forma similar, las contribuciones externas (ya sea por medio de préstamos o donaciones) probablemente no registrarán crecimiento significativo, en tanto que el enfoque de política global y económico de los principales donantes se concentre en los Estados Recientemente Independizados de la ex-Unión Soviética y en la Cuenca del Pacífico, en lugar de Centro América. Se espera sin embargo que un Plan Maestro Nacional de Salud bien diseñado, que refleje el consenso de todos los actores en cuanto a los principales problemas y orientaciones, incentivará el apoyo a la implementación de políticas para el sector salud por parte de los donantes externos.

Internamente, el proceso de descentralización y la transferencia de fondos desde el gobierno central hacia las municipalidades no implica, en principio, un aumento sustancial de recursos. Debe existir una utilización mas eficiente de estos fondos, a través de mejores mecanismos de asignación y de control. El otro sector con potencial de crecimiento financiero durante los próximos años, sería el de los gastos privados o mixtos, ya sea directamente a través de mecanismos de recuperación de costos o indirectamente a través de una cobertura aumentada de esquemas pre-pagados por parte del HSS o el sector privado. Estos esquemas liberarían recursos adicionales para el sector público. Este mecanismo, sin embargo, depende del crecimiento del sector formal de empleo y del ritmo de desarrollo económico.

### **5.2.3 Visión para el Futuro: Cómo será el sistema de salud de Honduras en el 2010**

Junto con la historia pasada de la organización de los servicios de salud I Honduras y la posible evolución del perfil epidemiológico descrito en el Capítulo 4, todos los factores mencionados arriba eventualmente influirán en la evolución futura de estos servicios y la futura condición de la salud de la población hondureña. Se asume que la descentralización y la modernización del Estado continuarán y que, consecuentemente, las municipalidades asumirán responsabilidades aumentadas

en la prestación de servicios de salud, con énfasis inicial en la salud ambiental y preventiva. La educación para la salud y la participación social darán a la población mayor concienciación respecto a sus necesidades de salud y de las estrategias disponibles para la preservación de su salud, especialmente cuando enfrenten los retos medio ambientales de entonces y los nuevos factores de riesgo que surgirán, ligados a estilos de vida menos tradicionales. Además, la población asumirá una actitud más activa frente al mantenimiento de su propia salud y adquirirá mayor control sobre la forma en que están organizados y son prestados los servicios de salud.

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

Esta ampliación marginal de servicios prestados previo pago, a través de una mezcla de proveedores públicos y privados constituiría, sin embargo, el primer paso hacia una estructura de servicios de salud más probable en el largo plazo, cuando el desarrollo social y económico sostenido permitiera el establecimiento de un sistema nacional de seguro social. Bajo este sistema, manejado por una institución de seguro social a nivel nacional, los servicios serían provistos a través de mecanismos de contratación por el sector público o privado, organizado sobre una base regional o departamental; el MSP retendría su papel de fijar políticas y supervisarlas, con un involucramiento limitado en la actividad de prestación de servicios de salud propiamente dichos.