

CAPITULO 6

PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD

6. PLAN MAESTRO NACIONAL DE SALUD

6.1 Estrategias Genéricas para el Plan Maestro de Salud

6.1.1 Estrategias que Impactan en el Contexto

(I) Alivio de la Pobreza

1) Propósito y Objetivos

La pobreza es una de las principales limitantes subyacentes que impiden el mejoramiento de la condición de la salud. A través de la promoción de actividades para aliviar la pobreza, que se relacionan principalmente con la generación de ingresos, se puede en gran medida, mejorar las condiciones de vida, el acceso a los servicios básicos de salud y la sostenibilidad de las actividades de promoción de la salud.

2) Grupo Meta

(A) Pobreza Rural

Los habitantes pobres en las áreas rurales montañosas de Honduras (Zona A, del Estudio), en donde las oportunidades de empleo son marcadamente escasas y en donde el crecimiento de la población, aún alto debido a que la migración hacia las áreas urbanas, no equilibra las altas tasas de fertilidad.

(B) Pobreza Urbana

Los habitantes de las áreas marginales de las grandes ciudades, mayormente inmigrantes, la mayoría de los cuales han sido afectados por desastres naturales tales como derrumbes e inundaciones y que tienen falta de acceso al agua y al saneamiento básicos.

3) Componentes

(A) Enfoque común para la pobreza urbana y rural

Se desarrollarán programas integrados en:

- Fortalecimiento institucional para los comités de desarrollo comunitario a nivel de departamento y municipalidad.
- Organización de comités de desarrollo comunitario a nivel de comunidad.
- Establecimiento y/o fortalecimiento de los centros de actividad comunitaria con funciones de entrenamiento y de extensión.
- Fortalecimiento de los sistemas de entrenamiento para líderes comunitarios.
- Promoción de la educación primaria y educación fuera de la escuela, para adultos.
- Establecimiento de un sistema que provea información/adiestramiento acerca de habilidades para la generación de ingresos y mercadeo, para los miembros de la comunidad.

- Establecimiento de un sistema para proveer información acerca del mejoramiento de condiciones de vida y educación para la salud, para los miembros de la comunidad.
- Establecimiento de un sistema formal para apoyar las actividades de desarrollo comunitario conducido por miembros de la comunidad, comités de desarrollo, ONGs y otras organizaciones con funciones de coordinación, servicios de información y de suministro de fondos comunitarios.

(B) Enfoque específico para la pobreza rural

- Capacitación de agricultores (campesinos) en el uso de mejores tecnologías, diversificación de siembras, mercadeo y concientización de la auto-suficiencia.
- Establecimiento de cooperativas de campesinos para la compra de semillas y fertilizantes de buena calidad, comercialización efectiva y acceso directo a los consumidores.
- Implementación de un proyecto piloto integrado, conjuntamente sector salud y el sector agrícola, en condiciones naturales desfavorables, con difícil acceso al agua y el saneamiento, suelos de baja fertilidad, laderas montañosas empinadas, etc.
- Apoyo educativo y de información a través de los comités de desarrollo comunitario y los CESAMOs/CESARes.

(C) Enfoque específico para la pobreza urbana

- Establecimiento de un sistema que provea información sobre oportunidades de trabajo.
- Entrenamiento vocacional para los miembros de la comunidad.
- Prevención de desastres (inundaciones y derrumbes) para el desarrollo de condiciones de vivienda.
- Apoyo educativo y de información a través de centros comunitarios y los CESAMOs/CESARes.

4) Implementación

(A) Áreas de pobreza rural

En las áreas de pobreza rural se desarrollará a corto plazo un proyecto piloto incluyendo el fortalecimiento institucional de los comités de desarrollo comunitario a nivel de departamento y de municipalidad, organización de los comités de desarrollo comunitario a nivel de comunidad, establecimiento y/o fortalecimiento de centros de actividad comunitaria con funciones de entrenamiento y de extensión, entrenamiento de líderes comunitarios para mejorar la capacidad de liderazgo, educación para la salud y desarrollo agrícola, estimulación de la formación de cooperativas de campesinos, fortalecimiento de las funciones del CESAMO/CESAR.

Las actividades a mediano plazo incluirán el monitoreo y evaluación del proyecto piloto, establecimiento de fondos comunitarios para las actividades de desarrollo comunitario y la formulación de lineamientos para el método que desarrolle el proyecto piloto.

La perspectiva a largo plazo sería buscar el consenso nacional sobre el modelo establecido por el proyecto piloto y su extensión, incluyendo el desarrollo de infraestructura rural.

(B) Area de pobreza urbana

El proceso sería similar al de las áreas rurales: en el corto plazo, fortalecimiento institucional para las organizaciones de desarrollo comunitario existentes, establecimiento de un sistema formal de apoyo a las actividades de desarrollo comunitario con funciones de coordinación y servicios de información y fortalecimiento de los centros comunitarios.

En el mediano plazo, el plan consideraría el establecimiento de fondos comunitarios para las actividades de desarrollo comunitario, el monitoreo y evaluación del proyecto piloto y la formulación de lineamientos para el método desarrollado por el proyecto piloto.

El plan a largo plazo obtendría el consenso nacional acerca del modelo desarrollado, que sería extendido, incluyendo el mejoramiento de las condiciones de vida.

(2) Acceso a los alimentos/seguridad alimentaria

1) Propósito y objetivos

La seguridad alimentaria debe ser considerada de manera integrada. Esta comprende: la producción, tecnologías de post-cosecha, acceso a los alimentos, educación nutricional, procedimientos de cocinado y seguridad de los alimentos. El acceso a los alimentos es sólo una parte del componente integrado.

Los componentes principales del enfoque integrado se presentan a continuación

- Sector agrícola: sistemas de irrigación de bajo costo, diversificación de cultivos, mejores sistemas de cultivo, mejor calidad de semillas, fertilizantes, aplicación de abono orgánico, prevención de enfermedades/aplicación de pesticidas, tecnología post-cosecha/prevención de pérdida de alimentos, acceso al crédito para los campesinos, información sobre comercialización, acceso a los canales de distribución, mejor transporte, control de calidad y normas de empaque.
- Sector de salud: mejoramiento del analfabetismo de adultos, mejor conocimiento de las prácticas de higiene, saneamiento, nutrición, cocinado, seguridad de los alimentos, contaminación con sustancias peligrosas, procesamiento sencillo de alimentos para añadir a su valor alimenticio, atención primaria de salud, participación comunitaria, generación de ingresos para las mujeres rurales, acceso a los alimentos/cupones de alimentos, conservación del ambiente.

Los componentes antes mencionados no pueden ser cubiertos por una institución pública únicamente. Se requiere la colaboración estrecha entre los ministerios responsables de la planificación, la salud pública, la producción agrícola, la educación y el ambiente.

Dado que el sector agrícola ocupa la mayor porción del Producto Interno Bruto en Honduras, así como la mayor porción de la adquisición de moneda extranjera en 1992, y dado que la agricultura absorbe más de la mitad del empleo nacional en 1994, los esfuerzos deben enfocarse hacia los

aspectos de producción, tales como la irrigación y las tecnologías agrícolas. La política actual es muy diversificada y no específica. Ni las metas en cuanto a la cantidad de producción de alimentos ni en cuanto a la auto-suficiencia han sido especificada.

2) Estrategias futuras para la seguridad alimentaria

(A) *Tecnología agrícola*

- Características de producción regional
- Sistema sencillo de irrigación
- Acceso a las semillas mejoradas
- Producción doméstica de fertilizantes
- Mejoras a los sistemas de cultivo
- Sistemas de información sobre mercados
- Tecnología post-cosecha
- Prevención de enfermedades en las plantas
- Agricultura integrada con la ganadería
- Diversificación de cosechas comerciables
- Control de calidad/contenido de impurezas
- Aprobación del sistema fito-sanitario.

Todas las estrategias anteriores requieren el entrenamiento de extensionistas como una perspectiva a largo plazo. El punto más importante es la motivación de los pequeños/medianos agricultores (campesinos) independientes. El gobierno debe resolver el problema de la tenencia de la tierra tan pronto como sea posible, particularmente en las áreas rurales.

(B) *Salud y Educación*

- Mejorar el analfabetismo de los adultos
- Desarrollar conceptos de higiene y saneamiento
- Mejor conocimiento sobre la nutrición
- Prácticas de cocina, particularmente la preparación de vegetales
- Procesamiento sencillo de alimentos y de preservación de alimentos
- Generación de ingresos para las mujeres rurales
- Conservación del ambiente
- Participación comunitaria.

Todas las estrategias anteriores requieren entrenamiento para extensionistas en nutrición y labores domésticas. El punto más importante es el cultivo del espíritu de auto-suficiencia, particularmente en las amas de casa rurales. Las municipalidades deberán prestar asistencia a fin de proveer fondos para semillas y los centros comunitarios, tanto como sea posible.

3) Recomendaciones para estrategias urgentes del sector público

(A) *Secretaría de Recursos Naturales*

- Monitoreo anual y evaluación de todos los proyectos de desarrollo agrícola
- Presentación anual de los logros y resultados de cada proyecto
- Establecimiento de sus propias instituciones para mejoramiento de semillas para vegetales, cultivos permanentes y frutas.
- Diseminación de sistemas de preparación de abonos orgánicos en todo el país, a fin de ser auto-suficientes y no dependientes de los fertilizantes químicos importados.
- Motivar en los agricultores el espíritu de auto-suficiencia mediante el mejoramiento del sistema de tenencia de la tierra.

(B) *Ministerio de Salud Pública*

- Preparar informe sobre nutrientes y contenido vitamínico en los alimentos domésticos disponibles.
- Preparar un modelo de dieta nacional recomendada que incluya la ingesta de calorías y proteínas.
- Diseminar conceptos de higiene y saneamiento, particularmente entre los habitantes rurales.
- Reforzar el concepto de asistencia para la salud, como ésta se relaciona con la seguridad alimentaria.
- Entrenar extensionistas en nutrición y enviarlos a las comunidades.
- Aumentar gradualmente el número de beneficiarios de los programas de alimentos para su sostenibilidad y costeabilidad.

(C) *Ministerio de Educación*

- Introducir/continuar con el plan de suministro de leche en el almuerzo a los niños escolares, con la colaboración de la Secretaría de Recursos Naturales y el Ministerio de Hacienda.
- Reducir la tasa de analfabetismo, particularmente en los niños en la escuela primaria, tan pronto como sea posible.
- Aumentar para la generación de los más joven las oportunidades de asistir a las escuelas vocacionales para obtener habilidades.
- Monitoreo anual y evaluación de los logros de los programas.
- Promover el concepto de que la educación es productiva para el país.

(D) *Ministerio del Ambiente*

- Diseminar la tecnología de los abonos orgánicos con la colaboración de la Secretaría de Recursos Naturales para la conservación de las tierras agrícolas y el bosque.

(E) *SECPLAN*

- Coordinar a todas las instituciones involucradas en la seguridad alimentaria y monitorear/evaluar los logros de cada institución.

(F) *Ministerio de Hacienda*

- Encontrar los recursos financieros a fin de proveer fondos para los proyectos de seguridad alimentaria en el país.

(3) Acceso al agua y al saneamiento básico

1) Estrategias a nivel nacional

(A) Mejorar la coordinación y manejo de los recursos hídricos (racionalizar los papeles y responsabilidades, mejorar la coordinación, reestructurar)

El involucramiento actual de múltiples agencias (ej. Ministerio de RR.NN., SEDA, MSP, SANAA, FHIS, ENEE, COHDEFOR) en el control, manejo de coordinación de los recursos hídricos y de proyectos de suministro de agua podría racionalizarse con la posible creación de un Instituto de Recursos Hídricos. Este Instituto tendrá a su cargo la coordinación nacional para asegurarse de que los recursos hídricos son desarrollados y utilizados de manera efectiva.

Otra opción sería mejorar la coordinación entre las agencias involucradas definiendo claramente sus papeles y responsabilidades para así evitar la duplicación de actividades/responsabilidades. Este ensayo debe hacerse a través del diálogo involucrando a todas las agencias interesadas para llegar a un efectivo arreglo de las relaciones y de las funciones inter-institucionales.

Con la redefinición de los papeles y responsabilidades, el reforzamiento o reestructuración de ciertas instituciones podrían ser necesarios. Deberá existir la voluntad política de racionalizar la presente organización institucional para establecer una organización más eficiente para la utilización más efectiva de los limitados recursos financieros y humanos a fin de resolver el problema del agua en el país.

(B) Manejo y políticas de recursos hídricos (cumplimiento con lo establecido para áreas protegidas, medidas de reforestación, impacto ambiental)

La disminución de los recursos hídricos y su contaminación requieren atención a través de hacer cumplir la legislación emitida sobre las áreas protegidas. El control de la ganadería, agricultura, corte ilegal de madera, asentamientos, incendios causados por corte y quema, la erosión del suelo en las áreas de cuencas de agua, es necesario para garantizar los recursos hídricos sostenibles y reducir la contaminación del agua. Esto es particularmente crítico en el caso de las fuentes de suministro de agua urbana, que están sujetas a una severa presión debido al desarrollo. Como ejemplo se puede mencionar la urbanización propuesta de Ciudad Mateo en la cuenca de la represa Los Laureles la cual, si se permite su continuación puede poner en peligro las fuentes de agua que abastecen una cuarta parte del agua de Tegucigalpa.

El cuidado y manejo de las áreas de cuenca importantes, por medio de la restricción/manejo de actividades humanas/de desarrollo y de programas activos de reforestación son urgentemente necesarios para promover la sostenibilidad de las cuencas. Con la creación de la SEDA y la promulgación de la "Ley General del Ambiente", Decreto #104-93, existe ahora un marco regulador

para cribar los proyectos sobre la base de su impacto al medio ambiente. El papel de la SEDA no es sólo la aplicación de las leyes ambientales en cuanto a la protección de los recursos hídricos, sino también la educación respecto a la importancia del medio ambiente.

(C) Extracción de agua/control de ventas (control de calidad y cantidad)

Deben emitirse reglamentos en cuanto a la extracción de agua para controlar la cantidad extraída y asegurar que tal extracción se mantiene dentro de límites de sostenibilidad. Esto se aplica particularmente al sector privado que usufructúa el agua como un bien gratis. En un país con recursos de agua limitados, no debería permitirse que continúe la extracción incontrolada de un bien tan preciado. Se requiere legislación a nivel nacional para controlar y regular la extracción, como se está haciendo a nivel municipal (es decir, por la Municipalidad de San Pedro Sula, que cobra al sector privado por la extracción del agua, aunque ésta provenga de pozos privados). (ver Figura 6-1)

(D) Inventario de recursos hídricos (identificación/cuantificación de cuenca, ríos, y áreas con potencial de las aguas subterráneas)

El inventario nacional de recursos hídricos que está siendo levantado por el SANAA deberá ser usado en la formulación de estrategias para el desarrollo, basadas en la disponibilidad y distribución de los recursos hídricos (superficiales, subterráneos y patrones de agua de lluvia) y su capacidad para soportar los planes de desarrollo para la región. Los planes regionales de desarrollo deben basarse en la estrategia nacional que garantice la compatibilidad y desarrollo coordinado de los recursos y evite la duplicación y el desperdicio (ver Figura 6-2, 3).

(E) Estrategia de descentralización (política de desarrollo de los recursos hídricos, prioridades sectoriales, coordinación inter-municipal)

La atribución del manejo y control del agua, otorgada a las municipalidades, debe ser implementada dentro del marco de una estrategia nacional de manejo de los recursos hídricos. La explotación regional de los recursos hídricos debe ser acorde con la estrategia nacional, especialmente cuando los recursos hídricos tienen naturaleza inter-regional o traspasan las fronteras.

Existen desigualdades significativas entre la cobertura de los servicios de agua y saneamiento y la tasa de crecimiento demográfico entre departamentos y municipalidades. Estas diferencias sugieren que las prioridades sectoriales en la planificación, asignaciones financieras y la implementación deben ser establecidas para lograr la cobertura universal. Las municipalidades más desarrolladas podrían desempeñar un papel importante en la transferencia de conocimientos y la coordinación del desarrollo en sus respectivas regiones. Las agencias nacionales involucradas deben implementar el entrenamiento y el apoyo para las municipalidades menos desarrolladas, para permitir a éstas que

adquieran eventualmente la experiencia y los conocimientos necesarios para controlar y manejar sus propios recursos de agua y redes de saneamiento.

(F) Reglamento de aguas (regulación de la protección de los recursos hídricos, la extracción y la calidad del agua)

La Ley de Aguas que existe en la actualidad data de 1927 y debe ser actualizada. El borrador de la nueva ley de aguas propuesto por el Departamento de Recursos Hidráulicos del Ministerio de RR.NN está bajo revisión en la actualidad, a la luz de la reciente entrada en vigor de la Ley General del Ambiente y la política de descentralización, a fin de evitar duplicación y conflictos. Las regulaciones sobre el agua en el Código Sanitario también están siendo revisadas por el Ministerio de Salud. La eventual aprobación de cualquiera de ellas dependerá de la influencia política de las respectivas agencias y su futuro papel será visto desde el foro político.

Un nuevo reglamento de aguas deberá demarcar con claridad las funciones y responsabilidades en relación con la extracción, manejo y desarrollo de los recursos hídricos. Los estándares de calidad del agua que contiene el Artículo No. 084 de las Normas Técnicas del Código Sanitario deben ser aplicados, especialmente con respecto a los vendedores privados a fin de garantizar una calidad de agua aceptable para el consumo humano. El cumplimiento y los recursos legales punitivos por el incumplimiento, que no están detallados en las Normas Técnicas, deben ser claramente manifestados en el nuevo reglamento de aguas. Entonces los requisitos de este marco legal servirán como medio para mejorar y lograr los estándares sobre calidad del agua a nivel nacional.

(G) Regulación sobre los desechos líquidos (regulación de la disposición de las aguas servidas)

La SEDA está en la actualidad trabajando en una propuesta, juntamente con el SANAA, DIMA, MSP y la OPS para regular la disposición de desechos líquidos industriales y domésticos. Con el establecimiento de más y más industrias la disposición de las aguas servidas, que tiene un serio impacto en el ambiente y la salud, debería ser regulada y controlada. Con la promulgación de este reglamento, el requisito de dar tratamiento a los desechos antes de ser descargados si la contaminación de éstos está fuera de los límites permitidos, estará sujeto a sanción legal. La SEDA podrá entonces imponer este requisito como una condición previa para la aprobación de la solicitud para proceder con un proyecto.

La falta de tratamiento a las aguas servidas que se descargan en toda Honduras, y la falta de control de desechos industriales dentro de la red, representa una práctica inaceptable con graves implicaciones no solo para el medio ambiente sino también para los trabajadores que dan mantenimiento a la red.

2) Estrategias a Nivel Regional/Municipal

(A) Desarrollo de planes regionales (ejercicio proactivo, de apoyo y diferentes escenarios)

Deben desarrollarse planes regionales de desarrollo para anticipar las necesidades de agua y saneamiento y para planificar las medidas que se tomarán para enfrentar tales necesidades, en lugar del enfoque actual de reaccionar ante el desarrollo y los asentamientos no planificados. La identificación de los recursos hídricos para abastecer estas necesidades y las opciones de desarrollo para extraer y manejar estos recursos deben ser examinadas.

Estos planes regionales deben ser preferiblemente coordinados a nivel nacional e inter-departamental/municipalidades para garantizar la compatibilidad y efectiva utilización de los recursos. El apoyo político, la cooperación y la coordinación en el nivel inter-departamental/municipal podría ser a través de la oficina de los gobernadores. Las diferentes etapas de desarrollo de las municipalidades y sus capacidades técnicas y gerenciales dictarán la magnitud del apoyo requerido de parte de las autoridades nacionales y de municipalidades más avanzadas para desarrollar sus planes regionales/municipales.

Por ejemplo, una municipalidad más avanzada como la de SPS está desempeñando un papel clave frente a otras municipalidades vecinas al servir como el centro económico y de servicios para la región. Los Planes de Desarrollo Urbano de la Municipalidad de SPS por lo tanto incorporan el concepto de desarrollo para todo el Valle de Sula y proveen un marco regional coordinado para el desarrollo futuro. SANAA ha desarrollado el Plan Municipal para Agua y Saneamiento para el Año 2000, para el área del Trifinio, en donde ha identificado diferentes prioridades, costos y metodología para alcanzar el 100% de cobertura de servicios, basada en las características hidrológicas de las municipalidades en el área. Planes similares para otras áreas deben ser desarrollados en base a las características hidrológicas y geográficas y no solo en base a los confines de la municipalidad.

La amplia gama de sistemas de agua y saneamiento y de capacidades de las municipalidades requerirá diferentes enfoques de los aspectos técnicos, financieros y de manejo para cada municipalidad. Las limitaciones de fondos requerirán mayores esfuerzos para optimizar los recursos disponibles. La implementación de tecnologías de bajo costo y la participación activa de la comunidad maximizarán las oportunidades para planes regionales sostenibles y exitosos.

(B) Organización municipal y capacitación del personal (capacitación, enlace, ONGs, sector privado)

Las capacidades técnicas y gerenciales del personal de las municipalidades deben mejorarse a través de la capacitación sistemática en todos los aspectos del manejo del agua, su control y su

explotación. Este entrenamiento ayudará a preparar a las municipalidades para que asuman el control y manejo de sus recursos hídricos y para desarrollarlos. Dado que SANAA es la autoridad nacional con el conocimiento técnico, ésta tiene un papel clave en la transferencia de la tecnología a las municipalidades. Sus programas de capacitación al personal de las municipalidades, actualmente en curso, son importantes para preparar a las municipalidades a que asuman sus responsabilidades de manejar sus recursos. Otras municipalidades más avanzadas, como la de San Pedro Sula, también han asistido a otras municipalidades vecinas con programas de entrenamiento. Esta capacitación y coordinación inter-municipal deben ser continuadas por la AMHON y otras asociaciones municipales regionales.

Para mejorar el enlace entre la municipalidad, las comunidades, el MSP, los técnicos de salud y ambiente (TSA) y la Oficina Técnica Regional del SANAA, el decir los técnicos de agua y saneamiento (TAS) y el técnico en operación y mantenimiento (TOM), se ha propuesto un Técnico designado como TOMAS (Técnico en Operación y Mantenimiento Municipal para Agua y Saneamiento) que sería capacitado en la administración, promoción, operación y mantenimiento de los sistemas de agua y saneamiento. Este TOMAS también proveerá orientación técnica a las comunidades para ayudarles en la identificación y promoción de proyectos de agua y saneamiento.

Debe ponerse énfasis sobre una mayor cooperación con el sector privado y las ONGs (por ejemplo: "World Vision", "Save the Children", CARE) que trabajan en el área del agua y el saneamiento, para mancomunar los recursos en estas áreas y evitar la duplicación y redundancia de proyectos. Esta coordinación requerirá mejor comunicación desde del nivel comunitario hasta el nivel central. El TOMAS será invaluable como el personaje que representa a la comunidad en la oficina regional y subsecuentemente desde ahí hasta la oficina central.

(C) Mantenimiento y recuperación de costos de la red de abastecimiento de agua (minimizar pérdidas, conexiones ilegales, revisión de tarifas)

Los esfuerzos por mantener las redes existentes de agua y saneamiento en las áreas urbanas de las municipalidades son requeridos para minimizar las pérdidas y la contaminación debida a filtraciones. Las pérdidas a través de conexiones clandestinas o ilegales deben ser minimizadas o eliminadas en su totalidad a través de mayores actividades de inspección y de cumplimiento de disposiciones legales. La atención para corregir el abuso de la red, las pérdidas financieras y fiscales debe ser una prioridad para hacer que el sistema sea más eficiente en costos y sostenible.

En 1990/91 los donantes y prestamistas internacionales sufragaron el 74% del costo de capital del sector del agua y el saneamiento. Dado que los donantes y las instituciones prestamistas están exigiendo la recuperación de los costos por vía de las tarifas atadas al costo real de la producción

del agua o al costo de la prestación del servicio, la obtención de fondos para estos servicios se volverá cada vez mas crítica.

El SANAA ha dado inicio a una revisión de las tarifas y a la investigación del uso del agua para fines de vivienda doméstica y al monitoreo. La necesidad de un cambio en las tarifas para reflejar el alto costo de la producción del agua, la eliminación o reducción del subsidio del gobierno y el impacto social de tales medidas deben ser evaluados. El alto costo de inversión de capital/ mantenimiento de los sistemas de agua y saneamiento y las correspondientes implicaciones de la recuperación de costos deben ser considerados conjuntamente, para garantizar la viabilidad financiera de los sistemas.

3) Estrategias a Nivel Comunitario

(A) Mejorar la concienciación

Debe proveerse a las comunidades el apoyo técnico para impartir conocimientos y crear conciencia respecto al manejo y control del agua y el saneamiento.

(B) Propiedad y control

Se debe habilitar a las comunidades con el conocimiento para controlar sus recursos de agua y con éstos su sentido de propiedad de los mismos.

(C) Enfoque de participación activa

Se debe solicitar la activa participación de la comunidad para implementar el diseño y ejecución de planes relacionados con el agua y saneamiento, para garantizar su aceptación social y su sostenibilidad.

4) Modelos de Desarrollo

(A) Areas urbanas

Las ciudades como Tegucigalpa y SPS tienen planes maestros para desarrollar sus servicios de agua y alcantarillado para enfrentar sus necesidades proyectadas. La implementación de estos planes es técnica y financieramente factible debido a la gran población de consumidores y la recuperación de los costos a través de los cobros por el agua y el alcantarillado.

A fin de proveer mejores servicios y calidad de agua, los cargos actuales por ésta y el sistema de recolección de aguas servidas deben revisarse para mejorar la situación financiera de las autoridades relacionadas con el agua (SANAA y DIMA), a fin de que éstas puedan emprender nuevos proyectos de tratamiento y suministro de agua y mantener la red existente en buenas condiciones.

I) Disposición ilegal de basura (expansión del servicio de recolección de basura para las áreas no servidas)

El limitado servicio de recolección de basura (tren de aseo) se debe expandir a las áreas marginales. Para disminuir la carga adicional a la municipalidad, se podría considerar la opción de privatizar este servicio. La viabilidad financiera de la privatización en las áreas urbanas del centro de la ciudad podrían utilizarse para subsidiar el servicio a áreas de menor capacidad económica a manera de aplicar el principio de equidad social.

II) Tratamiento de las aguas (clorinación, laguna aireada)

La desinfección con cloro previene la propagación de enfermedades infecciosas que resultan de aguas contaminadas tales como el cólera y la diarrea. Como resultado, el agua es potable sin necesidad de esterilización a altas temperaturas. Cuando se desinfecta con cloro las aguas superficiales que contienen iones de hierro y manganeso, estos metales pesados causan decoloración y densidad. Por lo tanto, se tienen que tratar las aguas con métodos que remuevan estos metales, como la oxidación y la sedimentación coagulante o la filtración de manganeso con substrato de arena. Si ha disponibilidad de terreno, se pueden tratar estos iones pesados con un método de filtración biológica que utiliza la eliminación de adsorción oxidativa.

Cuando es imposible evitar el uso de las aguas superficiales y de lluvia que han sido contaminadas con residuos fecales humanos y de la ganadería, es necesario el tratamiento biológico de las aguas para eliminar las sustancias contaminantes y posteriormente se procede con la clorinación y la sedimentación o filtración.

Los métodos de pretratamiento en las lagunas aireadas o estanques de sedimentación fácilmente reducen el conteo bacterial en las aguas, y reducen grandemente el consumo de cloro. Para las áreas que como fuente municipal de agua utilizan aguas de ríos con alta contaminación orgánica, se debe usar el tratamiento biológico de las lagunas aireadas, las cuales suelen ser adecuadas, económicas y superior al sistema de purificación de agua

(B) Areas marginales urbanas

Las áreas en la periferia de las ciudades podrían ser servidas desde las redes urbanas de agua y alcantarillado. Sin embargo, debido a su emplazamiento geográfico, su desarrollo no planificado y el alto costo de la inversión, el servicio ideal de conexión puede resultar difícil de lograr. Los procesos comunitarios, por etapas, sería la metodología más fácil para hacerle frente a las dificultades específicas en estas áreas. La participación social con apoyo técnico y financiero y ayuda de las autoridades encargadas del agua o las ONGs son necesarios para llegar a un diseño que sea a la vez manejable y sostenible.

I) UEBM (tres métodos de suministro de agua: tuberías, tanque cisterna, pozo)

Los tres métodos que utiliza la Unidad Ejecutiva de los Barrios Marginales (UEBM) han sido efectivos y exitosos para suministra agua a las comunidades marginales de Tegucigalpa. Esta metodología escalonada y específica para las comunidades debe ser fomentada y apoyada para ampliar su ejecución a otras comunidades y áreas fuera de Tegucigalpa. El desarrollo del abastecimiento de agua tiene que ocurrir al mismo tiempo que la organización de las Juntas de Agua las cuales administrarán las estrategias de cada comunidad. El manejo y el mantenimiento adecuado, al igual que la rendición de cuentas y el manejo financiero son las principales funciones de las Juntas de Agua para la sostenibilidad de los proyectos de agua. La capacitación adecuada para que las Juntas de Agua puedan desempeñar estas responsabilidades debe formar parte de cualquier proyecto de abastecimiento de agua.

II) Manejo local de los servicios de agua y disposición de excretas

Los servicios del abastecimiento de agua y la disposición de excretas pueden ser mejor administrados si se involucra el nivel comunitario o/y el sector privado. La actual práctica de entregarle al SANAA/DIMA la red de agua y disposición de excretas para su mantenimiento una vez desarrolladas por el sector privado, podría ser asumida por las comunidades o/y el sector privado así permitiendo que SANAA/DIMA se concentre en la red de distribución y colección. En las áreas urbanas, será necesario considerar las condiciones socio-económicas de las comunidades en relación a las tarifas de pago por servicio. Sin embargo se considera que este sistema resultaría en un servicio y un manejo más costo/efectivo. Además esto permitiría que la comunidad tome la iniciativa y se haga cargo del control y mantenimiento del abastecimiento de agua y la disposición de excretas.

III) Manejo de la disposición de excreta según características específicas

Las condiciones específicas de los suelos y la topografía local tienen que considerarse (refiérase a la Figura 3-1). El cuadro a continuación describe ciertos factores que tienen que considerarse y el tipo de letrina preferible para cada situación específica.

Sistemas Aislados

<i>Condiciones del Suelo</i>	<i>Disponibilidad</i>	<i>Tipo de Sistema</i>	<i>Observaciones de Terreno</i>
Rocoso/arenoso, Buena Filtración	Si	Fosa Sencilla, Tipo Hidráulico+Tanque Séptico	Filtración natural de las aguas servidas
Idem	No	Fosa Sencilla o Tipo Abonera	Filtración natural de las aguas servidas
Arcilloso, Filtración Pobre	Si	Tipo Abonera, Tipo Hidráulico+ Tanque Séptico	Remoción manual o por medio de camión aspirador
Idem	No	Tipo Abonera	Remoción manual por medio de camión aspirador

El actual énfasis del FHIS, en construir letrinas del tipo de fosa sencilla debe ser modificado y tomar en consideración las condiciones geológicas y topográficas de las áreas marginales. Los factores a ser considerados son: la disponibilidad de terreno en la vivienda individual, que permita excavar y localizar otra fosa una vez que la fosa original esté llena, la disponibilidad de agua, características del suelo. Algunas áreas son bastante rocosas lo que no facilita la excavación de fosas profundas, lo cual significa una corta vida de la fosa. Estas áreas estarían mejor servidas con letrinas tipo abonera, aunque el mantenimiento de éstas es mucho mas exigente. La falta de agua excluiría el uso de letrinas de cierre hidráulico.

Las áreas con suelo con buena tasa de filtración tienen menos o ningún problema con el rebalsamiento de las alcantarillas cuando llueve. Las letrinas de fosa sencilla son aceptables en éstas áreas. Las de tipo hidráulico podrían ser usadas si existiera un suministro de agua adecuado en estas áreas. Las zonas con suelos con tasas de filtración pobre deben ser servidas con letrinas aboneras para eliminar el problema del rebalsamiento de la alcantarilla cuando llueve. Para asistir en el mantenimiento de estas letrinas, los camiones aspiradores de disposición de aguas negras podrían ser de utilidad en la disposición de aguas negras. La educación apropiada respecto al mantenimiento de estas letrinas deberá ser una parte integral del programa para proveer letrinas, a fin de asegurar su uso apropiado y sostenibilidad.

(C) Areas rurales

La naturaleza dispersa de estas comunidades generalmente no permite una red de agua y alcantarillado en gran escala. Las redes individuales pequeñas son la norma para desarrollar y mejorar el acceso al suministro de agua. La red de alcantarillado no es necesaria debido a la población dispersa. Para desarrollar el suministro de agua es necesario el apoyo técnico y financiero de la municipalidad, las ONGs y el SANAA. La participación e involucramiento de la comunidad podría ser en el manejo del agua, el suministro de materiales locales y de mano de obra.

i) Concienciación social respecto a la higiene

Es necesario fomentar una estrecha colaboración entre la municipalidad, la comunidad y las ONG involucradas en las actividades de agua y saneamiento para llevar a cabo proyectos efectivos de agua y saneamiento conjuntamente con proyectos de educación en salud y aspectos relacionados al mantenimiento, operación e higiene. Es necesario que las comunidades tengan una capacitación adecuada y la información necesaria para elevar su concientización social sobre las implicaciones de estos proyectos y para que posean las habilidades administrativas necesarias para garantizar la sostenibilidad de los proyectos.

La selección correcta del tipo de letrina adecuado para la condición local aseguraría su uso al igual que el beneficio a la comunidad.

ii) Participación de la comunidad en el diseño, construcción de las letrinas

Es necesario solicitar la participación continua de la comunidad desde el inicio de la planificación de los proyectos para solicitar su conocimiento sobre el problema y tener consenso sobre el diseño y la operación futura del proyecto. La manera más costo/efectiva para que la comunidad efectúe estos proyectos es involucrar a la comunidad en la planificación, diseño, construcción y operación. El sentido de propiedad resultará en una buena actitud hacia el cuidado y manejo del suministro de agua y fomentará la perspectiva a largo plazo de la explotación del recurso.

(4) Mejoramiento del marco legal/institucional

1) Propósito y objetivos

Dentro de las estrategias que aspiran al mejoramiento del entorno, el fortalecimiento de las leyes existentes "Código de Salud" la promulgación de nuevas leyes "la Ley de la Familia" y el ajuste de componentes desactualizados "Ley del Seguro Social" afectarían la condición general de la salud y el bienestar de la población. Esto incluye el fortalecimiento de los mecanismos de reglamentación que hacen cumplir la aplicación de las leyes existentes y establecen un sistema de multas por su no cumplimiento.

2) Componentes

La postura del gobierno actual de la Revolución Moral mediante la cual el énfasis ha sido puesto en el fortalecimiento del sistema legal, provee una apertura para desarrollar mecanismos de regulación y de lograr el cumplimiento de las leyes. Los principios de la Modernización del Estado hacen énfasis sobre las necesarias reformas al sistema judicial y promueven la descentralización municipal y el fortalecimiento de la sociedad civil. Estas estrategias ofrecen las necesarias oportunidades para mejorar el marco legal.

La implementación del "Código de Salud" así como otras leyes existentes requerirá el desarrollo de reglamentos que, pese a estar implícitos en la ley, no existen en todos los casos (por ejemplo: no se han desarrollado reglamentos para el control de alimentos). Como resultado de éstos, dichas leyes no pueden hacerse valer.

La "Ley de la Familia", como su nombre lo indica, protegería a la mujer y los niños en el hogar y en el sitio de trabajo. Fortalecería los derechos de la mujer y los niños, desalentando las prácticas actuales del machismo. Esta ley está en espera de su discusión por parte del Congreso.

La "Ley del Seguro Social", como se describe en la Sección 4.3.3. (3), requerirá una decisión de política administrativa por parte de la Junta Directiva, no una modificación legislativa, para aumentar la base del salario máximo de Lps. 600 a una cifra mayor que refleje con mayor claridad la capacidad de ingreso de los miembros afiliados. Con la devaluación del Lempira, la espiral inflacionaria, los aumentos tanto en sueldos como en los costos de los servicios de salud, la contribución mensual basada en el salario mínimo establecido en 1959 no permite la provisión de servicios de salud adecuados y de alta calidad.

La "Ley de Municipalidades" es un compromiso claro de descentralización. Su puesta en vigor requiere el desarrollo de recursos humanos y tecnológicos para resolver problemas de manejo local y para fortalecer las habilidades del personal local. Se requerirán acciones para fortalecer el desarrollo local de los sistemas financieros a través del mejoramiento del manejo financiero, el acceso al crédito y la estimulación de las inversiones privadas locales. Además, se requerirá el apoyo en planificación municipal y urbana, el desarrollo comunitario y la protección ambiental.

Podría ser necesario desarrollar/revisar los instrumentos para que las municipalidades regulen los aspectos operativos del manejo municipal: tipos de prestación de servicios públicos, en particular los servicios de salud y educación; los criterios para establecer honorarios o tarifas que produzcan ingresos para la municipalidad; las reglas y procedimientos para la prestación de los servicios; los derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios.

En términos generales, cualquier nivel de gobierno central tiende a ser conservador y a controlar las operaciones y el entrenamiento. Esta actitud contradice los lineamientos de la Modernización del Estado y las políticas internacionales al continuar concentrando los fondos en el nivel central. Es esencial que la transferencia a las municipalidades del 5% del ingreso del Presupuesto Nacional se efectúe en una forma oportuna y completa, como se establece en la ley. La Declaración de los Alcaldes, de 1996, insistió en el establecimiento de un mecanismo formal y permanente que garantizaría la transferencia oportuna y automática de las cantidades establecidas en la ley. Se ha llegado a un acuerdo entre la Asociación Hondureña de Municipalidades (AHMON), el Banco Central y el Ministerio de Hacienda mediante el cual el Congreso ha aprobado para 1997 las

transferencias trimestrales por parte del Banco Central a las cuentas específicas de las municipalidades. Hasta el momento no más del 2.5% ha sido transferido a las municipalidades.

Dentro del contexto de la municipalización, una descentralización completa de los servicios de salud es probablemente no del todo deseable ya que conduciría a una atomización y a la distribución desigual de los servicios y al desaparecimiento de la red de salud. El énfasis de la descentralización en lo que concierne a la salud debe estar en la solidaridad y la participación social, es decir la participación ciudadana incrementada. El papel de las municipalidades debe ser de coordinación del apoyo institucional y la articulación con la comunidad.

La distribución más manejable de papeles vería al MSP ocupándose de la provisión directa de servicios preventivos y curativos, en tanto que la municipalidad podría enfocar los aspectos del agua y saneamiento, el control de vectores y, hablando en forma general, del control del medio ambiente así como de la organización de la participación de la comunidad en la identificación de problemas y las soluciones correspondientes.

Otros servicios que podrían transferirse a las municipalidades incluyen:

- El mantenimiento de caminos y otros servicios que en la actualidad son asumidos por SECOPT.
- El manejo otros recursos naturales: bosques, recursos subterráneos, control de vectores.

El manejo del programa de participación comunitaria y la coordinación entre las municipalidades y el MSP, sin embargo, se vuelve difícil debido a la falta de políticas institucionales. Pese a que en las municipalidades más pequeñas la coordinación puede ser lograda aún sin políticas establecidas, en otras éstos resultará bastante difícil. La coordinación con el IHSS también debe ser considerada en las municipalidades más grandes.

6.1.2 Estrategias que impactan en la Conducta en el Hogar/Comunidad

(1) Reducción del analfabetismo

1) Propósito y objetivos

Saber leer y escribir, especialmente por parte de las mujeres, está fuertemente asociado con la obtención de mejores resultados en la salud (en particular en TMI y TMM) ya que una mejor educación permite un mayor énfasis en el mantenimiento del estado de la salud, un mejor entendimiento de las relaciones causales entre los factores de riesgo y las enfermedades, obtener mejoramiento en la prevención/manejo de las enfermedades, dar mejor respuesta a las indicaciones del personal de salud y a las recetas. Las mujeres deberían ser una meta especial a alcanzar ya que a menudo son quienes cuidan de la salud de la familia; también los niños escolares pueden ser un fuerte multiplicador de la educación para la salud en sus familias y la comunidad.

La reducción del analfabetismo incluye dos componentes:

- Mantener la educación primaria universal y asegurar la calidad de esta educación (lo cual es principalmente responsabilidad de la Secretaría de Educación Pública (SEP), y por ende está fuera del alcance de este estudio).
- Trabajar con los jóvenes y adultos analfabetas (también supervisado por la SEP, pero que involucra a las ONGs y los grupos comunitarios organizados, cuyas actividades en el mejoramiento del analfabetismo funcional pueden concentrarse en tópicos relacionados con la salud que, entre otros, son de interés inmediato para los receptores).

2) Educación Formal

En relación con la educación formal, se debe tomar nota que la brecha de género existente en cuanto a saber leer y escribir está disminuyendo y que la matrícula para escolares de primaria en la actualidad es similar tanto para niños como para niñas. Sin embargo, continúa existiendo un patrón común en cuanto a las niñas en el cual hay más numerosas oportunidades de abandono de la escuela debido a los trabajos domésticos y a una matrícula más baja en la secundaria y la escuela superior para éstas. Estas diferencias deberán resolverse dentro de un contexto más general de enfoque de género y condición de la mujer.

El Plan Nacional para el Desarrollo Educativo para 1994-97 fue formulado como una primera fase en la implementación de un nuevo modelo de educación conocido como la Escuela Morazánica, en referencia al proyecto del Gobierno orientado a la construcción de un estado moderno y democrático en donde la educación desempeñaría un papel decisivo en la formación de los ciudadanos y la transformación social. Este nuevo modelo por lo tanto pone el énfasis en los valores nacionales, fortalece la identidad, contribuye al desarrollo económico y al mejoramiento de las condiciones de vida de los grupos más desposeídos (postergados) de la población hondureña. Sus objetivos incluyen el mejoramiento de la calidad de la educación a través de procesos de aprendizaje significativos y relevantes; una garantía de servicios de calidad por medio de la modernización de la SEP; avances significativos en la cobertura de la educación básica y de adultos, y una disminución de los índices de repitencia y deserción; un aumento en los niveles de motivación y compromiso de los diferentes sectores de la sociedad.

El Plan para 1994-97 incluye modificaciones en los currícula a fin de incorporar dentro de las asignaturas (español, matemáticas, estudios sociales, etc.) algunos "ejes transversales" como son el estudio de la democracia, los derechos humanos, la salud e higiene, la ecología y el medio ambiente, el trabajo y la producción, ciencia y tecnología, educación intercultural, el fortalecimiento de la vida familiar, la formación de valores éticos y cívicos, la paz y la integración regional/mundial, el desarrollo humano, la seguridad social. Dentro de este concepto, el maestro no es visto como la única persona que imparte conocimientos, sino como un coordinador de actividades y recursos en la comunidad. El nuevo modelo asimismo requiere el uso de estrategias

múltiples en lugar de depender exclusivamente de la formación de maestros. Existirá una fuerte necesidad de desarrollar material educativo apropiado para estos ejes transversales, a ser usado por los maestros o por el o la estudiante mismo (se ha programado un financiamiento por parte del Banco Mundial para este proyecto).

La puesta en marcha de este programa, no obstante, podría enfrentar muchas dificultades en cuanto a las motivaciones de los maestros y las condiciones difíciles de trabajo (por ejemplo, problemas de escuela con un solo maestro, deterioro de la condición física en los últimos años); el mejoramiento de las condiciones de vida, especialmente en áreas rurales dispersas, podría resultar esencial para el mejoramiento real de la calidad de la educación. En términos de recursos financieros, mantener el aumento de la cobertura planificada para la presente y futuras generaciones y el empleo/motivación de los maestros podría requerir niveles significativos de recursos adicionales; la SEP probablemente debería considerar una reorientación de fondos de la educación terciaria hacia la primaria (dado que la Universidad podría auto financiarse parcialmente).

3) Educación informal (jóvenes y adultos)

En cuanto a la educación de adultos, el Plan Nacional de Educación "Ramón Rosa" para el Desarrollo Productivo y Humano de Jóvenes y Adultos para 1995-2001, parte del Proyecto de la Escuela Morazánica, establece la unificación conceptual de proyectos existentes de educación de adultos bajo tres ejes curriculares: educación instrumental, educación en valores y derechos humanos, educación en (y para) el trabajo productivo. La meta del Plan es proveer a 523,000 participantes el equivalente a la educación básica. Su ejecución será manejada por las Direcciones Departamentales de Educación, con fuerte énfasis en la participación de las municipalidades, organizaciones comunales, iglesias, ONGs y el sector privado. Este compromiso multisectorial será esencial para superar la posible resistencia masculina al mejoramiento y superación femenina y para facilitar la inversión del individuo a pesar de las ya totalmente absorbentes responsabilidades en el hogar y con la familia.

(2) Mejoramiento de las intervenciones en educación para la salud

El análisis del problema mostró que la educación para la salud es un factor principal en todos los problemas prioritarios de la salud, ya sea para reducir las conductas malsanas como para promover el uso de los servicios de salud. Existen en Honduras historias de éxito en situaciones de efectiva participación social aumentada a través de la educación para la salud, tales como las acciones desarrolladas en Gracias, Lempira después del análisis de los patrones de mortalidad materna e infantil; los buenos resultados de las Juntas de Agua locales; y el proceso en marcha del manejo de la neumonía por parte de la comunidad y del monitoreo del crecimiento. Las estrategias propuestas bajo esta sección cubren tres aspectos:

1) Mejorar la eficiencia de las intervenciones en educación para la salud dentro del sistema de salud.

(A) Las estrategias requieren desarrollo a diferentes niveles

(B) Papel del Nivel Central (División de Educación para la Salud)

La eficiencia del nivel central (División de Educación para la Salud, DES, en el MSP) está en la actualidad coartada por la falta de una política general y de fondos propios, de manera sus actividades se enfocan en cada nueva prioridad que surge de otros proyectos/programas, sin tener la posibilidad de ejecutar el trabajo a largo plazo organizado bajo proyecciones de cambios organizacionales y epidemiológicos en el sector salud. La DES ha presentado una propuesta para una Política de Educación para la Comunicación que está bajo revisión, sujeta a la discusión de una propuesta para la ejecución de actividades conjuntas entre la División del Desarrollo de los Recursos Humanos, la División de Educación para la Salud y la Unidad de Participación Social. La política propuesta incluye los siguientes elementos:

- la DES garantizará respuestas técnicas y éticas a las necesidades de la población en términos de mensajes educativos, facilitará el uso de tecnologías actuales y la recuperación de innovaciones locales;
- el objetivo principal es facilitar los cambios en las prácticas relacionadas con la salud y las condiciones de vida, utilizando la tecnología apropiada, incluyendo investigación cualitativa de las prácticas actuales, el análisis de las conductas que deben cambiarse, la elaboración de mensajes, la evaluación;
- las acciones deben ser congruentes con las necesidades de la población, los objetivos deben ser relevantes y alcanzables y la evaluación debe estar directamente relacionada con las condiciones de vida y los objetivos de educación;
- la obtención de cambios de conductas requiere acciones concertadas que garanticen la participación social y fortalezcan las instituciones locales y regionales;
- el MSP espera transferir las iniciativas de salud al hogar y la comunidad a través del uso de todos los medios de comunicación posibles; la DES, el Comité Técnico y los departamentos regionales de educación son instancias para la asistencia técnica;
- una vez que la capacidad del MSP se vea sobrepasada por la demanda, se podrían contratar personas y servicios, manteniendo el MSP el control sobre la metodología y las técnicas.

Asimismo, esta política permite responder a las necesidades locales como lo requiere el proceso de descentralización y acceso. La definición y aceptación de esta política debería estar acompañada por la asignación al DES de suficientes recursos apropiados para la ejecución de un plan de acción de comunicaciones a mediano y largo plazo, además de las respuestas a las necesidades locales requeridas. También podría considerarse la autonomía de la DES como una entidad técnica, eventualmente en competencia con otras fuentes privadas, con la cual ya sea el nivel central o las regiones de salud contratarían los servicios de elaboración, prueba y producción de material de educación para la salud. Esta segunda solución podría responder mejor a las necesidades locales específicas (descentralización); sin embargo, ésta no da respuesta a la necesidad de contar con el papel central de supervisión del MSP para asegurar que todas las actividades son consistentes con

las políticas nacionales de educación para la salud y para el enfoque de los grupos de alto riesgo para problemas específicos de salud.

(C) Aumentar la capacidad regional/local para elaborar/producir material educativo

Esto se lograría descentralizando los recursos humanos y materiales disponibles en la actualidad, o usando los de la DES o cualquier otra organización privada como asesores técnicos. Definitivamente, la experiencia técnica actualmente disponible en la DES podría utilizarse de manera óptima para el entrenamiento de otros recursos, enfocando sobre cómo usar el material educativo y tal vez dejando a un lado la producción de materiales para que fuese ejecutada por sectores externos. El programa de salud modelo para las áreas urbanas contempla la creación de un centro regional de este tipo para la promoción/ educación sobre la salud (incluyendo o asociado con un centro de prevención/educación sobre el SIDA) en San Pedro Sula, con un alcance regional que eventualmente se ampliaría a la parte nor-occidental del país. Sin embargo, al planificar establecimientos descentralizados se debe tener en cuenta los siguientes puntos:

- Se pueden obtener economías de escala en la producción de materiales cuando éstos se producen a nivel central (lo mismo que en la adquisición de medicamentos). Una coordinación periódica entre regiones y el nivel central podría ayudar a definir los materiales a producir a nivel nacional y aquellos materiales para regiones específicas.
- El mantenimiento de material audio-visual, de suyo ya difícil de asumir bajo las limitaciones actuales del presupuesto, podría representar un problema aún mayor para instituciones descentralizadas de producción.
- Si algunas actividades de producción se subcontratan existe la necesidad de definir los contratos estandar con garantía de calidad y de entrega oportuna del trabajo.
- La descentralización de las actividades del IEC también deberá incluir el desarrollo de sistemas regionales y de mecanismos para el monitoreo permanente y la evaluación del proceso de difusión del material educativo y del impacto de los mensajes (por ejemplo: de las encuestas entre los clientes de los centros de salud, además de la evaluación de encuestas a gran escala y específicas).

(D) Aumentar el impacto de las actividades del IEC a través del entrenamiento y motivación del personal (incluyendo a los trabajadores de la salud de la comunidad) respecto al uso del material educativo.

La educación para la salud no debe ser sólo responsabilidad del educador de la salud sino también del equipo de trabajo para la salud que labora con una población dada con su perfil epidemiológico y condiciones de vida específicos. Dentro de las prioridades en esta área estaría la impresión y difusión de nueve panfletos técnicos producidos por la DES para explicar cada uno de los pasos del proceso IEC; el análisis cualitativo, grupos focales, elaboración de mensajes de radio, control de calidad, etc. y las correspondientes actividades de entrenamiento. Otra área importante del entrenamiento para el personal de salud es la de la comunicación interpersonal: éstos puede verse no sólo como una estrategia para mejorar la comprensión de la prescripción de fármacos y los mensajes de prevención, sino también como una mejora visible (desde el punto de vista de los

clientes) en la calidad de los servicios prestados por la institución y, por ende, en el caso de los servicios del MSP, como un elemento esencial para justificar la implantación de los mecanismos de recuperación de costos. La elaboración de materiales para el mejoramiento de las comunicaciones interpersonales para el personal de un establecimiento de salud podría basarse en la experiencia del proyecto de Garantía de la Calidad, en la Región Metropolitana.

2) Promover/desarrollar una cultura social de prevención de las enfermedades, promoción de la salud y la responsabilidad individual de mantener el estado propio de la salud.

La salud y el cuidado de la salud a menudo son percibidos por la población como algo que se le debe y que el gobierno debe proveerles como servicio; esta perspectiva es enfatizada por la prioridad que se le da a los servicios curativos y al hecho de que la salud es presentada como un producto que puede ser reparado a través de una visita a la institución apropiada. En cuanto a los establecimientos de salud y al equipo, el concepto de "mantenimiento preventivo" necesita ser desarrollado y apoyado. En tanto la falta de información es siempre la causa principal para la falta de ejecución de las acciones apropiadas (por ejemplo: el reconocimiento de los síntomas de la deshidratación y el conocimiento de las formas de transmisión del SIDA); existe también la necesidad de un cambio de actitud y de conductas, especialmente en las áreas problemáticas que involucran la integración de otras personas (SIDA, salud ambiental) o cuando se trabaja en una perspectiva de mediano o largo plazo (las enfermedades crónico degenerativas, por ejemplo).

Por otra parte, desde el punto de vista de la institución, pedirle al individuo que sea responsable de su salud no es sinónimo de pedirle que él o ella pague por ésta, ya sea como un individuo o una comunidad. Esto involucra la definición preliminar, en una forma concertada, del conocimiento, actividades y conductas que serán modificados; requiere las evaluaciones reiteradas de la planificación estratégica a fin de establecer prioridades para los cambios más importantes, el impacto esperado de tales cambios que podrían implementarse con mayor facilidad, la determinación de los mensajes, medios, auditorios e instituciones involucradas, tratando de usar, tanto como sea posible, los canales, modelos y medios de comunicación existentes.

Este es, típicamente, un juego inter-sectorial de actividades que el MSP debe promover y coordinar en una forma imaginativa e innovadora. Por ejemplo: los empleadores podrían participar en la promoción de la dieta y estilos de vida adecuados, tal como se espera que éstos den como resultado una mayor productividad en el trabajo; la preocupación por la salud en lo que se refiere a la transmisión de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA es uno de los factores que podrían conducir hacia un concepto más amplio de la responsabilidad sexual, con sus consecuencias para la salud y la condición de la mujer; el uso racional de los fármacos al nivel de la comunidad

deben promoverse a fin de evitar su mal uso y potenciales accidentes ligados a la ampliación de fondos para medicinas en la comunidad, etc.

Un gran factor limitante para esta intervención a largo plazo podría ser la necesidad de vencer fuertes patrones culturales prevaecientes y mecanismos socio-económicos ya implantados. A fin de lograr éstos, es necesaria la interacción planificada de varios medios de comunicación entre varias instituciones, con la programación de nuevas metas a medida que se evalúa regularmente el progreso obtenido. La participación del sector salud será esencial en términos de reforzar los mensajes de los medios masivos de comunicación y otros mensajes públicos a través de las comunicaciones interpersonales y los consejos, para lo cual el personal de salud deberá ser entrenado y motivado (siendo la vía del ejemplo uno de los mejores mensajes). Otros individuos respetados (maestros, líderes municipales) también pueden desempeñar este papel.

3) Desarrollar interacciones con posibles colaboradores en la educación: escuelas, negocios, grupos organizados, ONGs, etc.)

La difusión de los mensajes de educación para la salud requiere diseminación fuera del sector salud, ya sea para aumentar la audiencia potencial de estos mensajes (factor multiplicador) o para llegar a segmentos específicos de esta audiencia que no son alcanzados usualmente por la institución de salud. Un candidato obvio para esta conexión es el sistema escolar en el cual diferentes contenidos o metodologías de aprendizaje son apropiados para los diferentes niveles (por ejemplo en la educación para la salud reproductiva). Las experiencias existentes y anteriores, tales como el plan integrado de salud/educación (PISE) y el proyecto de Educación en Población ya han sido evaluadas, algunas de las lecciones aprendidas son la necesidad de trabajar no sólo con los maestros sino también con los alumnos, y la necesidad de una coordinación intersectorial.

En Agosto de 1995 fue suscrito un convenio entre la SEP/MSP para establecer mecanismos de cooperación, tales como la integración de una Comisión Mixta de diseño/coordinación que revisará el diseño y operación de los ejes curriculares de la salud, con énfasis en las ETS/SIDA, la salud mental, salud ambiental, cólera y las enfermedades prevenibles por vacunación, lactancia materna y la nutrición. El plan quinquenal a mediano plazo para la reorientación del entrenamiento en sexualidad y ETS/SIDA, para profesores, alumnos, adolescentes y padres es el primer producto de esta colaboración. La DES y las divisiones técnicas relevantes deberán dar seguimiento a la elaboración e implantación del Plan Integrado de Educación para la Prevención, más completo, que incluirá aspectos tales como el enfoque de género y la auto estima, la violencia, adicción a las drogas y la salud mental. Los centros de capacitación y extensión propuestos en los proyectos modelo deben ser considerados como laboratorios de campo en donde deberán desarrollarse

estrategias intersectoriales innovativas de educación y probarse con la participación de profesores, estudiantes y otras partes interesadas.

Los negocios podrían incorporarse al sistema a través de la expansión de la modalidad de "salud-empresa", basado en el concepto de que la salud de los trabajadoras mejora la productividad y las condiciones de trabajo a la larga. Las áreas problema mas susceptibles para este medio son la salud ocupacional, accidentes, SIDA, salud reproductiva (en las maquilas) y las enfermedades crónico degenerativas. La salud materno infantil, la desnutrición, los accidentes, el control de vectores podrían abordarse a través de las grupos de mujeres o comunitarios o las ONGs. Un aspecto importante del trabajo con colaboradores intersectoriales es la habilidad que se tiene para desarrollar materiales educativos adecuados y obtener apoyo oportuno.

Pese a que las experiencias previas de trabajo intersectorial en educación para la salud se han desarrollado separadamente y pese a que las experiencias nuevas similares a nivel local o regional aún deben ser promovidas, existe la necesidad de evaluarlas y organizar su mantenimiento y reproducción en una forma costo/eficaz. Una División de Educación para la Salud (DES) a nivel central aún puede desempeñar un importante papel al respecto, en tanto que las instituciones locales podrían estar mejor equipadas para buscar a los colaboradores apropiados y mantener los contactos de trabajo. Por ejemplo, se puede anticipar un papel esencial en este aspecto para la unidad municipal de salud de reciente creación y para el centro de educación para la salud/promoción, proyectado, en San Pedro Sula. Una vez más, las economías de escala podrían alegar en favor de la producción central de material educativo, el cual sería usado y distribuido de acuerdo a criterios definidos a nivel local. Este aspecto de las actividades de educación para la salud deber ser incorporado a la política nacional (véase arriba), con una expansión progresiva de actividades planificadas para el largo plazo, de acuerdo con esta política y al desarrollo y reproducción exitosos de las experiencias locales.

(3) Mejoramiento en la participación social

1) Propósito y objetivos

La participación social es uno de los principios básicos de la Atención Primaria a la Salud y uno de los factores clave para resolver los problemas de la salud y los relacionados con ésta. Además, la participación de los beneficiarios en la identificación, planeamiento, implementación y evaluación de todo tipo de proyectos de asistencia técnica es esencial para garantizar que los miembros de la comunidad asumen el control y responsabilidad completa de las actividades.

El mejoramiento del desarrollo participativo conduce a la realización del "desarrollo auto-sostenible" y a la "justicia social" a través del mejoramiento de la capacidad social de la población y la reducción de diferencias en términos de capacidad de ingreso, vida urbana y rural y de género

2) Grupo meta

- Los habitantes pobres en áreas rurales postergadas (desposeídas)
- Los habitantes pobres en áreas urbanas marginales.

3) Componentes

(A) Mantenimiento del proceso formal/sistemas para la participación social (enfoque específico para la participación social)

Meta: Comités de desarrollo comunitario y ONGs

- Fortalecimiento institucional de las unidades de desarrollo comunitario: desarrollo de sus funciones de manejo y coordinación
- Desarrollo de los recursos humanos para los Comités
- Coordinación entre comunidades y actividades de base--grassroot).

(B) Mejoramiento del ambiente para la participación social en las comunidades (enfoque multisectorial)

Meta: Miembros de la comunidad

- Prioridad para los programas que provean servicios costeables, efectivos y sostenibles (tales como la educación, capacitación, salud y planificación familiar), para todas las personas incluyendo a los pobres, con amplia participación en la selección, administración y financiamiento de estos servicios.
- Fortalecimiento del papel de las iniciativas individuales y de la comunidad, la empresa privada y el sistema de mercado y el fácil y amplio acceso a los bienes productivos.
- Permitir la activa participación de la mujer en los procesos de desarrollo, tales como la toma de decisiones, la producción y prestación de cuidados básicos.

(C) Mejoramiento de las funciones gubernamentales para asistir en las actividades de participación social (enfoque a nivel gubernamental)

Meta: Gobierno Central y Local y Agencias de Salud

- Fortalecimiento de las instituciones, políticas y prácticas que lleven a la democratización y buen gobierno a los niveles central y local para la promoción de actividades de participación social.

4) Implementación

(A) Plan a corto plazo

Los objetivos a nivel central incluyen el fortalecimiento de la Unidad de Participación Social del MSP como un organismo de manejo y coordinación para promover el enfoque de participación social en programas y proyectos de desarrollo.

- desarrollo de lineamientos para programas de participación social, para la identificación de problemas, formación de proyectos, diseño, implementación, monitoreo y evaluación
- mejoramiento de las funciones de coordinación y manejo
- ejecución de talleres y seminarios intersectoriales
- asistencia técnica a las oficinas regionales de salud y otras organizaciones afines
- desarrollo de materiales para la promoción de la participación social

A nivel de oficina regional el propósito será el desarrollo e implementación de un programa modelo para fortalecer las Oficinas Regionales de Salud como organizaciones clave para promover actividades de participación social.

- conducción de estudios de evaluación sobre las actividades de participación social existentes
- desarrollo de bases de datos de actividades de participación social
- mejoramiento de las funciones de coordinación y manejo
- función como un centro de información sobre las actividades de participación social
- promoción de un ambiente que promueva la participación social
- desarrollo de un sistema de fondos rotatorios para las actividades de participación social y mejoramiento del ambiente.

El programa modelo de participación social fomentará del desarrollo e implementación de modelos (proyectos piloto) de participación social en áreas de pobreza rural y urbana; se tomará en cuenta la participación social durante las etapas de identificación, planificación y ejecución del proyecto.

- fortalecimiento institucional a los comités de desarrollo comunitario
- cooperación en actividades de base (grassroot), incluyendo las de las ONGS
- desarrollo de los recursos humanos: capacitación en liderazgo
- capacitación a los miembros de la comunidad: forma de pensar (auto-análisis, auto-determinación, responsabilidad, auto-suficiencia), educación para la salud, habilidades para la generación de ingresos, utilización y operación de los fondos comunitarios, etc.

(B) Plan a mediano plazo

En esta etapa existirá un mejoramiento de las funciones del modelo de la Oficina Regional de Salud:

- desarrollo de programas comunitarios integrados entre las actividades de salud y afines a la salud
- investigación sobre el impacto social de las actividades de participación social
- asistencia técnica a las actividades de participación social a través de los CESAMOs y los CESARes
- implementación de los fondos rotatorios

El modelo de programa será aplicado a otras Oficinas Regionales de Salud.

En cuanto al programa modelo de participación social:

- implementación del monitoreo, supervisión y evaluación de los programas modelo a través del enfoque de participación social
- introducción de los fondos comunitarios en los programas modelo
- aplicación en otras áreas de los programas modelo exitosos

(C) Plan a largo plazo

Las Oficinas Regionales de Salud estarán funcionando como centros de información y de recursos para las actividades de participación social. Las actividades relacionadas con el programa modelo de participación social incluirán:

- el fortalecimiento de los sistemas de fondos comunitarios
- la expansión a nivel nacional del reconocimiento de la efectividad e importancia de las actividades de participación social auto-sostenible

(4) Reducción de la tasa de fecundidad

1) Propósito y objetivos

La reducción de la tasa de fecundidad como una estrategia de salud preventiva para reducir la morbilidad y mortalidad materno/infantil es una intervención muy comprobada y debe ser un importante enfoque para la implantación de actividades relacionadas con la salud reproductiva y con la población. Es asimismo conducente al mejoramiento de las condiciones y oportunidades sociales de la mujer.

2) Política de población

En el nivel macro, una tasa reducida de fecundidad tiene como resultado una disminución en la tasa de crecimiento de la población que es una estrategia política y socialmente controversial en la mayoría de los países de la América Latina, incluyendo a Honduras. Ciertamente, con la adecuada tenencia y utilización de la tierra, el desarrollo industrial incrementado, el crecimiento sostenido de la tasa de población podría ser un parámetro deseable. En las presentes circunstancias, sin embargo, y en el panorama futuro más probable, es decir, un estable y muy lento aumento del PIB, la disminución proyectada en la tasa de crecimiento de la población ayudará a aumentar este Producto per cápita y a aliviar las presiones existentes en cuanto a la seguridad alimentaria y la conservación del ambiente. Asimismo, disminuye la mortalidad materno/infantil y reduce la oleada de demandas en cuanto a servicios de salud y la correspondiente carga para las instituciones que proveen servicios de salud. No obstante, esa reducción no debe ser considerada como un sustituto para otros aspectos del desarrollo social/humano, y su aceptación ciertamente dependerá del progreso en asuntos tales como una utilización equitativa de la tierra, la capacidad para la adquisición de alimentos y el desarrollo de oportunidades de trabajo.

La política nacional de población debe ser revisada periódicamente (incluyendo en aspectos tales como el desarrollo urbano y rural, el desarrollo regional, la migración, el empleo, la condición de la mujer, etc.) a través de la coordinación con diferentes sectores: gobierno, grupos sociales (los negocios privados, grupos comunitarios, las iglesias). Se requiere el apoyo político y la concertación a fin de desarrollar todos los aspectos del desarrollo humano/social e implementar la

política de población como una parte integral de este desarrollo humano. Un fuerte componente IEC para el personal de salud y para el público en general será necesario para contrarrestar los posibles factores limitantes:

- La percepción de la política como un control de la población, que induzca al rechazo por parte de sectores de la sociedad hondureña altamente elocuentes.
- Los patrones culturales, la oposición de los varones al uso de la planificación familiar.
- La capacidad económica/política limitada para llevar a cabo iniciativas de intervenciones necesarias (creación de polos de desarrollo, creación de empleos, etc.)

3) Actividades de planificación familiar

En el nivel micro, la reducción de la tasa de fecundidad implica la provisión de información y de servicios de planificación familiar a individuos y parejas que deseen espaciar, retrasar o reducir sus embarazos. Las actividades de educación deben ser coordinadas con otras instituciones e integrarse dentro de una mas amplia gama de intervenciones socio-culturales dirigidas al mejoramiento de la alfabetización y la condición de la mujer. Por otra parte, quienes toman las decisiones deber ser informados sobre los efectos de un crecimiento rápido de la población en los diversos índices de desarrollo sectorial.

La responsabilidad específica del sector salud es proveer los medios para mejorar la salud materna y disminuir los embarazos no deseados que por ende conduce a la reducción de la tasa de fecundidad. Un importante punto fuerte para ésta es la existencia de una red de instituciones y de servicios comunitarios para la salud reproductiva en operación (el MSP, IISS, ASHONPLAFA, las farmacias privadas); sin embargo existe una reconocida necesidad de motivación/información del personal a fin de mejorar sus habilidades y su compromiso. Asimismo, es importante mejorar la capacidad del sistema para proveer cantidades adecuadas de anticonceptivos de manera oportuna a los usuarios actuales y potenciales (véase la Sección sobre el Mejoramiento de Suministros y la Logística).

Un enfoque esencial en las actividades de salud reproductiva debe ser el desarrollo de estrategias para el involucramiento de la población masculina, en términos de información, motivación y el uso real de métodos de planificación familiar, ya que ésta contribuirá a reducir uno de los principales factores de resistencia a mejorar la protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el SIDA.

Se deberá considerar una fuente nacional de recursos para la adquisición de suministros para la planificación familiar, como reemplazo a los fondos externos en la perspectiva del mediano plazo. Debe tomarse en cuenta que la recuperación del costo puede no ser la mejor alternativa, ya que la demanda no es dictada por un problema de salud altamente visible. Sin embargo, teniendo los niveles suficientes de comprensión de los beneficios que ésta implica y un suministro permanente

de insumos, alguna proporción de los usuarios potenciales deberá estar dispuesta a hacerle frente a estos costos (como actualmente sucede en ASHONPLAFA y los clientes de las farmacias privadas). La recuperación del costo no debe tener precedencia sobre la prestación de los servicios a una gran porción no servida de la población hondureña.

4) Resumen Estratégico

- Diseñar, promover e implementar una política nacional de población basada en los conceptos de desarrollo humano y en la satisfacción de las necesidades básicas, en donde el principio guía en la toma de decisión de tener un hijo a nivel individual y de la familia sea "más no necesariamente es lo mejor" y no "menos es mejor".
- Promover la aplicación efectiva del enfoque del género y una cultura positiva de la salud reproductiva dentro de la institución de prestación de servicios y entre la población (especialmente los varones) como una promoción de la salud y una herramienta para el bienestar de la familia.
- Enfocar la promoción e implementación de las actividades de planificación familiar entre las mujeres jóvenes para retrasar el nacimiento del primer hijo, a fin de reducir la tasa "latente" de crecimiento y aumentar el potencial de desarrollo individual de estas jóvenes mujeres (parejas).

6.1.3 Estrategias que organizan la prestación de servicios de salud

(1) Mejoramiento del acceso a los servicios de salud

1) Propósito y objetivos

El acceso a servicios de salud de calidad constituye el objetivo operativo fundamental de la organización de los sistemas de salud, en particular cuando se orienta hacia el mejoramiento del acceso para los grupos poblacionales más postergados, permitiendo así reducir las diferencias existentes entre grupos humanos del país y por consiguiente contribuir a mejorar el estado de salud de la población en su totalidad. Este proceso de acceso a los servicios de salud ha sido identificado por las autoridades sanitarias hondureñas como el "eje fundamental de la reforma y modernización del estado", materializado, entre otras formas, a través de proyectos de Acceso financiados por donaciones de los gobiernos de Suecia y Estados Unidos y fondos nacionales. Este proceso tiene como estrategia principal el desarrollo de la capacidad de administración del sistema de servicios de salud, centrada en el nivel local, y contempla tres áreas de actividades principales: reorientación de la red de servicios, recuperación y desarrollo de los recursos humanos y sistematización de la participación social.

Las estrategias propuestas por el Plan Maestro de Salud se encuentran son congruentes con este proceso, retomando sus grandes orientaciones en el corto plazo y amplificándolo para llegar a una visión diferente de la prestación de servicios de salud al finalizar el período contemplado por el PMS. Las estrategias y actividades propuestas en esta sección se enfocan en la reorientación de la

red de servicios y deben verse en conjunto con estrategias relacionadas en las secciones de participación social y de desarrollo de recursos humanos.

2) Expansión física de la red de servicios (establecimientos)

El propósito de este componente es ubicar los establecimientos de prestación de servicios de salud más cerca de donde reside la población (mejorando en esta manera el acceso geográfico a los servicios institucionales). En la actualidad el MSP tiene la red más extensa con cerca de ochocientos establecimientos a nivel nacional, desde los CESARes hacia los hospitales nacionales de tercer nivel. Las facilidades del IHSS están localizadas en las áreas urbanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula, en tanto que las clínicas del sector privado no van más allá de las pequeñas ciudades regionales. La red de las ONGs es más irregular, dependiendo del tamaño y de su desarrollo a nivel local, y se concentran más a menudo en las actividades comunitarias.

Aún cuando la expansión de la red de establecimientos hacia áreas más remotas aumenta la equidad al mejorar el acceso a los servicios de salud y permite una presencia más visible de la institución, las limitaciones presupuestarias recurrentes han impedido en el pasado la operación y dotación adecuada de personal en los centros recién abiertos, afectando de esta manera, en el largo plazo, la calidad de la asistencia que podría ofrecerse a través de la expansión de la red. Por lo tanto, tal expansión debería definirse idealmente a través de la estimación de las necesidades de atención de salud y no por necesidades o presiones políticas, a fin de minimizar carga operativa adicional para las instituciones responsables. Por lo general, se encuentran fácilmente fondos externos para inversiones de capital; deberá efectuarse una planificación cuidadosa para garantizar el aprovisionamiento de fondos internos de operación y para las necesidades de mantenimiento de los nuevos establecimientos.

El potencial para la futura expansión de la red de establecimientos puede considerarse a varios niveles de asistencia, desde el nivel de la comunidad a las instituciones de referencia.

i) Un aspecto especial de la expansión de la red es el desarrollo de instalaciones de apoyo basadas en la comunidad, tales como los albergues maternos, casas comunales de parto o centros comunales de salud. Los albergues maternos, localizados cerca de un hospital, permiten que las mujeres remitidas con un embarazo de alto riesgo pasen los últimos días antes del parto a corta distancia de los recursos médicos. Por otra parte, las casas comunales de parto permiten a las parteras tradicionales manejar a sus pacientes más cerca del hogar, en tanto que proveen un ambiente adecuado para un parto limpio y alumbramiento seguro. Aún cuando los fondos para su construcción pueden adquirirse de fuentes institucionales, la operación y mantenimiento de tales facilidades son usualmente asumidos por las propias comunidades beneficiarias, contribuyendo así a la sustentabilidad a través de una participación más activa de la población

en la atención de su propia salud. La experiencia con los albergues maternos y las casas de parto comunitarias promovidas en la actualidad por varios proyectos de salud materno-infantil (San Marcos de Ocotepeque, La Esperanza, las tres áreas cubiertas por el proyecto financiado por el Gobierno Danés en la Región 6) debe ser evaluada en cuanto a su efectividad y sostenibilidad antes de ser replicada en otras comunidades convenientes. Sin embargo, en lo que concierne a las actividades basadas en la comunidad, estos proyectos requieren, al menos en la etapa inicial, una fuerte supervisión institucional y un componente de apoyo.

- ii) Construcción de centros de salud: como se discutió antes, la construcción de nuevas instalaciones ambulatorias, especialmente en áreas rurales dispersas, requiere de una discusión cuidadosa a nivel local, entre las comunidades interesadas y las instituciones involucradas: municipalidades, establecimientos existentes en áreas vecinas y sector sanitario. Se requiere estimar el acceso y la potencial captación poblacional del futuro establecimiento, así como las perspectivas para el desarrollo inter-sectorial y los patrones de migración poblacional. Los mecanismos de compensación social (a través del FHIS) pueden utilizarse para el financiamiento de capital. Deberán considerarse los servicios para la operación y mantenimiento a largo plazo (incluyendo personal) por parte de las ONG o la municipalidad antes de comprometer al MSP y podrían ser indicados como una condición necesaria. El ascenso de los CESARes a CESAMOs, o de los CESAMOs a establecimientos hospitalarios materno-infantil o clínicas de emergencia se considera en la próxima sección.
- iii) La construcción por parte del IHSS de nuevas facilidades ambulatorias deber ser contemplada a la luz de la forma de prestación de servicio que éste adoptará en el futuro. En tanto nuevas clínicas para pacientes externos y clínicas de emergencia podrían considerarse para San Pedro Sula y Tegucigalpa para cubrir el aumento de la población, el establecimiento de estas facilidades en otras ciudades deberá sopesarse contra la posibilidad de contratar servicios ya sea con el sector privado o el público, contribuyendo así a una utilización más completa y racional de las facilidades existentes, especialmente si las últimas son sometidas a un mejoramiento serio en términos de su capacidad técnica para resolver problemas y el enfoque orientado hacia el cliente.
- iv) Construcción/expansión de hospitales regionales/de área: una cantidad de viejas instalaciones ha sido identificada para ser reemplazadas a escala completa, siendo éstas por orden de prioridad, los hospitales de Choluteca (CHR Sur), Danlí (CHA C. Alvarado), La Ceiba (CHR Atlántida) y Trujillo (CHA S. Paredes) y eventualmente el de Santa Rosa de Copán (CHR Occidente), Tela (CHA), Santa Bárbara (CHA) y Yoro (CH M. de Subirana). La priorización real del trabajo de construcción puede determinarse a través del inventario recientemente emprendido por PRONASA y el plan de desarrollo de todos los hospitales. La utilización del

modelo de construcción modular de un solo piso, similar al del Hospital San Francisco en Juticalpa es promovida por el Grupo de Estudio debido a su más fácil mantenimiento y operación y a las posibilidades de adaptación y crecimiento futuro de acuerdo a las necesidades específicas de la región/área. Este modelo es también promovido por las autoridades del MSP que han reconocido que el diseño de dos plantas usado en los hospitales de Comayagua, Puerto Cortés y El Progreso está plagado de problemas de operación. Por otra parte, el modelo debe ser lo suficientemente flexible en su realización para cumplir, por ejemplo, con los requerimientos climáticos de la región.

v) En términos de las necesidades específicas de expansión futura por área, las áreas más previsibles, determinadas mediante proyecciones de las tasas actuales de ocupación de acuerdo con proyecciones de la población existente (véase Cuadro 6-1) están en las áreas de ginecología y obstetricia y pediatría en los hospitales de área y en medicina general/cirugía ortopédica para los hospitales regionales. Sin embargo, se requerirá, al tomar la decisión de ampliar un hospital dado, que se considere el costo respectivo y las consecuencias funcionales de la expansión en relación a la reconstrucción.

vi) La construcción de nuevos hospitales de área en aquellas que en la actualidad no cuentan con tales instalaciones puede no ser una obligación, ya que gran parte de sus funciones pueden ser cumplidas por CESAMOs mejorados con servicios de emergencias y para partos de bajo riesgo, como se describe en la siguiente sección. Las localidades adecuadas para tales instalaciones podrían ser:

- Talanga (o Guaimaca para el cual ya existe un plan) y Sabanagrande (Región 1)
- Marcala y Siguatepeque (Región 2, ascendiendo la CMI existente)
- Santa Cruz de Yojoa y Quimistán (Región 3)
- Nacaome y San Marcos de Colón (Región 4)
- La Entrada (Región 5)
- La Unión y San Esteban (Región 7, donde también existe un plan para Nueva Palestina)

El ascenso a centros de salud integrados podría utilizarse como una solución a corto o mediano plazo, mientras los hospitales existentes son reconstruidos. Después los patrones futuros de población y de demanda de servicios de salud determinarían cuáles de éstos centros mejorados requerirían convertirse en hospital de área a escala completa.

vii) Construcción/rehabilitación de maternidades de bajo riesgo: la rehabilitación de las maternidades de bajo riesgo en el Hospital San Felipe en Tegucigalpa y Leonardo Martínez en San Pedro Sula ha sido ya identificada como una acción prioritaria, la primera a ser emprendida a través de un proyecto financiado por JICA; la segunda está incluida dentro del programa modelo para el área de salud urbana y ha sido planificada por la dirección del hospital como el primer paso hacia la rehabilitación del hospital como un hospital regional propiamente dicho.

Una nueva capacidad instalada de 30 partos por día en Tegucigalpa y 20 en San Pedro Sula contribuiría, conjuntamente con los establecimientos periféricos para atención de partos, a disminuir la carga actual impuesta a los hospitales de referencia y permitiría a éstos últimos dedicar la mayoría de sus esfuerzos en esta área a los embarazos y partos de alto riesgo, y a los problemas ginecológicos (tumores genitales, infertilidad, etc.). Algunos de los centros periféricos para atención de partos en ambas ciudades podrían a la larga ser rehabilitados como hospitales generales (de área), de hecho cumpliendo con la función del nivel primario que actualmente es asumida por los hospitales nacionales.

3) Mejoramiento de la capacidad resolutive de la red existente

Además de los problemas de acceso geográfico a las instalaciones proveedoras, la falta de capacidad resolutive de las instalaciones y servicios existentes contribuyen al problema de acceso, a través de la no resolución satisfactoria del problema que justificó la demanda de servicios o de la necesidad de recurrir a otro nivel de recursos o a otro proveedor. Por lo tanto, las estrategias propuestas en esta sección tienden a mejorar la calidad de los servicios ofrecidos en el primer nivel de atención, lográndose así:

- la satisfacción de las necesidades objetivas y expresas de salud de la población meta en un lugar más cercano a la población.
- la reducción en la demanda innecesaria, sea espontánea o referida, a los niveles de mayor complejidad,
- una mayor satisfacción del usuario con el servicio recibido, induciendo una mayor confianza en la institución proveedora,
- una mejor oportunidad de control social de las actividades de salud en la medida que se reduce la dependencia de los niveles más altos de complejidad.

A la larga, la capacidad de resolver localmente la mayoría de los problemas de salud que enfrenta la población tendrá como resultado una mayor vinculación entre la población y el equipo de salud, evitará la selección desorganizada de servicios de salud y facilitará la implementación del modelo de medicina familiar orientado hacia la comunidad en donde el equipo de salud comparte con la misma población la responsabilidad de resolver los problemas de salud y donde la búsqueda de soluciones efectivas se vuelve más fácil por el conocimiento y la confianza mutua entre los proveedores y los usuarios.

A continuación se considera toda una gama de estrategias que forman un "continuum" desde el nivel comunitario hacia el nivel hospitalario de área, tendente a desplazar hacia la periferia (es decir, la comunidad) la capacidad de resolver los problemas de salud específicos de esta comunidad. La implantación de estas estrategias, aunque tenga implicaciones a nivel nacional en su impulso y seguimiento, tiene que ser guiada por la definición local de necesidades, tal como se determina por ejemplo, en los planes municipales de salud desarrollados en el marco del proceso de acceso.

(A) Manejo comunitario de enfermedades y problemas comunes

En zonas de muy difícil acceso a los establecimientos de salud, el manejo de los problemas más comunes por parte de algunos miembros de la comunidad constituye una solución parcial al problema. Aún en lugares más accesibles, este enfoque contribuye también a proporcionar acceso a tratamiento básico fuera de los horarios de apertura de los proveedores institucionales que a menudo se limitan a los días hábiles de la semana de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.. Asimismo, ayuda a resolver algunos problemas creados por la barrera cultural en grupos étnicos minoritarios al involucrar a los proveedores de salud nacidos y criados localmente y las formas tradicionales de la medicina (véase, por ejemplo, el uso de hierbas medicinales en las comunidades leucas, así como por los proveedores institucionales de salud alrededor de La Esperanza).

Contenido: La detección y el tratamiento presuntivo de los casos de malaria y dengue, la rehidratación oral en caso de diarrea, y especialmente de cólera, han sido ya ampliamente manejados a nivel comunitario. El manejo de infecciones respiratorias, y en particular de neumonía, y la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño, incluyendo el manejo de los problemas de cuidado y alimentación del mismo, se encuentran en este momento en fase de prueba e implementación inicial. La evaluación programada de estas pruebas debe llevarse a cabo para definir las condiciones de replicación a nivel nacional en función de las necesidades locales percibidas. El control prenatal por parteras capacitadas y las actividades de planificación familiar se pueden agregar. Otra actividad de esta misma índole es el manejo de fondos comunitarios para compra de medicinas en lugares de difícil acceso a las clínicas y a las farmacias (véase la sección sobre la logística de medicamentos).

El papel del proveedor a nivel comunitario incluye funciones de detección, tratamiento, referencia en los casos que no se pueden manejar a este nivel, y educación en salud. Este personal puede ser uno/a o varios de los colaboradores tradicionales del MSP o de las ONGs: guardianes, colaboradores voluntarios, parteras, representantes, o promotores y su actividad se puede ejercer desde su propia casa o eventualmente a partir de una "casa comunitaria de salud", cuya presencia concretiza la participación de la comunidad en la resolución de los problemas.

Condiciones de implementación: el desarrollo de actividades de este tipo a nivel comunitario implica un apoyo efectivo y continuo del nivel institucional en dos aspectos importantes:

- un abastecimiento regular de los suministros necesarios para la actividad (por ejemplo antibióticos para el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas)
- una supervisión capacitante y de apoyo realizada de manera periódica.

Estos dos factores son esenciales para reforzar la credibilidad de las personas de la comunidad realizando este trabajo y evitar una deserción temprana. Dos de las estrategias propuestas en esta

sección, la presencia de dos personas en cada uno de los CESARes y la entrega del paquete básico de servicios, constituyen oportunidades de realizar este apoyo, cuya importancia crece con las dificultades de acceso de la comunidad, por lo que implica algunos costos adicionales. Una colaboración a nivel operativo entre la institución de salud, las ONGs trabajando en el área y las municipalidades puede contribuir a solucionar parte de los problemas de supervisión y entrega periódica de suministros. A nivel institucional, se debe priorizar las actividades de supervisión y los recursos asignados a estas actividades.

(B) Asignación de dos recursos a cada CESAR

Contenido: esta estrategia responde a dos necesidades de acceso, diferentes pero relacionadas:

- poder dedicar mayores recursos institucionales a la promoción, realización y supervisión de actividades comunitarias,
- disminuir el acceso a los servicios de atención institucional directa por razón de cierre del establecimiento, especialmente en lugares donde la distancia y la disponibilidad al centro de salud dificultan que el paciente pueda llegar al servicio.

El objetivo es tener todos los días en el centro de salud a uno de los recursos, encargado de la demanda espontánea de atención curativa o preventiva y de los aspectos administrativos, y otro recurso trabajando en la comunidad. Aunque el equipo del CESAR puede ser conformado por dos auxiliares de enfermería, una solución alternativa sería la asignación de un recurso con un perfil diferente, para aumentar la capacidad resolutive del centro: auxiliar de nutrición, técnico de saneamiento ambiental, trabajador social u otro. La rotación periódica de este recurso adicional entre un grupo de CESARes cercanos podría agregar al impacto de esta estrategia pero implicaría problemas de logística y motivación de este recurso. Ambos recursos estarían además en posición de capacitarse mutuamente para contribuir a mediano plazo al mejoramiento de la capacidad resolutive.

Sin embargo, el número actual de estos recursos posiblemente los calificaría para representar un papel de apoyo/supervisión en el nivel de sector; además, pese a que los miembros de tal grupo de dos también estarían en capacidad de entrenarse mutuamente a fin de mejorar su capacidad resolutive, podría no ser realista esperar que un nutricionista o técnico en saneamiento ambiental reemplace totalmente al auxiliar de enfermería o vice-versa. En cualquier caso, un equipo de dos tendría capacidad para discutir directamente los casos o problemas difíciles, aliviando así, de alguna manera, el alto grado de responsabilidad asignado al auxiliar de enfermería.

Condiciones de implementación: en la actualidad existen alrededor de 100 CESARes que cuentan ya con dos auxiliares de enfermería. Una asignación sistemática de dos recursos para todos los CESARes implicaría unos 500 recursos adicionales, algunos de los cuales podrían derivarse de los niveles secundarios a través de las medidas contempladas en esta sección. Sin embargo, ésta no

debe ser considerado como una condición precedente sino como una consecuencia de la asignación de un nivel adicional al nivel de atención primaria. Debe recordarse, por ejemplo, que uno de los hospitales de cuidados terciarios está también a la espera de la asignación de auxiliares de enfermería a fin de abrir algunos pabellones. Otra fuente para financiar esta estrategia podría ser la contribución de las municipalidades. La implantación de esta estrategia tendría que ser progresiva, en función de prioridades decididas localmente según criterios de necesidad de apoyo a las actividades comunitarias o de tamaño de población meta, para llegar a una cobertura completa al finalizar el período del plan. La asignación de recursos calificados a nivel periférico tiene también implicaciones en términos de motivación e incentivos para este personal (ver sección sobre recursos humanos).

(C) Entrega del paquete básico/movimiento de personal

Contenido: estos dos elementos están siendo implementados desde hace varios años por el MSP y tienen todavía validez dentro del contexto del Plan Maestro. El primero se refiere a visitas periódicas a las aldeas más postergadas de cada espacio-población por parte del equipo institucional local o reforzado por elementos del sector o del área; el segundo, a las visitas periódicas de recursos de nivel CESAMO u hospital, sean médicos, enfermera profesional capacitada en el rol ampliado, odontólogo u otro, a los CESARes para ofrecer atención preventiva o curativa en casos difíciles de manejar por parte de la auxiliar de enfermería. Ambos elementos pueden combinarse en función de las necesidades específicas de las comunidades/EE-P visitados.

Condiciones de implementación: coordinación a nivel de sector o área para programación en función de las necesidades de las comunidades; anuencia de los recursos para realizar actividades fuera de su lugar de trabajo asignado; implicaciones para transporte y viáticos.

Todas las estrategias anteriores, combinadas de manera diferente según las necesidades, se enmarcan dentro del proceso de descentralización y programación local, ya que implican una concertación de necesidades y disponibilidad de recursos a nivel de las comunidades beneficiarias: EE-P, UPS, municipalidades, sector y área, permitiendo el uso eficiente y equitativo de estos recursos.

(D) Mejoramiento de la capacidad de resolución de problemas de las facilidades de asistencia a la salud pública de mas alto nivel

Mientras las estrategias previas se refieren más que todo a zonas rurales dispersas, con dificultad de acceso geográfico, el mejoramiento de la capacidad resolutoria de de las facilidades de asistencia a la salud pública de mas alto nivel tiene también aplicación en zonas urbanas y urbano-marginales, o en zonas rurales concentradas. El objetivo de esta estrategia es proporcionar en un número inicialmente limitado de establecimientos una capacidad de respuesta a la mayoría de los problemas

comunes de salud para evitar el recurso innecesario a los hospitales (descongestión del nivel secundario) o al sector privado (ahorro y mayor acceso para la población de menor capacidad económica).

Contenido: las áreas funcionales cubiertas por la ampliación de los servicios proporcionados por los CESAMOs mejorados incluyen:

- i) Atención del parto de bajo riesgo y manejo inmediato de las complicaciones más frecuentes: reparación de episiotomía y desgarros, manejo inicial de los problemas hemorrágicos, infecciones, hipertensivos y otros; esta actividad se integra dentro del marco de la atención integral en salud reproductiva, permitiendo ofrecer una gama completa de servicios en esta área. La atención del parto de bajo riesgo se puede dar en un ambiente dedicado del CESAMO (constituyéndose de hecho en una clínica materno-infantil) o en una casa comunitaria de parto en los alrededores del mismo. En ambos casos, la atención del parto se puede dar por personal institucional o por partera tradicional capacitada bajo supervisión del personal institucional (sea médico o enfermera profesional/partera).
- ii) Atención de emergencias: además de las emergencias médicas habituales (IRAs, asma, diarreas, malaria, dengue) se necesita capacidad de respuesta adecuada a las emergencias por causas externas: heridas (suturas), fracturas cerradas sencillas (enyesado), intoxicaciones, actos de violencia, problemas psicológicos (alcoholismo, depresión), lo que implica las destrezas correspondientes de manejo inicial y consejería de estos problemas.

Además la dotación sistemática y el mantenimiento de equipo de comunicaciones (radio) entre los CESAMOs y los hospitales de área o región, contribuirían a apoyar a los médicos en zonas aisladas con el diagnóstico, tratamiento y apoyo de referencia.

Condiciones de implementación:

- i) Marcos posibles: para las áreas urbanas marginales se han discutido dos posibles marcos:
 - El primero involucra el mejoramiento de los CESAMOs existentes para convertirlos en centros de salud integrados, como parte de la red regional de servicios, los cuales tendrían un horario ampliado de servicios y prestarían servicios adicionales y la capacidad de apoyo mencionada arriba. Una primera experiencia en cuanto a ampliar las horas de servicio en CESAMOs seleccionados en la Región Metropolitana fué reportada como un fracaso. Los factores reportados como causa para este fracaso, como ser las instalaciones inadecuadas, la renuencia a asumir nuevas responsabilidades sin recursos adicionales, la falta de campañas de información, educación y comunicación respecto al uso de los servicios por parte de la población, deben ser cuidadosamente analizados. Los proyectos de centros de salud integrados podrían también explorar dos jornadas de cobertura de

servicios de emergencia como alternativa, con sólo los turnos A y B en algunos centros y los tres turnos en otros, con las respectivas implicaciones en cuanto a la cuantía de los recursos requeridos. Sin embargo, debe tomarse nota de que, si se prestan servicios de parto un servicio durante las 24 horas para atención de emergencias también podría ser mas apropiado, como una utilización compartida de las facilidades de apoyo, tales como laboratorio y radiología, lo que maximizaría la eficiencia de los costos. Además, el cierre intermitente de los centros de salud integrados daría lugar a la presencia de un problema de orientación de los clientes ("A dónde vamos de.....a.....") y problemas respecto a las remisiones (referencias) efectuadas al final del turno.

- La segunda opción es la de centros dedicados exclusivamente a la atención de emergencias, ubicados en instalaciones separadas y concebidos funcionalmente como una extensión del departamento de emergencias del hospital principal y cuyo enfoque sería la atención de emergencias pre-hospitalarias (por ejemplo, éstas no atenderían los partos normales no urgentes). Las ventajas de esta última solución se perciben como: un manejo mas fácil y eficiente por parte de la administración del hospital, requerimientos de entrenamiento mas precisos y una calidad apreciable en la asistencia, como una extensión del hospital.

Por otra parte, no obstante, las clínicas exclusivas para emergencias podrían perturbar la estrategia de la asistencia integrada a la salud, y mas tarde la asistencia a la salud de la familia si no se provee una buena comunicación entre facilidades y éstas no excluyen la necesidad de actividades de información, educación y comunicación sobre el uso apropiado de los diferentes tipos de facilidades (instalaciones).

ii) Selección de sitios:

- El Centro de Salud Integrado es el concepto subyacente para el mejoramiento de la capacidad para resolver problemas de las facilidades de asistencia pública a la salud en el Programa Modelo de Salud Urbana propuesto para San Pedro Sula y elaborado conjuntamente con personal local y regional de salud; en este modelo, la asistencia para las emergencias estará incorporada en tres CESAMOs periféricos y uno o dos en el centro, en tanto que los servicios para partos de bajo riesgo serán provistos en los mismos CESAMOs periféricos y el hospital regional (cubriendo el centro de la ciudad). El mismo concepto sería aplicado para los CESAMOs localizados relativamente alejados del hospital más próximo y con una población grande o una gran cantidad de CESARes en sus áreas de influencia (captación). Como se ha dicho antes, este concepto podría ser usado como una solución temporal para cumplir con algunas de las funciones de los hospitales de área no existentes.

La configuración de la Clínica de Emergencias se encuentra en un proyecto propuesto por la División de Hospitales del MSP en relación con el Manejo de la Asistencia de Emergencias a lo largo del eje Tegucigalpa-San Pedro Sula. Este proyecto que toma en consideración el perfil epidemiológico específico del corredor urbano y las especiales necesidades del manejo de emergencias ligadas a los accidentes y la violencia esboza planes para la construcción de:

- Un bloque para emergencias en cada uno de los hospitales principales en Tegucigalpa (Hospital Escuela) y San Pedro Sula (Hospital Mario Catarino Rivas),
- Tres clínicas periféricas para emergencias en cada una de estas ciudades,
- Un hospital mas pequeño para emergencias en Siguatepeque y
- Dos postas de salud con personal de la Cruz Roja en Comayagua y Santa Cruz de Yojoa, en las cuales el transporte entre estos dos elementos del sistema sería asumido por la Cruz Roja.

Dentro del contexto del Plan Maestro de Salud, se contempla el proyecto financiado por el Japón, que incluye la construcción y equipamiento de tres clínicas periféricas de emergencias en las áreas marginales de Tegucigalpa y la rehabilitación y equipamiento de una maternidad de bajo riesgo en el Hospital San Felipe.

Dadas las limitaciones de recursos e implementación, la creación de Clínicas de Emergencia o el mejoramiento de los CESAMOs existentes para convertirlos en Centros de Salud Integrados será progresiva permitiendo de esta manera comprobar la validez y confiabilidad de ambos modelos antes de que se tome una decisión final respecto a la configuración definitiva de estas facilidades de asistencia pública de la salud y su distribución apropiada de acuerdo a necesidades específicas de salud, su aceptabilidad por parte de la población y el personal de salud y su eficiencia.

• Recursos Humanos y equipo:

Sin importar la configuración que se escoja, las facilidades propuestas requerirán contar con recursos apropiados si han de ser completamente funcionales en una jornada de 24 horas. Los requerimientos específicos serán determinados en mayor detalle durante la elaboración de proyectos específicos y programas modelo, de acuerdo con las funciones que se definan para cada nivel. Es esencial recordar que, a menos que se obtengan logros importantes en la productividad y utilización eficiente de los recursos humanos existentes, existirá una necesidad de contar con personal adicional; por otra parte este personal requerirá recibir entrenamiento inicial para el manejo de emergencias. La parte práctica de este entrenamiento debería ser asumida por la institución que será aliviada de la carga de pacientes, es decir, los hospitales nacionales y regionales.

- El financiamiento de estos centros de salud integrados será sostenido por la ejecución sistemática de sistemas de recuperación de costos a través de honorarios por servicios, basados en el costo actual de obtener asistencia para emergencias en las facilidades existentes (incluyendo el transporte); se requerirá una campaña IEC en relación con la disponibilidad, capacidad y utilización adecuada del nuevo servicio para que el sistema funcione eficientemente.

(E) Mejoramiento de la capacidad resolutive de los hospitales de área

El hospital de nivel de área constituye el último eslabón en el nivel de atención primaria y las mejoras deben ir dirigidas a las áreas funcionales en donde puede resolver rápidamente y en forma adecuada el mayor número de problemas:

- El manejo de emergencias (incluyendo el manejo inicial de los recién nacidos y de los problemas respiratorios de los infantes, las intoxicaciones y los poli-traumatismos).
- Capacidad quirúrgica durante las 24 horas (incluyendo suministros adecuados de sangre, personal de resucitación/disponibilidad de equipo)
- Manejo de las emergencias obstétricas
- Apoyo de nivel intermedio de laboratorio y radiología (endoscopia, ultrasonido).

Además, el perfil de cada hospital debe ser adaptado a las condiciones prevalentes en su área de influencia (captación), permitiendo el fortalecimiento específico de áreas tales como la salud reproductiva en regiones donde funcionan las "maquilas"; traumatología y violencia en la Región 7, etc.

Una reciente iniciativa de cirugía móvil, que involucra la visita periódica de un grupo quirúrgico (con materiales/equipo apropiados) hacia los hospitales de área se ha implementado en Puerto Cortés y Santa Bárbara.

Esta iniciativa ayuda al grupo local a anticipar su agenda de cirugías programadas mediante la provisión de recursos capacitados y eficaces en cuanto a utilización de tiempo. La meta a mediano plazo es extender esta modalidad de cirugía simplificada al nivel de la comunidad mediante la movilización del grupo y el equipo en un vehículo a fin de realizar las cirugías previamente convenidas en diferentes localidades. En tanto que la modalidad actual podría ser fácilmente ampliada a fin de incluir otras especialidades (oftalmología, por ejemplo). Las necesidades de la cirugía a nivel comunitario todavía requieren algún fuerte trabajo de preparación, considerando especialmente los requerimientos de mantenimiento vinculados con material/equipo móvil.

Finalmente, debe tomarse nota de que aún con un sistema de referencias funcionando adecuadamente y la apertura/rehabilitación de instalaciones de atención primaria, el hospital regional y nacional todavía retendrá algunas funciones de asistencia similares a las del nivel área y

primario, para su área geográfica de cobertura y que estas funciones necesitan ser atendidas en la misma forma que en los hospitales de área.

4) Mejoramiento de los mecanismos y financiamiento del transporte

El problema de transporte del paciente puede ser abordado a tres niveles (segmentos) diferentes:

(A) Transporte inicial desde lugares con acceso difícil hacia el primer punto de contacto con la red vial

El principal enfoque del problema de transporte a este nivel debe ser la promoción del manejo preventivo a fin de disminuir la necesidad de requerir transporte de emergencia; examinando y efectuando la remisión (referencia) oportuna por parte del voluntario de la comunidad, los albergues maternos, etc.). La implementación de estrategias que promueven el acceso, tales como el manejo comunitario de ciertas condiciones, la entrega del paquete básico de salud, también reduce la necesidad de transporte de emergencia. Cuando éstos casos realmente ocurren la solidaridad comunitaria y la participación social tendrán que desempeñar el papel central en el corto y mediano plazo hasta que se provean mejores condiciones de acceso con mejor infraestructura.

La utilización del transporte aéreo (helicópteros) podría ser coordinada con organizaciones tales como las Fuerzas Armadas en casos selectos, como en una situación de desastre, pero ésta tiene serias implicaciones de costo y en cualquier caso requiere un sistema de alarma/detección, basado en la radio. La dotación de transporte adecuado al contexto de las comunidades (por ejemplo: "lanchas" en La Mosquitia y regiones costeras) debe considerarse cuando sea posible.

(B) Transporte desde el punto de contacto con la red vial hacia el sitio de atención primaria

En este segmento del transporte se debe enfatizar en el uso de los medios de transporte existentes en el sector privado/transporte público no relacionado con el sector salud, en lugar de crear y mantener un sistema de transporte propio del MSP. La solidaridad comunitaria, los fondos municipales o los mecanismos de recuperación de costos pueden usarse para financiar costos de transporte justificados. Eventualmente este reembolso podría convertirse en un aspecto cubierto por la afiliación al HSS bajo el sistema de cobertura ampliada (aunque puede ser que los beneficiarios del HSS tengan menos gastos de transporte y menos necesidad de reembolso que los no beneficiarios).

(C) Transporte desde el sitio de atención primaria hasta el sitio de referencia

En este caso también, el uso óptimo de, y la coordinación con, sistemas existentes de transporte deben considerarse (por ejemplo: con la Cruz Roja Hondureña cuya experiencia y conocimientos en este área deben ser fortalecidos y utilizados). También pueden utilizarse los vehículos multi-uso del MSP, los de la municipalidad u otra institución cuando el transporte médico no es indispensable.

Debe considerarse el suministro/operación de ambulancias propiedad del MSP para las unidades más grandes, así como el sistema de comunicación por radio que permita el uso racional del transporte desde los más distantes y pequeños establecimientos.

(2) Manejo de organizaciones e instalaciones (establecimientos)

1) Propósito y objetivos

Dado los limitados recursos que probablemente estén a la disponibilidad del sector salud en el futuro cercano, el uso eficiente de los recursos existentes es esencial para mejorar la productividad. A continuación se analizan una serie de temas, enfocados al MSP por considerarse el principal proveedor de servicios de salud. Sin embargo algunas de las observaciones que se señalarán en esta sección también aplican al IHSS; y de igual manera las observaciones sobre el tipo de proveedores de servicios de salud y la coordinación necesaria entre ellos está relacionado a otros prestadores de servicios como las ONGs y el sector privado.

2) Descentralización

La descentralización es una de las principales orientaciones para el proceso de modernización; aumenta la capacidad de resolución a las necesidades localmente definidas. El proceso de programación local, implementado desde ya hace tiempo en el contexto de los servicios de salud, tiene que complementarse con la delegación de autoridad, recursos y responsabilidades a los niveles periféricos. Se le debe dar seguimiento a la experiencia propuesta de descentralización de dos de las regiones del MSP y posteriormente evaluar la experiencia. A pesar de que algunos renglones del presupuesto deben mantenerse en el nivel central, tales como salarios (debido a razones administrativas y legales) y compra de medicinas (para la eficiencia de las negociaciones a nivel central y las economías por escala), la descentralización de otros renglones deberá dar mayor agilidad a la administración general para resolver problemas (véase como un ejemplo el valor adicional de los fondos rotatorios regionales establecidos bajo el Proyecto del Sector Salud II).

La descentralización también implica el fortalecimiento del nivel local (área/sector) en cuanto a la capacidad gerenciales a través de la supervisión y capacitación con el fin de apoyar la programación local. La inclusión de las comunidades y sus representantes (municipalidades, "patronatos" y Juntas) en la definición de problemas, planificación, ejecución y evaluación de proyectos al igual que el desarrollo del proceso de acceso serán fortalecidos por esta orientación. Esto significa cambios radicales en cuanto a los estilos y responsabilidades en el personal de salud a todos los niveles. Las habilidades de coordinación y la negociación requerirán desarrollo mientras se mantiene un papel de liderazgo en la actualización técnica y la evaluación.

El desarrollo y el uso de las nuevas responsabilidades y habilidades a nivel local o regional tiene que estar apoyado por el nivel central, el cual actuando en su nuevo rol, establecerá las normas de atención, informándose de los nuevos desarrollos y tecnologías, y monitoreará y evaluará, y no administrará directamente los programas. La integración de las actividades a nivel de las divisiones o unidades normativas, como ha sido definido, en el caso de la propuesta conjunta entre la División de Desarrollo de Recursos Humanos, la Unidad de Participación Social y la División de Ingeniería del MSP, es un buen ejemplo de la adaptación de estas nuevas funciones gerenciales a nivel local. Sin embargo, es importante que el nivel central mantenga una actitud proactiva en cuanto a la promoción de la calidad y el uso de las tecnologías más modernas y apropiadas para satisfacer las necesidades definidas localmente y así poder explorar nuevas orientaciones del sistema de salud. En este sentido, la División de Educación para la Salud poder tomar el liderazgo en el desarrollo de nuevas estrategias para crear una cultura de promoción y prevención, la que será diseñada para satisfacer las condiciones locales.

En el proceso de la descentralización, el papel de la municipalidad es uno de coordinador local de los recursos e instituciones existentes, sean estos del MSP, IHSS, las ONGs, o las mismas municipalidades, dado que su mandato electoral las obligan a responder a la población y a sus necesidades. Existe una fuerte corriente que quisiera ver a las municipalidades controlando los aspectos ambientales de la salud (agua y saneamiento básico, control de vectores, control de alimentos) dado que estas actividades están relacionadas a un número de servicios que ya la municipalidad administra. Sin embargo, el manejo directo de los servicios curativos y ambulatorios por las municipalidades es controversial, dado que la municipalización total de estos servicios podría resultar en la desaparición de la red de servicios de salud y a la atomización de estos servicios, resultando en diferentes niveles de calidad y cobertura aunados a la disponibilidad o no de recursos de cada municipalidad. Pero cuando las municipalidades tienen fuerte capacidad gerencial, técnica y financiamiento debe haber una negociación (entre los niveles de región, área, local la municipalidad y otros proveedores) para la definición local del modelo más efectivo/eficiente de manejo para los establecimientos de salud, en una cierta área geográfica, siempre siguiendo las políticas nacionales de salud.

3) Mejoramiento de la eficiencia administrativa y financiera

Este proceso incluye el afinamiento de los procedimientos existentes, la delegación de responsabilidades, sin poner en riesgo los controles necesarios y los mecanismos de salvaguardia de la ética, aumentando la responsabilidad de los individuos y las instituciones hacia sus clientes/usuarios (para lo cual la descentralización en un primer paso). Un punto de partida en esta dirección sería una revisión a fondo de informe financiado por USAID respecto al sector

administrativo dentro del MSP, haciendo listados extensibles de los diferentes pasos requeridos día por día para una cantidad de actividades administrativas básicas.

Dentro de este contexto, la privatización parcial (contratación de particulares) de los servicios de apoyo debe ser cuidadosamente considerada, ya que su eficiencia financiera podría no estar garantizada en una situación de relativo déficit de los recursos en el sector público (por ejemplo: en el área de mantenimiento de equipo bioquímico) o ante la ausencia de un mercado realmente competitivo.

El mejoramiento de la eficiencia ha sido definido por los representantes del sector privado como una condición preliminar para la ruptura de los techos de cotización para el IHS.

4) Calidad de los servicios

Globalmente, los servicios de salud requieren un enfoque con mayor orientación hacia los usuarios, es decir: considerar las necesidades y las circunstancias del cliente más que las de la institución. El proceso de acceso a través de la definición local de las necesidades, problemas y soluciones es el primer paso hacia este enfoque. El mejoramiento de las relaciones interpersonales también puede ser una misión a corto plazo, siguiendo la experiencia del proyecto de Garantía de la Calidad, ejecutado en la Región Metropolitana. La investigación de las operaciones a nivel de las UPS es la clave para realizar cambios específicos en la organización del servicio, a fin de satisfacer las necesidades de los clientes; por ejemplo: horarios más largos o diferentes horarios de apertura, la calidad de los servicios como la percibe el cliente y los enfoques para el mejoramiento; los niveles de área/sector son clave para promover este tipo de investigación y asistir en el análisis de los resultados, la toma de las medidas correctivas y difundir las innovaciones que hayan tenido éxito.

A nivel del hospital también deben ser fortalecidas las actividades de control de calidad: círculos de calidad; comités de revisión, auto-evaluación y el proceso de acreditación; este último es de la mayor importancia en la perspectiva de la compra extensa de servicios por parte del IHS al sector público (en competencia con el sector privado). El desarrollo progresivo de un sistema nacional de seguridad social implicará una generalización del proceso de acreditación a fin de satisfacer criterios de reembolso. Un programa sub-regional de acreditación podría dar más crédito al proceso y permitir la difusión de las innovaciones.

5) Supervisión

La supervisión es un proceso de apoyo, que resuelve problemas, que contribuye a la capacitación. Esto implica la necesidad de establecer la política de prioridades y la asignación de recursos para la supervisión; el desarrollo de grupos integrados (véase la propuesta sobre promoción de la salud; las visitas de supervisión por parte de las divisiones de epidemiología y salud materno-infantil). La

supervisión continua y adecuada requiere el fortalecimiento del nivel de sector (con 5-8 UPS que pueden ser supervisadas regularmente con periodicidad frecuente).

6) Sistemas de información

El proceso de descentralización implica un cambio hacia la municipalización de los sistemas de información, como se inició con el PAI, en un esfuerzo para monitorear la erradicación de la poliomielitis. Esto implica la consolidación de la información de todos los establecimientos de salud ubicados en la misma municipalidad, idealmente incluyendo información de las ONGs y el sector privado, para así promover la integración de los servicios y considerar la cobertura del área geográfica y no la cobertura (o no cobertura) de la población por cada institución. Este proceso resultará en la definición local de las comunidades/áreas/grupos postergados. En este sentido también será importante desarrollar y apoyar el registro sistemático de eventos vitales a través de esfuerzos conjuntos del MSP y el Registro Civil. Estos esfuerzos facilitarán la implementación de mecanismos de planificación más exactos, como se propone en el programa modelo para el Departamento de Olancho.

El desarrollo de la capacidad de procesamiento y análisis a nivel local (eventualmente con la ayuda de pequeños sistemas en microcomputadoras independientes) y el intercambio de esta información con las comunidades y las municipalidades debe preceder los proyectos de una red computarizada que tienden a reforzar el papel del nivel central y que requieren un alto nivel de competencia técnica al igual que mantenimiento. Este tipo de sistema independiente también se puede utilizar para el manejo de los medicamentos e insumos de reposición periódica, tal como se incluye en el POSSS. Sin embargo el sistema de red puede ser de mayor relevancia para obtener información rápida en caso de emergencias epidemiológicas (casos de cólera, investigación de supuestos casos de poliomielitis), en la re-alimentación al nivel local y en el apoyo para las decisiones de diagnóstico/terapéuticas a establecimientos aislados. En este caso, los mecanismos para organizar eficientemente el mecanismo de como responder a las interrogantes del terreno tienen que ser establecidas detalladamente (situaciones de emergencia vs sistema regular de apoyo).

(3) Mejoramiento del sistema de referencias

1) Propósito y objetivos

El sistema de referencia se concibe como la organización del sistema de salud en niveles operativos de complejidad creciente, relacionados funcionalmente entre ellos, para asegurar la prestación eficiente de los servicios de atención secundaria y terciaria que no pueden darse a nivel de atención primaria. Se incluye igualmente en este concepto la relación similar que tiene el nivel comunitario con el nivel de atención primaria institucional.

El mejoramiento del sistema de referencia incluye varias etapas cuyo desarrollo puede presentar períodos de traslape:

- definición, concertación y aceptación de las funciones respectivas de cada nivel, tanto por parte del personal de salud y de las instituciones involucradas, como de la población usuaria de los servicios;
- mejoramiento de la capacidad resolutive del nivel de atención primaria (comunidad, ambulatorio, hospitales de área) para reducir la congestión en instalaciones de referencia y disminuir las necesidades de la misma;
- implementación del manejo adecuado de los pacientes referidos en todos los niveles de atención;
- mejoramiento de los niveles secundarios y terciarios de atención.

2) Definición, concertación y aceptación de las funciones de los diferentes niveles

Se necesita una revisión de la definición de las funciones de cada nivel, tomando en cuenta la realidad y los progresos de las medidas de mejoramiento de la capacidad resolutive mencionados en las secciones anteriores. Esta revisión debe ser concertada en todos los niveles, desde el nivel nacional para lo que se refiere a atención especializada de nivel terciario, hacia el nivel de comunidad cuando se define el papel de los trabajadores de la misma. Esta concertación debe incluir no solo los gerentes y prestatarios de servicios de salud, sino también los representantes de la sociedad civil, especialmente a medida que uno se acerca del nivel comunitario, para adaptar la definición de funciones a las necesidades específicas de las comunidades (reorganización de la red de servicios para mejorar el acceso). Actividades de información y comunicación vendrán a completar esta concertación. El conocimiento y la aceptación de las funciones y responsabilidades respectivas de cada nivel y organización facilitará la implantación y funcionamiento eficaz del sistema.

3) Mejoramiento de la capacidad resolutive del nivel de atención primaria

Las estrategias correspondientes a este rubro, que tienden a disminuir las necesidades de referencia hacia el nivel secundario, se han mencionado en secciones previas. En cuanto a su aplicación específica a la referencia hospitalaria por sector geográfico, es importante recalcar:

- la apertura de maternidades de bajo riesgo en Tegucigalpa (Hospital San Felipe) y San Pedro Sula (Hospital Leonardo Martínez) a fin de aliviar la congestión en los hospitales de tercer nivel
- reforzamiento prioritario (reconstrucción) de hospitales regionales/área ubicados en zonas donde la referencia espontánea hacia el nivel de asistencia secundario o terciario es alta, es decir Choluteca (Hospital del Sur) y Danlí (Hospital Gabriela Alvarado).

4) Manejo adecuado del paciente referido en todos los niveles

La primera etapa de este proceso es la aceptación tanto por parte de los proveedores como de la población, de las funciones respectivas de cada nivel, evitando la creación de falsas expectativas o situaciones de rechazo. Esto es particularmente valedero para las referencias hechas por el personal

comunitario, cuya aceptación por el personal institucional, refuerza la posición del mismo en la comunidad y la confianza en la eficacia del sistema de salud.

La atención prioritaria de las personas referidas, a través de una mejor organización de los servicios, contribuye también a reforzar esta confianza; en el caso de referencias de CESAMO a hospital o de referencia inter-hospitalaria, el establecimiento de sistemas de comunicación radial facilitará la programación de esta atención prioritaria.

El manejo adecuado de la contra-referencia es esencial para reforzar los patrones positivos de referencia y disminuir las fuentes de conflicto y desconfianza en el sistema: a nivel hospitalario, el monitoreo de su cumplimiento tiene que ser incorporado en los mecanismos de mejoramiento permanente de la calidad de atención; a nivel ambulatorio, las notas remitidas al paciente, las reuniones mensuales y las actividades de supervisión proporcionan oportunidades para reforzar este sistema que además contribuye a la capacitación permanente del recurso. Es preciso señalar que estos patrones de referencia y contra-referencia tienen igual importancia en referencias horizontales, es decir entre instituciones diferentes del mismo nivel.

Si las estrategias anteriores son puestas en práctica entonces podría no ser necesario pensar en la aplicación de incentivos negativos por el uso directo (es decir, sin referencia por parte del sistema) de la atención a nivel secundario y terciario, tales como las tarifas y la prioridad diferenciada.

5) Mejoramiento de la asistencia en los niveles secundario y terciario

Pese a que los niveles de referencia obviamente se beneficiarán con un mejoramiento en la capacidad resolutive de los niveles primarios de asistencia a la salud (tales como la rehabilitación de las maternidades de bajo riesgo) lo que permitirá que éstas dediquen una porción relativamente grande de recursos a los pacientes de alto riesgo remitidos por el sistema, se necesitarán intervenciones específicas también en estos niveles.

(A) Desarrollo de referencias de especialidades clínicas en los hospitales regionales (y nacionales)

- i) Unidades de cuidados intensivos (de adultos y pediátricos): el mejoramiento de la capacidad resolutive en los CESAMOs, centros de emergencia, centros integrados de salud y los hospitales de área, permitirá un mejor manejo inicial de los pacientes graves. Sin embargo, ésta resultaría infructuosa si no se desarrolla la capacidad de apoyo continuado, lo que incluye una inversión importante en equipo (respiradores, sistemas de monitoreo) y en entrenamiento de los recursos humanos.
- ii) Ortopedia/traumatología: esta necesidad es especialmente importante en vista del crecimiento de los accidentes de tráfico y la violencia. Sin embargo, en tanto que los niveles regional y nacional requieren ser "centros de excelencia" en esta área, también deberán entrenarse para promover y supervisar el manejo ortopédico a nivel del hospital de área.
- iii) La rehabilitación es un corolario a los servicios previamente mencionados, con los accidentes de carretera y la violencia reemplazando las necesidades previas vinculadas a situaciones de guerra civil en los países vecinos. Deben mantenerse los contactos con las instituciones

actuales, líderes en este campo (Teletón), a fin de planificar el uso compartido de instalaciones y la coordinación en los hospitales de reciente construcción o reconstruidos.

- iv) E.N.T. y oftalmología: están en la actualidad restringidas a Tegucigalpa y San Pedro Sula (suplementadas por unos pocos grupos de cirugía oftalmológica móvil) y deberían tener mayor disponibilidad en el nivel del hospital regional.

(B) Equipo de apoyo

El equipo de laboratorio y de imagenología, cuando es usado adecuadamente, es esencial para el suministro de servicios de calidad y de resolución de problemas de salud. Los laboratorios de los hospitales regionales, nacionales y de nivel de área requieren ser adecuadamente equipados y contar con personal de acuerdo a los lineamientos existentes, con provisión específica de fondos para el mantenimiento a largo plazo del equipo y para la adquisición de suministros. La dotación de equipos de imagenología necesita enfocarse hacia equipo de nivel intermedio, como ser Rayos X básico (incluyendo aparatos móviles), endoscopia, y de tecnología de ultra sonido. El uso extensivo de estas tecnologías por parte de proveedores de servicios calificados debería permitir la solución de la mayoría de los problemas y evitar en la mayoría de los casos el recurso más caro de tecnologías más avanzadas, las cuales, sin embargo, el sector público en el país tendría derecho por lo menos a una dotación mínima (por ejemplo un equipo de tomografía axial computarizada, el angiógrafo, y más remotamente el equipo de resonancia magnética).

Cuando estas tecnologías sean efectivamente necesarias su compra deberá seguir un plan de equipamiento coordinado por el MSP, involucrando a las direcciones tanto del IHSS como del MSP a fin de evitar la duplicación costosa de éstos. El uso actual de tecnologías avanzadas, ya sea existentes o nuevas, requiere la elaboración de lineamientos específicos para su indicación y utilización y la sistematización de las experiencias respecto al uso compartido entre instituciones como las que ya ocurren entre el MSP y el IHSS. Esto es también válido en cuanto a tecnologías médicas, tales como el dializador renal, los cuidados intensivos pediátricos, cirugía de corazón abierto, oncología, etc., todas ellas especialidades para las cuales se están preparando convenios de cooperación.

La venta de estos servicios, cuando ellos existan, al sector privado deberá ser considerada como una forma para disminuir una posible sub-utilización y mejorar la recuperación de su costo. Por otra parte, algunos de estos servicios podrían eventualmente ser comprados en el sector privado, bajo convenios específicos que incluyan subsidios de precios.

(4) Mejoramiento de la Logística y Suministros

1) Política Nacional de Medicamentos

El documento de política titulado "Situación de la Salud y Prioridades, 1994-1997" declara que la elaboración de una política nacional sobre medicamentos, el fortalecimiento de la industria nacional

de fármacos, la promoción del uso de fármacos genéricos y un uso más racional de los medicamentos en general son problemas clave que requieren soluciones urgentes.

La política de medicamentos esenciales se basa en el Listado Nacional de Medicamentos Básicos (Cuadro Básico) que lista los medicamentos básicos genéricos que deberán usarse en cada uno de los niveles de atención. Se requiere que todas las instituciones públicas de salud adquieran los fármacos listados bajo su nombre genérico. Cualquier compra efectuada al margen del listado debe ser justificada con criterios científicos.

Las políticas para el uso de medicamentos genéricos, la producción nacional, el control de precios, el uso racional y el financiamiento deben ser expresadas con mayor claridad y requieren un compromiso más fuerte. También deben reflejarse en planes y acciones de parte de los Ministerios del gobierno.

2) Evaluación de la Producción de Medicamentos en Honduras

Se necesita un estudio de las Industrias Farmacéuticas y los mecanismos de precios así como la calidad de los medicamentos en Honduras. Establecer si la obtención de productos nacionales es más barata que los medicamentos importados o no, cuál es la capacidad de las Industrias Farmacéuticas en Honduras, cómo deben establecerse mecanismos de precios para lograr que funciones la política de medicamentos esenciales, y así por el estilo, clarificar con propiedad. De acuerdo a la evaluación de la producción nacional de medicamentos investigar las posibilidades de inversión de la producción nacional de medicamentos esenciales.

3) Preparación y Ejecución de Presupuestos

El proceso de preparación de presupuestos es un sistema desde abajo hacia arriba, basado en la programación local. Este proceso debe ser alentado. Lo que debe ser mejorado es la habilidad de cada región y hospital en la preparación de mejores estimaciones.

Otro problema es el sistema de compras directas. Las estimaciones presupuestarias se basan en precios licitados públicamente en el año anterior. Sin embargo, los precios de las compras directas tienden a ser más altos que los precios por licitación. Una solución sería reducir las compras directas, pero esto requeriría un mecanismo más seguro de entregas desde el nivel central.

4) Sistema de Procuración (Proveeduría)

El sistema centralizado de compras es por lo general aún preferible, dado que se obtienen precios más bajos en la compra de grandes cantidades. Pero el sistema actual requiere mejoramiento para ser más eficiente y sus procedimientos deben depurarse. La Oficina de Procuración (Proveeduría Especial) del MSP, de reciente creación ha empezado a mejorar el sistema, eliminando largos

procedimientos y haciendo el proceso más transparente. Uno de los mas necesarios y urgentes cambios podría ser la aplicación de un sistema de lista corta para las licitaciones en las cuales sólo proveedores precalificados puedan participar.

Otro asunto que valdría la pena considerar en el largo plazo es la descentralización de los presupuestos para medicamentos, delegando mayor responsabilidad directa de compra en manos de las regiones y los hospitales. A fin de obtener economías de escala significativas y mantener una buena posición de regateo tanto con los proveedores nacionales como internacionales, el proceso de negociación debe mantenerse en el nivel central y basado en la programación acumulativa de los medicamentos y suministros incluidos en el listado anual de esencialidades por regiones, los hospitales y cualquier otra institución interesada, por ejemplo el IHSS. Estas instituciones a su vez harían arreglos directos con los suministradores programando las entregas y pagos de los medicamentos ordenados, además de obtener suministros especiales o medicamentos por fuera del marco negociado. La creación de una Agencia de Compras de Medicamentos sin fines de lucro, similar a la que se ha establecido en Colombia es otra posibilidad. Esto permitiría a todas las instituciones públicas y al IHSS comprar sus medicamentos a través de una sola institución, pero utilizando sus propios presupuestos.

5) Selección y Programación

El mayor problema que enfrenta el sistema de programación es el nivel de confiabilidad de las estimaciones. La programación debería basarse en la población y en el flujo de pacientes así como en datos epidemiológicos, a fin de arrojar cifras mas realistas. Las mejoras al sistema implementadas por el Proyecto Sector Salud II son un ejemplo de un enfoque efectivo del manejo de los medicamentos. El aspecto más crítico es la supervisión y el apoyo de las UPS por parte de las oficinas regionales y de área. No obstante, se debe también tomar en cuenta que el suministro irregular o insuficiente afecta la moral del personal de salud y su interés por mantener un sistema eficiente de requisición e inventarios actualizados. El problema del mantenimiento de las computadoras no se limita sólo a este programa. Se debe dar consideración al fortalecimiento del sistema computarizado regional.

6) Distribución y Entrega

A fin de mejorar el control de inventarios en los almacenes central y regionales, el sistema de computadoras debe ser reestructurado. Adicionalmente, cada almacén regional y de hospital debe ser provisto con personal capacitado en el manejo de fármacos.

Deben mejorarse los sistemas de gerencia administrativa y de mantenimiento y debe capacitarse personal experto antes de que el sistema de cómputo funcione en forma satisfactoria y eficiente en cada estación.

Una estrategia que podría mejorar el monitoreo y supervisión del manejo y distribución de medicamentos es el uso de un almacén de área. Un almacén de área piloto fué establecido en la Región 6 en abril, pero su efectividad están aún por ser evaluada. El personal de área puede monitorear mejor el inventario de medicamentos y retirar suministros excedentes de los CESAMOs/CESARes para redistribuirlos.

El problema del transporte es el mayor problema que afecta a los niveles regional y de hospital. No existe mantenimiento preventivo. Las siguientes son posibles soluciones a ser consideradas:

- entregar directamente los medicamentos a cada región, CESAMO o CESAR
- involucrar a una compañía privada de transporte
- en ciertas áreas las municipalidades podrían cooperar la entrega de los medicamentos.

La eficiencia del costo de cada solución sería cuidadosamente estudiada y comparada con la de la situación actual, especialmente para facilidades (instalaciones) remotas y dispersas.

7) Utilización de Fármacos

El uso racional de los medicamentos y la promoción de los medicamentos genéricos deben ser alentados. Debe implementarse un programa para el uso racional de las medicamentos y una política que promueva el uso de genéricos con un fuerte compromiso político. Este programa podría incluir programas de educación médica y de enfermería, la preparación de un manual de utilización de medicamentos para cada nivel, el fortalecimiento de la autoridad de los farmacéuticos, la implementación de un comité terapéutico, una campaña para educación del consumidor, etc.

8) Fondos Comunitarios para Medicamentos

Un fondo comunitario para medicamentos es un programa de venta de medicamentos basado en la comunidad. El suministro inicial de medicamentos proviene de donantes, del gobierno o de fondos recaudados por la comunidad para el primer suministro. Los ingresos provenientes de las ventas son utilizados para resurtir las existencias. En teoría, el ciclo puede ser repetido indefinidamente sin asignación ulterior por parte de los donantes, toda vez que los fondos recuperados a través de las ventas sean suficientes.

En Honduras existen en la actualidad 225 comunidades que tienen fondos comunitarios para medicamentos. La UNICEF y varias ONGs apoyan estos programas mediante el suministro de los fondos iniciales, la capacitación y el monitoreo del programa. Existen algunas interrogantes

respecto a la auto-suficiencia, en la medida que el proceso requiere de importantes y constantes aportaciones en términos de gerencia y capacitación. Los gerentes de fondos también requieren mejorar sus sistemas de compras y entregas. Se necesita una evaluación a fondo de los programas de fondos comunitarios.

El sistema puede ser efectivo en ciertos ambientes. Por ejemplo, puede ser valioso en áreas remotas o aisladas en donde las comunidades tienen poco acceso a las farmacias o a las instalaciones de salud. Se debe dar consideración a la venta de medicamentos a las comunidades por parte del gobierno, con una pequeña margen de utilidad y a la colaboración con los almacenes de área y las municipalidades.

(5) Mantenimiento de Instalaciones y Equipo Médico

1) Propósito y objetivos

Para resolver las condiciones insuficientes de mantenimiento de instalaciones y equipo médicos, esta estrategia propone el establecimiento de un sistema nacional sostenible, auto-suficiente para el mantenimiento de instalaciones.

2) Decentralización de las actividades actuales de mantenimiento al nivel central del MSP
Para fomentar y apoyar actividades autónomas de mantenimiento en áreas remotas, se necesitan centros regionales de mantenimiento e información. Estos centros asumirían la transferencia tecnológica de las destrezas de mantenimiento y la difusión de la información necesaria disponible en el nivel central del MSP a cada establecimiento de salud.

3) Estandarización de instalaciones y equipo

Una de las mayores dificultades en la operación y el mantenimiento de instalaciones y equipo médicos en Honduras es la falta de uniformidad o estandarización en el diseño de instalaciones o en la obtención de equipo. Este punto es especialmente válido en lo que a donaciones se refiere.

Una estrategia de estandarización tendría a diseñar instalaciones y estructuras apropiadas para las condiciones locales y preparar especificaciones apropiadas de equipo. Adecuación al ambiente, facilidad de servicio y disponibilidad de repuestos y material renovable son factores importantes a considerar. Por lo tanto, el diseño y la construcción local de instalaciones, y la obtención local de materiales y equipo se debe fomentar. Se debería considerar la utilización del sector privado.

4) Modernización y motivos para el desarrollo de un sistema avanzado de red

Durante la fase de implementación de los sistemas de mantenimiento, se utilizará un sistema avanzado de red, incluyendo comunicación electrónica y actividades móviles con base local, para

aumentar la eficiencia del sistema. Esta contribuirá también a realizar ahorros, en la medida que se minimizarán los desplazamientos físicos desde el nivel central.

5) Instituciones involucradas y su papel

(A) PRONASSA y CENAMA

En el nivel central, PRONASS y CENAMA (DIM) debería integrarse en un centro principal de mantenimiento e información cuyo papel sería la transferencia tecnológica de las destrezas de mantenimiento a los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención. Esta transferencia tendría lugar a través de los centros regionales a ser creados en áreas remotas. Planificación, capacitación, información, promoción de la estandarización, comunicación, documentación serían las funciones principales de este centro. El taller actual de mantenimiento y reparaciones quedaría funcionando. El Centro integrado en Tegucigalpa debería también servir como centro regional para proporcionar servicios de mantenimiento para los establecimientos de salud de las regiones sanitarias metropolitana y 1.

(B) Centro regional de mantenimiento e información

El informe de evaluación de 1995 elaborado por el CENAMA (DIM) destaca la necesidad de un centro regional de mantenimiento. Aunque algunas oficinas regionales de salud tienen pequeños talleres de mantenimiento donados por USAID, no se usan de manera efectiva por problemas de recursos humanos y habilidades limitados. Para promover la transferencia de las destrezas de mantenimiento y del conocimiento técnico a los establecimientos de salud, tales como hospitales de área, CESAMOs y CESARes, se necesita el fortalecimiento o la construcción de estos centros y la ampliación de sus funciones. Los centros regionales se organizarán básicamente a través de la coordinación entre las organizaciones e instituciones existentes, como ser PRONASSA, CENAMA, regiones sanitarias, MSP, hospitales grandes y gobiernos municipales.

(C) Oficinas regionales de salud

Normalmente, cada oficina regional de salud cuenta con un par de recursos de mantenimiento que cuidan las instalaciones y el equipo de los CESAMOs y CESARes. Sin embargo, debido al tamaño de las regiones y a la distribución geográfica de las instituciones, no pueden cubrir todos los establecimientos. La oficina regional de salud debería dar servicios de mantenimiento únicamente a las instalaciones de atención de primer nivel.

(D) Hospitales del MSP (nacionales, regionales y de área), del IHSS y otros del sector público

Los centros de mantenimiento e información proporcionarán capacitación al personal de los hospitales sobre mantenimiento rutinario y reparaciones menores; este personal será responsable en cada hospital de la operación y del mantenimiento de instalaciones y equipo. El equipo avanzado y de mayor complejidad será mantenido/reparado por el personal calificado de los centros de mantenimiento e información de nivel central o regional. El personal técnico competente de los hospitales pueden ser llamados a trabajar simultáneamente en el centro regional.

(E) CESAMOs, CESARes y otras clínicas o centros de salud públicos

El trabajo de mantenimiento que necesita este tipo de instalaciones se refiere generalmente a instrumentos y aparatos sencillos. La transferencia tecnológica de las destrezas de mantenimiento básico con los recursos locales se difundirá a través de cursos de capacitación organizados en los centros principales, tales como los CESAMOs de sector, junto con reparaciones en el sitio de trabajo. La capacitación será manejada por instructores preparados en los centros de mantenimiento e información.

(F) Hospitales y clínicas privados

Los hospitales y clínicas privados pueden generalmente contratar en el sector privado el mantenimiento de sus instalaciones y equipo. Sin embargo, algunas de las instituciones privadas necesitan urgentemente servicios de mantenimiento y reparación. Aunque los establecimientos privados son cubiertos por los sistemas hondureños de red de servicios privados, raramente se contacta a los técnicos de países vecinos para que den servicio. Los centros de mantenimiento e información podrán dar asistencia de mantenimiento a los hospitales y clínicas privados. Adicionalmente, se puede capacitar también al personal para-médico de los hospitales y clínicas privados.

(G) Introducción del sector privado

Se debería fomentar el uso del sector privado en diferentes maneras: contratos anuales de mantenimiento y reparación para equipo complejo, obtención de repuestos o materiales consumibles, otro apoyo técnico. Otros aspectos no médicos, tales como ingeniería civil, carpintería, fontanería, jardinería, etc., se pueden confiar al sector privado. Un mayor involucramiento y uso ulterior del sector privado debe ser alentado a través de la cooperación y del intercambio de información.

6) Definición de las actividades de mantenimiento

Para una implementación eficiente de las actividades, se requiere una definición de las actividades de mantenimiento por nivel y tipo de instalaciones, tal como se desglosa en el cuadro a continuación:

Definición de las actividades de mantenimiento

Nivel	Propósito/función	Detalles	Comentarios
Nivel Central Centro principal de mantenimiento e información	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar personal actual del MSP para sus conocimientos y destrezas - Capacitar instructores a nivel central y regional - Mantenimiento y reparaciones - Estandarización - Obtención de repuestos - Control de inventario - Mantenimiento preventivo - Control de calidad - Diseño asistido por computadora - Sistema de comunicación - Documentación, etc. - Actividades móviles 	<p><u>Equipo objetivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo avanzado/complejo, p. Ej.: RMN, CAT, etc. - Equipo convencional: ultrasonido, ECG, incubadores, centrifugadoras, etc. <p><u>Instalaciones objetivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> calderas, aire acondicionado, refrigeración, incineradores 	<p>Se utilizaría el sector privado en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contratos sobre productos complejos/avanzados - reparaciones difíciles - obtención de repuestos - equipo e instalaciones no médicos <p>Cooperación por asistencia técnica necesaria: expertos, consultores</p> <p><u>Se utilizaría el sector privado en los siguientes casos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - reparaciones difíciles
Nivel regional Centros regionales de mantenimiento e información	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar instructores a nivel regional y sub-regional - Capacitar personal médico y para-médico de los hospitales públicos y privados - Mantenimiento y reparaciones - Estandarización - Obtención de repuestos - Control de inventario - Mantenimiento preventivo - Control de calidad - Sistema de comunicación - Documentación, etc. - Actividades móviles 	<p><u>Equipo objetivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipo convencional: ultrasonido, ECG, incubadores, centrifugadoras, etc. <p><u>Instalaciones objetivo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> calderas, aire acondicionado, refrigeración, incineradores 	<ul style="list-style-type: none"> - obtención de repuestos - equipo e instalaciones no médicos <p>Se requieren voluntarios despachados por la Cooperación externa</p>
Hospitales (nacionales, regionales, de área, IHSS)	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento y reparaciones menores - Control de inventario - Mantenimiento preventivo - Control de calidad - Operación del equipo 		<p>Se podría utilizar el sector privado de manera directa</p> <p>Se utilizará sistema de comunicación</p>
Nivel sub-regional, CESAMO de sector	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar el personal médico y para-médico de los establecimientos de atención primaria - Mantenimiento y reparaciones menores - Mantenimiento preventivo - Control de calidad - Operación del equipo 	<p><u>Equipo objetivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> estufas eléctricas, refrigeradores (kerosen), esterilizadores pequeños 	<p>Tendrán asistencia por actividades móviles a partir del centro regional</p>
Establecimientos de atención primaria: CESARes, CESAMOs	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento diario sencillo y reparaciones menores, incluyendo mantenimiento preventivo - Operación del equipo 		<p>Tendrán asistencia del CESAMO de sector y de voluntarios de la comunidad</p>

7) Componentes

(A) *Objetivos y requerimientos de los centros de mantenimiento e información*

Los objetivos y requerimientos del centro principal y de los centros regionales de mantenimiento e información se enseñan a continuación:

Objetivos y requerimientos de los centros de mantenimiento e información

<i>Componentes</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Requerimientos</i>	<i>Comentarios</i>
Programa de mejoramiento del sistema de mantenimiento - mejoramiento de las destrezas de mantenimiento y disseminación del mantenimiento preventivo	<p>a) mantenimiento y reparaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo técnico para mantenimiento edificios, instalaciones, equipo médico, etc. - Reparaciones para instalaciones y equipo - Asistencia para la obtención de repuestos - Introducción de agentes y fabricantes privados - Sistema de alquiler para herramientas e instrumentos de mantenimiento <p>b) Capacitación, educación y documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparación de manuales, textos y otra información técnica - Recapitación para el personal actual de mantenimiento de los hospitales del MSP y del IISS - Capacitación para médicos y enfermeras sobre mantenimiento diario y reparaciones menores en CESAMOs y CESARes <p>c) Centro de información</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inventario y condiciones de las instalaciones y del equipo - Inventario de repuestos - Análisis del modo de falla - Recursos humanos - Distribución de información técnica - Actividades de IEC para comunidades y otras personas interesadas (público o privado) 	<p><u>En los centros principal y regionales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Centros regionales con herramientas básicas, instrumentos, sistema de información y equipo de IEC para ampliar varias funciones - Vehículos para actividades móviles, tales como IEC, servicio de mantenimiento y reparaciones en áreas rurales - Sistemas avanzados de comunicación, tales como sistema de red de tecnología computadoras, incl. conexión con Internet, para mejorar las actividades anteriores y colaborar con otras instituciones internas y externas afiliadas 	<p>Se requiere coordinación con otros proyectos donantes para suplementación mútua de funciones sin duplicación</p> <p>El papel principal del centro de mantenimiento e información pasará de a) a b), c) y d) en la media que avance la transferencia tecnológica al personal de los hospitales y otras instituciones para promover la transferencia de y la concienciación sobre el mantenimiento preventivo</p>
Programa de uniformización y estandarización	<p>d) Planificación y estandarización</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asesoría técnica para planificación - Estandarización de instalaciones y equipo, requerimientos para existencias suficientes de repuestos - Plan de renovación y reparaciones - Actividades de control de calidad 	<p><u>Solamente en el centro principal</u></p> <p>Diseño asistido por computadora</p>	<p>Los planes de estandarización de instalaciones deben considerar diferentes condiciones ambientales</p>
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de la colaboración entre organizaciones involucradas, MSP, regiones sanitarias, gobiernos municipales, sector privado y comunidades 	<p><u>En los centros principal y regionales</u></p> <p>Sistemas de comunicación</p>	

(B) Sistema de red de mantenimiento e información

El centro principal y los centros regionales de mantenimiento e información, así como instituciones de salud selectas conforma un sistema de red nacional de mantenimiento e información, cuyos beneficios e impacto se presentan a continuación:

Beneficios e impacto del sistema de mantenimiento e información

Beneficios e impact

<i>Institución/ Organización</i>	<i>Mantenimiento y Reparaciones</i>	<i>Capacitación</i>	<i>Información & Documentación</i>	<i>Estandarización</i>	<i>Comentarios</i>
Centro principal y regional MSP PRONASSA	Realce de la capacidad técnica	Realce de la capacidad técnica Disminución de los costos gracias a mantenimiento preventivo	Intercambio y diseminación técnica costo- efectivos	Reducción de costos para construcción, mantenimiento, operación Mantenimiento facil/sin pb.	Se debe alentar a la fusión de PRONASSA y CENAMA; en caso contrario, se requiere coordinación
Centro regional Región sanitaria Municipalidad	Realce de la capacidad técnica	Realce de la capacidad técnica Disminución de los costos gracias a mantenimiento preventivo	Intercambio y diseminación técnica costo- efectivos	Reducción de costos para mantenimiento, operación Mantenimiento facil/sin pb.	Importancia del involucramiento de los gobiernos municipales
Hospitales públicos (MSP, IHSS)	Mejoramiento las tasas de utilización	Realce de la capacidad técnica Disminución de los costos gracias a mantenimiento preventivo	Referencia rápida para operación, inventario/ disponibilidad de repuestos,	Reducción de costos para mantenimiento, operación Mantenimiento facil/sin pb. análisis del modo de falla Diseminación del mantenimiento preventivo	
CESARes CESAMOs Centros de salud municipales	Mejoramiento de las tasas de utilización	Realce de la capacidad técnica Disminución de los costos gracias a mantenimiento preventivo	Diseminación del mantenimiento preventivo	Reducción de costos para mantenimiento, operación Mantenimiento facil/sin pb.	
Hospitales privados	Mejoramiento de las tasas de utilización	Realce de la capacidad técnica Disminución de los costos gracias a mantenimiento preventivo análisis del modo de falla	Referencia rápida para operación, inventario/ disponibilidad de repuestos,		
Sector privado para mantenimiento	Expansión de las oportunidades de negocio			Alienta la obtención local	

(C) Estructura del sistema nacional de red de mantenimiento e información

El sistema nacional de red de mantenimiento e información incluirá un centro principal en Tegucigalpa y varios centros regionales en áreas remotas conectados por la red vial futura. Este sistema se orienta a darle una base funcional al sistema de mantenimiento existente del MSP, al fomentar la transferencia de tecnología y el uso de sistemas avanzados de comunicación. A través del sistema, la información tecnológica y las metodologías de capacitación se transmiten desde el

centro principal hacia las instalaciones de menor nivel como ser los hospitales de área, CESAMOs y CESARes, pasando por los centros regionales. En este caso, el CESAMO de sector tiene que funcionar como una base para el mantenimiento, en donde se tendrían cursos para las instalaciones de atención de primer nivel. Adicionalmente, para suplementar estas actividades y cubrir las áreas rurales, se utilizarán unidades móviles con equipo audio-visual, herramientas e instrumentos de mano.

8) Gerencia

(A) Organización, recursos humanos y financieros

La organización y los recursos humanos necesarios para operar el sistema de mantenimiento para establecimientos públicos de salud se presentan a continuación:

Organización y recursos humanos Centros de mantenimiento e información de nivel central y regional

Clasificación	Organizaciones involucradas	Personal		Financiamiento	Comentarios
		Actual	Futuro		
<u>Nivel central</u>	PRONASSA	40	40	Ayuda externa para inversión inicial	Basicamente, se utilizar personal existente
Centro principal de mantenimiento e información	CENAMA	91	91	Presupuesto anual MSP	
	Sector privado de manera puntual	Total	Total	Gobiernos municipales (1) de Tegucigalpa y vecinos Ingresos generados por cursos de capacitación para el sector privado	
<u>Nivel regional</u>	PRONASSA		Total, aprox. 20-30 (2)	Ayuda externa para inversión inicial	El personal necesario debe ser transferido desde las organizaciones/instituciones involucradas
Centros de mantenimiento e información	CENAMA		La mayoría son plazas existentes con excepción de administradores e instructores	Presupuesto anual MSP	
	Regiones sanitarias Municipalidades Hospital M.C.Rivas Sector privado de manera puntual			Gobiernos municipales (1) Ingresos generados por cursos de capacitación para el sector privado	
Hospitales (nacionales, regionales, de área, IISS)	Personal de mantenimiento	2-30,	2-30, (basado en la escala de cada hospital)	Sistemas de recuperación de costos	Sistemas de recuperación de costos Expansión del sistema de seguro de salud
Instalaciones de salud primaria	Regiones sanitarias		Se debe aprovechar instructores y voluntarios	Sistemas de recuperación de costos	
CESAMOs, CESARes	CESAMO de sector comunidades			Expansión del sistema de seguro de salud	

Notas:

- 1) El gobierno municipal debería de tomar la iniciativa y sufragar los costos de operación del centro regional en la medida que éste contribuye a mejorar las condiciones de salud de la región. En caso de extenderse los servicios más allá de los límites municipales, sería necesario negociar la distribución de los gastos operacionales entre las municipalidades.
- 2) La mayoría del personal técnico sería despachado desde las facilidades médicas en asignación simultánea. Se tendría que aclarar posibles problemas de tipo legal o de implementación.

(B) Colaboración con el sector privado e intercambio de información

Para prevenir una fuga excesiva de técnicos hacia el sector privado, se debe considerar algún tipo de incentivos, por ejemplo, la introducción de un sistema de calificación técnica como aquel de la ACCE (American College of Clinical Engineers), con un componente de compensación financiera correspondiente. Este concepto está incluido en el plan de operación de PAHO para 1996. Aunque las deserciones al sector privado parecen ser un fenómeno temporal, en la medida que la demanda es limitada y pronto estará saturada, todavía contribuye a fomentar el mejoramiento del nivel técnico para los trabajos de mantenimiento, así como la privatización en este campo de actividades en Honduras.

Se debe promover el intercambio de información, por ejemplo relacionada con inventario de repuestos, posibilidad de sustitución, modo de fracaso, y otra información técnica, entre los centros y el sector privado, para mejorar la situación global.

(6) Desarrollo de Recursos Humanos

1) Propósito y Objetivos

Como se mencionó en la sección de descripción de problemas, en cualquier organización del sector social cuyo propósito sea la prestación directa de servicios a la población, los recursos humanos son un elemento clave, ya que representan, para la población, uno de los contactos principales con la organización, un foco importante a través del cual será evaluada la calidad de la atención y, para quienes manejan la organización, una proporción importante de sus recursos disponibles, cuyo manejo conlleva habilidades y actitudes específicas, dado que tiene que ver con seres humanos.

Para poder cerrar la brecha de acceso entre los grupos de población más postergados, suministrar una atención de salud de calidad para todos de acuerdo a sus necesidades y no de acuerdo a sus medios, enfocar la prestación de los servicios de atención de salud hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios y no hacia las de la institución, ya sea ésta gubernamental, para-estatal o no gubernamental, se requerirán cambios profundos en la forma cómo en la actualidad se entrenan, emplean, asignan, apoyan y supervisan los recursos humanos. Se requiere que los cambios sean cuantitativos así como cualitativos; se deberán encontrar nuevos recursos humanos, capacitarlos e incluirlos en las planillas regulares, a fin de enfrentar el crecimiento de la población y sus necesidades emergentes. Sin embargo, las restricciones de recursos financieros vuelven imperativo el mejoramiento en la utilización y eficiencia de los recursos existentes, que conduzca a un modelo de alguna manera diferente de prestación de servicios de salud en donde el énfasis reside más en la prevención y no tanto en la curación o rehabilitación, y en donde la población misma tendrá más que decir en el mantenimiento de su propia salud. Un ejemplo de esta nueva orientación

es la Propuesta de Promoción de la Salud, preparada conjuntamente por la División de Desarrollo de los Recursos Humanos, la División de Educación para la Salud, la División de Mantenimiento e Ingeniería y la Unidad de Participación Social del MSP.

Esta propuesta, que constituye la primera respuesta a los requerimientos de recursos humanos del proceso de acceso, tendrá a coordinar el apoyo al desarrollo y a las necesidades del nivel local, tales como se expresan inicialmente en los "Planes de Salud Municipales" a través de las acciones conjuntas de las divisiones involucradas. Otros objetivos incluyen la garantía de un enfoque integral para el desarrollo de los recursos humanos orientado hacia los servicios de salud preventivos en lugar de curativos y hacia el mejoramiento de las condiciones de vida. Las estrategias principales de esta coordinación incluyen la constitución y fortalecimiento de las "redes de trabajo" a todos los niveles, el facilitamiento de una educación continua dentro de las redes, la inclusión de representantes de los gobiernos locales y las comunidades en el proceso de coordinación, a fin de promover una comunicación más "horizontal", la redefinición de planes y perfiles de capacitación educativa y ocupacional, la reactivación de los centros regionales de documentación y el fortalecimiento de sistemas integrados de supervisión.

Las estrategias propuestas por el Plan Maestro de Salud se presentan bajo cuatro títulos concretos, en los que se ha intentado tomar en cuenta esta propuesta y enfoque:

- fortalecer el enlace entre instituciones formadoras de recursos humanos e instituciones proveedoras de servicios de salud
- desarrollar programas de capacitación de acuerdo a las necesidades locales
- mejorar la capacitación en salud pública de los gerentes locales y regionales de salud
- mejorar las condiciones de trabajo y las carreras del personal.

La implementación de estas estrategias no debe contemplarse aisladamente sino integrada en la perspectiva de este cambio fundamental en la forma en que el personal de salud estará llamado a cumplir su papel en, y con la sociedad en general.

2) Fortalecer el enlace entre instituciones formativas y proveedoras

El objetivo de esta estrategia es revisar el modelo de capacitación actual, basado en el hospital y orientado hacia lo curativo, a fin de preparar mejor al futuro personal de salud para enfrentar las demandas reales en su sitio de trabajo, especialmente para los niveles de gerencia y de atención de salud primaria, y promover entre ellos un concepto más preventivo de los servicios de salud, involucrando a la comunidad misma en el mantenimiento de su estado de salud.

Las actividades bajo esta estrategia incluyen:

- i) Revisión conjunta/modificación de los currícula entre el MSP, IISS, instituciones formadoras: UNAH, escuelas técnicas para auxiliares de enfermería y otros técnicos de la salud

- ii) Participación de las instituciones formadoras y las asociaciones profesionales en la elaboración de las normas y lineamientos de atención;
- iii) Inclusión/reforzamiento en los currícula de la capacitación práctica en el campo; en particular, el mejoramiento de la capacidad resolutoria en el primer nivel de atención (especialmente en los CESAMOs y hospitales de área) debería permitir que una porción significativa de la capacitación práctica sea conducida en este ambiente en vez de los hospitales de nivel terciario. Tal cambio en el sitio de capacitación implicaría una reflexión y planificación más completas con respecto a la tutoría apropiada, la supervisión y la evaluación, pero sin duda alguna le daría a los profesionales en ciernes un enfoque más cercano a sus responsabilidades futuras.
- iv) Desarrollo de actividades conjuntas de investigación operativa sobre la prestación de servicios de salud entre el MSP, HISS y la Universidad (incluyendo las escuelas de medicina, enfermería, y la maestría de salud pública) ya que la investigación constituye una disciplina básica para la Universidad y podría promover un mayor interés de esta institución en los modelos de atención primaria de salud y los programas de las instituciones proveedoras;
- v) Inclusión sistemática, en los congresos profesionales, de temas sobre salud pública/prestación de servicios.

Los currícula de las profesionales y auxiliares de enfermería ya han sido revisados varias veces y tienen un contacto más directo con los requerimientos de los puestos de trabajo (dado que las escuelas están manejadas directamente por el MSP). La experiencia en el campo ha sido incluida en el curriculum médico, pero no es valorada lo suficientemente por los maestros y alumnos.

La implementación de estas actividades requiere la definición de un consenso sobre las prioridades de salud entre las instituciones involucradas (instituciones formadoras y asociaciones profesionales, especialmente médicas, instituciones proveedoras de salud). Su aplicación exitosa contribuiría a aumentar la preparación del personal de salud para enfrentar sus condiciones reales de trabajo, disminuyendo de esta manera la necesidad de capacitación en servicio (sin embargo, no la elimina en su totalidad). Los principales factores limitantes en el corto plazo serían la autonomía actual de la principal institución de formación (UNAH) y la falta de coordinación con las instituciones proveedoras; el factor de atracción para los nuevos médicos del modelo de medicina clínica basada en el hospital también será un poderoso obstáculo a largo plazo, pero podría superarse por medio de una motivación adecuada, con la promoción de un modelo de salud preventiva basada en la comunidad así con el señalamiento que algunas destrezas especializadas del manejo de pacientes actualmente aprendidas (o por lo menos enfocadas) durante los estudios de medicina en hospitales de referencia, podrían ser adquiridas a través de mecanismos de educación permanente.

Finalmente, la continuación de la matrícula de los jóvenes estudiantes en el campo de las profesiones de salud dependerá de los valores sociales que se atribuyan a este sector y de las condiciones de trabajo que perciban los futuros profesionales.

3) Desarrollo de planes de capacitación en servicio, que respondan a las (necesidades locales (principalmente una estrategia para el MSP, pero también puede aplicarse al IHSS)

La definición de necesidades debe elaborarse al nivel regional/área, en base a las evaluaciones epidemiológicas y organizacionales de las UPS correspondientes. El desarrollo de planes de capacitación debe incluir la definición del área técnica/de gerencia que será abordada; la definición de los objetivos de aprendizaje; el tipo, número y ubicación del personal que se capacitará; el tiempo disponible (para el personal del MSP, se podría establecer un tiempo anual máximo de capacitación en servicio a fin de evitar ausencias prolongadas del sitio de trabajo, y que cada individuo establezca sus necesidades y prioridades, de acuerdo con su supervisor); metodología de la capacitación (dando prioridad a la capacitación práctica en el sitio de trabajo); y métodos de evaluación de los resultados de la capacitación (idealmente a través de la observación directa de actitudes y prácticas durante la supervisión).

Las respuestas técnicas a las necesidades de capacitación serán provistas por las divisiones técnicas normativas y/u otras fuentes (IHSS, privadas, intersectoriales, etc.); ésto implica cambios en los objetivos de trabajo y las metodologías de estos niveles, tales como: manteniendo a los niveles operativos al día de las nuevas tecnologías que surgen, preparando los mecanismos y materiales de capacitación como una respuesta a las necesidades expresadas, coordinando los recursos en los niveles central y regional, a fin de aumentar la eficiencia de las actividades de capacitación (como se expresa en la propuesta para promoción de la salud, presentada por la División de Desarrollo de Recursos Humanos (DRRHH), la División de Educación para la Salud y la Unidad de Participación Social del MSP). Otras funciones tradicionales de las divisiones normativas, tales como el establecimiento de normas, supervisión, monitoreo y evaluación serán conservadas y adaptadas a este nuevo modelo.

La asistencia técnica de la División de DRRHH debe enfocarse en la definición de las necesidades de capacitación a nivel local; y en el desarrollo de metodologías de capacitación y la preparación y coordinación de la capacitación a nivel central. Debe enfatizarse que los temas de capacitación en servicio definidos por los niveles locales deben también ser incorporados progresivamente a la formación profesional (véase 2, arriba). En el pasado se han encontrado recursos financieros para la capacitación y deberían estar aún disponibles asumiendo una racionalización de las actividades de capacitación.

4) Mejorar las habilidades gerenciales de los individuos en posiciones de responsabilidad en salud pública

(A) Esta estrategia involucra dos dimensiones de tiempo:

- Capacitación en-servicio, para tareas específicas, y basada en la supervisión, en el corto plazo;

- Selección, a largo plazo, de los gerentes de salud entre las personas que hayan recibido capacitación formal de gerencia de salud pública (a través de la Maestría en Salud Pública o a través de becas en el extranjero).

Aún cuando las necesidades de capacitación fuera del país deben disminuir con la acumulación de experiencia del programa nacional de Maestría en Salud Pública, esta capacitación siempre es necesaria en una base permanente, a menos que otras oportunidades, tales como los congresos con visitantes extranjeros, sean disponibles para establecer contactos y discusiones con otros sistemas/países, a manera de permitir un intercambio productivo de experiencias.

Un campo particular para la aplicación de esta estrategia es el reforzamiento de las habilidades de manejo de hospitales, como parte del proceso de descentralización. Esta mejoría de las habilidades de manejo no debe verse en un sentido de aislamiento del hospital, sino contribuir a su papel más eficiente en la red de los servicios. A fin de responder a ésta y a otras necesidades emergentes, como ser el manejo de los asuntos de seguridad social, los curricula de la Maestría en Salud Pública necesitarán actualización periódica.

5) Mejorar los planes de carrera en base al mérito, experiencia y condiciones de trabajo
Varias de las intervenciones y estrategias previamente mencionadas implican ya sea contar con recursos humanos adicionales o proceder a una redistribución de los existentes; en particular, la prestación de servicios a grupos de población postergados más allá de la cobertura actual, implica un redespigie de recursos técnicamente competentes hacia los niveles periféricos de atención primaria (CESARes, CESAMOs, hospitales de área). A largo plazo, ésto sólo será sostenible si se da al personal condiciones apropiadas de trabajo, planes de carrera e incentivos de trabajo; de otra manera, la tendencia centrípeta, alta tasa de deserción y las ausencias por incapacidad, altos niveles de insatisfacción y la baja calidad de los servicios, continuarán prevaleciendo.

Una medida inmediata debe ser la indexación sistemática los salarios de las (los) enfermeras (os) auxiliares y otros técnicos de la salud, en función de los cambios en el salario mínimo ya que su nivel de responsabilidad debe asegurarles este nivel mínimo de compensación.

Idealmente, a largo plazo, una estructura de salarios/incentivos, similar a la propuesta por el Colegio Médico, deberá considerarse para todo el personal técnico; ésto podría requerir el establecimiento de un Estatuto específico para personal de salud, que deberá ser puesto de acuerdo con la Ley del Servicio Civil. Las implicaciones financieras de tales propuestas deberán ser determinadas más cuidadosamente ya que éstas constituirán un gran factor limitante para una implementación a escala completa.

Otras estrategias no financieras serán necesarias para restaurar el estatuto y la estima de los profesionales de la salud:

- Mantenimiento adecuado de las instalaciones y equipo, a fin de mejorar las condiciones de trabajo;
- Facilitación de la capacitación profesional en el servicio (permitiendo, por ejemplo, que las (los) enfermeras(os) auxiliares se conviertan en enfermeras (os) profesionales) y posibilidad de ascender a un nivel superior (supervisor de sector, por ejemplo).
- Mejoramiento de las comunicaciones para los sitios de trabajo remotos (apoyo diagnóstico y terapéutico), etc.

Obviamente las estrategias propuestas para el desarrollo del recurso humano implicarán una inversión importante de recursos financieros al ser implementadas completamente para la mayoría del personal; de hecho, sólo el costo de mejorar las condiciones actuales de trabajo puede impedir inversiones adicionales significativas en este sector. Empero, se piensa que es una de las intervenciones mas importantes para el éxito de un sector orientado hacia los servicios, como es el del cuidado y promoción de la salud.

6) Proyecciones para Requerimientos Futuros

A solicitud del nivel político del Ministerio de Salud, la División de DRRHHI estará preparando un Plan Quinquenal para el Desarrollo de Recursos Humanos. Una investigación de línea de base de la fuerza de trabajo será realizada en Abril y Mayo, a través de entrevistas de los Directores de Personal desde la Administración Central, Regiones de Salud y Hospitales, y de grupos focales con diferentes categorías de personal. La información a obtener incluirá el número y horario por categoría, salarios, puestos vacantes, etc. Alguna de esta información ha sido obtenida en las investigaciones realizadas por el Estudio, especialmente en los hospitales del MSP y el IISS. La correspondiente base de datos será entregada a la División de DRRHHI como punto de partida. Los resultados de esta investigación básica serán utilizados para proyectar las necesidades estimadas de recursos humanos, en base a criterios tales como el crecimiento poblacional, el reemplazo del personal mas antiguo, el crecimiento institucional programado (por ejemplo, la absorción dentro de la planilla del MSP del personal contratado bajo el Proyecto de Salud y Nutrición financiado por el Banco Mundial), la demanda de parte del sector privado y las orientaciones que tome el sector salud (hacia más promoción de la salud). Las proyecciones cuantitativas, empero, se vuelven difíciles debido a la sujeción de la producción y del empleo de recursos humanos a restricciones ajenas al MSP (tales como regulaciones presupuestarias y del servicio civil, autonomía de las instituciones de formación de los recursos, etc.).

En esta sección, el Plan Maestro de Salud provee algunas estimaciones preliminares de las necesidades cuantitativas para algunas categorías de personal, basadas en la proyección del crecimiento poblacional, los cambios subsecuentes en la demanda de servicios de salud y la productividad estimada de estos recursos. Se estiman también los recursos adicionales que involucran las estrategias propuestas de extensión física de la red de servicios, mejoramiento de la

capacidad resolutive del primer nivel de atención y mantenimiento de instalaciones y equipo. Estas estimaciones podrán entonces ser utilizadas como insumos adicionales para la elaboración del plan a mediano plazo para el desarrollo de los recursos humanos.

(A) Proyección de la demanda de servicios de salud

Se estimó el número de hospitalizaciones y de visitas de atención ambulatoria (tanto curativas como preventivas y de control) para el MSP y el IHSS en base a las estadísticas de servicio de ambas instituciones y asumiendo una relación proporcional entre crecimiento poblacional y demanda de servicios.

Proyección de demanda de servicios por institución de salud

	1995	2000	2005	2010
Proyección de población	5,462,795	6,194,926	6,927,291	7,648,997
Tasa de hospitalización, MSP	3.7	3.5	3.4	3.3
Tasa de hospitalización, IHSS	1.1	1.1	1.0	1.0
Tasa de hospitalización global	4.8	4.6	4.4	4.3
Demanda de hospitalización, MSP	202,208	218,828	235,635	250,177
Demanda de hospitalización, IHSS	60,543	65,519	70,551	74,905
Demanda de hospitalización global	262,751	284,387	306,186	325,082
Tasa de visitas ambulatorias, MSP	88.4	93.1	100.8	108.6
Tasa de visitas ambulatorias, IHSS	25.5	26.9	29.2	31.4
Tasa global de visitas ambulatorias	113.9	120.0	130.0	140.0
Demanda de visitas amb., MSP	4,826,874	5,766,674	6,985,779	8,306,930
Demanda de visitas amb., IHSS	1,395,526	1,667,237	2,019,700	2,401,666
Demanda global de visitas amb.,	6,222,400	7,433,911	9,005,478	10,708,596

Notas:

Proyecciones de población según SECPLAN

Hospitalizaciones: basadas en las estadísticas de servicio de 1994 para el MSP y el IHSS, proyectadas a la población de 1995. Se asume que la tasa de hospitalización estará disminuyendo a lo largo del tiempo, en la medida que se aplican las estrategias de fortalecimiento de la atención primaria de salud. La contribución del sector privado al número total de hospitalizaciones se estimó en 15% para el período 2000-2010 (en base a la distribución por sector de la camas hospitalarias y a las tasas de ocupación promedio derivadas de la encuesta de establecimientos de salud).

Atención ambulatoria: basadas en las estadísticas de servicio de 1994 para el MSP y el IHSS, proyectadas a la población de 1995 (sector privado no incluido). La tasa de visita ambulatoria se aumentó a lo largo del tiempo para reflejar un mejor acceso y una mayor capacidad resolutive. Los datos de atención ambulatoria incluyen atención curativa y preventiva.

La hoja de trabajo que se utilizó para la proyección de demanda de servicios de salud se encuentra en el Cuadro 6-2. Los supuestos pueden modificarse en la hoja electrónica para proceder a un análisis de sensibilidad.

(B) Distribución del personal entre establecimientos de hospitalización y de atención ambulatoria/razones de productividad

Distribución del personal técnico en 1991

	MSP (actual)			MSP (ajustado)		
	Total	Hosp.	Amb.	Hosp.	Amb.	% Amb.
Médicos	1,067	781	286	710	358	33.5%
Enf. Profesionales	526	353	173	310	216	41.
Aux. Enfermería	3,764	2,574	1,190	2,277	1,488	39.5%
Técnicos	617	474	143	438	179	29.0%
Odontólogos	100	22	78	22	78	78%

Fuente: Recursos Humanos: Elementos para un análisis, MSP, 1991

Distribución del personal técnico en 1995

	MSP			HISS		
	Total	Hosp.	Amb.	Total	Hosp.	Amb.
Médicos	1,157	769	388	386	257	129
Enf. Profesionales	640	377	263	120	71	49
Aux. Enfermería	4,261	2,577	1,684	600	363	237
Técnicos	736	523	213	421	299	122
Odontólogos	115	25	90	19	4	15

Nota: las proporciones ajustadas de 1991 se aplicaron a la distribución del personal para 1995, obtenida a través de comunicación personal. Los odontólogos no se han redistribuidos.

Razones de productividad del personal técnico

	MSP		HISS	
	Hosp.	Amb.	Hosp.	Amb.
Médicos	3.8	8.0	4.2	9.3
Enf. Profesionales	1.9	5.5	1.2	3.5
Aux. Enfermería	12.7	34.9	6.0	17.0
Técnicos	2.6	4.4	4.9	8.7
Odontólogos	0.1	1.9	0.1	1.1

Nota: número de personal por 1,000 hospitalizaciones o 100,000 contactos ambulatorios

La distribución actual del personal entre establecimientos de atención hospitalaria y ambulatoria proviene del documento Recursos Humanos: Elementos para un análisis - 1991. Sin embargo, en la medida que, según el Boletín de Estadísticas e Información de Salud - 1993, el 33.6% de la consultas ambulatorias fueron proporcionadas por personal basado en los hospitales, una cierta proporción de los recursos humanos hospitalarios se reasignaron a la atención ambulatoria, lo que se muestra en la parte derecha del primer cuadro. La proporción a reasignar se estimó en 25%, ya que no todas las funciones del personal de establecimientos de atención ambulatoria son dedicadas a la consulta de pacientes. Las proporciones de personal de atención hospitalaria/ambulatoria

obtenida de esta manera se aplicaron a la distribución del personal de ambas instituciones para 1995 que se obtuvo por comunicación personal.

La razón de productividad de cada categoría de personal (es decir, el número de personas de esta categoría que se necesita para producir el número total de contactos hospitalarios o ambulatorios) se aplicó luego a la demanda proyectada de servicios de salud, en forma conjunta para el MSP y el IHSS, y excluyendo al sector privado, tal como se enseña a continuación.

(C) Proyección de necesidades de recursos humanos

Proyección de necesidades de recursos humanos

	1995		Total	2000	2005	2010
	Hosp.	Amb.		Total	Total	Total
Médicos	1,026	517	1,543	1,738	1,955	2,171
Enf. Profesionales	448	312	760	862	978	1,096
Aux. Enfermería	2,940	1,921	4,861	5,505	6,237	6,976
Técnicos	822	335	1,157	1,298	1,451	1,603
Odontólogos	59	75	134	154	178	203

Obviamente, las razones de productividad pueden cambiar de acuerdo al modelo de servicios de salud que se implementará en el futuro y estas proyecciones tendrán que modificarse en este sentido. Cambios en las proyecciones de población llevarán también a una modificación de las necesidades de recursos humanos. Por ejemplo, utilizando la hipótesis alternativa (pesimista) de crecimiento poblacional, tal como se presenta en la sección 5, las necesidades estimadas de médicos, enfermeras profesionales y auxiliares, técnicos y odontólogos serían respectivamente de 2,346, 1,185, 7,539, 1,732 y 219.

Las proyecciones anteriores no incluyen de manera explícita las necesidades de personal nuevo para los centros de salud integrados o para la asignación de dos recursos a cada CESAR. Aunque, en el primer caso, el reforzamiento de la capacidad del primer nivel de atención permitirá una reducción de la carga de trabajo en las instalaciones de segundo nivel y, por ende, la posibilidad de transferir personal de un sitio a otro, se requerirá una inversión inicial en recursos humanos. Una inversión adicional será necesaria también en el segundo caso, en la medida que el aumento del personal a nivel de CESAR no va a aumentar tanto el número de contactos individuales, sino más bien mejorar el apoyo a las actividades comunitarias.

(D) Implicaciones de los centros de emergencias en términos de recursos humanos

Este modelo asume que el centro funcionará las 24 horas del día para que proporcione la calidad esperada de servicios de salud. Para asegurar la presencia de un profesional por turno, se necesitan cinco personas para cada posición, cada persona asumiendo cuatro turnos semanales (tomando en

cuenta vacaciones y enfermedades). El modelo asume también que el mismo técnico puede trabajar en laboratorio y rayos-X; si no fuera posible lograr esto a través de la capacitación en servicio, se tendría que duplicar esta posición. Otras opciones incluyen una enfermera auxiliar adicional para la atención del parto normal y/u otra auxiliar en el turno de la tarde para dar atención a los pacientes que no requieren realmente manejo de emergencia.

Los salarios de base (en Lempiras) se indican por mes y los cálculos están hechos en base a 12 meses (no incluyen vacaciones y otros beneficios).

Personal de base y escala salarial del personal

Personal mínimo para 24 horas/día	Tipo de recurso						
	Méd.	E.P.	Aux.	Lab.	Adm.	Vig.	Limp.
Centro de emerg.	5	5	5	5	5	3	3
Adicional para atención parto			5				
Adicional para turno B			5				
Salario base (L/mes)	3,000	1,500	1,200	1,000	900	500	500

Gastos mensuales por salarios, por categoría de personal y tipo de centro

	Sol. Emerg.	Emerg. + Parto	Em. parto + turno B
Médicos	15,000	15,000	15,000
Enfermeras profesionales	7,500	7,500	7,500
Auxiliares de enfermería	6,000	12,000	18,000
Técnicos labo./rayos-X	5,000	5,000	5,000
Administración	4,500	4,500	4,500
Vigilancia	1,500	1,500	1,500
Limpieza	1,500	1,500	1,500
Total	41,000	47,000	53,000
Costos anuales (salarios)	492,000	564,000	636,000

Nota: cada posición adicional de auxiliar de enfermería (es decir, cinco personas) agrega Lps.6,000 por mes en salarios de base.

Los supuestos incluidos en la hoja de trabajo electrónica se pueden modificar, permitiendo la adaptación de los cálculos al perfil del modelo seleccionado, lo que se hace, por ejemplo, en la presentación de los programas modelos en la siguiente sección del documento.

(E) Implicaciones para el desarrollo de recursos humanos

A parte de los cambios cualitativos en la capacitación de los futuros recursos humanos que implica un nuevo modelo de servicios de salud con mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la negociación y coordinación intersectorial a nivel local y la

comunicación horizontal, las proyecciones descritas en esta sección tendrán implicaciones para las instituciones formadoras:

- i) Las 500 auxiliares de enfermería (o personal equivalente) necesarias para la asignación de dos recursos por CESAR pueden ser formadas en las escuelas existentes a lo largo del marco temporal del PMNS, en la medida que puedan ser incorporadas en la planilla institucional, con condiciones suficientemente atractivas de trabajo.
- ii) El desarrollo de los centros de salud integrados tanto en áreas metropolitanas como en ciudades pequeñas (como substitutos de hospital de área) implica la formación de enfermeras profesionales y técnicos de laboratorio y rayos-X, dos categorías para las cuales la producción actual es bastante baja (por ejemplo, 50-60 enfermeras profesionales se gradúan cada año). La necesidad de enfermeras profesionales será aún mayor si se considera fortalecer la supervisión a partir del nivel sector. Como en el caso de las auxiliares de enfermería, el mejoramiento de las perspectivas de empleo y de las condiciones de trabajo tendrá un papel importante en el aumento de las matrículas universitarias en estas carreras. En el proceso de planificar los recursos humanos para clínicas de emergencia, centros integrados de asistencia a la salud o instituciones para partos de bajo riesgo, se debe mantener en mente el desarrollo reciente de orientaciones de carrera en enfermería especializada (salud perinatal, salud de niños y adolescentes, salud de la familia) y considerar las necesidades para apoyar adecuadamente estas orientaciones.

(7) *Financiamiento de la Salud*

1) *Propósito y Objetivos*

Las limitaciones en los recursos públicos disponibles continuarán presentando un gran reto al mejoramiento de la salud de los hondureños y, más específicamente para la puesta en marcha de muchas actividades identificadas en el Plan Maestro de Salud. Las opciones para reducir estas limitaciones pueden asumir una de tres formas:

- i) reducción de la demanda de servicios apoyados por el sector público;
- ii) mejoramiento de la eficiencia con que se producen los servicios públicos y
- iii) aumento de los ingresos públicos.

Estas tres opciones han sido incorporadas al Plan Maestro de Salud.

La reducción de la demanda de servicios de salud apoyados por el sector público implica la implementación de políticas y estrategias que amplíen el uso del Seguro Social y de los servicios privados, reduciendo por ende la carga impuesta a los recursos para prestación de servicios por parte del sector público¹. La expansión de ambos sectores está limitada por las condiciones económicas de pobreza global y el alto desempleo. Sin embargo, se pueden ejecutar muchas acciones para fortalecer el papel del IHSS en áreas en donde desempeña un importante papel de prestación de servicios y crear las condiciones que conduzcan a la ampliación del uso del sector privado. Las dos posturas son abordadas en las opciones de financiamiento de la salud que siguen.

¹Pese a que el IHSS es un programa de interés público, sus ingresos no provienen en su mayoría del presupuesto gubernamental. Se plantea una aportación obligatoria del gobierno igual a la cuota del empleado, pero ésta no ha sido pagada en años recientes. De hecho, el IHSS ha estado operando sin este subsidio en años recientes.

El mejoramiento de la eficiencia en el sector público de la salud es de importancia capital. Dos dimensiones de la eficiencia son importantes: la eficiencia de la producción, que se relaciona con la forma cómo se utilizan los recursos para la producción de servicios públicos de salud y la eficiencia de las asignaciones, que tiene que ver con la mezcla de las actividades ejecutadas con estos recursos públicos. Las mejoras en la eficiencia productiva pueden efectuarse con muchas de las acciones incorporadas en el Plan Maestro de Salud, incluyendo una mayor flexibilidad de operación, mejores sistemas de información y contabilidad y una estructura más apropiada de incentivos para el personal. Las mejoras en la eficiencia de las asignaciones requiere la habilidad para establecer prioridades más efectivas para el uso de los recursos públicos. El énfasis en la prevención y la promoción es un ejemplo de una mejor priorización de asignaciones. Las limitaciones de recursos y las presiones de la demanda de atención curativa inmediata limitan la capacidad para implementar las políticas más efectivas en el largo plazo. El mejoramiento del financiamiento de la salud y la expansión de las opciones de prestación de servicios no públicos son, ambos, medulares para el mejoramiento de la eficiencia en las asignaciones.

Aumentar los ingresos para financiar las actividades de salud pública es fundamental para lograr los objetivos del Plan Maestro de Salud. Aún cuando el sector salud tiene una alta prioridad en general, un apoyo inadecuado para los costos de operación recurrentes limita el impacto de los recursos y programas existentes. El Plan Maestro de Salud ha identificado muchas otras prioridades y actividades adicionales que pueden contribuir al mejoramiento de la salud de los hondureños durante los próximos 15 años. La implementación de este programa requerirá un compromiso nacional de aumentar los recursos para las actividades de la salud pública. De este tema se trata también en esta sección del Plan Maestro Nacional de Salud.

2) Aumento de los Ingresos para Programas del MSP

Durante los últimos seis años el 10% del presupuesto general del gobierno ha sido asignado al MSP, lo que, a su vez, representa aproximadamente el 25% del Producto Interno Bruto. Como resultado, el MSP ha recibido aproximadamente el 2.5% del PIB para apoyar sus programas. Las actividades del MSP, particularmente los gastos de capital, han sido apoyados también por fondos externos, pero estos recursos no se han tomado en cuenta en este análisis. A pesar de que existe el potencial de aumentar las asignaciones presupuestarias, existen muchos factores que dificultarán un aumento significativo del presupuesto del MSP como una porción del PIB.

Talvez el más importante es la necesidad de reducir los gastos gubernamentales como un porcentaje del PIB. Los déficits del sector público y una elevada deuda pública se combinan para crear grandes presiones sobre la economía hondureña, desequilibrando la balanza comercial, fomentando la inflación y afectando los esfuerzos para fortalecer la economía. Como resultado de esto, han

existido presiones tanto nacionales como internacionales para una contención del sector público y la resultante expansión de las inversiones del sector privado y la proporción del PIB que le corresponde. A pesar de que la implementación de estos cambios ha resultado difícil en Honduras, algún movimiento en esta dirección ha sido incorporado a la política pública, reforzado por el apoyo de parte de organismos internacionales. Aunque los efectos inmediatos de estas políticas han sido limitados, una reducción de la proporción del PIB atribuida al sector público es bastante probable en el marco temporal del Plan Maestro de Salud.

En vista de lo anterior, tampoco es probable que aumente la proporción del PIB que corresponde al gobierno durante el mismo período. Para reflejar esta evaluación, las estimaciones de los presupuestos futuros del MSP se han proyectado en base a una disponibilidad continuada del 2.5% del PIB. Asumiendo que la participación gubernamental del PIB va a disminuir, ésto implicaría un aumento relativo de la porción del presupuesto público asignado al MSP. El fuerte apoyo para la salud pública en los últimos años sugiere que esta proyección relativamente optimista es realista. Es también probable que las políticas macroeconómicas de reducción del presupuesto público incorporen políticas para contrarrestar el impacto de la austeridad en los pobres, al mantener recursos para la salud, educación y fondos sociales. Sin embargo, los fondos públicos presupuestados, por sí mismos, probablemente no serán suficientes para hacer frente a las demandas de recursos del MSP.

Para hacer frente a los requerimientos de operación del MSP, es necesario ampliar significativamente las actividades existentes de recuperación de costos. La recuperación de costos ha sido una fuente creciente de fondos para el Ministerio desde su implementación inicial. Los fondos generados bajo esta actividad han crecido significativamente cada año. Desde 1989, los ingresos producidos por recuperación de costos aumentaron en un factor casi igual a cuatro, alcanzando Lps. 13,743,451 en 1995. Este resultado se ha obtenido a pesar de los bajos niveles de los cobros, inconsistencia de las prácticas de cobro y falta de reconocimiento, por parte de las políticas oficiales, de la importancia significativa, ahora y en el futuro, de esta fuente de recursos para la efectiva operación del sistema de prestación de servicios del MSP.

Aunque todavía pequeño, es claro el potencial para la significativa generación de ingresos. Gran parte de los ingresos, o sea el 80% en 1995, provienen de los pagos hechos por los usuarios de servicios hospitalarios. Si bien los dos tercios de los pacientes que pagaron algo en 1995 pagaron un promedio de sólo Lps.7.00, estos pagos representaron el 3.32% del presupuesto total de operación de los hospitales. En los hospitales de área, donde menos de la mitad de los pacientes pagaron, los cobros a los usuarios representaron casi el 5% del presupuesto total. En los hospitales nacionales, más del 80% de los pacientes pagaron, pero el promedio pagado de Lps. 6.20 apenas

tiene relación con el costo de los servicios o la anuencia para pagar. No obstante, la recuperación de costos produjo casi el 3% del total de los costos de operación.

Aprovechar el potencial real de la recuperación de costos con el fin de generar recursos para las operaciones del MSP requerirá acciones deliberadas para modificar el sistema actual. Las áreas prioritarias incluyen el desarrollo de tarifas más realistas, un sistema de dispensas y exenciones más sistemático y justo, y un ambiente de operación que demuestre los resultados de los pagos de los usuarios sobre la calidad de los servicios. Los detalles relevantes se podrían desarrollar como parte del estudio sobre recuperación de costos planteado por el MSP; sin embargo, algunos principios pueden ser establecidos a priori.

A pesar de que las tarifas diferirían entre áreas y tipos de servicio, la estructura del sistema de recuperación de costos necesitará no solo apoyar los objetivos de generación de ingresos sino también proveer incentivos para la utilización más efectiva de los servicios por parte de los pacientes. En la actualidad, por ejemplo, los cargos por servicios de emergencia son idénticos a los cobros por consultas ambulatorias. Como resultado de esto no existe un incentivo financiero para que el paciente use más apropiadamente los servicios. Lo mismo se aplica a los pacientes que se auto-remiten en las consultas externas hospitalarias, a quienes se les debería cobrar más altas cuotas que a aquellos que entran al sistema en un nivel de atención primaria. Los cargos deberían ser los más bajos en el nivel más apropiado. El mismo principio se aplica a los servicios ya pagados a nivel de comunidad. El desarrollo de programas comunitarios de medicamentos no debería ser afectado por la falta de cobro para la obtención de los mismos medicamentos en el CESAMO o el CESAR. La necesidad de estructurar las tarifas en relación con las de otros niveles es un aspecto importante de los incentivos para que se utilicen más eficientemente los servicios en todo el sistema. Esto también podría ser abordado en el estudio del MSP.

El factor más importante en los programas de recuperación efectiva de costos es la capacidad de vincular los pagos de los pacientes con mejoras en los servicios. Aún los cobros más bajos generan resistencia cuando se les asocia a la falta de medicamentos, instalaciones físicas inadecuadas, malos tratos por parte del personal y excesivo tiempo de espera. Bajo el mismo razonamiento, la implementación de mejoras en los servicios ofrece oportunidades para ejecutar asimismo una más efectiva recuperación de costos. Muchas estrategias específicas para mejorar los servicios han sido incorporadas al Plan Maestro de Salud. Estas incluyen el desarrollo y mejoramiento de las instalaciones físicas, el mejoramiento en la adquisición y distribución de medicamentos, y el fortalecimiento de la capacidad de los sitios de atención primaria para responder a las necesidades del paciente. La puesta en marcha de cualquiera de estas iniciativas debe estar ligada al mejoramiento del sistema de recuperación de costos. En particular, el mejoramiento de las

instalaciones físicas debe estar acompañado de una nueva estructura de cobros y de prácticas más realistas de dispensa de los cobros, con sistema de evaluación socio-económico del paciente. El desarrollo del sistema de recuperación de costos requiere en general una implementación rápida pero podría implementarse por etapas relacionadas con las mejoras en el sistema.

No existe una base técnica clara sobre la cual fijar las tarifas en el sector público, en donde la meta es la generación de ingresos para un sistema subsidiado. El conocimiento de la demanda es importante pero se puede abordar de mejor manera a través de la experiencia. Los cobros deben fijarse a un nivel tal que la mayoría de los pacientes estén dispuestos a pagar. Esto sugiere que las áreas más pobres podrían tener tarifas más bajas que las aplicadas en las áreas más fuertes económicamente. El sistema de dispensas no deberá ser muy complicado, pero podría tener algunas disposiciones para que los pagos por servicios se hagan parcialmente o en forma diferida, particularmente para los servicios de hospitalización. Los cambios iniciales en la estructura de cobros pueden ser modificados más tarde con una serie de pequeños incrementos graduales en el tiempo. La meta de este Plan no es diseñar el programa. Más bien es hacer énfasis sobre la necesidad y factibilidad de diseñar el mismo. La experiencia hondureña a la fecha respalda esta percepción y las realidades fiscales la hacen indispensable.

Al proyectar los ingresos disponibles para el Ministerio, el Plan Maestro de Salud hace proyecciones de ingresos por recuperación de costos en el orden del 10% del presupuesto del MSP para la prestación de servicios para el año 2000. Esta cifra es igual al 25% del presupuesto no destinado a personal, una meta ya establecida por el MSP, y representa una triplicación de los ingresos de 1995. Esta es una tasa de aumento más lenta que la experimentada en los seis años desde 1989 a 1995. Para los años subsiguientes, la meta de recuperación de costos es el 20% del presupuesto del MSP para prestación de servicios. Estas cifras se han utilizado para estimar los ingresos futuros disponibles para el MSP, para la ejecución de sus programas.

3) Mejoramiento de la base financiera del Seguro Social

Las presiones económicas que enfrenta el MSP se vuelven más grandes debido a la condición débil y en deterioro de las finanzas del IHSS. El IHSS provee cobertura para algunos servicios de salud a más de 1,000,000 de beneficiarios en Tegucigalpa y San Pedro Sula y a 144,000 adicionales fuera de estas áreas. El IHSS da servicios a los trabajadores y sus dependientes con ingresos generados por cotizaciones basadas en el salario. Cuando se estableció hace más de 30 años, el techo salarial para los pagos al IHSS se estableció en Lps. 600, una cantidad mayor que los salarios de más del 92% de los trabajadores cubiertos en ese entonces. A pesar de que está dentro de las atribuciones de la Junta Directiva cambiar este nivel, no se han efectuado cambios desde que se inició el programa. En 1995, previo al más reciente aumento del salario mínimo nacional, el límite de los

Lps. 600 cubría el salario de aproximadamente el 20% de los empleados afiliados y, en la actualidad, este porcentaje es aún menor.

Los techos salariales originales fueron estructurados para permitir que las cotizaciones de los empleados con mas altos salarios compensen parte de los costos de proveer servicios de salud a los trabajadores menos pagados. Este subsidio cruzado interno era un componente esencial del programa, proporcionando la base para generar un sistema auto-suficiente de prestación de servicios en el cual una parte creciente de la población podría pagar por los servicios de salud a través de un seguro social. La falta de ajuste del techo salarial sujeto a cotización al IHSS durante el período de 30 años ha dado como resultado un programa en el cual el 20% menos pagado de los empleados cubiertos pagan una mayor porción de su salario que aquellos cuyo ingreso es mayor, mientras reciben iguales beneficios de salud.

Aún cuando la estrategia financiera original proveía suficientes ingresos para sostener el desarrollo y operación de un servicio de salud eficiente, en vista del incremento en los costos, la limitación de los ingresos ha generado una disminución del nivel de apoyo y un deterioro continuo de la distribución y calidad de los servicios. Asimismo ha limitado el objetivo original de mejorar la estructura de beneficios para proveer una gama mas amplia de servicios. En la actualidad, con la excepción de algunos servicios ampliados con una base financiera diferente, sólo se dan beneficios de maternidad a la cónyuge y no se proveen beneficios al cónyuge varón. Los servicios se dan a los niños dependientes sólo hasta la edad de 5 años. Dado que menos de la mitad de los beneficiarios son trabajadores cubiertos, los servicios para la mayoría de los beneficiarios del IHSS son limitados.

Como resultado de esto, el deterioro financiero del programa de salud del IHSS ha impuesto al MSP una mayor carga de prestación de servicios, reforzando con ello las dificultades financieras de esta institución. La magnitud de estas presiones puede observarse en los hallazgos de la investigación de hogares ejecutada como parte de la elaboración del Plan Maestro de Salud. Mas de la mitad de la población de Tegucigalpa y San Pedro Sula, o sea un millon entre un poco menos de dos millones) es beneficiaria del IHSS. Esta población posiblemente represente una porción aún mayor de la población central urbana de estas dos ciudades principales. Sin embargo, en estas áreas urbanas, el IHSS dió solamente el 21.0% de las consultas de atención curativa y el 17.0% de las consultas preventivas. Pese a la cobertura de servicios de maternidad, la razón más frecuente de visitas al hospital, el IHSS sólo dió el 30.5% de las hospitalizaciones.

El mejoramiento de la estructura financiera del IHSS es un elemento importante en una estrategia global de financiamiento para la salud. El Instituto reconoce las severas dificultades bajo las cuales opera y el deterioro asociado en términos de calidad y cantidad de los servicios que resultan. Ha

propuesto una revisión total que incluye tanto el incremento de los techos salariales para el pago de cotizaciones como el mejoramiento de la estructura de beneficios para cubrir todos los servicios de nivel primario para los asegurados, los cónyuges y los hijos dependientes hasta la edad de 12 años. El Plan Maestro de Salud apoya estas iniciativas.

También incluido en la iniciativa propuesta por el IHSS está un esfuerzo acelerado por ampliar la cobertura fuera del área de Tegucigalpa y San Pedro Sula. En 1995, el IHSS proporcionó cobertura en seis áreas bajo convenios especiales que provéen una gama mas amplia de servicios. Estos convenios son completamente financiados con las contribuciones de los trabajadores y empleadores, sin subsidio público. El techo salarial para cotización se ubica entre Lps.1,500 y Lps. 2,000 y, en algunos lugares, las contribuciones de los empleados son del 3.5% en lugar de la tasa general del 2.5%. Casi todos estos programas han sido implementados en zonas donde el IHSS no tiene capacidad propia de prestación de servicios. Más bien, ha desarrollado convenios con otros proveedores públicos y privados para la provisión de servicios primarios y secundarios a los beneficiarios (la atención terciaria se provee mediante remisión a las instalaciones del IHSS en Tegucigalpa y San Pedro Sula).

Estos convenios tienen muchas modalidades que van desde compartir los costos hasta contratar directamente los servicios. En general, el IHSS paga a los proveedores una cantidad per cápita fija a cambio de la provisión de servicios determinados a sus beneficiarios. En Juticalpa, tiene la forma de un pago fijo per cápita al Hospital San Francisco a cambio de proveer asistencia primaria y secundaria a aproximadamente 7,500 beneficiarios del IHSS en el área de influencia del hospital. La cantidad pagada es un porcentaje negociado de los fondos recolectados por el IHSS en la oficina de Juticalpa bajo el programa de beneficios de salud. La porción del IHSS cubre sus costos administrativos y los costos de remisiones para atención terciaria. La porción del hospital cubre todos los servicios primarios y secundarios incluyendo medicamentos.

Una serie de aspectos de estos convenios de expansión del IHSS son de particular importancia para el esfuerzo global de financiamiento de la atención de salud. Primero, todos provéen una gama ampliada de servicios, similares a aquellos que el IHSS propone aplicar en forma general bajo condiciones financieras mejoradas; pero el IHSS no es, en la mayoría de los casos, el proveedor directo de tales servicios. Segundo, todas las cotizaciones, tanto del empleado como del empleador, se basan en techos salariales mas altos, típicamente entre Lps.1,500 y Lps.2,000, lo que genera un prima de cotización promedio más alta por trabajador cubierto. Finalmente, estos programas de extensión de cobertura están diseñados para ser "auto-financiados". Esto significa que la intención con estos ingresos es proveer un apoyo financiero total por los beneficios sin subsidio público o subsidio interno con otros fondos por parte del IHSS. Pese a que el IHSS, en algunos casos, puede

participar activamente en el establecimiento de ambientes para proveer los servicios, su papel operativo, fuera de las dos principales ciudades, es principalmente el de un asegurador y no de un proveedor. Es probable que este papel se amplíe en el futuro y abra nuevas y significativas oportunidades de mejoramiento de la base financiera para producir y distribuir servicios de salud por todo Honduras.

Se considera integral para la más completa implementación del Plan Maestro de Salud el mejoramiento de la base financiera del IHSS y la expansión del modelo de seguro del IHSS que se está desarrollando. En particular, la falta de éxito en el fortalecimiento de los ingresos del IHSS traerá consigo una continuada transferencia de sus obligaciones de prestación de servicios curativos hacia el MSP en las áreas urbanas de Tegucigalpa y San Pedro Sula. Este aumento de la demanda comprometerá la capacidad del MSP para ampliar la cobertura hacia la población actualmente no servida y apoyar los costos recurrentes de muchos de los programas identificados como prioritarios para el mejoramiento de la salud tanto en medio urbano como rural. Más bien, la meta debería ser apoyar la capacidad del IHSS de proporcionar en Tegucigalpa y San Pedro Sula una porción aún mayor de los servicios de salud requeridos por sus beneficiarios con recursos generados por la población asegurada. Adicionalmente, una base financiera mejorada permitiría al IHSS apoyar una porción mayor de las iniciativas comunitarias relacionadas con los servicios de emergencia y de parto de bajo riesgo.

La ampliación de la cobertura financiera del IHSS fuera de las principales áreas urbanas refuerza los objetivos generales del financiamiento de la salud referentes a la reducción de la dependencia en los fondos públicos para la provisión de servicios personales de salud, particularmente los servicios curativos. La puesta en marcha de estos programas reduce la dependencia en la provisión pública de servicios o provee recursos financieros a los proveedores públicos (MSP) a través de pagos per cápita o pagos por servicios prestados a los beneficiarios. En cada caso, la ampliación de la cobertura del IHSS en estos programas mejora el potencial de los programas de recuperación de costos del MSP para generar ingresos y, a la vez, aumenta el acceso al seguro de salud para las familias de mediano y bajo ingreso que actualmente no pueden sufragar el costo de los seguros. Las expectativas de expansión del seguro proporcionado por el IHSS fuera de las dos ciudades principales está incorporada en las proyecciones de futuros ingresos potenciales, preparadas como parte del Plan Maestro de Salud.

4) Expansión del financiamiento privado

No se anticipa, para el futuro cercano, más que una pequeña expansión en la adquisición de seguro privado por parte de la población general hondureña. Sin embargo, con el tiempo, esta opción tiene un potencial de crecimiento como una fuente de apoyo financiero para la producción y distribución

de servicios de salud. En la actualidad, las condiciones necesarias para alentar el desarrollo y expansión del seguro de salud son bastante débiles. A pesar de que aquí se discute como una fuente de financiamiento para el sector, el papel del seguro de salud es proteger a los individuos contra los riesgos económicos y financieros asociados con la utilización de servicios de salud. Cuando unos pocos enfrentan este riesgo, la demanda para el seguro es baja. Aumentar la distribución del riesgo financiero amplía la demanda para seguro como una forma de reducir a niveles aceptables los riesgos incurridos por los individuos.

En la actualidad, relativamente pocos hondureños enfrentan riesgos financieros significativos por el uso de servicios de salud. La mayoría de los usuarios de los servicios reciben éstos de las instituciones públicas sin cargos directos mayores. Para más del 80% de los pacientes de los hospitales nacionales que pagaron por los servicios en 1995, el promedio de pago, inferior a Lps. 7.00, representa un riesgo económico de poca consecuencia. Pese a que existe una amplia utilización de servicios privados para la atención ambulatoria en donde los costos son relativamente bajos, la utilización de los servicios privados de hospitalización, mas costosos, es considerablemente menor. La opción de unos servicios públicos esencialmente gratis reduce el nivel de la demanda potencial. La expansión de los esfuerzos de recuperación de costos por parte del MSP tiene la posibilidad de modificar esta circunstancia. Al incorporar cobros mas altos y mas realistas, el potencial de riesgo económico se vuelve más difundido y aumentará el interés de la familia en la posibilidad del aseguramiento. La experiencia del IHSS en la ampliación de servicios a través de mecanismos de aseguramiento apoya al punto de vista de que existe un mercado potencialmente importante para este mecanismo. Sin embargo, el seguro privado de salud no será una fuente significativa de financiamiento a corto plazo.

5) Proyecciones de ingresos futuros

Para demostrar las implicaciones del análisis anterior, se ha preparado algunas proyecciones de ingresos futuros para el sector salud. Estas proyecciones proporcionan estimaciones de ingresos basadas en varios supuestos económicos e institucionales, y han sido diseñadas para ofrecer una dimensión cuantitativa a la evaluación y recomendaciones del PMNS.

Para el MSP, las proyecciones de fondos presupuestarios se basa en la permanencia de una porción constante del PIB, o sea 2.5%. Las diferencias entre los ingresos proyectados refleja diferentes expectativas en cuanto al crecimiento del PIB y coincide con otras proyecciones macro-económicas realizadas por el Banco Central y los bancos multinacionales de desarrollo. A estos fondos, se agregaron los ingresos por recuperación de costos basados en las recomendaciones del PMNS. Para el IHSS, se hizo una serie de proyecciones basadas en la distribución salarial de 1994 y en varios niveles de los techos salariales de cotización (ver Cuadro 6-3). Para cada uno de estos niveles, se estimó el ingreso por trabajador en 1994. Estas estimaciones luego se proyectaron a lo largo del